



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΤΙΤΛΟΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**Αξιολόγηση της Ψηφιακής Πληροφοριακής Παιδείας του ανθρώπινου
δυναμικού του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης
"Θεαγένειο"**

ΙΩΣΗΦ Ν. ΝΤΟΥΓΙΟΥΝΤΖΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. ΕΛΕΝΗ ΛΑΧΑΝΑ

ΠΑΤΡΑ – ΙΟΥΝΙΟΣ 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή Ιωσήφ Ντουγιουντζού που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΤΙΤΛΟΣ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**Αξιολόγηση της Ψηφιακής Πληροφοριακής Παιδείας του
ανθρώπινου δυναμικού του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου
Θεσσαλονίκης "Θεαγένειο"**

ΙΩΣΗΦ Ν. ΝΤΟΥΓΙΟΥΝΤΖΟΥ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ. Ελένη Λαχανά

Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ. Κατσαλιάκη Κορίνα

Καθηγήτρια, Διεθνές Ελληνικό
Πανεπιστήμιο

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία συντάχθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών με τίτλο «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Η απόφαση για την φοίτηση στο συγκεκριμένο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα ήταν η 28ετής εργασιακή μου σχέση με τη Δημόσια Υγεία, εργαζόμενος ως Νοσηλευτής στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο 'Θεαγένειο'.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερος τους επιβλέποντες καθηγητές μου. Την Δρ. Λαχανά Ελένη, Καθηγήτρια στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας για την ευκαιρία της ανάπτυξης και διερεύνησης ενός θέματος που έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον μου εδώ και χρόνια. Η στήριξη, οι αναλυτικές οδηγίες, η φροντίδα της και η κατανόηση, αλλά και η εμπιστοσύνη που έδειξε, συνέβαλαν σημαντικά στην εκπόνηση αυτής της εργασίας. Τολμώ να πω ότι δε θα είχε ολοκληρωθεί η εργασία, χωρίς την αμέριστη συμπαράστασή της. Ευχαριστίες οφείλονται και στην Δρ. Κατσαλιάκη Κορίνα, Καθηγήτρια, στο Διεθνές Ελληνικό Πανεπιστήμιο, και συνεπιβλέπουσα για την άψογη συνεργασία και την άμεση ανταπόκρισή της.

Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω θερμά το προσωπικό του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης 'Θεαγένειο', το οποίο συμμετείχε στη συλλογή των δεδομένων της έρευνας, ανεπιφύλακτα. Ευχαριστίες πρέπει να αποδοθούν και στο Διοικητή του Νοσοκομείου κ. Νικόλαο Κριθαρίδη για τη συμβολή του στην αδειοδότηση της έρευνας, καθώς και στο Επιστημονικό Συμβούλιο.

Για το τέλος αφήνω τις πιο βαθιές ευχαριστίες, στην οικογένειά μου. Στη σύντροφο της ζωής μου Αγγελική, που πίστεψε σε εμένα, με ενθάρρυνε και συνέβαλε καθοριστικά, με τη συνεχή αρωγή της, στην εκπόνηση της διπλωματικής. Στο Γιώργο μου και στο Νικόλα μου, που έχασαν ώρες παιχνιδιού, για να κερδίσω ώρες μελέτης. Στην Ελένη, που ήταν πάντα εκεί με τις συμβουλές της. Αλλά και στη μνήμη των γονέων μου, Νίκου και Ουρανίας, που ήταν πάντα εκεί.

Στη σύζυγό μου, Αγγελική

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει την ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο της υγείας, εστιάζοντας στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο». Σε ένα περιβάλλον όπου η επιστημονική γνώση εξελίσσεται συνεχώς και η πρόσβαση σε ψηφιακές πηγές πληροφορίας είναι άμεση και εκτεταμένη, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αναζητούν, να αξιολογούν και να αξιοποιούν πληροφορίες με τρόπο που να υποστηρίζει την καθημερινή τους πρακτική. Στο θεωρητικό μέρος της εργασίας αναλύονται βασικές έννοιες, όπως η πληροφοριακή παιδεία, η ψηφιακή ικανότητα και η εγγραμματοσύνη υγείας, καθώς και μοντέλα που χρησιμοποιούνται για την κατανόησή τους, με ιδιαίτερη έμφαση στην πληροφοριακή συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και στην αξιολόγηση της ψηφιακής εγγραμματοσύνης.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση και αξιολόγηση του επιπέδου ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας των εργαζομένων του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο», καθώς και η ανάδειξη παραγόντων που σχετίζονται με αυτό. Παράλληλα, επιδιώκεται η καταγραφή πιθανών εμποδίων στην αναζήτηση, αξιολόγηση και αξιοποίηση ψηφιακών πληροφοριών υγείας, καθώς και η συμβολή στη συζήτηση γύρω από την ανάπτυξη δεξιοτήτων στον υγειονομικό τομέα και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Μεθοδολογία: Η έρευνα ακολουθεί ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση, με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 179 εργαζομένους διαφορετικών επαγγελματικών κατηγοριών του νοσοκομείου, ενώ η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας. Το ερευνητικό εργαλείο περιλάμβανε ενότητες σχετικές με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την πληροφοριακή συμπεριφορά με την κλίμακα πληροφοριακής συμπεριφοράς/παιδείας του Wilson (2006) και την ψηφιακή υγειονομική παιδεία, με αξιοποίηση της κλίμακας eHEALS των Cameron D., Norman, & Harvey A., Skinner (2006). Για την επεξεργασία των δεδομένων εφαρμόστηκαν μέθοδοι περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίζεται

στο $p \leq 0,05$, και η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση λογισμικού στατιστικής ανάλυσης (SPSS) v. 22

Αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες παρουσίασαν σχετικά υψηλό επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας ($M=3,62$, $TA=0,89$). Οι κλίμακες του ερωτηματολογίου εμφάνισαν υψηλή εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha=0,791-0,930$). Στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ψηφιακή υγειονομική παιδεία παρατηρήθηκαν ως προς την ηλικία ($p<0,001$), το επίπεδο βασικών σπουδών ($p<0,001$), τις σπουδές μετά το πτυχίο ($p=0,006$), την επαγγελματική θέση ($p<0,001$) και τα συνολικά έτη υπηρεσίας ($p=0,020$), ενώ δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση με το φύλο ($p=0,937$). Επιπλέον, η ψηφιακή υγειονομική παιδεία συσχετίστηκε θετικά με τις ανάγκες πληροφόρησης ($r=0,438$, $p<0,001$) και τις πηγές πληροφόρησης ($r=0,463$, $p<0,001$), ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με τα εμπόδια στην πληροφόρηση ($r=-0,167$, $p=0,025$). Η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση ανέδειξε ότι οι ανάγκες πληροφόρησης ($\beta=0,201$, $p=0,021$), οι πηγές πληροφόρησης ($\beta=0,341$, $p=0,001$) και τα εμπόδια στην πληροφόρηση ($\beta=-0,238$, $p=0,001$) αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας, εξηγώντας το 28,1% της συνολικής διακύμανσής της ($R^2=0,281$).

Συμπεράσματα: Η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αποτελεσματική λειτουργία των επαγγελματιών υγείας και για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ενίσχυση των ψηφιακών και πληροφοριακών δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της τεκμηριωμένης πρακτικής, της πρόσβασης σε αξιόπιστη πληροφορία και της συνολικής λειτουργίας των οργανισμών υγείας. Τα ευρήματα της μελέτης μπορούν να αξιοποιηθούν για τον σχεδιασμό εκπαιδευτικών και οργανωσιακών παρεμβάσεων που σχετίζονται με την ανάπτυξη ψηφιακών δεξιοτήτων στον υγειονομικό τομέα.

Λέξεις – Κλειδιά

Ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία, eHealth literacy, Πληροφοριακή συμπεριφορά, Επαγγελματίες υγείας, Ογκολογικό νοσοκομείο, Ψηφιακός μετασχηματισμός υγείας

Abstract

Introduction: This thesis examines the digital information literacy of healthcare professionals, focusing on the Anticancer Hospital of Thessaloniki “Theagenio”. In an environment where scientific knowledge is constantly evolving and access to digital information sources is immediate and extensive, healthcare professionals are required to search for, evaluate, and utilize information in ways that support their daily practice. The theoretical part of the study analyzes key concepts such as information literacy, digital competence, and health literacy, as well as models used for their interpretation, with particular emphasis on the information behavior of healthcare professionals and the assessment of digital literacy.

Purpose: The purpose of this study is to investigate and assess the level of digital information literacy among the employees of the Anticancer Hospital of Thessaloniki “Theagenio”, as well as to identify factors associated with it. In addition, the study aims to record potential barriers related to the search, evaluation, and use of digital health information, while contributing to the discussion regarding skills development in the healthcare sector and the improvement of the quality of healthcare services provided.

Methodology: The present study follows a quantitative methodological approach, employing a structured questionnaire as the data collection instrument. The study population consisted of 179 employees from various professional categories within the hospital, while data collection was conducted using a convenience sampling method.

The research instrument included sections concerning participants’ demographic characteristics, information behavior, and digital health literacy. Information behavior was assessed using Wilson’s Information Behavior/Literacy Scale (2006), whereas digital health literacy was measured using the eHealth Literacy Scale (eHEALS) developed by Norman and Skinner (2006).

Descriptive and inferential statistical methods were applied for data processing and analysis. The level of statistical significance was set at $p \leq 0.05$. Statistical analyses were performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 22.

Results: Participants demonstrated a relatively high level of eHealth literacy ($M = 3.62$, $SD = 0.89$), while all questionnaire scales showed high internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.791$ – 0.930). Statistically significant differences in eHealth literacy were observed according to age, educational level, postgraduate studies, professional position, and years of service ($p < 0.05$). Furthermore, eHealth literacy was positively associated with information needs and information sources, and negatively associated with barriers to information seeking. Multiple regression analysis identified information needs, information sources, and information barriers as significant predictors of eHealth literacy, explaining 28.1% of its variance ($R^2 = 0.281$).

Conclusions: Digital information literacy constitutes an important factor for the effective functioning of healthcare professionals and for the quality of healthcare services provided. Strengthening the digital and information skills of healthcare personnel may contribute to the improvement of evidence-based practice, access to reliable information, and the overall operation of healthcare organizations. The findings of the study may be utilized in the design of educational and organizational interventions related to the development of digital skills in the healthcare sector.

Key words

Digital information literacy, eHealth literacy, Information behavior, Healthcare professionals, Oncology hospital, Digital health transformation

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες	4
Λέξεις – Κλειδιά.....	8
Key words	10
Κατάλογος Σχημάτων.....	14
Κατάλογος Πινάκων	14
Κατάλογος Διαγραμμάτων	14
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο : ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	18
1.1. Βασικές θεωρίες έννοιες και προσεγγίσεις.....	18
1.2 Ορισμοί και διάκριση μεταξύ Ψηφιακής Πληροφοριακής Παιδείας, Ψηφιακής Ικανότητας & Εγγραμματοσύνης Υγείας.....	21
1.3 Οφέλη ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας.....	24
1.4 Ανάλυση πληροφοριακής συμπεριφοράς προσωπικού υπηρεσιών υγείας-μοντέλο Wilson.....	28
1.5 Μοντέλα αξιολόγησης ψηφιακής εγγραμματοσύνης (HLS-EU, eHEALS, DigComp κ.ά.).....	36
1.6 Βιβλιογραφική ανασκόπηση σημασίας ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας.....	39
1.7 Ανάγκες για πληροφόρηση των επαγγελματιών υγείας	42
1.8 Επίδραση ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΗΦΙΑΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	46
2.1 Διεθνές και Ευρωπαϊκό πλαίσιο ψηφιακών δεξιοτήτων στην υγεία (WHO – Ευρωπαϊκή Ένωση).....	46
2.2 Ελληνικό πλαίσιο – Πολιτικές ψηφιακού μετασχηματισμού στην υγεία	49

2.3 Πληροφοριακό Σύστημα Μονάδων Υγείας – Η περίπτωση του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ	55
3.1 Έννοια και σημασία του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας.....	55
3.2 Σύγχρονες προκλήσεις και απαιτήσεις δεξιοτήτων στον υγειονομικό τομέα.....	58
3.3 Εκπαίδευση, επιμόρφωση και δια βίου μάθηση των επαγγελματιών υγείας.....	61
3.4 Ψηφιακές δεξιότητες και πληροφοριακή παιδεία ως παράγοντας επαγγελματικής ανάπτυξης	64
3.5 Ο ρόλος της διοίκησης στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	77
4.1 Σκοπός της έρευνας	77
4.1.1 Ειδικότεροι στόχοι της έρευνας.....	78
4.1.2 Ερευνητική προσέγγιση και επιλογή του ερευνητικού πεδίου	79
4.1.3 Αναμενόμενη συμβολή της έρευνας	79
4.1.4 Περιορισμοί.....	80
4.2 Πληθυσμός υπό μελέτη.....	80
4.2.1 Μέγεθος δείγματος και διαδικασία δειγματοληψίας	81
4.2.2 Χρονικό πλαίσιο και διαδικασία συλλογής	82
4.2.3 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού	83
4.2.4 Ιδιαιτερότητες του πληθυσμού σε αντικαρκινικό νοσοκομείο	83
4.2.5 Πιθανές πηγές μεροληψίας	84
4.3 Ερωτηματολόγια και μεταβλητές υπό μελέτη	84
4.3.1 Κατηγοριοποίηση μεταβλητών	86

4.4. Διαδικασία αδειοδότησης	87
4.4.1 Εθελοντική συμμετοχή και ενημερωμένη συγκατάθεση.....	88
4.4.2 Ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.....	88
4.4.3 Διαχείριση, αποθήκευση δεδομένων και προστασία προσωπικών δεδομένων	89
4.5. Αξιοπιστία και εγκυρότητα του εργαλείου	89
4.6 Στατιστική ανάλυση	90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο : ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	91
5.1 Εσωτερική Αξιοπιστία	91
5.2 Διερευνητική παραγοντική ανάλυση των κλιμάκων.....	93
5.3 Περιγραφή του δείγματος	95
5.4 Περιγραφή Βαθμολογιών Ερωτηματολογίων και έλεγχος κανονικότητας.....	109
5.5 Διερεύνηση ερευνητικών ερωτημάτων.....	116
5.5.1 Επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας των εργαζομένων	116
5.5.2 Συσχέτιση κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και ψηφιακής υγειονομικής παιδείας	117
5.5.3 Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας.....	124
5.5.4 Αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με την ψηφιακή πληροφορία και τις διαδικτυακές πηγές υγείας	130
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	135
6.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	135
6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	143
6.3 ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	147
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	148
Παράρτημα Ι- Ερωτηματολόγιο έρευνας.....	158
Παράρτημα ΙΙ- Έντυπο άδειας διεξαγωγής έρευνας.....	164

Παράρτημα III- Αναλυτικοί πίνακες δοκιμασιών πολλαπλών συγκρίσεων (post hoc-Tukey HSD).....	166
---	-----

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1 : Η πληροφοριακή συμπεριφορά του Wilson (2006)	29
Σχήμα 2: Η διαμόρφωση της συμπεριφοράς κατά την αναζήτηση της πληροφορίας του Ellis (Wilson, (1999a-1999b).....	34

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Συντελεστής Cronbach's alpha για την αξιοπιστία του συνολικού και των επιμέρους ερωτηματολογίων.	92
Πίνακας 2. Αποτελέσματα διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης των χρησιμοποιούμενων κλιμάκων.	94
Πίνακας 3 Κατανομή συχνοτήτων δημογραφικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων.	96
Πίνακας 4. Περιγραφικά μέτρα βασικών ποσοτικών μεταβλητών της ανάλυσης.....	110
Πίνακας 5. Έλεγχοι κανονικής κατανομής για τις βασικές ποσοτικές μεταβλητές της ανάλυσης.....	114
Πίνακας 6. Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής ψηφιακής υγειονομικής παιδείας (eHEALS).	116
Πίνακας 7. Έλεγχος t για δύο ανεξάρτητα δείγματα ως προς το φύλο.....	118
Πίνακας 8. Ανάλυση της διακύμανσης ως προς την ηλικιακή ομάδα.	119
Πίνακας 9. Ανάλυση της διακύμανσης ως προς το επίπεδο βασικών σπουδών.....	120
Πίνακας 10. Ανάλυση της διακύμανσης ως προς την εκπαίδευση/κατάρτιση των συμμετεχόντων μετά το πτυχίο.	121
Πίνακας 11. Ανάλυση της διακύμανσης ως προς την επαγγελματική θέση των συμμετεχόντων.	122
Πίνακας 12 Ανάλυση της διακύμανσης ως προς τα συνολικά έτη υπηρεσίας των εργαζομένων.	123
Πίνακας 13. Συντελεστές συσχέτισης Pearson και Spearman μεταξύ της μεταβλητής «eheals» και των υπόλοιπων ποσοτικών μεταβλητών της έρευνας.	125
Πίνακας 14. Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης (stepwise) και εξαρτημένη μεταβλητή την «eheals».	128
Πίνακας 15. Περιγραφικά μέτρα των μεταβλητών που αφορούν τις αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με τη διαδικτυακή πληροφορία υγείας.	131
Πίνακας 16. Συντελεστές συσχέτισης Pearson και Spearman μεταξύ της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας («eheals») και των αντιλήψεων των εργαζομένων σχετικά με τη διαδικτυακή πληροφορία υγείας.	133

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Φύλο συμμετεχόντων.....	99
Διάγραμμα 2. Ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων.	99

Διάγραμμα 3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων.	100
Διάγραμμα 4. Πλήθος παιδιών συμμετεχόντων.	101
Διάγραμμα 5. Επίπεδο βασικών σπουδών συμμετεχόντων.	102
Διάγραμμα 6. Σπουδές των συμμετεχόντων μετά το πτυχίο.	102
Διάγραμμα 7. Έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων στο παρόν νοσοκομείο.	103
Διάγραμμα 8. Έτη συνολικής υπηρεσίας των συμμετεχόντων.	104
Διάγραμμα 9. Επαγγελματική θέση των συμμετεχόντων στο νοσοκομείο.	105
Διάγραμμα 10. Τομέας εργασίας των συμμετεχόντων.	106
Διάγραμμα 11. Καθεστώς εργασίας των συμμετεχόντων.	107
Διάγραμμα 12. Θηκόγραμμα για την μεταβλητή «needs».	110
Διάγραμμα 13. Θηκόγραμμα για την μεταβλητή «sources».	111
Διάγραμμα 14. Θηκόγραμμα για την μεταβλητή «barriers».	112
Διάγραμμα 15. Θηκόγραμμα για την μεταβλητή «eheals».	112

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αδιάκοπη πρόοδος της τεχνολογίας και η ενίσχυση των ψηφιακών εφαρμογών στον χώρο της υγείας έχουν επιφέρει σημαντικά και θετικά αποτελέσματα σε ποικίλους κλάδους της οικονομίας (Beer & Mulder, 2020). Η συνεχής ψηφιοποίηση της κοινωνικής και οικονομικής δραστηριότητας επηρεάζει άμεσα και τον υγειονομικό τομέα, με τη ραγδαία υιοθέτηση ψηφιακών υπηρεσιών να μετασχηματίζει ριζικά τον τρόπο παροχής υγειονομικής φροντίδας. Η εξέλιξη αυτή συνεπάγεται αυξημένες απαιτήσεις για εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες σε όλες τις κατηγορίες προσωπικού των νοσοκομείων- από τους ιατρούς και νοσηλευτές έως τα διοικητικά, τεχνικά και υποστηρικτικά στελέχη.

Η υγειονομική περίθαλψη, ως τομέας με εντονότατη παραγωγή και ανανέωση γνώσης, υφίσταται διαρκείς μεταβολές εξαιτίας των τεχνολογικών εξελίξεων. Έτσι, η παραδοσιακή κλινική εξέταση και η διά ζώσης φροντίδα συμπληρώνονται πλέον από μορφές απομακρυσμένης ή υβριδικής φροντίδας μέσω ψηφιακών μέσων, χωρίς ωστόσο να υποβαθμίζεται ο ουσιώδης ρόλος της ανθρώπινης επαφής στην κλινική διαδικασία. Το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών υγείας, ως θεμέλιος λίθος του συστήματος, καλείται να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις μέσα από συνεχή εκπαίδευση και αναβάθμιση των δεξιοτήτων του, με στόχο τη βελτίωση της κλινικής πρακτικής και την παροχή αποτελεσματικής υποστήριξης σε ασθενείς και φροντιστές (WHO, 2016, Frenk et al., 2010).

Η ολοένα αυξανόμενη ενσωμάτωση των τεχνολογιών πληροφόρησης στις υπηρεσίες υγείας δεν συνδέεται μόνο με τη διευκόλυνση της πρόσβασης των επαγγελματιών σε έγκυρες ψηφιακές πηγές και διαδικτυακές πληροφορίες, αλλά και με την ανάγκη των ασθενών για αποτελεσματικότερη, ταχύτερη και ποιοτικότερη υγειονομική φροντίδα (Κωσταγιόλας & Αλεξιάς, 2011). Παράλληλα, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, λόγω του εύρους των κλινικών τους αρμοδιοτήτων και της μεταβαλλόμενης φύσης της σύγχρονης περίθαλψης, οφείλουν να εκπαιδεύονται συνεχώς σε νέες ψηφιακές και πληροφοριακές δεξιότητες, όπως επισημαίνεται και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2025)

Οι επαγγελματίες υγείας, με έμφαση στους νοσηλευτές, αποτελούν τον συνδετικό κρίκο στη μετατροπή της διαθέσιμης πληροφορίας σε κλινική πράξη, διευκολύνοντας παράλληλα τον ασθενή να προσανατολιστεί σωστά μέσα στο σύστημα υγείας. Οι τεχνολογικές λύσεις που ενισχύουν τη διαχείριση και ανταλλαγή ιατρικών δεδομένων —όπως οι φορητές συσκευές, τα ηλεκτρονικά συστήματα υποστήριξης αποφάσεων και οι εφαρμογές τηλεϊατρικής— συμβάλλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της αποδοτικότητας, στην ενίσχυση της ικανοποίησης των εργαζομένων και στη συνολική αναβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Borges do Nascimento et al, 2023).

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η συστηματική διερεύνηση και η αξιολόγηση του επιπέδου ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας του ανθρώπινου δυναμικού του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο», καθώς και η ανάδειξη των παραγόντων που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της ψηφιακής υγειονομικής εγγραμματοσύνης τους. Η εργασία αποσκοπεί επίσης στην κατανόηση των παραμέτρων που ενισχύουν ή περιορίζουν τη χρήση ψηφιακών εργαλείων και την αποτελεσματική πρόσβαση σε ψηφιακές πληροφορίες σχετικές με την υγεία.

Η δομή της εργασίας οργανώνεται σε θεωρητικό και ερευνητικό σκέλος. Το πρώτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στην τεκμηρίωση της αναγκαιότητας μελέτης του όρου «ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία», παρουσιάζοντας ορισμούς και θεωρίες καθώς επίσης τα οφέλη και τη σημασία της. Παράλληλα, αναδεικνύεται η καθοριστική συμβολή της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας στην παροχή υπηρεσιών υγείας και αναπτύσσονται οι έννοιες της ηλεκτρονικής υγείας (e-Health), το ερωτηματολόγιο πληροφοριακής παιδείας του Wilson και η Κλίμακα Αλφαριθμητισμού στην Ηλεκτρονική Υγεία (e-HEALS). Επιπλέον, εξετάζονται οι απαιτήσεις και οι απαραίτητες δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, καθώς και οι παράγοντες που εμποδίζουν την περαιτέρω ανάπτυξη της ψηφιακής εγγραμματοσύνης του ανθρώπινου δυναμικού.

Στο δεύτερο κεφάλαιο συγκεντρώνονται στοιχεία που αναλύουν την ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία στο χώρο της υγείας σε διεθνές, ευρωπαϊκό και εθνικό πλαίσιο, καθώς και η εξειδίκευση αυτής στο ΑΝΘ Θεαγένειο.

Το τρίτο κεφάλαιο αναλύει την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στο τομέα της υγείας, τις προκλήσεις που έχει επιφέρει η εισαγωγή των τεχνολογιών στο περιβάλλον της υγείας, και τις ανάγκες εκπαίδευσης, επιμόρφωση και απαιτούμενων δεξιοτήτων των εργαζομένων στον υγειονομικό τομέα, ενώ αναδεικνύεται και η σημασία της πληροφορίας στα χρόνια νοσήματα.

Στο 4^ο κεφάλαιο περιγράφεται το μεθοδολογικό πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας, το οποίο περιλαμβάνει το σχεδιασμό της έρευνας, τη μεθοδολογική προσέγγιση και την ανάπτυξη των ερευνητικών ερωτημάτων, καθώς και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης που πραγματοποιήθηκε.

Στο 5^ο κεφάλαιο παρατίθενται τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας ενώ στα τελευταία κεφάλαια γίνεται συζήτηση επί των ευρημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο : ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1.1. Βασικές θεωρίες έννοιες και προσεγγίσεις

Η έννοια της πληροφοριακής παιδείας (information literacy) αποτελεί ουσιαστικό και πρωταρχικό πυλώνα της σύγχρονης κοινωνίας της γνώσης και συνδέεται άρρηκτα με την ικανότητα του ατόμου να αναζητά, να αξιολογεί, να χρησιμοποιεί και να παράγει πληροφορία με αποτελεσματικό, κριτικό και ηθικά υπεύθυνο τρόπο. Έχει αναδειχθεί διεθνώς ως βασική ικανότητα για τη λειτουργία ατόμων και οργανισμών σε περιβάλλοντα όπου η πληροφορία παράγεται, διακινείται και αναθεωρείται με μεγάλη ταχύτητα. Η θεωρητική της συγκρότηση ξεκίνησε ήδη από τη δεκαετία του 1970, με την ανάδειξη της πληροφορίας ως στρατηγικού πόρου για την οικονομική ανάπτυξη, την εκπαίδευση και τη λήψη αποφάσεων. Οι ρίζες του όρου αποδίδονται συχνά στον Zurkowski, ο οποίος ήδη από το 1974 συνέδεσε την πληροφοριακή παιδεία με την

ικανότητα αξιοποίησης πληροφοριακών πόρων για την επίλυση προβλημάτων και την στρατηγική διαχείριση τους (Zurkowski, 1974:6). Αν και οι πρώτες προσεγγίσεις είχαν έντονα λειτουργικό και χρηστικό χαρακτήρα, αφού η πληροφοριακή παιδεία αντιμετωπίστηκε ως σύνολο δεξιοτήτων που σχετίζονται με τη χρήση βιβλιοθηκών, καταλόγων και συστημάτων πληροφόρησης, σταδιακά εξελίχθηκε σε ένα ευρύτερο, πολυδιάστατο θεωρητικό, γνωστικό και κοινωνικό φαινόμενο, ενσωματώνοντας γνωστικές, κοινωνικο - πολιτισμικές και ηθικές διαστάσεις.

Κομβικό σημείο στην ακαδημαϊκή κατοχύρωση της πληροφοριακής παιδείας αποτέλεσαν οι προσεγγίσεις της βιβλιοθηκονομίας και της επιστήμης της πληροφορίας, που την όρισαν αναπόφευκτα ως την ικανότητα αναγνώρισης της ανάγκης για πληροφορία, εντοπισμού, αξιολόγησης και χρήσης της. Οι πρώτες θεσμικές διατυπώσεις, τα πρότυπα, ενίσχυσαν αυτή τη λογική δεξιοτήτων. Ωστόσο, η νεότερη εννοιολογική στροφή έδωσε έμφαση όχι μόνο σε δεξιότητες αλλά και σε τρόπους σκέψης, στην κατανόηση του πώς παράγεται ή και αξιολογείται η γνώση και η πληροφορία, καθώς και στην ηθική συμμετοχή σε κοινότητες μάθησης (ACRL, 2016:2-4). Αυτή η μετατόπιση κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική για το νοσοκομειακό περιβάλλον, όπου η πληροφορία δεν είναι ουδέτερη αλλά συνδέεται με κλινικές αποφάσεις, ασφάλεια ασθενών, ποιότητα φροντίδας και κανονιστική συμμόρφωση.

Η μετάβαση στην ψηφιακή εποχή έφερε ριζικές αλλαγές στο περιβάλλον της πληροφορίας. Με την ψηφιοποίηση της πληροφορίας και την καθολική διείσδυση του διαδικτύου, η πληροφοριακή παιδεία σαφώς απέκτησε νέα χαρακτηριστικά. Η αλματώδης ανάπτυξη των τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών (ΤΠΕ), η ευρεία διάδοση του διαδικτύου και η παραγωγή τεράστιου όγκου ψηφιακού περιεχομένου ανέδειξαν νέες απαιτήσεις αλλά και προκλήσεις. Το ψηφιακό περιβάλλον που πολλαπλασιάζει τις πηγές, μειώνει το φίλτρο που παραδοσιακά ασκούσαν εκδότες, βιβλιοθήκες και θεσμικοί μεσολαβητές και αυτό συνεπάγεται τη δημιουργία φαινομένων όπως η υπερφόρτωση της πληροφορίας και η έκθεση σε παραπληροφόρηση. Επομένως άμεσα εμφανίζεται μια αυξημένη ανάγκη για την κριτική αξιολόγηση (Bawden, 2008: 17-32). Στην υγεία, οι συνέπειες είναι ακόμη πιο έντονες καθώς η χρήση αναξιόπιστων ή και παρωχημένων πληροφοριών δύναται να

οδηγήσει σε κακές κλινικές πρακτικές, σύγχυση ασθενών, ακόμη και αύξηση κινδύνου. Σε αυτό το πλαίσιο, η πληροφοριακή παιδεία επαναπροσδιορίστηκε, ενσωματώνοντας ψηφιακές διαστάσεις και οδηγώντας τελικά στη διαμόρφωση της έννοιας της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας (Bawden, 2008:17-32).

Σημαντική θεωρητική συνεισφορά προέρχεται από κοινωνικο - πολιτισμικές προσεγγίσεις οι οποίες αντιλαμβάνονται την πληροφοριακή παιδεία ως πρακτική, που διαμορφώνεται μέσα σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα εργασίας, σχέσεις και υλικοτεχνικές υποδομές. Θεωρητικά, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία αντλεί στοιχεία από πολλαπλά γνωστικά πεδία, όπως η επιστήμη της πληροφορίας, η παιδαγωγική, η κοινωνιολογία της γνώσης και η επιστήμη της υγείας. Οι κοινωνικο - γνωστικές θεωρίες λοιπόν υποστηρίζουν ότι η χρήση και η κατανόηση της πληροφορίας δεν αποτελεί αμιγώς τεχνική δεξιότητα, αλλά κοινωνικά και πολιτισμικά προσδιορισμένη πρακτική. Η Lloyd, για παράδειγμα, υποστηρίζει ότι η πληροφοριακή παιδεία δεν ορίζεται απλώς ως ένα ατομικό πακέτο δεξιοτήτων, αλλά αναπτύσσεται μέσα από τη συμμετοχή σε κοινότητες πρακτικής εφαρμογής και ενσωματώνεται αναπόφευκτα στην καθημερινή εργασιακή ρουτίνα (Lloyd, 2010:25-27). Παράλληλα, οι θεωρίες της διά βίου μάθησης τονίζουν ότι η πληροφοριακή παιδεία δεν είναι απλώς μια στατική ικανότητα, αλλά μια δυναμική διαδικασία που εξελίσσεται καθ' όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής ζωής του εργαζόμενου (Candy, 2002).

Στο χώρο της υγείας, οι προσεγγίσεις αυτές συνδέονται άμεσα με την τεκμηριωμένη πρακτική, όπου η ποιότητα των αποφάσεων εξαρτάται ασφαλώς από την ικανότητα πρόσβασης στην καλύτερη διαθέσιμη τεκμηρίωση και κυρίως από την ορθή ερμηνεία της. Ειδικά σε αντικαρκινικά πλαίσια, οι εξελίξεις σε θεραπευτικά πρωτόκολλα, στοχευμένες θεραπείες και κατευθυντήριες οδηγίες είναι ταχύτατες, άρα η συνεχής ενημέρωση αποτελεί πλέον οργανωσιακή αναγκαιότητα. Έτσι, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία αναδύεται ως στρατηγική ικανότητα του ανθρώπινου δυναμικού, η οποία υποστηρίζει όχι μόνο ατομική επάρκεια αλλά και συνολική ποιότητα υπηρεσιών.

Για ένα αντικαρκινικό νοσοκομείο, αυτό σημαίνει ότι το επίπεδο ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας του προσωπικού δεν εξαρτάται μόνο από ατομικές γνώσεις ή την εκπαίδευση, αλλά και από την πρόσβαση σε αξιόπιστες βάσεις δεδομένων, την ύπαρξη χρόνου για αναζήτηση και ανάγνωση, την κουλτούρα τεκμηριωμένης πρακτικής, τη διαθεσιμότητα υποστήριξης από βιβλιοθηκονόμους και εν γένει κλινικούς πληροφοριακούς ειδικούς, και τέλος την ωριμότητα των πληροφοριακών συστημάτων του οργανισμού.

Στο ίδιο πνεύμα, η διάκριση μεταξύ δεξιοτήτων και κατανόησης καθίσταται απαραίτητη. Ένας επαγγελματίας μπορεί να χειρίζεται άριστα μια ηλεκτρονική εφαρμογή επομένως να έχει άριστη τεχνική ικανότητα, αλλά να μη μπορεί να αξιολογήσει αν ένα άρθρο είναι μεθοδολογικά αξιόπιστο ή αν μια κατευθυντήρια οδηγία είναι ενημερωμένη, οπότε να εμφανίζεται χωρίς την απαραίτητη πληροφοριακή παιδεία. Επομένως, το θεωρητικό πλαίσιο θα πρέπει να περιλαμβάνει γνωστικές δεξιότητες όπως η κριτική σκέψη και η αξιολόγηση μεθοδολογίας, δεξιότητες αναζήτησης όπως οι στρατηγικές αναζήτησης δεδομένων σε βάσεις δεδομένων και η χρήση ελεγχόμενων λεξιλογίων και θησαυρών όπως τα MeSH και EMTREE, κατανόηση του κύκλου ζωής της επιστημονικής πληροφορίας, αλλά και ηθικές και νομικές πτυχές όπως η δεοντολογία της χρήσης δεδομένων, τα πνευματικά δικαιώματα και η ασφάλεια των πληροφοριών.

Συνεπώς, το θεωρητικό πλαίσιο της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας συγκροτείται ως ένα πολυδιάστατο πεδίο που συνδυάζει τεχνολογικές δεξιότητες, κριτική σκέψη, γνωστική αυτονομία και επαγγελματική υπευθυνότητα. Η κατανόηση των βασικών αυτών θεωριών και εννοιών αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για την αξιολόγηση του επιπέδου ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας του ανθρώπινου δυναμικού σε ένα σύγχρονο αντικαρκινικό νοσοκομείο.

1.2 Ορισμοί και διάκριση μεταξύ Ψηφιακής Πληροφοριακής Παιδείας, Ψηφιακής Ικανότητας & Εγγραμματοσύνης Υγείας

Σε αυτή τη θεματική, στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία συναντώνται συγγενείς όροι που συχνά αλληλοεπικαλύπτονται και συγχέονται. Ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία (digital information literacy), ψηφιακή ικανότητα (digital competence) και εγγραμματοσύνη υγείας (health literacy), συμπεριλαμβανομένης της ψηφιακής, ηλεκτρονικής της διάστασης (eHealth literacy) είναι ορισμένοι από αυτούς που μας απασχολούν στη συγγραφή της παρούσης. Η διάκρισή τους είναι αναγκαία, διότι επηρεάζει τόσο το θεωρητικό πλαίσιο όσο και την επιλογή εργαλείων αξιολόγησης για το ανθρώπινο δυναμικό ενός νοσοκομείου.

Η πληροφοριακή παιδεία, όπως προαναφέρθηκε, στη σύγχρονη θεώρηση, ορίζεται κλασικά ως η ικανότητα αναγνώρισης της ανάγκης για πληροφορία, εντοπισμού της, αξιολόγησης της αξιοπιστίας της και αποτελεσματικής χρήσης της (ACRL, 2000) και αφορά στην ικανότητα να εντοπίζουμε, να αξιολογούμε και να χρησιμοποιούμε πληροφορίες με κριτική σκέψη, κατανοώντας παράλληλα τον τρόπο παραγωγής και αξίας της πληροφορίας. Το ACRL Framework δίνει ιδιαίτερη έμφαση στις έννοιες της εξουσίας και αξιοπιστίας της πληροφορίας, της διαδικασίας έρευνας και της ηθικής συμμετοχής σε κοινότητες γνώσης (ACRL, 2016:2-4). Όταν η έρευνα μεταφέρεται στο ψηφιακό περιβάλλον, προκύπτει η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία οριζόμενη ως η ικανότητα λειτουργίας μέσα σε ψηφιακά οικοσυστήματα πληροφορίας, πλοήγησης σε ψηφιακές πηγές, με έμφαση στην κριτική αξιολόγηση διαδικτυακού περιεχομένου, στη διαχείριση του πληροφοριακού φόρτου και στην κατανόηση των μηχανισμών παραγωγής και διάχυσης της ψηφιακής πληροφορίας και κατά συνέπεια πρόβλεψη κινδύνων όπως η παραπληροφόρηση (Bawden, 2008) ÷

Η ψηφιακή ικανότητα (digital competence), αντιθέτως, είναι εννοιολογικά πιο τεχνολογική και αναφέρεται στο σύνολο γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων που επιτρέπουν στον εργαζόμενο να χρησιμοποιεί ψηφιακές τεχνολογίες με ασφάλεια, αποτελεσματικότητα και υπευθυνότητα. Περιλαμβάνει τεχνικές δεξιότητες, όπως η χρήση λογισμικών, ψηφιακών εργαλείων και συστημάτων πληροφορικής, καθώς και ζητήματα ασφάλειας, επικοινωνίας και δημιουργίας ψηφιακού περιεχομένου (European Commission, 2019). Η ψηφιακή ικανότητα αποτελεί αναγκαία αλλά όχι επαρκή προϋπόθεση για την ανάπτυξη της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας, καθώς

δεν εγγυάται τελικά την κριτική και επιστημονικά τεκμηριωμένη χρήση της πληροφορίας.

Το ευρωπαϊκό πλαίσιο DigComp αποτελεί κεντρικό σημείο αναφοράς και οργανώνει την ψηφιακή ικανότητα σε βασικούς τομείς όπως η πληροφορία, δηλαδή τα δεδομένα, η επικοινωνία, δηλαδή η συνεργασία, η δημιουργία περιεχομένου, η ασφάλεια και η επίλυση προβλημάτων (Vuorikari et al., 2022): Ο τομέας “information and data literacy” του DigComp αγγίζει πτυχές πληροφορίας, αλλά στο DigComp η έμφαση είναι στη λειτουργικότητα, στην ικανότητα του χρήστη με εργαλεία και δεδομένα και όχι απαραίτητα στην κριτική επιστημονική αποτίμηση. Συνεπώς, κάποιος μπορεί να έχει υψηλή ψηφιακή ικανότητα, να χειρίζεται δηλαδή άριστα συστήματα, εφαρμογές και ηλεκτρονικούς φακέλους υγείας (Electronic Health Record, EHR), αλλά μέτρια ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία, να δυσκολεύεται δηλαδή να φιλτράρει την αξιόπιστη επιστημονική τεκμηρίωση.

Η εγγραμματοσύνη υγείας (health literacy) αφορά στην ικανότητα πρόσβασης, κατανόησης, αξιολόγησης και εφαρμογής πληροφοριών υγείας για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην υγεία. Έχει αναδειχθεί ως στόχος δημόσιας υγείας και ως πολυεπίπεδη ικανότητα που υπερβαίνει την απλή ανάγνωση και κατανόηση, περιλαμβάνοντας μια κριτική διάσταση (Nutbeam, 2000:259-267). Η Sorensen και οι συνεργάτες της πρότειναν ένα ολοκληρωμένο μοντέλο που ενσωματώνει τέσσερις διαδικασίες: πρόσβαση, κατανόηση, εκτίμηση, εφαρμογή, σε τρία πεδία: υγειονομική φροντίδα, πρόληψη, προαγωγή υγείας, τονίζοντας ότι η εγγραμματοσύνη υγείας είναι πολυδιάστατη και επηρεάζεται από κοινωνικούς και οργανωσιακούς παράγοντες (Sorensen et al., 2012).

Η ψηφιακή, ηλεκτρονική εγγραμματοσύνη υγείας (eHealth literacy) ειδικεύει την παραπάνω έννοια στο ψηφιακό περιβάλλον. Η πιο γνωστή επιχειρησιακή προσέγγιση είναι η κλίμακα eHEALS, η οποία μετρά την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα του χρήστη να βρίσκει, να αξιολογεί και να εφαρμόζει ηλεκτρονική πληροφορία υγείας (Norman and Skinner, 2006:1-2). Εδώ όμως προκύπτει μια βασική μεθοδολογική διάκριση καθώς η eHEALS εστιάζει σε αντιλαμβανόμενη ικανότητα και σχεδιάστηκε

πρωτίστως για γενικούς χρήστες. Σε νοσοκομειακό περιβάλλον, και ειδικά για επαγγελματίες υγείας, απαιτείται συχνά συμπληρωματική αξιολόγηση με αντικειμενικότερα κριτήρια ή εργαλεία προσαρμοσμένα στην κλινική πράξη.

Εντός ενός αντικαρκινικού νοσοκομείου, οι τρεις έννοιες αλληλοσυμπληρώνονται αλλά δεν ταυτίζονται:

- Η ψηφιακή ικανότητα είναι απαραίτητη για τη χρήση νοσοκομειακών συστημάτων (π.χ. HIS, LIS, RIS, EHR, πλατφόρμες τηλεϊατρικής).
- Η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία είναι απαραίτητη για την κριτική αξιολόγηση επιστημονικών πηγών, κατευθυντήριων οδηγιών, κλινικών δοκιμών και μετα-αναλύσεων, αλλά και για την ορθή τεκμηρίωση σε πρωτόκολλα και κλινικές αποφάσεις.
- Η εγγραμματοσύνη υγείας σχετίζεται περισσότερο με την κατανόηση και την χρήση πληροφοριών υγείας, αλλά για επαγγελματίες αποκτά νόημα όταν αφορά στην ικανότητα επικοινωνίας και μετάφρασης της τεκμηρίωσης σε κατανοητές οδηγίες προς ασθενείς και την αξιολόγηση των ψηφιακών πηγών που χρησιμοποιούν οι ασθενείς.

Η βασική εννοιολογική διάκριση δεν είναι μια ακόμη ακαδημαϊκή λεπτομέρεια αλλά έγκειται στο ότι η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία επικεντρώνεται στη σχέση του ατόμου με την πληροφορία καθαυτή, ενώ η ψηφιακή ικανότητα αφορά στη σχέση με την τεχνολογία και η εγγραμματοσύνη υγείας στη σχέση με το περιεχόμενο υγείας. Η διάκριση αυτή καθαυτή καθορίζει τι ακριβώς αξιολογούμε. Αν το ερευνητικό ερώτημα αφορά στην ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία, δεν αρκεί να μετρήσουμε μόνο τεχνικές δεξιότητες ή γενική ψηφιακή εξοικείωση. Χρειάζεται να αποτυπώσουμε κριτική ικανότητα, επιστημονικό συλλογισμό, πληροφοριακή συμπεριφορά και ικανότητα μετατροπής της πληροφορίας σε τεκμηριωμένη πρακτική.

1.3 Οφέλη ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας

Η ανάπτυξη υψηλού επιπέδου ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας στους επαγγελματίες υγείας συνδέεται με πολλαπλά οφέλη, τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωσιακό επίπεδο. Πρωτίστως, ενισχύει την ικανότητα τεκμηριωμένης λήψης αποφάσεων, καθώς επιτρέπει την αποτελεσματική αναζήτηση και αξιολόγηση επιστημονικών δεδομένων. Αναλυτικότερα, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία των επαγγελματιών υγείας συνδέεται με οφέλη που αφορούν: (α) την κλινική ποιότητα και ασφάλεια, (β) την αποδοτικότητα και την οργανωσιακή μάθηση, (γ) την επιστημονική και ερευνητική λειτουργία και (δ) την επικοινωνία με ασθενείς και την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης. Σε περιβάλλοντα όπως ένα αντικαρκινικό νοσοκομείο, όπου η γνώση εξελίσσεται γρήγορα και οι κλινικές αποφάσεις είναι υψηλού κινδύνου, τα οφέλη αυτά αποκτούν στρατηγική σημασία.

Πρώτον, σε κλινικό επίπεδο, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία αποτελεί προϋπόθεση για την τεκμηριωμένη πρακτική, συμβάλλει δηλαδή στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, μειώνοντας τον κίνδυνο λαθών που προκύπτουν από τη χρήση αναξιόπιστων ή παρωχημένων πληροφοριών (Davies, 2011). Οι επαγγελματίες που διαθέτουν ανεπτυγμένες πληροφοριακές δεξιότητες είναι σε θέση να ενσωματώνουν ταχύτατα νέες κατευθυντήριες οδηγίες και ερευνητικά ευρήματα στην καθημερινή πρακτική. Ωστόσο η πρόσβαση σε σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες, συστηματικές ανασκοπήσεις και κλινικές μελέτες δεν είναι από μόνη της αρκετή αλλά απαιτείται και η ικανότητα αξιολόγησης της ποιότητας της τεκμηρίωσης και η εφαρμογή της στο συγκεκριμένο κλινικό πλαίσιο. Η έμφαση του ACRL σε έννοιες όπως το κύρος μιας πληροφορίας, που κατασκευάζεται αλλά και πλαισιώνεται βοηθά να κατανοήσουμε ότι η αξιοπιστία δεν κρίνεται απλώς από το που δημοσιεύτηκε κάτι, αλλά από τη μεθοδολογική ισχύ, το πλαίσιο και τον σκοπό χρήσης (ACRL, 2016:4). Στην ογκολογία, αυτό μεταφράζεται σε αναγνώριση επιπέδων τεκμηρίωσης, κατανόηση τελικών σημείων, κινδύνου εφαρμογής σε σχέση με τα οφέλη και σχετικών υποπληθυσμών.

Δεύτερον, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία συνδέεται με την ασφάλεια ασθενών μέσω μείωσης της πιθανότητας χρήσης λανθασμένης ή ξεπερασμένης πληροφορίας. Το ψηφιακό περιβάλλον επιτρέπει ταχύτατη διάδοση περιεχομένου χωρίς επαρκή

έλεγχο, άρα αυξάνει τον κίνδυνο να ενσωματωθούν στην πράξη μη τεκμηριωμένες πληροφορίες (Bawden, 2008:17-32). Η ικανότητα φιλτραρίσματος και επαλήθευσης, μαζί με σωστή τεκμηρίωση, λειτουργεί ως φράγμα ασφαλείας σε διαδικασίες φροντίδας.

Τρίτον, σε οργανωσιακό επίπεδο, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία ενισχύει την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, συμβάλλοντας στη βέλτιστη αξιοποίηση πληροφοριακών συστημάτων, ηλεκτρονικών φακέλων ασθενών και βάσεων δεδομένων. Παράλληλα, προάγει την κουλτούρα συνεχούς μάθησης και επαγγελματικής ανάπτυξης εντός των νοσοκομειακών δομών (WHO, 2016). Οι επαγγελματίες με ανεπτυγμένες πληροφοριακές δεξιότητες μπορούν να αναζητούν γρηγορότερα και πιο στοχευμένα πληροφορίες, μειώνοντας χρόνο χαμένης αναζήτησης ή εξάρτηση από ανεπίσημες πηγές. Επιπλέον, μπορούν να αξιοποιούν καλύτερα τους πόρους που διαθέτει ο οργανισμός όπως για παράδειγμα τις συνδρομές σε βάσεις δεδομένων, τα εργαλεία κλινικής υποστήριξης αποφάσεων, οι ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες κ. α.. Σε ένα περιβάλλον όπου ο χρόνος είναι πιθανώς ο πιο κρίσιμος πόρος, η πληροφοριακή αποτελεσματικότητα μετατρέπεται σε ποιοτικό όφελος.

