ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΤΕΦΑΝΙΑΣ Ν. ΣΧΕΤΑΚΗ

Νοσηλεύτρια ΤΕ MSc

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2025

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 202, παράγραφος 2 του ν. 5343/1932)»

ΑΡΧΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Πατελάρου Αθηνά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Πατελάρου Ευριδίκη, Καθηγήτρια, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Κλεισιάρης Χρήστος, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Πατελάρου Αθηνά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Γιακουμιδάκης Κωνσταντίνος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Κλεισιάρης Χρήστος, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πατελάρου Αθηνά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Γιακουμιδάκης Κωνσταντίνος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Κλεισιάρης Χρήστος, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Ζωγραφάκης Σφιακιανάκης Μιχαήλ, Αναπληρωτής Καθηγητής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Αργυριάδης Αλέξανδρος, Επίκουρος Καθηγητής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Μαντζούκας Στέφανος, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μπακάλης Νικόλαος, Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πατρών

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ (copyright)

© Σχετάκη Στεφανία, 2025

Όλα τα δικαιώματα διατηρούνται.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή εκπονήθηκε από τη Σχετάκη Στεφανία στο **Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο**. Όλο το περιεχόμενο της διατριβής προστατεύεται από τη νομοθεσία περί πνευματικής ιδιοκτησίας.

Δεν επιτρέπεται η αναπαραγωγή, διανομή, ή αναδημοσίευση οποιουδήποτε μέρους της παρούσας διατριβής χωρίς την προηγούμενη γραπτή άδεια της συγγραφέως, σύμφωνα με τις διατάξεις της ελληνικής και διεθνούς νομοθεσίας περί πνευματικής ιδιοκτησίας.

Η χρήση αποσπασμάτων από την παρούσα διατριβή επιτρέπεται μόνο για ακαδημαϊκούς και ερευνητικούς σκοπούς, υπό την προϋπόθεση της δέουσας αναφοράς στην πηγή.

Για οποιαδήποτε πληροφορία ή άδεια χρήσης, παρακαλώ επικοινωνήστε με τη συγγραφέα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τη βαθιά μου ευγνωμοσύνη, καθώς η υλοποίησή της δεν θα ήταν εφικτή χωρίς την πολύτιμη βοήθεια και εμψύχωση σημαντικών ανθρώπων και συνεργατών που στάθηκαν δίπλα μου σε όλη αυτή την πορεία.

Αρχικά, με ιδιαίτερη συγκίνηση, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κ. Αθηνά Πατελάρου. Η αδιάκοπη στήριξη, η καθοδήγηση και η εμπιστοσύνη της υπήρξαν ουσιαστικοί πυλώνες στην προσπάθειά μου και καθοριστικοί στην επιστημονική και προσωπική μου εξέλιξη.

Θερμές ευχαριστίες απευθύνω επίσης στα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, κ. Κωνσταντίνο Γιακουμιδάκη και κ. Χρήστο Κλεισιάρη, για τις πολύτιμες παρατηρήσεις και τις εποικοδομητικές τους συμβουλές. Ιδιαίτερες ευχαριστίες επίσης οφείλω στην κ. Ευρυδίκη Πατελάρου, Πρόεδρο του Προγράμματος Διδακτορικών Σπουδών, για τη διαρκή καθοδήγηση και υποστήριξή της.

Θεωρώ υποχρέωσή μου να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους τους συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη, καθώς η συμβολή τους υπήρξε απολύτως καθοριστική για την ολοκλήρωσή της.

Τέλος, ένα μεγάλο και βαθύ «ευχαριστώ» οφείλω στην οικογένειά μου. Η αμέριστη συμπαράστασή τους, η αδιάκοπη στήριξη, η κατανόηση και η ενθάρρυνσή τους αποτέλεσαν για εμένα δύναμη και έμπνευση. Γι’ αυτό, με όλη μου την καρδιά, τους αφιερώνω αυτή τη διατριβή.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ 9
ΛΙΣΤΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ 10
ΛΙΣΤΑ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ 11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ 13
1.1 Ιστορική αναδρομή 14
1.2 Ορισμός της ΠΒΕ 15
1.3 Οφέλη από την εφαρμογή της ΠΒΕ 15
1.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως προς την ΠΒΕ 17
1.5 Ο ρόλος του ασθενούς στην εφαρμογή της ΠΒΕ 18
1.6 Ο ρόλος της ηγεσίας στην εφαρμογή της ΠΒΕ 19
1.7 Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις και κριτική σκέψη 20
1.8 Εμπόδια που υπάρχουν στην εφαρμογή της ΠΒΕ 21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΒΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΠΒΕ 24
2.1 Ανάπτυξη κουλτούρας που ενθαρρύνει την ΠΒΕ 24
2.2 Διατύπωση ενός κλινικού ερωτήματος 25
2.3 Αναζήτηση τεκμηριωμένων πληροφορίων σε βάσεις δεδομένων 27
2.3.1 Αναζήτηση σε βάση δεδομένων 27
2.3.2 Αναζήτηση με λέξεις-κλειδιά 27
2.3.3 Αναζήτηση με θεματικούς τίτλους 28
2.3.4 Αναζήτηση τίτλων 29
2.3.5 Χρήση φίλτρων και περιορισμός αναζητήσεων 29
2.3.6 Οργάνωση αποτελεσμάτων 29
2.3.7 Καθορισμός της βέλτιστης βάσης δεδομένων 30
2.4 Κριτική αποτίμηση βιβλιογραφίας 31
2.4.1 Γενικά κριτήρια κριτικής αποτίμησης 32
2.5 Συνδυασμός με τη γνώμη των ειδικών και τις προτιμήσεις των ασθενών 34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΠΒΕ 35
3.1 Stelter Model 36
3.2 Μοντέλο Iowa 38
3.2.1 Επιλογή του Θέματος 38
3.2.2 Δημιουργία Ομάδας 38
3.2.3 Αναζήτηση πληροφοριών και ενδείξεων 39
3.2.4 Σχεδιασμός και πιλοτική εφαρμογή 39

3.2.5 Εφαρμογή της ΠΒΕ ... 39
3.2.6 Διάδοση αποτελεσμάτων ... 39
3.3 Μοντέλο John Hopkins (JHNEBP Model) ... 40
3.4 Μοντέλο ARCC (Advancing Research And Clinical Practice Through Close Collaboration) ... 41
3.5 Evidence-Based Change Model ... 42
3.6 Ace Star Model ... 43
3.7 Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων ... 44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΥΣΗ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ ... 45
4.1 Κατευθυντήριες γραμμές και οδηγίες ... 46
4.2 Ο ρόλος της εκπαίδευσης στην ΠΒΕ ... 46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΒΕ ... 48
5.1 Ερευνητικά εργαλεία εκτίμησης της επάρκειας των νοσηλευτών ως προς την ΠΒΕ 50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ... 52
6.1 Σκοπός της μελέτης ... 52
6.2 Σχεδιασμός της μελέτης ... 52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ... 54
7.1 Υπό μελέτη πληθυσμός ... 54
7.1.1 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού ... 54
7.1.2 Τοπικό και χρονικό πλαίσιο διεξαγωγής της μελέτης ... 54
7.1.3 Τύπος μελέτης και τύπος δειγματοληψίας ... 55
7.1.4 Υπολογισμός μεγέθους δείγματος ... 55
7.2 Ηθική και δεοντολογία ... 56
7.3 Εργαλεία μέτρησης ... 57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ... 58
8.1 Μετάφραση-στάθμιση ερωτηματολογίου ... 58
8.1.1 Περιγραφική, διμεταβλήτη και πολυμεταβλητή μεθοδολογία ... 60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ... 62
9.1 Στάθμιση ερωτηματολογίου ... 62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ... 65
10.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά ... 65
10.2 Διμεταβλητή ανάλυση ... 72
10.3 Πολυμεταβλητή ανάλυση ... 77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ... 81
11.1 Ποιοτική προσέγγιση ... 81
11.2 Συλλογή δεδομένων ... 81

11.3 Δειγματοληψία 82
11.4 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά 82
11.5 Διαδικασία συλλογής ποιοτικών δεδομένων 83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12. ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ 83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ 84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ 86
14.1 Στάση ως προς την Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις 88
14.1.1 Επαγγελματική ανάπτυξη ως προς την ΠΒΕ 88
14.1.2 Προσέγγιση ως προς την ΠΒΕ 89
14.2 Γνώσεις σχετικά με την ΠΒΕ 94
14.2.1 Ανάγνωση επιστημονικών άρθρων 94
14.2.2 Δυσκολίες εφαρμογής επικαιροποιημένης γνώσης 95
14.2.3 Γλωσσικές δεξιότητες 96
14.3 Δεξιότητες σχετικά με την ΠΒΕ 97
14.3.1 Ενσωμάτωση τεχνολογίας στην κλινική πράξη 97
14.3.2 Κριτική αποτίμηση βιβλιογραφικής ανασκόπησης 98
14.3.3 Ανάπτυξη θεραπευτικών προσεγγίσεων με βάση τις ανάγκες των ασθενών .. 99
14.4 Εφαρμογή της ΠΒΕ 101
14.4.1 Οφέλη από την εφαρμογή της ΠΒΕ 101
14.4.2 Προκλήσεις στην υιοθέτηση της ΠΒΕ στην κλινική πράξη 104
14.4.3 Στρατηγικές για επιτυχή εφαρμογή της ΠΒΕ 106
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15. ΣΥΖΗΤΗΣΗ 109
15.1 Εισαγωγή - Κύρια ευρήματα 109
15.2 Συζήτηση – Συσχετίσεις με άλλες μελέτες 112
15.3 Ισχύς και περιορισμοί της μελέτης 121
15.4 Προτάσεις για παρέμβαση και προοπτική χρήσης της ελληνικής εκδοχής του Ερωτηματολογίου Επάρκειας της ΠΒΕ για νοσηλευτές (EBP-COQ Prof) 122
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 123
ΠΕΡΙΛΗΨΗ 125
ABSTRACT 127
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 129

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα που ορίζουν την επάρκεια των νοσηλευτών ως προς την ΠΒΕ 49

Πίνακας 2. Rotated Component Matrix 64

Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων 65

Πίνακας 4. Ποσοστιαίες κατανομές των απαντήσεων σε κάθε δήλωση του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof..... 69

Πίνακας 5. Μέσες τιμές (mean), με τις τυπικές τους αποκλίσεις (standard deviation), των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof, των κατηγορικών μεταβλητών 74

Πίνακας 6. Συσχετίσεις υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof με τους μελετώμενους παράγοντες 76

Πίνακας 7. Γραμμική Πολλαπλή Παλινδρόμηση για την υποκλίμακα «Στάσεις» 77

Πίνακας 8. Γραμμική Πολλαπλή Παλινδρόμηση για την υποκλίμακα «Γνώσεις»..... 78

Πίνακας 9. Γραμμική Πολλαπλή Παλινδρόμηση για την υποκλίμακα «Δεξιότητες» 79

Πίνακας 10. Γραμμική Πολλαπλή Παλινδρόμηση για την υποκλίμακα «Εφαρμογή» 80

Πίνακας 11. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων ποιοτικής έρευνας 82

Πίνακας 12. Θεματικός Χάρτης..... 85

ΛΙΣΤΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1. Γράφημα υπολογισμού του ελάχιστα απαιτούμενου δείγματος της Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης 56

Γράφημα 2. Μοντέλο Επιβεβαιωτικής Παραγοντικής Ανάλυσης της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof 63

Γράφημα 3. Scree plot 63

Γράφημα 4. Θηκόγραμμα ηλικίας συμμετεχόντων 66

Γράφημα 5. Θηκόγραμμα χρόνου νοσηλευτικής προϋπηρεσίας συμμετεχόντων 66

Γράφημα 6. Κατανομή απαντήσεων σε ότι αφορά το εργασιακό περιβάλλον, την κατοχή τίτλου μεταπτυχιακών σπουδών, και τη συγγραφή τουλάχιστον ενός επιστημονικού άρθρου νοσηλευτικής την τελευταία πενταετία 67

Γράφημα 7. Κατανομή απαντήσεων σε ό,τι αφορά το επίπεδο γνώσης αγγλικής γλώσσας και Η/Υ 67

Γράφημα 8. Κατανομή απαντήσεων σε ότι αφορά τις δηλώσεις του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof 71

Γράφημα 9. Μέση τιμή των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof 72

ΛΙΣΤΑ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΠΒΕ: Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις

ΑΤ Σ: Ατομική Συνέντευξη

ΟΕ: Ομάδα Εστίασης

Σ: Συμμετέχων

ΠΕ: Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση

ΤΕ: Τεχνολογική Εκπαίδευση

ΔΕ: Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

Υ.ΠΕ: Υγειονομική Περιφέρεια

ΟΔΙΠΥ: Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία

EBP: Evidence Based Practice

QSEN: Quality and Safety Education for Nurses

PICO: Population, Intervention, Comparison, Outcome

SPIDER: Sample, Phenomenon of Interest, Desing, Evaluation, Research type

SPICE: Setting, Perspective, Intervention, Comparison, Evaluation

MeSH: Medical Subject Headings

NLM: National Library of Medicine

TRIP: Turning Research into Practice

CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Heath Literature

GIN: Guidelines International Network

AGREE II: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II

CASP: Critical Appraisal Skill Program

GRADE: Grading of Recommendation Assessment Development and Evaluation

JBI: Joanna Briggs Institute

JHNEBP: Johns Hopkins Model Evidence Based Practice

ARCC MODEL: Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration

Quick- EBP-VIK: Quick-Evidence Based Practice Value Implementation and Knowledge

EBNPAT: Evidence Based Nursing Practice Assessment Tool

EBP-COQ Prof: Questionnaire to Evaluate the Professional Registered Nurses' Competence regarding Evidence-Based Practice

SRMR: Standardized Root Mean Square Residual

CD: Coefficient of Determination

CFI: Comparative Fit Index

KMO: Kaiser Mayer Olkin

GDPR: General Data Protection Regulation

ICC: intra-class correlation coefficient

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Νοσηλευτική επιστήμη χαρακτηρίζεται από τη μη στατικότητα, την διαρκή και ταχεία εξέλιξή της. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική αύξηση στον όγκο της βιβλιογραφίας που δημοσιεύεται καθημερινά. Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να παρακολουθούν τις εξελίξεις αυτές και να ενσωματώνουν τις νέες πρακτικές στην καθημερινή κλινική εργασία, προκειμένου να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις συνεχώς μεταβαλλόμενες απαιτήσεις του κλάδου. Οι καθημερινές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας είναι πολυάριθμες και απαιτητικές. Για να μπορέσουν να ανταποκριθούν επαρκώς, είναι απαραίτητο να διαθέτουν ένα ευρύ φάσμα δεξιοτήτων, εκτενή γνώση και έντονη θέληση. Μόνο με τον τρόπο αυτό μπορούν να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες απαιτήσεις του επαγγέλματος και να προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας (Cook et al., 2014).

Η συνεχής επαγγελματική ανάπτυξη και η διά βίου μάθηση είναι θεμελιώδεις αρχές για τους νοσηλευτές, καθώς τους επιτρέπουν να διατηρούν τις γνώσεις τους επικαιροποιημένες και να εφαρμόζουν τις βέλτιστες κατά περίπτωση πρακτικές. Η ενσωμάτωση νέων επιστημονικών δεδομένων και η εφαρμογή καινοτόμων προσεγγίσεων στη κλινική πρακτική συμβάλλουν καταλυτικά στην βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας των ασθενών (Diriba et al., 2024)

Επιπλέον, η ικανότητα προσαρμογής σε νέες τεχνολογίες καθώς και η εφαρμογή σύγχρονων εργαλείων πληροφορικής είναι ζωτικής σημασίας για τους επαγγελματίες υγείας. Η αποτελεσματική διαχείριση των πληροφοριών και η

αξιοποίηση των σύγχρονων μέσων επικοινωνίας διευκολύνουν την καθημερινή εργασία και βελτιώνουν την παροχή υπηρεσιών υγείας (Li et al., 2025).

1.1 Ιστορική αναδρομή

Η Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις (ΠΒΕ) επιδιώκει να ενισχύσει και να διασφαλίσει την αρτιότητα της κλινικής πρακτικής που εφαρμόζουν οι επαγγελματίες υγείας. Παρόλο που αυτός ο όρος δεν ήταν ευρέως διαδεδομένος, η Florence Nightingale, μετά τον Κριμαϊκό πόλεμο, υιοθέτησε την πρακτική της χρήσης ενδείξεων μέσω παρατήρησης και πειραματισμού για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών της. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αναφορά της Florence Nightingale στο βιβλίο της “Notes on Nursing,” που δημοσιεύτηκε το 1859. Συγκεκριμένα, παρατήρησε ότι η χρήση κρύου νερού χωρίς σαπούνι δεν δρα αποτελεσματικά στην απομάκρυνση των ρύπων από το δέρμα των ασθενών. Αντιθέτως, διαπίστωσε ότι η χρήση κρύου νερού με το σαπούνι συνέβαλε περισσότερο. Συνεπώς, κατέληξε ότι για ακόμη πιο αποτελεσματική καθαριότητα, συστήνεται η χρήση ζεστού νερού με σαπούνι, το οποίο διευκολύνει την απομάκρυνση των ρύπων και συμβάλλει στην υγιεινή των ασθενών. Η παρατήρηση αυτή αναδεικνύει τη σημασία της σωστής υγιεινής στην φροντίδα των ασθενών και παραμένει επίκαιρη ακόμη και σήμερα. (Mackey and Bassendowski, 2017).

Στη δεκαετία του 1980, ο όρος «Ιατρική Βασισμένη σε Ενδείξεις» χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τη μέθοδο διδασκαλίας στην ιατρική σχολή του Καναδά (Eddy, 2005). Στο διάστημα που προηγήθηκε, οι αποφάσεις για τη θεραπεία των ασθενών βασίζονταν κυρίως στην προσωπική αντίληψη και την κρίση του εκάστοτε γιατρού. Ορόσημο αποτελεί η δημιουργία της Cochrane Collaboration το 1993 , η οποία απαρτίζονταν από μια ομάδα 77 ατόμων από 9 χώρες, κατόπιν προτροπής του Βρετανού επιδημιολόγου Archibald Cochrane στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η πρωτοβουλία αυτή οδήγησε στη δημιουργία μιας ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων που επιτρέπει την αναζήτηση τυχαιοποιημένων μελετών.

Σήμερα, η Cochrane Collaboration αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες βάσεις δεδομένων παγκοσμίως, με περιεχόμενο μεταφρασμένο σε 21 γλώσσες

και συνεργασίες με περισσότερες από 130 χώρες. Αυτή η βάση δεδομένων παρέχει πρόσβαση σε αξιόπιστες πληροφορίες που διευκολύνουν την εφαρμογή της ΠΒΕ στην καθημερινή κλινική πρακτική, ενισχύοντας έτσι την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών (cochrane, 2024).

Συμφώνα με τους (Melnyk and Fineout-Overholt, 2011), η πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις επεκτάθηκε ως ανάγκη όχι μόνο στην ιατρική αλλά και στις άλλες επιστήμες υγείας με στόχο την εφαρμογή των βέλτιστων πρακτικών στην κλινική πράξη.

1.2 Ορισμός της ΠΒΕ

Στο πέρασμα των χρόνων έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες να οριστεί η ΠΒΕ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι ορισμοί που έχουν διατυπωθεί από τους (Sackett et al., 1996; Haynes et al., 1997; Institute of Medicine, 2001; Melnyk and Fineout-Overholt, 2011; Cochrane Collaboration, 2024). Μεταξύ αυτών, ο ορισμός των (Sackett et al., 1996) θεωρείται ευρέως ο επικρατέστερος. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις ορίζεται ως «ο συνδυασμός των καλύτερων πρακτικών με τη γνώμη των ειδικών και τις αξίες και προτιμήσεις των ασθενών» (Sackett et al., 1996). Σε αυτή τη διατύπωση υπογραμμίζεται η ανάγκη συνδυασμού ερευνητικών δεδομένων, κλινικής εμπειρίας, καθώς και των ατομικών προτιμήσεων των ασθενών για την επίτευξη της βέλτιστης φροντίδας και παροχή υπηρεσιών υγείας, ώστε να λαμβάνουν τόσο οι ασθενείς όσο και οι υγειονομικές μονάδες περίθαλψης τα μέγιστα οφέλη έχοντας εξατομικεύσει τη φροντίδα των ασθενών και ελαχιστοποιήσει τους παράγοντες κινδύνου που ενδεχομένως να υπάρχουν.

1.3 Οφέλη από την εφαρμογή της ΠΒΕ

Καθώς η αναγνώριση και η εφαρμογή της ΠΒΕ κερδίζει έδαφος στην επιστημονική κοινότητα, τόσο στην ιατρική όσο και στην νοσηλευτική, είναι

σημαντικό να αναλυθούν και να κατανοηθούν τα πολλαπλά οφέλη της, αφενός για τους επαγγελματίες και τους ωφελούμενους των υπηρεσιών και αφετέρου και για τους ίδιους οργανισμούς υγείας.

Με την εφαρμογή της ΠΒΕ παρέχεται υψηλής ποιότητα φροντίδας συμβάλλοντας στην βέλτιστη έκβαση των αποτελεσμάτων για τους ασθενείς (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την δυνατότητα εφαρμογής στοχευμένης θεραπείας, η οποία συμβάλλει στην μείωση του χρόνου νοσηλείας, περιορίζοντας πιθανές παρενέργειες, που θα μπορούσαν να προκύψουν και μειώνοντας το συνολικό κόστος θεραπείας (Νανάκης και Ουζούνη, 2008; Melnyk and Fineout-Overholt, 2011, 2019; Cook, Schwartz and Kaslow, 2017). Με τη μεθοδική και εξατομικευμένη παροχή φροντίδας αναπτύσσεται το αίσθημα ασφάλειας και ικανοποίησης του ασθενούς για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, καθώς συμπεριλαμβάνονται μέσα και οι προτιμήσεις του παρέχοντας τη δυνατότητα συμμετοχής του στην θεραπεία (Νανάκης και Ουζούνη, 2008).

Η ΠΒΕ προάγει την επικαιροποιημένη γνώση, ενισχύοντας το νοσηλευτικό προσωπικό με γνώσεις και δεξιότητές, συμβάλλοντας καθοριστικά στην εφαρμογή της πλέον ενδεδειγμένης προσέγγισης στην εκάστοτε λήψη απόφασης και κλινικής πρακτικής. Ο νοσηλευτής αποκτά αυτονομία και θωρακίζει το νοσηλευτικό επάγγελμα ως προς την αξιοπιστία και υπευθυνότητα για τις παρεχόμενες υπηρεσίες που προσφέρει. Με αυτό τον τρόπο, το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει μεγαλύτερη ικανοποίηση από το εργασιακό του περιβάλλον, μειώνοντας τον πιθανό κίνδυνο για επαγγελματική εξουθένωση (Νανάκης και Ουζούνη, 2008; Melnyk and Fineout-Overholt, 2011, 2019).

Η ΠΒΕ προωθεί την δημιουργία των κατευθυντήριων γραμμών ενισχύοντας την στοχευμένη κλινική προσέγγιση. Ωστόσο και οι υπηρεσίες υγείας λαμβάνουν πολλά οφέλη. Διασφαλίζουν αξιοπιστία ως προς τις υπηρεσίες τους, ενισχύοντας το αίσθημα ασφάλειας στα περιθαλπόμενα μέλη. Η ποιότητα φροντίδας που προσφέρουν, ευθυγραμμίζεται με τις τελευταίες ενδεδειγμένες πρακτικές, καθώς η νοσηλευτική επιστήμη χαρακτηρίζεται από τη δυναμική της εξέλιξη και αναπροσαρμογή των πρακτικών της συνεχώς, σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα που υπάρχουν στο χώρο της υγείας, ακολουθώντας τα πρότυπα φροντίδας υγείας (Νανάκης και Ουζούνη, 2008; Cook et al., 2017).

1.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως προς την ΠΒΕ

Αναμφισβήτητα η ΠΒΕ έχει αποδειχθεί βασικός πυλώνας για τη ποιοτική παροχή φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας τις τελευταίες δεκαετίες. Παρ ‘όλη την αναγνώριση της και την αποδοχή από τους παρόχους υγείας, υπάρχουν αρκετές δυσκολίες για την απόλυτη εφαρμογή της. Σε αυτό συντελούν ποικίλοι παράγοντες, όπως οι διαφορετικές βαθμίδες εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, η ελλιπής υποστήριξη από τις διοικήσεις, οι ανεπαρκείς πόροι, αλλά και η προσκόλληση από τους επαγγελματίες υγείας στο παραδοσιακό κλίμα (Baillie et al., 2019).

Το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει πολύ κρίσιμο ρολό ως προς την εφαρμογή και την εδραίωση της ΠΒΕ στην κλινική πράξη, καθώς αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στην ιατρική, στην επιστημονική κοινότητα αλλά και στη διαχείριση και φροντίδα των ασθενών (Jylhä et al., 2017). Με δεδομένο το κεντρικό ρολό που διαδραματίζουν στην φροντίδα του ασθενή, είναι αναγκαία η εμπλοκή στην λήψη αποφάσεων, προσαρμόζοντας τα βέλτιστα ερευνητικά δεδομένα όπου θα τα εφαρμόζουν βάσει της κλινικής τους εμπειρίας αλλά και στις αξίες και προτιμήσεις των ασθενών. Με αυτό τον τρόπο, εξασφαλίζουν ποιοτικότερη, ασφαλέστερη και στοχευμένη παροχή φροντίδας (Clarke, 2021).