Τέταρτον, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία λειτουργεί ως καταλύτης για την οργανωσιακή μάθηση και την επαγγελματική ανάπτυξη. Οι κοινωνικο - πολιτισμικές προσεγγίσεις υπογραμμίζουν ότι οι πληροφοριακές πρακτικές διαμορφώνονται μέσα στην κοινότητα και στις διαδικασίες της εργασίας (Lloyd, 2010). Έτσι, η ενίσχυση της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας δεν ωφελεί μόνο το άτομο, αλλά μπορεί να αλλάξει την κουλτούρα του τμήματος με περισσότερη χρήση τεκμηρίωσης, καλύτερη τεκμηρίωση πρακτικών, ταχύτερη διάχυση νέων οδηγιών, συστηματικότερη αναστοχαστική πρακτική και ενδυνάμωση της διεπιστημονικής συνεργασίας.

Πέμπτον, σε επίπεδο έρευνας και καινοτομίας, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία υποστηρίζει τη συμμετοχή σε κλινικές μελέτες, την ορθή ανασκόπηση βιβλιογραφίας, την τήρηση αρχών επιστημονικής δεοντολογίας και την ενημέρωση για εξελίξεις. Η βιβλιογραφία για εκπαίδευση πληροφοριακών δεξιοτήτων σε επαγγελματίες υγείας δείχνει ότι οι παρεμβάσεις κατάρτισης μπορούν να βελτιώσουν την ικανότητα

αναζήτησης και χρήσης τεκμηρίωσης, αν και συχνά απαιτούνται καλύτερα σχέδια αξιολόγησης για ισχυρά συμπεράσματα ως προς τον αντίκτυπο στην κλινική φροντίδα (Brettle, 2003: 3-9; Brettle, 2007: 18-19).

Έκτον, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία συνδέεται με την επικοινωνία με ασθενείς και την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης. Στο περιβάλλον ενός ειδικού-αντικαρκινικού νοσοκομείου, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους συχνά, κάτω από ψυχολογική ανάγκη και πίεση, αναζητούν πληροφορίες διαδικτυακά. Οι επαγγελματίες υγείας με υψηλή πληροφοριακή παιδεία είναι καλύτερα εξοπλισμένοι ώστε να διαμεσολαβούν ανάμεσα στην επιστημονική τεκμηρίωση και την πληροφόρηση που βρίσκει ο ασθενής, βοηθώντας στην αποδόμηση ανακριβειών και στη δημιουργία εμπιστοσύνης.

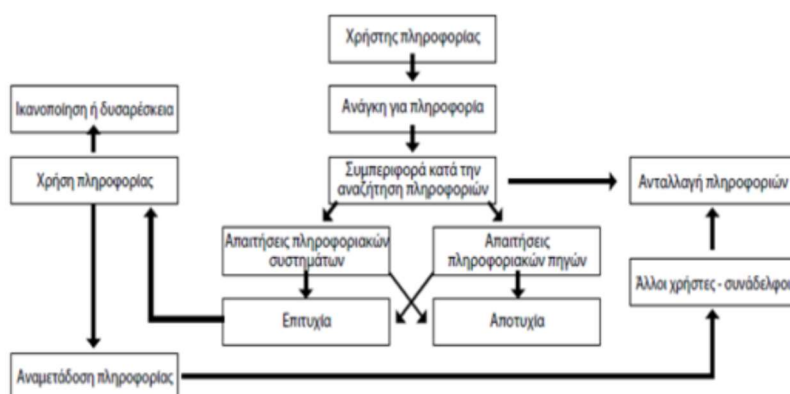
Το όφελος δεν είναι μόνο λειτουργικό αλλά και στρατηγικό για το ανθρώπινο δυναμικό. Η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία συνδέεται με την ενίσχυση της επαγγελματικής αυτονομίας και αυτοπεποίθησης των εργαζομένων, καθώς μειώνει την εξάρτηση από τρίτους για την παροχή πληροφόρησης. Διεθνείς στρατηγικές για την ενίσχυση του υγειονομικού προσωπικού αναγνωρίζουν ότι οι δεξιότητες και η συνεχιζόμενη ανάπτυξη ικανοτήτων είναι βασικές προϋποθέσεις για βιώσιμα συστήματα υγείας (WHO, 2016). Παρότι τα κείμενα στρατηγικής δεν εστιάζουν αποκλειστικά στην πληροφοριακή παιδεία, το πλαίσιο της ικανότητας του εργατικού δυναμικού να ανταποκρίνεται σε εξελισσόμενες απαιτήσεις συνδέεται άμεσα με την ανάγκη ψηφιακής και πληροφοριακής επάρκειας.

Σημαντικό κομμάτι για ένα υγειονομικό οργανισμό αποτελεί το γεγονός πως τέτοιου είδους παιδεία συμβάλλει στη συμμόρφωση με ηθικά και νομικά ζητήματα που αφορούν στη χρήση δεδομένων και προσωπικών πληροφοριών ασθενών.

Συμπερασματικά, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία λειτουργεί ως πολυεπίπεδο ενισχυτικό της ποιότητας, αφού βελτιώνει αποφάσεις, μειώνει ρίσκα, αυξάνει την αποτελεσματικότητα και ενδυναμώνει τελικά την οργανωσιακή μάθηση.

1.4 Ανάλυση πληροφοριακής συμπεριφοράς προσωπικού υπηρεσιών υγείας- μοντέλο Wilson

Η πληροφοριακή συμπεριφορά αναφέρεται στο σύνολο των ενεργειών που σχετίζονται με την αναζήτηση, χρήση και ανταλλαγή πληροφοριών και περιλαμβάνει όλες τις ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις με την πληροφορία, από την αναγνώριση ανάγκης, την αναζήτηση και την επιλογή πηγών, έως την αξιολόγηση, χρήση, αποθήκευση και διάχυση. Στον χώρο της υγείας, η πληροφοριακή συμπεριφορά των επαγγελματιών αποκτά ιδιαίτερη ένταση λόγω της υψηλής αβεβαιότητας, του χρονικού περιορισμού και της ανάγκης τεκμηριωμένων αποφάσεων. Για την κατανόηση αυτών των διαδικασιών, το μοντέλο του Wilson (1997), ένα από τα πλέον αναγνωρισμένα θεωρητικά μοντέλα, έχει αποτελέσει ένα από τα πιο επιδραστικά θεωρητικά πλαίσια αφού επιχειρεί να ερμηνεύσει τις ανάγκες πληροφόρησης και τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των χρηστών. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η ανάγκη για πληροφορία προκύπτει από ένα ευρύτερο πλαίσιο προσωπικών, κοινωνικών και επαγγελματικών παραγόντων. Στο περιβάλλον της υγείας, οι ανάγκες αυτές σχετίζονται με την επίλυση κλινικών προβλημάτων, τη λήψη αποφάσεων και την ενημέρωση για νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Το μοντέλο αναγνωρίζει επίσης την ύπαρξη εμποδίων, όπως η έλλειψη χρόνου, οι περιορισμένες δεξιότητες και η υπερφόρτωση πληροφορίας.



Εικόνα 2: Η πληροφοριακή συμπεριφορά του Wilson (2006).

Σχήμα 1 : Η πληροφοριακή συμπεριφορά του Wilson (2006)

Με βάση τη βιβλιογραφία του (Wilson 1997), 1999a), οι διαφορετικές έννοιες που εμπεριέχει ο ορισμός της πληροφοριακής συμπεριφοράς είναι:

- **Συμπεριφορά πληροφοριών (Information Behavior)**, οριζόμενη ως την ανθρώπινη συμπεριφορά που συνδέεται με τις πηγές άντλησης των πληροφοριών και τον τρόπο που διακινούνται. Συμπεριλαμβάνονται, και οι παθητικές και οι ενεργητικές πληροφορίες τόσο ως προς την αναζήτηση όσο και ως προς τη χρήση τους. Σε αυτή την κατηγορία, εντοπίζεται η απευθείας επικοινωνία με τα υπόλοιπα άτομα αλλά και η παθητική πρόσληψη της πληροφορίας, που όμως δε γίνεται αντιληπτή (για παράδειγμα μέσω διαφημίσεων).
- **Συμπεριφορά αναζήτησης πληροφοριών (Information Seeking Behavior)** που γίνεται με σκόπιμο τρόπο για να αποκτηθεί η πληροφορία. Σε αυτή την περίπτωση, το άτομο μπορεί να αλληλεπιδρά με παραδοσιακά μέσα πληροφοριών όπως είναι διαφημιστικές καταχωρήσεις στο δρόμο, έντυπο τύπο, βιβλία στις βιβλιοθήκες ή πιο σύγχρονα μέσα όπως είναι το διαδίκτυο
- **Η συμπεριφορά εύρεσης πληροφοριών (Information Searching Behavior)** αποτελεί επιμέρους διάσταση της πληροφοριακής συμπεριφοράς και αναφέρεται στις ενέργειες που αναπτύσσει το άτομο κατά τη διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών, με στόχο την

ικανοποίηση μιας συγκεκριμένης πληροφοριακής ανάγκης. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση του χρήστη με διάφορα πληροφοριακά συστήματα και πηγές πληροφόρησης, τόσο σε επίπεδο διεπαφής ανθρώπου-υπολογιστή όσο και σε γνωστικό επίπεδο. Επιπλέον, ενσωματώνει γνωστικές διεργασίες, όπως η αξιολόγηση της συνάφειας, της αξιοπιστίας και της χρησιμότητας των πληροφοριών που ανακτώνται, προκειμένου να επιλεγούν εκείνες που ανταποκρίνονται αποτελεσματικότερα στις πληροφοριακές ανάγκες του ατόμου.

• **Συμπεριφορά χρήσης πληροφοριών (Information Use Behavior)** αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αξιοποιεί τις πληροφορίες που έχει αναζητήσει και αποκτήσει, μέσω τόσο συνειδητών γνωστικών διεργασιών όσο και πρακτικών ενεργειών. Περιλαμβάνει τις νοητικές διαδικασίες ενσωμάτωσης, ερμηνείας και αξιολόγησης των νέων πληροφοριών σε σχέση με τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις και εμπειρίες του ατόμου, καθώς και τις φυσικές ενέργειες που διευκολύνουν την επεξεργασία τους, όπως η επισήμανση ή η οργάνωση σημαντικών σημείων ενός κειμένου. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, οι πληροφορίες μετατρέπονται σε γνώση που μπορεί να αξιοποιηθεί για τη λήψη αποφάσεων και την επίλυση προβλημάτων.

Στο πεδίο της υγείας, η πληροφοριακή συμπεριφορά αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς αφορά την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και γενικότερα των πολιτών να αναζητούν, να εντοπίζουν, να αξιολογούν και να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά πληροφορίες σχετικές με θέματα υγείας. Η αξιολόγηση της εγκυρότητας, της αξιοπιστίας και της ποιότητας των διαθέσιμων πληροφοριών αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας. Ο τομέας αυτός περιγράφεται ως **υγειονομική πληροφοριακή συμπεριφορά (health information behavior)** και αποτελεί το βασικό αντικείμενο διερεύνησης της παρούσας μελέτης (Inoue et al., 2022).

Ο Wilson λοιπόν πρότεινε ένα γενικό μοντέλο πληροφοριακής συμπεριφοράς που ξεκινά από την πληροφοριακή ανάγκη ως έκφανση ενός πρωτογενούς προβλήματος ή στρεσογόνου παράγοντα, το οποίο ενεργοποιεί την αναζήτηση της πληροφορίας. Το μοντέλο δίνει έμφαση σε παρεμβαλλόμενες μεταβλητές που μπορούν να διευκολύνουν

ή να εμποδίσουν την αναζήτηση όπως προσωπικοί παράγοντες (γνώσεις, δεξιότητες, αυτοαποτελεσματικότητα), κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί, χαρακτηριστικά πηγών και πρόσβασης (Wilson, 1997). Επίσης, ο Wilson συνδέει τη συμπεριφορά με θεωρίες κινήτρων και αντιμετώπισης, αναγνωρίζοντας ότι η αναζήτηση πληροφορίας δεν είναι πάντα ορθολογική και γραμμική μα μπορεί να υπάρξει αποφυγή, επιλεκτική έκθεση ή πρόωγη ικανοποίηση με αρκετά καλή πληροφορία, ειδικά υπό πίεση.

Στο νοσοκομειακό πλαίσιο, η πληροφοριακή ανάγκη συχνά προκύπτει από κλινικά ερωτήματα όπως: “Ποια είναι η βέλτιστη αγωγή για αυτόν τον ασθενή με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά;”, “Υπάρχουν νεότερες οδηγίες ή πρωτόκολλα;”, “Ποιες είναι οι αλληλεπιδράσεις ενός σχήματος;”. Αυτές οι ανάγκες είναι δυναμικές καθώς μεταβάλλονται ανάλογα με την κλινική εικόνα, τη διαθεσιμότητα πόρων και τις προτεραιότητες. Επιπλέον, σε ογκολογικά πλαίσια, το ερευνητικό τοπίο ανανεώνεται γρήγορα, άρα η ανάγκη πληροφόρησης είναι συνεχής. Η εφαρμογή του μοντέλου Wilson στο νοσοκομειακό περιβάλλον επιτρέπει την κατανόηση της πληροφοριακής συμπεριφοράς του ανθρώπινου δυναμικού και την ανάδειξη των παραμέτρων που επηρεάζουν την αξιοποίηση ψηφιακών πηγών. Η ανάλυση αυτή αποτελεί βασικό θεωρητικό υπόβαθρο για την αξιολόγηση της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας.

Πιο αναλυτικά το μοντέλο Wilson βοηθά να αναλυθούν τα εμπόδια που επηρεάζουν τη συμπεριφορά αναζήτησης. Παραδείγματα αποτελούν:

- Χρόνος: οι επαγγελματίες υγείας συχνά δεν διαθέτουν χρόνο για εκτεταμένη αναζήτηση και ανάγνωση, οπότε καταφεύγουν σε γρήγορες πηγές ή σε συναδέλφους.
- Πρόσβαση: οι συνδρομές σε βάσεις, η εύκολη πρόσβαση σε ολόκληρα κείμενα, η ύπαρξη νοσοκομειακής βιβλιοθήκης, επηρεάζουν το κόστος αναζήτησης.
- Δεξιότητες: η χρήση προηγμένων στρατηγικών αναζήτησης όπως θησαυροί και φίλτρα και η ικανότητα αξιολόγησης της ποιότητας μελέτης είναι καθοριστικές.
- Οργανωσιακή κουλτούρα: αν η τεκμηρίωση επιβραβεύεται, αν υπάρχουν πρωτόκολλα ή οδηγίες που ενημερώνονται, αν υφίσταται κουλτούρα κλινικών συζητήσεων με βιβλιογραφική τεκμηρίωση.

- Τεχνολογικά συστήματα: το πόσο φιλικά ή κατακερματισμένα είναι τα συστήματα του νοσοκομείου για παράδειγμα το EHR που προαναφέρθηκε, καθώς και το αν ενσωματώνουν παραπομπές σε συγκεκριμένη τεκμηρίωση.

Σημαντική διάσταση στο Wilson είναι η έννοια της ενεργοποίησης, τι κάνει δηλαδή το άτομο να ξεκινήσει την αναζήτηση αντί να αρκεστεί στην υπάρχουσα γνώση. Στην υγεία, ενεργοποιητές μπορεί να είναι η πολυπλοκότητα ενός περιστατικού, η αβεβαιότητα, η ανάγκη συμμόρφωσης με πρωτόκολλα, ή ακόμη και η πίεση από ασθενείς που αντλούν μόνοι τους πληροφορίες από το διαδίκτυο. Στο σημείο αυτό συνδέεται άμεσα και η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία αφού όσο υψηλότερη είναι, τόσο πιθανότερο είναι το άτομο να στραφεί σε αξιόπιστες ψηφιακές πηγές και να αξιολογήσει κριτικά.

Το μοντέλο επίσης επιτρέπει να περιγραφούν πολλαπλές και διαφορετικές διαδρομές πληροφοριακής συμπεριφοράς. Ένας επαγγελματίας μπορεί:

- να αναζητήσει απευθείας σε επιστημονική βάση,
- να χρησιμοποιήσει δευτερογενείς πηγές (π.χ. κατευθυντήριες οδηγίες),
- να ζητήσει πληροφορίες από συναδέλφους,
- να αναζητήσει σε γενική μηχανή αναζήτησης,
- ή να αποφύγει την αναζήτηση λόγω κόπωσης ή πίεσης.

Για μια μελέτη αξιολόγησης ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας, η αξιοποίηση του Wilson παρέχει θεωρητικό υπόβαθρο για να συνδεθούν οι ατομικές δεξιότητες με τα συμφραζόμενα του οργανισμού. Δεν αξιολογείται μόνο το τι ξέρει ο εργαζόμενος, αλλά και το πώς, πότε και γιατί αναζητά και χρησιμοποιεί μια ψηφιακή πληροφορία, ποια εμπόδια αντιμετωπίζει και ποιοι παράγοντες ενισχύουν ή μειώνουν την ορθή πληροφοριακή του συμπεριφορά. Έτσι, η ανάλυση μπορεί να οδηγήσει σε στοχευμένες παρεμβάσεις όπως η εκπαίδευση, η βελτίωση πρόσβασης, ο ανασχεδιασμός ροών εργασίας, αντί για γενικές και λιγότερο αποτελεσματικές λύσεις.

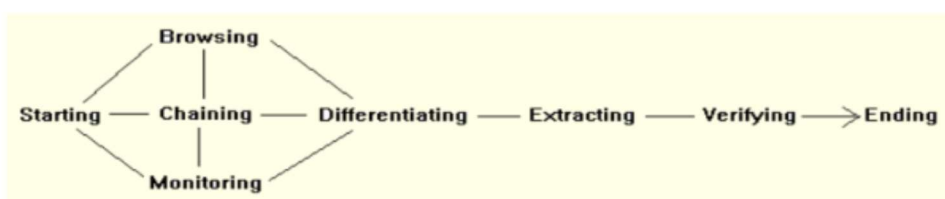
Τα μοντέλα πληροφοριακής συμπεριφοράς αναπτύχθηκαν με σκοπό να αποτυπώσουν σχηματικά τη διαδικασία της αναζήτησης πληροφοριών και να ερμηνεύσουν τη σχέση μεταξύ των πληροφοριακών αναγκών και της πληροφοριακής συμπεριφοράς των ατόμων. Ειδικότερα, περιγράφουν τις διαδοχικές ενέργειες και τις στρατηγικές που υιοθετούν τα άτομα κατά την αναζήτηση πληροφοριών, προκειμένου να καλύψουν μια συγκεκριμένη πληροφοριακή ανάγκη (Al-Muomen et al., 2012). Παράλληλα, τα μοντέλα αυτά συμβάλλουν στην κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την πληροφοριακή συμπεριφορά, παρέχοντας ένα θεωρητικό πλαίσιο για την ερμηνεία της αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου, της πληροφορίας και των πληροφοριακών συστημάτων.

Η ανάπτυξη των θεωρητικών μοντέλων έχει συμβάλει σημαντικά στη μελέτη της πληροφοριακής συμπεριφοράς, καθώς επιτρέπει όχι μόνο την ερμηνεία των παραγόντων που διαμορφώνουν τη διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών, αλλά και την πρόβλεψη πιθανών μεταβολών στις πληροφοριακές ανάγκες και στις πρακτικές αναζήτησης των χρηστών. Επιπλέον, διευκολύνει την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αλληλεπιδρούν με τα πληροφοριακά συστήματα, παρέχοντας χρήσιμες κατευθύνσεις για τον σχεδιασμό και τη βελτίωση των υπηρεσιών πληροφόρησης (Jamali, 2013).

Ο Wilson (1981) υποστήριξε ότι η μελέτη της πληροφοριακής συμπεριφοράς συμβάλλει στην πληρέστερη κατανόηση των πληροφοριακών αναγκών των ατόμων και του ρόλου που διαδραματίζει η πληροφορία στην καθημερινή τους ζωή. Σύμφωνα με τον ίδιο, η διερεύνηση των καταστάσεων που κινητοποιούν το άτομο να αναζητήσει πληροφορίες επιτρέπει τον εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά αναζήτησης, ενώ ταυτόχρονα παρέχει πολύτιμες γνώσεις για τον σχεδιασμό αποτελεσματικότερων πληροφοριακών συστημάτων, προσαρμοσμένων στις πραγματικές ανάγκες των χρηστών (Wilson, 1981).

Σύμφωνα με το μοντέλο του Wilson (1981), η διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών δεν πραγματοποιείται σε απομόνωση, αλλά επηρεάζεται από το κοινωνικό, οργανωσιακό, πολιτισμικό και τεχνολογικό περιβάλλον μέσα στο οποίο

δραστηριοποιείται το άτομο. Οι πληροφοριακές ανάγκες, οι διαθέσιμοι πόροι και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του χρήστη διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιείται η αναζήτηση πληροφοριών. Ως εκ τούτου, διαφορετικά άτομα ενδέχεται να υιοθετήσουν διαφορετικές στρατηγικές και μεθόδους αναζήτησης, ακόμη και όταν επιδιώκουν την κάλυψη της ίδιας πληροφοριακής ανάγκης (Κορομπίλη & Τόγια, 2016).



Εικόνα 3: Η διαμόρφωση της συμπεριφοράς κατά την αναζήτηση της πληροφορίας του Ellis (Wilson, (1999a-1999b).

Σχήμα 2: Η διαμόρφωση της συμπεριφοράς κατά την αναζήτηση της πληροφορίας του Ellis (Wilson, (1999a-1999b)

Μία από τις σημαντικότερες επεκτάσεις του μοντέλου του Wilson αποτελεί το μοντέλο πληροφοριακής συμπεριφοράς που ανέπτυξε ο David Ellis (1987), το οποίο εστιάζει στη διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών μέσα από την καταγραφή των κοινών στρατηγικών που εφαρμόζουν ερευνητές διαφορετικών επιστημονικών πεδίων, όπως οι κοινωνικές, οι φυσικές και οι τεχνολογικές επιστήμες (Ellis, 1987· Ellis & Cox, 1993· Ellis & Haugan, 1997). Αντί να περιγράφει τη διαδικασία ως μια αυστηρά διαδοχική ακολουθία σταδίων, το μοντέλο του Ellis αναδεικνύει ένα σύνολο χαρακτηριστικών δραστηριοτήτων που μπορούν να εμφανιστούν με διαφορετική σειρά ή ακόμη και να επαναληφθούν κατά τη διάρκεια της αναζήτησης.

Οι δραστηριότητες αυτές περιλαμβάνουν την **εκκίνηση (Starting)**, κατά την οποία ο χρήστης προσδιορίζει τα αρχικά σημεία αναζήτησης, τη **σύνδεση (Chaining)**, δηλαδή την αξιοποίηση βιβλιογραφικών παραπομπών για τον εντοπισμό πρόσθετων πηγών, καθώς και την **περιήγηση (Browsing)**, μέσω της οποίας ο χρήστης εξερευνά

διαθέσιμες πηγές πληροφόρησης. Ακολουθούν η παρακολούθηση (Monitoring), που αφορά τη συστηματική ενημέρωση από επιλεγμένες πηγές, η διαφοροποίηση (Differentiating), κατά την οποία αξιολογείται η ποιότητα και η συνάφεια των διαθέσιμων πηγών, και η εξαγωγή (Extracting), η οποία συνίσταται στον εντοπισμό και τη συλλογή των πλέον χρήσιμων πληροφοριών. Στη συνέχεια προστέθηκαν δύο ακόμη στάδια: η επαλήθευση (Verifying), που αφορά τον έλεγχο της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των πληροφοριών που έχουν ανακτηθεί, και η ολοκλήρωση (Ending), κατά την οποία ο χρήστης θεωρεί ότι έχει καλύψει την πληροφοριακή του ανάγκη και τερματίζει τη διαδικασία αναζήτησης (Wilson, 1999a· Wilson, 1999b).

Σημαντική συμβολή στη μελέτη της πληροφοριακής συμπεριφοράς αποτέλεσε και το μοντέλο της Carol Kuhlthau, η οποία διερεύνησε τη διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών σε μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στον ρόλο των συναισθημάτων κατά τη διάρκεια της αναζήτησης. Το μοντέλο της ενσωματώνει γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαστάσεις, περιγράφοντας την εξέλιξη της αναζήτησης μέσα από έξι διαδοχικά στάδια.

Η διαδικασία ξεκινά με το στάδιο της έναρξης (Initiation), όπου το άτομο αντιλαμβάνεται ένα γνωστικό κενό και βιώνει αβεβαιότητα ή άγχος. Στη συνέχεια ακολουθεί το στάδιο της επιλογής (Selection), κατά το οποίο επιλέγεται το θέμα της αναζήτησης και ενισχύεται το αίσθημα αισιοδοξίας. Κατά την εξερεύνηση (Exploration), η επαφή με νέες πληροφορίες συχνά προκαλεί εκ νέου σύγχυση και αβεβαιότητα, ενώ στο στάδιο της διαμόρφωσης (Formulation) το άτομο αποκτά σαφέστερη αντίληψη του θέματος και αναπτύσσει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση. Ακολουθεί η συλλογή πληροφοριών (Collection), όπου η αναζήτηση γίνεται πλέον στοχευμένα, και ολοκληρώνεται με το στάδιο της παρουσίασης (Presentation), κατά το οποίο οι πληροφορίες οργανώνονται, αξιοποιούνται και μετατρέπονται σε γνώση που μπορεί να κοινοποιηθεί ή να εφαρμοστεί στην πράξη (Wilson, 1999a· Ikoja-Odongo & Mostert, 2006).

Η εξέλιξη των θεωρητικών μοντέλων πληροφοριακής συμπεριφοράς ανέδειξε ότι η διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών επηρεάζεται από ένα ευρύ φάσμα παραγόντων.

Κάθε ερευνητής εστίασε σε διαφορετικές διαστάσεις του φαινομένου, όπως οι γνωστικές διεργασίες, τα συναισθήματα, τα προσωπικά χαρακτηριστικά και οι περιβαλλοντικές συνθήκες. Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στους ψυχολογικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν είτε να ενισχύσουν είτε να αναστείλουν την πρόθεση του ατόμου να αναζητήσει πληροφορίες (Wilson, 2000). Συνεπώς, η πληροφοριακή συμπεριφορά αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση ατομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων.

1.5 Μοντέλα αξιολόγησης ψηφιακής εγγραμματοσύνης (HLS-EU, eHEALS, DigComp κ.ά.)

Η αξιολόγηση ικανοτήτων που σχετίζονται με την πληροφορία, την τεχνολογία και την υγεία αποτελεί σύνθετο ερευνητικό εγχείρημα. Για το λόγο αυτό βασίζεται σε διεθνώς αναγνωρισμένα μοντέλα και εργαλεία. Στο πλαίσιο μιας μεταπτυχιακής διπλωματικής που εξετάζει την ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία του ανθρώπινου δυναμικού ενός νοσοκομείου, είναι απαραίτητη η συστηματική επισκόπηση των μοντέλων και εργαλείων που χρησιμοποιούνται διεθνώς, των πλεονεκτημάτων αλλά και των περιορισμών τους, και της καταλληλότητάς τους για επαγγελματίες υγείας.

Το HLS-EU (Health Literacy Survey – Europe) αποτελεί ένα από τα πλέον διαδεδομένα εργαλεία μέτρησης της εγγραμματοσύνης υγείας, εστιάζοντας στις ικανότητες πρόσβασης, κατανόησης, αξιολόγησης και εφαρμογής πληροφοριών υγείας. Βασίζεται στο ολοκληρωμένο μοντέλο της Sorensen και αποτυπώνει την εγγραμματοσύνη υγείας ως ικανότητα πρόσβασης, κατανόησης, αξιολόγησης και εφαρμογής πληροφοριών σε τρία πεδία. Την υγειονομική φροντίδα, την πρόληψη και την προαγωγή υγείας (Sorensen et al., 2012: 4-5). Το HLS-EU έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε πληθυσμιακές μετρήσεις και προσφέρει ισχυρό εννοιολογικό πλαίσιο, καθώς συσχετίζει την εγγραμματοσύνη υγείας με κοινωνικούς και συστημικούς παράγοντες. Ωστόσο, δεν είναι εργαλείο που εστιάζει ειδικά σε επαγγελματίες υγείας ή στη ψηφιακή διάσταση της πληροφορίας, αν και μπορεί να προσαρμοστεί ή να λειτουργήσει συμπληρωματικά

όταν η μελέτη αφορά σε ευρύτερες ικανότητες κατανόησης και αξιολόγησης πληροφοριών υγείας.

Το εργαλείο eHEALS (eHealth Literacy Scale) αποτελεί ένα από τα πιο γνωστά εργαλεία αξιολόγησης της ψηφιακής εγγραμματοσύνης και δημιουργήθηκε για τη αξιολόγηση της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας χρήσης ψηφιακών πηγών υγείας. Αναπτύχθηκε από τους Norman και Skinner ως 8-στοιχειακή κλίμακα που μετρά την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα εύρεσης, αξιολόγησης και εφαρμογής ηλεκτρονικής πληροφορίας υγείας (Norman and Skinner, 2006:1-2). Η ευρεία χρήση του eHEALS οφείλεται στη συντομία και την ευκολία εφαρμογής, ιδιαίτερα σε ερευνητικά πρωτόκολλα με περιορισμένο χρόνο. Παράλληλα όμως, ο αυτοαναφορικός, σχεδόν υποκειμενικός χαρακτήρας του σημαίνει ότι δεν αξιολογεί άμεσα αντικειμενικές δεξιότητες όπως για παράδειγμα την πραγματική ικανότητα στρατηγικής αναζήτησης στο PubMed, διεθνώς γνωστή βάση δεδομένων ερευνών υγείας, αλλά την αντίληψη του ατόμου για τις δεξιότητές του και για αυτό έχει δεχθεί ισχυρές κριτικές. Σε επαγγελματίες υγείας, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υπερεκτίμηση ή υποεκτίμηση ικανοτήτων, ανάλογα με εμπειρία και αυτοπεποίθηση. Επιπλέον, το eHEALS σχεδιάστηκε σε μια εποχή όπου οι ψηφιακές πρακτικές υγείας ήταν διαφορετικές, πριν την πλήρη ωρίμανση κοινωνικών δικτύων, εφαρμογών κινητού, και σύγχρονων εργαλείων αξιοπιστίας, γεγονός που προκαλεί συζητήσεις για το κατά πόσο καλύπτει πλήρως τα σημερινά δεδομένα.

Το πλαίσιο DigComp (Digital Competence Framework for Citizens) αποτελεί το ευρωπαϊκό πλαίσιο για την ψηφιακή ικανότητα και προσφέρει ένα ολοκληρωμένο μοντέλο ψηφιακής ικανότητας, το οποίο περιλαμβάνει πέντε βασικούς τομείς και μπορεί να προσαρμοστεί στο πεδίο της υγείας (European Commission, 2019). Η επικαιροποίηση DigComp 2.2 παρέχει, πέρα από τον βασικό χάρτη ικανοτήτων, περισσότερα από 250 νέα παραδείγματα γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων, συμπεριλαμβανομένων νέων τεχνολογιών και αναδυόμενων θεμάτων (Vuorikari et al., 2022: 1-2). Το DigComp οργανώνει την ψηφιακή ικανότητα σε πέντε βασικούς τομείς την πληροφορία και τα δεδομένα, την επικοινωνία και συνεργασία, τη δημιουργία περιεχομένου, την ασφάλεια και την επίλυση προβλημάτων, προσφέροντας

μια δομή που μπορεί να προσαρμοστεί σε επαγγελματικά περιβάλλοντα. Για νοσοκομεία, το DigComp είναι χρήσιμο όταν το ενδιαφέρον αφορά την τεχνολογική επάρκεια όπως για παράδειγμα την ασφαλή χρήση των συστημάτων, τη διαχείριση δεδομένων και την ψηφιακή συνεργασία. Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, δεν είναι από μόνο του ένα πλήρες εργαλείο ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας στην κλινική έννοια, διότι δεν εμβαθύνει στη μεθοδολογική αξιολόγηση επιστημονικής τεκμηρίωσης ή στη δεοντολογική χρήση επιστημονικών πηγών με τον τρόπο που απαιτεί η κλινική πρακτική.

Συμπληρωματικά, χρήσιμη είναι και η αξιοποίηση πλαισίων πληροφοριακής παιδείας όπως το ACRL Framework, το οποίο δεν αποτελεί απλώς ένα ερωτηματολόγιο αλλά ένα εννοιολογικό πλαίσιο με έξι βασικές έννοιες που μπορούν να μετασχηματιστούν σε δείκτες αξιολόγησης ή στόχους εκπαιδευτικών παρεμβάσεων (ACRL, 2016:4-7). Για παράδειγμα, η αναζήτηση ως στρατηγική έρευνα μπορεί να αποτυπωθεί σε αντικειμενικές εργασίες αναζήτησης, κλινικές βάσεις δεδομένων ή σε σενάρια όπου ο συμμετέχων καλείται να επιλέξει την καλύτερη στρατηγική αναζήτησης.

Η επιλογή μοντέλου αξιολόγησης πρέπει να εναρμονίζεται με το τι ακριβώς επιδιώκει να μετρήσει. Αν ο στόχος είναι η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία του προσωπικού, ενδέχεται να απαιτείται ο συνδυασμός εργαλείων αυτοαναφοράς (π.χ. eHEALS για αντιλαμβανόμενη ικανότητα), πλαισίων ψηφιακής ικανότητας (DigComp για τεχνολογικές δεξιότητες και ασφάλεια) και αντικειμενικών κριτηρίων ή σεναρίων (π.χ. αξιολόγηση ικανότητας εντοπισμού συστηματικής ανασκόπησης ή επικαιροποιημένης οδηγίας).

Η διεθνής βιβλιογραφία για την εκπαίδευση πληροφοριακών δεξιοτήτων σε επαγγελματίες υγείας δείχνει ότι η μέτρηση του αντίκτυπου απαιτεί προσεκτική επιλογή δεικτών, με έμφαση σε εγκυρότητα και αξιοπιστία (Brettell, 2003; Brettell, 2007). Συνεπώς, η θεωρητική χαρτογράφηση μοντέλων αξιολόγησης δεν είναι απλώς περιγραφική αλλά αποτελεί βάση για τη μεθοδολογική επιλογή εργαλείων και για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων στο συγκεκριμένο οργανωσιακό πλαίσιο.

1.6 Βιβλιογραφική ανασκόπηση σημασίας ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας

Η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία αποτελεί αντικείμενο εκτενούς ερευνητικού ενδιαφέροντος στη διεθνή βιβλιογραφία, ιδίως στον τομέα της υγείας, όπου η ποιότητα και η αξιοπιστία της πληροφορίας συνδέονται άμεσα με κλινικές αποφάσεις και αποτελέσματα. Έχει αναδειχθεί διεθνώς ως πρωταρχικός πλέον παράγοντας για την αποτελεσματική λειτουργία των συστημάτων υγείας και τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας. Η βιβλιογραφία των τελευταίων δύο δεκαετιών καταδεικνύει ότι η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να εντοπίζουν, να αξιολογούν και να αξιοποιούν ψηφιακή πληροφορία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή της τεκμηριωμένης ιατρικής πρακτικής και της σύγχρονης διοίκησης υπηρεσιών υγείας (McGowan et al., 2008). Οι πρώιμες θεωρητικές προσεγγίσεις της πληροφοριακής παιδείας επικεντρώθηκαν κυρίως στην εκπαίδευση και στις βιβλιοθήκες, ωστόσο η ψηφιακή μετάβαση ανέδειξε την ανάγκη επαναπροσδιορισμού της έννοιας στο πλαίσιο των ψηφιακών πληροφοριακών οικοσυστημάτων (Bawden, 2008).

Πολλές διεθνείς μελέτες επισημαίνουν ότι η ραγδαία αύξηση της επιστημονικής γνώσης, σε συνδυασμό με τον τεράστιο όγκο ψηφιακής πληροφορίας, δημιουργεί ένα περιβάλλον υψηλής πολυπλοκότητας για τους επαγγελματίες υγείας και σε αυτό το πλαίσιο, η έλλειψη ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας οδηγεί συχνά σε δυσκολία διάκρισης μεταξύ έγκυρων και αναξιόπιστων πηγών, αυξάνοντας τον κίνδυνο λανθασμένων κλινικών αποφάσεων (Bawden, Robinson, 2009:183-185). Η βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι η απλή πρόσβαση σε ψηφιακές πηγές τελικά δεν επαρκεί, εάν δεν συνοδεύεται από ανεπτυγμένες δεξιότητες κριτικής αξιολόγησης και άρα καταδεικνύει ότι η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία δεν ταυτίζεται με την απλή τεχνολογική επάρκεια. Αντίθετα, περιλαμβάνει την ικανότητα κατανόησης του τρόπου παραγωγής, διάδοσης και αξιολόγησης της πληροφορίας στο ψηφιακό περιβάλλον, καθώς και την ανάπτυξη κριτικής σκέψης απέναντι στην υπερπληθώρα διαθέσιμων πηγών (Bawden, Robinson, 2009:183–185). Στο χώρο της υγείας, η διάκριση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η χρήση αναξιόπιστων ή μη τεκμηριωμένων πληροφοριών μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις.

Διεθνείς μελέτες καταδεικνύουν ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν διαθέτουν πάντοτε το απαιτούμενο επίπεδο εγγραμματοσύνης στην υγεία και ψηφιακών δεξιοτήτων, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν. Ειδικότερα, ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιου νοσοκομείου εμφάνιζε περιορισμένη γνώση και μειωμένη αυτοπεποίθηση σχετικά με την εγγραμματοσύνη στην υγεία, γεγονός που δυσχέραινε την αποτελεσματική ανταπόκρισή του στις πληροφοριακές ανάγκες των ασθενών (Brooks, Ballinger et al., 2020).

Παράλληλα, η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι, πέρα από το μέτριο επίπεδο εγγραμματοσύνης στην υγεία που παρατηρείται σε αρκετούς επαγγελματίες υγείας, κρίνεται αναγκαία η συστηματική ενσωμάτωση της εκπαίδευσης στις ψηφιακές δεξιότητες και στην ψηφιακή υγειονομική παιδεία στα προγράμματα προπτυχιακών και μεταπτυχιακών σπουδών των επαγγελματιών υγείας (Budhathoki et al., 2019· Rababah, Al-Hammouri, Drew & Aldalaykeh, 2019).

Αντίστοιχα ευρήματα έχουν καταγραφεί και στην Ελλάδα. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19 έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό διέθετε μέτριο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας, το οποίο συσχετιζόταν θετικά με το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και τα λιγότερα έτη επαγγελματικής προϋπηρεσίας (Γκουντάρα και συν., 2023). Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι η επιθυμία βελτίωσης των επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων, καθώς και η ενίσχυση της επαγγελματικής δέσμευσης, αποτέλεσαν τα σημαντικότερα κίνητρα συμμετοχής σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Επιπλέον, υψηλότερα επίπεδα ψηφιακής υγειονομικής παιδείας συσχετίστηκαν θετικά με το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης, το γυναικείο φύλο και την αυξημένη πρόθεση συμμετοχής σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες.

Παράλληλα, οι Kritsotakis et al. (2021) επισημαίνουν ότι η επάρκεια στη χρήση ψηφιακών τεχνολογιών αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Ωστόσο, υπογραμμίζουν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψηφιακή εγγραμματοσύνη των νοσηλευτών,

καθώς και η σχέση της με τις εργασιακές συνθήκες και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, εξακολουθούν να αποτελούν πεδίο περιορισμένης ερευνητικής διερεύνησης.

Επιπλέον, παλαιότερες μελέτες έχουν αναδείξει ότι η ενσωμάτωση των πληροφοριακών συστημάτων, των τεκμηριωμένων πηγών πληροφόρησης και των αρχών της πληροφοριακής παιδείας στη νοσηλευτική πρακτική και εκπαίδευση πραγματοποιήθηκε με σχετικά αργούς ρυθμούς. Η εξέλιξη αυτή ανέδειξε την ανάγκη για συστηματική ενίσχυση των δεξιοτήτων πληροφοριακής αναζήτησης και αξιολόγησης, ώστε οι νοσηλευτές να μπορούν να αξιοποιούν αποτελεσματικά την επιστημονική τεκμηρίωση κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων (Janes et al., 2004· Estabrooks et al., 2003· Turner et al., 2008).

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον ρόλο της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας ως υποστηρικτικού μηχανισμού της τεκμηριωμένης πρακτικής. Μελέτες δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας με υψηλό επίπεδο πληροφοριακών δεξιοτήτων είναι περισσότερο πιθανό να ενσωματώνουν ερευνητικά δεδομένα και κατευθυντήριες οδηγίες στη λήψη κλινικών αποφάσεων (Davies, 2011). Ο McGowan και οι συνεργάτες του στηρίζουν την άποψη αυτή σε μελέτη τους (McGowan et al., 2008:115–117). Αντίθετα, χαμηλά επίπεδα πληροφοριακής παιδείας συσχετίζονται με την εξάρτηση από προσωπική εμπειρία ή ανεπίσημες πηγές πληροφόρησης.

Η διεθνής βιβλιογραφία τονίζει επίσης τη σημασία της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας για την οργανωσιακή μάθηση στα συστήματα υγείας. Σύμφωνα με τη Lloyd, η πληροφοριακή παιδεία στους επαγγελματικούς χώρους δεν αποτελεί ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά κοινωνικά ενσωματωμένη πρακτική που αναπτύσσεται μέσα από τη συμμετοχή σε κοινότητες πρακτικής (Lloyd, 2010). Στα νοσοκομεία, αυτό μεταφράζεται σε βελτιωμένη διεπιστημονική συνεργασία και αποτελεσματικότερη διάχυση της γνώσης.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται και στη σχέση μεταξύ ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας και επαγγελματικής ευεξίας. Έρευνες δείχνουν ότι η αδυναμία διαχείρισης του πληροφοριακού φόρτου αυξάνει το άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση, ενώ η

επάρκεια σε πληροφοριακές δεξιότητες διευκολύνει τη διαχείριση πληροφοριακού φόρτου και αβεβαιότητας και λειτουργεί προστατευτικά (Epstein & Street, 2011).

Συνολικά, η βιβλιογραφική ανασκόπηση καταδεικνύει ότι η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία δεν αποτελεί απλώς τεχνική δεξιότητα, αλλά παράγοντα ποιότητας, ασφάλειας και βιωσιμότητας των υπηρεσιών υγείας, δικαιολογώντας τη συστηματική αξιολόγησή της στο ανθρώπινο δυναμικό των νοσοκομείων ως στρατηγική προτεραιότητα. Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτή η αναγκαιότητα διερεύνησης της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει υγειονομικές δομές της χώρας, προσπαθώντας να εντοπιστούν πιθανά κενά στις ψηφιακές του δεξιότητες.

1.7 Ανάγκες για πληροφόρηση των επαγγελματιών υγείας

Οι ανάγκες για πληροφόρηση των επαγγελματιών υγείας συνιστούν βασικό αντικείμενο μελέτης στην επιστήμη της πληροφορίας και στη διοίκηση υπηρεσιών υγείας, αφού είναι πολυδιάστατες, δυναμικές, με υψηλό βαθμό εξειδίκευσης. Περιλαμβάνουν κλινικές πληροφορίες, ερευνητικά δεδομένα, διοικητικές οδηγίες και νομικά ζητήματα. Η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία επιτρέπει την αποτελεσματική ιεράρχηση και αξιοποίηση των πληροφοριών αυτών σε πραγματικό χρόνο. Σύμφωνα με τον Gorman, το σύγχρονο περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας απαιτεί συνεχή πρόσβαση σε επικαιροποιημένες, αξιόπιστες και επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες, οι οποίες υποστηρίζουν τόσο την κλινική όσο και τη διοικητική λήψη αποφάσεων. Οι πληροφοριακές ανάγκες των κλινικών επαγγελματιών προκύπτουν κυρίως από προβλήματα που απαιτούν άμεση λήψη αποφάσεων και χαρακτηρίζονται από επείγοντα χαρακτήρα (Gorman, 1995).

Σε κλινικό επίπεδο, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται πληροφορίες που αφορούν διαγνωστικές διαδικασίες, θεραπευτικά πρωτόκολλα, φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις και κατευθυντήριες οδηγίες. Η ταχύτητα με την οποία εξελίσσεται η ιατρική γνώση καθιστά απαραίτητη τη συνεχή ενημέρωση, ιδιαίτερα σε εξειδικευμένα πεδία όπως η ογκολογία, όπου οι θεραπευτικές εξελίξεις είναι ραγδαίες (Sackett et al., 2000).

Πέραν των κλινικών πληροφοριών, οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν αυξανόμενες ανάγκες πληροφόρησης σε οργανωσιακό και διοικητικό επίπεδο. Αυτές περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με κανονιστικά πλαίσια, δεοντολογία, προστασία προσωπικών δεδομένων, διαδικασίες ποιότητας και ασφάλειας, καθώς και διοικητικές οδηγίες λειτουργίας των μονάδων υγείας. Η αδυναμία πρόσβασης ή κατανόησης αυτών των πληροφοριών μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη συμμόρφωση και την αποτελεσματικότητα του οργανισμού. Η συμμόρφωση με κανονιστικά πλαίσια, η προστασία προσωπικών δεδομένων και η εφαρμογή πολιτικών ποιότητας απαιτούν σαφή και αξιόπιστη πληροφόρηση, συχνά μέσω ψηφιακών συστημάτων (WHO, 2016).

Η βιβλιογραφία επισημαίνει επίσης τη σημασία της πληροφόρησης που σχετίζεται με την επικοινωνία με τους ασθενείς και τον ρόλο των ασθενών ως πηγή πίεσης για αυξημένη πληροφόρηση. Η ευρεία πρόσβαση του κοινού σε διαδικτυακές πληροφορίες υγείας έχει μεταβάλει τη δυναμική της σχέσης επαγγελματία – ασθενούς, απαιτώντας από τους επαγγελματίες να αξιολογούν, να ερμηνεύουν και να αντικρούουν πληροφορίες αμφίβολης ποιότητας (Kickbusch et al., 2005). Η επάρκεια στην ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία επιτρέπει την καθοδήγηση των ασθενών προς έγκυρες πηγές και την αποδόμηση της παραπληροφόρησης.

Ένας από τους σημαντικότερους περιοριστικούς παράγοντες στην κάλυψη των πληροφοριακών αναγκών είναι ο περιορισμένος χρόνος. Έρευνες δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν περιορισμένο χρόνο για αναζήτηση και αξιολόγηση πληροφοριών, γεγονός που καθιστά ακόμη πιο ουσιαστική την ύπαρξη ανεπτυγμένης ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας (Davies, 2011).

Συνεπώς, η κατανόηση των αναγκών πληροφόρησης των επαγγελματιών υγείας αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων ενίσχυσης της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας, προσαρμοσμένων στο πραγματικό εργασιακό περιβάλλον των νοσοκομείων.

1.8 Επίδραση ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας

Η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία επηρεάζει άμεσα την ποιότητα, την ασφάλεια και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας. Η τεκμηριωμένη πρακτική, η μείωση σφαλμάτων και η ενίσχυση της διαλειτουργικότητας των συστημάτων υγείας συνδέονται στενά με το επίπεδο πληροφοριακών δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού.

Στο επίπεδο της παροχής υπηρεσιών υγείας, επηρεάζει καθοριστικά τη διαχείριση λειτουργώντας ως καταλύτης και συνδετικός κρίκος μεταξύ γνώσης, τεχνολογίας και κλινικής πρακτικής. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η επάρκεια στη διαχείριση ψηφιακών πληροφοριών αποτελεί βασική προϋπόθεση για ασφαλή, αποδοτικά, αποτελεσματικά και βιώσιμα συστήματα υγείας με περισσότερο θετικά κλινικά αλλά και οργανωσιακά αποτελέσματα (WHO, 2016).

Σε επίπεδο ποιότητας φροντίδας, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία διευκολύνει και ενισχύει την εφαρμογή τεκμηριωμένων πρακτικών, μειώνοντας τη μεταβλητότητα στη λήψη αποφάσεων και ενισχύοντας τη συμμόρφωση και την μικρότερη απόκλιση από τις επιστημονικές οδηγίες, Μελέτες δείχνουν ότι οι επαγγελματίες με υψηλό επίπεδο πληροφοριακών δεξιοτήτων ενσωματώνουν πιο συστηματικά ερευνητικά δεδομένα στην κλινική πράξη, είναι περισσότερο ικανοί δηλαδή να αξιολογούν νέα δεδομένα και να τα ενσωματώνουν στην κλινική πράξη με κριτικό τρόπο (McGowan et al).

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί έναν ακόμη τομέα όπου η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Η σωστή χρήση ψηφιακών πληροφοριακών συστημάτων, ηλεκτρονικών φακέλων υγείας και βάσεων δεδομένων μειώνει την πιθανότητα σφαλμάτων που σχετίζονται με ελλιπή ή λανθασμένη πληροφόρηση. Αντίθετα, η ανεπαρκής κατανόηση των ψηφιακών πληροφοριακών εργαλείων μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπτώσεις για την ασφάλεια των ασθενών, σε κακή χρήση ηλεκτρονικών φακέλων υγείας και σε αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων συμβάντων (Ash et al., 2004).

Σε οργανωσιακό επίπεδο, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία συμβάλλει στη βελτιστοποίηση των διαδικασιών, στη διαλειτουργικότητα των συστημάτων και στη μείωση του κόστους. Η αποτελεσματική αξιοποίηση της πληροφορίας ενισχύει τον συντονισμό μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, υποστηρίζει τη διαλειτουργικότητα των συστημάτων και προάγει τη διαφάνεια στη λήψη αποφάσεων. Το ευρωπαϊκό πλαίσιο DigComp αναγνωρίζει την πληροφοριακή διάσταση ως βασικό πυλώνα της ψηφιακής επάρκειας των εργαζομένων, με άμεσες επιπτώσεις στην αποδοτικότητα των οργανισμών (European Commission, 2019).

Τέλος, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία επηρεάζει θετικά τη σχέση επαγγελματιών υγείας και ασθενών, αφού η ικανότητα παροχής τεκμηριωμένης πληροφόρησης ενισχύει την εμπιστοσύνη, τη συμμόρφωση και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων αλλά και την συνολική εμπειρία φροντίδας. Στο πλαίσιο αυτό, η επένδυση στην ανάπτυξη των ψηφιακών πληροφοριακών δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού αναδεικνύεται, συνεπώς, ως στρατηγική επιλογή για τη συνολική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΗΦΙΑΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Διεθνές και Ευρωπαϊκό πλαίσιο ψηφιακών δεξιοτήτων στην υγεία (WHO – Ευρωπαϊκή Ένωση)

Η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία των επαγγελματιών υγείας, όπως αναδείχθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, δεν αποτελεί μεμονωμένο εκπαιδευτικό ή οργανωσιακό ζήτημα, αλλά εντάσσεται σε ένα ευρύτερο διεθνές και ευρωπαϊκό θεσμικό πλαίσιο πολιτικών για τον ψηφιακό μετασχηματισμό των συστημάτων υγείας.

Σε διεθνές επίπεδο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization – WHO) και, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η Ευρωπαϊκή Ένωση έχουν αναγνωρίσει ρητά ότι η επιτυχία των ψηφιακών παρεμβάσεων στην υγεία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις δεξιότητες, την πληροφοριακή συμπεριφορά και την κριτική ικανότητα του ανθρώπινου δυναμικού. Η έμφαση μετατοπίζεται σταδιακά από την απλή υιοθέτηση των τεχνολογιών, προς την ανάπτυξη ολοκληρωμένων πλαισίων ψηφιακών δεξιοτήτων και ικανοτήτων που επιτρέπουν ουσιαστική και ασφαλή χρήση της ψηφιακής πληροφορίας.

Πιο συγκεκριμένα, ο WHO αντιμετωπίζει την ψηφιακή υγεία ως στρατηγικό εργαλείο για την επίτευξη της καθολικής κάλυψης υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας. Στα πρακτικά της Διεθνούς Στρατηγικής για την Ψηφιακή Υγεία 2020 – 2025 (Global Strategy on Digital Health 2020–2025) υπογραμμίζεται ότι οι ψηφιακές τεχνολογίες μπορούν να αποδώσουν, μόνο εφόσον ενσωματωθούν σε συστήματα με επαρκώς εκπαιδευμένο και πληροφοριακά εγγράμματο ανθρώπινο δυναμικό (WHO, 2021). Η στρατηγική αυτή δεν περιορίζεται σε τεχνικές δεξιότητες, αλλά αναφέρεται συγκεκριμένα στην ανάγκη ανάπτυξης ικανοτήτων κατανόησης, αξιολόγησης και υπεύθυνης χρήσης της ψηφιακής πληροφορίας.

Σύμφωνα με τον WHO, οι ψηφιακές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας περιλαμβάνουν:

- α) βασική ψηφιακή επάρκεια (χρήση συστημάτων και εφαρμογών),
- β) ικανότητα διαχείρισης δεδομένων υγείας,
- γ) κατανόηση ζητημάτων ποιότητας, αξιοπιστίας και επικαιρότητας της πληροφορίας,
- δ) επίγνωση ηθικών, νομικών και δεοντολογικών διαστάσεων (WHO, 2016).

Συνδέοντας την ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία, όπως ορίστηκε στο Κεφάλαιο 1, ο WHO φαίνεται πως επισημαίνει ότι η πληθώρα ψηφιακών πηγών υγείας, επιστημονικών άρθρων, κατευθυντήριων οδηγιών και δεδομένων πραγματικού κόσμου δημιουργεί αυξημένο κίνδυνο κακής ερμηνείας ή ακατάλληλης χρήσης της πληροφορίας, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα υψηλής πίεσης όπως τα νοσοκομεία (WHO, 2021:).

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι ο WHO δεν αντιμετωπίζει τις ψηφιακές δεξιότητες ως ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά ως συστημική ικανότητα. Στα κείμενά του τονίζεται ότι οι οργανισμοί υγείας οφείλουν να δημιουργούν συνθήκες που ενισχύουν την πληροφοριακή συμπεριφορά όπως πρόσβαση σε αξιόπιστες πηγές, ενσωμάτωση τεκμηρίωσης στα πληροφοριακά συστήματα και συνεχή εκπαίδευση προσανατολισμένη πάντοτε στην κριτική σκέψη (WHO, 2016: 24–26). Αυτή η προσέγγιση συνάδει άμεσα με τις κοινωνικο-πολιτισμικές θεωρίες πληροφοριακής παιδείας που αναλύθηκαν.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η ανάπτυξη ψηφιακών δεξιοτήτων αποτελεί βασικό άξονα της στρατηγικής για την Ψηφιακή Δεκαετία όπως αποτυπώθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Digital Decade 2030). Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει αναγνωρίσει ότι οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στις ομάδες υψηλής προτεραιότητας, λόγω της σημασίας των αποφάσεών τους και της ολοένα αυξανόμενης εξάρτησης από ψηφιακά πληροφοριακά συστήματα (European Commission, 2021).

Το βασικό εργαλείο αναφοράς της ΕΕ για τις ψηφιακές δεξιότητες είναι το *Digital Competence Framework for Citizens (DigComp)*. Το DigComp 2.2, ορίζει την ψηφιακή

ικανότητα ως συνδυασμό γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων και την οργανώνει σε πέντε τομείς, εκ των οποίων ο πρώτος, αυτός της πληροφοριακής εγγραματοσύνης έχει άμεση συνάφεια με την ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία (Vuorikari et al., 2022).

Στον συγκεκριμένο τομέα περιλαμβάνονται η ικανότητα εντοπισμού και ανάκτησης ψηφιακής πληροφορίας, η αξιολόγηση της αξιοπιστίας και της συνάφειας πηγών και η διαχείριση και οργάνωση δεδομένων.

Παρότι το DigComp δεν εστιάζει αποκλειστικά στην υγεία, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναγνωρίζει ότι τα πλαίσια αυτά πρέπει να προσαρμόζονται σε επαγγελματικά περιβάλλοντα υψηλής εξειδίκευσης, όπως τα νοσοκομεία (European Commission, 2022). Σε αυτό το σημείο ανακύπτει η ανάγκη σύνδεσης του DigComp με πιο εξειδικευμένες έννοιες πληροφοριακής παιδείας, όπως η αξιολόγηση επιστημονικής τεκμηρίωσης και η κατανόηση επιπέδων αποδείξεων, που δεν αναπτύσσονται πλήρως στο γενικό πλαίσιο ψηφιακών δεξιοτήτων.

Ένα βασικό σημείο σύγκλισης μεταξύ WHO και ΕΕ είναι η αναγνώριση ότι η ψηφιακή μετάβαση στην υγεία εγκυμονεί κινδύνους αν δεν συνοδεύεται από επαρκή πληροφοριακή παιδεία. Η υπερφόρτωση πληροφορίας, η ταχεία διάδοση μη επικυρωμένων δεδομένων και η σύγχυση μεταξύ επιστημονικής τεκμηρίωσης και ψηφιακού περιεχομένου γενικής πληροφόρησης αποτελούν κοινές ανησυχίες (Bawden, 2008).

Και οι δύο οργανισμοί, τονίζουν ότι οι επαγγελματίες υγείας καλούνται πλέον να λειτουργούν ως διαμεσολαβητές πληροφορίας. Δηλαδή όχι μόνο να καταναλώνουν ψηφιακή γνώση, αλλά και να την ερμηνεύουν, να την εφαρμόζουν κριτικά και να την επικοινωνούν υπεύθυνα σε ασθενείς και συναδέλφους.

Το διεθνές και ευρωπαϊκό πλαίσιο ψηφιακών δεξιοτήτων παρέχει το θεωρητικό και θεσμικό υπόβαθρο για την συνέχεια της παρούσης. Η εργασία αυτή, εστιάζοντας στην ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία του ανθρώπινου δυναμικού ενός αντικαρκινικού νοσοκομείου, ευθυγραμμίζεται με τις κατευθύνσεις του WHO και της ΕΕ, αλλά μεταφέρει το ενδιαφέρον από το μακρο-επίπεδο πολιτικών στο μικρο-επίπεδο οργανωσιακής πρακτικής. Το πώς οι διεθνείς αυτές αρχές μεταφράζονται στο ελληνικό

θεσμικό πλαίσιο και, εν συνεχεία, στην καθημερινή λειτουργία ενός νοσοκομείου, αποτελεί το αντικείμενο των επόμενων υποκεφαλαίων.

2.2 Ελληνικό πλαίσιο – Πολιτικές ψηφιακού μετασχηματισμού στην υγεία

Ο ψηφιακός μετασχηματισμός του ελληνικού συστήματος υγείας αποτελεί μια σύνθετη και πολυεπίπεδη διαδικασία, η οποία διαμορφώνεται από θεσμικές επιλογές, ευρωπαϊκές κατευθύνσεις, τεχνολογικές δυνατότητες και, κυρίως, από την ικανότητα του ανθρώπινου δυναμικού να ενσωματώνει ψηφιακή πληροφορία στην καθημερινή επαγγελματική πρακτική. Σε αντίθεση με άλλους τομείς της δημόσιας διοίκησης, η υγεία χαρακτηρίζεται από αυξημένες απαιτήσεις ακρίβειας, ασφάλειας και επιστημονικής τεκμηρίωσης, γεγονός που καθιστά την ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία παράγοντα επιτυχίας των πολιτικών ψηφιακού μετασχηματισμού.

Η συγκροτημένη προσπάθεια ψηφιακού μετασχηματισμού στην Ελλάδα ενισχύθηκε σημαντικά μετά το 2019, με τη δημιουργία του Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης και τη διαμόρφωση της Εθνικής Στρατηγικής Ψηφιακού Μετασχηματισμού. Η στρατηγική αυτή στοχεύει στην ενοποίηση ψηφιακών υπηρεσιών, στη βελτίωση της διαλειτουργικότητας και στην ανάπτυξη ψηφιακών δεξιοτήτων στο δημόσιο τομέα. Ο τομέας της υγείας αναγνωρίζεται ως ένας από τους πιο απαιτητικούς αλλά και πιο 34–38).

Παράλληλα, το Υπουργείο Υγείας διατηρεί τον κεντρικό ρόλο στον σχεδιασμό και την υλοποίηση πολιτικών ψηφιακής υγείας. Οι πολιτικές αυτές αφορούν τόσο την κλινική όσο και τη διοικητική διάσταση της λειτουργίας των μονάδων υγείας, καλύπτοντας πεδία όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς, τα πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείων και η αξιοποίηση δεδομένων υγείας για στρατηγικό σχεδιασμό. Ωστόσο, η υλοποίηση αυτών των πολιτικών δεν είναι ομοιογενής, ούτε απαλλαγμένη από προκλήσεις που σχετίζονται με την ανθρώπινη παράμετρο.

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά του ελληνικού ψηφιακού μετασχηματισμού στην υγεία είναι η έμφαση στην ανάπτυξη ψηφιακών υποδομών, συχνά εις βάρος της συστηματικής επένδυσης στην ανάπτυξη πληροφοριακών δεξιοτήτων. Όπως έχει επισημανθεί και στη διεθνή βιβλιογραφία, η υιοθέτηση ψηφιακών συστημάτων χωρίς αντίστοιχη ενίσχυση της πληροφοριακής παιδείας οδηγεί συχνά σε επιφανειακή χρήση ή σε πρακτικές συμμόρφωσης χωρίς ουσιαστική αξιοποίηση της πληροφορίας (Ash et al., 2004).

Στην ελληνική πραγματικότητα, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να χρησιμοποιούν ολοένα και περισσότερα ψηφιακά εργαλεία, συχνά χωρίς επαρκή χρόνο ή υποστήριξη για την κατανόηση του πληροφοριακού περιεχομένου που αυτά ενσωματώνουν. Η διάκριση μεταξύ ψηφιακής ικανότητας και ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας, που αναπτύχθηκε στο Κεφάλαιο 1, αποκτά εδώ πρακτική διάσταση. Η γνώση του πώς λειτουργεί ένα σύστημα δε συνεπάγεται κατ' ανάγκη την κατανόηση του πώς θα έπρεπε να χρησιμοποιηθεί η πληροφορία που αυτό μας παρέχει.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί ίσως το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα ψηφιακής παρέμβασης στον ελληνικό χώρο της υγείας. Το σύστημα αυτό λειτούργησε αρχικά ως εργαλείο ελέγχου και διαφάνειας, αλλά σταδιακά εξελίχθηκε σε βασική πηγή ψηφιακής πληροφορίας για θεραπευτικές πρακτικές, φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις και κατευθυντήριες οδηγίες. Η αποτελεσματική χρήση του προϋποθέτει την ικανότητα ερμηνείας πληροφοριών και όχι απλώς την καταχώριση δεδομένων.

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά αντιμετωπίζουν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση ως διοικητική υποχρέωση, περιορίζοντας την αξιοποίηση του πληροφοριακού της δυναμικού (Davies, 2007). Το φαινόμενο αυτό συνδέεται με ελλείμματα ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας και αναδεικνύει την ανάγκη για εκπαίδευση που να εστιάζει στην κατανόηση και αξιολόγηση της πληροφορίας, όχι μόνο στη χρήση της πλατφόρμας.

Η προώθηση του Εθνικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας αποτελεί στρατηγικό στόχο της ελληνικής πολιτείας και συνδέεται άμεσα με ευρωπαϊκές πρωτοβουλίες, όπως ο

Ευρωπαϊκός Χώρος Δεδομένων Υγείας. Ο ηλεκτρονικός φάκελος φιλοδοξεί να συγκεντρώσει πληροφορίες από διαφορετικά επίπεδα φροντίδας, δημιουργώντας ένα ολοκληρωμένο ψηφιακό προφίλ του ασθενούς.

Ωστόσο, η συγκέντρωση δεδομένων δεν εγγυάται από μόνη της καλύτερη φροντίδα. Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι η υπερπληθώρα πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει σε γνωστική υπερφόρτωση και σε λάθη, αν οι χρήστες δεν διαθέτουν τις απαραίτητες πληροφοριακές δεξιότητες (Bawden, 2008). Στο ελληνικό πλαίσιο, όπου οι επαγγελματίες υγείας συχνά εργάζονται υπό συνθήκες πίεσης, η ανάγκη για ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία καθίσταται ακόμη πιο επιτακτική.

Οι πολιτικές εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα έχουν αρχίσει να ενσωματώνουν στοιχεία ψηφιακής κατάρτισης, κυρίως μέσω σεμιναρίων και προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Ωστόσο, τα προγράμματα αυτά εστιάζουν κατά κύριο λόγο στη λειτουργική εκμάθηση συστημάτων και λιγότερο στην ανάπτυξη κριτικής πληροφοριακής σκέψης. Όπως επισημαίνει η Brettle, η εκπαίδευση πληροφοριακών δεξιοτήτων αποδίδει ουσιαστικά αποτελέσματα μόνο όταν συνδέεται με πραγματικά επαγγελματικά σενάρια και ανάγκες (Brettle, 2003).

Στην ελληνική πραγματικότητα, η απουσία συστηματικής αξιολόγησης της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας του προσωπικού καθιστά δύσκολη την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας των πολιτικών. Το γεγονός αυτό συνδέεται άμεσα με το ερευνητικό κενό που επιχειρεί να καλύψει η παρούσα μελέτη.

Η πανδημία COVID-19 λειτούργησε ως καταλύτης για την ψηφιακή υγεία στην Ελλάδα, επιταχύνοντας την υιοθέτηση ψηφιακών εργαλείων αλλά και αποκαλύπτοντας δομικές αδυναμίες. Οι επαγγελματίες υγείας βρέθηκαν αντιμέτωποι με ταχεία εναλλαγή οδηγιών, πληθώρα επιστημονικών δημοσιεύσεων και αυξημένη ψηφιακή επικοινωνία. Η ικανότητα αξιολόγησης της ποιότητας της πληροφορίας αποδείχθηκε αναγκαία, επιβεβαιώνοντας τις θέσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας για τη σημασία της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας (Sørensen et al., 2012).

Συνολικά, το ελληνικό πλαίσιο ψηφιακού μετασχηματισμού στην υγεία χαρακτηρίζεται από σημαντική πρόοδο σε επίπεδο υποδομών και πολιτικών, αλλά και

από εμφανή κενά σε επίπεδο ανθρώπινων ικανοτήτων και πληροφοριακής κουλτούρας. Οι πολιτικές δημιουργούν τις προϋποθέσεις για ψηφιακή λειτουργία, αλλά δε διασφαλίζουν αυτόματα την ανάπτυξη ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας.

2.3 Πληροφοριακό Σύστημα Μονάδων Υγείας – Η περίπτωση του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο»

Η ανάλυση του πληροφοριακού συστήματος μιας μονάδας υγείας αποκτά ουσιαστικό νόημα όταν συνδέεται με το θεσμικό και πολιτικό πλαίσιο στο οποίο αυτή λειτουργεί και, ταυτόχρονα, με την καθημερινή πληροφοριακή πρακτική του ανθρώπινου δυναμικού. Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, η περίπτωση του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Θεαγένειο, προσφέρει ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα εξειδικευμένου νοσοκομείου, όπου η ψηφιακή πληροφορία είναι σημαντική τόσο για την κλινική λήψη αποφάσεων όσο και για τη διοικητική και ερευνητική λειτουργία.

Τα αντικαρκινικά νοσοκομεία, διεθνώς, χαρακτηρίζονται από αυξημένη πληροφοριακή πολυπλοκότητα. Η ογκολογική φροντίδα βασίζεται σε ταχέως εξελισσόμενη επιστημονική γνώση, σε σύνθετα θεραπευτικά πρωτόκολλα και σε συνεχή αναθεώρηση κατευθυντήριων οδηγιών. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αλληλεπιδρούν καθημερινά με μεγάλο όγκο ψηφιακής πληροφορίας, τόσο εντός των πληροφοριακών συστημάτων του νοσοκομείου όσο και μέσω εξωτερικών επιστημονικών πηγών (Bawden, 2008).

Σε γενικές γραμμές, τα πληροφοριακά συστήματα μονάδων υγείας περιλαμβάνουν υποσυστήματα που υποστηρίζουν τη διοικητική, κλινική και εργαστηριακή λειτουργία, όπως τα απλά πληροφοριακά συστήματα του νοσοκομείου (HIS), τα εργαστηριακά πληροφοριακά συστήματα (LIS), τα πληροφοριακά συστήματα της ακτινολογίας (RIS) και οι ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας (EHR). Στο ελληνικό πλαίσιο, τα συστήματα αυτά λειτουργούν συχνά παράλληλα με εθνικές ψηφιακές υποδομές, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και ο αναπτυσσόμενος Εθνικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας.

Η ύπαρξη πολλαπλών πληροφοριακών συστημάτων δημιουργεί ένα σύνθετο πληροφοριακό οικοσύστημα, στο οποίο η ποιότητα της φροντίδας εξαρτάται όχι μόνο από τη διαθεσιμότητα της πληροφορίας, αλλά και από την ικανότητα του προσωπικού να τη συνθέτει, να την αξιολογεί και να την εφαρμόζει. Όπως επισημαίνουν οι Ash et al., τα πληροφοριακά συστήματα μπορούν να ενισχύσουν την ασφάλεια και την αποδοτικότητα, αλλά ταυτόχρονα να δημιουργήσουν νέους κινδύνους αν δε χρησιμοποιούνται με επαρκή πληροφοριακή κατανόηση (Ash et al., 2004:).

Ειδικά το «Θεαγένειο», ως εξειδικευμένο αντικαρκινικό νοσοκομείο, καλείται να υποστηρίξει, πληροφοριακά, διαδικασίες που υπερβαίνουν τη γενική νοσοκομειακή πρακτική. Η διαχείριση ογκολογικών περιστατικών απαιτεί ακριβή καταγραφή διαγνωστικών δεδομένων, λεπτομερή παρακολούθηση θεραπευτικών σχημάτων και συνεχή επικαιροποίηση πληροφοριών σχετικά με κλινικές οδηγίες και φαρμακευτικές εξελίξεις. Η πληροφορία δεν είναι στατική αλλά εξελίσσεται και αναθεωρείται, γεγονός που αυξάνει τις απαιτήσεις για ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία του προσωπικού.

Οι επαγγελματίες υγείας στο συγκεκριμένο περιβάλλον δεν περιορίζονται στη χρήση εσωτερικών πληροφοριακών συστημάτων. Αντιθέτως, η καθημερινή πρακτική τους περιλαμβάνει αναζήτηση επιστημονικής τεκμηρίωσης σε διεθνείς βάσεις δεδομένων, αξιολόγηση κλινικών μελετών και προσαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών στο τοπικό πλαίσιο. Αυτή η πληροφοριακή συμπεριφορά συνάδει με το μοντέλο του Wilson, όπου η πληροφοριακή ανάγκη ενεργοποιείται από την πολυπλοκότητα του κλινικού προβλήματος και επηρεάζεται από οργανωσιακούς και ατομικούς παράγοντες (Wilson, 1997).

Η λειτουργία των πληροφοριακών συστημάτων στο «Θεαγένειο» δεν μπορεί να αποτιμηθεί ανεξάρτητα από την πληροφοριακή συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Όπως αναδείχθηκε στο Κεφάλαιο 1, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία αφορά την ικανότητα αναγνώρισης της ανάγκης για πληροφορία, εντοπισμού αξιόπιστων πηγών, κριτικής αξιολόγησης και εφαρμογής της πληροφορίας στην πράξη (ACRL, 2016). Στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγείας σε καρκινοπαθείς ασθενείς, οι

δεξιότητες αυτές αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς οι αποφάσεις έχουν άμεσες επιπτώσεις στην ασφάλεια και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Ένα πρωταρχικό ζήτημα αφορά στην ισορροπία μεταξύ τυποποιημένων πληροφοριακών ροών όπως τα πρωτόκολλα και οι ενσωματωμένες οδηγίες σε συστήματα και εξατομικευμένες κλινικές κρίσεις. Η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία επιτρέπει στους επαγγελματίες να αξιοποιούν τα πληροφοριακά συστήματα ως υποστηρικτικά εργαλεία, χωρίς να υποκαθιστούν την κριτική σκέψη. Αντίθετα, η έλλειψη επαρκούς πληροφοριακής παιδείας μπορεί να οδηγήσει είτε σε άκριτη αποδοχή ψηφιακών προτάσεων, είτε σε απόρριψη χρήσιμων πληροφοριακών πόρων.

Στο ελληνικό νοσοκομειακό περιβάλλον, η διαλειτουργικότητα μεταξύ πληροφοριακών συστημάτων παραμένει πρόκληση. Η μερική ή αποσπασματική διασύνδεση συστημάτων αυξάνει τον γνωστικό και πληροφοριακό φόρτο του προσωπικού, το οποίο καλείται να αντλεί πληροφορίες από πολλαπλές πηγές. Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι ο αυξημένος πληροφοριακός φόρτος μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη λήψη αποφάσεων, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα υψηλής πίεσης (Bawden, 2008).

Στο «Θεαγένειο», όπως και σε άλλα ελληνικά νοσοκομεία, η πρόκληση αυτή καθιστά την ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία κρίσιμο αντισταθμιστικό παράγοντα. Οι επαγγελματίες με ανεπτυγμένες πληροφοριακές δεξιότητες είναι σε θέση να οργανώνουν καλύτερα την πληροφορία, να ιεραρχούν πηγές και να μειώνουν τον κίνδυνο λαθών που σχετίζονται με ελλιπή ή παρωχημένη τεκμηρίωση.

Η διεθνής βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι τα πληροφοριακά συστήματα μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα και την ασφάλεια της φροντίδας, εφόσον ενσωματώνονται σε κουλτούρα τεκμηριωμένης πρακτικής και πληροφοριακής επάρκειας (Epstein and Street, 2011:). Στο αντικαρκινικό πλαίσιο, η ποιότητα της πληροφορίας που χρησιμοποιείται για τη λήψη αποφάσεων είναι καθοριστική. Η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία λειτουργεί εδώ ως μηχανισμός ποιοτικού ελέγχου καθώς επιτρέπει την κριτική αποτίμηση δεδομένων και τη συνεχή επικαιροποίηση της γνώσης.

Η επιλογή του «Θεαγένειου» ως πεδίου μελέτης δεν είναι τυχαία. Το νοσοκομείο ενσωματώνει όλες τις προκλήσεις που αναδείχθηκαν προηγουμένως, τις θεσμικές απαιτήσεις του ψηφιακού μετασχηματισμού στον τομέα της υγείας, τα σύνθετα πληροφοριακά συστήματα και τις αυξημένες ανάγκες για ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία του ανθρώπινου δυναμικού. Η αξιολόγηση της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας στο συγκεκριμένο πλαίσιο επιτρέπει τη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι εθνικές και ευρωπαϊκές πολιτικές μεταφράζονται σε καθημερινή πρακτική.

Συνοψίζοντας, το πληροφοριακό σύστημα του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο» αποτελεί κόμβο ψηφιακής πληροφορίας, όπου η τεχνολογία, η επιστημονική γνώση και η ανθρώπινη κρίση συναντώνται. Η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία του προσωπικού αναδεικνύεται ως καθοριστικός παράγοντας για την αποτελεσματική και ασφαλή αξιοποίηση των πληροφοριακών συστημάτων, επιβεβαιώνοντας τη θεωρητική και θεσμική ανάλυση των προηγούμενων υποκεφαλαίων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

3.1 Έννοια και σημασία του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας

Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τον κεντρικό πυλώνα λειτουργίας κάθε συστήματος υγείας και ταυτόχρονα τον καθοριστικό παράγοντα ποιότητας, ασφάλειας και βιωσιμότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε αντίθεση με άλλους τομείς της δημόσιας διοίκησης ή της οικονομίας, η υγεία είναι έντονα ανθρωποκεντρική καθώς οι αποφάσεις λαμβάνονται σε πραγματικό χρόνο επομένως συχνά υπό συνθήκες αβεβαιότητας και έχουν άμεσο αντίκτυπο στην ανθρώπινη ζωή. Για το λόγο αυτό, η έννοια του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας υπερβαίνει την απλή στελέχωση θέσεων εργασίας και συνδέεται άρρηκτα με την έννοια της επαγγελματικής επάρκειας, της συνεχούς ανάπτυξης δεξιοτήτων και της οργανωσιακής μάθησης.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, το ανθρώπινο δυναμικό υγείας καλείται *human resources for health* (HRH) και ορίζεται ως το σύνολο των ατόμων που ασχολούνται με την παροχή, τη διοίκηση, την υποστήριξη και τη ρύθμιση υπηρεσιών υγείας, ανεξαρτήτως επαγγελματικής ειδικότητας ή επιπέδου εκπαίδευσης. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) επισημαίνει ότι το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τη ραχοκοκαλιά των συστημάτων υγείας και ότι χωρίς επαρκές, καταρτισμένο και υποστηριζόμενο προσωπικό, ακόμη και τα πιο προηγμένα συστήματα και τεχνολογίες αδυνατούν να αποδώσουν (WHO, 2016). Η θέση αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, καθώς συνδέει άμεσα την ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού με την ικανότητα αξιοποίησης πληροφορίας και τεχνολογίας.

Η σημασία του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας γίνεται εμφανής σε πολλαπλά επίπεδα. Καταρχήν σε κλινικό επίπεδο, οι γνώσεις, οι δεξιότητες και η κρίση των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα της διάγνωσης, της θεραπείας και της φροντίδας. Έπειτα σε οργανωσιακό επίπεδο, το ανθρώπινο δυναμικό καθορίζει την αποτελεσματικότητα των διαδικασιών, τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών ομάδων και την ικανότητα του οργανισμού να προσαρμόζεται σε αλλαγές. Τέλος σε συστημικό επίπεδο, η επάρκεια και η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού επηρεάζουν την ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και τη συνολική απόδοση του συστήματος (Buchan and Dal Poz, 2002).

Η έννοια της ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού (*human resource development – HRD*) στον υγειονομικό τομέα έχει εξελιχθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Παραδοσιακά, η ανάπτυξη συνδεόταν κυρίως με την αρχική εκπαίδευση και την επαγγελματική κατάρτιση, ωστόσο σήμερα αντιμετωπίζεται ως μια διαρκής διαδικασία που περιλαμβάνει τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, τη δια βίου μάθηση, την ανάπτυξη δεξιοτήτων προσαρμογής και τη δημιουργία υποστηρικτικών εργασιακών περιβαλλόντων (Frenk et al., 2010). Η μετατόπιση αυτή αντανακλά τις αυξανόμενες απαιτήσεις του υγειονομικού τομέα, ο οποίος χαρακτηρίζεται από ταχύτατες επιστημονικές εξελίξεις, τεχνολογική καινοτομία και αυξανόμενη πολυπλοκότητα καθημερινής φροντίδας.

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι το ανθρώπινο δυναμικό στην υγεία δε λειτουργεί απομονωμένα, αλλά εντός σύνθετων οργανωσιακών και πληροφοριακών περιβαλλόντων. Όπως αναπτύχθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να διαχειρίζονται μεγάλο όγκο πληροφορίας, να συνεργάζονται διεπιστημονικά και να λαμβάνουν αποφάσεις βασισμένες στην τεκμηρίωση. Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι η ποιότητα της φροντίδας εξαρτάται όχι μόνο από την ατομική γνώση, αλλά και από την ικανότητα του οργανισμού να υποστηρίξει τη μάθηση αλλά και τη διάχυση της γνώσης (Ferlie et al., 2005).

Στον υγειονομικό τομέα, το ανθρώπινο δυναμικό αντιμετωπίζεται ολοένα και περισσότερο ως στρατηγικός πόρος και όχι απλώς ως λειτουργικό στοιχείο. Η προσέγγιση αυτή αντικατοπτρίζεται σε πολιτικές που δίνουν έμφαση στη διαχείριση ταλέντου, στη διατήρηση προσωπικού και στη δημιουργία συνθηκών επαγγελματικής ικανοποίησης. Έρευνες έχουν δείξει ότι η επαγγελματική εξουθένωση, η έλλειψη υποστήριξης και οι περιορισμένες ευκαιρίες ανάπτυξης δεξιοτήτων επηρεάζουν αρνητικά τόσο την απόδοση των επαγγελματιών όσο και την ασφάλεια των ασθενών (Maslach and Leiter, 2016). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, συνεπώς, δεν αποτελεί μόνο ζήτημα εκπαίδευσης, αλλά και οργανωσιακής ευθύνης.

Σε αυτό το πλαίσιο, η σημασία του ανθρώπινου δυναμικού αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα σε εξειδικευμένες μονάδες υγείας, όπως τα αντικαρκινικά νοσοκομεία. Η ογκολογική φροντίδα απαιτεί υψηλό επίπεδο εξειδίκευσης, συνεχή ενημέρωση και στενή συνεργασία μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων. Οι επαγγελματίες καλούνται να ενσωματώνουν νέα επιστημονικά δεδομένα, να αξιολογούν θεραπευτικές επιλογές και να επικοινωνούν σύνθετες πληροφορίες σε ασθενείς και οικογένειες. Η ικανότητα αυτή δεν είναι αυτονόητη, αλλά αναπτύσσεται μέσα από συστηματική επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό και στην πληροφοριακή του επάρκεια (Epstein and Street, 2011).

Η διεθνής συζήτηση για το ανθρώπινο δυναμικό στην υγεία έχει επίσης αναδείξει τη σημασία της προσαρμοστικότητας. Τα συστήματα υγείας καλούνται να ανταποκρίνονται σε δημογραφικές αλλαγές, σε επιδημιολογικές μεταβάσεις και σε απρόβλεπτες κρίσεις, όπως για παράδειγμα η πρόσφατη πανδημία του COVID-19. Σε

τέτοιες συνθήκες, η αξία του ανθρώπινου δυναμικού έγκειται όχι μόνο στις τεχνικές δεξιότητες, αλλά και στην ικανότητα μάθησης, στην αξιολόγηση πληροφορίας και στην λήψη αποφάσεων υπό αβεβαιότητα (Frenk et al., 2010). Η διάσταση αυτή συνδέεται άμεσα με την ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία, καθώς η πρόσβαση και η κριτική χρήση της ψηφιακής πληροφορίας αποτελούν βασικά εργαλεία προσαρμογής.

Συνοψίζοντας, το ανθρώπινο δυναμικό στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί τον κύριο παράγοντα πάνω στον οποίο οικοδομούνται η ποιότητα, η ασφάλεια και η ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας. Η ανάπτυξη του δε μπορεί να αντιμετωπίζεται αποσπασματικά, αλλά ως στρατηγική διαδικασία που συνδυάζει εκπαίδευση, συνεχή μάθηση, υποστήριξη και καλλιέργεια πληροφοριακών και ψηφιακών δεξιοτήτων.

3.2 Σύγχρονες προκλήσεις και απαιτήσεις δεξιοτήτων στον υγειονομικό τομέα

Ο υγειονομικός τομέας τα τελευταία χρόνια βρίσκεται αντιμέτωπος με ένα σύνολο ταυτόχρονων και αλληλένδετων προκλήσεων, οι οποίες μετασχηματίζουν ριζικά το περιεχόμενο και τις απαιτήσεις της επαγγελματικής πρακτικής. Οι προκλήσεις αυτές δεν αφορούν αποκλειστικά τεχνολογικές εξελίξεις, αλλά επεκτείνονται σε δημογραφικές μεταβολές, επιδημιολογικές αλλαγές, οργανωσιακές πιέσεις και αυξανόμενες προσδοκίες τόσο των ασθενών όσο και της κοινωνίας. Σε ένα τέτοιο δυναμικό περιβάλλον, οι δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας καλούνται να προσαρμοστούν μα και να διευρυνθούν, υπερβαίνοντας τα παραδοσιακά όρια της επιστημονικής κατάρτισης.

Μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις είναι η επιδημιολογική μετάβαση από τα οξέα νοσήματα στα χρόνια και πολυπαραγοντικά προβλήματα υγείας. Η αύξηση της συχνότητας χρόνιων παθήσεων, όπως ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης, απαιτεί μακροχρόνια διαχείριση, διεπιστημονική συνεργασία και συνεχή αξιολόγηση κλινικών δεδομένων. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να διαχειρίζονται πληροφορίες που εξελίσσονται στον χρόνο, να προσαρμόζουν θεραπευτικές αποφάσεις και να συνδυάζουν κατευθυντήριες οδηγίες με

εξατομικευμένη φροντίδα (Frenk et al., 2010). Οι απαιτήσεις αυτές ενισχύουν τη σημασία δεξιοτήτων κριτικής σκέψης και πληροφοριακής επάρκειας.

Παράλληλα, η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, αυξάνει τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και συνεπώς επιβαρύνει τα συστήματα φροντίδας. Οι επαγγελματίες υγείας σήμερα αντιμετωπίζουν αυξημένο φόρτο εργασίας, χρονικές πιέσεις και ανάγκη διαχείρισης πολύπλοκων περιστατικών και σε αυτό το πλαίσιο, η ικανότητα ιεράρχησης πληροφορίας και λήψης αποφάσεων υπό πίεση καθίσταται απαραίτητη δεξιότητα. Η βιβλιογραφία επισημαίνει ότι η υπερφόρτωση πληροφορίας μπορεί να οδηγήσει σε γνωστική κόπωση και σφάλματα, εάν δεν συνοδεύεται από κατάλληλες πληροφοριακές στρατηγικές (Bawden, 2008).

Μία ακόμη καθοριστική πρόκληση αφορά στον ψηφιακό μετασχηματισμό των υπηρεσιών υγείας. Η ενσωμάτωση ηλεκτρονικών φακέλων ασθενών, πληροφοριακών συστημάτων υποστήριξης αποφάσεων και ψηφιακών πλατφορμών επικοινωνίας μεταβάλλει τον τρόπο με τον οποίο παράγεται, διακινείται και αξιοποιείται η πληροφορία. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αλληλεπιδρούν με σύνθετα ψηφιακά οικοσυστήματα, γεγονός που απαιτεί όχι μόνο τεχνικές δεξιότητες, αλλά και ικανότητα κατανόησης της ποιότητας και των περιορισμών της ψηφιακής πληροφορίας (Ash et al., 2004).

Στο σημείο αυτό αναδεικνύεται εμφανώς και η διαφορά μεταξύ τεχνικής ψηφιακής επάρκειας και ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας που θεωρητικά αναλύθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Η πρώτη λοιπόν αφορά στη λειτουργική χρήση συστημάτων, ενώ η δεύτερη περιλαμβάνει την κριτική αξιολόγηση πηγών, την κατανόηση της επιστημονικής τεκμηρίωσης και την ικανότητα σύνθεσης πληροφορίας από πολλαπλές πηγές. Όπως έχει υποστηριχθεί στη βιβλιογραφία, η απουσία πληροφοριακής παιδείας μπορεί να οδηγήσει σε άκριτη αποδοχή ψηφιακών δεδομένων ή, αντίθετα, σε δυσπιστία απέναντι σε χρήσιμα εργαλεία (Lloyd, 2010).

Ιδιαίτερη πρόκληση συνιστά και η ταχεία παραγωγή επιστημονικής γνώσης. Ο όγκος των δημοσιεύσεων στον χώρο της υγείας αυξάνεται εκθετικά, καθιστώντας αδύνατη την παρακολούθηση όλων των εξελίξεων χωρίς συστηματικές πληροφοριακές

στρατηγικές. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να διακρίνουν μεταξύ υψηλής και χαμηλής ποιότητας τεκμηρίωσης, να κατανοούν μεθοδολογικές διαφορές και να αξιολογούν τη συνάφεια των ευρημάτων με την κλινική πράξη (Greenhalgh et al., 2014). Η απαίτηση αυτή μεταφράζεται σε ανάγκη για δεξιότητες κριτικής ανάγνωσης, αξιολόγησης μελετών και κατανόησης επιπέδων απόδειξης.

Επιπλέον, οι αυξανόμενες προσδοκίες των ασθενών, με την συμβολή της διάχυτης πληροφορίας στο διαδίκτυο, η οποία φτάνει σωρηδόν στη διάθεσή τους, μεταβάλλουν τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας. Η ευρεία πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας μέσω διαδικτύου σημαίνει ότι οι ασθενείς συχνά προσέρχονται με προκαταρκτικές γνώσεις ή παραπληροφόρηση. Οι επαγγελματίες καλούνται να λειτουργούν ως διαμεσολαβητές πληροφορίας, να αξιολογούν τις πηγές που χρησιμοποιούν οι ασθενείς και να επικοινωνούν επιστημονική γνώση με κατανοητό και υπεύθυνο τρόπο (Epstein and Street, 2011). Αυτή η απαίτηση προσθέτει μια επικοινωνιακή διάσταση στις δεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού.

Σε οργανωσιακό επίπεδο, οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν την πρόκληση της διεπιστημονικής συνεργασίας. Η σύγχρονη φροντίδα βασίζεται σε ομάδες με διαφορετικά επαγγελματικά υπόβαθρα, γεγονός που απαιτεί κοινή κατανόηση πληροφοριών, συντονισμό και ανταλλαγή γνώσης. Η αποτελεσματική συνεργασία προϋποθέτει όχι μόνο επικοινωνιακές δεξιότητες, αλλά και κοινά πληροφοριακά πλαίσια αναφοράς, ώστε οι αποφάσεις να βασίζονται σε κοινά αποδεκτή τεκμηρίωση (Ferlie et al., 200:).

Παράλληλα, οι οργανωσιακές πιέσεις και οι περιορισμένοι πόροι εντείνουν τις απαιτήσεις αποδοτικότητας. Οι επαγγελματίες καλούνται να λαμβάνουν αποφάσεις με βάση δεδομένα, δείκτες ποιότητας και κατευθυντήριες οδηγίες, συχνά υπό χρονική πίεση. Σε αυτό το περιβάλλον, η πληροφοριακή παιδεία λειτουργεί ως δεξιότητα εξοικονόμησης χρόνου και μείωσης αβεβαιότητας, επιτρέποντας ταχύτερη πρόσβαση σε αξιόπιστες πηγές και αποφυγή περιττής αναζήτησης (Davies, 2007).

Η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι οι σύγχρονες απαιτήσεις δεξιοτήτων στον υγειονομικό τομέα δε μπορούν να καλυφθούν αποκλειστικά μέσω της αρχικής

εκπαίδευσης. Αντιθέτως, απαιτούν συνεχή αναπροσαρμογή δεξιοτήτων, ενσωμάτωση νέων γνώσεων και καλλιέργεια ικανοτήτων μάθησης. Ο WHO τονίζει ότι όλα τα συστήματα υγείας πρέπει να επενδύουν σε ανθρώπινο δυναμικό ικανό να μαθαίνει, να προσαρμόζεται και να αξιοποιεί μια πληροφορία σε συνεχώς μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα (WHO, 2016). Η θέση αυτή συνδέεται άμεσα με την έννοια της δια βίου μάθησης, η οποία εξετάζεται στο επόμενο υποκεφάλαιο.

Συνοψίζοντας, οι σύγχρονες προκλήσεις στον υγειονομικό τομέα μεταφράζονται σε αυξημένες και πολυδιάστατες απαιτήσεις δεξιοτήτων για το ανθρώπινο δυναμικό. Πέρα από την επιστημονική εξειδίκευση, οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται δεξιότητες κριτικής σκέψης, πληροφοριακής παιδείας, ψηφιακής επάρκειας και αποτελεσματικής επικοινωνίας. Οι απαιτήσεις αυτές δεν αποτελούν θεωρητική πολυτέλεια, αλλά προϋπόθεση για την παροχή ασφαλούς, ποιοτικής και ανθρωποκεντρικής φροντίδας σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο υγειονομικό περιβάλλον.

3.3 Εκπαίδευση, επιμόρφωση και δια βίου μάθηση των επαγγελματιών υγείας

Η εκπαίδευση και η επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας αποτελούν σημαντική συνιστώσα της ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού και βασική προϋπόθεση για τη διασφάλιση ποιοτικών και ασφαλών υπηρεσιών υγείας. Σε έναν τομέα που χαρακτηρίζεται από συνεχή επιστημονική πρόοδο, τεχνολογικές εξελίξεις και μεταβαλλόμενες ανάγκες φροντίδας, η αρχική εκπαίδευση δεν επαρκεί για να καλύψει τις απαιτήσεις μιας ολόκληρης επαγγελματικής σταδιοδρομίας. Για το λόγο αυτό, η έννοια της δια βίου μάθησης αποκτά ιδιαίτερη σημασία στον υγειονομικό τομέα.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας προσεγγίζεται ως συνεχής διαδικασία που εκτείνεται από την προπτυχιακή εκπαίδευση έως τη συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται άμεσα από την ικανότητα των επαγγελματιών να επικαιροποιούν τις γνώσεις τους και να προσαρμόζονται σε νέα

δεδομένα (WHO, 2016). Η θέση αυτή αντικατοπτρίζει μια μετατόπιση από την εκπαίδευση ως μεμονωμένο στάδιο προς τη μάθηση ως μια διαρκή επαγγελματική πρακτική.

Η παραδοσιακή εκπαίδευση στον υγειονομικό τομέα βασίστηκε για δεκαετίες σε μοντέλα μετάδοσης γνώσης, όπου ο εκπαιδευόμενος λειτουργούσε κυρίως ως παθητικός δέκτης. Αν και τα μοντέλα αυτά συνέβαλαν στη εισαγωγή και θεμελίωση επιστημονικών γνώσεων, σήμερα, κρίνονται ως ανεπαρκή για την ανάπτυξη δεξιοτήτων κριτικής σκέψης και προσαρμοστικότητας. Σύγχρονες προσεγγίσεις υποστηρίζουν ότι η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πρέπει να εστιάζει στη μάθηση μέσω προβλημάτων, στην αναστοχαστική πρακτική και στην ενσωμάτωση πραγματικών κλινικών σεναρίων (Frenk et al., 2010).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση, η οποία περιλαμβάνει οργανωμένες εκπαιδευτικές δραστηριότητες μετά την απόκτηση επαγγελματικών προσόντων. Αυτή η πρακτική δεν αφορά μόνο στην απόκτηση νέων γνώσεων, αλλά και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων που σχετίζονται με την αξιολόγηση και εφαρμογή πληροφορίας στην πράξη. Έρευνες δείχνουν ότι προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο όταν συνδέονται με τις πραγματικές ανάγκες του επαγγελματικού περιβάλλοντος και όταν ενθαρρύνουν την ενεργή συμμετοχή των εκπαιδευόμενων (Brettell, 2003).

Στον υγειονομικό τομέα, η δια βίου μάθηση δεν αποτελεί απλώς ατομική επιλογή, αλλά οργανωσιακή και συστημική ανάγκη. Τα νοσοκομεία και οι μονάδες υγείας καλούνται να δημιουργούν περιβάλλοντα που υποστηρίζουν τη συνεχή μάθηση, παρέχοντας πρόσβαση σε εκπαιδευτικούς πόρους, χρόνο για επιμόρφωση και κουλτούρα που ενθαρρύνει την αναζήτηση και ανταλλαγή γνώσης. Όπως επισημαίνουν οι Ferlie και συνεργάτες, οι οργανισμοί υγείας που επενδύουν στη μάθηση είναι πιο ικανοί να ενσωματώνουν καινοτομίες και να βελτιώνουν την ποιότητα φροντίδας (Ferlie et al., 2005).