Ταυτόχρονα, οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι σε θέση να εντοπίζουν τα κενά στις διαθέσιμες ενδείξεις και να θέτουν νέα ερωτήματα με στόχο τον εντοπισμό νεών ενδείξεων. Με τον τρόπο αυτό προσφέρουν στην κλινική έρευνα αναπτύσσοντας δεξιότητες που συμβάλουν στην διαρκή εξέλιξη και ανάπτυξη του νοσηλευτικού επαγγέλματος, παρέχοντας υψηλή ποιότητα φροντίδας (Baillie et al., 2019).

Η εκπαιδευτική βαθμίδα των νοσηλευτών διαδραματίζει σημαντικό παράγοντα για την εφαρμογή της ΠΒΕ. Το νοσηλευτικό προσωπικό με υψηλότερο επίπεδο γνώσεων επιτελεί ένα κεντρικό ρόλο, ως διαμεσολαβητές γνώσης, βοηθώντας τη διάχυση και εφαρμογή των καλυτέρων ερευνητικών ενδείξεων και προωθώντας την στην καθημερινή κλινική πρακτική (Gallagher-Ford, 2012).

Η εκπαίδευση και η κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελούν κινητήριο μοχλό για την ενδυνάμωση της ΠΒΕ. Η ανάπτυξη των γνώσεων,

δεξιοτήτων καθώς και της θετικής στάσης απέναντι στην ΠΒΕ, ευνοεί την υιοθέτηση νέων τεκμηριωμένων ενδείξεων στη φροντίδα των ασθενών, προάγοντας την καινοτομία στον τομέα της υγείας και ενισχύοντας την αυτονομία του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Dagne and Beshah, 2021).

Τέλος, οι νοσηλευτές αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της υγειονομικής ομάδας αφού διαδραματίζουν έναν καίριο ρόλο στην επιτήρηση και τον συντονισμό των κλινικών αποφάσεων, συμβάλλοντας στη μείωση ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων στους ασθενείς, προασπίζοντας την ασφαλέστερη και την ποιοτικότερη παροχή φροντίδας (Jylhä et al., 2017).

1.5 Ο ρόλος του ασθενούς στην εφαρμογή της ΠΒΕ

Μεγάλη είναι η έμφαση που δίνεται για την παροχή ποιοτικής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, έχοντας έως αποτέλεσμα την μετατροπή της σχέσης του νοσηλευτή και ασθενή. Σύμφωνα με τους Melnyk και Fineout-Overholt (2019 pp.331-332), κρίνεται απαραίτητη η υιοθέτηση μιας φιλοσοφίας, οπού ο ασθενής θα λαμβάνεται ως συνεργάτης και ισότιμο μέλος στις πλέον ενδεδειγμένες κλινικές αποφάσεις για το θεραπευτικό σχήμα που θα επιλεχθεί. Για την εφαρμογή της ΠΒΕ, απαιτείται να διασφαλιστεί η ενσωμάτωση των αξίων και προτιμήσεων των ασθενών, πετυχαίνοντας με αυτό τον τρόπο σεβασμό στις πολιτικές, θρησκευτικές πεποιθήσεις, αλλά και στην κάλυψη των αναγκών των ασθενών.

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ισορροπήσει την επιστημονική τεκμηρίωση με τις ανάγκες των ασθενών, παρέχοντας με αυτό τον τρόπο εξατομικευμένη φροντίδα. Ο ρόλος των ασθενών είναι ουσιαστικός και ενδυναμώνεται μέσα από ανοικτούς διαύλους επικοινωνίας, αναπτύσσοντας ειλικρινή σχέση και επιτρέποντας τους να συμμετέχουν ενεργά στις θεραπευτικές τους αποφάσεις (den Hertog and Niessen, 2021).

Οι den Hertog and Niessen (2021), αναφέρουν ότι με την εμπλοκή των ασθενών και την ενεργή λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων υπάρχει ουσιαστική πρόοδος στην παρεχόμενη φροντίδα. Στο νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να παρέχεται εκπαίδευση, για να είναι σε θέση να εφαρμόσει εξατομικευμένη

φροντίδα, με την ενσωμάτωση των επιλογών που αφορούν την υγειονομική τους περίθαλψη.

Ένα σύστημα υγείας, συμφώνα με τους (Mühlbacher and Juhnke, 2013), παρέχει υψηλή ποιότητα φροντίδας, όταν συμπεριλαμβάνονται στην εφαρμογή της ΠΒΕ και οι προτιμήσεις των ασθενών, δεδομένου ότι είναι εκείνοι που θα βιώσουν τις συνέπειες των θεραπευτικών τους επίλογων.

1.6 Ο ρόλος της ηγεσίας στην εφαρμογή της ΠΒΕ

Καθοριστικός είναι ο ρόλος της ηγεσίας για την εδραίωση και εφαρμογή της ΠΒΕ στην κλινική πράξη, διότι αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα στην παροχή ποιοτικής φροντίδας ως προς τους ασθενείς. Το νοσηλευτικό προσωπικό που ηγείται είναι υπεύθυνο για την δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, το οποίο, θα φροντίζει για την μέγιστη απόδοση και επαγγελματική εξέλιξη του νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτό προϋποθέτει την υιοθέτηση και αφομοίωση της ΠΒΕ στην κλινική πράξη, αναπτύσσοντας ένα ευνοϊκό περιβάλλον για την δημιουργία κουλτούρας, προάγοντας και υποστηρίζοντας την φιλοσοφία αυτή στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019).

Σημαντικός είναι ο ρόλος των ηγετών νοσηλευτών, οι οποίοι, οφείλουν να διασφαλίσουν ότι το προσωπικό που ηγούνται είναι πλήρως καταρτισμένο με τις κατάλληλες δεξιότητες και υποδομές, εξασφαλίζοντας ένα ευνοϊκό κλίμα για την αποτελεσματικότερη εφαρμογή της ΠΒΕ. Για να επιτευχθεί ο στόχος, απαιτείται να υπάρχει ικανότητα διαχείρισης και υποστηρικτικών προσεγγίσεων, ως προς την πλέον ενδεδειγμένη κλινική απόφαση, που με θετική επιρροή και εμπνευσμένη παρακίνηση να οδηγεί ως τελικό αποτέλεσμα στην εξατομικευμένη φροντίδα, θεμελιώνοντας ένα υποστηρικτικό περιβάλλον ως προς την ΠΒΕ (Chan et al., 2023).

Σύμφωνα με τους Elsheikh et al. (2023), οι οποίοι αναφέρουν ότι η αναποτελεσματική ηγεσία, μπορεί να δημιουργήσει σε μία σειρά από ανεπιθύμητες συνέπειες, για το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως χαμηλή αποδοτικότητα, έντονο άγχος, και αναίτια απουσία του προσωπικού από τον εργασιακό χώρο. Γι’ αυτό τονίζεται η αναγκαιότητα, η ηγεσία να είναι σε θέση να αναγνωρίσει τα εμπόδια που ενδεχομένως προκύψουν και να παρέχει συνεχή

στήριξη και καθοδήγηση στο νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να προσφέρει υψηλή ποιότητα φροντίδας εφαρμόζοντας την ΠΒΕ.

Ένας ηγέτης πρέπει να χαρακτηρίζεται από κάποιες δεξιότητες ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί πλήρως στον ρόλο του. Το Quality and Safety Education for Nurses (QSEN), ανέπτυξε έξι δεξιότητες στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η εξατομικευμένη φροντίδα, η συλλογικότητα και συνεργασία, η προτεραιότητα στην πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις, η ανάπτυξη υψηλούς ποιότητας φροντίδας, η ασφάλεια, αλλά και η χρήση της πληροφορικής στην κλινική πρακτική (Dolansky and Moore, 2013; Mazurek Melnyk and Fineout-Overholt, 2019).

Ταυτόχρονα, η ηγεσία οφείλει να εξασφαλίζει την αναγκαιότητα για την διασφάλιση πόρων, την δυνατότητα για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τους ανοικτούς διαύλους επικοινωνίας για την διατήρηση και δέσμευση της εφαρμογής της ΠΒΕ (Sandström et al., 2011; Bianchi et al., 2018; Välimäki, Partanen and Häggman-Laitila, 2018).

Συμπερασματικά, η ηγεσία στη νοσηλευτική περιλαμβάνει πολλαπλές πτυχές γιατί απαιτείται ο συνδυασμός ποικίλων παραγόντων. Ένας ηγέτης οφείλει να διαθέτει θεωρητική γνώση, αποτελεσματική επικοινωνία και διεκπεραιωτικές ικανότητες, ώστε να μπορεί να δημιουργήσει το κατάλληλο περιβάλλον που θα επιτρέψει την ενσωμάτωση της ΠΒΕ στην καθημερινή κλινική πρακτική, αναπτύσσοντας ευνοϊκό κλίμα και καλλιεργώντας κουλτούρα στον εργασιακό χώρο.

1.7 Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις και κριτική σκέψη

Η κριτική σκέψη αποτελεί ένα βασικό συστατικό της ΠΒΕ και η ανάπτυξη της κρίνεται αναγκαία, διότι, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να είναι ευέλικτο, εφοδιασμένο με δεξιότητες και γνώσεις ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει σε απαιτητικά κλινικά περιβάλλοντα, προσφέροντας ασφαλή και ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς (Liu et al., 2021). Οι Falcó-Pegueroles et al. (2021) περιγράφουν την κριτική σκέψη ως μια σύνθετη συνεχώς αναπτυσσόμενη διαδικασία στην οποία εμπεριέχονται στάσεις και δεξιότητες που στοχεύουν στην λήψη των πλέον

ενδεδειγμένων κλινικών αποφάσεων, που ενδυναμώνουν το νοσηλευτικό επάγγελμα ως προς την αυτονομία του.

Η εκπαίδευση στην κριτική σκέψη και ΠΒΕ αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση, καθώς βοηθάει στην προεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού προκειμένου να μπορεί να ανταποκριθεί στις σύγχρονες ανάγκες στην καθημερινή κλινική πρακτική. Με την βοήθεια της εκπαίδευσης, οι επαγγελματίες υγείας γίνονται πιο ευέλικτοι και δημιουργικοί ξεπερνώντας τα εμπόδια με περισσότερη ευκολία (Profetto-McGrath, 2005). Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις έχουν στόχο να αναπτύξουν την κριτική σκέψη συνδυάζοντας την ΠΒΕ με απώτερο σκοπό την αναβάθμιση της φροντίδας που προσφέρεται στους ασθενείς (Patil et al., 2024).

Η κριτική σκέψη είναι μια κριτική ικανότητα που συνεχώς εξελίσσεται. Γι' αυτό τον λόγο κρίνεται αναγκαία η ενσωμάτωση της σε όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες, βοηθώντας να ληφθούν οι βέλτιστες τεκμηριωμένες κλινικές αποφάσεις ενισχύοντας την ΠΒΕ, με στόχο το συνολικό όφελος των ασθενών (Finn, 2011).

1.8 Εμπόδια που υπάρχουν στην εφαρμογή της ΠΒΕ

Παρόλο που η ΠΒΕ είναι ένα βασικό στοιχείο για την παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης, εξασφαλίζοντας εξατομικευμένη φροντίδα με τις πλέον ενδεδειγμένες λύσεις, υπάρχουν πολλοί ανασταλτικοί παράγοντες που μπορούν να επιδράσουν αρνητικά προς την εφαρμογή και ανάπτυξη της σε ένα κλινικό περιβάλλον. Τους παράγοντες αυτούς, τους συναντάμε ως φραγμούς και τους διακρίνουμε σε προσωπικούς και οργανωτικούς παράγοντες, καθώς επηρεάζουν τόσο τις στάσεις, τις πεποιθήσεις, όσο και ολόκληρο τον τρόπο λειτουργίας ενός οργανισμού (Melnyk and Fineout-Overholt, 2011).