Η δια βίου μάθηση των επαγγελματιών υγείας συνδέεται στενά με την έννοια της τεκμηριωμένης. Η εφαρμογή της τεκμηριωμένης πρακτικής προϋποθέτει την

ικανότητα εντοπισμού, αξιολόγησης και σύνθεσης επιστημονικής πληροφορίας, δεξιότητες που καλλιεργούνται μέσα από στοχευμένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις. Η βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι χωρίς επαρκή εκπαίδευση σε πληροφοριακές δεξιότητες, οι επαγγελματίες υγείας δυσκολεύονται να ενσωματώσουν την καλύτερη διαθέσιμη τεκμηρίωση στην καθημερινή πρακτική (Greenhalgh et al., 2014).

Η ψηφιοποίηση της εκπαίδευσης έχει μεταβάλει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο υλοποιείται η επιμόρφωση στον υγειονομικό τομέα. Η χρήση ψηφιακών πλατφορμών μάθησης, διαδικτυακών σεμιναρίων και ηλεκτρονικών βιβλιοθηκών έχει διευρύνει την πρόσβαση σε εκπαιδευτικό υλικό, αλλά ταυτόχρονα έχει αυξήσει τις απαιτήσεις για ψηφιακή και πληροφοριακή επάρκεια. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να επιλέγουν αξιόπιστες πηγές, να αξιολογούν την ποιότητα ψηφιακού εκπαιδευτικού περιεχομένου και να διαχειρίζονται μεγάλο όγκο πληροφοριών (Bawden, 2008). Η δια βίου μάθηση, επομένως, συνδέεται άρρηκτα με την ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία.

Ένα σοβαρό ζήτημα αφορά στην αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης και της επιμόρφωσης. Πολλές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στον χώρο της υγείας αξιολογούνται κυρίως ως προς την ικανοποίηση των συμμετεχόντων και λιγότερο ως προς τον αντίκτυπό τους στην κλινική πρακτική. Οι Brettle και συνεργάτες υπογραμμίζουν την ανάγκη για καλύτερα σχεδιασμένες μελέτες που να εξετάζουν αν και πώς η εκπαίδευση σε πληροφοριακές δεξιότητες μεταφράζεται σε βελτίωση της φροντίδας (Brettle, 2007). Το ζήτημα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη διαμόρφωση πολιτικών ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού.

Στο πλαίσιο των οργανισμών υγείας, η δια βίου μάθηση συνδέεται επίσης με την επαγγελματική ταυτότητα και την επαγγελματική ικανοποίηση. Οι επαγγελματίες που έχουν ευκαιρίες εκπαίδευσης και ανάπτυξης δεξιοτήτων τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα δέσμευσης και μειωμένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach and Leiter, 2016). Η επένδυση στην εκπαίδευση, επομένως, έχει τόσο ποιοτικές όσο και οργανωσιακές αποδόσεις.

Ιδιαίτερη πρόκληση αποτελεί η ενσωμάτωση της εκπαίδευσης στην καθημερινή εργασιακή ρουτίνα. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά αντιμετωπίζουν περιορισμένο

χρόνο και αυξημένο φόρτο εργασίας, γεγονός που δυσχεραίνει τη συμμετοχή σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Σύγχρονες προσεγγίσεις προτείνουν την ενσωμάτωση της μάθησης στον χώρο εργασίας, μέσω κλινικών συζητήσεων, αναστοχαστικών πρακτικών και πρόσβασης σε ψηφιακή τεκμηρίωση κατά τη λήψη αποφάσεων (Lloyd, 2010). Η προσέγγιση αυτή ενισχύει την ζητούμενη σύνδεση μεταξύ της μάθησης και της πράξης.

Συνεπώς, η εκπαίδευση, η επιμόρφωση και η δια βίου μάθηση των επαγγελματιών υγείας αποτελούν τους ουσιαστικούς μηχανισμούς ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού και προσαρμογής στις σύγχρονες προκλήσεις του υγειονομικού τομέα. Η αποτελεσματική εκπαίδευση δεν περιορίζεται στη μετάδοση γνώσης, αλλά καλλιεργεί δεξιότητες κριτικής σκέψης, πληροφοριακής επάρκειας και επαγγελματικής αυτονομίας. Το επόμενο υποκεφάλαιο εστιάζει ειδικότερα στον ρόλο των ψηφιακών δεξιοτήτων και της πληροφοριακής παιδείας ως παραγόντων επαγγελματικής ανάπτυξης, συνδέοντας τη δια βίου μάθηση με τον ψηφιακό μετασχηματισμό της υγείας.

3.4 Ψηφιακές δεξιότητες και πληροφοριακή παιδεία ως παράγοντας επαγγελματικής ανάπτυξης

Η επαγγελματική ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας στη σύγχρονη εποχή συνδέεται ολοένα και περισσότερο με την ικανότητά τους να λειτουργούν αποτελεσματικά σε ψηφιακά και πληροφοριακά περιβάλλοντα. Οι ψηφιακές δεξιότητες και η πληροφοριακή παιδεία δεν αποτελούν πλέον συμπληρωματικά ή δευτερεύοντα προσόντα, αλλά βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική επάρκεια, την εξέλιξη της σταδιοδρομίας και τη δυνατότητα συμμετοχής σε διαδικασίες καινοτομίας και βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας. Σε αυτή τη λογική συνέπεια, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία αναδεικνύεται πλέον ως ο κύριος σύνδεσμος μεταξύ της ατομικής ανάπτυξης και της οργανωσιακής αποτελεσματικότητας.

Η έννοια των ψηφιακών δεξιοτήτων στον υγειονομικό τομέα συχνά περιορίζεται στη λειτουργική χρήση πληροφοριακών συστημάτων, όπως οι ηλεκτρονικοί φάκελοι ασθενών ή οι πλατφόρμες συνταγογράφησης. Ωστόσο, η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι μια τέτοια περιοριστική προσέγγιση αδυνατεί να αποτυπώσει τη σύνθετη πραγματικότητα της σύγχρονης επαγγελματικής πρακτικής. Οι ψηφιακές δεξιότητες περιλαμβάνουν όχι μόνο το πώς χρησιμοποιείται ένα σύστημα, αλλά και το πώς ερμηνεύεται και αξιοποιείται η πληροφορία που αυτό παράγει (Vuorikari et al., 2022). Εδώ εντάσσεται η πληροφοριακή παιδεία ως ανώτερη και πιο σύνθετη ικανότητα.

Η πληροφοριακή παιδεία, όπως προαναφέρθηκε, αφορά στην ικανότητα αναγνώρισης της ανάγκης για πληροφορία, εντοπισμού αξιόπιστων πηγών, κριτικής αξιολόγησης και εφαρμογής της πληροφορίας σε συγκεκριμένα συμφραζόμενα. Στο ψηφιακό περιβάλλον της υγείας, οι δεξιότητες αυτές αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, καθώς η πληροφορία είναι άφθονη, ανομοιογενής και συχνά αντιφατική. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να διακρίνουν μεταξύ τεκμηριωμένης επιστημονικής γνώσης και περιεχομένου χαμηλής αξιοπιστίας, μια διαδικασία που απαιτεί συστηματική καλλιέργεια πληροφοριακής κρίσης (Bawden, 2008).

Η σύνδεση μεταξύ ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας και επαγγελματικής ανάπτυξης εκδηλώνεται σε πολλαπλά επίπεδα. Αρχικά σε ατομικό επίπεδο, οι επαγγελματίες με ανεπτυγμένες πληροφοριακές δεξιότητες εμφανίζουν μεγαλύτερη αυτονομία στη μάθηση, αυξημένη αυτοπεποίθηση στη λήψη αποφάσεων και μεγαλύτερη ικανότητα προσαρμογής σε νέες απαιτήσεις. Η δυνατότητα εντοπισμού και αξιολόγησης επιστημονικής τεκμηρίωσης επιτρέπει τη συνεχή επικαιροποίηση γνώσεων και ενισχύει την επαγγελματική επάρκεια, ιδιαίτερα σε τομείς υψηλής εξειδίκευσης όπως η ογκολογία (Greenhalgh et al., 2014).

Ακολούθως, σε επίπεδο σταδιοδρομίας, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία λειτουργεί ως παράγοντας διαφοροποίησης αλλά και εξέλιξης. Οι επαγγελματίες που είναι σε θέση να αξιοποιούν την ψηφιακή πληροφορία για την τεκμηρίωση πρακτικών, τη συμμετοχή σε ερευνητικές δραστηριότητες και την ανάπτυξη καινοτόμων λύσεων έχουν

αυξημένες ευκαιρίες και δυνατότητες επαγγελματικής ανέλιξης. Η συμμετοχή σε ερευνητικά πρωτόκολλα και η εμπλοκή σε διαδικασίες βελτίωσης της ποιότητας συνδέονται στενά με την ικανότητα διαχείρισης και αξιολόγησης πληροφοριών (Brettle, 2007).

Παράλληλα, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία συμβάλλει στη διαμόρφωση της επαγγελματικής ταυτότητας. Οι επαγγελματίες υγείας που αντιλαμβάνονται τον ρόλο τους ως ενεργοί χρήστες και παραγωγοί γνώσης τείνουν να αναπτύσσουν μια πιο αναστοχαστική στάση απέναντι στην πρακτική τους. Η αναστοχαστική πρακτική, η οποία βασίζεται στην κριτική αξιολόγηση εμπειριών και πληροφοριών, έχει αναγνωριστεί ως βασικό στοιχείο επαγγελματικής ανάπτυξης και ποιότητας φροντίδας (Lloyd, 2010).

Τέλος, και σε οργανωσιακό επίπεδο, η ανάπτυξη ψηφιακών δεξιοτήτων και πληροφοριακής παιδείας ενισχύει την ικανότητα του οργανισμού να μαθαίνει και επομένως να εξελίσσεται. Οι οργανισμοί υγείας που διαθέτουν προσωπικό με υψηλό επίπεδο πληροφοριακής επάρκειας είναι πιο ικανοί να ενσωματώνουν νέες κατευθυντήριες οδηγίες, να αξιοποιούν δεδομένα για λήψη αποφάσεων και να ανταποκρίνονται σε εξωτερικές πιέσεις, όπως κανονιστικές αλλαγές ή κρίσεις δημόσιας υγείας (Ferlie et al., 2005) και κατά συνέπεια να φαίνονται και να είναι πιο αποτελεσματικοί στην θεραπεία των ασθενών τους. Η πληροφοριακή παιδεία, επομένως, λειτουργεί ως συλλογικό κεφάλαιο και όχι μόνο ως ατομικό προσόν.

Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι η επαγγελματική ανάπτυξη μέσω ψηφιακών δεξιοτήτων δεν προκύπτει αυτόματα από την εισαγωγή τεχνολογίας. Αντιθέτως, απαιτεί στοχευμένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και υποστηρικτικά περιβάλλοντα μάθησης. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει ότι τα συστήματα υγείας οφείλουν να επενδύουν όχι μόνο σε τεχνολογικές υποδομές, αλλά και σε ανθρώπινες ικανότητες που επιτρέπουν την κριτική και υπεύθυνη χρήση της ψηφιακής πληροφορίας (WHO, 2021). Η έμφαση αυτή αντανακλά τη συνειδητοποίηση ότι η τεχνολογία χωρίς πληροφοριακή παιδεία μπορεί να εντείνει ανισότητες και να δημιουργήσει νέους κινδύνους.

Ένα ακόμη ζήτημα αφορά στη σχέση μεταξύ ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας και επαγγελματικής ικανοποίησης. Οι επαγγελματίες υγείας που αισθάνονται ικανοί να κατανοούν και να ελέγχουν την πληροφορία που χρησιμοποιούν στην πράξη εμφανίζουν μειωμένα επίπεδα άγχους και αυξημένη αίσθηση επαγγελματικής επάρκειας. Αντίθετα, η αδυναμία διαχείρισης ψηφιακής πληροφορίας μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση, επαγγελματική εξουθένωση και αίσθηση απώλειας ελέγχου (Maslach and Leiter, 2016). Η ανάπτυξη πληροφοριακής παιδείας, συνεπώς, έχει και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις.

Στον υγειονομικό τομέα, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία αποκτά επιπλέον σημασία λόγω της αυξημένης έκθεσης σε ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα. Η διαχείριση προσωπικών δεδομένων υγείας, η αξιολόγηση ψηφιακών πηγών και η επικοινωνία πληροφοριών σε ασθενείς, απαιτούν υψηλό επίπεδο υπευθυνότητας και κρίσης. Η επαγγελματική ανάπτυξη δεν μπορεί να αποκοπεί από αυτές τις διαστάσεις, καθώς η ποιότητα της φροντίδας συνδέεται άμεσα με την ηθική χρήση της πληροφορίας (ACRL, 2016).

Συνοψίζοντας, οι ψηφιακές δεξιότητες και η πληροφοριακή παιδεία αποτελούν βασικούς μοχλούς επαγγελματικής ανάπτυξης στον υγειονομικό τομέα. Η σημασία τους εκτείνεται πέρα από την τεχνική επάρκεια και αφορά στην κριτική σκέψη, την επαγγελματική αυτονομία, την οργανωσιακή μάθηση και την ποιότητα φροντίδας. Η καλλιέργεια αυτών των δεξιοτήτων δεν είναι αποκλειστικά ατομική ευθύνη, αλλά απαιτεί συστηματική υποστήριξη από τη διοίκηση και τον οργανισμό.

3.5 Ο ρόλος της διοίκησης στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού

Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα δεν μπορεί να νοηθεί ως αποκλειστικά ατομική ευθύνη των επαγγελματιών υγείας. Αντιθέτως, αποτελεί κατεξοχήν οργανωσιακή διαδικασία, στην οποία η διοίκηση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Η διοίκηση δεν περιορίζεται στη διαχείριση πόρων και διαδικασιών, αλλά επηρεάζει άμεσα το περιβάλλον μέσα στο οποίο οι επαγγελματίες μαθαίνουν,

εξελίσσονται και αξιοποιούν τις δεξιότητές τους. Στην ψηφιακή εποχή, ο ρόλος αυτός αποκτά μια πρόσθετη σημασία, καθώς η ενσωμάτωση ψηφιακών τεχνολογιών και πληροφοριακών πρακτικών απαιτεί συντονισμένες στρατηγικές επιλογές.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία αντιμετωπίζεται ολοένα και περισσότερο ως στρατηγικός παράγοντας ποιότητας και βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει ότι η αποτελεσματική ηγεσία και η στρατηγική διοίκηση είναι απαραίτητες για τη δημιουργία συνθηκών που επιτρέπουν στο ανθρώπινο δυναμικό να αποδίδει στο μέγιστο των δυνατοτήτων του (WHO, 2016). Η θέση αυτή αναδεικνύει τη σύνδεση μεταξύ διοικητικών πρακτικών και επαγγελματικής ανάπτυξης.

Ένα από τα βασικά καθήκοντα της διοίκησης αφορά στη διαμόρφωση στρατηγικής για την ανάπτυξη δεξιοτήτων. Η στρατηγική αυτή περιλαμβάνει τον εντοπισμό αναγκών εκπαίδευσης, τον σχεδιασμό προγραμμάτων επιμόρφωσης και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους. Στον υγειονομικό τομέα, οι ανάγκες δεξιοτήτων μεταβάλλονται συνεχώς, λόγω επιστημονικών εξελίξεων, τεχνολογικών αλλαγών και μεταβολών στο προφίλ των ασθενών. Η διοίκηση καλείται να παρακολουθεί αυτές τις εξελίξεις και να προσαρμόζει ανάλογα τις πολιτικές ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού (Buchan and Dal Poz, 2002).

Ιδιαίτερη σημασία έχει ο ρόλος της διοίκησης στη δημιουργία κουλτούρας μάθησης. Η κουλτούρα αυτή χαρακτηρίζεται από ενθάρρυνση της αναζήτησης γνώσης, αποδοχή της μάθησης ως αναπόσπαστου μέρους της εργασίας και αναγνώριση της αξίας της πληροφορίας στη λήψη αποφάσεων. Έρευνες έχουν δείξει ότι οργανισμοί υγείας με ισχυρή κουλτούρα μάθησης είναι πιο αποτελεσματικοί στην ενσωμάτωση καινοτομιών και στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας (Ferlie et al., 2005). Η διοίκηση διαμορφώνει αυτή την κουλτούρα μέσα από πολιτικές, πρακτικές και συμβολικές ενέργειες.

Στο πλαίσιο της ψηφιακής εποχής, η διοίκηση έχει επίσης πρωταρχικό ρόλο στη στήριξη της ψηφιακής και πληροφοριακής παιδείας. Η εισαγωγή ψηφιακών συστημάτων χωρίς αντίστοιχη επένδυση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων μπορεί να

οδηγήσει σε αντίσταση, υπό χρησιμοποίηση ή λανθασμένη χρήση της τεχνολογίας. Η επιτυχία των ψηφιακών παρεμβάσεων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την υποστήριξη της διοίκησης και από τη συμμετοχή των χρηστών στη διαδικασία υλοποίησης (Ash et al., 2004). Η διοίκηση, επομένως, καλείται να λειτουργεί ως καταλύτης μάθησης και όχι απλώς ως ένας άλλος φορέας επιβολής αλλαγών.

Ένας ακόμη σημαντικός τομέας παρέμβασης της διοίκησης αφορά στη διαχείριση χρόνου και πόρων για μάθηση. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά αντιμετωπίζουν αυξημένο φόρτο εργασίας, γεγονός που περιορίζει τις δυνατότητες συμμετοχής σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Η διοίκηση μπορεί να μετριάσει αυτό το πρόβλημα μέσω της ενσωμάτωσης της μάθησης στην καθημερινή πρακτική, για παράδειγμα με τη δημιουργία χρόνου για κλινικές συζητήσεις, ομάδες αναστοχασμού και πρόσβαση σε ψηφιακούς πληροφοριακούς πόρους κατά τη διάρκεια της εργασίας (Lloyd, 2010). Τέτοιες πρακτικές ενισχύουν τη σύνδεση μεταξύ μάθησης και πράξης.

Η διοίκηση διαδραματίζει επίσης κρίσιμο ρόλο και στη διαχείριση αλλαγών. Ο υγειονομικός τομέας χαρακτηρίζεται από συνεχείς μεταρρυθμίσεις και εισαγωγή νέων τεχνολογιών, οι οποίες συχνά προκαλούν αβεβαιότητα και αντίσταση. Η αποτελεσματική ηγεσία μπορεί να διευκολύνει τη μετάβαση, παρέχοντας σαφή επικοινωνία, εκπαίδευση και υποστήριξη. Μελέτες έχουν δείξει ότι η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων αυξάνει την αποδοχή των αλλαγών και ενισχύει τη δέσμευση του προσωπικού (Davies, 2007).

Σε αυτό το πλαίσιο, η διοίκηση καλείται να αναγνωρίσει και να αξιοποιήσει τη γνώση που παράγεται εντός του οργανισμού. Οι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν συσσωρευμένη εμπειρική γνώση, η οποία συχνά παραμένει άτυπη και μη τεκμηριωμένη. Η διοίκηση μπορεί να ενισχύσει τη διάχυση αυτής της γνώσης μέσω δομών όπως ομάδες πρακτικής, εσωτερικά σεμινάρια και ψηφιακές πλατφόρμες ανταλλαγής πληροφοριών. Η προσέγγιση αυτή συνδέεται με την έννοια του οργανισμού μάθησης και ενισχύει την επαγγελματική ανάπτυξη σε συλλογικό επίπεδο (Ferlie et al., 2005).

Ιδιαίτερη διάσταση στον ρόλο της διοίκησης αποκτά η υποστήριξη της επαγγελματικής ευημερίας. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η δια βίου μάθηση δεν μπορούν να αποδώσουν σε περιβάλλοντα υψηλής επαγγελματικής εξουθένωσης. Η διοίκηση έχει ευθύνη να δημιουργεί συνθήκες που μειώνουν το άγχος, ενισχύουν την αίσθηση ελέγχου και αναγνωρίζουν την προσπάθεια των επαγγελματιών. Έρευνες έχουν δείξει ότι η υποστήριξη από τη διοίκηση συνδέεται με μειωμένα επίπεδα εξουθένωσης και συνεπώς αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση (Maslach and Leiter, 2016).

Στον υγειονομικό τομέα, ο ρόλος της διοίκησης είναι ιδιαίτερα χρήσιμος σε εξειδικευμένους οργανισμούς, όπως τα αντικαρκινικά νοσοκομεία. Οι οργανισμοί αυτοί απαιτούν υψηλό επίπεδο συντονισμού, συνεχή ενημέρωση και διαχείριση σύνθετων πληροφοριακών ροών. Η διοίκηση καλείται να διασφαλίσει ότι το ανθρώπινο δυναμικό διαθέτει όλα τα απαραίτητα εργαλεία, δεξιότητες και υποστήριξη για να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις. Η σύνδεση μεταξύ διοίκησης, πληροφοριακής παιδείας και ποιότητας φροντίδας καθίσταται εδώ ιδιαίτερα εμφανής.

Η διοίκηση λοιπόν διαδραματίζει αναμφισβήτητο κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα. Μέσα από τον στρατηγικό σχεδιασμό, τη δημιουργία κουλτούρας μάθησης, την υποστήριξη ψηφιακών και πληροφοριακών δεξιοτήτων και την φροντίδα της επαγγελματικής ευημερίας, η διοίκηση μπορεί να ενισχύσει τόσο την επαγγελματική ανάπτυξη όσο και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η επόμενη ενότητα εστιάζει στη σημασία της πληροφορίας στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, συνδέοντας τη διοικητική υποστήριξη με την καθημερινή κλινική πρακτική.

3.6 Σημασία της πληροφορίας στα χρόνια νοσήματα

Η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τα σύγχρονα συστήματα υγείας και συνδέεται άμεσα με τον ρόλο της πληροφορίας στην παροχή φροντίδας. Σε αντίθεση με τα οξεία νοσήματα, τα χρόνια νοσήματα

χαρακτηρίζονται από μακροχρόνια πορεία, πολυπλοκότητα αιτιών, επιπλοκών και ανάγκη συνεχούς παρακολούθησης, προσαρμογής θεραπείας και ενεργής συμμετοχής τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των ασθενών. Η πληροφορία έτσι δεν αποτελεί απλώς υποστηρικτικό στοιχείο της φροντίδας, αλλά βασικό δομικό συστατικό.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, τα χρόνια νοσήματα ορίζονται ως παθήσεις μακράς διάρκειας που απαιτούν συνεχή διαχείριση και συχνά συνδυασμό θεραπευτικών, προληπτικών και υποστηρικτικών παρεμβάσεων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει επισημάνει ότι η αυξανόμενη επιβάρυνση από χρόνια νοσήματα μεταβάλλει τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, μετατοπίζοντας το επίκεντρο από την αποσπασματική φροντίδα στη συνεχή και ολοκληρωμένη διαχείριση (WHO, 2014). Η μετατόπιση αυτή καθιστά την πληροφορία ως το κεντρικό εργαλείο συντονισμού και λήψης αποφάσεων.

Η σημασία της πληροφορίας στα χρόνια νοσήματα εκδηλώνεται, πρωτίστως, στη συνέχεια της φροντίδας. Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις έρχονται σε επαφή με πολλαπλές υπηρεσίες και επαγγελματίες υγείας σε βάθος χρόνου. Η ύπαρξη ακριβούς, επικαιροποιημένης και προσβάσιμης πληροφορίας είναι απαραίτητη για την αποφυγή λαθών, την πρόληψη επικαλύψεων και τη διασφάλιση συνεκτικής θεραπευτικής στρατηγικής. Η αποσπασματική ή ελλιπής πληροφορία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ποιότητα και την ασφάλεια της φροντίδας σε χρόνιες παθήσεις (Bodenheimer et al., 2002).

Παράλληλα, η πληροφορία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη λήψη κλινικών αποφάσεων. Η διαχείριση χρόνιων νοσημάτων βασίζεται σε κατευθυντήριες οδηγίες, κλινικά πρωτόκολλα και συνεχή αξιολόγηση της ανταπόκρισης του ασθενούς. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να ενσωματώνουν επιστημονική τεκμηρίωση με εξατομικευμένα δεδομένα, όπως συν νοσηρότητες, κοινωνικούς παράγοντες και προτιμήσεις του ασθενούς. Η διαδικασία αυτή απαιτεί υψηλό επίπεδο πληροφοριακής παιδείας, καθώς η πληροφορία είναι πολυεπίπεδη και συχνά αβέβαιη (Greenhalgh et al., 2014).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η πληροφορία και στη μακροχρόνια παρακολούθηση και αξιολόγηση της πορείας των χρόνιων νοσημάτων. Η συλλογή και η σωστή ανάλυση δεδομένων σε βάθος χρόνου επιτρέπει την έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών, την προσαρμογή θεραπευτικών παρεμβάσεων και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας. Τα ψηφιακά πληροφοριακά συστήματα μπορούν να υποστηρίξουν αυτή τη διαδικασία, ωστόσο η αξία τους εξαρτάται από την ικανότητα των επαγγελματιών να ερμηνεύουν σωστά τα δεδομένα και να τα εντάσσουν σε κλινικό πλαίσιο (Ash et al., 2004).

Στα χρόνια νοσήματα, η πληροφορία δεν αφορά αποκλειστικά τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς. Η ενδυνάμωση των ασθενών μέσω της πληροφόρησης έχει αναγνωριστεί ως βασική συνιστώσα μιας αποτελεσματικής διαχείρισης χρόνιων παθήσεων. Οι ασθενείς καλούνται να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων, να τηρούν θεραπευτικά σχήματα και να αναγνωρίζουν συμπτώματα ή αλλαγές στην κατάσταση της υγείας τους. Η ποιότητα της πληροφορίας που λαμβάνουν και η ικανότητά τους να την κατανοούν επηρεάζουν άμεσα την έκβαση της φροντίδας (Nutbeam, 2000).

Σε αυτό το σημείο είναι που αναδεικνύεται η αλληλεπίδραση μεταξύ εγγραμματοσύνης υγείας των ασθενών και πληροφοριακής παιδείας των επαγγελματιών. Οι επαγγελματίες υγείας λειτουργούν ως διαμεσολαβητές πληροφορίας, μεταφράζοντας επιστημονική γνώση σε κατανοητές οδηγίες και υποστηρίζοντας τους ασθενείς στην πλοήγηση σε ένα πολύπλοκο πληροφοριακό περιβάλλον. Οι επαγγελματίες με ανεπτυγμένες πληροφοριακές δεξιότητες είναι πιο ικανοί να αντιμετωπίζουν την παραπληροφόρηση και να ενισχύουν την εμπιστοσύνη των ασθενών (Epstein and Street, 2011).

Η σημασία της πληροφορίας στα χρόνια νοσήματα γίνεται ακόμη πιο εμφανής στον τομέα της ογκολογίας, όπου η ασθένεια συχνά αντιμετωπίζεται ως χρόνια κατάσταση με διαδοχικές φάσεις θεραπείας, ύφεσης και παρακολούθησης. Η ογκολογική φροντίδα απαιτεί συνεχή ενημέρωση για νέες θεραπευτικές επιλογές, κλινικές μελέτες και κατευθυντήριες οδηγίες. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αξιολογούν σύνθετη

και ταχέως εξελισσόμενη πληροφορία, γεγονός που καθιστά την πληροφοριακή παιδεία απαραίτητη δεξιότητα για τη διαχείριση της νόσου σε βάθος χρόνου (Bawden, 2008).

Επιπλέον, τα χρόνια νοσήματα συνδέονται με διεπιστημονική φροντίδα, όπου πολλοί επαγγελματίες συμβάλλουν στη διαχείριση του ασθενούς. Η αποτελεσματική συνεργασία προϋποθέτει κοινή κατανόηση της πληροφορίας, σαφή τεκμηρίωση και μηχανισμούς ανταλλαγής γνώσης. Η απουσία κοινών πληροφοριακών πλαισίων μπορεί να οδηγήσει σε ασυνέχειες και αναποτελεσματικότητα, ιδιαίτερα σε μακροχρόνια θεραπευτικά πρωτόκολλα (Ferlie et al., 2005).

Ένα ακόμη σημαντικό ζήτημα αφορά στην ποιότητα της πληροφορίας που χρησιμοποιείται για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων. Η διάδοση μη τεκμηριωμένων ή και παραπλανητικών πληροφοριών, ιδιαίτερα μέσω ψηφιακών μέσων, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις επιλογές ασθενών και επαγγελματιών. Η ικανότητα αξιολόγησης της αξιοπιστίας των πηγών και η κριτική προσέγγιση της πληροφορίας αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την ασφαλή φροντίδα (Bawden, 2008).

Τέλος, η πληροφορία στα χρόνια νοσήματα έχει και σαφή οργανωσιακή διάσταση. Τα δεδομένα που συλλέγονται από τη μακροχρόνια φροντίδα μπορούν να αξιοποιηθούν για τον σχεδιασμό υπηρεσιών, την αξιολόγηση πολιτικών υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών. Η αξιοποίηση αυτή προϋποθέτει ανθρώπινο δυναμικό ικανό να κατανοεί, να αναλύει και να ερμηνεύει πληροφορία σε συστημικό επίπεδο. Η ανάπτυξη πληροφοριακής παιδείας, επομένως, συμβάλλει όχι μόνο στην ατομική κλινική πρακτική, αλλά και στη συλλογική μάθηση του οργανισμού.

Η πληροφορία συνεπώς αποτελεί κεντρικό άξονα της διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων και επηρεάζει καθοριστικά την ποιότητα, τη συνέχεια και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας. Η ικανότητα αξιοποίησης της πληροφορίας από επαγγελματίες και ασθενείς συνδέεται άμεσα με την πληροφοριακή παιδεία και τις ψηφιακές δεξιότητες. Παρακάτω ακολουθεί μια ανάλυση που εστιάζει στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο» ως οργανισμό υγείας, συνδέοντας τις θεωρητικές και

εννοιολογικές προσεγγίσεις με το συγκεκριμένο οργανωσιακό πλαίσιο της παρούσας έρευνας.

3.7 Το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο ως οργανισμός υγείας

Το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο, όπως προαναφέρθηκε, αποτελεί έναν εξειδικευμένο οργανισμό υγείας με ιδιαίτερο ρόλο στο ελληνικό σύστημα υγείας, καθώς επικεντρώνεται στη διάγνωση, θεραπεία και μακροχρόνια παρακολούθηση ογκολογικών ασθενών. Η φύση της ογκολογικής φροντίδας, η οποία χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό επιστημονικής εξειδίκευσης, διαρκή εξέλιξη γνώσης και αυξημένες πληροφοριακές απαιτήσεις, καθιστά το Θεαγένειο ιδιαίτερα πρόσφορο πεδίο μελέτης για την αξιολόγηση της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας του ανθρώπινου δυναμικού.

Ως οργανισμός υγείας, το Θεαγένειο εντάσσεται στο δημόσιο σύστημα υγείας και λειτουργεί εντός συγκεκριμένου θεσμικού, διοικητικού και κανονιστικού πλαισίου. Παράλληλα, λόγω της εξειδίκευσής του, αντιμετωπίζει απαιτήσεις που υπερβαίνουν εκείνες ενός γενικού νοσοκομείου. Η ογκολογική φροντίδα βασίζεται σε σύνθετες θεραπευτικές αποφάσεις, διεπιστημονική συνεργασία και συνεχή επικαιροποίηση κλινικών πρωτοκόλλων, στοιχεία που ενισχύουν τη σημασία της πληροφορίας και της ικανότητας διαχείρισής της.

Η οργανωσιακή δομή ενός αντικαρκινικού νοσοκομείου χαρακτηρίζεται έτσι από έντονη διεπιστημονικότητα. Ιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί, ακτινοθεραπευτές, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό συνεργάζονται για την παροχή μιας ολοκληρωμένης φροντίδας. Η αποτελεσματικότητα αυτής της συνεργασίας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα της πληροφορίας που διακινείται εντός του οργανισμού και συνάμα από την ικανότητα του προσωπικού να την κατανοεί, να την αξιολογεί και να τη χρησιμοποιεί κατάλληλα. Όπως έχει επισημανθεί, οι οργανισμοί υγείας υψηλής εξειδίκευσης λειτουργούν ως οργανισμοί

έντασης γνώσης, όπου η πληροφορία αποτελεί βασικό παραγωγικό πόρο (Ferlie et al., 2005).

Στο πλαίσιο της ογκολογίας, η πληροφορία έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς οι θεραπευτικές επιλογές επηρεάζονται από συνεχώς ανανεούμενα επιστημονικά δεδομένα, όπως νέες κλινικές μελέτες, στοχευμένες θεραπείες και κατευθυντήριες οδηγίες. Οι επαγγελματίες υγείας του Θεαγενείου καλούνται λοιπόν να ενσωματώνουν αυτές τις πληροφορίες στην καθημερινή πρακτική, συχνά υπό χρονική πίεση, με αυξημένη ευθύνη. Η ικανότητα αυτή σίγουρα δεν εξαρτάται μόνο από την επιστημονική τους κατάρτιση, αλλά κυρίως και από το επίπεδο της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας που διαθέτουν (Greenhalgh et al., 2014).

Το Θεαγένειο, όπως και τα περισσότερα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, λειτουργεί σε ένα περιβάλλον όπου οι ψηφιακές υποδομές αναπτύσσονται σταδιακά. Η χρήση πληροφοριακών συστημάτων, ηλεκτρονικών φακέλων και ψηφιακών εφαρμογών υποστηρίζει τη διαχείριση ασθενών και δεδομένων, ωστόσο η αποτελεσματικότητα αυτών των εργαλείων εξαρτάται από την ικανότητα του ανθρώπινου δυναμικού να τα αξιοποιεί ουσιαστικά. Η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι η τεχνολογία από μόνη της δε βελτιώνει την ποιότητα φροντίδας, αν δε συνοδεύεται από ανάπτυξη πληροφοριακών δεξιοτήτων και κουλτούρα τεκμηριωμένης πρακτικής (Ash et al., 2004).

Ως οργανισμός υγείας που εξυπηρετεί κυρίως ασθενείς με χρόνια και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα, το Θεαγένειο αντιμετωπίζει αυξημένες απαιτήσεις συνέχειας φροντίδας και μακροχρόνιας διαχείρισης. Η πληροφορία για την πορεία της νόσου, τις παρενέργειες, τις προηγούμενες θεραπείες και τις προτιμήσεις του ασθενούς πρέπει να είναι διαθέσιμη, ακριβής και κατανοητή από όλους τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες. Η ποιότητα αυτής της πληροφοριακής ροής επηρεάζει άμεσα την ασφάλεια των ασθενών και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας (Bodenheimer et al., 2002).

Ιδιαίτερη σημασία έχει επίσης ο ρόλος του Θεαγενείου ως χώρου μάθησης και επαγγελματικής ανάπτυξης. Τα αντικαρκινικά νοσοκομεία συχνά λειτουργούν ως κέντρα αναφοράς, συμμετέχοντας σε ερευνητικές δραστηριότητες, κλινικές μελέτες

και εκπαιδευτικά προγράμματα. Η συμμετοχή σε τέτοιες δραστηριότητες προϋποθέτει την ικανότητα αναζήτησης, αξιολόγησης και διαχείρισης μιας επιστημονικής πληροφορίας. Η ανάπτυξη ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας, επομένως, συνδέεται άμεσα με τη δυνατότητα του οργανισμού να παραμένει επιστημονικά ενεργός και ανταγωνιστικός (Brettle, 2007).

Από οργανωσιακή σκοπιά, το Θεαγένειο καλείται να ισορροπήσει μεταξύ κλινικών απαιτήσεων, διοικητικών περιορισμών και στρατηγικών στόχων. Η διοίκηση του νοσοκομείου διαδραματίζει καίριο ρόλο στη διαμόρφωση πολιτικών ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού και στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που υποστηρίζει τη μάθηση και την πληροφοριακή επάρκεια. Όπως αναλύθηκε προηγουμένως, η διοικητική υποστήριξη είναι καθοριστική για την ενσωμάτωση των ψηφιακών πρακτικών και επομένως την ενίσχυση της επαγγελματικής ανάπτυξης (WHO, 2016).

Η επιλογή του Θεαγενείου ως πεδίου μελέτης στην παρούσα εργασία, δεν είναι τυχαία. Αντιθέτως, αντανakλά τη συνάντηση πολλών διαφορετικών και ουσιαστικών παραμέτρων. Εξειδίκευση, υψηλές πληροφοριακές απαιτήσεις, ψηφιακό μετασχηματισμό και ανάγκη συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης είναι μερικές από αυτές. Το νοσοκομείο αυτό αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός οργανισμού υγείας όπου η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να επηρεάσει άμεσα την ποιότητα των υπηρεσιών και την εμπειρία των ασθενών.

Επιπλέον, το Θεαγένειο λειτουργεί σε ένα ευρύτερο ελληνικό και ευρωπαϊκό πλαίσιο πολιτικών ψηφιακής υγείας, γεγονός που επιτρέπει τη σύνδεση της οργανωσιακής ανάλυσης με τις στρατηγικές που αναπτύχθηκαν στο Κεφάλαιο 2. Η αξιολόγηση της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας του προσωπικού μπορεί να προσφέρει χρήσιμα δεδομένα όχι μόνο για τον ίδιο τον οργανισμό, αλλά και για τη χάραξη νέων πολιτικών σε επίπεδο συστήματος υγείας. Συνοψίζοντας, το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Θεαγένειο αποτελεί έναν σύνθετο και εξαιρετικά απαιτητικό οργανισμό υγείας, όπου η πληροφορία και η ορθή διαχείρισή της βρίσκονται στον πυρήνα της λειτουργίας του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη εντάσσεται στο ευρύτερο πεδίο διερεύνησης της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας στον χώρο της υγείας, με επίκεντρο το ανθρώπινο δυναμικό ενός εξειδικευμένου νοσοκομειακού οργανισμού. Πιο συγκεκριμένα, επιδιώκει να αποτυπώσει και να αναλύσει το επίπεδο ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας των εργαζομένων του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο», λαμβάνοντας υπόψη τόσο τα ατομικά χαρακτηριστικά τους, όσο και τις συνθήκες μέσα στις οποίες καλούνται να διαχειριστούν την πληροφορία στην καθημερινή τους πρακτική.

Η επιλογή του συγκεκριμένου σκοπού προκύπτει από τη διαπίστωση ότι η πληροφορία, και ιδιαίτερα η ψηφιακή πληροφορία, αποτελεί πλέον αναπόσπαστο στοιχείο της παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας δεν καλούνται μόνο να εφαρμόζουν γνώσεις που απέκτησαν κατά την εκπαίδευσή τους, αλλά να αναζητούν, να αξιολογούν και να ενσωματώνουν συνεχώς νέα δεδομένα, σε ένα περιβάλλον όπου η επιστημονική γνώση εξελίσσεται με ταχύ ρυθμό (Greenhalgh et al., 2014). Σε αυτό το πλαίσιο, η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία δεν αφορά μόνο τεχνικές δεξιότητες, αλλά και τρόπους σκέψης και λήψης αποφάσεων.

Η μελέτη επιδιώκει, επομένως, να προσεγγίσει την ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο περιλαμβάνει, την ικανότητα εντοπισμού πληροφορίας, την αξιολόγηση της αξιοπιστίας των πηγών, την κατανόηση του περιεχομένου και την εφαρμογή της πληροφορίας στην πράξη. Οι διαστάσεις αυτές έχουν αναγνωριστεί στη διεθνή βιβλιογραφία ως βασικές συνιστώσες της πληροφοριακής και ψηφιακής επάρκειας, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα υψηλής εξειδίκευσης όπως η υγεία (Bawden, 2008).

Ο σκοπός της έρευνας δεν διαμορφώνεται απομονωμένα, αλλά προκύπτει ως φυσική συνέχεια της θεωρητικής και εννοιολογικής ανάλυσης που προηγήθηκε. Στο Κεφάλαιο 1 αναλύθηκαν οι βασικές έννοιες της πληροφοριακής παιδείας, της ψηφιακής

ικανότητας και της εγγραμματοσύνης υγείας, ενώ στο Κεφάλαιο 2 εξετάστηκε το θεσμικό και οργανωσιακό πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργούν οι υπηρεσίες υγείας.

Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να μεταφέρει αυτές τις θεωρητικές προσεγγίσεις στο επίπεδο της εμπειρικής διερεύνησης, εξετάζοντας πώς αποτυπώνονται στην πράξη μέσα σε έναν συγκεκριμένο οργανισμό. Με άλλα λόγια, ο σκοπός της έρευνας λειτουργεί ως γέφυρα μεταξύ θεωρίας και εμπειρικών δεδομένων, επιτρέποντας την αξιολόγηση της εφαρμογής των εννοιών που αναλύθηκαν προηγουμένως.

4.1.1 Ειδικότεροι στόχοι της έρευνας

Πέρα από το γενικό σκοπό, η έρευνα διαμορφώνει ένα σύνολο επιμέρους στόχων που επιτρέπουν την πιο συστηματική διερεύνηση του φαινομένου. Οι στόχοι αυτοί περιλαμβάνουν:

1. Την αποτύπωση του επιπέδου ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας των εργαζομένων
2. Τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση) και επιπέδου δεξιοτήτων
3. Την ανάλυση της πληροφοριακής συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας
4. Τον εντοπισμό των πηγών πληροφόρησης που χρησιμοποιούνται συχνότερα
5. Τη διερεύνηση των εμποδίων που επηρεάζουν την αναζήτηση και αξιοποίηση πληροφορίας
6. Την εκτίμηση της αντιλαμβανόμενης ικανότητας χρήσης ψηφιακών πηγών υγείας

Η διατύπωση αυτών των στόχων βασίζεται σε διεθνείς μελέτες που δείχνουν ότι η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία επηρεάζεται από συνδυασμό παραγόντων, τόσο ατομικών όσο και οργανωσιακών (Norman and Skinner, 2006; Lloyd, 2010).

4.1.2 Ερευνητική προσέγγιση και επιλογή του ερευνητικού πεδίου

Η μελέτη υιοθετεί ποσοτική ερευνητική προσέγγιση, με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Η επιλογή της ποσοτικής μεθόδου συνδέεται με την ανάγκη μέτρησης του επιπέδου δεξιοτήτων και τη διερεύνηση σχέσεων μεταξύ μεταβλητών σε μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων.

Σύμφωνα με τη μεθοδολογική βιβλιογραφία, οι ποσοτικές προσεγγίσεις είναι κατάλληλες όταν ο ερευνητής επιδιώκει τη μέτρηση χαρακτηριστικών, τη σύγκριση ομάδων ή/και τον εντοπισμό στατιστικών συσχετίσεων (Bryman, 2016). Στην προκειμένη περίπτωση, η χρήση ερωτηματολογίου επιτρέπει την τυποποιημένη συλλογή δεδομένων και τη δυνατότητα εφαρμογής στατιστικών τεχνικών, οι οποίες συμβάλλουν στην αντικειμενική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Η διεξαγωγή της έρευνας σε ένα αντικαρκινικό νοσοκομείο προσδίδει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη μελέτη. Η ογκολογική φροντίδα χαρακτηρίζεται από υψηλή πολυπλοκότητα, ανάγκη συνεχούς ενημέρωσης και συχνή χρήση επιστημονικής πληροφορίας. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να λαμβάνουν αποφάσεις βασισμένες σε δεδομένα που μεταβάλλονται διαρκώς, γεγονός που καθιστά την πληροφοριακή επάρκεια ιδιαίτερα σημαντική.

Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι σε τέτοια περιβάλλοντα, η ικανότητα διαχείρισης πληροφορίας συνδέεται άμεσα με την ποιότητα της φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών (Bodenheimer et al., 2002). Η επιλογή του συγκεκριμένου οργανισμού επιτρέπει, επομένως, την εξέταση της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας σε ένα απαιτητικό και ρεαλιστικό πλαίσιο.

4.1.3 Αναμενόμενη συμβολή της έρευνας

Η παρούσα μελέτη φιλοδοξεί να συμβάλει τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Σε θεωρητικό επίπεδο, προσφέρει δεδομένα σχετικά με την εφαρμογή της

έννοιας της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας σε έναν συγκεκριμένο επαγγελματικό χώρο. Σε πρακτικό επίπεδο, τα αποτελέσματα μπορούν να αξιοποιηθούν είτε για τον σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων, είτε για τη βελτίωση των πληροφοριακών υπηρεσιών, είτε για την ενίσχυση της επαγγελματικής ανάπτυξης του προσωπικού. Η σύνδεση της έρευνας με πραγματικές ανάγκες του οργανισμού ενισχύει τη χρησιμότητά της και επιτρέπει τη μετατροπή των ευρημάτων σε εφαρμοσμένες παρεμβάσεις.

4.1.4 Περιορισμοί

Παρότι ο σκοπός της έρευνας είναι σαφώς προσδιορισμένος, υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί που θα πρέπει να αναφερθούν και να ληφθούν υπόψη. Η εστίαση σε έναν μόνο οργανισμό σημαίνει ότι τα αποτελέσματα δε μπορούν να γενικευτούν αυτόματα σε άλλους χώρους υγείας. Επιπλέον, η χρήση αυτοαναφερόμενων δεδομένων ενδέχεται να επηρεάζεται από την αντίληψη των συμμετεχόντων για τις δεξιότητές τους.

Η αναγνώριση αυτών των περιορισμών δε μειώνει την αξία της έρευνας, αλλά συμβάλλει στην πιο ρεαλιστική ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στην αποφυγή υπεραπλουστεύσεων (Polit and Beck, 2012:).

4.2 Πληθυσμός υπό μελέτη

Η επιλογή του πληθυσμού σε μία εμπειρική μελέτη στο χώρο της υγείας δεν αποτελεί απλώς μία διαδικαστική απόφαση, αλλά συνδέεται άμεσα με την ερμηνεία και τη δυνατότητα αξιοποίησης των αποτελεσμάτων. Στην παρούσα έρευνα, ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελείται από το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο», το οποίο περιλαμβάνει διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες με διακριτούς ρόλους και επίπεδα εμπλοκής με την πληροφορία.

Συγκεκριμένα, στην έρευνα συμμετείχε δείγμα 179 εργαζομένων του Θεαγενείου Νοσοκομείου, από τις κάτωθι επαγγελματικές κατηγορίες των 382, συνολικά, εργαζομένων:

- ιατρικό προσωπικό (24 άτομα από συνολικά 82)
- νοσηλευτικό προσωπικό (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) (113 άτομα από συνολικά 202)
- παραϊατρικό προσωπικό /διοικητικό προσωπικό /τεχνικό προσωπικό (42 άτομα από συνολικά 98)

Η επιλογή αυτής της πολυεπαγγελματικής σύνθεσης δεν είναι τυχαία. Αντιθέτως, αντανakλά τη σύγχρονη πραγματικότητα των οργανισμών υγείας, όπου η πληροφορία διακινείται οριζόντια και επηρεάζει όχι μόνο την κλινική πράξη αλλά και τη διοικητική λειτουργία, την τεχνική υποστήριξη και την εξυπηρέτηση των ασθενών. Η βιβλιογραφία επισημαίνει ότι η πληροφοριακή συμπεριφορά και οι ψηφιακές δεξιότητες διαφέρουν σημαντικά μεταξύ επαγγελματικών ομάδων, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη διερεύνηση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού (Davies, 2007).

Η ένταξη πολλαπλών επαγγελματικών κατηγοριών επιτρέπει τη σύγκριση μεταξύ ομάδων και τη διερεύνηση διαφορών που σχετίζονται με το επίπεδο εκπαίδευσης, τη φύση των καθηκόντων, την έκθεση σε ψηφιακά εργαλεία και τη συχνότητα χρήσης της επιστημονικής πληροφορίας. Αυτές οι διαφοροποιήσεις επηρεάζουν την ανάπτυξη της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας και καθιστούν απαραίτητη την ολιστική προσέγγιση του πληθυσμού.

4.2.1 Μέγεθος δείγματος και διαδικασία δειγματοληψίας

Στο πλαίσιο της έρευνας διανεμήθηκαν 250 ερωτηματολόγια. Το μέγεθος αυτό θεωρείται ικανοποιητικό για την εφαρμογή βασικών στατιστικών τεχνικών και τη

διερεύνηση σχέσεων μεταξύ μεταβλητών σε επίπεδο οργανισμού. Από αυτά επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 179 (ποσοστό ανταπόκρισης δείγματος 71,6.%)

Η επιλογή των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling). Πρόκειται για μία πρακτική προσέγγιση, ιδιαίτερα διαδεδομένη σε μελέτες που διεξάγονται σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα, όπου υπάρχουν περιορισμοί πρόσβασης, χρόνου και διαθεσιμότητας προσωπικού (Etikan et al., 2016).

Η συγκεκριμένη μέθοδος βασίζεται στη συμμετοχή εργαζομένων που είναι διαθέσιμοι και πρόθυμοι να λάβουν μέρος στην έρευνα κατά τη διάρκεια της συλλογής δεδομένων. Αν και δεν επιτρέπει πλήρη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο συνολικό πληθυσμό, προσφέρει τη δυνατότητα συλλογής δεδομένων σε πραγματικές συνθήκες εργασίας και θεωρείται κατάλληλη για διερευνητικού χαρακτήρα μελέτες (Polit and Beck, 2012).

4.2.2 Χρονικό πλαίσιο και διαδικασία συλλογής

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε χρονικό διάστημα περίπου δύο μηνών, όπως ορίζεται στο πρωτόκολλο δηλαδή από το Δεκέμβριο 2025 μέχρι τα τέλη Ιανουαρίου 2026. Το χρονικό αυτό διάστημα θεωρείται επαρκές ώστε να διασφαλιστεί η συμμετοχή εργαζομένων από διαφορετικά τμήματα και βάρδιες, καθώς και τις κατηγορίες προσωπικού, μειώνοντας τον κίνδυνο συστηματικής μεροληψίας.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε έντυπη μορφή, μέσα σε κλειστούς φακέλους, και θα συλλεχθούν με τον ίδιο τρόπο, ώστε να διασφαλιστεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Η χρήση έντυπου ερωτηματολογίου, παρότι μπορεί να φαίνεται λιγότερο σύγχρονη σε σχέση με ψηφιακές μεθόδους, επιλέγεται συχνά σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα, καθώς διευκολύνει τη συμμετοχή εργαζομένων με περιορισμένη πρόσβαση σε υπολογιστές, μειώνει την επιφυλακτικότητα απέναντι σε ψηφιακή καταγραφή δεδομένων και επιτρέπει καλύτερο έλεγχο της διαδικασίας διανομής. Η διαδικασία συλλογής σχεδιάστηκε με τρόπο που να εξασφαλίζει όσο το

δυνατόν μεγαλύτερη συμμετοχή, χωρίς να επηρεάζεται η καθημερινή λειτουργία των υπηρεσιών.

4.2.3 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

Στην έρευνα συμμετείχαν εργαζόμενοι που απασχολούνται στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της περιόδου συλλογής δεδομένων, ανήκουν σε μία από τις καθορισμένες επαγγελματικές κατηγορίες και αποδέχονται εθελοντικά τη συμμετοχή τους. Δεν τίθενται αυστηρά κριτήρια αποκλεισμού, ωστόσο εργαζόμενοι που απουσιάζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν είναι δυνατό να συμπεριληφθούν. Η επιλογή ευρύτερων κριτηρίων ένταξης ενισχύει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και επιτρέπει την αποτύπωση της πραγματικής εικόνας του οργανισμού.

4.2.4 Ιδιαιτερότητες του πληθυσμού σε αντικαρκινικό νοσοκομείο

Ο πληθυσμός ενός αντικαρκινικού νοσοκομείου παρουσιάζει ορισμένες ιδιαιτερότητες που επηρεάζουν την πληροφοριακή συμπεριφορά και τις ψηφιακές δεξιότητες. Η καθημερινή επαφή με σύνθετα περιστατικά, η ανάγκη συνεχούς ενημέρωσης και η συμμετοχή σε διεπιστημονικές ομάδες δημιουργούν ένα περιβάλλον όπου η πληροφορία αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της εργασίας.

Η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι επαγγελματίες υγείας σε εξειδικευμένα νοσοκομεία αναπτύσσουν διαφορετικά μοτίβα αναζήτησης πληροφορίας σε σχέση με εκείνους που εργάζονται σε γενικά νοσοκομεία (Kostagiolas et al., 2014). Αυτό σχετίζεται με την ανάγκη πρόσβασης σε πιο εξειδικευμένες πηγές, την αυξημένη συχνότητα λήψης αποφάσεων και τη μεγαλύτερη έκθεση σε ερευνητικά δεδομένα. Παράλληλα, η ένταση εργασίας και ο περιορισμένος χρόνος μπορούν να λειτουργήσουν αποτρεπτικά στην αναζήτηση πληροφορίας, οδηγώντας σε επιλογή ταχύτερων αλλά όχι πάντα αξιόπιστων πηγών (McKnight, 2006).

4.2.5 Πιθανές πηγές μεροληψίας

Όπως σε κάθε εμπειρική έρευνα, υπάρχουν παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάσουν τα αποτελέσματα. Στην παρούσα μελέτη, οι σημαντικότεροι είναι:

- Μεροληψία αυτοεπιλογής (self-selection bias): άτομα με μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την τεχνολογία είναι πιθανότερο να συμμετάσχουν
- Μεροληψία κοινωνικής επιθυμητότητας: οι συμμετέχοντες μπορεί να υπερεκτιμήσουν τις δεξιότητές τους
- Περιορισμός γενίκευσης: τα αποτελέσματα αφορούν συγκεκριμένο οργανισμό

Η αναγνώριση αυτών των περιορισμών είναι απαραίτητη για την ορθή ερμηνεία των ευρημάτων και αποτελεί βασική αρχή της επιστημονικής μεθοδολογίας (Bryman, 2016).

4.3 Ερωτηματολόγιο και μεταβλητές υπό μελέτη

Η επιλογή του ερευνητικού εργαλείου σε μία ποσοτική μελέτη αποτελεί καθοριστικό σημείο, καθώς επηρεάζει τόσο την ποιότητα των δεδομένων όσο και τη δυνατότητα εξαγωγής αξιόπιστων συμπερασμάτων. Στην παρούσα έρευνα, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιείται μέσω δομημένου ερωτηματολογίου συνολικά 57 ερωτήσεων, το οποίο σχεδιάστηκε με τρόπο ώστε να αποτυπώνει διαφορετικές διαστάσεις της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας, συνδυάζοντας στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία και προσαρμοσμένες ενότητες που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του συγκεκριμένου οργανωσιακού πλαισίου.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει συνολικά 57 ερωτήσεις και αποτελείται από τρεις βασικές ενότητες:

A. Η πρώτη ομάδα ερωτήσεων (12 ερωτήσεις) περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα κοινωνικο δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία, με ερωτήσεις όπως για το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο σπουδών, τυχόν σπουδές μετά το πτυχίο, τα έτη υπηρεσίας, την επαγγελματική θέση που κατέχουν στο νοσοκομείο, και τον τομέα εργασίας

Οι μεταβλητές αυτές λειτουργούν ως ανεξάρτητες μεταβλητές, καθώς χρησιμοποιούνται για τη διερεύνηση πιθανών διαφορών στο επίπεδο ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας μεταξύ ομάδων. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι παράγοντες όπως η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζονται με την εξοικείωση με τις ψηφιακές τεχνολογίες και την ικανότητα διαχείρισης πληροφορίας (Deursen, & Van Dijk, 2014). Η ένταξη αυτών των μεταβλητών επιτρέπει την ανάλυση διαφοροποιήσεων εντός του οργανισμού, προσφέροντας μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης.

B. Η δεύτερη ομάδα ερωτήσεων (ερωτηματολόγιο Πληροφοριακής Παιδείας Wilson), αποτελείται από 34 ερωτήσεις που διερευνούν τους παράγοντες που επηρεάζουν το μοντέλο πληροφοριακής συμπεριφοράς/παιδείας του Wilson (2006) το οποίο εγκυροποιήθηκε στα ελληνικά από τους Κωσταγιόλα Π. & Αλεξιά Γ. (2011). Οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμιας κλίμακας Likert (1=Ποτέ, 2=Πολύ Σπάνια, 3=Μερικές Φορές, 4=Συχνά, 5=Πολύ Συχνά). Σύμφωνα με την παραγοντική ανάλυση στη διπλωματική εργασία του Λαγούδη (2016), μόνο οι 20 ερωτήσεις αξιοποιούνται στη συγκρότηση 6 συνολικά παραγόντων. Οι παράγοντες που ερευνά είναι:

- i. Τις «ανάγκες πληροφόρησης» με τέσσερεις (4) ερωτήσεις και τις «Ανάγκες σχετιζόμενες με την ανάπτυξη» (5 ερωτήσεις) κάτω από τον τίτλο «Ως εργαζόμενος στη μονάδα υγείας πόσο συχνά αναζητάτε πληροφορίες για τα ακόλουθα».
- ii. Τις «ηλεκτρονικές πηγές πληροφόρησης» (4 ερωτήσεις) και τις «διαπροσωπικές πηγές πληροφόρησης» (3 ερωτήσεις) κάτω από τον τίτλο «Ως εργαζόμενος στη μονάδα υγείας πόσο συχνά αναζητάτε πληροφορίες στις ακόλουθες πηγές πληροφόρησης».
- iii. Τέλος τα «καταστατικά εμπόδια στην πληροφόρηση» με τρεις (3) ερωτήσεις και τα «Προσωπικά εμπόδια πληροφόρησης» (4 ερωτήσεις) κάτω από τον τίτλο «Πόσο

συχνά κατά την αναζήτηση πληροφοριών στο χώρο εργασίας σας αποτελεί εμπόδιο».

Γ. Η τρίτη ομάδα ερωτήσεων (11 ερωτήσεις) περιλαμβάνει την κλίμακα ψηφιακής υγειονομικής πληροφοριακής παιδείας, eHEALs (8 παραμέτρων) των Cameron D., Norman, & Harvey A., Skinner (2006), που μετράει τις αντιληπτές δεξιότητες των ερωτώμενων στην εύρεση, αξιολόγηση και εφαρμογή ηλεκτρονικών πληροφοριών για προβλήματα υγείας. Η κλίμακα περιλαμβάνει ερωτήματα που σχετίζονται με:

- την ικανότητα εντοπισμού πληροφοριών στο διαδίκτυο
- την αξιολόγηση της αξιοπιστίας των πηγών
- την κατανόηση του περιεχομένου
- την εφαρμογή της πληροφορίας στη λήψη αποφάσεων

Οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν τον βαθμό συμφωνίας τους με συγκεκριμένες δηλώσεις, χρησιμοποιώντας κλίμακα Likert πέντε βαθμών. Η eHEALS έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε διεθνείς μελέτες και θεωρείται κατάλληλο εργαλείο για τη μέτρηση της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας, ιδιαίτερα όταν στόχος είναι η αποτύπωση της αντιλαμβανόμενης επάρκειας (Norman and Skinner, 2006:). Παρότι βασίζεται στην αυτοαξιολόγηση, παρέχει χρήσιμες ενδείξεις για την αυτοπεποίθηση των συμμετεχόντων και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τις δεξιότητές τους.

4.3.1 Κατηγοριοποίηση μεταβλητών

Οι μεταβλητές της έρευνας μπορούν να διακριθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες:

Ανεξάρτητες μεταβλητές

- δημογραφικά χαρακτηριστικά
- επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Εξαρτημένες μεταβλητές

- επίπεδο ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας
- επίπεδο eHealth literacy

Ενδιάμεσες μεταβλητές

- πληροφοριακή συμπεριφορά
- συχνότητα χρήσης πηγών
- εμπόδια πρόσβασης

Η κατηγοριοποίηση αυτή επιτρέπει τη διερεύνηση σχέσεων μεταξύ μεταβλητών και τη διατύπωση συμπερασμάτων σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία.

4.4. Διαδικασία αδειοδότησης

Για την υλοποίηση της έρευνας απαιτείται η έγκριση από το αρμόδιο θεσμικό όργανο του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο», το Επιστημονικό Συμβούλιο. Η διαδικασία αυτή περιελάμβανε την υποβολή αναλυτικού ερευνητικού πρωτοκόλλου, στο οποίο περιγράφονται:

- ο σκοπός της μελέτης
- η μεθοδολογία
- ο τρόπος συλλογής δεδομένων
- τα μέτρα προστασίας των συμμετεχόντων

Σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο, η έρευνα διεξήχθη μετά την επίσημη έγκριση, γεγονός που διασφαλίζει ότι πληρούνται οι απαιτούμενες προδιαγραφές (Επισυνάπτεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II) . Η αδειοδότηση δεν αποτελεί απλώς τυπική διαδικασία, αλλά λειτουργεί ως μηχανισμός ελέγχου της ποιότητας και της ηθικής διάστασης της έρευνας (World Medical Association, 2013).

4.4.1 Εθελοντική συμμετοχή και ενημερωμένη συγκατάθεση

Η συμμετοχή των εργαζομένων στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική. Κανένας εργαζόμενος δεν υποχρεούται να συμμετάσχει, ούτε υφίσταται οποιαδήποτε συνέπεια σε περίπτωση άρνησης ή αποχώρησης από τη διαδικασία. Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες ενημερώνονται μέσω συνοδευτικού σημειώματος για:

- το σκοπό της έρευνας
- τον τρόπο χρήσης των δεδομένων
- τη διάρκεια συμμετοχής
- το δικαίωμα αποχώρησης

Η ενημερωμένη συγκατάθεση αποτελεί βασική αρχή της ερευνητικής δεοντολογίας και διασφαλίζει ότι οι συμμετέχοντες λαμβάνουν αποφάσεις με πλήρη επίγνωση (Beauchamp and Childress, 2013).

4.4.2 Ανωνυμία και εμπιστευτικότητα

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην προστασία της ταυτότητας των συμμετεχόντων. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιλαμβάνουν στοιχεία που να επιτρέπουν την αναγνώριση των συμμετεχόντων, όπως ονοματεπώνυμο ή αριθμό μητρώου. Η ανωνυμία συμβάλλει στη μείωση της επιφυλακτικότητας των συμμετεχόντων, στην ενίσχυση της ειλικρίνειας των απαντήσεων και στην αποφυγή πιθανών επιπτώσεων στον εργασιακό χώρο.

Παράλληλα, τα δεδομένα που συλλέγονται χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και δεν κοινοποιούνται σε τρίτους. Η έννοια της εμπιστευτικότητας αποτελεί βασικό στοιχείο της ερευνητικής πρακτικής, ιδιαίτερα σε

περιβάλλοντα όπου οι πληροφορίες μπορεί να σχετίζονται με επαγγελματικές αξιολογήσεις (Polit and Beck, 2012). Μελέτες, άλλωστε έχουν δείξει ότι οι συμμετέχοντες είναι πιο πρόθυμοι να δώσουν ακριβείς απαντήσεις όταν αισθάνονται ότι τα δεδομένα τους προστατεύονται (Orb et al., 2001).

4.4.3 Διαχείριση, αποθήκευση δεδομένων και προστασία προσωπικών δεδομένων

Τα δεδομένα της έρευνας αποθηκεύονται με τρόπο που διασφαλίζει την προστασία τους από μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση καθώς τα έντυπα ερωτηματολόγια φυλάσσονται σε ασφαλή χώρο, τα ηλεκτρονικά δεδομένα προστατεύονται με κωδικό πρόσβασης και η πρόσβαση περιορίζεται αυστηρά στον ερευνητή. Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας, τα δεδομένα διατηρούνται για το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας και στη συνέχεια καταστρέφονται. Η σωστή διαχείριση δεδομένων αποτελεί βασική αρχή καλής ερευνητικής πρακτικής και συνδέεται με την προστασία της ιδιωτικότητας (General Data Protection Regulation – GDPR, 2016).

Η έρευνα λοιπόν συμμορφώνεται με το ευρωπαϊκό πλαίσιο προστασίας προσωπικών δεδομένων (GDPR), το οποίο θέτει συγκεκριμένες απαιτήσεις για τη συλλογή και επεξεργασία πληροφοριών που αφορούν φυσικά πρόσωπα. Στην παρούσα μελέτη δε συλλέγονται ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, δε γίνεται καταγραφή στοιχείων ταυτότητας και τα δεδομένα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για επιστημονικούς σκοπούς. Η συμμόρφωση με το GDPR διασφαλίζει ότι η έρευνα πραγματοποιείται με σεβασμό στα δικαιώματα των συμμετεχόντων και ενισχύει τη νομιμότητα της διαδικασίας (Voigt and von dem Bussche, 2017).

4.5. Αξιοπιστία και εγκυρότητα του εργαλείου

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου εξετάζεται μέσω του δείκτη Cronbach's alpha, ο οποίος μετρά την εσωτερική συνοχή των ερωτήσεων. Στην παρούσα έρευνα, ο δείκτης ανέρχεται σε 0,851, τιμή που θεωρείται ιδιαίτερα υψηλή και υποδηλώνει ότι τα ερωτήματα μετρούν με συνέπεια την ίδια έννοια.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τιμές άνω του 0,70 θεωρούνται αποδεκτές, ενώ τιμές άνω του 0,85 υποδηλώνουν υψηλή συνοχή (Tavakol and Dennick, 2011). Η υψηλή αξιοπιστία του εργαλείου ενισχύει την εμπιστοσύνη στα αποτελέσματα της έρευνας.

Η εγκυρότητα αφορά το κατά πόσο το εργαλείο μετρά αυτό που έχει σχεδιαστεί να μετρήσει. Στην παρούσα μελέτη, η εγκυρότητα διασφαλίζεται μέσω:

- της χρήσης διεθνώς αναγνωρισμένων εργαλείων (eHEALS)
- της σύνδεσης με θεωρητικά μοντέλα (Wilson)
- της προσαρμογής των ερωτήσεων στο συγκεκριμένο περιβάλλον

Η προσέγγιση αυτή ενισχύει την εννοιολογική εγκυρότητα και διασφαλίζει ότι τα δεδομένα αντανακλούν την πραγματική κατάσταση.

4.6 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) έκδοση 22, το οποίο αποτελεί ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία στην ανάλυση δεδομένων στις κοινωνικές και υγειονομικές επιστήμες. Η επιλογή του συγκεκριμένου λογισμικού βασίζεται στην ευχρηστία του και στη δυνατότητα εφαρμογής ποικίλων στατιστικών τεχνικών (Field, 2018). Αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος πληρότητας και ορθότητας των δεδομένων, καθώς και έλεγχος για τυχόν ελλείπουσες τιμές. Στη συνέχεια εξετάστηκε η κατανομή των ποσοτικών μεταβλητών και η καταλληλότητά τους για την εφαρμογή παραμετρικών στατιστικών δοκιμασιών.

Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν μέσοι όροι (Mean) και τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD). Στο πρώτο στάδιο της ανάλυσης εξετάστηκε η εσωτερική αξιοπιστία των επιμέρους κλιμάκων του ερωτηματολογίου με τη χρήση του συντελεστή α του Cronbach (Cronbach, 1951), προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός συνοχής των μεταβλητών που απαρτίζουν κάθε κλίμακα.

Για τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Independent Samples t-test, ενώ για τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA). Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών, προκειμένου να διερευνηθούν πιθανές σχέσεις μεταξύ της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας και των επιμέρους παραγόντων του ερωτηματολογίου.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται μέσω πινάκων και στατιστικών δεικτών, με στόχο τη σαφή αποτύπωση των ευρημάτων της έρευνας. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$ και όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι.

-ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο : ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Εσωτερική Αξιοπιστία

Στο πρώτο στάδιο της στατιστικής ανάλυσης εξετάστηκε η εσωτερική αξιοπιστία των επιμέρους κλιμάκων του ερωτηματολογίου, με τη χρήση του συντελεστή α του Cronbach (Cronbach, 1951), όπως αναφέρθηκε ανωτέρω. Ο συγκεκριμένος δείκτης χρησιμοποιείται ευρέως στη βιβλιογραφία για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής των ερωτηματολογίων και αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο τα επιμέρους ερωτήματα κάθε κλίμακας μετρούν την ίδια θεωρητική έννοια. Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε για

τις τέσσερις βασικές κλίμακες του ερωτηματολογίου, οι οποίες αφορούν τις ανάγκες πληροφόρησης, τις πηγές πληροφόρησης, τα εμπόδια στην πληροφόρηση και την ψηφιακή υγειονομική παιδεία (eHEALS). Τα αποτελέσματα του ελέγχου αξιοπιστίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Συντελεστής Cronbach's alpha για την αξιοπιστία του συνολικού και των επιμέρους ερωτηματολογίων.

Ερωτηματολόγιο	Cronbach's alpha	Συμπέρασμα
Ανάγκες πληροφόρησης	0.930	Εξαιρετική Αξιοπιστία
Πηγές πληροφόρησης	0.902	Εξαιρετική Αξιοπιστία
Εμπόδια στην πληροφόρηση	0.791	Πολύ υψηλή Αξιοπιστία
Ψηφιακή υγειονομική πληροφοριακή παιδεία (eHEALS)	0.918	Εξαιρετική Αξιοπιστία
Συνολικό	0.851	Εξαιρετική Αξιοπιστία

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του Πίνακα 1, όλες οι κλίμακες του ερωτηματολογίου παρουσίασαν ικανοποιητικό έως εξαιρετικό επίπεδο εσωτερικής αξιοπιστίας. Ειδικότερα, η κλίμακα των αναγκών πληροφόρησης εμφάνισε εξαιρετική αξιοπιστία ($\alpha=0.930$), ενώ αντίστοιχα υψηλή αξιοπιστία παρουσίασαν και οι κλίμακες των πηγών πληροφόρησης ($\alpha=0.902$) και της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας ($\alpha=0.918$). Η κλίμακα των εμποδίων στην πληροφόρηση παρουσίασε πολύ καλή εσωτερική συνοχή ($\alpha=0.791$), καθώς η τιμή του συντελεστή υπερβαίνει το αποδεκτό όριο του 0,70 που προτείνεται στη διεθνή βιβλιογραφία. Συνολικά, τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι οι επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου διαθέτουν υψηλό βαθμό αξιοπιστίας και κρίνονται κατάλληλες για τη διενέργεια περαιτέρω στατιστικών αναλύσεων.

5.2 Διερευνητική παραγοντική ανάλυση των κλιμάκων

Προκειμένου να διερευνηθεί η καταλληλότητα της παραγοντικής δομής των χρησιμοποιούμενων εργαλείων μέτρησης στο συγκεκριμένο δείγμα, πραγματοποιήθηκε διερευνητική παραγοντική ανάλυση (Exploratory Factor Analysis – EFA) για καθεμία από τις τέσσερις βασικές κλίμακες του ερωτηματολογίου. Η συγκεκριμένη διαδικασία πραγματοποιήθηκε συμπληρωματικά προς τον έλεγχο εσωτερικής αξιοπιστίας, με σκοπό να επιβεβαιωθεί ότι οι επιμέρους ερωτήσεις των κλιμάκων εμφανίζουν επαρκή μεταξύ τους συσχέτιση και συγκροτούν συνεκτικές εννοιολογικές διαστάσεις στο παρόν δείγμα.

Αν και τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα αποτελούν ήδη δημοσιευμένα και σταθμισμένα εργαλεία μέτρησης, κρίθηκε σκόπιμο να εξεταστεί εκ νέου η παραγοντική τους δομή, δεδομένου ότι οι ψυχομετρικές ιδιότητες ενός εργαλείου ενδέχεται να διαφοροποιούνται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού στον οποίο εφαρμόζονται. Για το λόγο αυτό, η διερευνητική παραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε αποκλειστικά ως συμπληρωματικός έλεγχος επιβεβαίωσης της καταλληλότητας των εργαλείων στο συγκεκριμένο δείγμα και όχι για την ανάπτυξη ή τροποποίηση της θεωρητικής τους δομής.

Η καταλληλότητα των δεδομένων για την εφαρμογή παραγοντικής ανάλυσης αξιολογήθηκε μέσω του δείκτη δειγματοληπτικής επάρκειας Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) και του ελέγχου σφαιρικότητας του Bartlett. Τιμές του δείκτη KMO μεγαλύτερες του 0,70 θεωρούνται ικανοποιητικές, ενώ στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στον έλεγχο Bartlett υποδηλώνουν ότι οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών είναι επαρκείς ώστε να δικαιολογείται η εφαρμογή παραγοντικής ανάλυσης. Η εξαγωγή των παραγόντων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο των κύριων συνιστωσών (Principal Component Analysis), ενώ για τη διευκόλυνση της ερμηνείας χρησιμοποιήθηκε ορθογώνια περιστροφή Varimax. Για τον προσδιορισμό του αριθμού των παραγόντων αξιοποιήθηκαν τόσο το κριτήριο Kaiser (ιδιοτιμές μεγαλύτερες της μονάδας), όσο και η οπτική αξιολόγηση των διαγραμμάτων κατακρήμνισης (scree plots).

Τα αποτελέσματα της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Αποτελέσματα διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης των χρησιμοποιούμενων κλιμάκων.

Κλίμακα	KMO	Bartlett X ² (BE)	p-value	Πλήθος Παραγόντων	Εξηγούμενη Διακύμανση (%)
Ανάγκες πληροφόρησης (Needs)	0.897	1608.341 (78)	<0.001	2*	64.83
Πηγές πληροφόρησης (Sources)	0.884	1299.258 (91)	<0.001	2	56.60
Εμπόδια στην πληροφόρηση (Barriers)	0.755	532.800 (21)	<0.001	2	68.58
Ψηφιακή υγειονομική παιδεία (eHEALS)	0.885	1126.879 (28)	<0.001	1	64.54

Σημείωση: Για την κλίμακα των αναγκών πληροφόρησης, παρότι το κριτήριο Kaiser υπέδειξε την ύπαρξη δύο παραγόντων, το διάγραμμα κατακρήμνισης (scree plot) ανέδειξε την κυριαρχία του πρώτου παράγοντα. Σε όλες τις περιπτώσεις διατηρήθηκαν οι συνολικές βαθμολογίες των κλιμάκων, σύμφωνα με τη θεωρητική δομή και τις οδηγίες χρήσης των αρχικών εργαλείων μέτρησης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 2, όλες οι κλίμακες παρουσίασαν ικανοποιητική έως πολύ υψηλή δειγματοληπτική επάρκεια, καθώς οι τιμές του δείκτη KMO κυμάνθηκαν από 0,755 έως 0,897. Επιπλέον, οι έλεγχοι σφαιρικότητας του Bartlett ήταν στατιστικά σημαντικοί σε όλες τις περιπτώσεις ($p < 0,001$), γεγονός που

επιβεβαιώνει ότι οι συσχετίσεις μεταξύ των επιμέρους ερωτήσεων ήταν επαρκείς για την εφαρμογή παραγοντικής ανάλυσης.

Η κλίμακα της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας (eHEALS) παρουσίασε σαφή μονοπαραγοντική δομή, με τον μοναδικό παράγοντα να εξηγεί το 64,54% της συνολικής διακύμανσης. Αντίστοιχα, για την κλίμακα των αναγκών πληροφόρησης παρατηρήθηκε η ύπαρξη ενός κυρίαρχου παράγοντα, ο οποίος εξηγούσε το μεγαλύτερο μέρος της διακύμανσης των απαντήσεων, ενώ ένας δεύτερος παράγοντας μικρότερης ερμηνευτικής συμβολής αναδείχθηκε βάσει του κριτηρίου Kaiser. Ωστόσο, η οπτική αξιολόγηση του scree plot υποστήριξε την κυριαρχία του πρώτου παράγοντα.

Για τις κλίμακες των πηγών πληροφόρησης και των εμποδίων στην πληροφόρηση αναδείχθηκαν δύο επιμέρους παράγοντες, οι οποίοι εξηγούσαν συνολικά το 56,60% και το 68,58% της συνολικής διακύμανσης, αντίστοιχα. Η ύπαρξη περισσότερων της μίας διαστάσεων στις συγκεκριμένες κλίμακες είναι θεωρητικά αναμενόμενη, καθώς οι πηγές και τα εμπόδια στην πληροφόρηση δύνανται να αντανakλούν διαφορετικές πτυχές της πληροφοριακής συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας.

Παρά τα παραπάνω ευρήματα, και δεδομένου ότι οι τέσσερις κλίμακες παρουσίασαν υψηλή εσωτερική συνοχή, όπως τεκμηριώθηκε μέσω των τιμών του συντελεστή Cronbach's alpha, καθώς και ότι πρόκειται για ήδη σταθμισμένα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται διεθνώς με βάση τις συνολικές τους βαθμολογίες, κρίθηκε σκόπιμο να διατηρηθεί η χρήση των συνολικών scores σε όλες τις επόμενες στατιστικές αναλύσεις της παρούσας μελέτης.

5.3 Περιγραφή του δείγματος

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας. Η περιγραφή του δείγματος πραγματοποιήθηκε μέσω της χρήσης περιγραφικών στατιστικών μέτρων, όπως οι απόλυτες συχνότητες (n) και τα ποσοστά (%), με στόχο τη συνολική αποτύπωση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με τη μορφή πινάκων και διαγραμμάτων για τη διευκόλυνση της κατανόησης και της ερμηνείας των

δεδομένων. Τα χαρακτηριστικά τα οποία καταγράφηκαν για κάθε συμμετέχοντα είναι: το φύλο, η ηλικιακή ομάδα, η οικογενειακή κατάσταση, το πλήθος των παιδιών, το επίπεδο βασικών σπουδών, οι σπουδές μετά του πτυχίο, τα έτη υπηρεσίας στο παρόν νοσοκομείο, τα έτη συνολικής υπηρεσίας, η επαγγελματική θέση, ο τομέας εργασίας και το καθεστώς εργασίας. Η κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών για το κάθε ένα χαρακτηριστικό παρουσιάζεται παρακάτω, στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3 Κατανομή συχνοτήτων δημογραφικών χαρακτηριστικών συμμετεχόντων.

Μεταβλητή	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο	Γυναίκα	141	78.8%
	Άντρας	38	21.2%
	Σύνολο	179	100.0%
Ηλικιακή Ομάδα	24-30 έτη	29	16.2%
	31-40 έτη	28	15.6%
	41-50 έτη	42	23.5%
	51 έτη και άνω	80	44.7%
	Σύνολο	179	100.0%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	58	32.4%
	Έγγαμος/η	93	52.0%
	Διαζευγμένος/η	23	12.8%
	Χήρος/α	5	2.8%
	Σύνολο	179	100.0%
	Κανένα	70	39.1%

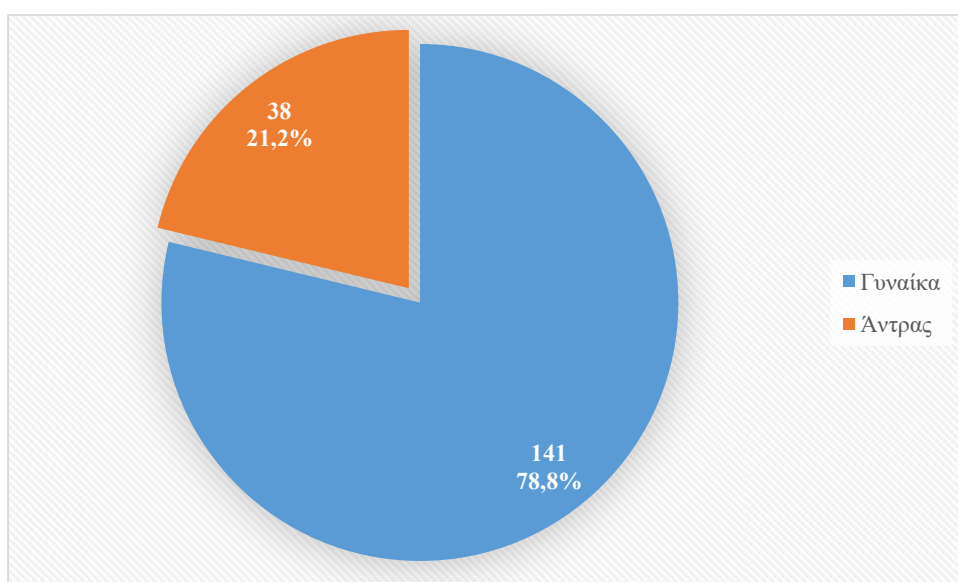
Αριθμός Παιδιών	Ένα	28	15.6%
	Δύο	64	35.8%
	Τρία	12	6.7%
	Περισσότερα	5	2.8%
	Σύνολο	179	100.0%
Επίπεδο Βασικών Σπουδών	Πτυχίο ΔΕ	43	24.0%
	Πτυχίο ΑΤΕΙ	77	43.0%
	Πτυχίο ΑΕΙ	59	33.0%
	Σύνολο	179	100.0%
Σπουδές μετά το Πτυχίο	Καμία	91	50.8%
	Ειδικότητα/ Εξειδίκευση	28	15.6%
	Μεταπτυχιακό	40	22.3%
	Διδακτορικό	7	3.9%
	Δεύτερο πτυχίο	8	4.5%
	Άλλο	5	2.8%
	Σύνολο	179	100.0%
Έτη υπηρεσίας στο παρόν νοσοκομείο	Μέχρι 5 έτη	57	31.8%
	6-10 έτη	27	15.1%
	11-20 έτη	35	19.6%
	21-30 έτη	36	20.1%
	31-40 έτη	24	13.4%
	Σύνολο	179	100.0%

Έτ'η συνολικής υπηρεσίας	Μέχρι 5 έτη	38	21.2%
	6-10 έτη	23	12.8%
	11-20 έτη	36	20.1%
	21-30 έτη	49	27.4%
	31-40 έτη	33	18.5%
	Σύνολο	179	100.0%
Επαγγελματική θέση στο νοσοκομείο	Ιατρικό προσωπικό	24	13.4%
	Νοσηλεύτης/τρια	88	49.2%
	Βοηθός νοσηλεύτη	25	14.0%
	Τεχνολόγος ιατρικών εργαστηρίων	10	5.6%
	Διοικητικό προσωπικό	27	15.1%
	Τεχνικό προσωπικό	5	2.8%
	Σύνολο	179	100.0%
Τομέας εργασίας	Ιατρική υπηρεσία	27	15.1%
	Νοσηλευτική υπηρεσία	112	62.6%
	Διοικητική υπηρεσία	34	19.0%
	Τεχνική υπηρεσία	6	3.4%
	Σύνολο	179	100.0%
Καθεστώς εργασίας	Σύμβαση ορισμένου χρόνου	56	31.3%
	Μόνιμο προσωπικό	123	68.7%

Σύνολο	179	100.0%
---------------	------------	---------------

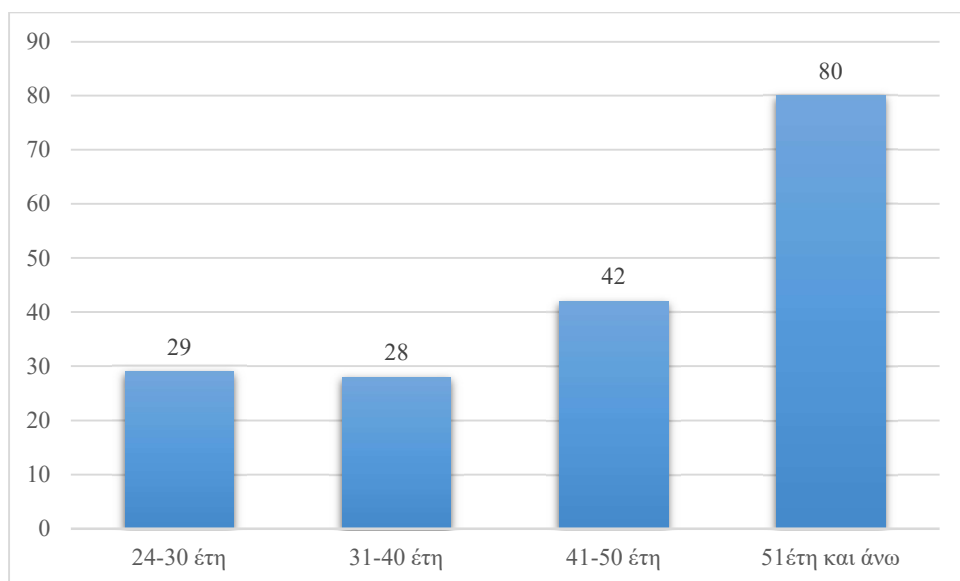
Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αντίστοιχα διαγράμματα για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων που αναφέρονται στον Πίνακα 3 (Διαγράμματα 1 ως 11).

Διάγραμμα 1. Φύλο συμμετεχόντων.



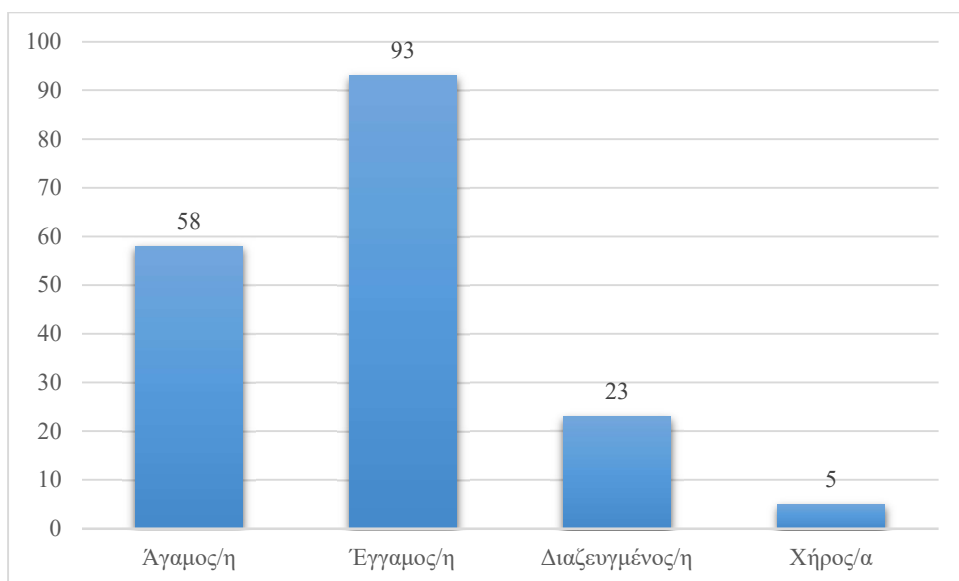
Σύμφωνα με το Διάγραμμα 1, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, οι οποίες αποτέλεσαν το 78,8% του δείγματος (n=141), ενώ οι άνδρες αντιστοιχούσαν στο 21,2% (n=38). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει τη σημαντική υπεροχή του γυναικείου φύλου στο ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου που συμμετείχε στην έρευνα.

Διάγραμμα 2. Ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων.



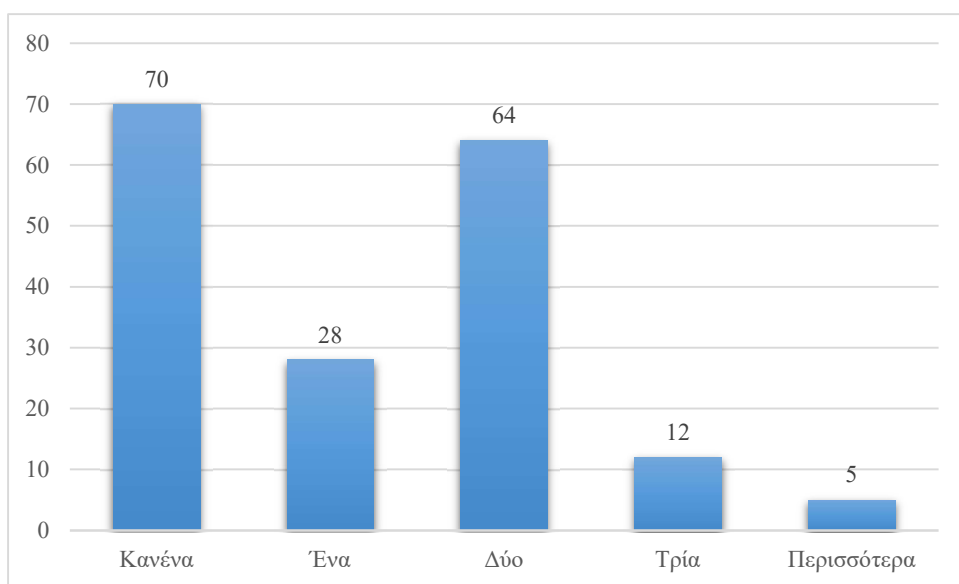
Όσον αφορά στην ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων, η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα ήταν εκείνη των 51 ετών και άνω, η οποία περιλάμβανε 80 άτομα. Ακολουθούσε η ηλικιακή ομάδα 41–50 ετών με 42 συμμετέχοντες, ενώ οι ηλικιακές ομάδες 24–30 ετών και 31–40 ετών παρουσίασαν παρόμοια συχνότητα συμμετοχής, με 29 και 28 άτομα αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το δείγμα της έρευνας αποτελείται κυρίως από εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας.

Διάγραμμα 3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων.



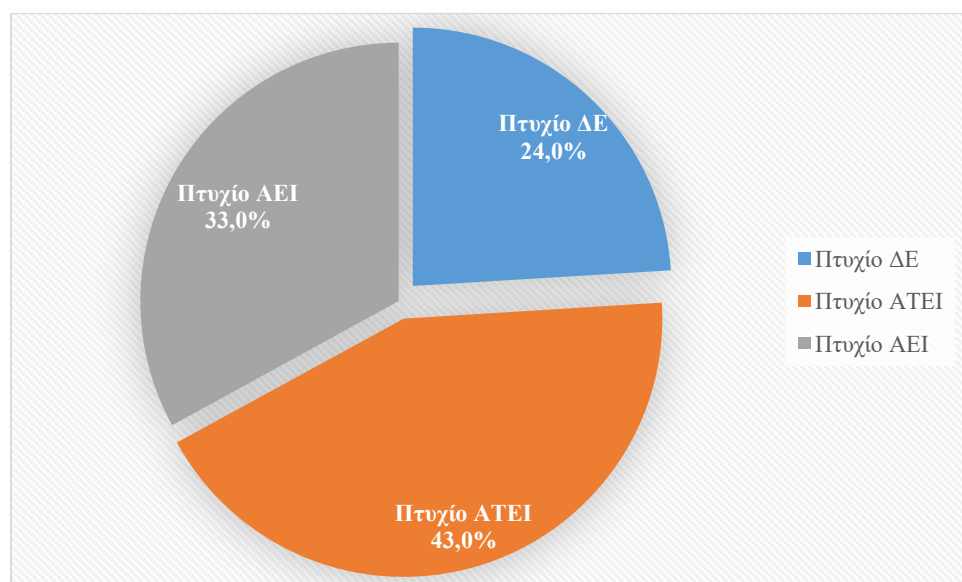
Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, η πλειονότητα ήταν έγγαμοι, με 93 άτομα να ανήκουν στη συγκεκριμένη κατηγορία. Ακολουθούσαν οι άγαμοι συμμετέχοντες με 58 άτομα, ενώ μικρότερη ήταν η συμμετοχή των διαζευγμένων (23 άτομα) και των χήρων (5 άτομα). Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελείται από έγγαμους εργαζόμενους.

Διάγραμμα 4. Πλήθος παιδιών συμμετεχόντων.



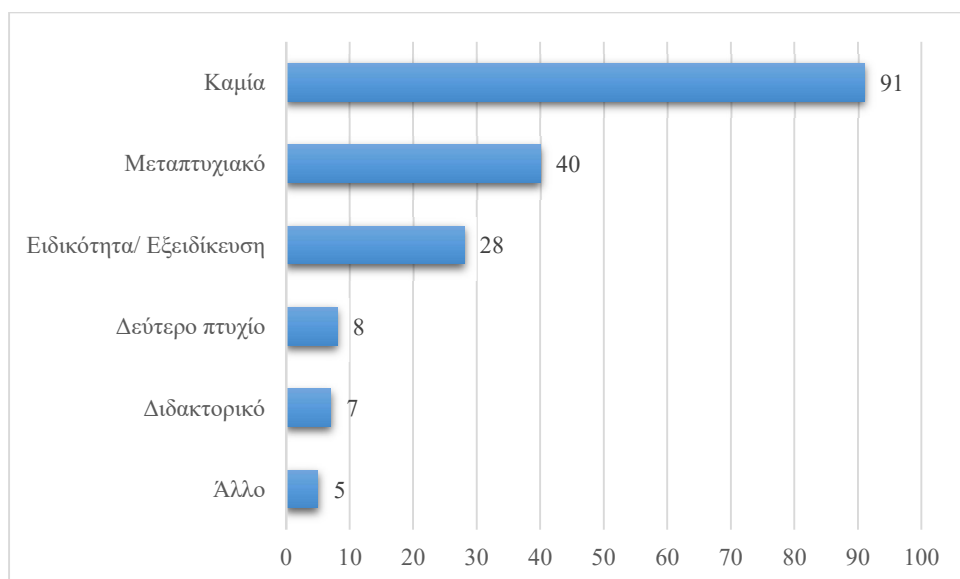
Σχετικά με το πλήθος των παιδιών των συμμετεχόντων, η μεγαλύτερη κατηγορία ήταν εκείνη των εργαζομένων χωρίς παιδιά, με 70 άτομα. Παρόμοια συχνότητα παρουσίασαν και οι συμμετέχοντες με δύο παιδιά (64 άτομα), ενώ μικρότερος ήταν ο αριθμός των ατόμων με ένα παιδί (28 άτομα) και τρία παιδιά (12 άτομα). Τέλος, μόλις 5 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι έχουν περισσότερα από τρία παιδιά. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι στο δείγμα συνυπάρχουν εργαζόμενοι με διαφορετικές οικογενειακές υποχρεώσεις και οικογενειακή δομή.

Διάγραμμα 5. Επίπεδο βασικών σπουδών συμμετεχόντων.



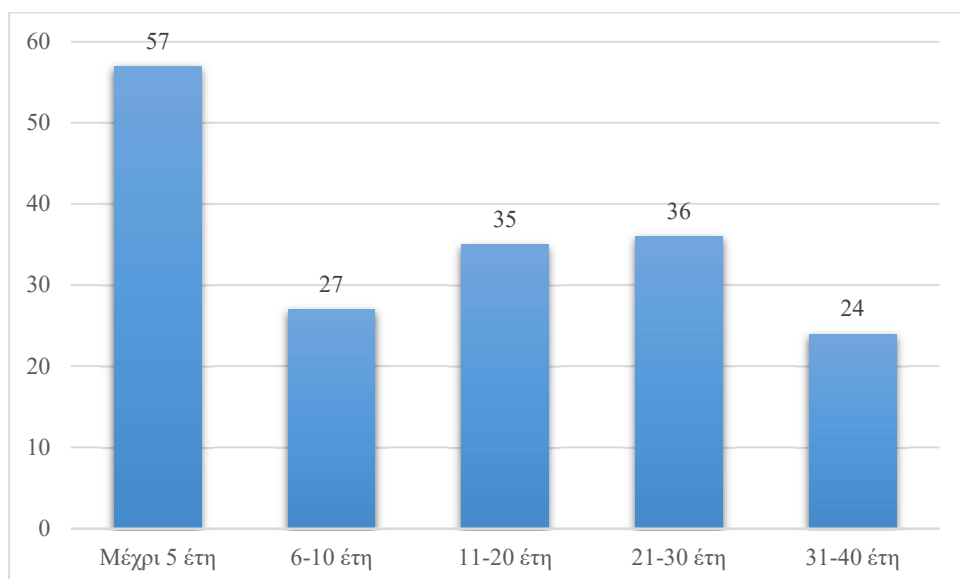
Όσον αφορά στο επίπεδο βασικών σπουδών των συμμετεχόντων, το μεγαλύτερο ποσοστό κατείχε πτυχίο ΑΤΕΙ (43,0%), ενώ ακολουθούσαν οι απόφοιτοι ΑΕΙ με ποσοστό 33,0%. Μικρότερο ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων με πτυχίο ΔΕ, το οποίο ανήλθε σε 24,0%. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η πλειονότητα των εργαζομένων του δείγματος διαθέτει τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Διάγραμμα 6. Σπουδές των συμμετεχόντων μετά το πτυχίο.