Ένα από τα μεγαλύτερα και συχνότερα εμπόδια που συναντάμε είναι η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων ως προς την ΠΒΕ, αφού οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν κάποια σχετική εκπαίδευση προς αυτήν (Sadeghi-Bazargani, Tabrizi and Azami-Aghdash, 2014; Melnyk and Fineout-Overholt, 2019; Ayoubian et al., 2020; Paci et al., 2021). Αυτή η αδυναμία έχει ως προέκταση την δυσκολία κατανόησης των στατιστικών και ερευνητικών δεδομένων όπως επίσης και την κριτική αποτίμηση της βιβλιογραφίας (Al-Lenjawi et al., 2022). Είναι πλέον

αποδεκτό ότι η μη επαρκής εκπαίδευση στην ΠΒΕ, σε προπτυχιακό ή μεταπτυχιακό επίπεδο, αποτελεί ουσιαστικό ανασταλτικό παράγοντα για την ανάπτυξη και ενσωμάτωση της ΠΒΕ στην κουλτούρα ενός παρόχου υγείας (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019).

Σύμφωνα με μελέτες, το νοσηλευτικό προσωπικό αναφέρει ότι υπάρχει έλλειψη χρόνου για την αναζήτηση και μελέτη διαθέσιμων ερευνητικών δεδομένων, όπως επίσης και η απουσία διαθέσιμων πόρων που δυσχεραίνουν την αποτελεσματική εφαρμογή της ΠΒΕ (Sadeghi-Bazargani, Tabrizi and Azami-Aghdash, 2014; Melnyk and Fineout-Overholt, 2019; Alqahtani et al., 2022; Dakka, 2022). Επιπλέον, τροχοπέδη αποτελεί η μη προσβασιμότητα σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό, αλλά και σε ελεύθερες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Bianchi et al., 2018; Pitsillidou, 2023). Επιπροσθέτως, οι οικονομικές δυσκολίες και η έλλειψη επιχορήγησης ενός οργανισμού για την ενίσχυσή της ΠΒΕ αποτελούν ένα ακόμη εμπόδιο (Ayoubian et al., 2020; Paci et al., 2021).

Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που μπορεί να συναντήσει ένα υγειονομικό περιβάλλον για την εδραίωση της ΠΒΕ, είναι η αντίσταση στην αλλαγή από το νοσηλευτικό προσωπικό, που δυσκολεύεται να αλλάξει το καθιερωμένο. Αυτό μπορεί να συμβαίνει είτε λόγω ανασφάλειας είτε λόγω αρνητικής στάσης και προκατάληψης απέναντι στην ΠΒΕ (Aishammari et al., 2020; Dakka, 2022). Γενικότερα, η αρνητική στάση των νοσηλευτών και η προσκόλληση στο παραδοσιακό κλίμα με άρνηση και αντίσταση στην αλλαγή είναι ένα συχνό φαινόμενο (Bianchi et al., 2018; Pitsillidou, 2023), το οποίο ενισχύεται από την ελλιπή υποστήριξη των συναδέλφων και των ατόμων που ηγούνται μέσα στο οργανισμό (Al-Lenjawi et al., 2022).

Κρίσιμοι συντελεστές για την υιοθέτηση της ΠΒΕ σε ένα κλινικό περιβάλλον είναι η ανάπτυξη και η ενδυνάμωση της οργανωτικής κουλτούρας, αλλά και η υποστήριξη από την εκάστοτε διοίκηση. Οι οργανισμοί που έχουν δυσκολία να καλλιεργήσουν ένα ευνοϊκό κλίμα προς την ΠΒΕ και δε λαμβάνουν την κατάλληλη διοικητική στήριξη, αντιμετωπίζουν έντονη δυσκολία σε σχέση με την αποδοχή και εφαρμογή της ΠΒΕ από το νοσηλευτικό προσωπικό (Jylhä et al., 2017; Aishammari et al., 2020). Η ανυπαρξία μεντόρων και καθοδηγητών, όπως επίσης και η απουσία κινήτρων έχει αρνητικό αντίκτυπο, δημιουργώντας ένα δυσμενές περιβάλλον για την αποδοχή της ΠΒΕ (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, pp. 54-55).

Σύμφωνα με τους Sadeghi-Bazargani, Tabrizi and Azami-Aghdash, (2014) και Pitsillidou (2023), αρκετοί νοσηλευτές θεωρούν ότι υπάρχει πολυπλοκότητα των διαδικασιών που απαιτούνται για την χρήση και εφαρμογή της ΠΒΕ. Συνεπώς, η έλλειψη εξοικείωσης με τις διαδικασίες, η δυσκολία πρόσβασης σε τεκμηριωμένες πληροφορίες, ο τεράστιος όγκος πληροφορίων που καθημερινά δημοσιεύονται καθιστούν δύσκολη την αναζήτηση της πληροφορίας αλλά και της κριτικής αποτίμηση της. Επιπλέον, ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που αναφέρεται, είναι ότι κατά κύριο λόγο τα διεθνή επιστημονικά περιοδικά, αλλά και γενικότερα η βιβλιογραφία, είναι στην αγγλική γλώσσα, γεγονός που δυσχεραίνει πολλούς επαγγελματίες υγείας, αφού δεν έχουν εξοικείωση με αυτήν, με αποτέλεσμα την δυσκολία της κατανόησης των ερευνητικών δεδομένων (Sadeghi-Bazargani, Tabrizi and Azami-Aghdash, 2014; Bianchi et al., 2018; Paci et al., 2021).

Παράλληλα, πρέπει να επισημανθεί ότι πέρα από πιθανές πιέσεις που δέχεται το νοσηλευτικό προσωπικό από τους συναδέλφους, προκειμένου να συνεχίσουν σε παραδοσιακές πρακτικές, υπάρχει αντίστοιχη πίεση και από τους ασθενείς, οι οποίοι δεν επιθυμούν να λάβουν θεραπευτικές αποφάσεις βασισμένες στα τελευταία ερευνητικά δεδομένα, αλλά επιμένουν σε παλαιές και παρωχημένες μεθόδους, που δεν ανταποκρίνονται πλέον στις σύγχρονες κλινικές πρακτικές (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, pp. 54-55). Επιπλέον, ένα ιατροκεντρικό σύστημα υγείας δυσχεραίνει την διαμόρφωση ενός ευνοϊκού περιβάλλοντος ως προς την ΠΒΕ (Bianchi et al., 2018).

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι πολλοί από το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι εξοικειωμένοι με την χρήση των κατευθυντήριων γραμμών και πρωτοκόλλων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αποφεύγουν την εφαρμογή τους, καθώς θεωρούν ότι περιορίζει την αυτονομία και χάνουν την ευελιξία τους, δρώντας κατ' αυτό το τρόπο ανασταλτικά ως προς την εφαρμογή ΠΒΕ (Sadeghi-Bazargani, Tabrizi and Azami-Aghdash, 2014; Bianchi et al., 2018). Ως εκ τούτου, προκύπτει η αναγκαιότητα της ένταξης της ΠΒΕ στα εκπαιδευτικά προγράμματα σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, αλλά και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση η οποία βοηθάει στην ανάπτυξη γνώσεων, αλλά και δεξιοτήτων ώστε να υπάρχει θετική στάση για την υιοθέτηση της ΠΒΕ (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, p. 500).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΒΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΠΒΕ

Η ΠΒΕ περιγράφεται ως μια κυκλική και επαναλαμβανόμενη διαδικασία και αποτελείται από επτά βασικά στάδια. Αρχικά, είναι η δημιουργία ενός κατάλληλα διαμορφωμένου περιβάλλοντος που θα ευνοεί την έρευνα. Εν συνεχεία, ακολουθεί η διατύπωση ενός σωστά δομημένου ερευνητικού ερωτήματος, ακολουθεί η διαδικασία εύρεσης της πλέον τεκμηριωμένης πληροφορίας, η κριτική αποτίμηση της πληροφορίας, η εφαρμογή των ευρημάτων στην κλινική πράξη και τέλος, η αξιολόγηση και διάχυση της πληροφορίας. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει εξοικείωση με τα στάδια αυτής της διαδικασίας, ώστε να επιτευχθεί το βέλτιστο δυνατόν αποτέλεσμα (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, pp. 46).

2.1 Ανάπτυξη κουλτούρας που ενθαρρύνει την ΠΒΕ

Η ανάπτυξη της οργανωτικής κουλτούρας έχει ουσιαστικό ρόλο στην ανάπτυξη και εδραίωση της ΠΒΕ σε έναν χώρο υγειονομικής περίθαλψης. Η μετάβαση και εφαρμογή της ΠΒΕ, καθώς και η ανάπτυξη κουλτούρας είναι μια χρονοβόρα και επίμονη διαδικασία. Σε αυτό το σημείο, οι μέντορες της ΠΒΕ, έχουν καθοριστικό ρόλο ,αφού συμβάλουν στη βελτίωση των πεποιθήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού, στην εφαρμογή, αλλά και την ικανοποίησή τους από την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Ένας οργανισμός που έχει επενδύσει στην ύπαρξη μεντόρων, παρατηρήθηκε ότι επιτυγχάνει καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς, καθώς υποστηρίζει τους στόχους που έχουν τεθεί για την υγειονομική περίθαλψη (Melnyk et al., 2021).

Η κουλτούρα ενός οργανισμού ασκεί επιρροή όχι μόνο στην εφαρμογή της ΠΒΕ, αλλά και στην απόδοση, την παραγωγικότητα και την ηθική των εργαζομένων. Με αυτόν το τρόπο, μπορεί να προσελκύει επαγγελματίες που είναι εφοδιασμένοι με γνώσεις, δεξιότητες και θετική στάση ως προς την ΠΒΕ (Warrick, 2017). Η ανάπτυξη κουλτούρας που ενθαρρύνει την ΠΒΕ έχει καθοριστικό ρόλο μεταξύ των γνώσεων, των πεποιθήσεων , την ικανότητα εφαρμογής ,αλλά και την καθοδήγησή της στο νοσηλευτικό προσωπικό (Diriba and Tilahun, 2024). Πολλές είναι οι προκλήσεις και τα εμπόδια, όπως μη υποστήριξη από την ηγεσία και έλλειψη πόρων. Για τον λόγο αυτό, είναι ζωτικής σημασίας να δημιουργηθεί μια ισχυρή και βιώσιμη κουλτούρα ως προς την ΠΒΕ (Diriba and Tilahun, 2024).

Υποστηρικτικός πρέπει να είναι, επίσης ο ρόλος της διοίκησης και να υπάρχει καθοδήγηση σε όλες της φάσεις της εφαρμογής της ΠΒΕ. Οι διοικήσεις θα πρέπει να καλλιεργήσουν ένα ευνοϊκό περιβάλλον , να μειώσουν τα τυχόν εμπόδια και να στελεχώσουν με άτομα που διευκολύνουν τις διαδικασίες, δημιουργώντας υποδομές βασισμένες σε όραμα και ισχυρό σχεδιασμό πολιτικής για την προώθηση της ΠΒΕ (Yoo et al., 2019).

2.2 Διατύπωση ενός κλινικού ερωτήματος

Η σωστή διατύπωση ενός κλινικού ερωτήματος έχει καθοριστικό ρόλο στην συνέχεια και την εξέλιξη μιας πετυχημένης έρευνας στον χώρο της υγείας. Για την εξασφάλιση ενός σωστού ερευνητικού ερωτήματος χρησιμοποιούνται από τους ερευνητές κάποια εργαλεία τα οποία τους επιτρέπουν να διαμορφώνουν εστιασμένα, κλινικά ερωτήματα. Ένα από τα πλέον διαδεδομένα εργαλεία είναι το PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome). Με αυτό το εργαλείο καθορίζεται με ακρίβεια ο πληθυσμός, η παρέμβαση, η σύγκριση και τα αποτελέσματα που αναζητούνται (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, pp. 49).

Το μοντέλο PICO αναπτύχθηκε για την διαμόρφωση καλά δομημένων κλινικών ερωτημάτων και σωστό συντονισμό της έρευνας.

P (Πληθυσμός): Σε αυτό το σημείο περιγράφονται τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ή ο ορισμός του προβλήματος που θα συμπεριληφθεί στην έρευνα

I (παρέμβαση): Αναφέρεται η παρέμβαση ή κλινική δοκιμασία που θα εφαρμοστεί στον πληθυσμό στόχο

C (Σύγκριση): Σε περίπτωση που υπάρχει αναφέρεται με ποια παρέμβαση ή κλινική δοκιμασία θα συγκριθεί

O (Αποτέλεσμα): καθορίζει το ενδεχόμενο αποτέλεσμα που θα έχει από την παρέμβαση

T (Χρόνος): Δηλώνεται το χρονικό διάστημα στο οποίο ορίζεται η παρέμβαση, σε περίπτωση που χρειάζεται

Το μοντέλο παρέχει ευελιξία και ανάλογα τις ανάγκες μπορεί να αναδιαμορφωθεί και να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις του ερευνητικού ερωτήματος. Υπάρχουν περιπτώσεις που παραλείπεται η σύγκριση (PIO) ή το (PIOT) προσθέτοντας το χρόνο, κάτι που εξαρτάται κάθε φορά από την φύση του ερωτήματος. Το εργαλείο PICO έχει ευρεία χρήση στις συστηματικές ανασκοπήσεις και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό στα ερωτήματα για ποσοτική έρευνα, κρίνεται ιδιαίτερα χρήσιμο, καθώς οι βάσεις δεδομένων, όπως το MEDLINE και το CINAHL, με βάση τα κλινικά ερωτήματα εξάγονται λέξεις κλειδιά για την πιο στοχευμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Το εργαλείο αυτό διασφαλίζει σαφήνεια και αρτιότητα στα κλινικά ερωτήματα που αφορούν θεραπευτικές παρεμβάσεις και συγκριτικές θεραπείες (Schiavenato and Chu, 2021).