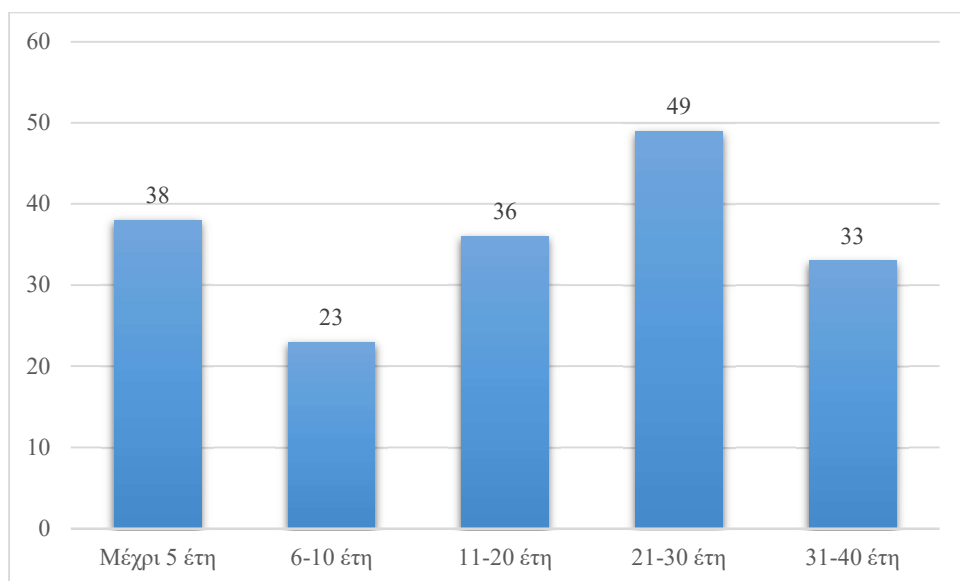
Αναφορικά με τις σπουδές μετά το βασικό πτυχίο, η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν διαθέτει επιπλέον σπουδές ή εξειδίκευση (91 άτομα). Ωστόσο, σημαντικός ήταν και ο αριθμός των εργαζομένων με μεταπτυχιακές σπουδές (40 άτομα), καθώς και εκείνων με ειδικότητα ή εξειδίκευση (28 άτομα). Μικρότερη ήταν η συμμετοχή ατόμων με δεύτερο πτυχίο (8 άτομα), διδακτορικό τίτλο σπουδών (7 άτομα) ή άλλη μορφή σπουδών (5 άτομα). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, παρά το γεγονός ότι μεγάλο μέρος του δείγματος δεν έχει προχωρήσει σε περαιτέρω σπουδές, υπάρχει αξιοσημείωτο ποσοστό εργαζομένων με υψηλό επίπεδο ακαδημαϊκής και επαγγελματικής κατάρτισης.

Διάγραμμα 7. Έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων στο παρόν νοσοκομείο.



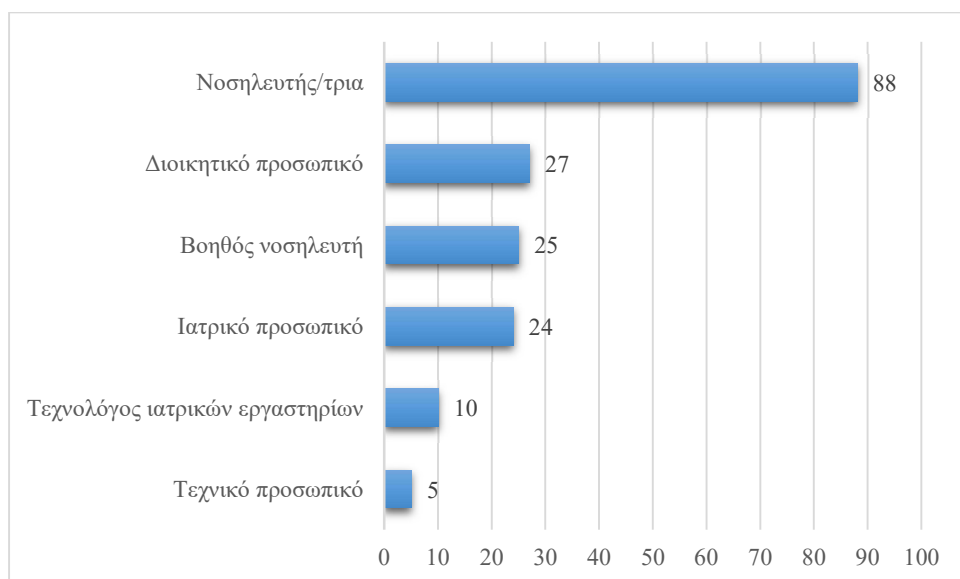
Όσον αφορά στα έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων στο νοσοκομείο, η μεγαλύτερη κατηγορία ήταν εκείνη των εργαζομένων με υπηρεσία έως 5 έτη (57 άτομα). Ακολουθούσαν οι συμμετέχοντες με 21–30 έτη υπηρεσίας (36 άτομα) και εκείνοι με 11–20 έτη υπηρεσίας (35 άτομα). Μικρότερη ήταν η συμμετοχή εργαζομένων με 6–10 έτη υπηρεσίας (27 άτομα) και με 31–40 έτη υπηρεσίας (24 άτομα). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το δείγμα περιλαμβάνει εργαζόμενους με σημαντική διαφοροποίηση ως προς την επαγγελματική εμπειρία και τη διάρκεια απασχόλησης στο νοσοκομείο.

Διάγραμμα 8. Έτη συνολικής υπηρεσίας των συμμετεχόντων.



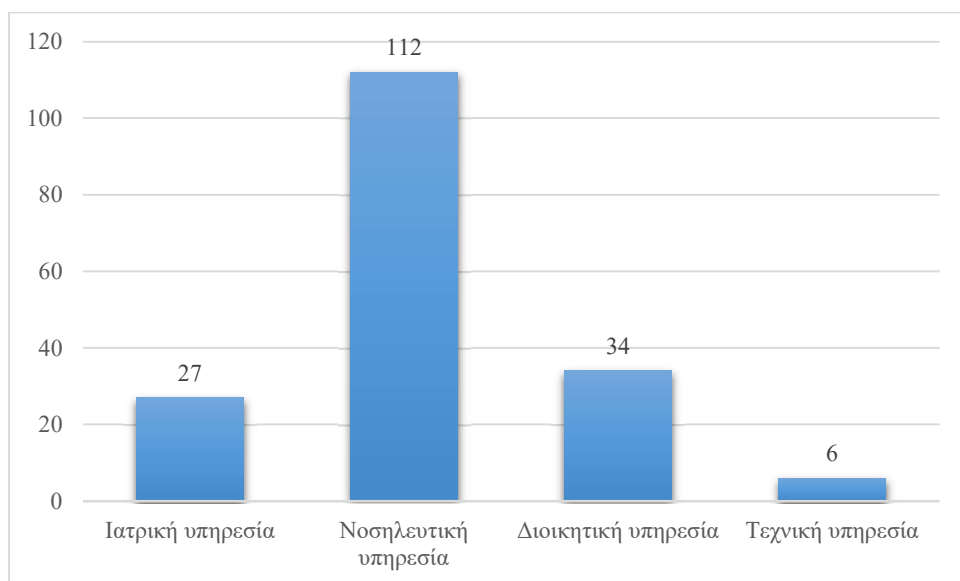
Σχετικά με τα συνολικά έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων, η μεγαλύτερη κατηγορία ήταν εκείνη των εργαζομένων με 21–30 έτη συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας (49 άτομα). Ακολουθούσαν οι συμμετέχοντες με έως 5 έτη υπηρεσίας (38 άτομα) και εκείνοι με 11–20 έτη υπηρεσίας (36 άτομα), ενώ μικρότερη ήταν η συμμετοχή εργαζομένων με 31–40 έτη υπηρεσίας (33 άτομα) και με 6–10 έτη υπηρεσίας (23 άτομα). Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι σημαντικό μέρος του δείγματος διαθέτει πολυετή επαγγελματική εμπειρία στο χώρο της υγείας.

Διάγραμμα 9. Επαγγελματική θέση των συμμετεχόντων στο νοσοκομείο.



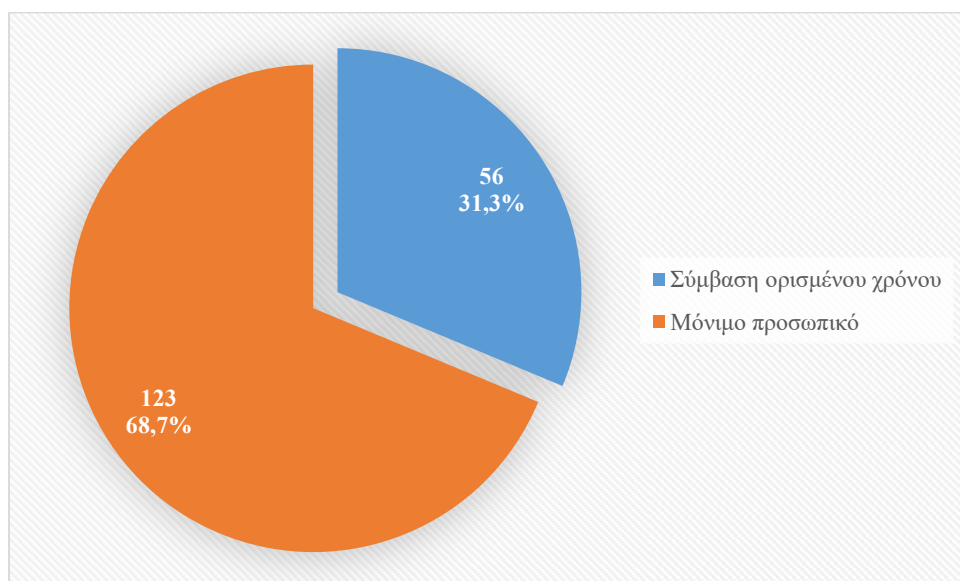
Όσον αφορά στην επαγγελματική θέση των συμμετεχόντων στο νοσοκομείο, η πλειονότητα ανήκε στο νοσηλευτικό προσωπικό, με 88 νοσηλεύτριες να συμμετέχουν στην έρευνα. Ακολουθούσαν το διοικητικό προσωπικό (27 άτομα), οι βοηθοί νοσηλευτών (25 άτομα) και το ιατρικό προσωπικό (24 άτομα), ενώ μικρότερη ήταν η συμμετοχή των τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων (10 άτομα) και του τεχνικού προσωπικού (5 άτομα). Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι το δείγμα της έρευνας αποτελείται κυρίως από επαγγελματίες του νοσηλευτικού κλάδου.

Διάγραμμα 10. Τομέας εργασίας των συμμετεχόντων.



Αναφορικά με τον τομέα εργασίας των συμμετεχόντων, η πλειονότητα εργαζόταν στη νοσηλευτική υπηρεσία, με 112 άτομα να ανήκουν στη συγκεκριμένη κατηγορία. Ακολουθούσαν η διοικητική υπηρεσία με 34 συμμετέχοντες και η ιατρική υπηρεσία με 27 συμμετέχοντες, ενώ μικρότερη ήταν η συμμετοχή εργαζομένων από την τεχνική υπηρεσία (6 άτομα). Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την κυριαρχία του νοσηλευτικού προσωπικού στο δείγμα της έρευνας.

Διάγραμμα 11. Καθεστώς εργασίας των συμμετεχόντων.



Όσον αφορά στο καθεστώς εργασίας των συμμετεχόντων, η πλειονότητα αποτελούνταν από μόνιμο προσωπικό, το οποίο αντιστοιχούσε στο 68,7% του δείγματος (n=123). Αντίθετα, οι εργαζόμενοι με σύμβαση ορισμένου χρόνου αντιστοιχούσαν στο 31,3% του δείγματος (n=56). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων διαθέτει σταθερή εργασιακή σχέση με το νοσοκομείο.

Συνολικά, το δείγμα της παρούσας έρευνας χαρακτηρίζεται από σημαντική ετερογένεια ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η πλειονότητα των εργαζομένων ήταν γυναίκες, ανήκε σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες και απασχολούνταν κυρίως στη νοσηλευτική υπηρεσία. Παράλληλα, σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων διέθετε πολυετή επαγγελματική εμπειρία και τριτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης. Η ποικιλομορφία αυτή ενισχύει τη δυνατότητα διερεύνησης πιθανών διαφοροποιήσεων στην ψηφιακή υγειονομική παιδεία μεταξύ διαφορετικών ομάδων εργαζομένων.

5.4 Περιγραφή Βαθμολογιών Ερωτηματολογίων και έλεγχος κανονικότητας

Στη συνέχεια της ανάλυσης εξήχθησαν οι βαθμολογίες (scores) των βασικών κλιμάκων του ερωτηματολογίου, οι οποίες αποτελούν τις κύριες ποσοτικές μεταβλητές της έρευνας. Οι μεταβλητές αυτές προέκυψαν από το άθροισμα των επιμέρους ερωτήσεων κάθε κλίμακας, σύμφωνα με την πενταβάθμια κλίμακα Likert των ερωτηματολογίων, όπου υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν υψηλότερο επίπεδο του υπό εξέταση χαρακτηριστικού. Ειδικότερα, εξήχθησαν οι ακόλουθες μεταβλητές:

- Οι «ανάγκες πληροφόρησης», οι οποίες αποτελούνται από 13 ερωτήσεις και λαμβάνουν τιμές από 1 έως 5. Η χαμηλότερη τιμή εκφράζει πολύ περιορισμένη συχνότητα αναζήτησης πληροφοριών, ενώ η υψηλότερη τιμή εκφράζει πολύ συχνή αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με ζητήματα επαγγελματικής πρακτικής, θεραπευτικών παρεμβάσεων, εκπαίδευσης και επιστημονικής ενημέρωσης. Στην ανάλυση η εν λόγω μεταβλητή εμφανίζεται ως «needs».
- Οι «πηγές πληροφόρησης», οι οποίες αποτελούνται από 14 ερωτήσεις και λαμβάνουν τιμές από 1 έως 5. Η χαμηλότερη τιμή υποδηλώνει περιορισμένη χρήση πηγών πληροφόρησης, ενώ η υψηλότερη τιμή εκφράζει συχνή αξιοποίηση διαφορετικών πηγών αναζήτησης πληροφοριών, όπως επιστημονικές ιστοσελίδες, περιοδικά, βιβλιοθήκες, συνέδρια και επαγγελματίες υγείας. Στην ανάλυση η εν λόγω μεταβλητή εμφανίζεται ως «sources».
- Τα «εμπόδια στην πληροφόρηση», τα οποία αποτελούνται από 7 ερωτήσεις και λαμβάνουν τιμές από 1 έως 5. Η χαμηλότερη τιμή υποδηλώνει περιορισμένη ύπαρξη εμποδίων κατά την αναζήτηση πληροφοριών, ενώ η υψηλότερη τιμή εκφράζει αυξημένο βαθμό δυσκολιών, όπως η έλλειψη χρόνου, η δυσκολία πρόσβασης ή η περιορισμένη εξοικείωση με την τεχνολογία. Στην ανάλυση η εν λόγω μεταβλητή εμφανίζεται ως «barriers».
- Η «ψηφιακή υγειονομική παιδεία (eHEALS)», η οποία αποτελείται από 8 ερωτήσεις και λαμβάνει τιμές από 1 έως 5. Η χαμηλότερη τιμή εκφράζει χαμηλό επίπεδο αντιλαμβανόμενων ψηφιακών δεξιοτήτων υγείας, ενώ η

υψηλότερη τιμή υποδηλώνει υψηλό επίπεδο ικανότητας αναζήτησης, αξιολόγησης και αξιοποίησης πληροφοριών υγείας μέσω του διαδικτύου. Στην ανάλυση η εν λόγω μεταβλητή εμφανίζεται ως «eheals».

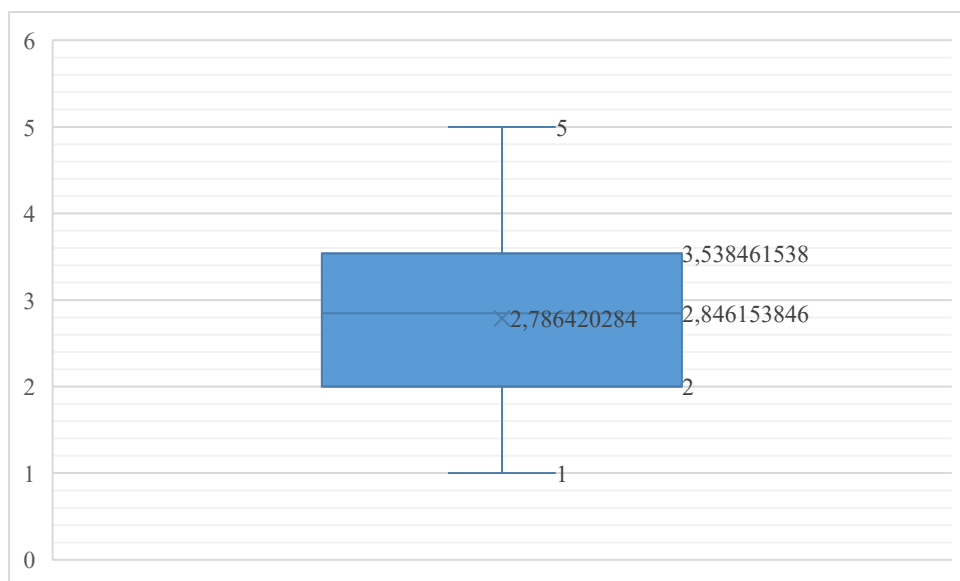
Για την καλύτερη κατανόηση των παραπάνω μεταβλητών παρουσιάζονται στη συνέχεια τα βασικά περιγραφικά μέτρα και τα αντίστοιχα θηκογράμματα.

Πίνακας 4. Περιγραφικά μέτρα βασικών ποσοτικών μεταβλητών της ανάλυσης.

Μεταβλητή	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Needs	1	5	2.786	0.974
Sources	1	4.5	2.744	0.846
Barriers	1	4.714	2.493	0.804
eheals	1	5	3.619	0.894

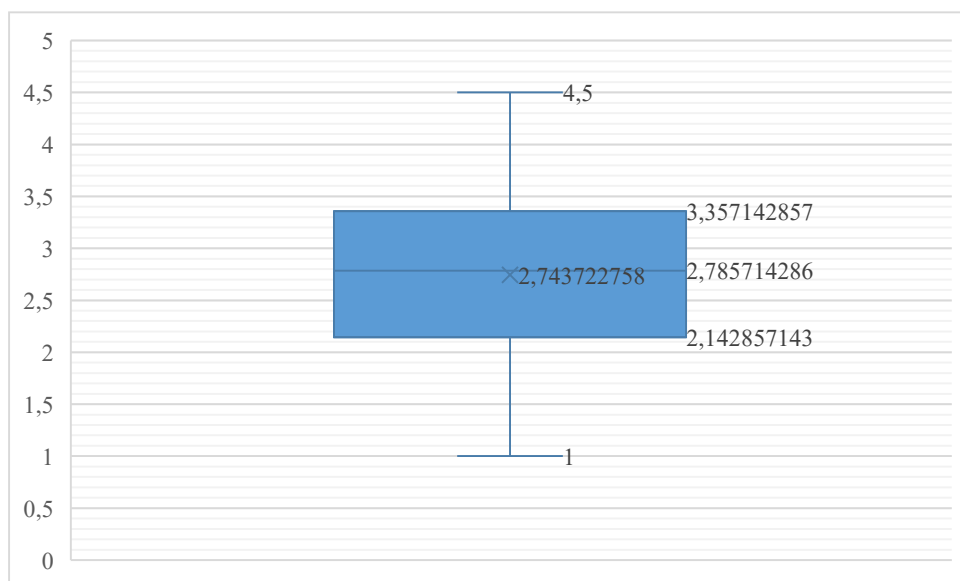
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 3, η υψηλότερη μέση τιμή παρατηρήθηκε στην κλίμακα της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας (eHEALS) (Μ.Τ.=3,619, Τ.Α.=0,894), γεγονός που υποδηλώνει σχετικά υψηλό επίπεδο αντιλαμβανόμενων ψηφιακών δεξιοτήτων υγείας των συμμετεχόντων. Αντίθετα, χαμηλότερη μέση τιμή παρουσίασε η κλίμακα των εμποδίων στην πληροφόρηση (Μ.Τ.=2,493, Τ.Α.=0,804), υποδηλώνοντας μέτριο επίπεδο δυσκολιών κατά την αναζήτηση πληροφοριών. Οι κλίμακες των αναγκών πληροφόρησης (Μ.Τ.=2,786, Τ.Α.=0,974) και των πηγών πληροφόρησης (Μ.Τ.=2,744, Τ.Α.=0,846) παρουσίασαν παρόμοιες μέσες τιμές, γεγονός που υποδηλώνει μέτρια συχνότητα αναζήτησης και χρήσης πηγών πληροφόρησης από τους εργαζόμενους. Παρακάτω, παρουσιάζονται τα αντίστοιχα διαγράμματα των βασικών ποσοτικών μεταβλητών της έρευνας.

Διάγραμμα 12. Θηκόγραμμα για την μεταβλητή «needs».



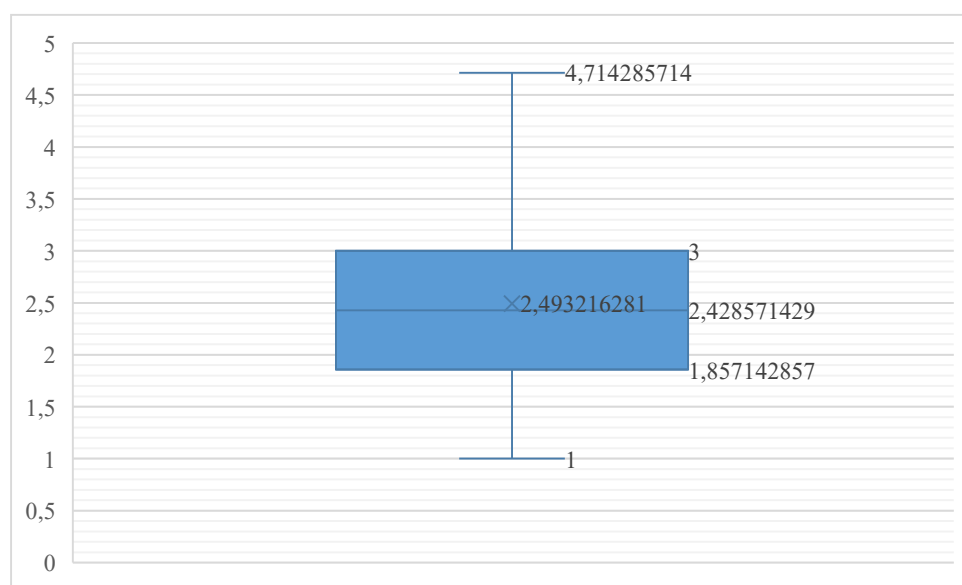
Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 12, η μεταβλητή «needs» παρουσίασε διάμεση τιμή κοντά στο 3, ενώ το 50% των παρατηρήσεων συγκεντρώθηκε περίπου μεταξύ των τιμών 2 και 3,5. Παράλληλα, δεν παρατηρήθηκαν έντονες ακραίες τιμές, γεγονός που υποδηλώνει σχετικά ομαλή κατανομή των τιμών της μεταβλητής.

Διάγραμμα 13. Θηκόγραμμα για την μεταβλητή «sources».



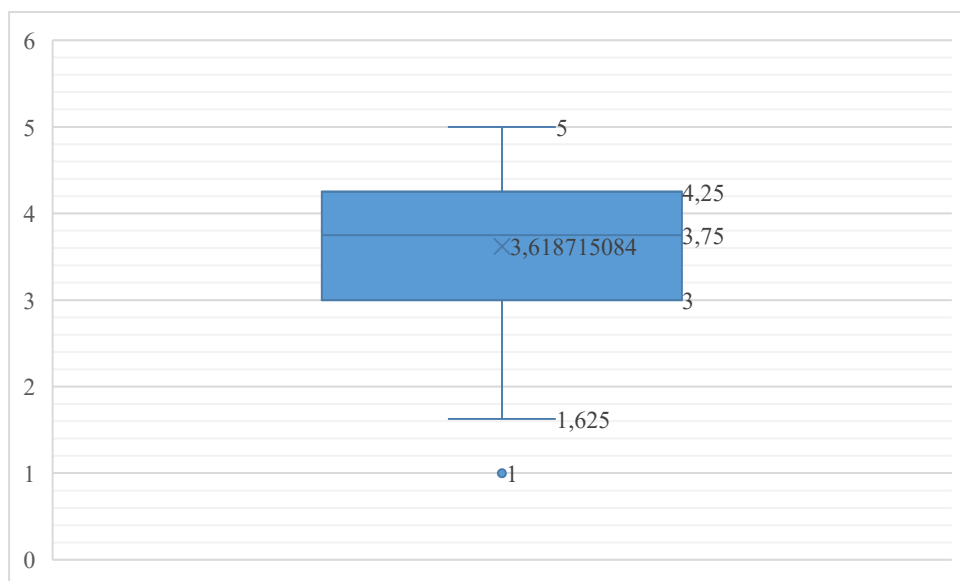
Σύμφωνα με το Διάγραμμα 13, η μεταβλητή «sources» παρουσίασε διάμεση τιμή κοντά στο 2,8, ενώ το 50% των παρατηρήσεων συγκεντρώθηκε περίπου μεταξύ των τιμών 2,1 και 3,4. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές ακραίες τιμές, γεγονός που υποδηλώνει σχετικά ομαλή κατανομή των τιμών της μεταβλητής.

Διάγραμμα 14. Θηκόγραμμα για την μεταβλητή «barriers».



Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 14, η μεταβλητή «barriers» παρουσίασε διάμεση τιμή κοντά στο 2,5, ενώ το 50% των παρατηρήσεων συγκεντρώθηκε περίπου μεταξύ των τιμών 1,9 και 3. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκαν έντονες ακραίες τιμές, γεγονός που υποδηλώνει σχετικά ομαλή κατανομή των τιμών της μεταβλητής.

Διάγραμμα 15. Θηκόγραμμα για την μεταβλητή «eheals».



Σύμφωνα με το Διάγραμμα 15, η μεταβλητή «eheals» παρουσίασε διάμεση τιμή κοντά στο 3,8, ενώ το 50% των παρατηρήσεων συγκεντρώθηκε περίπου μεταξύ των τιμών 3 και 4,3. Παράλληλα, παρατηρήθηκε μία μεμονωμένη ακραία τιμή σε χαμηλό επίπεδο της κλίμακας, χωρίς ωστόσο να επηρεάζεται σημαντικά η συνολική κατανομή της μεταβλητής. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν σχετικά υψηλό επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας των συμμετεχόντων.

Μετά την παρουσίαση των βασικών περιγραφικών μέτρων και των αντίστοιχων θηκογραμμάτων των κύριων ποσοτικών μεταβλητών της έρευνας, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των κατανομών τους. Ο έλεγχος αυτός κρίθηκε απαραίτητος προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο οι μεταβλητές ακολουθούν την κανονική κατανομή και, κατά συνέπεια, να καθοριστεί η καταλληλότητα χρήσης παραμετρικών ή μη παραμετρικών στατιστικών δοκιμασιών στις επόμενες φάσεις της ανάλυσης. Για το σκοπό αυτό αξιοποιήθηκαν οι έλεγχοι Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk, καθώς και τα διαγράμματα κατανομής των μεταβλητών. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5. Έλεγχοι κανονικής κατανομής για τις βασικές ποσοτικές μεταβλητές της ανάλυσης.

Μεταβλητή	Kolmogorov- Smirnov (p-value)	Shapiro-Wilk (p-value)	Συμπέρασμα
Needs	0.070	0.004	Απόρριψη H_0
Sources	0.049	0.020	Απόρριψη H_0
Barriers	0.002	0.011	Απόρριψη H_0
eheals	0.004	<0.001	Απόρριψη H_0

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 5, οι έλεγχοι κανονικότητας έδειξαν ότι οι βασικές ποσοτικές μεταβλητές της ανάλυσης δεν ακολουθούν πλήρως την κανονική κατανομή, καθώς οι έλεγχοι Shapiro-Wilk ήταν στατιστικά σημαντικοί σε όλες τις περιπτώσεις ($p < 0,05$), οδηγώντας στην απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης περί κανονικότητας. Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και από τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov για ορισμένες από τις μεταβλητές της ανάλυσης.

Ωστόσο, η απόφαση για την επιλογή παραμετρικών ή μη παραμετρικών στατιστικών μεθόδων δεν βασίστηκε αποκλειστικά στα αποτελέσματα των ελέγχων κανονικότητας. Είναι ευρέως αποδεκτό στη στατιστική βιβλιογραφία ότι οι έλεγχοι Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk εμφανίζουν αυξημένη ευαισθησία σε μεγάλα δείγματα, με αποτέλεσμα ακόμη και μικρές και πρακτικά αμελητέες αποκλίσεις από την κανονική κατανομή να οδηγούν συχνά σε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και, κατ' επέκταση, στην απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης περί κανονικότητας.

Στην παρούσα έρευνα, το συνολικό μέγεθος του δείγματος ($N=179$) θεωρείται επαρκές ώστε, βάσει του Κεντρικού Οριακού Θεωρήματος (Central Limit Theorem), οι κατανομές των δειγματικών μέσων να προσεγγίζουν την κανονική κατανομή, ακόμη και όταν οι επιμέρους μεταβλητές παρουσιάζουν ήπιες αποκλίσεις από αυτήν.

Επιπλέον, οι κύριες ποσοτικές μεταβλητές της ανάλυσης προέκυψαν από τη συνάθροιση πολλαπλών ερωτήσεων τύπου Likert, οι οποίες συγκροτούν ήδη σταθμισμένες κλίμακες μέτρησης με υψηλό επίπεδο εσωτερικής αξιοπιστίας. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι συνολικές βαθμολογίες που προκύπτουν από το άθροισμα ή τον μέσο όρο αρκετών επιμέρους ερωτήσεων μπορούν να αντιμετωπιστούν ως προσεγγιστικά συνεχείς ποσοτικές μεταβλητές, ιδίως όταν συνοδεύονται από υψηλή εσωτερική συνοχή και επαρκές μέγεθος δείγματος.

Παράλληλα, η οπτική διερεύνηση των θηκογραμμάτων δεν ανέδειξε σοβαρές ασυμμετρίες ή εκτεταμένη παρουσία ακραίων τιμών που θα μπορούσαν να επηρεάσουν ουσιωδώς την εγκυρότητα των παραμετρικών μεθόδων. Επιπλέον, οι παραμετρικές δοκιμασίες που χρησιμοποιήθηκαν στη συνέχεια της ανάλυσης, όπως ο έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα, η ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA), ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson και η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, θεωρούνται ιδιαίτερα ανθεκτικές (robust) σε ήπιες παραβιάσεις της υπόθεσης κανονικότητας, ιδιαίτερα όταν το μέγεθος του δείγματος είναι επαρκές και οι ομάδες παρουσιάζουν ικανοποιητικό αριθμό παρατηρήσεων.

Επιπρόσθετα, οι παραμετρικές μέθοδοι εμφανίζουν γενικά μεγαλύτερη στατιστική ισχύ σε σύγκριση με τις αντίστοιχες μη παραμετρικές δοκιμασίες και επιτρέπουν την εκτίμηση μεγεθών επίδρασης και την ανάπτυξη πολυπαραγοντικών μοντέλων, τα οποία κρίθηκαν απαραίτητα για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας μελέτης. Η αποκλειστική χρήση μη παραμετρικών δοκιμασιών θα περιόριζε τη δυνατότητα διερεύνησης σύνθετων σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών και θα δυσχέραινε την ερμηνεία των αποτελεσμάτων στο πλαίσιο των στόχων της έρευνας.

Με βάση τα παραπάνω, κρίθηκε ότι οι αποκλίσεις από την κανονική κατανομή δεν ήταν τέτοιας έκτασης ώστε να επιβάλλουν την αποκλειστική χρήση μη παραμετρικών στατιστικών δοκιμασιών. Ως εκ τούτου, επιλέχθηκε η εφαρμογή παραμετρικών μεθόδων στις επόμενες φάσεις της ανάλυσης, δεδομένου ότι η επιλογή αυτή είναι θεωρητικά τεκμηριωμένη, στατιστικά αποδεκτή και σύμφωνη με τη συνήθη πρακτική της διεθνούς βιβλιογραφίας σε αντίστοιχες έρευνες στον χώρο της υγείας.

5.5 Διερεύνηση ερευνητικών ερωτημάτων

5.5.1 Επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας των εργαζομένων

Στην παρούσα ενότητα εξετάζεται το επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας των εργαζομένων του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο», μέσω της κλίμακας eHEALS. Για το σκοπό αυτό παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής «eheals», προκειμένου να αποτυπωθεί το επίπεδο των αντιλαμβανόμενων ψηφιακών δεξιοτήτων των συμμετεχόντων στην αναζήτηση, αξιολόγηση και αξιοποίηση πληροφοριών υγείας μέσω του διαδικτύου.

Πίνακας 6. Περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής ψηφιακής υγειονομικής παιδείας (eHEALS).

Μεταβλητή	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
eheals	1	5	3.619	0.894

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του πίνακα, η μέση τιμή της μεταβλητής «eheals» ήταν σχετικά υψηλή (Μ.Τ.=3,619, Τ.Α.=0,894), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες εμφανίζουν ικανοποιητικό έως υψηλό επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας. Παράλληλα, η σχετικά περιορισμένη διασπορά των τιμών δείχνει ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν παρουσίασαν ιδιαίτερα μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ τους. Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου διαθέτει σε γενικές γραμμές θετικές αντιλήψεις σχετικά με την ικανότητά του να αναζητά, να αξιολογεί και να αξιοποιεί πληροφορίες υγείας μέσω διαδικτυακών πηγών. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες αισθάνονται σχετικά εξοικειωμένοι με τη χρήση του διαδικτύου για την άντληση πληροφοριών που σχετίζονται με θέματα υγείας και επαγγελματικής πρακτικής, ενώ παράλληλα

εμφανίζουν ικανοποιητικό βαθμό αυτοπεποίθησης ως προς την αξιολόγηση της ποιότητας και της αξιοπιστίας των πληροφοριών που εντοπίζουν. Επιπλέον, η σχετικά υψηλή μέση τιμή της κλίμακας eHEALS ενδέχεται να αντανακλά την αυξημένη ανάγκη αξιοποίησης ψηφιακών εργαλείων και διαδικτυακών πηγών πληροφόρησης στο σύγχρονο νοσοκομειακό περιβάλλον, όπου η άμεση πρόσβαση σε έγκυρη και επικαιροποιημένη πληροφορία αποτελεί σημαντικό στοιχείο της καθημερινής επαγγελματικής πρακτικής των εργαζομένων στον χώρο της υγείας.

5.5.2 Συσχέτιση κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και ψηφιακής υγειονομικής παιδείας

Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας χρησιμοποιήθηκαν συγκριτικές στατιστικές δοκιμασίες. Ειδικότερα, στις περιπτώσεις όπου η ανεξάρτητη μεταβλητή αποτελούνταν από δύο κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t -test), ενώ στις περιπτώσεις όπου η ανεξάρτητη μεταβλητή περιλάμβανε περισσότερες από δύο κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA). Παρότι οι έλεγχοι κανονικότητας που παρουσιάστηκαν στην προηγούμενη ενότητα δεν επιβεβαίωσαν πλήρως την υπόθεση της κανονικής κατανομής για όλες τις μεταβλητές, επιλέχθηκε η εφαρμογή παραμετρικών στατιστικών δοκιμασιών, δεδομένης της ανθεκτικότητάς τους (robustness) σε ήπιες αποκλίσεις από την κανονικότητα, του επαρκούς μεγέθους του δείγματος ($N=179$) και της φύσης των εξεταζόμενων μεταβλητών ως συνολικών βαθμολογιών ψυχομετρικών κλιμάκων που προέκυψαν από τη συνάθροιση πολλαπλών ερωτήσεων τύπου Likert. Η επιλογή αυτή είναι σύμφωνη με τη διεθνή βιβλιογραφία και επιτρέπει την αξιοποίηση στατιστικών μεθόδων με μεγαλύτερη ισχύ για τη διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας μελέτης.

Αρχικά διερευνήθηκε η πιθανή διαφοροποίηση του επιπέδου της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας ως προς το φύλο των συμμετεχόντων. Για το σκοπό αυτό εφαρμόστηκε ο έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (Independent Samples t-test), προκειμένου να εξεταστεί κατά πόσο υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μέση τιμή της μεταβλητής «eheals» μεταξύ ανδρών και γυναικών εργαζομένων. Τα αποτελέσματα εμφανίζονται παρακάτω στον πίνακα 7.

Πίνακας 7. Έλεγχος t για δύο ανεξάρτητα δείγματα ως προς το φύλο.

Μεταβλητή	Ισότητα		Τιμή ελέγχου (t)	p-value	Συμπέρασμα
	διασπορών (Levene's test)	Διαφορά Μέσων			
Eheals	NAI	0.013	0.079	0.937	Μη σημαντική επίδραση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 7, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας ως προς το φύλο των συμμετεχόντων ($t=0,079$, $p=0,937$). Επιπλέον, ο έλεγχος Levene έδειξε ότι πληρούται η υπόθεση ισότητας των διασπορών μεταξύ των δύο ομάδων. Συνεπώς, το φύλο δε φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας των εργαζομένων.

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η πιθανή διαφοροποίηση του επιπέδου της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας ως προς την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων. Δεδομένου ότι η συγκεκριμένη ανεξάρτητη μεταβλητή περιλάμβανε περισσότερες από δύο κατηγορίες, εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA), προκειμένου να εξεταστεί κατά πόσο υπάρχουν στατιστικά σημαντικές

διαφορές στη μέση τιμή της μεταβλητής «eheals» μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω στον πίνακα 8.

Πίνακας 8. Ανάλυση της διακύμανσης ως προς την ηλικιακή ομάδα.

Μεταβλητή	Τιμή ελέγχου (F)	p-value	Συμπέρασμα
Eheals	8.423	<0.001	Σημαντική επίδραση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 8, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων των συμμετεχόντων ($F=8,423$, $p<0,001$). Για τον περαιτέρω εντοπισμό των διαφορών μεταξύ των ομάδων πραγματοποιήθηκε post hoc έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων με τη μέθοδο Tukey HSD. Τα αποτελέσματα του post hoc ελέγχου έδειξαν ότι η ηλικιακή ομάδα 51 ετών και άνω παρουσίασε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα 24–30 ετών ($p=0,002$) και την ηλικιακή ομάδα 31–40 ετών ($p<0,001$). Επιπλέον, η ηλικιακή ομάδα 41–50 ετών παρουσίασε επίσης χαμηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας σε σύγκριση με την ηλικιακή ομάδα 31–40 ετών ($p=0,021$). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υπόλοιπων ηλικιακών ομάδων. Συνεπώς, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η ηλικία φαίνεται να επηρεάζει το επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας, με τις νεότερες ηλικιακές ομάδες να εμφανίζουν γενικά υψηλότερα επίπεδα ψηφιακών δεξιοτήτων σε θέματα υγείας. Οι αναλυτικοί πίνακες των πολλαπλών συγκρίσεων (Tukey HSD) παρατίθενται στο Παράρτημα ΙΙΙ (Πίνακας Α1).

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η πιθανή διαφοροποίηση του επιπέδου της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας ως προς το επίπεδο βασικών σπουδών των συμμετεχόντων. Δεδομένου ότι η συγκεκριμένη ανεξάρτητη μεταβλητή περιλάμβανε περισσότερες από δύο κατηγορίες, εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way

ANOVA), προκειμένου να εξεταστεί κατά πόσο υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μέση τιμή της μεταβλητής «eheals» μεταξύ των διαφορετικών εκπαιδευτικών επιπέδων.

Πίνακας 9. Ανάλυση της διακύμανσης ως προς το επίπεδο βασικών σπουδών.

Μεταβλητή	Τιμή ελέγχου (F)	p-value	Συμπέρασμα
Eheals	8.822	<0.001	Σημαντική επίδραση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 9, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας ως προς το επίπεδο βασικών σπουδών των συμμετεχόντων ($F=8,822$, $p<0,001$). Για τον περαιτέρω εντοπισμό των διαφορών μεταξύ των επιμέρους ομάδων πραγματοποιήθηκε post hoc έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων με τη μέθοδο Tukey HSD. Τα αποτελέσματα του post hoc ελέγχου έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες με πτυχίο ΑΕΙ παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας συγκριτικά τόσο με τους συμμετέχοντες με πτυχίο ΔΕ ($p=0,016$), όσο και με εκείνους που διέθεταν πτυχίο ΑΤΕΙ ($p<0,001$). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των συμμετεχόντων με πτυχίο ΔΕ και εκείνων με πτυχίο ΑΤΕΙ ($p=0,718$). Συνεπώς, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι το επίπεδο βασικών σπουδών φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την ψηφιακή υγειονομική παιδεία των εργαζομένων, με τους συμμετέχοντες υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου να εμφανίζουν αυξημένες ψηφιακές δεξιότητες σε θέματα υγείας.

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η πιθανή διαφοροποίηση του επιπέδου της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας ως προς τις σπουδές των συμμετεχόντων μετά το πτυχίο. Δεδομένου ότι η συγκεκριμένη ανεξάρτητη μεταβλητή περιλάμβανε περισσότερες από δύο κατηγορίες, εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA), προκειμένου να εξεταστεί κατά πόσο υπάρχουν στατιστικά σημαντικές

διαφορές στη μέση τιμή της μεταβλητής «eheals» μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων μεταπτυχιακής ή επαγγελματικής εκπαίδευσης των συμμετεχόντων. Οι αναλυτικές πολλαπλές συγκρίσεις (Post Hoc – Tukey HSD) παρουσιάζονται στο Παράρτημα III (Πίνακας Α2).

Πίνακας 10. Ανάλυση της διακύμανσης ως προς την εκπαίδευση/κατάρτιση των συμμετεχόντων μετά το πτυχίο.

Μεταβλητή	Τιμή ελέγχου (F)	p-value	Συμπέρασμα
Eheals	3.431	0.006	Σημαντική επίδραση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 10, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας ως προς τις σπουδές των συμμετεχόντων μετά το πτυχίο ($F=3,431$, $p=0,006$). Για τον περαιτέρω εντοπισμό των διαφορών μεταξύ των επιμέρους ομάδων πραγματοποιήθηκε post hoc έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων με τη μέθοδο Tukey HSD. Τα αποτελέσματα του post hoc ελέγχου έδειξαν οριακά στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε επίπεδο σημαντικότητας 10% μεταξύ ορισμένων κατηγοριών συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες που διέθεταν δεύτερο πτυχίο παρουσίασαν υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας συγκριτικά με όσους δεν διέθεταν σπουδές μετά το πτυχίο ($p=0,089$). Παρόμοια τάση παρατηρήθηκε και για τους συμμετέχοντες με διδακτορικό τίτλο σπουδών, οι οποίοι εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα ψηφιακής υγειονομικής παιδείας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες χωρίς επιπλέον σπουδές μετά το πτυχίο ($p=0,089$). Συνεπώς, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η περαιτέρω εκπαιδευτική και ακαδημαϊκή κατάρτιση μετά το βασικό πτυχίο φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας των εργαζομένων. Οι αναλυτικές πολλαπλές συγκρίσεις (Post Hoc – Tukey HSD) παρουσιάζονται στο Παράρτημα III (Πίνακας Α3).

Ακολούθως, διερευνήθηκε η πιθανή διαφοροποίηση του επιπέδου της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας ως προς την επαγγελματική θέση των συμμετεχόντων στο νοσοκομείο. Δεδομένου ότι η συγκεκριμένη ανεξάρτητη μεταβλητή περιλάμβανε περισσότερες από δύο κατηγορίες, εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA), προκειμένου να εξεταστεί κατά πόσο υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μέση τιμή της μεταβλητής «eheals» μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων των συμμετεχόντων.

Πίνακας 11. Ανάλυση της διακύμανσης ως προς την επαγγελματική θέση των συμμετεχόντων.

Μεταβλητή	Τιμή ελέγχου (F)	p-value	Συμπέρασμα
Eheals	5.554	<0.001	Σημαντική επίδραση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 11, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας ως προς την επαγγελματική θέση των συμμετεχόντων ($F=5,554$, $p<0,001$). Για τον περαιτέρω εντοπισμό των διαφορών μεταξύ των επιμέρους επαγγελματικών ομάδων πραγματοποιήθηκε post hoc έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων με τη μέθοδο Tukey HSD. Τα αποτελέσματα του post hoc ελέγχου έδειξαν ότι το ιατρικό προσωπικό παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας συγκριτικά με το τεχνικό προσωπικό ($p=0,001$). Επιπλέον, οι νοσηλευτές εμφάνισαν επίσης υψηλότερα επίπεδα ψηφιακής υγειονομικής παιδείας σε σύγκριση με το τεχνικό προσωπικό ($p=0,015$), ενώ αντίστοιχα υψηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν και για τους βοηθούς νοσηλευτών σε σχέση με το τεχνικό προσωπικό ($p=0,016$). Παράλληλα, το διοικητικό προσωπικό παρουσίασε υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας συγκριτικά με το τεχνικό προσωπικό ($p=0,032$). Επιπλέον, σε επίπεδο σημαντικότητας 10%, παρατηρήθηκε οριακά στατιστικά σημαντική

διαφοροποίηση μεταξύ του ιατρικού προσωπικού και των νοσηλευτών ($p=0,055$), με το ιατρικό προσωπικό να εμφανίζει υψηλότερες τιμές στη μεταβλητή «eheals». Συνεπώς, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η επαγγελματική θέση φαίνεται να επηρεάζει το επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας των εργαζομένων, με το τεχνικό προσωπικό να εμφανίζει γενικά χαμηλότερα επίπεδα ψηφιακών δεξιοτήτων σε θέματα υγείας συγκριτικά με τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες. Οι αναλυτικές πολλαπλές συγκρίσεις (Post Hoc – Tukey HSD) παρουσιάζονται στο Παράρτημα III (Πίνακας Α4).

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η πιθανή διαφοροποίηση του επιπέδου της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας ως προς τα συνολικά έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων. Δεδομένου ότι η συγκεκριμένη ανεξάρτητη μεταβλητή περιλάμβανε περισσότερες από δύο κατηγορίες, εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (One-Way ANOVA), προκειμένου να εξεταστεί κατά πόσο υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μέση τιμή της μεταβλητής «eheals» μεταξύ εργαζομένων με διαφορετική συνολική επαγγελματική εμπειρία.

Πίνακας 12 Ανάλυση της διακύμανσης ως προς τα συνολικά έτη υπηρεσίας των εργαζομένων.

Μεταβλητή	Τιμή ελέγχου (F)	p-value	Συμπέρασμα
Eheals	2.763	0.020	Σημαντική επίδραση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 12, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας ως προς τα συνολικά έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων ($F=2,763$, $p=0,020$). Για τον περαιτέρω εντοπισμό των διαφορών μεταξύ των επιμέρους ομάδων πραγματοποιήθηκε post hoc έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων με τη μέθοδο Tukey HSD. Τα αποτελέσματα του post hoc

ελέγχου έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι με έως 5 έτη συνολικής υπηρεσίας παρουσίασαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας συγκριτικά με τους εργαζόμενους που διέθεταν 21–30 έτη συνολικής υπηρεσίας ($p=0,045$), καθώς και συγκριτικά με εκείνους που είχαν 31–40 έτη συνολικής υπηρεσίας ($p=0,014$). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των υπόλοιπων κατηγοριών συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας. Συνεπώς, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι τα συνολικά έτη υπηρεσίας φαίνεται να επηρεάζουν το επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας των εργαζομένων, με τους εργαζόμενους μικρότερης συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ψηφιακών δεξιοτήτων σε θέματα υγείας. Οι αναλυτικές πολλαπλές συγκρίσεις (Post Hoc – Tukey HSD) παρουσιάζονται στο Παράρτημα III (Πίνακας Α5).