Το εργαλείο PICO εμφανίζει κάποιες αδυναμίες, όταν πρόκειται για διατύπωση ποιοτικών ερωτημάτων ή ανάλυση φαινομένων. Γι’ αυτό τον λόγο έχουν αναπτυχθεί εναλλακτικά εργαλεία όπως το SPIDER και SPICE.

SPIDER: Το ακρωνύμιο SPIDER σημαίνει : S (Sample), PI (Phenomenon of Interest), D (Design), E (Evaluation), R (Research type) (Δείγμα, φαινόμενο ενδιαφέροντος, σχεδιασμός, αξιολόγηση, τύπος έρευνας). Είναι ενδεδειγμένο κυρίως για ποιοτικές και μικτές μελέτες, καθώς προσφέρει ευελιξία για την ανάλυση των δεδομένων (Cooke, Smith and Booth, 2012).

SPICE: Επιπρόσθετα, το ακρωνύμιο SPICE σημαίνει: S (Setting), P (Perspective), I (Intervention), C (comparison), E (Evaluation) (Πλαίσιο που πραγματοποιείται η έρευνα, προοπτική, παρέμβαση, σύγκριση, αξιολόγηση). Το συγκεκριμένο εργαλείο αυτό εφαρμόζεται σε έρευνες που σχετίζονται με συστηματικές ανασκοπήσεις στον χώρο της υγείας (Cleyle and Booth, 2006).

2.3 Αναζήτηση τεκμηριωμένων πληροφορίων σε βάσεις δεδομένων

Ένα πολύ σημαντικό βήμα για την ΠΒΕ είναι ο κατάλληλος σχεδιασμός της στρατηγικής αναζήτηση των πληροφοριών, με μεθοδικότητα, σε εγκεκριμένες βάσεις δεδομένων, ώστε να παρέχονται οι πλέον ενδεδειγμένες πληροφορίες με την ορθή χρήση ερευνητικών εργαλείων, ώστε να υπάρχει ολοκληρωμένο αποτέλεσμα, χωρίς απώλεια δεδομένων και απάντηση του ερευνητικού ερωτήματος.

2.3.1 Αναζήτηση σε βάση δεδομένων

Το πρώτο βήμα για την διερεύνηση του κλινικού ερωτήματος που έχει τεθεί, είναι η αναζήτηση σε βάση δεδομένων. Συγκεκριμένα, οι βάσεις δεδομένων έχουν ευρύ φάσμα, καλύπτοντας τεράστιο πλαίσιο επιστημονικού πεδίου με εκατομμύρια άρθρα και μελέτες που δίνουν την δυνατότητα στους ερευνητές ανάλογα την θεματολογία του και το ερευνητικό πεδίο ενδιαφέροντος, να επιλέξουν την πλέον κατάλληλη ερευνητική βάση, στοχεύοντας στα βέλτιστα αποτελέσματα (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, p.86).

2.3.2 Αναζήτηση με λέξεις-κλειδιά

Μια από τις πλέον διαδεδομένες στρατηγικές αναζήτησης της βιβλιογραφίας, είναι η χρήση λέξεων-κλειδιών. Η ορθή επιλογή των λέξεων αυτών είναι καθοριστικής σημασίας, διότι θα επηρεάσουν τα ευρήματα σε όλη την διαδικασία. Συχνά, οι λέξεις κλειδιά προκύπτουν από τα βασικά στοιχεία ακρωνύμιου PICO (Πληθυσμός, Παρέμβαση, Σύγκριση, αποτέλεσμα), που έχει

χρησιμοποιηθεί για τον σχεδιασμό του ερευνητικού ερωτήματος, και συμβάλλει στη διενέργεια μιας εστιασμένης και αποτελεσματικής αναζήτησης (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, pp.101-102).

Η συνολική έρευνα δύναται να βελτιωθεί με την χρήση των συνδέσμων Booleans OR και AND. Οι συγκεκριμένοι σύνδεσμοι χρησιμοποιούνται για τον περιορισμό ή την διεύρυνση των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Ειδικότερα, ο σύνδεσμός AND χρησιμεύει στον περιορισμό των αποτελεσμάτων δρώντας συνδυαστικά. Για παράδειγμα, μια αναζήτηση με τους όρους «ηλικιωμένοι AND COVID-19» θα πρέπει υποχρεωτικά να συμπεριλαμβάνει και τους δύο όρους, αλλιώς δεν θα εμφανίζονται στα αποτελέσματα. Αντιθέτως, με τον σύνδεσμο OR δίνεται η δυνατότητα να επεκταθεί το ερευνητικό αποτέλεσμα. Επομένως, στην περίπτωση που γίνει χρήση των όρων «Ηλικιωμένοι OR COVID-19», στην αναζήτηση , θα συμπεριληφθούν όλοι οι οροί ανεξάρτητα εάν είναι μαζί συνδυαστικά ή όχι. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η χρήση του OR είναι ιδιαίτερα βοηθητική στις συνώνυμες λέξεις (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, p.106).

Επιπλέον, στην αναζήτηση συμβάλλει σημαντικά το εργαλείο της περικοπής λέξεων (truncation), με την χρήση του συμβόλου (*) στο τέλος της λέξης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αναπτύσσεται ένα ευρύ πλαίσιο σε συναφείς ορούς και να διευρύνει την αναζήτηση της βιβλιογραφίας. Ένα ενδεικτικό παράδειγμα για την χρήση του εν λόγω εργαλείου αναζήτησης είναι η λέξη «νοσηλευτ*». Ορίζοντας την αναζήτηση κατ' αυτόν τον τρόπο, δίνεται η δυνατότητα για αναζήτηση των ακόλουθων λέξεων, «νοσηλευτική, νοσηλευτικό, νοσηλευτής», καλύπτοντας πολλές εκδοχές στην στρατηγική αναζήτησης (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, p.102).

2.3.3 Αναζήτηση με θεματικούς τίτλους

Μια καλά οργανωμένη αναζήτηση, χωρίς να ξεφεύγει από τα όρια του ερευνητικού πεδίου, είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί με τη βοήθεια των θεματικών τίτλων (subject headings), που είναι προκαθορισμένοι όροι που στοχεύουν την καλύτερη αναζήτηση. Στην βάση δεδομένων MEDLINE, οι Medical Subject Headings (MeSH) αποτελούν κεντρικό πυλώνα για την θεματική αναζήτηση. Με την χρήση τους εξασφαλίζεται ότι οι οροί που θα

χρησιμοποιηθούν θα περιγράφουν με σαφήνεια το κλινικό ερώτημα (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, p. 103).

2.3.4 Αναζήτηση τίτλων

Η αναζήτηση τίτλων επιστημονικών άρθρων επικεντρώνεται σε πολύ συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα. Συνεπώς, τίθενται σαφή όρια με ταχεία και άμεση ανταπόκριση στο ερευνητικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, η μέθοδος αυτή ελαχιστοποιεί το εύρος της αναζήτησης με κίνδυνο να παραλειφθούν άρθρα και μελέτες που περιέχουν σημαντικές πληροφορίες.

2.3.5 Χρήση φίλτρων και περιορισμός αναζητήσεων

Κατά την αναζήτηση της πληροφορίας, για να τεθούν περιορισμοί και να δοθεί έμφαση σε συγκεκριμένα ερευνητικά θέματα, γίνεται χρήση φίλτρων, που αξιοποιούνται και ως περιοριστικά. Αυτό μπορεί να χρησιμεύσει, όταν γίνεται αναζήτηση συγκεκριμένων χρονολογιών δημοσίευσης και όταν είναι επιθυμητή η επικέντρωση σε ένα είδος μελετών. Επομένως, απομονώνονται τα μη σχετικά αποτελέσματα και συγκεντρώνεται η πληροφορία που είναι αναγκαία (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, p.108).

Για μια στοχευμένη και αποτελεσματική στρατηγική αναζήτησης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο συνδυασμός όλων των παραπάνω μεθόδων που αναφέρθηκαν. Αυτό έχει ως απόρροια να γίνεται μια πιο αποδοτική προσέγγιση στο κλινικό ερώτημα που έχει τεθεί, γεγονός που διασφαλίζει στον ερευνητή τα βέλτιστα αποτελέσματα στην εφαρμογή της ΠΒΕ.

2.3.6 Οργάνωση αποτελεσμάτων

Σημαντικό μέρος της διαδικασίας αναζήτησης τεκμηριωμένων πληροφοριών αποτελεί και ο τρόπος με τον οποίο αυτή διαχειρίζεται. Η σωστή αποθήκευση του ιστορικού αναζήτησης, ο έλεγχος των αναφορών με εργαλεία όπως το EndNote και το Zotero, τα οποία επιτρέπουν την αρχειοθέτηση των άρθρων, παρέχουν την δυνατότητα αποθήκευσης αλλά και αναδρομής σε

προηγούμενες αναζητήσεις, χωρίς να χρειάζεται η επανάληψη της διαδικασίας (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019).

2.3.7 Καθορισμός της βέλτιστης βάσης δεδομένων

Η επιλογή της πλέον ενδεδειγμένης βάσης δεδομένων διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο για τη στρατηγική αναζήτησης. Παρακάτω θα παρατίθενται κάποιες από τις πιο σημαντικές βάσεις δεδομένων στον τομέα των επιστημών στις υγείας.

Cochrane Database of Systematic Reviews: Θεωρείται μια από τις πιο σημαντικές βάσεις δεδομένων στον χώρο της υγείας. Εξειδικεύεται στην μεθοδολογία των ανασκοπήσεων και των πρωτοκόλλων. Σε αυτήν περιλαμβάνονται άρθρα, αναφορές ή ανασκοπήσεις που έχουν κεντρικό σχεδιασμό τις συστηματικές ανασκοπήσεις (Cochrane Library, no date).

MEDLINE (μέσω PUBmed): Είναι μια από τις μεγαλύτερες και σημαντικότερες βάσεις δεδομένων, που καλύπτει τομείς όπως η υγεία και οι βιοιατρικές επιστήμες. Δημιουργήθηκε από την National Library of Medicine (NLM) και η πρόσβαση γίνεται μέσω του Pubmed. Για τη χρήση της βάσης αυτής δεν απαιτείται συνδρομή. Η MEDLINE περιέχει χιλιάδες αναφορές από επιστημονικά περιοδικά σε 39 γλώσσες. Για τον σχεδιασμό στρατηγικής αναζήτησης χρησιμοποιεί το σύστημα Medical Subject Headings (MeSH) (U.S National Library of Medicine, no date).

TRIP (Turning Research Into Practice): Η βάση αυτή δημιουργήθηκε το 1997, με στόχο την υποστήριξη εύρεσης της υψηλής ποιότητας τεκμηριωμένων πηγών, όπως κατευθυντήριες οδηγίες και συστηματικές ανασκοπήσεις. Διατίθεται σε δωρεάν έκδοση, αλλά επιπρόσθετα υπάρχει και η δυνατότητα συνδρομής, μέσω της οποίας δίνεται πρόσβαση σε μεγαλύτερο εύρος υπηρεσιών. Η εγγραφή στον ιστότοπο βοηθάει στην εμπειρία αναζήτησης προσφέροντας κάποια επιπλέον χαρακτηριστικά (Trip Database, no date).

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature): Είναι μια συνδρομητική βάση δεδομένων που απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας, κυρίως νοσηλευτές, αλλά και ερευνητές, φοιτητές οι οποίοι επιθυμούν να περιηγηθούν σε νοσηλευτικά περιοδικά και άλλα συναφή περιοδικά. Καλύπτει μια λίστα με 3,630 περιοδικά με ευρετηρίαση και περίληψη ενώ 3,320 με κριτική αξιολόγηση (EBSCO, no date).

EMBASE: Η συγκεκριμένη βάση δεδομένων επεκτείνεται στα βιοϊατρικά και φαρμακευτικά άρθρα. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε αυτήν είναι διαθέσιμα περιοδικά που δεν καταχωρούνται στο MedLine (Elsevier, no date).

PsycINFO: Είναι μια συνδρομητική βάση δεδομένων που δημιουργήθηκε από την Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία και θεωρείται εδώ και πάνω από 55 χρόνια, μια από τις κορυφαίες, όσον αφορά στις συμπεριφορικές και κοινωνικές επιστήμες. Συνοπτικά, αναφέρεται ότι έχει πάνω από 5.000.000 εγγραφές με κριτική αξιολόγηση, 144 εκατομμύρια αναφορές παραπομπών, περιλαμβάνει διάσπαρτες δημοσιεύσεις από το 1597.Επίσης ,κάθε δύο εβδομάδες γίνεται ανανέωση στις πληροφορίες, ενώ υπάρχουν έρευνες σε 300 γλώσσες και 50 χώρες και εγγραφές από 2.400 περιοδικά (American Psychological Association, no date).

SCOPUS: Αποτελεί μια ολοκληρωμένη βάση δεδομένων του Elsevier, περιλήψεων και αναφορών με συνδρομή ή ελεύθερης πρόσβασης στο διαδίκτυο (Scopus, no date).

GIN (Guidelines International Network): Ιδρύθηκε το 2002 και είναι ο κατάλληλος ιστότοπος για τη δικτύωση και συνεργασία μεταξύ των μελών στον κόσμο των κατευθυντήριων γραμμών, βελτιώνοντας την υγειονομική περίθαλψη (Guidelines International Network, no date).

2.4 Κριτική αποτίμηση βιβλιογραφίας

Η κριτική αποτίμηση της βιβλιογραφίας είναι αναπόσπαστο μέρος της ΠΒΕ, προσφέροντας μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στην τεκμηριωμένη γνώση. Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι εφοδιασμένοι με τις γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν σε αυτό το στάδιο της διαδικασίας, λαμβάνοντας τις πλέον κατάλληλες αποφάσεις για τα βέλτιστα κλινικά αποτελέσματα.

Κάθε φορά που αξιολογείται μια έρευνα θα πρέπει να τίθενται τρία βασικά ερωτήματα από τον αναγνώστη:

1. Οι ενδείξεις που προέκυψαν είναι αξιόπιστες και σχετικές με το κλινικό ερώτημα για να χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα της; **(Αξιοπιστία)**
2. Είναι έγκυρα τα αποτελέσματα της μελέτης; **(Εγκυρότητα)**
3. Τα αποτελέσματα της μελέτης είναι εφαρμόσιμα στην κλινική πράξη; **(Εφαρμοσιμότητα)**

(Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, p. 159)

Η κριτική αποτίμηση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι κεφαλαιώδους σημασίας. Κάθε σύγχρονος ερευνητής θα βρεθεί αντιμέτωπος με την διαδικασία αυτή στην διάρκεια εφαρμογής της ΠΒΕ. Η αξιοπιστία κάθε έρευνας και η ποιότητα της εξαρτάται από τον σχεδιασμό και την μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί. Πολλές φορές, θα γίνει αντιληπτή η ιεράρχηση δημοσιεύσεων με βάση την αξιοπιστία ως προς τις ενδείξεις και σχηματικά διαφορές αναφορές σε μορφή πυραμίδας. Στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται οι δημοσιεύσεις με τον πιο ισχυρό σχεδιασμό και κατεβαίνοντας προς την βάση, μειώνεται και η ισχύς της δημοσίευσης. Συγκεκριμένα, οι συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις βρίσκονται στην κορυφή της πυραμίδας, ακολουθούν οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, μελέτες κοορτής, μελέτες ασθενών μαρτύρων, σειρά περιπτώσεων, αναφορά περίπτωσης και άλλες. Παρότι είθισται να θεωρούνται οι έρευνες που συναντώνται στην βάση της πυραμίδας λιγότερο σημαντικές, πρέπει να σημειωθεί ότι και μπορούν και αυτές να συμβάλλουν σημαντικά στην εφαρμογή της ΠΒΕ με την κατάλληλη αξιοποίηση (Buccheri and Sharifi, 2017).

2.4.1 Γενικά κριτήρια κριτικής αποτίμησης

Στη μελέτη των Almutairi et al. (2024), σχετικά με την κριτική αποτίμηση μιας μελέτης αναφέρεται ότι είναι αναγκαίο να πληρούνται κάποια γενικά κριτήρια, που διασφαλίζουν την εγκυρότητα και αξιοπιστία. Αρχικά:

- Το άρθρο πρέπει να παρουσιάζει συνάφεια με το ερευνητικό ερώτημα και να δίνει σαφή απάντηση σε αυτό
- Κάθε μελέτη οφείλει να συμβάλλει παράγοντας νέα γνώση ή προσθέτοντας στοιχεία στην προ υπάρχουσα βιβλιογραφία του πεδίου
- Ο αναγνώστης πρέπει να μπορεί να κατανοήσει και να αναγνωρίσει τον σχεδιασμό της μελέτης καθώς και την ισχύ της είναι αναγκαία η αναγνώριση, η κατανόηση και η ισχύς του σχεδιασμού της μελέτης από τον αναγνώστη
- Πρέπει να μπορεί να εντοπιστεί η ύπαρξη συστηματικών σφαλμάτων, εφόσον υπάρχουν
- Πρέπει να διαπιστώνεται, αν η μελέτη ακολούθησε τον αρχικό σχεδιασμό βάσει του πρωτοκόλλου ή αν παρακάμφτηκαν διαδικασίες
- Είναι αναγκαίο να αξιολογείται, αν οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν κατάλληλες για τον τύπο δεδομένων
- Είναι σημαντικό να εξετάζεται αν οι συγγράφεις αναφέρουν την ύπαρξη σύγκρουση συμφερόντων και εάν έχει διασφαλιστεί διαφάνεια στις ερευνητικές διαδικασίες
- Τέλος, πρέπει να ελέγχεται αν τηρήθηκαν οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας

Για τον σχεδιασμό της μελέτης υπάρχουν πολλά και αξιόλογα εργαλεία στη διάθεση μας που θα μπορούσαμε να αξιοποιήσουμε. (Buccheri and Sharifi, 2017). Ανάλογα με τον σχεδιασμό της μελέτης θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί και το κατάλληλο εργαλείο. Τα εργαλεία αυτά εμφανίζονται συνήθως ως (Checklist) με μία σειρά κριτηρίων που πρέπει να απαντηθούν. Ενδεικτικά θα αναφερθούν κάποια από αυτά τα εργαλεία.

- Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II)
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP)
- Cochrane Risk of Bias Tool

- Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE)
- Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Tools
- Johns Hopkins Research Evidence Appraisal Tool
- Rapid Critical Appraisal Checklists: EBP in Nursing and Healthcare

2.5 Συνδυασμός με τη γνώμη των ειδικών και τις προτιμήσεις των ασθενών

Όταν γίνεται λόγος για την ΠΒΕ, δεν επικεντρωνόμαστε μόνο στην εφαρμογή των καλυτέρων διαθέσιμων ερευνητικών δεδομένων, αλλά και το πώς αυτές πρέπει να λάβουν υπόψη τους τις προτιμήσεις και τις αξίες των ασθενών. Το βήμα αυτό έχει καθοριστική σημασία, καθώς πρέπει να σταθμιστούν όχι μόνο τα τεκμήρια, αλλά και παράγοντες όπως οι επιθυμίες των ασθενών, μεριμνώντας για μια φροντίδα πιο εξατομικευμένη και ανθρωποκεντρική.

Οι ασθενείς επιθυμούν να έχουν ενεργό ρολό και συμμετοχή στο θεραπευτικό τους σχήμα. Με την εμπλοκή τους σε αυτήν την διεργασία, διασφαλίζουν ότι οι θεραπευτικές τους επιλογές ευθυγραμμίζονται με τις αξίες και πεποιθήσεις τους, δημιουργώντας ένα αίσθημα ελέγχου και εμπιστοσύνης (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, p.51). Για την εφαρμογή της ΠΒΕ, οι επαγγελματίες υγείας, δεν θα πρέπει να στέκονται μόνο στα επιστημονικά δεδομένα, αλλά να συμπεριλαμβάνουν και τις ανησυχίες των ασθενών, διότι μια πρακτική που αγνοεί τις επιθυμίες των ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση στην θεραπεία έχοντας αρνητικό αντίκτυπο στα κλινικά αποτελέσματα (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, p. 52).

Ακόμη, ένα καίριο ζήτημα που πρέπει να εξεταστεί σχετικά με την εφαρμογή της ΠΒΕ είναι η γενικευσιμότητα των ερευνητικών δεδομένων. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη ότι, ακόμη και αν μια μελέτη περιέχει ισχυρές συστάσεις υπέρ μιας θεραπευτικής μεθόδου για μια συγκεκριμένη πάθηση, είναι πιθανό να υπάρχουν παράγοντες που περιορίζουν την εφαρμογή της. Τέτοιοι παράγοντες είναι η ύπαρξη συνοσηροτήτων, οι

πεποιθήσεις και πολιτισμικές ιδεολογίες του ασθενούς που πιθανόν συγκρούονται με την προτεινόμενη θεραπεία, ή ακόμη η έλλειψη διαθέσιμων πόρων που απαιτούνται για την υλοποίηση της (Kamper, 2019).

Για την επιτυχημένη εφαρμογή της ΠΒΕ στην κλινική πράξη είναι απαραίτητο να υπάρχει άμεση εμπλοκή των ασθενών, όσο αφορά την λήψη των κλινικών αποφάσεων. Για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας κεντρικό ρολό παίζουν η ενσωμάτωση των προτιμήσεων του ασθενούς με την κλινική εμπειρία του νοσηλευτή στα πλέον ενδεδειγμένα ερευνητικά δεδομένα. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να μπορούν να προσαρμόσουν στις ανάγκες των ασθενών με ευελιξία στις βέλτιστες κλινικές αποφάσεις, λαμβάνοντας υπόψη και πιθανούς περιορισμούς (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, p. 52).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΠΒΕ

Η λήψη τεκμηριωμένων κλινικών αποφάσεων αποτελεί θεμελιώδη λίθο στην εξασφάλιση παροχής ποιοτικής φροντίδας. Η διαδικασία αυτή είναι πολυσύνθετη, διότι πρέπει να ληφθούν υπόψη τα ερευνητικά δεδομένα, οι προτιμήσεις των ασθενών, οι διαθέσιμοί πόροι, καθώς και η κλινική εμπειρία των επαγγελματιών υγείας. Η κλινική εμπειρία είναι κεφαλαιώδους σημασίας ,αφού καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο θα γίνει η διατύπωση του ερευνητικού ερωτήματος, η γενική εκτίμηση του ασθενούς και διερεύνηση των αναγκών του και εάν τα ερευνητικά δεδομένα είναι εφαρμόσιμα στη συγκεκριμένη περίπτωση και κλινικό χώρο (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, p.430).

Για να αντιμετωπιστεί η πολυπλοκότητα της ΠΒΕ και να γίνει βιώσιμη στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης, προτείνεται η ανάπτυξη μοντέλων ή πλαισίων εντός των οργανισμών. Ο σκοπός των μοντέλων αυτών είναι να παρέχουν μια συστηματική προσέγγιση, ώστε να μπορούν να καθοδηγούν τις διαδικασίες που απαιτούνται για την εφαρμογή της ΠΒΕ. Με τον τρόπο αυτό θα επιτυγχάνεται μία ομαλή μετάβαση από τη θεωρία στην κλινική πράξη, εξασφαλίζοντας ότι οι κλινικές παρεμβάσεις βασίζονται στις τεκμηριωμένες πληροφορίες και στις ανάγκες του ασθενούς προσαρμοσμένες στις συνθήκες κάθε υγειονομικού χώρου. Με αυτό τον τρόπο, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να προσδιορίσουν τις ανάγκες τους σε πόρους, να

εντοπίζουν πιθανά εμπόδια και να αξιοποιούν ευκαιρίες εξασφαλίζοντας την εφαρμογή της ΠΒΕ (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019).

Παρακάτω, θα αναλυθούν κάποια από τα πιο γνωστά μοντέλα όπως το Stetler Model, το Iowa Model, το Johns Hopkins Model (JHNEBP), το ARCC Model (Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration), το Model of EBP Change και το ACE Star Model. Τα μοντέλα αυτά έχουν κοινό στόχο: να παρέχουν ένα οργανωμένο πλαίσιο που θα διευκολύνουν την εφαρμογή της ΠΒΕ, συμβάλλοντας στην βελτίωση ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης σε οργανωτικό, ερευνητικό και εκπαιδευτικό επίπεδο.