5.5.3 Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας

Προκειμένου να διερευνηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με το επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας των εργαζομένων, πραγματοποιήθηκε αρχικά έλεγχος συσχέτισης μεταξύ της μεταβλητής «eheals» και των βασικών ποσοτικών μεταβλητών της ανάλυσης. Ειδικότερα, εξετάστηκε η σχέση της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας με τις ανάγκες πληροφόρησης («needs»), τις πηγές πληροφόρησης («sources») και τα εμπόδια στην πληροφόρηση («barriers»). Αρχικά υπολογίστηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson (Pearson correlation coefficient), ο οποίος χρησιμοποιείται ευρέως για τη διερεύνηση της κατεύθυνσης και της έντασης της γραμμικής σχέσης μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι έλεγχοι κανονικότητας δεν επιβεβαίωσαν πλήρως την υπόθεση της κανονικής κατανομής για όλες τις μεταβλητές της ανάλυσης, πραγματοποιήθηκε συμπληρωματικά ανάλυση ευαισθησίας (sensitivity analysis) μέσω του μη παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης Spearman (Spearman's rho). Ο συντελεστής Spearman βασίζεται στις κατατάξεις (ranks) των παρατηρήσεων και δεν προϋποθέτει

κανονική κατανομή των μεταβλητών, παρέχοντας έναν εναλλακτικό τρόπο εκτίμησης της συνάφειας μεταξύ τους.

Η παράλληλη εφαρμογή των δύο συντελεστών συσχέτισης επέτρεψε τη διερεύνηση της σταθερότητας των ευρημάτων και την αξιολόγηση του κατά πόσο τα αποτελέσματα παραμένουν συνεπή ανεξάρτητα από τις παραδοχές της παραμετρικής προσέγγισης. Μέσω της συγκεκριμένης διαδικασίας επιδιώχθηκε όχι μόνο η αποτύπωση της κατεύθυνσης και της έντασης των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών, αλλά και η ενίσχυση της αξιοπιστίας των συμπερασμάτων που προκύπτουν από την ανάλυση. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω στον Πίνακα 13.

Πίνακας 13. Συντελεστές συσχέτισης Pearson και Spearman μεταξύ της μεταβλητής «eheals» και των υπόλοιπων ποσοτικών μεταβλητών της έρευνας.

Μεταβλητή	Τιμή συντελεστή Pearson (r_{xy}) (p-value)	Τιμή συντελεστή Spearman (rho) (p-value)	Συμπέρασμα
Needs	0.438 (<0.001)	0.428 (<0.001)	Σημαντική Θετική Συσχέτιση
Sources	0.463 (<0.001)	0.436 (<0.001)	Σημαντική Θετική Συσχέτιση
Barriers	-0.167 (0.025)	-0.264 (<0.001)	Σημαντική Αρνητική Συσχέτιση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 13, τόσο ο συντελεστής συσχέτισης Pearson όσο και ο μη παραμετρικός συντελεστής Spearman ανέδειξαν παρόμοια πρότυπα συσχέτισης μεταξύ της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας και των βασικών ποσοτικών

μεταβλητών της ανάλυσης. Η συμφωνία των δύο μεθόδων ως προς την κατεύθυνση, το μέγεθος και τη στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων ενισχύει την αξιοπιστία και τη σταθερότητα των ευρημάτων της παρούσας μελέτης και υποδηλώνει ότι τα συμπεράσματα δεν επηρεάζονται ουσιωδώς από πιθανές αποκλίσεις από την κανονική κατανομή των μεταβλητών.

Ειδικότερα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας («eheals») και των αναγκών πληροφόρησης («needs»), τόσο με βάση τον συντελεστή Pearson ($r=0,438$, $p<0,001$), όσο και με βάση τον συντελεστή Spearman ($\rho=0,428$, $p<0,001$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι εργαζόμενοι που εμφανίζουν αυξημένες ανάγκες αναζήτησης πληροφοριών σχετικά με ζητήματα επαγγελματικής πρακτικής, επιστημονικής ενημέρωσης και λήψης αποφάσεων τείνουν να διαθέτουν υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας. Η σχεδόν ταυτόσημη εκτίμηση των δύο συντελεστών καταδεικνύει ότι η συγκεκριμένη σχέση είναι ιδιαίτερα σταθερή και δεν εξαρτάται από τις παραδοχές της παραμετρικής προσέγγισης.

Παράλληλα, διαπιστώθηκε επίσης στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «eheals» και των πηγών πληροφόρησης («sources»). Συγκεκριμένα, ο συντελεστής Pearson έλαβε τιμή $r=0,463$ ($p<0,001$), ενώ ο συντελεστής Spearman τιμή $\rho=0,436$ ($p<0,001$). Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι οι εργαζόμενοι που αξιοποιούν συχνότερα και σε μεγαλύτερο βαθμό διαφορετικές πηγές πληροφόρησης, όπως επιστημονικά περιοδικά, εξειδικευμένες ιστοσελίδες, βιβλιοθήκες, συνέδρια και επαγγελματίες υγείας, εμφανίζουν και υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας. Η μικρή διαφορά μεταξύ των δύο συντελεστών επιβεβαιώνει ότι η συγκεκριμένη σχέση παραμένει συνεπής ανεξάρτητα από τη μέθοδο εκτίμησης της συσχέτισης.

Αντίθετα, τα εμπόδια στην πληροφόρηση («barriers») παρουσίασαν στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ψηφιακή υγειονομική παιδεία. Ειδικότερα, ο συντελεστής Pearson έδειξε ασθενή αλλά στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ($r=-0,167$, $p=0,025$), ενώ ο συντελεστής Spearman ανέδειξε ισχυρότερη αρνητική συσχέτιση ($\rho=-0,264$, $p<0,001$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι όσο αυξάνονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι κατά την αναζήτηση και αξιοποίηση

πληροφοριών – όπως η έλλειψη χρόνου, οι δυσκολίες πρόσβασης ή η περιορισμένη εξοικείωση με τις τεχνολογίες πληροφόρησης – τόσο χαμηλότερο τείνει να είναι το επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας τους. Η μεγαλύτερη τιμή του συντελεστή Spearman υποδηλώνει ότι η μονοτονική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών ενδέχεται να είναι εντονότερη από τη γραμμική τους συσχέτιση, χωρίς ωστόσο να μεταβάλλεται η ουσία του συμπεράσματος. Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ανάγκες και οι πηγές πληροφόρησης λειτουργούν ενισχυτικά ως προς την ανάπτυξη και διατήρηση υψηλότερου επιπέδου ψηφιακής υγειονομικής παιδείας, ενώ τα εμπόδια στην πληροφόρηση φαίνεται να λειτουργούν ανασταλτικά. Η συμφωνία μεταξύ των παραμετρικών και μη παραμετρικών εκτιμήσεων ενισχύει περαιτέρω την εγκυρότητα των ευρημάτων και επιβεβαιώνει ότι οι παρατηρούμενες σχέσεις αντανακλούν σταθερά πρότυπα συμπεριφοράς και στάσεων των εργαζομένων απέναντι στην αναζήτηση και αξιοποίηση πληροφοριών υγείας.

Μετά τη διερεύνηση των διμεταβλητών συσχετίσεων, πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ψηφιακή υγειονομική παιδεία («eheals»), προκειμένου να διερευνηθεί η ανεξάρτητη συμβολή των επιμέρους παραγόντων στη διαμόρφωση του επιπέδου της. Ως υποψήφιες ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν οι ανάγκες πληροφόρησης («needs»), οι πηγές πληροφόρησης («sources») και τα εμπόδια στην πληροφόρηση («barriers»).

Η επιλογή των μεταβλητών στο τελικό μοντέλο πραγματοποιήθηκε με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης (stepwise selection), η οποία επιτρέπει τον εντοπισμό των μεταβλητών που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της εξαρτημένης μεταβλητής, λαμβάνοντας υπόψη τη συνεισφορά κάθε παράγοντα παρουσία των υπολοίπων. Για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή παρουσιάζονται οι συντελεστές παλινδρόμησης (β), τα τυπικά σφάλματα εκτίμησης (SE), οι αντίστοιχες τιμές ελέγχου και τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας.

Επιπλέον, εξετάστηκε η βασική προϋπόθεση της απουσίας πολυσυγγραμμικότητας μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών μέσω του παράγοντα πληθωρισμού της διακύμανσης (Variance Inflation Factor – VIF). Τιμές VIF μικρότερες του 5 θεωρήθηκαν ενδεικτικές απουσίας σημαντικών προβλημάτων πολυσυγγραμμικότητας. Η διαδικασία διαδοχικής ένταξης ολοκληρώθηκε σε τρία διαδοχικά βήματα, με τις

μεταβλητές «sources», «barriers» και «needs» να εισάγονται προοδευτικά στο μοντέλο και να διατηρούνται όλες στο τελικό στάδιο της ανάλυσης, γεγονός που υποδηλώνει τη σταθερή και ανεξάρτητη συμβολή τους στην πρόβλεψη του επιπέδου της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 14.

Πίνακας 14. Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης (stepwise) και εξαρτημένη μεταβλητή την «eheals».

Ανεξάρτητη Μεταβλητή	Τιμή συντελεστή (β)	Τυπικό σφάλμα (SE)	t στατιστική	p-value	VIF
Sources	0.341	0.099	3.443	0.001	2.149
Barriers	-0.238	0.072	-3.327	0.001	1.009
Needs	0.201	0.086	2.331	0.021	2.142

Σημείωση: Εξαρτημένη μεταβλητή του μοντέλου ήταν η «eheals». Το τελικό μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό ($F=22.839$, $p<0.001$) και ερμήνευε το 28,1% της συνολικής διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής ($R^2=0.281$, $Adjusted R^2=0.269$). Οι τιμές του δείκτη VIF κυμάνθηκαν από 1.009 έως 2.149, υποδηλώνοντας απουσία σημαντικών προβλημάτων πολυσυγγραμμικότητας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 14, η διαδικασία διαδοχικής ένταξης (stepwise) ανέδειξε ως στατιστικά σημαντικούς και ανεξάρτητους παράγοντες που σχετίζονται με το επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας τις πηγές πληροφόρησης («sources»), τα εμπόδια στην πληροφόρηση («barriers») και τις ανάγκες πληροφόρησης («needs»). Το τελικό μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό ($F=22,839$, $p<0,001$) και ερμήνευε το 28,1% της συνολικής διακύμανσης της

εξαρτημένης μεταβλητής ($R^2=0,281$), γεγονός που υποδηλώνει ικανοποιητική ερμηνευτική ικανότητα για δεδομένα κοινωνικών επιστημών.

Ειδικότερα, οι πηγές πληροφόρησης («sources») αποτέλεσαν τον ισχυρότερο θετικό προβλεπτικό παράγοντα της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας ($\beta=0,341$, $SE=0,099$, $p=0,001$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι εργαζόμενοι που αξιοποιούν συχνότερα και σε μεγαλύτερο βαθμό διαφορετικές πηγές πληροφόρησης τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας.

Παράλληλα, τα εμπόδια στην πληροφόρηση («barriers») εμφάνισαν αρνητική και στατιστικά σημαντική επίδραση στην ψηφιακή υγειονομική παιδεία ($\beta=-0,238$, $SE=0,072$, $p=0,001$), γεγονός που δείχνει ότι η αύξηση των δυσκολιών στην αναζήτηση και αξιοποίηση πληροφοριών σχετίζεται με χαμηλότερο επίπεδο ψηφιακών δεξιοτήτων υγείας.

Τέλος, οι ανάγκες πληροφόρησης («needs») παρέμειναν επίσης στο τελικό μοντέλο ως ανεξάρτητος θετικός προβλεπτικός παράγοντας ($\beta=0,201$, $SE=0,086$, $p=0,021$), υποδηλώνοντας ότι οι εργαζόμενοι με αυξημένες ανάγκες αναζήτησης πληροφοριών τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας, ακόμη και μετά τον έλεγχο της επίδρασης των υπόλοιπων μεταβλητών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι τιμές του δείκτη VIF ήταν χαμηλές (1,009–2,149), γεγονός που υποδηλώνει απουσία σημαντικών προβλημάτων πολυσυγγραμμικότητας μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών. Επιπλέον, το γεγονός ότι η διαδικασία stepwise κατέληξε στο ίδιο τελικό σύνολο μεταβλητών με εκείνο της αρχικής πολυπαραγοντικής ανάλυσης ενισχύει τη σταθερότητα και την αξιοπιστία των ευρημάτων της παρούσας μελέτης. Οι αναλυτικοί διαγνωστικοί έλεγχοι του μοντέλου γραμμικής παλινδρόμησης (έλεγχος πολυσυγγραμμικότητας, Condition Index και λοιποί διαγνωστικοί δείκτες), συμπεριλαμβανομένων των δεικτών ανοχής (Tolerance), VIF και Condition Index, παρατίθενται στο Παράρτημα Α (Πίνακας Α6).

5.5.4 Αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με την ψηφιακή πληροφορία και τις διαδικτυακές πηγές υγείας

Στην παρούσα ενότητα εξετάζονται οι αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με τη χρησιμότητα και τη σημασία της διαδικτυακής πληροφορίας υγείας, αξιοποιώντας τις τρεις τελευταίες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, οι οποίες αφορούν: α) τη χρησιμότητα του διαδικτύου στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την προσωπική υγεία, β) τη χρησιμότητα του διαδικτύου στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών και γ) τη σημασία της δυνατότητας πρόσβασης σε διαδικτυακές πηγές πληροφόρησης σχετικές με θέματα υγείας. Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις, παρότι αποτελούν μεμονωμένα ερωτήματα και όχι συγκροτημένη ψυχομετρική κλίμακα, κρίθηκε σκόπιμο να αναλυθούν αυτοτελώς, καθώς αποτυπώνουν άμεσα τις στάσεις και τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων απέναντι στη χρήση της ψηφιακής πληροφορίας στον χώρο της υγείας. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων καταγράφηκαν μέσω πενταβάθμιας κλίμακας Likert. Παρότι οι μεταβλητές τύπου Likert θεωρούνται θεωρητικά διατακτικές (ordinal), στη διεθνή βιβλιογραφία είναι ιδιαίτερα συχνή η προσέγγισή τους ως προσεγγιστικά συνεχών ποσοτικών μεταβλητών, ιδίως όταν χρησιμοποιούνται πενταβάθμιες ή επταβάθμιες κλίμακες και το μέγεθος του δείγματος είναι επαρκώς μεγάλο. Στην παρούσα έρευνα, το συνολικό μέγεθος δείγματος ($N=179$) θεωρείται ικανοποιητικό ώστε, βάσει του Κεντρικού Οριακού Θεωρήματος (Central Limit Theorem), να υποστηρίζεται η εφαρμογή παραμετρικών στατιστικών τεχνικών για την ανάλυση των συγκεκριμένων μεταβλητών.

Επιπλέον, η συγκεκριμένη προσέγγιση ακολουθήθηκε με συνέπεια και στο σύνολο της στατιστικής ανάλυσης της παρούσας εργασίας, τόσο στις αναλύσεις συσχέτισης όσο και στις συγκριτικές δοκιμασίες και στην πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Αρχικά πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση των τριών μεταβλητών, μέσω της παρουσίασης βασικών περιγραφικών μέτρων, όπως η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή. Στη συνέχεια, προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των εργαζομένων σχετικά με τη διαδικτυακή πληροφορία και του επιπέδου της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας, πραγματοποιήθηκε έλεγχος

γραμμικής συσχέτισης Pearson μεταξύ των τριών μεταβλητών και της μεταβλητής «eheals». Μέσω της συγκεκριμένης διαδικασίας επιδιώχθηκε να διερευνηθεί κατά πόσο οι εργαζόμενοι με υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας εμφανίζουν και περισσότερο θετικές αντιλήψεις σχετικά με τη χρησιμότητα και τη σημασία των διαδικτυακών πηγών πληροφόρησης σε θέματα υγείας.

Αρχικά παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα των τριών μεταβλητών «health decisions», «patient care» και «online access», οι οποίες αφορούν τις αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με τη χρησιμότητα και τη σημασία της διαδικτυακής πληροφορίας υγείας. Ειδικότερα, η μεταβλητή «health decisions» αποτυπώνει τη χρησιμότητα του διαδικτύου στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την προσωπική υγεία, η μεταβλητή «patient care» τη χρησιμότητα του διαδικτύου στη φροντίδα των ασθενών, ενώ η μεταβλητή «online access» τη σημασία της δυνατότητας πρόσβασης σε διαδικτυακές πηγές πληροφόρησης σχετικές με θέματα υγείας. Η παρουσίαση των μέσων τιμών και των δεικτών διασποράς των μεταβλητών επιτρέπει την αποτύπωση του γενικού επιπέδου αποδοχής και αξιολόγησης της χρησιμότητας των διαδικτυακών πηγών πληροφόρησης από τους συμμετέχοντες. Παράλληλα, η εξέταση των περιγραφικών μέτρων συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των στάσεων των εργαζομένων απέναντι στη χρήση του διαδικτύου για σκοπούς ενημέρωσης και λήψης αποφάσεων σχετικών με την υγεία και τη φροντίδα ασθενών. Τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 15. Περιγραφικά μέτρα των μεταβλητών που αφορούν τις αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με τη διαδικτυακή πληροφορία υγείας.

Μεταβλητή	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Health decisions	1	5	3.11	1.197
Patient care	1	5	2.99	1.252
Online access	1	5	3.84	1.101

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 15, οι συμμετέχοντες εμφανίζουν συνολικά θετικές αντιλήψεις σχετικά με τη χρησιμότητα και τη σημασία της διαδικτυακής πληροφορίας υγείας. Ειδικότερα, η υψηλότερη μέση τιμή παρατηρήθηκε στη μεταβλητή «online access» (M.T.=3,84, T.A.=1,101), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι εργαζόμενοι αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στη δυνατότητα πρόσβασης σε διαδικτυακές πηγές πληροφόρησης σχετικές με θέματα υγείας. Παράλληλα, η μεταβλητή «health decisions» παρουσίασε μέση τιμή ίση με 3,11 (T.A.=1,197), γεγονός που δείχνει ότι οι συμμετέχοντες αξιολογούν σχετικά θετικά τη χρησιμότητα του διαδικτύου στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την προσωπική τους υγεία. Αντίστοιχα, η μεταβλητή «patient care» παρουσίασε μέση τιμή ίση με 2,99 (T.A.=1,252), γεγονός που υποδηλώνει μια περισσότερο ουδέτερη προς θετική στάση σχετικά με τη χρησιμότητα του διαδικτύου στη φροντίδα των ασθενών. Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι του οργανισμού αναγνωρίζουν τη σημασία της διαδικτυακής πληροφορίας στον χώρο της υγείας και εμφανίζουν γενικά θετικές στάσεις απέναντι στην αξιοποίηση των ψηφιακών πηγών πληροφόρησης.

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των εργαζομένων σχετικά με τη διαδικτυακή πληροφορία υγείας και του επιπέδου της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας. Για τον σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε αρχικά έλεγχος γραμμικής συσχέτισης Pearson μεταξύ της μεταβλητής «ehealth» και των μεταβλητών «health decisions», «patient care» και «online access», προκειμένου να εξεταστεί κατά πόσο οι εργαζόμενοι με υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας εμφανίζουν και περισσότερο θετικές αντιλήψεις απέναντι στη χρησιμότητα και σημασία των διαδικτυακών πηγών πληροφόρησης σε θέματα υγείας. Δεδομένου ότι οι τρεις μεταβλητές προέρχονται από μεμονωμένα ερωτήματα πενταβάθμιας κλίμακας Likert, πραγματοποιήθηκε επιπρόσθετα ανάλυση ευαισθησίας μέσω του μη παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης Spearman (Spearman's rho), προκειμένου να αξιολογηθεί η σταθερότητα των ευρημάτων ανεξάρτητα από τις παραδοχές της παραμετρικής προσέγγισης. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο συντελεστών επέτρεψε τη διερεύνηση του κατά πόσο οι παρατηρούμενες σχέσεις παραμένουν συνεπείς τόσο ως

προς την κατεύθυνση όσο και ως προς τη στατιστική σημαντικότητά τους. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 16.

Πίνακας 16. Συντελεστές συσχέτισης Pearson και Spearman μεταξύ της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας («eheals») και των αντιλήψεων των εργαζομένων σχετικά με τη διαδικτυακή πληροφορία υγείας.

Μεταβλητή	Τιμή συντελεστή Pearson (r_{xy}) (p-value)	Τιμή συντελεστή Spearman (rho) (p-value)	Συμπέρασμα
Health decisions	0.363 (<0.001)	0.374 (<0.001)	Σημαντική Θετική Συσχέτιση
Patient care	0.402 (<0.001)	0.388 (<0.001)	Σημαντική Θετική Συσχέτιση
Online access	0.494 (<0.001)	0.450 (<0.001)	Σημαντική Θετική Συσχέτιση

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 16, τόσο ο συντελεστής συσχέτισης Pearson όσο και ο μη παραμετρικός συντελεστής Spearman ανέδειξαν ιδιαίτερα συνεπή πρότυπα συσχέτισης μεταξύ της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας και των αντιλήψεων των εργαζομένων σχετικά με τη διαδικτυακή πληροφορία υγείας. Η συμφωνία των δύο μεθόδων ως προς την κατεύθυνση, το μέγεθος και τη στατιστική σημαντικότητα των συσχετίσεων ενισχύει την αξιοπιστία και τη σταθερότητα των ευρημάτων της παρούσας μελέτης και υποδηλώνει ότι τα συμπεράσματα δεν επηρεάζονται ουσιωδώς από πιθανές αποκλίσεις από την κανονική κατανομή των μεταβλητών.

Ειδικότερα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας («eheals») και της μεταβλητής «health decisions», η οποία αποτυπώνει τη χρησιμότητα του διαδικτύου στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την προσωπική υγεία. Συγκεκριμένα, ο συντελεστής Pearson έλαβε τιμή $r=0,363$ ($p<0,001$), ενώ ο συντελεστής Spearman τιμή $\rho=0,374$ ($p<0,001$). Το εύρημα αυτό

υποδηλώνει ότι οι εργαζόμενοι με υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας τείνουν να αξιολογούν θετικότερα τη συμβολή του διαδικτύου στη λήψη αποφάσεων που αφορούν ζητήματα προσωπικής υγείας.

Παράλληλα, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής «eheals» και της μεταβλητής «patient care», η οποία αναφέρεται στη χρησιμότητα του διαδικτύου για τη φροντίδα των ασθενών. Ειδικότερα, ο συντελεστής Pearson έλαβε τιμή $r=0,402$ ($p<0,001$), ενώ ο συντελεστής Spearman τιμή $\rho=0,388$ ($p<0,001$). Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι οι εργαζόμενοι με υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας εμφανίζουν περισσότερο θετικές αντιλήψεις σχετικά με τη συμβολή των διαδικτυακών πηγών πληροφόρησης στη βελτίωση της φροντίδας και της υποστήριξης των ασθενών.

Τέλος, η ισχυρότερη θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της μεταβλητής «eheals» και της μεταβλητής «online access», η οποία αποτυπώνει τη σημασία που αποδίδουν οι εργαζόμενοι στη δυνατότητα πρόσβασης σε διαδικτυακές πηγές πληροφόρησης σχετικές με θέματα υγείας. Ο συντελεστής Pearson έλαβε τιμή $r=0,494$ ($p<0,001$), ενώ ο συντελεστής Spearman τιμή $\rho=0,450$ ($p<0,001$). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας των εργαζομένων, τόσο μεγαλύτερη σημασία αποδίδουν στη διαθεσιμότητα και στην εύκολη πρόσβαση σε έγκυρες διαδικτυακές πηγές πληροφόρησης.

Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι με υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας εμφανίζουν περισσότερο θετικές στάσεις απέναντι στη χρησιμότητα και τη σημασία της διαδικτυακής πληροφορίας υγείας. Η υψηλή συμφωνία μεταξύ των παραμετρικών και μη παραμετρικών εκτιμήσεων ενισχύει περαιτέρω την εγκυρότητα των ευρημάτων και επιβεβαιώνει ότι οι παρατηρούμενες σχέσεις αντανακλούν σταθερά πρότυπα αντιλήψεων και στάσεων των εργαζομένων απέναντι στην αξιοποίηση της ψηφιακής πληροφορίας στο χώρο της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η παρούσα έρευνα επιχείρησε να διερευνήσει το επίπεδο ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας των εργαζομένων του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο», εστιάζοντας όχι μόνο στην τεχνική χρήση ψηφιακών εργαλείων αλλά και στον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται την ικανότητά τους να αναζητούν, να αξιολογούν και να αξιοποιούν πληροφορίες υγείας μέσω διαδικτυακών πηγών. Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν μια συνολικά θετική εικόνα ως προς το επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας του προσωπικού, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι οι πληροφοριακές δεξιότητες κατανέμονται ομοιόμορφα μεταξύ όλων των επαγγελματικών ομάδων και όλων των εργαζομένων.

Η μέση τιμή της μεταβλητής eHEALS καταγράφηκε στο 3,619 με τυπική απόκλιση 0,894, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες θεωρούν πως διαθέτουν σχετικά ικανοποιητική ικανότητα αναζήτησης και αξιοποίησης ψηφιακών πληροφοριών υγείας. Το εύρημα αυτό παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον αν εξεταστεί μέσα στο σύγχρονο περιβάλλον λειτουργίας των νοσοκομειακών οργανισμών. Τα τελευταία χρόνια, οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα ήρθαν αντιμέτωποι με έναν ταχύ ψηφιακό μετασχηματισμό, ο οποίος δεν περιορίστηκε μόνο στην εισαγωγή πληροφοριακών συστημάτων αλλά επηρέασε συνολικά τον τρόπο πρόσβασης στη γνώση, τη διαχείριση δεδομένων και την καθημερινή κλινική πρακτική. Η μετάβαση αυτή έγινε σε μεγάλο βαθμό μέσα σε συνθήκες πίεσης και συνεχών οργανωσιακών αλλαγών, χωρίς πάντοτε να συνοδεύεται από αντίστοιχη συστηματική εκπαίδευση.

Αυτό είναι σημαντικό, διότι η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία τελικά δεν ταυτίζεται με την απλή χρήση της τεχνολογίας. Όπως επισημαίνουν οι Norman και Skinner, η ηλεκτρονική υγειονομική παιδεία συνδυάζει πληροφοριακές, επιστημονικές, τεχνολογικές και αναλυτικές δεξιότητες και αφορά στη δυνατότητα του ατόμου να εντοπίζει, να κατανοεί και να αξιολογεί την ψηφιακή πληροφορία υγείας με τρόπο λειτουργικό και ασφαλή (Norman & Skinner, 2006, σσ. 2-4). Επομένως, η σχετικά

υψηλή βαθμολογία της κλίμακας eHEALS δεν πρέπει να ερμηνεύεται ως πλήρης πληροφοριακή επάρκεια, αλλά περισσότερο ως ένδειξη λειτουργικής εξοικείωσης των εργαζομένων με το ψηφιακό περιβάλλον της υγείας.

Η διάκριση αυτή αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία στο πλαίσιο ενός αντικαρκινικού νοσοκομείου καθώς η ογκολογία αποτελεί έναν από τους πλέον απαιτητικούς τομείς της σύγχρονης ιατρικής, αφού η επιστημονική γνώση μεταβάλλεται συνεχώς και έτσι η πρόσβαση σε επικαιροποιημένα δεδομένα είναι απαραίτητη για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται καθημερινά να διαχειριστούν πληροφορίες που αφορούν νέα θεραπευτικά πρωτόκολλα, βιοδείκτες, στοχευμένες θεραπείες και αποτελέσματα κλινικών μελετών. Μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον, η πληροφοριακή παιδεία αποκτά άμεση επαγγελματική διάσταση και δεν περιορίζεται σε θεωρητικό επίπεδο.

Παρότι τα συνολικά αποτελέσματα της έρευνας κινούνται σε θετική κατεύθυνση, οι στατιστικές αναλύσεις ανέδειξαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις επαγγελματικές ομάδες των συμμετεχόντων. Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε στατιστικά σημαντική επίδραση της επαγγελματικής θέσης στο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας, με $F=5,554$ και $p<0,001$. Η παρατήρηση αυτή δεν προκαλεί καμία έκπληξη. Οι πληροφοριακές ανάγκες ενός ιατρού, ενός νοσηλευτή ή ενός διοικητικού υπαλλήλου διαφέρουν ουσιαστικά μεταξύ τους. Οι γιατροί, για παράδειγμα, είναι πιθανότερο να έρχονται συχνότερα σε επαφή με διεθνείς βάσεις δεδομένων, κατευθυντήριες οδηγίες και επιστημονική βιβλιογραφία, ενώ οι άλλες επαγγελματικές ομάδες χρησιμοποιούν περισσότερο πληροφοριακά εργαλεία διοικητικής ή λειτουργικής φύσης.

Ωστόσο, η διαφοροποίηση αυτή δεν πρέπει να ερμηνευθεί μονοδιάστατα. Η πληροφοριακή συμπεριφορά διαμορφώνεται μέσα από ένα ευρύτερο σύνολο εμπειριών, επαγγελματικών απαιτήσεων και οργανωσιακών πρακτικών. Σύμφωνα με τον Wilson, η πληροφοριακή ανάγκη δεν εμφανίζεται αποκομμένα από το κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον αλλά επηρεάζεται από παράγοντες όπως η επαγγελματική πίεση, η πρόσβαση σε πηγές, η κουλτούρα του οργανισμού και τα ατομικά κίνητρα

(Wilson, 1997). Στο περιβάλλον ενός δημόσιου νοσοκομείου, όπου η έλλειψη χρόνου και η εργασιακή επιβάρυνση αποτελούν καθημερινή πραγματικότητα, η δυνατότητα συστηματικής αναζήτησης επιστημονικής πληροφορίας συχνά περιορίζεται.

Το δεδομένο αυτό φαίνεται να συνδέεται και με τη σχέση ανάμεσα στην ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία και στις αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με τη διαδικτυακή πληροφορία υγείας. Οι συσχετίσεις που καταγράφηκαν ήταν στατιστικά σημαντικές και θετικές. Πιο ειδικά, η ισχυρότερη συσχέτιση εμφανίστηκε μεταξύ της eHEALS και της μεταβλητής online access με $r=0,494$ και $p<0,001$, ενώ θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε και με τις μεταβλητές patient care και health decisions. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι που αισθάνονται μεγαλύτερη άνεση στη χρήση ψηφιακών πληροφοριών τείνουν να αντιλαμβάνονται τη διαδικτυακή πληροφορία ως χρήσιμο εργαλείο τόσο για τη φροντίδα των ασθενών όσο και για τη λήψη επαγγελματικών αποφάσεων.

Η εικόνα αυτή συνδέεται με τη θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας, σύμφωνα με την οποία η αντίληψη που έχει το άτομο για τις ικανότητές του επηρεάζει άμεσα τη συμπεριφορά του και τη διάθεσή του να εμπλακεί σε συγκεκριμένες δραστηριότητες. Στο πεδίο της υγείας, εργαζόμενοι που θεωρούν ότι μπορούν να αξιολογήσουν και να αξιοποιήσουν ψηφιακή πληροφορία είναι πιθανότερο να αναζητούν συστηματικά νέα επιστημονικά δεδομένα και να συμμετέχουν ενεργότερα σε διαδικασίες τεκμηριωμένης πρακτικής. Ωστόσο, όπως αναφέρει και ο Nutbeam, η πληροφοριακή επάρκεια δεν πρέπει να συγχέεται με την απλή πρόσβαση στην πληροφορία, καθώς η πραγματική υγειονομική παιδεία προϋποθέτει κριτική κατανόηση και δυνατότητα εφαρμογής της γνώσης σε πραγματικές συνθήκες (Nutbeam, 2000).

Σε αυτό το σημείο αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον και η υψηλή αξιοπιστία του εργαλείου μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα. Η υποκλίμακα eHEALS παρουσίασε πολύ υψηλή εσωτερική συνοχή με Cronbach's alpha 0,918, ενώ το συνολικό ερευνητικό εργαλείο εμφάνισε επίσης ικανοποιητική αξιοπιστία με $\alpha=0,851$. Κάτι τέτοιο ενισχύει τη σταθερότητα των ευρημάτων και επιτρέπει ασφαλέστερη ερμηνεία των τάσεων που καταγράφηκαν στο δείγμα. Σύμφωνα με τους Tavakol και

Dennick, τιμές alpha άνω του 0,90 θεωρούνται ένδειξη εξαιρετικής αξιοπιστίας, καθώς δείχνουν ότι τα επιμέρους ερωτήματα μετρούν με συνέπεια την ίδια θεωρητική έννοια (Tavakol & Dennick, 2011,).

Η παρούσα εργασία επομένως αναδεικνύει ότι οι εργαζόμενοι του Θεαγενείου κινούνται μέσα σε ένα σύνθετο πληροφοριακό περιβάλλον, στο οποίο η τεχνολογική εξοικείωση συνυπάρχει με αυξημένες απαιτήσεις αξιολόγησης επιστημονικής γνώσης. Η ύπαρξη σχετικά υψηλών επιπέδων ψηφιακής υγειονομικής παιδείας αποτελεί θετικό στοιχείο, δεν αρκεί όμως από μόνη της για να διασφαλίσει ουσιαστική πληροφοριακή επάρκεια. Αυτό που φαίνεται να αποκτά μεγαλύτερη σημασία είναι η δυνατότητα μετατροπής της διαθέσιμης πληροφορίας σε τεκμηριωμένη επαγγελματική πρακτική μέσα σε ένα περιβάλλον συνεχών επιστημονικών και οργανωσιακών μεταβολών.

Η ερμηνεία των ευρημάτων της έρευνας αποκτά μεγαλύτερο βάθος όταν συνδεθεί με τις συνθήκες λειτουργίας του ελληνικού δημόσιου νοσοκομειακού συστήματος και με τις μεταβολές που έχουν σημειωθεί τα τελευταία χρόνια στον χώρο της ψηφιακής υγείας. Η σταδιακή ενσωμάτωση πληροφοριακών συστημάτων στις μονάδες υγείας, η επέκταση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η χρήση ηλεκτρονικών φακέλων και η αυξανόμενη εξάρτηση από διαδικτυακές πλατφόρμες έχουν αλλάξει αισθητά τον τρόπο εργασίας των επαγγελματιών υγείας. Παρότι οι τεχνολογικές αυτές αλλαγές δημιούργησαν νέες, δυναμικές δυνατότητες πρόσβασης στη γνώση και διευκόλυναν πολλές διοικητικές και κλινικές διαδικασίες, αύξησαν ταυτόχρονα και τις απαιτήσεις που σχετίζονται με τη διαχείριση ψηφιακής πληροφορίας. Αυτό φαίνεται να αντανάκλαται και στην παρούσα μελέτη.

Οι εργαζόμενοι του Θεαγενείου εμφανίζονται σε γενικές γραμμές θετικά διακείμενοι απέναντι στη διαδικτυακή πληροφορία υγείας και αναγνωρίζουν τη χρησιμότητά της για τη φροντίδα των ασθενών και τη λήψη επαγγελματικών αποφάσεων. Ωστόσο, η θετική στάση απέναντι στην ψηφιακή πληροφορία δε σημαίνει απαραίτητα ότι όλοι οι επαγγελματίες διαθέτουν το ίδιο επίπεδο κριτικής επεξεργασίας και αξιολόγησης των διαθέσιμων δεδομένων. Η διαφορά αυτή είναι ουσιαστική. Στη σημερινή εποχή, η πρόσβαση στην πληροφορία είναι σχετικά εύκολη, όμως εκείνο που γίνεται ολοένα πιο

δύσκολο είναι η αξιολόγηση της ποιότητας, της εγκυρότητας και της επιστημονικής αξιοπιστίας της.

Η παρατήρηση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο πεδίο της ογκολογίας γιατί οι ογκολογικοί ασθενείς αποτελούν μία από τις ομάδες που αναζητούν συχνότερα πληροφορίες υγείας μέσω διαδικτύου, κυρίως λόγω της σοβαρότητας της νόσου, της συναισθηματικής φόρτισης και της ανάγκης κατανόησης σύνθετων θεραπευτικών επιλογών. Οι επαγγελματίες υγείας επομένως δε λειτουργούν μόνο ως χρήστες ψηφιακής πληροφορίας αλλά και ως διαμεσολαβητές ανάμεσα στον ασθενή και στο τεράστιο πληροφοριακό περιβάλλον που δημιουργεί το διαδίκτυο. Σε πολλές περιπτώσεις καλούνται να διορθώσουν λανθασμένες αντιλήψεις, να ερμηνεύσουν αντικρουόμενα δεδομένα ή να εξηγήσουν γιατί ορισμένες διαδικτυακές πληροφορίες δεν διαθέτουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση.

Η παραδοχή αυτή συνδέεται άμεσα και με τη σύγχρονη προσέγγιση της evidence based medicine. Σύμφωνα με τον Sackett και τους συνεργάτες του, η τεκμηριωμένη ιατρική δεν περιορίζεται στη χρήση ερευνητικών δεδομένων αλλά αφορά στη σύνθεση επιστημονικής τεκμηρίωσης, κλινικής εμπειρίας και αναγκών του ασθενούς (Sackett et al., 2000,). Για να μπορέσει όμως ένας επαγγελματίας υγείας να συμμετάσχει ουσιαστικά σε αυτή τη διαδικασία, απαιτείται όχι μόνο πρόσβαση σε πληροφορίες αλλά και δυνατότητα αξιολόγησης της ποιότητας των διαθέσιμων δεδομένων. Η πληροφοριακή παιδεία επομένως λειτουργεί ως προϋπόθεση εφαρμογής μιας τεκμηριωμένης πρακτικής.

Στο σημείο αυτό αποκτά μεγάλη σημασία και η συσχέτιση που καταγράφηκε μεταξύ της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας και των αντιλήψεων των εργαζομένων σχετικά με τη διαδικτυακή πληροφορία υγείας. Οι θετικές συσχετίσεις που προέκυψαν δείχνουν ότι όσο αυξάνεται η αντιλαμβανόμενη πληροφοριακή επάρκεια τόσο ενισχύεται και η εμπιστοσύνη των εργαζομένων απέναντι στη χρησιμότητα των ψηφιακών πηγών. Η σχέση αυτή επιβεβαιώνεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία με τον Mitsutake και τους συνεργάτες του να διαπιστώνουν ότι άτομα με υψηλότερο επίπεδο eHealth literacy

εμφανίζουν συχνότερη αναζήτηση πληροφοριών υγείας και μεγαλύτερη εμπλοκή σε συμπεριφορές διαχείρισης υγείας (Mitsutake et al., 2016).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης παρουσιάζουν ενδιαφέρουσες ομοιότητες με προηγούμενες ελληνικές έρευνες που αξιοποίησαν την κλίμακα eHEALS για την αξιολόγηση της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας. Ειδικότερα, η μελέτη των Xesfingi και Vozikis (2016), η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα Ελλήνων πολιτών, ανέδειξε ότι το επίπεδο ηλεκτρονικής υγειονομικής παιδείας συνδέεται σημαντικά με δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία και η εξοικείωση με τη χρήση του διαδικτύου. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι τα άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση και μεγαλύτερη εμπειρία στη χρήση ψηφιακών τεχνολογιών εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα eHealth literacy, γεγονός που συμφωνεί με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, όπου οι εργαζόμενοι με πρόσθετη μετεκπαιδευτική κατάρτιση παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα eHEALS. Επιπλέον, η ελληνική αυτή μελέτη υπογράμμισε ότι η πρόσβαση στην πληροφορία δεν αρκεί από μόνη της για την αποτελεσματική αξιοποίησή της, αλλά απαιτείται συνδυασμός γνωστικών και κριτικών δεξιοτήτων για την αξιολόγηση της ποιότητας των διαδικτυακών πληροφοριών υγείας, στοιχείο που συνάδει με τη θεωρητική προσέγγιση των Norman και Skinner και με την ερμηνεία των ευρημάτων της παρούσας εργασίας.

Πέρα από τη διεθνή βιβλιογραφία, παρόμοια ευρήματα έχουν καταγραφεί και στον ελληνικό χώρο, γεγονός που επιτρέπει την καλύτερη τοποθέτηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας στο εγχώριο ερευνητικό πλαίσιο. Συγκεκριμένα, στη νεότερη ελληνική μελέτη της Katsaliaki (2025), η οποία διερεύνησε τους παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση υπηρεσιών eHealth κατά τη διάρκεια και μετά την πανδημία COVID-19, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ψηφιακή υγειονομική παιδεία αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα τόσο της αντιλαμβανόμενης χρησιμότητας όσο και της ευκολίας χρήσης των ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα eHealth literacy, ενώ η μεγαλύτερη ηλικία συνδεόταν με χαμηλότερη αντιλαμβανόμενη ευκολία χρήσης των ψηφιακών υπηρεσιών. Η διαπίστωση αυτή ενισχύει την ερμηνεία

των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης, καθώς οι εργαζόμενοι που εμφάνιζαν υψηλότερη ψηφιακή υγειονομική παιδεία ήταν ταυτόχρονα περισσότερο θετικοί απέναντι στη χρησιμότητα της διαδικτυακής πληροφορίας για τη φροντίδα των ασθενών και τη λήψη επαγγελματικών αποφάσεων. Η θετική συσχέτιση που καταγράφηκε μεταξύ eHEALS και των μεταβλητών online access, patient care και health decisions φαίνεται να επιβεβαιώνει τη θέση ότι η αυξημένη ψηφιακή υγειονομική παιδεία ενισχύει την αποδοχή και αξιοποίηση των ψηφιακών εργαλείων υγείας.

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με τα παραπάνω ελληνικά δεδομένα υποδηλώνει ότι η ψηφιακή υγειονομική παιδεία αποτελεί πλέον κρίσιμο παράγοντα για την αποτελεσματική λειτουργία τόσο των πολιτών όσο και των επαγγελματιών υγείας στο σύγχρονο ψηφιακό περιβάλλον. Παρά τις διαφορές ως προς τον πληθυσμό μελέτης, τα ευρήματα συγκλίνουν στην άποψη ότι η εκπαίδευση, η διαβίου μάθηση και η συνεχής εξοικείωση με τις ψηφιακές τεχνολογίες συμβάλλουν ουσιαστικά στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αναζήτησης, αξιολόγησης και αξιοποίησης πληροφοριών υγείας. Επομένως, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν αποτελούν μεμονωμένο εύρημα, αλλά εντάσσονται σε ένα ευρύτερο ελληνικό ερευνητικό πλαίσιο που αναδεικνύει τη σημασία της ενίσχυσης της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της τεκμηριωμένης επαγγελματικής πρακτικής.

Παρόλα αυτά, η σχέση ανάμεσα στην ψηφιακή αυτοπεποίθηση και στην πραγματική πληροφοριακή ικανότητα παραμένει σύνθετη. Σε αρκετές περιπτώσεις, η εξοικείωση με τις ψηφιακές τεχνολογίες δημιουργεί μια αίσθηση πληροφοριακής επάρκειας που δεν ανταποκρίνεται πλήρως στην πραγματικότητα. Η καθημερινή χρήση διαδικτύου ή ψηφιακών εφαρμογών μπορεί να ενισχύει την αυτοαντίληψη ικανότητας, χωρίς όμως να συνοδεύεται απαραίτητα από επαρκείς δεξιότητες αξιολόγησης επιστημονικών πηγών. Το στοιχείο αυτό έχει επισημανθεί και από τον Bawden, ο οποίος αναφέρει ότι η ψηφιακή παιδεία περιλαμβάνει όχι μόνο πρόσβαση στην πληροφορία αλλά και κριτική κατανόηση του πληροφοριακού περιβάλλοντος, ικανότητα φιλτραρίσματος και

αξιολόγησης δεδομένων και δυνατότητα αναγνώρισης αναξιόπιστων πηγών (Bawden, 2008,).

Στην ελληνική πραγματικότητα, η δυσκολία αυτή γίνεται ακόμη πιο έντονη λόγω των συνθηκών εργασίας στα δημόσια νοσοκομεία. Η πίεση χρόνου, η έλλειψη προσωπικού, η αυξημένη γραφειοκρατία και η επαγγελματική εξουθένωση περιορίζουν τη δυνατότητα των εργαζομένων να αφιερώσουν χρόνο σε συστηματική βιβλιογραφική αναζήτηση ή σε αξιολόγηση ερευνητικών δεδομένων. Σε ένα περιβάλλον όπου οι επαγγελματίες καλούνται να ανταποκριθούν σε μεγάλο αριθμό περιστατικών μέσα σε περιορισμένο χρονικό πλαίσιο, η πληροφοριακή αναζήτηση συχνά μετατρέπεται σε διαδικασία ταχείας επίλυσης άμεσων αναγκών και όχι σε ολοκληρωμένη ερευνητική πρακτική.

Κάτι τέτοιο είναι δυνατό να ερμηνευθεί και μέσα από το θεωρητικό πλαίσιο της πληροφοριακής συμπεριφοράς. Ο Wilson υποστηρίζει ότι η αναζήτηση πληροφορίας επηρεάζεται από ένα σύνολο εμποδίων που περιλαμβάνουν ψυχολογικούς, οργανωσιακούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Wilson, 1997). Επομένως, η πληροφοριακή παιδεία δε μπορεί να εξετάζεται απομονωμένα από το εργασιακό πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργεί ο επαγγελματίας υγείας. Ακόμη και εργαζόμενοι με υψηλό επίπεδο γνώσεων μπορεί να δυσκολεύονται να αξιοποιήσουν αποτελεσματικά την επιστημονική πληροφορία όταν λειτουργούν σε περιβάλλον συνεχούς πίεσης και αυξημένης επαγγελματικής κόπωσης.

Ένα ακόμη ενδιαφέρον εύρημα της έρευνας αφορά στη σχέση της ψηφιακής πληροφοριακής παιδείας με τη μετεκπαιδευτική κατάρτιση. Οι εργαζόμενοι που διέθεταν επιπλέον εκπαίδευση μετά το βασικό πτυχίο εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα eHEALS. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες που συνδέουν τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση με αυξημένες πληροφοριακές δεξιότητες και μεγαλύτερη ικανότητα αξιοποίησης επιστημονικής γνώσης στην κλινική πράξη (Candy, 2002). Η δια βίου μάθηση φαίνεται επομένως να λειτουργεί όχι μόνο ως μηχανισμός επαγγελματικής εξέλιξης αλλά και ως μέσο προσαρμογής στις απαιτήσεις του νέου ψηφιακού περιβάλλοντος υγείας.

Αυτό το γεγονός, αποκτά ιδιαίτερη σημασία για τη διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας. Η ανάπτυξη πληροφοριακών δεξιοτήτων δε μπορεί να αντιμετωπίζεται αποκλειστικά ως προσωπική ευθύνη του εργαζομένου, αλλά απαιτεί οργανωσιακή υποστήριξη, πρόσβαση σε εκπαιδευτικούς πόρους και καλλιέργεια κουλτούρας συνεχούς μάθησης. Οι οργανισμοί υγείας που επενδύουν σε διαδικασίες επιμόρφωσης και ενισχύουν την πρόσβαση των εργαζομένων σε επιστημονικές πηγές φαίνεται να διευκολύνουν ουσιαστικά την ανάπτυξη πληροφοριακής επάρκειας. Όπως αναφέρει και η Lloyd, η πληροφοριακή παιδεία δεν αναπτύσσεται αφηρημένα αλλά μέσα σε συγκεκριμένα επαγγελματικά περιβάλλοντα και μέσα από κοινωνικές και οργανωσιακές πρακτικές (Lloyd, 2010).