Τα μοντέλα αυτά χρησιμοποιούν κάποια κοινά χαρακτηριστικά στη χάραξη της στρατηγικής τους όπως:

- Καθορισμός των στοιχείων που θα συμβάλλουν σε οργανωτική αλλαγή
- Αναγνώριση των προβλημάτων σε συνεργασία με συνεργάτες που θα βοηθήσουν στην εφαρμογή της αλλαγής στην πρακτική
- Διερεύνηση αξιόπιστων βιβλιογραφικών πηγών που θα καθοδηγήσουν τη διαδικασία της αλλαγής
- Εντόπιση και αντιμετώπιση πιθανών εμποδίων, καθώς και προσαρμογή της πρακτικής στις οργανωμένες δομές
- Ενεργοποίηση αποτελεσματικών στρατηγικών για την διάχυση των πληροφοριών και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων

Για τη βιωσιμότητα και ενσωμάτωση των μοντέλων αυτών στους υγειονομικούς χώρους απαιτείται ανάπτυξη οργανωτικής κουλτούρας η οποία, υποστηρίζει την ΠΒΕ, ως μια συνεχής επαναλαμβανόμενη και μακροπρόθεσμη διαδικασία που χρειάζεται συνεχή αναπροσαρμογή και αξιολόγηση (Tucker et al., 2021).

3.1 Stelter Model

Το μοντέλο stelter δημιουργήθηκε αρχικά το 1976 με κύριο άξονα την αξιοποίηση της έρευνας (Research Utilization) και επαναπροσδιορίστηκε το 1994 καθώς η έννοια της ΠΒΕ αναπτυσσόταν στις επιστήμες υγείας. Πρόκειται για ένα από τα πιο διαδεδομένα μοντέλα εφαρμογής της ΠΒΕ. Με τον σχεδιασμό του

στηρίζει τους επαγγελματίες υγείας αξιοποιώντας τα ερευνητικά τους δεδομένα στην κλινική τους πράξη. Το μοντέλο Stetler έχει αναπτύξει ένα καλά δομημένο σχεδιασμό με τέτοιο τρόπο, ώστε οι νοσηλευτές δύνανται να υλοποιούν με επιτυχία τις απαιτούμενες αλλαγές. Το μοντέλο αυτό έρχεται να καλύψει το κενό ανάμεσα στην έρευνα και της ΠΒΕ (Stetler, 2001).

Σύμφωνα με τη μελέτη του (Stetler, 2001), το μοντέλο αυτό βασίζεται στο γεγονός ότι τα εσωτερικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας, συνδυαστικά με εξωτερικούς παράγοντες επηρεάζουν τον τρόπο αξιοποίησης της γνώσης. Συγκεκριμένα, αναφέρονται τρεις εκδοχές για τον τρόπο που μπορεί να εφαρμοστεί η έρευνα:

- Ως ένα εργαλείο **(Instrumental use)**: με άμεση εφαρμογή στην πράξη
- Ως θεωρητική προσέγγιση **(conceptual use)**: επηρεάζοντας τον τρόπο και τις αντιλήψεις
- Ως συμβολική χρήση **(Symbolic use)**: με σκοπό την άσκηση κριτικής ή την επίδραση στις συμπεριφορές

Για την οργανωμένη εφαρμογή της ΠΒΕ πρέπει να ακολουθηθούν πέντε στάδια σχεδιασμού του μοντέλου.

1. Προετοιμασία **(Preparation)**: Διατύπωση ερωτήσεων και καθορισμός του πλαισίου δράσης
2. Αξιολόγηση **(Validation)**: Εκτίμηση της σαφήνειας και ποιότητας των διαθέσιμων αποδείξεων
3. Συγκριτική αξιολόγηση και λήψη αποφάσεων **(Comparative Evaluation/Decision Making)**: Περίληψη των αποδεικτικών στοιχείων και λήψη απόφασης και εφαρμογή
4. Μετάφραση και εφαρμογή **(Translation/Application)**: Δημιουργία σχεδίου για την υλοποίηση της αλλαγής
5. Εκτίμηση **(Evaluation)**: Συλλογή και ανάλυση δεδομένων για την εκτίμηση της επιτυχίας της εφαρμογής

Κάποια από τα βασικά χαρακτηριστικά του μοντέλου Stetler είναι ότι προάγει την ανάπτυξη της κριτικής σκέψης, διαχωρίζει τα ερευνητικά στοιχεία σε εξωτερικά, που κυρίως προέρχονται από την έρευνα αλλά και εσωτερικά, τα

οποία είναι από άλλες πηγές όπως τα δεδομένα του οργανισμού. Ο αρχικός του σχεδιασμός ήταν για ατομική χρήση, αλλά αργότερα επεκτάθηκε ,έτσι ώστε να χρησιμοποιείται και από ομάδες. Στις αδυναμίες του μοντέλου αναφέρονται ο εστιασμός σε έναν μόνο επαγγελματία υγείας, και η μη πλήρης ενσωμάτωση πλήρως των προτιμήσεων των ασθενών (Dusin, Melanson and Mische-Lawson, 2023).

3.2 Μοντέλο Iowa

Το συγκεκριμένο μοντέλο αποτελεί έναν πρακτικό οδηγό για το νοσηλευτικό προσωπικό, δίνοντας τη δυνατότητα να απαντούν σε κλινικά ερωτήματα, βελτιώνοντας την κλινική πράξη με την ενσωμάτωση των νέων ερευνητικών δεδομένων. Η αρχική εφαρμογή υπολογίζεται πρώτη φορά από το 1994 έως και σήμερα. Για την εφαρμογή του απαιτούνται έξι στάδια ως την ολοκλήρωση της διαδικασίας, με συνεχή ανατροφοδότηση. Το μοντέλο αυτό θεωρείται κατάλληλο για χρήση σε οργανωτικό επίπεδο και ο σχεδιασμός του επιτρέπει την διεπιστημονική συνεργασία (Iowa Model Collaborative et al., 2017). Παρακάτω θα αναλυθούν τα στάδια της διαδικασίας.

3.2.1 Επιλογή του Θέματος

Πολλοί είναι οι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την επιλογή του θέματος όπως: Πόσο σημαντικό κρίνεται το συγκεκριμένο θέμα που θα επιλεγεί, κατά πόσο θα συμβάλλει στην βελτίωση της κλινικής πρακτικής, τι διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα και ενδείξεις υπάρχουν, την πολυπλοκότητα που έχει το πρόβλημα και τέλος η συμμετοχή του προσωπικού στην όλη διαδικασία.

3.2.2 Δημιουργία Ομάδας

Ένα πολύ κρίσιμο σημείο είναι η δημιουργία μιας ομάδας που θα έχει την επάρκεια να στηρίξει τη διαδικασία. Στόχος της είναι η εξασφάλιση της εφαρμογής και αξιολόγηση των ενδείξεων. Η σύσταση της ομάδας καθορίζεται από την

επιλογή του θέματος, ενώ αναγκαία κρίνεται η υποστήριξη από την διοίκηση και το υπόλοιπο προσωπικό για την επιτυχή εφαρμογή των οδηγιών.

3.2.3 Αναζήτηση πληροφοριών και ενδείξεων

Η αναζήτηση ερευνητικών δεδομένων γίνεται μέσω της βιβλιογραφικής επισκόπησης από τις κατάλληλες ανά περίπτωση βάσεις δεδομένων για τις επιστήμες υγείας. Η ομάδα καθορίζει τις λέξεις κλειδιά και επιμελείται την ανασκόπηση βιβλιογραφίας, αλλά και την κριτική αποτίμηση της βιβλιογραφίας, η οποία στηρίζεται με βάση τον σχεδιασμό της μελέτης. Σε περίπτωση που δεν βρεθούν νέα ερευνητικά δεδομένα, συστήνεται η διεξαγωγή νέας έρευνας

3.2.4 Σχεδιασμός και πιλοτική εφαρμογή

Το επόμενο βήμα είναι ένας πιλοτικός σχεδιασμός μέσω μιας συστηματικής προσέγγισης για τη διασφάλιση και αποτελεσματική εφαρμογή της ΠΒΕ. Η διαδικασία εμπεριέχει την συμπερίληψη των ασθενών και των προτιμήσεών τους, την αξιολόγηση των διαθέσιμων πόρων και τυχόν περιορισμών που μπορεί να παρουσιαστούν για την υλοποίηση, καθώς και την έγκριση από τις αρμόδιες αρχές για την εφαρμογή του σχεδίου.

3.2.5 Εφαρμογή της ΠΒΕ

Η εφαρμογή των ερευνητικών ευρημάτων είναι ζωτικής σημασίας και για την επίτευξη αυτού του στόχου κρίνεται απαραίτητη η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, του οργανισμού και των διοικήσεων.

3.2.6 Διάδοση αποτελεσμάτων

Τελειώνοντας, από όλες τις φάσεις της διαδικασίας θα πρέπει να γίνεται συνεχής αξιολόγηση και ανατροφοδότηση των αποτελεσμάτων, ώστε να διαδοθούν και να ενσωματωθούν στην κλινική πράξη από τους επαγγελματίες υγείας.

Το μοντέλο Iowa είναι αποτυπωμένο λεπτομερώς σχηματικά που καθοδηγεί τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και προτείνει την ανατροφοδότηση καθ' όλη τη διαδικασία. Πριν τη γενίκευση της διαδικασίας, έμφαση δίνεται στην πιλοτική εφαρμογή. Είναι κατάλληλο για οργανωτικό επίπεδο και ο σχεδιασμός του επιτρέπει την διεπιστημονική συνεργασία, καθώς και τη συνεχή ανατροφοδότηση και αναθεώρηση των βημάτων σε περίπτωση αποτυχίας. Οι χρήστες πρέπει να έχουν επαρκές επίπεδο γνώσης και δεξιοτήτων, ενώ καθοριστικό ρόλο ενέχει η στήριξη από την ηγεσία (Iowa Model Collaborative et al., 2017; Dusin, Melanson and Mische-Lawson, 2023).

3.3 Μοντέλο John Hopkins (JHNEBP Model)

Το μοντέλο αυτό έχει ως βάση τη βέλτιστη αξιοποίηση των αποδεικτικών στοιχείων evidence ως προς την εφαρμογή τους στην καθημερινή κλινική πρακτική. Ο βασικός άξονας του μοντέλου στηρίζεται στην αναζήτηση και ανάλυση των αποδείξεων τα οποία τίθενται σε χρήση για τις κλινικές αποφάσεις τόσο στη νοσηλευτική, όσο και στην εκπαίδευση αλλά και στην έρευνα. Παρόλο που τα ερευνητικά δεδομένα θεωρούνται αξιόπιστα θα πρέπει να γίνει προσεκτική αποτίμηση πριν ενσωματωθούν στην κλινική πράξη.

Το μοντέλο αυτό λειτουργεί ως ανοικτό σύστημα που αποτελείται από αλληλεξαρτόμενα στοιχεία. Ως ανοικτό σύστημα, τα αποτελέσματα που παράγονται όπως οι αποφάσεις για την εφαρμογή στην κλινική πρακτική, την εκπαίδευση, και την έρευνα, δέχονται επίδραση από εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες. Οι εσωτερικοί παράγοντες περικλείουν τη νομοθεσία, τα πρότυπα ποιότητας και τους ρυθμιστικούς μηχανισμούς, ενώ οι εξωτερικοί παράγοντες διαμορφώνονται από την κουλτούρα του οργανισμού, το περιβάλλον, τις υποδομές, τον εξοπλισμό και την τεχνολογική υποστήριξη.

Τρία είναι τα βασικά στάδια του μοντέλου John Hopkins:

1) Διαμόρφωση Ερωτήματος: Ως πρώτο βήμα θα πρέπει να διαμορφωθεί ένα εστιασμένο ερευνητικό ερώτημα, να υπάρχει καθοδήγηση της ομάδας, δημιουργία διεπιστημονικής ομάδας και να καθοριστεί συνάντηση για να αρχίσει η εργασία

2) Συγκέντρωση Ενδείξεων: Στο επόμενο βήμα θα πρέπει να ακολουθηθεί η αναζήτηση των ενδείξεων και η κριτική αποτίμηση των ευρημάτων, να γίνει σύνοψη της υπάρχουσας γνώσης και η διαμόρφωση προτάσεων για την κλινική εφαρμογή
3) Μετάφραση των Ενδείξεων: Στο τελευταίο βήμα εκτιμάται η καταλληλότητα της νέας γνώσης ως προς την εφαρμογή της στην κλινική πράξη. Γίνεται σχεδιασμός και παρέμβαση, πραγματοποιείται αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και συντάσσεται αναφορά για την επιτυχία των παρεμβάσεων. Ταυτόχρονα, εξασφαλίζεται η υποστήριξη από τους υπευθύνους, έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί μια αποτελεσματική παρέμβαση

Το μοντέλο JHNEB παρέχει μία καλά αναπτυσσόμενη σειρά εργαλείων με οδηγίες για τη διαμόρφωση ερωτήσεων, κλίμακες βαθμολόγησης αποδείξεων και οδηγίες αξιολόγησης των αποδεικτικών στοιχείων. Μια αδυναμία του συγκεκριμένου μοντέλου είναι ότι ο χρήστης θα πρέπει να διαθέτει υψηλό επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων για την ανάλυση των αποδεικτικών στοιχείων (Newhouse et al., 2007; Dusin, Melanson and Mische-Lawson, 2023)

3.4 Μοντέλο ARCC (Advancing Research And Clinical Practice Through Close Collaboration)

Το συγκεκριμένο μοντέλο έχει ευρεία χρήση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και χρησιμοποιείται ως ένα συστηματικό εργαλείο, με στόχο την ανάπτυξη της κουλτούρας της τεκμηριωμένης πρακτικής, καθώς και της βελτίωσης ποιότητας παροχής φροντίδας στους υγειονομικούς χώρους. Το 2002 δημιουργήθηκε από τους Melnyk και Fineout-Overholt στις ΗΠΑ με κύριο στόχο την ταχεία υποστήριξη της ενσωμάτωσης της τεκμηριωμένης πληροφορίας στην κλινική πράξη, την βέλτιστη έκβαση των αποτελεσμάτων των ασθενών και την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας.