6.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, προκύπτει ότι η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία των εργαζομένων του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο» βρίσκεται σε σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν την ίδια δυνατότητα διαχείρισης και αξιοποίησης ψηφιακής πληροφορίας. Η μελέτη ανέδειξε τελικά ότι η πληροφοριακή επάρκεια επηρεάζεται όντως από παράγοντες όπως η επαγγελματική θέση, η εκπαιδευτική εμπειρία και η μετεκπαιδευτική κατάρτιση, ενώ ταυτόχρονα συνδέεται άμεσα με τις αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με τη χρησιμότητα της διαδικτυακής πληροφορίας στην καθημερινή επαγγελματική πρακτική.

Το εύρημα αυτό, αν εξεταστεί υπό το πρίσμα της σύγχρονης ογκολογικής πραγματικότητας αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς όπως προαναφέρθηκε, η ογκολογία αποτελεί ένα πεδίο στο οποίο η επιστημονική γνώση μεταβάλλεται διαρκώς, και εξαιτίας αυτού, οι θεραπευτικές εξελίξεις είναι συνεχείς. Οπότε οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να προσαρμόζονται σε νέα δεδομένα, να αξιολογούν αποτελέσματα κλινικών μελετών και να διαχειρίζονται σύνθετες πληροφορίες που σχετίζονται με εξατομικευμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Μέσα σε αυτό το περιβάλλον, η

πληροφοριακή παιδεία δε συνδέεται απλώς με την τεχνολογική εξοικείωση, αλλά με την ίδια τη δυνατότητα συμμετοχής σε τεκμηριωμένη και ασφαλή φροντίδα ασθενών.

Η παρούσα εργασία επιβεβαιώνει σαφώς ότι η ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία αποτελεί πολυδιάστατη έννοια. Δεν περιορίζεται στην ικανότητα χρήσης υπολογιστών ή διαδικτυακών εφαρμογών αλλά περιλαμβάνει αναζήτηση, επιλογή, αξιολόγηση, κατανόηση και εφαρμογή πληροφορίας μέσα σε πραγματικές επαγγελματικές συνθήκες. Η προσέγγιση αυτή συμφωνεί με το θεωρητικό πλαίσιο της πληροφοριακής παιδείας, όπως αποτυπώνεται τόσο στο Framework for Information Literacy της ACRL όσο και στις προσεγγίσεις των Zurkowski και Bawden, οι οποίοι αντιμετωπίζουν την πληροφοριακή επάρκεια ως σύνθετη γνωστική και κοινωνική διαδικασία που συνδέεται με την αποτελεσματική χρήση της γνώσης σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο πληροφοριακό περιβάλλον (Zurkowski, 1974, σσ. 4-6· ACRL, 2016, σσ. 7-9· Bawden, 2008, σσ. 17-19).

Η έρευνα ανέδειξε επίσης ότι οι εργαζόμενοι που εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο ψηφιακής υγειονομικής παιδείας τείνουν να αντιμετωπίζουν πιο θετικά τη χρήση διαδικτυακών πηγών στην επαγγελματική πρακτική. Η σχέση αυτή έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, διότι δείχνει ότι η πληροφοριακή αυτοπεποίθηση μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας ενίσχυσης της αναζήτησης επιστημονικής γνώσης και της συμμετοχής σε διαδικασίες δια βίου μάθησης. Ταυτόχρονα όμως, το εύρημα αυτό πρέπει να ερμηνευθεί με προσοχή γιατί η υψηλή αυτοαντιλαμβανόμενη πληροφοριακή ικανότητα δε συνεπάγεται πάντοτε και υψηλό επίπεδο αντικειμενικής αξιολόγησης επιστημονικών δεδομένων. Η σύγχρονη ψηφιακή κουλτούρα δημιουργεί συχνά την αίσθηση επάρκειας λόγω της ευκολίας πρόσβασης στην πληροφορία, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το άτομο τελικά διαθέτει τις απαραίτητες δεξιότητες κριτικής επεξεργασίας.

Κάτι τέτοιο αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία σε χώρο υγείας, όπου η αναξιόπιστη ή ελλιπώς αξιολογημένη πληροφορία, μπορεί να επηρεάσει τόσο τις επαγγελματικές αποφάσεις όσο και τη σχέση με τους ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας, όπως προαναφέρθηκε, καλούνται ολοένα συχνότερα να λειτουργήσουν ως φίλτρα

αξιολόγησης πληροφοριών και διαμεσολαβητές πληροφοριών που οι ίδιοι οι ασθενείς εντοπίζουν μέσω διαδικτύου, ιδιαίτερα οι ογκολογικοί ασθενείς, οι οποίοι συχνά αναζητούν διαδικτυακά πληροφορίες για νέες θεραπείες, εναλλακτικές προσεγγίσεις ή πειραματικά πρωτόκολλα, μέσα σε συνθήκες ψυχολογικής φόρτισης και αβεβαιότητας. Σε αυτό το πλαίσιο, η πληροφοριακή επάρκεια του επαγγελματία υγείας αποκτά και επικοινωνιακή διάσταση, καθώς επηρεάζει την ικανότητά του να καθοδηγήσει τον ασθενή και να ερμηνεύσει σύνθετες επιστημονικές πληροφορίες με τρόπο κατανοητό και αξιόπιστο.

Ένα ακόμη στοιχείο που προκύπτει από τη μελέτη αφορά στη σημασία της οργανωσιακής κουλτούρας στη διαμόρφωση πληροφοριακής συμπεριφοράς. Η ανάπτυξη πληροφοριακών δεξιοτήτων δεν εξαρτάται αποκλειστικά από ατομικές ικανότητες αλλά και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο εργάζεται ο επαγγελματίας. Οι οργανισμοί υγείας που ενθαρρύνουν τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, παρέχουν πρόσβαση σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων και υποστηρίζουν την, όπως είδαμε την evidence based πρακτική, δημιουργούν συνθήκες που διευκολύνουν την ανάπτυξη πληροφοριακής παιδείας. Αντίθετα, περιβάλλοντα με αυξημένη εργασιακή πίεση, διοικητική επιβάρυνση και περιορισμένες εκπαιδευτικές δυνατότητες συχνά δυσκολεύουν την ουσιαστική αξιοποίηση επιστημονικής γνώσης. Η προσέγγιση αυτή συμφωνεί με τη θεωρία της Lloyd, σύμφωνα με την οποία η πληροφοριακή παιδεία αναπτύσσεται μέσα από κοινωνικές και επαγγελματικές πρακτικές και όχι απομονωμένα από το εργασιακό περιβάλλον (Lloyd, 2010, σσ. 29-31).

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης, σύμφωνα με τα οποία οι πηγές πληροφόρησης, τα εμπόδια στην πληροφόρηση και οι ανάγκες πληροφόρησης αναδείχθηκαν ως ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της ψηφιακής υγειονομικής παιδείας. Η συχνότερη αξιοποίηση πηγών πληροφόρησης αποτέλεσε τον ισχυρότερο θετικό παράγοντα, ενώ τα εμπόδια στην πληροφόρηση λειτούργησαν ανασταλτικά. Παράλληλα, οι αυξημένες ανάγκες πληροφόρησης συνδέθηκαν με υψηλότερα επίπεδα ψηφιακής υγειονομικής παιδείας. Το γεγονός ότι το τελικό μοντέλο ερμήνευσε το 28,1% της συνολικής διακύμανσης της μεταβλητής υποδηλώνει ότι η πληροφοριακή συμπεριφορά των εργαζομένων και η πρόσβασή τους

σε πηγές γνώσης αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για την ανάπτυξη ψηφιακών δεξιοτήτων υγείας. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει την ανάγκη ενίσχυσης της πρόσβασης σε αξιόπιστες επιστημονικές πηγές, της ανάπτυξης εκπαιδευτικών δράσεων και της μείωσης των οργανωσιακών εμποδίων που περιορίζουν την αναζήτηση και αξιοποίηση πληροφοριών στο χώρο της υγείας.

Παρά τα ενδιαφέροντα ευρήματα της έρευνας, υπάρχουν και ορισμένοι περιορισμοί που πρέπει να ληφθούν υπόψη ουσιαστικά. Αρχικά, η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα μόνο νοσοκομείο και επομένως τα αποτελέσματα δε μπορούν να γενικευθούν αυτόματα σε όλες τις δομές υγείας της χώρας. Το Θεαγένειο αποτελεί εξειδικευμένο αντικαρκινικό νοσοκομείο με ιδιαίτερες πληροφοριακές και επιστημονικές απαιτήσεις, γεγονός που διαφοροποιεί το εργασιακό περιβάλλον σε σχέση με άλλα νοσοκομεία. Επιπλέον, η χρήση δειγματοληψίας ευκολίας ενδέχεται να επηρεάζει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, καθώς είναι πιθανό εργαζόμενοι με μεγαλύτερο ενδιαφέρον για θέματα τεχνολογίας και πληροφόρησης να ανταποκρίθηκαν ευκολότερα στη συμμετοχή στην έρευνα.

Ένας ακόμη περιορισμός αφορά στη χρήση της κλίμακας eHEALS, η οποία βασίζεται στην αυτοαναφορά των συμμετεχόντων. Παρότι η κλίμακα παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και χρησιμοποιείται ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία, αποτυπώνει κυρίως την αντιλαμβανόμενη πληροφοριακή ικανότητα και όχι απαραίτητα την πραγματική επίδοση των συμμετεχόντων σε διαδικασίες αξιολόγησης επιστημονικών πληροφοριών. Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν ίσως να αξιοποιήσουν συνδυαστικές μεθόδους αξιολόγησης, όπως πρακτικές δοκιμασίες αναζήτησης βιβλιογραφίας ή ακόμη και παρατήρηση πληροφοριακής συμπεριφοράς σε πραγματικές συνθήκες εργασίας.

Η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) έδειξε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ψηφιακή υγειονομική παιδεία μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ($F=...$, $p<0,001$).

6.3 ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Επιπλέον, θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ψηφιακή πληροφοριακή παιδεία και σε μεταβλητές όπως η επαγγελματική εξουθένωση, η εργασιακή ικανοποίηση και η ποιότητα επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Η συσχέτιση πληροφοριακής παιδείας και ασφάλειας ασθενών αποτελεί επίσης πεδίο που ενδεχομένως χρειάζεται περαιτέρω μελέτη, ιδίως σε εξειδικευμένα νοσοκομειακά περιβάλλοντα υψηλών απαιτήσεων όπως τα ογκολογικά κέντρα.

Σε διοικητικό επίπεδο, τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν για τον σχεδιασμό πολιτικών ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού και ενίσχυσης της evidence based πρακτικής. Η δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων πάνω στην αναζήτηση και αξιολόγηση της επιστημονικής πληροφορίας, η ενίσχυση πρόσβασης σε ψηφιακές βιβλιοθήκες και σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων και η καλλιέργεια κουλτούρας δια βίου μάθησης, μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Η επένδυση στην πληροφοριακή παιδεία δεν αφορά αποκλειστικά στην τεχνολογική αναβάθμιση ενός οργανισμού, αλλά και στη συνολική του ικανότητα να προσαρμόζεται στις συνεχείς επιστημονικές και ψηφιακές μεταβολές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Γκουντάρα, Α., Θεοδώρου, Π. και Πλατής, Χ. (2023) 'Διερεύνηση της ψηφιακής υγειονομικής πληροφοριακής παιδείας και των εκπαιδευτικών αναγκών του νοσηλευτικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της πανδημίας', Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 40(1), σ.50-60.

Κορομπίλη, Σ. & Τόγια, Α. (2016). «Χρήστες και Πληροφορία». Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις.

Κωσταγιόλας, Π. Α., & Αλεξιάς, Ν. (2011). Οι πληροφοριακές ανάγκες των επαγγελματιών υγείας: Θεωρητικές και εμπειρικές προσεγγίσεις. Εκδόσεις Παπαζήση.

Ξενόγλωσση

ACRL, 2016. Framework for Information Literacy for Higher Education. Chicago: Association of College and Research Libraries.

Ash, J.S., Berg, M. and Coiera, E. (2004) 'Some unintended consequences of information technology in health care: the nature of patient care information system-related errors', *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(2), pp. 104–112. doi: 10.1197/jamia.M1471.

Association of College and Research Libraries (ACRL) (2016) Framework for Information Literacy for Higher Education. Chicago: ACRL, pp. 1–18
Al-Muomen, N., Morris, A. & Maynard, S. (2012). Modelling information-seeking behaviour of graduate students at Kuwait University. *Journal of Documentation* 68(4): 430-459

Association of College and Research Libraries (ACRL) (2016) Framework for Information Literacy for Higher Education. Chicago, IL: Association of College and Research Libraries.

Bawden, D. (2008) 'Origins and concepts of digital literacy', in Lankshear, C. and Knobel, M. (eds.) *Digital Literacies: Concepts, Policies and Practices*. New York: Peter Lang, pp. 17–32.

Beauchamp, T.L. and Childress, J.F. (2013) *Principles of Biomedical Ethics*. 8th Edition, Oxford University Press, New York.

Beer, P. and Mulder, R.H. (2020) 'The effects of technological developments on work and their implications for continuous vocational education and training: A systematic review', *Frontiers in Psychology*, 11. doi:10.3389/fpsyg.2020.00918.).

Brettelle, A. (2003) 'Information skills training: a systematic review of the literature', *Health Information and Libraries Journal*, 20(Suppl. 1), pp. 3–9. doi: 10.1046/j.1365-2532.20.s1.3.x.

Brettelle, A., Maden, M. and Payne, C. (2007) 'Effectiveness of information skills training and mediated searching: qualitative results from the EMPIRIC project', *Health*

Information and Libraries Journal, 24(1), pp. 24–33. doi: 10.1111/j.1471-1842.2007.00702.x.

Brooks, Ballinger, Nutbeam, Mander & Adams, 2020 Brooks, C., Ballinger, C., Nutbeam, D., Mander, C., & Adams, J. (2020). Nursing and allied health professionals' views about using health literacy screening tools and a universal precautions approach to communication with older adults: A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 42(13), 1819-1825. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1538392>).

Bodenheimer, T., Wagner, E.H. and Grumbach, K. (2002) 'Improving primary care for patients with chronic illness', *Journal of the American Medical Association*, 288(14), pp. 1775–1779.

Borges do Nascimento, I.J. et al. (2023) 'Barriers and facilitators to utilizing Digital Health Technologies by healthcare professionals', *npj Digital Medicine*, 6(1). doi:10.1038/s41746-023-00899-4)

Bryman, A. (2016). *Social Research Methods* (5th ed.). London: Oxford University Press.

Buchan, J. and Dal Poz, M.R. (2002) 'Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence', *Bulletin of the World Health Organization*, 80(7), pp. 575–580.

Budhathoki S., Pokharel P.K., Jha N., Moselen E., Dixon R., Bhattachan M., & Osbornec, R.H. (2019). Health literacy of future healthcare professionals: A cross-sectional study among health sciences students in Nepal. *International Health*, 11(1), 15–23. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihy090>

Candy, P., (2002). *Lifelong Learning and Information Literacy*. White House Conference on School Libraries. Washington DC: ERIC.

Candy, P. C. (2004). *Linking thinking: Self-directed learning in the digital age*. Department of Education, Science and Training.

Davies, K. (2007) 'The information-seeking behaviour of doctors: a review of the evidence', *Health Information and Libraries Journal*, 24(2), pp. 78–94. doi: 10.1111/j.1471-1842.2007.00713.x.

Davies, K. (2011). *Study skills for nursing and healthcare students*. Routledge.

DeVellis, R.F. (2016) *Scale Development: Theory and Applications*. Vol. 26, Sage, Thousand Oaks.

Deursen, Alexander J.A.M. & Van Dijk, Jan A.G.M..(2014). The digital divide shifts to differences in usage. *New Media & Society*. 16. 507-526. 10.1177/1461444813487959.

Ellis, D. & Haugan, M. (1997). Modelling the information seeking patterns of engineers and research scientists in an industrial environment. *Journal of Documentation*, 53, 384-403.

Ellis, D. (1987). The derivation of a behavioural model for information retrieval system design. *Information Studies*. Sheffield, University of Sheffield.

Ellis, DD. & Cox, et al. (1993). A comparison of the information seeking patterns of researchers in the physical and social sciences. *Journal of Documentation*, 49, 356-369.

Epstein, R.M. and Street, R.L. (2011) 'The values and value of patient-centered care', *Annals of Family Medicine*, 9(2), pp. 100–103. doi: 10.1370/afm.1239.

Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A., & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 506–520.

Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5, 1-4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>

European Commission (2021) *Digital Decade: Europe's Digital Compass*. Brussels: European Commission, pp. 1–22.

European Commission (2022) European Health Data Space. Brussels: European Commission, pp. 1–28.

European Commission. Together for health – a strategic approach for the EU, 2008–2013 IP/07/1571. European Commission, Brussels, 2007. Available at: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_07_1571

European Commission. Joint Research Centre. (2019). DigComp at work: The digital competence framework for citizens: With eight proficiency levels and examples of use cases. Publications Office of the European Union.

Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M. and Hawkins, C. (2005) ‘The nonspread of innovations: the mediating role of professionals’, *Academy of Management Journal*, 48(1), pp. 117–134.

Field, A.P. (2018) *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th Edition, Sage, Newbury Park.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. et al. (2010) ‘Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world’, *The Lancet*, 376(9756), pp. 1923–1958. Greenhalgh, T., Howick, J. and Maskrey, N. (2014) ‘Evidence based medicine: a movement in crisis?’, *BMJ*, 348, g3725, pp. 1–7.

Gorman, P. N. (1995). Information needs of physicians. *Journal of the American Society for Information Science*, 46(10), 729–736.

Ikoja-Odongo, Robert, Mostert, Janneke, (2006), Information seeking behaviour: A conceptual framework, Vol.- 72, DO - 10.7553/72-3-1112, *South African Journal of Libraries and Information Science*

Inoue, M., Shimoura, K., Nagai-Tanima, M. & Aoyama, T., 2022. The Relationship Between Information Sources, Health Literacy, and COVID-19 Knowledge in the COVID-19 Infodemic: Cross-sectional Online Study in Japan. *JMIR Publications*).

- Jamali, HR. (2013). Citation relations of theories of human information behavior. *Webology* 10(1)
- Janes, R., Arroll, B., Buetow, S., Coster, G., McCormick, R., & Hague, I. (2004). Few doctors use the Internet for therapeutic information: a survey of New Zealand general practitioners, *New Zealand Medical Journal*, 117(1191)..
- Katsaliaki, K. (2025). Factors influencing use of eHealth services during and after the COVID-19 pandemic. *Health Informatics Journal*. Vol. 38, Issue 2, Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/09514848241275777>
- Kickbusch, I., Wait, S. and Maag, D. (2005) *Navigating Health: The Role of Health Literacy*. London: Alliance for Health and the Future / International Longevity Centre (ILC-UK).
- Kostagiolas Petros, Korfiatis Nikolaos, Kourouthanasis Panos, Alexias Georgios (2014), Work-related factors influencing doctors search behaviors and trust toward medical information resources, *International Journal of Information Management*, Volume 34, Issue 2, 2014, Pages 80-88, ISSN 0268-4012
- Kritsotakis G, Andreadaki E, Linardakis M, Manomenidis G, Bellali T, Kostagiolas P., (2021) Nurses' ehealth literacy and associations with the nursing practice environment. *Int Nurs Rev*. 2021 Sep;68(3):365-371. doi: 10.1111/inr.12650. Epub 2021 May 18. PMID: 34004022.
- Kuhlthau, C. C. (1991). Inside the search process: Information seeking from the user's perspective, *Journal of the American Society for Information Science*, 42(5), 361-371.
- Lloyd, A. (2010) *Information Literacy Landscapes: Information Literacy in Education, Workplace and Everyday Contexts*. Oxford: Chandos Publishing.
- Maslach, C. and Leiter, M.P. (2016) *Burnout*. 2nd edn. Hoboken, NJ: Wiley, pp. 103–110.
- McGowan, J. J., Peterson, M. W., & Hanna, K. A. (2008). Health sciences librarianship in the 21st century. Στο: *Journal of the Medical Library Association*.

McKnight, D. & Chervany, Norman. (2006). An Extended Trust Building Model. 10.4018/9781599042862.ch008.

Mitsutake, S., Shibata, A., Ishii, K. and Oka, K., 2016. Associations of eHealth literacy with health behavior among adult internet users. *Journal of Medical Internet Research*, 18(7), pp. 1-10.

Norman, C.D. and Skinner, H.A., 2006. eHealth Literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), pp. 1-10.

Nutbeam, D. (2000) 'Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century', *Health Promotion International*, 15(3), pp. 259–267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.

Orb, Angelica & Eisenhauer, Laurel & Wynaden, Dianne. (2001). Ethics in Qualitative Research. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*. 33. 93-6. 10.1111/j.1547-5069.2001.00093.x.

Pallant, J. (2020). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM SPSS*. London: McGraw-Hill, Open University Press. <https://doi.org/10.4324/9781003117452>

Polit, D.F. and Beck, C.T. (2012) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th Edition, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.

Rababah, Al-Hammouri, Drew & Aldalaykeh, 2019 Rababah, J.A., Al-Hammouri, M.M., Drew, B.L., & Aldalaykeh, M. (2019). Health literacy: Exploring disparities among college students. *BMC Public Health*, 19, 1401. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7781-2>; Canal, Soler, Porquet et al., 2020).

Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). Churchill Livingstone.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Tavakol, M. and Dennick, R., 2011. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, pp. 53-55.

Turner, P., Unertl, K. M., & Bakken, S. (2008). A scoping review of the health informatics literature for nurses in clinical practice, *Journal of Biomedical Informatics ή συγγενή πρακτικά συνεδρίων πληροφορικής υγείας (AMIA)*.

Voigt, P. and Von dem Bussche, A. (2017) *The EU General Data Protection Regulation (GDPR): A Practical Guide*. 1st Edition, Springer International Publishing, Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-57959-7>

Vuorikari, R., Kluzer, S., & Punie, Y. (2022). *DigComp 2.2: The digital competence framework for citizens with new examples of knowledge, skills and attitudes*. Office for Official Publications of the European Communities. <https://doi.org/10.2760/115376>

Wilson, T.D. (1997) 'Information behaviour: an interdisciplinary perspective', *Information Processing & Management*, 33(4), pp. 551–572. doi: 10.1016/S0306-4573(97)00028-9.

Wilson, T.D. (1999a). Models in information behavior research. *Journal of Documentation*, 55(3), 249-270.

Wilson, 2000 Wilson, T., 2000. *Human Information Behavior*. Special Issue on Information Science Research, pp. 49-51.).

World Health Organization (2014) *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva: WHO Press, pp. 7–15. World Health Organization (WHO) (2016) *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva: World Health Organization. ISBN: 978-92-4-151113-1.

World Health Organization (WHO) (2021) *Global strategy on digital health 2020–2025*. Geneva: WHO, pp. 1–60.

World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013;310(20):2191–2194. doi:10.1001/jama.2013.281053

Xesfingi, S., & Vozikis, A. (2016). eHealth literacy: In the quest of the contributing factors. *Interactive Journal of Medical Research*, 5(2), e16. <https://doi.org/10.2196/ijmr.4749>

Zurkowski, P.G. (1974) The Information Service Environment: Relationships and Priorities. Washington, DC: National Commission on Libraries and Information Science (NCLIS)

Διαδίκτυο

<https://gdpr-info.eu/>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy/>

προσπέλαση

12/11/2025).

www.mindigital.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι- Ερωτηματολόγιο έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η έρευνα αυτή πραγματοποιείται στο πλαίσιο Διπλωματικής Εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου Πατρών, και διερευνάται: **«Αξιολόγηση της Πληροφοριακής Παιδείας του ανθρώπινου δυναμικού του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης 'Θεαγένειο'»**.

Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, το οποίο είναι ανώνυμο. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων, αφού προηγηθεί στατιστική ανάλυση και επεξεργασία, θα γίνει με τέτοιο τρόπο και μορφή ώστε να μην υπάρχει πιθανότητα ταυτοποίησης και αναγνώρισης των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθεια σας.

Ο μεταπτυχιακός φοιτητής

Ονοματεπώνυμο: Ιωσήφ Ντουγιουντζού

Ιδιότητα: Νοσηλεύτης, Προϊστάμενος Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης 'Θεαγένειο'

Τηλέφωνα επικοινωνίας: 6977152313

e-mail: intougio@otenet.gr

Αρίθμηση ερωτηματολογίου

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

(Παρακαλώ απαντήστε σημειώνοντας με X το αντίστοιχο κουτάκι)

1. "Φύλο:"

☐ Άνδρας

☐ Γυναίκα

2. "Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε?"

☐ 24 – 30 ετών

☐ 31-40 ετών

☐ 41-50 ετών

☐ 51 ετών και άνω

3. "Οικογενειακή κατάσταση:"

☐ Άγαμος/η

☐ Διαζευγμένος/η

☐ Έγγαμος

☐ Χήρος/α

4. "Αριθμός παιδιών:"

☐ Κανένα

☐ Ένα

☐ Δύο

☐ Τρία

☐ Περισσότερα

5. "Αριθμός παιδιών κάτω των 12 ετών:"

☐

6. "Επίπεδο βασικών σπουδών:"

- ☐ Πτυχίο ΔΕ ☐ Πτυχίο ΑΤΕΙ ☐ Πτυχίο ΑΕΙ

7. "Σπουδές μετά το πτυχίο:"

- ☐ Καμία ☐ Ειδικότητα/Εξειδίκευση ☐ Μεταπτυχιακό
☐ Διδακτορικό ☐ Δεύτερο πτυχίο ☐ Άλλο

8. "Έτη υπηρεσίας στο παρόν νοσοκομείο:"

- ☐ Μέχρι 10 έτη
☐ 6 – 10 έτη
☐ 11 – 20 έτη
☐ 21 – 30 έτη
☐ 31 έτη
☐ 31-40 έτη

11. "Έτη συνολικής υπηρεσίας:"

- ☐ Μέχρι 10 έτη
☐ 6 – 10 έτη
☐ 11 – 20 έτη
☐ 21-30 έτη
☐ 31 έτη
☐ 31-40 έτη

10. "Επαγγελματική θέση στο νοσοκομείο το οποίο εργάζεστε;"

- ☐ Ιατρικό προσωπικό
☐ Νοσηλεύτης/τρια
☐ Βοηθός Νοσηλεύτη/τριας

☐ Τεχνολόγος ιατρικών εργαστηρίων

☐ Διοικητικό προσωπικό

☐ Τεχνικό προσωπικό

11. "Σε ποιον τομέα εργάζεστε;"

☐ Ιατρική Υπηρεσία

☐ Νοσηλευτική Υπηρεσία

☐ Διοικητική Υπηρεσία

☐ Τεχνική Υπηρεσία

12. "Με ποιο καθεστώς εργασίας απασχολείστε;"

☐ Σύμβαση ορισμένου χρόνου

☐ Μόνιμο προσωπικό

**Β. ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΗ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	Παρακαλώ κυκλώστε το τετραγώνάκι που αντιστοιχεί στο βαθμό συχνότητας σχετικά με τα παρακάτω.
------------------	--

	1	2	3	4	5
	Ποτέ	Πολύ σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
A. Ως εργαζόμενος στη μονάδα υγείας πόσο συχνά αναζητάτε πληροφορίες για τα ακόλουθα:					
Επιστημονική εκτίμηση για ασθενή	1	2	3	4	5
Επείγουσα διαχείριση περιστατικού	1	2	3	4	5
Θεραπευτική παρέμβαση	1	2	3	4	5
Πληροφορίες για την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή (κατάθλιψη, άγχος)	1	2	3	4	5

Πειραματικές θεραπείες	1	2	3	4	5
Πειραματικά φάρμακα	1	2	3	4	5
Συνταγογραφούμενα φάρμακα	1	2	3	4	5
Επικαιροποίηση γνώσεων (π.χ. για σύνδρομα Α.Μ.Ε.Α)	1	2	3	4	5
Δεξιότητες και επαγγελματικές παρεμβάσεις	1	2	3	4	5
Πρωτόκολλα	1	2	3	4	5
Μέτρα προφύλαξης και έλεγχου ψυχολογικών επιπτώσεων	1	2	3	4	5
Έρευνα	1	2	3	4	5
Εκπαίδευση συναδέλφων	1	2	3	4	5
Β. Ως εργαζόμενος στη μονάδα υγείας πόσο συχνά αναζητάτε πληροφορίες στις ακόλουθες πηγές πληροφόρησης:					
Νοσοκομειακή βιβλιοθήκη	1	2	3	4	5
Προσωπική βιβλιοθήκη	1	2	3	4	5
Πρωτόκολλα υγείας (Διαδικασίες, Κατευθυντήριες οδηγίες εργασίας)	1	2	3	4	5
Ηλεκτρονικά περιοδικά	1	2	3	4	5
Έντυπα περιοδικά	1	2	3	4	5
Επιστημονικές ιστοσελίδες	1	2	3	4	5
Μηχανές αναζήτησης (π.χ. Google)	1	2	3	4	5
Συνέδρια/ημερίδες	1	2	3	4	5
Σεμινάρια	1	2	3	4	5
Νοσηλευτικό προσωπικό	1	2	3	4	5
Ιατρικό προσωπικό	1	2	3	4	5
Επαγγελματικές ενώσεις	1	2	3	4	5
Διεθνή Επαγγελματικά Συμβούλια	1	2	3	4	5
Μέσα κοινωνικής δικτύωσης (π.χ. Facebook)	1	2	3	4	5
Γ. Πόσο συχνά κατά την αναζήτηση πληροφοριών στο χώρο εργασίας σας αποτελεί εμπόδιο:					
Έλλειψη διαθέσιμου χρόνου	1	2	3	4	5

Αδυναμία πρόσβασης σε πηγές πληροφόρησης	1	2	3	4	5
Κόστος πρόσβασης σε πηγές πληροφόρησης	1	2	3	4	5
Έλλειψη εξοικείωσης με ηλεκτρονικούς υπολογιστές	1	2	3	4	5
Έλλειψη εξοικείωσης με τρόπους αναζήτησης πληροφορίας	1	2	3	4	5
Δυσκολία κατανόησης των πληροφοριών σε ξένη γλώσσα	1	2	3	4	5
Έλλειψη εμπιστοσύνης στην ηλεκτρονική πληροφόρηση	1	2	3	4	5

Γ. ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΑΙΔΕΙΑ

Παρακαλώ κυκλώστε το τετραγωνάκι που αντιστοιχεί
στο βαθμό διαφωνίας/συμφωνίας σας με τις παρακάτω
απόψεις

	1	2	3	4	5
	Διαφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Συμφωνώ
Απόψεις	1= Διαφωνώ 5= Συμφωνώ				
Γνωρίζω ποιες πηγές πληροφόρησης σχετικά με την υγεία υπάρχουν στο Διαδίκτυο.	1	2	3	4	5
Γνωρίζω πού θα βρω χρήσιμες πηγές πληροφόρησης για την υγεία στο Διαδίκτυο.	1	2	3	4	5
Γνωρίζω πώς θα βρω χρήσιμες πηγές πληροφόρησης για την υγεία στο Διαδίκτυο.	1	2	3	4	5
Γνωρίζω πώς να χρησιμοποιώ το Διαδίκτυο, για να απαντώ σε ερωτήματα που αφορούν στην υγεία μου.	1	2	3	4	5
Γνωρίζω πώς να χρησιμοποιώ τις Πληροφορίες που εντοπίζω στο Διαδίκτυο, για να βοηθιέμαι.	1	2	3	4	5
Διαθέτω τις αναγκαίες δεξιότητες για να αξιολογώ τις πηγές πληροφόρησης σε θέματα υγείας, τις οποίες εντοπίζω στο Διαδίκτυο.	1	2	3	4	5
Μπορώ να διαχωρίσω τις υψηλής ποιότητας πηγές πληροφόρησης για την υγεία από εκείνες που είναι χαμηλής ποιότητας στο Διαδίκτυο.	1	2	3	4	5
Αισθάνομαι σιγουριά όταν χρησιμοποιώ πληροφορίες από το Διαδίκτυο, για να πάρω υγειονομικές αποφάσεις.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα Πολύ

Απόψεις	1= Καθόλου 5= Πάρα Πολύ				
Πόσο χρήσιμο αισθάνεστε ότι είναι το διαδίκτυο στο να σας βοηθήσει να λάβετε αποφάσεις για την υγεία σας;	1	2	3	4	5
Πόσο χρήσιμο αισθάνεστε ότι είναι το διαδίκτυο στο να σας βοηθήσει να λάβετε αποφάσεις για τη φροντίδα των ασθενών;	1	2	3	4	5
Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να έχετε την ικανότητα πρόσβασης σε διαδικτυακές πηγές που σχετίζονται με την υγεία;	1	2	3	4	5

Παράρτημα ΙΙ- Έντυπο άδειας διεξαγωγής έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
4^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»
Αλ. Συμεωνίδη αρ. 2
Τ.Κ. 546 39

Α Π Ο Σ Π Α Σ Μ Α
πρακτικών της υπ' αριθμ. 1^{ης}/15.01.2026 Συνεδρίασης
του Διοικητικού Συμβουλίου

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ:

Θέμα 2^ο: Αίτημα του κ. **ΝΤΟΥΓΙΟΥΝΤΖΟΥ ΙΩΣΗΦ**, φοιτητή του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου Πατρών που αφορά την άδεια διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας με τη διανομή και συλλογή ερωτηματολογίου στο Ανθρώπινο Δυναμικό του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»

Το Διοικητικό Συμβούλιο έχοντας υπόψη του (εισήγηση της Διοικητικής-Οικονομικής Διευθύντριας):

1. Τις διατάξεις του άρθρου 7 του Ν. 3329/2005 (Φ.Ε.Κ. 81/4.4.2005 τ. Α').
2. Τις διατάξεις του τρίτου άρθρου του Ν. 3527/2007 (Φ.Ε.Κ. 25/9.2.2007 τ. Α').
3. Το αριθ. πρωτ. 16759/10.12.2025, αίτημα του κ. Ντουγιουντζού Ιωσήφ, φοιτητή του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου Πατρών που αφορά την άδεια διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας με τη διανομή και συλλογή ερωτηματολογίου στο Ανθρώπινο Δυναμικό του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ» με θέμα: Αξιολόγηση της Ψηφιακής Πληροφοριακής Παιδείας του ανθρώπινου δυναμικού του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ» στο πλαίσιο της εκπόνησης και ολοκλήρωσης του Μεταπτυχιακού Προγράμματος του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.
4. Τη σύμφωνη γνώμη της κας Ανίσσας Σουζάνας, Διευθύντριας Ιατρικής Υπηρεσίας, της κας Πιρπιρή Ζωής, Διευθύντριας Διοικητικής-Οικονομικής Υπηρεσίας, την κα Λογοθέτη Μαρία, Προϊσταμένη Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, του κ. Κουμούλα Εμμανουήλ Προϊσταμένου Τεχνικής Υπηρεσίας και του κ. Φωτιάδη Χαρίλαο, Προϊστάμενο Παραϊατρικών τμημάτων.
5. Τα επισυναπτόμενα έγγραφα όπου περιλαμβάνονται : Ερευνητικό πρωτόκολλο, Βεβαίωση Σχολής με επιβλέπον καθηγητή, Ερωτηματολόγιο, Υπεύθυνη Δήλωση για τη τήρηση των προσωπικών δεδομένων.
6. Το απόσπασμα πρακτικών της 38^{ης}/16.12.2025 (θέμα 4^ο) Τακτικής Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου, το οποίο αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της παρούσας εισήγησης, και αναφέρει: Α. εισηγείται την έγκριση του αιτήματος του κ. Ντουγιουντζού Ιωσήφ, φοιτητή του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου Πατρών που αφορά την άδεια διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας με τη διανομή και συλλογή ερωτηματολογίου στο Ανθρώπινο Δυναμικό του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ» με θέμα: Αξιολόγηση της Ψηφιακής Πληροφοριακής Παιδείας του ανθρώπινου δυναμικού του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ» στο πλαίσιο της εκπόνησης και ολοκλήρωσης του Μεταπτυχιακού Προγράμματος του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου Β. Από το Επιστημονικό Συμβούλιο επισημαίνεται ότι κατά τη διεξαγωγή της έρευνας θα πρέπει από τον Ερευνητή να τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, να ληφθεί μέριμνα για τη διατήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων και της



διασφάλισής τους. Ειδικότερα επισημαίνεται ότι η επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων καθώς και δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα καθορίζονται από την τρέχουσα νομοθεσία, με το υπ' αριθμ. πρωτ. 23414/27.6.2017 έγγραφο της 4^{ης} Υ.ΠΕ Μακεδονίας και Θράκης, καθώς επίσης και από τον νέο Γενικό Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, όπως αντικαταστάθηκε από τον Γ.Κ.Π.Δ από την 25.05.2018. Την τελική ευθύνη της τήρησης των παραπάνω έχει ο Ερευνητής. Γ. Επίσης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας θα πρέπει να κατατεθεί ανάπτυπο, με τα αποτελέσματα στο Α.Ν.Θ. «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ».

7. Τη διεξοδική συζήτηση μεταξύ των μελών του.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ ΟΜΟΦΩΝΑ

Α. Την έγκριση του αιτήματος αιτήματα του κ. Ντουγιουντζού Ιωσήφ, φοιτητή του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου Πατρών που αφορά την άδεια διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας με τη διανομή και συλλογή ερωτηματολογίου στο Ανθρώπινο Δυναμικό του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ» με θέμα: Αξιολόγηση της Ψηφιακής Πληροφοριακής Παιδείας του ανθρώπινου δυναμικού του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ» στο πλαίσιο της εκπόνησης και ολοκλήρωσης του Μεταπτυχιακού Προγράμματος του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Β. Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας θα πρέπει να τηρηθούν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας, όλες οι προβλεπόμενες νόμιμες διατάξεις και κανόνες, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία περί προστασίας των ατόμων από την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων και τον Γενικό Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης} Απριλίου 2016 όπως αυτός αντικαταστάθηκε από τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ.) από 25.5.2018 και να ληφθεί μέριμνα για τη διατήρηση και διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων. Την τελική ευθύνη της τήρησης των παραπάνω έχει ο Ερευνητής. Επίσης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας πρέπει να κατατεθεί ανάπτυπο με τα αποτελέσματα στο Νοσοκομείο.

Γ. Την άμεση επικύρωση της απόφασης.

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΡΙΘΑΡΙΔΗΣ

ΝΑΚΗΣ ΠΟΛΥΧΡΟΝΗΣ ΚΟΝΤΟΠΙΔΗΣ

ΜΑΡΙΑ ΑΓΟΡΑΣΤΟΥ

ΠΑΥΛΟΣ ΠΑΠΑΚΟΤΟΥΛΑΣ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΟΚΑΡΙΔΑΣ

ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΑΓΓΕΛΙΔΗΣ

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ



Παράρτημα ΙΙΙ- Αναλυτικοί πίνακες δοκιμασιών πολλαπλών συγκρίσεων (post hoc- Tukey HSD)

Στο παρόν παράρτημα παρατίθενται οι αναλυτικοί πίνακες των δοκιμασιών πολλαπλών συγκρίσεων (Post Hoc – Tukey HSD) και οι διαγνωστικοί έλεγχοι της γραμμικής παλινδρόμησης, προς υποστήριξη των αποτελεσμάτων που παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο 5.

Πίνακας Α1: Post Hoc (eheals – ηλικιακή ομάδα)

Multiple Comparisons						
Dependent Variable: ehcals						
Tukey HSD						
(I) A2	(J) A2	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
0	1	-,090209	,223228	,978	-,66924	,48882
	2	,508005	,203421	,064	-,01965	1,03566
	3	,675862*	,182625	,002	,20215	1,14957
1	0	,090209	,223228	,978	-,48882	,66924
	2	,598214*	,205558	,021	,06502	1,13141
	3	,766071*	,185003	,000	,28620	1,24595
2	0	-,508005	,203421	,064	-1,03566	,01965
	1	-,598214*	,205558	,021	-1,13141	-,06502
	3	,167857	,160546	,723	-,24858	,58430
3	0	-,675862*	,182625	,002	-1,14957	-,20215
	1	-,766071*	,185003	,000	-1,24595	-,28620
	2	-,167857	,160546	,723	-,58430	,24858

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Πίνακας Α2: Post Hoc (eheals – επίπεδο βασικών σπουδών)

Multiple Comparisons

Dependent Variable: ehails

Tukey HSD

(I) A6	(J) A6	Mean Difference (I- J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
0	1	,126548	,163119	,718	-,25902	,51211
	2	-,481228*	,171804	,016	-,88732	-,07513
1	0	-,126548	,163119	,718	-,51211	,25902
	2	-,607776*	,148249	,000	-,95819	-,25736
2	0	,481228*	,171804	,016	,07513	,88732
	1	,607776*	,148249	,000	,25736	,95819

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Πίνακας Α3: Post Hoc (eheals – σπουδές μετά το πτυχίο)

Multiple Comparisons

Dependent Variable: ehails

Tukey HSD

(I) A7	(J) A7	Mean Difference (I- J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
0	1	-,481456	,186860	,109	-1,01997	,05706
	2	-,269402	,164032	,572	-,74213	,20333
	3	-,901099	,339146	,089	-1,87849	,07630
	4	-,847527	,318856	,089	-1,76645	,07139
	5	-,272527	,397167	,983	-1,41713	,87208
1	0	,481456	,186860	,109	-,05706	1,01997
	2	,212054	,213053	,919	-,40195	,82606
	3	-,419643	,365384	,860	-1,47265	,63337
	4	-,366071	,346633	,898	-1,36504	,63290
	5	,208929	,419794	,996	-1,00089	1,41874
2	0	,269402	,164032	,572	-,20333	,74213
	1	-,212054	,213053	,919	-,82606	,40195
	3	-,631696	,354253	,479	-1,65263	,38923
	4	-,578125	,334880	,516	-1,54322	,38697
	5	-,003125	,410142	1,000	-1,18513	1,17888
3	0	,901099	,339146	,089	-,07630	1,87849
	1	,419643	,365384	,860	-,63337	1,47265
	2	,631696	,354253	,479	-,38923	1,65263
	4	,053571	,447502	1,000	-1,23610	1,34324
	5	,628571	,506290	,816	-,83052	2,08766
4	0	,847527	,318856	,089	-,07139	1,76645
	1	,366071	,346633	,898	-,63290	1,36504
	2	,578125	,334880	,516	-,38697	1,54322
	3	-,053571	,447502	1,000	-1,34324	1,23610
	5	,575000	,492930	,852	-,84559	1,99559
5	0	,272527	,397167	,983	-,87208	1,41713
	1	-,208929	,419794	,996	-1,41874	1,00089
	2	,003125	,410142	1,000	-1,17888	1,18513
	3	-,628571	,506290	,816	-2,08766	,83052
	4	-,575000	,492930	,852	-1,99559	,84559

Πίνακας Α4: Post Hoc (eheals – επαγγελματική θέση)

Multiple Comparisons

Dependent Variable: ehcals

Tukey HSD

(I) A10	(J) A10	Mean Difference (I- J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
0	1	,551136	,193781	,055	-,00733	1,10960
	2	,476875	,240476	,356	-,21616	1,16991
	3	,421875	,316725	,767	-,49091	1,33466
	4	,935764*	,236073	,001	,25542	1,61611
	5	1,821875*	,413673	,000	,62970	3,01405
1	0	-,551136	,193781	,055	-1,10960	,00733
	2	-,074261	,190712	,999	-,62388	,47536
	3	-,129261	,280815	,997	-,93855	,68003
	4	,384628	,185129	,304	-,14890	,91816
	5	1,270739*	,386869	,015	,15581	2,38567
2	0	-,476875	,240476	,356	-1,16991	,21616
	1	,074261	,190712	,999	-,47536	,62388
	3	-,055000	,314857	1,000	-,96240	,85240
	4	,458889	,233560	,367	-,21422	1,13199
	5	1,345000*	,412244	,016	,15694	2,53306
3	0	-,421875	,316725	,767	-1,33466	,49091
	1	,129261	,280815	,997	-,68003	,93855
	2	,055000	,314857	1,000	-,85240	,96240
	4	,513889	,311507	,567	-,38385	1,41163
	5	1,400000*	,460903	,032	,07171	2,72829
4	0	-,935764*	,236073	,001	-1,61611	-,25542
	1	-,384628	,185129	,304	-,91816	,14890
	2	-,458889	,233560	,367	-1,13199	,21422
	3	-,513889	,311507	,567	-1,41163	,38385
	5	,886111	,409692	,261	-,29459	2,06681
5	0	-1,821875*	,413673	,000	-3,01405	-,62970
	1	-1,270739*	,386869	,015	-2,38567	-,15581
	2	-1,345000*	,412244	,016	-2,53306	-,15694
	3	-1,400000*	,460903	,032	-2,72829	-,07171
	4	-,886111	,409692	,261	-2,06681	,29459

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Πίνακας Α5: Post Hoc (eheals – Έτη υπηρεσίας)

Multiple Comparisons

Dependent Variable: ehals

Tukey HSD

(I) A9	(J) A9	Mean Difference (I- J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
0	1	,320652	,230462	,732	-,34352	,98483
	2	,305556	,202891	,661	-,27916	,89027
	3	,551020*	,188565	,045	,00759	1,09445
	4	,541667	,523154	,905	-,96603	2,04936
	5	,708333*	,213055	,014	,09432	1,32234
1	0	-,320652	,230462	,732	-,98483	,34352
	2	-,015097	,232863	1,000	-,68619	,65600
	3	,230368	,220493	,902	-,40508	,86581
	4	,221014	,535491	,998	-1,32223	1,76426
	5	,387681	,241771	,597	-,30908	1,08445
2	0	-,305556	,202891	,661	-,89027	,27916
	1	,015097	,232863	1,000	-,65600	,68619
	3	,245465	,191492	,795	-,30640	,79733
	4	,236111	,524216	,998	-1,27464	1,74687
	5	,402778	,215650	,426	-,21871	1,02427
3	0	-,551020*	,188565	,045	-1,09445	-,00759
	1	-,230368	,220493	,902	-,86581	,40508
	2	-,245465	,191492	,795	-,79733	,30640
	4	-,009354	,518840	1,000	-1,50461	1,48591
	5	,157313	,202230	,971	-,42550	,74012
4	0	-,541667	,523154	,905	-2,04936	,96603
	1	-,221014	,535491	,998	-1,76426	1,32223
	2	-,236111	,524216	,998	-1,74687	1,27464
	3	,009354	,518840	1,000	-1,48591	1,50461
	5	,166667	,528234	1,000	-1,35567	1,68900
5	0	-,708333*	,213055	,014	-1,32234	-,09432
	1	-,387681	,241771	,597	-1,08445	,30908
	2	-,402778	,215650	,426	-1,02427	,21871
	3	-,157313	,202230	,971	-,74012	,42550
	4	-,166667	,528234	1,000	-1,68900	1,35567

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Πίνακας Α6: Διαγνωστικοί έλεγχοι γραμμικής παλινδρόμησης

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,530 ^a	,281	,269	,764067	1,844

a. Predictors: (Constant), barriers, needs, Sources
b. Dependent Variable: eheals

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	40,000	3	13,333	22,839	,000 ^b
	Residual	102,165	175	,584		
	Total	142,165	178			

a. Dependent Variable: eheals
b. Predictors: (Constant), barriers, needs, Sources

Collinearity Diagnostics ^a							
Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	needs	Sources	barriers
1	1	3,825	1,000	,00	,00	,00	,01
	2	,112	5,849	,02	,12	,06	,45
	3	,038	10,096	,87	,17	,00	,54
	4	,025	12,297	,11	,70	,94	,01

a. Dependent Variable: eheals

Residuals Statistics ^a					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,37423	4,72531	3,61872	,474046	179
Residual	-2,664389	1,701776	,000000	,757601	179
Std. Predicted Value	-2,625	2,334	,000	1,000	179
Std. Residual	-3,487	2,227	,000	,992	179

a. Dependent Variable: eheals