Για την επιτυχή εφαρμογή του μοντέλου είναι απαραίτητο να διασφαλιστούν ορισμένες προϋποθέσεις. Αρχικά, ο εντοπισμός των εμποδίων αλλά και των διαδικασιών που μπορούν να διευκολύνουν είναι ζωτικής σημασίας, τόσο σε επίπεδο προσωπικού όσο και σε επίπεδο οργανισμού. Μετέπειτα,

ουσιαστικό ρόλο διαδραματίζουν οι μέντορες, οι οποίοι θεωρούνται ως κινητήριος δύναμη, καθώς με τις γνώσεις τους και τις δεξιότητές τους κατευθύνουν τον μετασχηματισμό της κουλτούρας του οργανισμού ως προς την ΠΒΕ. Η συνεχής εκπαίδευση με τη σωστή καθοδήγηση θεωρείται ένα από τα κλειδιά προς την επιτυχία του μοντέλου. Τελειώνοντας, πρέπει να αναπτυχθούν στρατηγικές ανάπτυξης της κουλτούρας ως προς την ΠΒΕ. Το μοντέλο χρησιμοποίει σταθμισμένα εργαλεία για την αξιολόγηση της κουλτούρας και της ετοιμότητας του οργανισμού για την υιοθέτηση της τεκμηριωμένης πρακτικής.

Για την εφαρμογή του μοντέλου απαιτείται η συστηματική εκπαίδευση των μεντόρων μέσω σεμιναρίων αλλά και εργαστηρίων διάρκειας 12 μηνών, δίνοντας έμφαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων της ΠΒΕ, της κουλτούρας ομαδικής εργασίας και τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Πολύ σημαντικό επίσης, είναι να προσδιοριστεί η ετοιμότητα για την εφαρμογή της ΠΒΕ, ώστε ο οργανισμός να είναι σε θέση να εντοπίσει τα δυνατά και αδύναμα σημεία του.

Πολλά είναι τα πλεονεκτήματα με την εφαρμογή του μοντέλου ARCC ,διότι εξασφαλίζεται η ποιότητα και παροχή φροντίδας για τους ασθενείς, η αξιοπιστία του οργανισμού, μειώνεται το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχει αύξηση ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και μείωση της αποχώρησής του. Ως βασικό του μειονέκτημα θεωρείται ότι δεν ενσωματώνονται επαρκώς οι αξίες και προτιμήσεις των ασθενών (Melnyk, 2012; Dusin, Melanson and Mische-Lawson, 2023).

3.5 Evidence-Based Change Model

Το μοντέλο της αλλαγής δημιουργήθηκε από τον Larrabee το 1999, με στόχο την εφαρμογή της ΠΒΕ στην κλινική πράξη από τους επαγγελματίες υγείας. Η φιλοσοφία του στηρίζεται στην ενσωμάτωση των ερευνητικών στοιχείων στην καθημερινή κλινική πρακτική σε μια σειρά από βήματα.

Τα βασικά βήματα του μοντέλου EBP Change είναι τα ακολούθα:

1) Ανίχνευση της ανάγκης για προσαρμογή στη κλινική πρακτική: Εκτιμάται η τρέχουσα κλινική πρακτική, εντοπίζονται τα σημεία που χρήζουν αλλαγής με βάση της έκβασης των ασθενών αλλά και των νεότερων δεδομένων
2) Συσχέτιση του προβλήματος, των παρεμβάσεων και των επιπτώσεων: Το μοντέλο προϋποθέτει να γίνεται σύνδεση μεταξύ των κλινικών προβλημάτων με τις προτεινόμενες ενέργειες και τα επιθυμητά αποτελέσματα
3) Συγκέντρωση και ανάλυση διαθέσιμων γνώσεων και στοιχείων: Γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για τον εντοπισμό της πλέον ενδεδειγμένης γνώσης για την ενίσχυση της αλλαγής στην πρακτική
4) Σχεδιασμός της αλλαγής στην πρακτική: Οργανώνεται ένας σχεδιασμός για την μεταβολή της κλινικής πρακτικής λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως οι πόροι, διαδικασίες και η προσαρμογή του προσωπικού
5) Πιλοτική εφαρμογή και εκτίμηση της αλλαγής: Μετά την εφαρμογή του σχεδιασμού, παρακολουθείται η διαδικασία, ενώ παράλληλα γίνεται και αποτίμηση των αποτελεσμάτων
6) Ενσωμάτωση και υιοθέτηση της αλλαγής στη κλινική πράξη: Με την ολοκλήρωση της πιλοτικής εφαρμογής και θετικών αποτελεσμάτων γίνεται ενσωμάτωση την κλινική πράξη, με σκοπό τη διατήρηση της αλλαγής.

Το μοντέλο EBP Change στηρίζεται στη θεωρία της αλλαγής με βάση τα ερευνητικά δεδομένα, τόσο τα ποσοτικά όσο και τα ποιοτικά, τις κλινικές δεξιότητες και τις ενδείξεις από τη δομή της κλινικής. Προϋποθέτει τη δημιουργία ομάδας που διαθέτουν δεξιότητες που θα βοηθήσουν την πιλοτική εφαρμογή και την διαχείριση της. Ως αρνητικό σημείο είναι ότι δεν ενσωματώνονται σαφώς τις επιθυμίες των ασθενών (Rosswurm and Larrabee, 1999; Dusin, Melanson and Mische-Lawson, 2023).

3.6 Ace Star Model

Το Ace Star Model στηρίζεται στα βήματα της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις και για την εφαρμογή του ακολουθούν πέντε βασικά στάδια:

1) Προσέγγιση της γνώσης: Η κατάκτηση της γνώσης σε αυτό το στάδιο γίνεται μέσω των συστηματικών ανασκοπήσεων, αφού η τεκμηριωμένη πληροφορία εμβαθύνει τη γνώση
2) Σύνοψη των ενδείξεων: Η τεκμηριωμένη πληροφορία οργανώνεται διευκολύνοντας την προσέγγιση και κατανόηση από τους επαγγελματίες υγείας
3) Μετατροπή σε πράξη: Τα αποδεικτικά στοιχεία σε αυτό το στάδιο υλοποιούνται μέσω κατευθυντήριων γραμμών
4) Συμπερίληψη στην κλινική πρακτική: Μέσω των κατευθυντήριων γραμμών και κλινικών πρωτοκόλλων τα αποδεικτικά στοιχεία ενσωματώνονται στην κλινική πρακτική. Πολλές φορές στην φάση αυτή υπάρχει πιθανότητα να υπάρξουν περιορισμοί και αδυναμίες, όπως η έλλειψη πόρων και η οργανωτική κουλτούρα
5) Αξιολόγηση: Σε αυτήν την φάση κρίνονται τα αποτελέσματα της εφαρμογής, προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιότητα και η αποτελεσματικότητας της φροντίδας

Το ACE Star Model υποστηρίζει την χρήση των ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων, αναγνωρίζει την αναγκαιότητα της γνώσης αλλά και την συμπερίληψη των προτιμήσεων των ασθενών. Παρόλα αυτά οι αξίες και πεποιθήσεις δεν ενσωματώνονται σαφώς μέσα στο μοντέλο, ωστόσο η ικανοποίηση των ασθενών μετριέται ως δείκτης του μοντέλου. Επιπλέον, πολλές φορές, όταν υπάρχουν ανεπαρκείς πόροι στον οργανισμό μπορεί η επισκόπηση σε κάθε στάδιο να είναι ανεπαρκής.

Το μοντέλο είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα για την εφαρμογή της ΠΒΕ, έχοντας στόχο την ενίσχυση των επαγγελματιών υγείας στην υπερπήδηση εμπόδιων, όπως για παράδειγμα, ο τεράστιος όγκος αποδεικτικών ευρημάτων και το χάσμα ανάμεσα στη γνώση και στην πρακτική εφαρμογή (Kring, 2008; Dusin, Melanson and Mische-Lawson, 2023).

3.7 Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων

Το πέμπτο βήμα της τεκμηριωμένης πρακτικής επικεντρώνεται στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής της ενδεδειγμένης κλινικής πρακτικής, με ποιον τρόπο αυτή επιδρά στην έκβαση και το θεραπευτικό πλάνο των ασθενών. Είναι ζωτικής σημασίας να ελέγχονται τα αποτελέσματα κάθε κλινικής παρέμβασης σε συγκεκριμένα πλαίσια εφαρμογής ώστε να εκτιμηθούν το πραγματικό κόστος όφελος, τόσο για τον ασθενή όσο και τον επαγγελματία υγείας, αλλά και τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης. Για την αξιόπιστη καταγραφή των αποτελεσμάτων γίνεται χρήση κάποιων εργαλείων, όπως είναι συγκεκριμένοι δείκτες, οι οποίοι έχουν σκοπό να διερευνήσουν την αποτελεσματικότητα κάθε παρέμβασης.

Για παράδειγμα, τέτοιοι δείκτες μέτρησης είναι οι επαναεισαγωγές στο νοσοκομείο, οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, το συνολικό κόστος θεραπείας και άλλοι. Η μέτρηση αυτών των δεικτών είναι πολύ σημαντική και πραγματοποιείται πριν και μετά την εφαρμογή κάθε κλινικής αλλαγής βασισμένη σε τεκμήρια, ώστε να δοθεί η δυνατότητα να αποτυπωθεί ο αντίκτυπος κάθε νέας αλλαγής.

Σε περίπτωση που η εφαρμογή της νέας αλλαγής δεν επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, είναι επιτακτικό να διερευνηθεί και να τεθούν ερωτήματα, όπως για παράδειγμα, εάν η παρέμβαση έγινε με την ίδια ακρίβεια όπως στην αρχική μελέτη και εάν εφαρμόστηκε σε πληθυσμό με τα ίδια χαρακτηριστικά και στις ίδιες συνθήκες. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να γίνει αναστοχασμός και οι απαραίτητες τροποποιήσεις για την εκ νέου εφαρμογή και επαναξιολόγηση (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, p.52).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΥΣΗ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ

Στο τελευταίο βήμα της ΠΒΕ, το οποίο είναι εξίσου σημαντικό με τα υπόλοιπα, και αφορά τη διάδοση των θετικών αποτελεσμάτων και να μπορέσουν να ενσωματωθούν στην καθημερινή κλινική πρακτική και στην κουλτούρα του οργανισμού. Πολύ συχνά, παρατηρείται ότι τα αποτελέσματα αυτά δεν κοινοποιούνται σε άλλους, με συνέπεια η γνώση αυτή να μένει στην αδράνεια.

Είναι πολύ σημαντική η μεταλαμπάδευση κάθε νέας τεκμηριωμένης γνώσης από τους επαγγελματίες υγείας, μέσα από παρουσιάσεις σε συνέδρια, δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά, διοργάνωση σεμιναρίων, ενημερωτικά δελτία, με στόχο την υιοθέτηση της τεκμηριωμένης κλινικής πρακτικής στην καθημερινότητα (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019, p.54).

4.1 Κατευθυντήριες γραμμές και οδηγίες

Πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο τρόπος διάδοσης των αποτελεσμάτων μίας έρευνας ως προς την εφαρμογή της, γιατί μπορεί να επηρεάσει τη θεραπευτική πορεία και την έκβαση των ασθενών, μέσω των αλλαγών που προκύπτουν από τα αποτελέσματα. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται ορισμένα εργαλεία που συμβάλλουν στην ασφαλέστερη εφαρμογή της ΠΒΕ. Ανάμεσα σε αυτά τα εργαλεία είναι και οι κατευθυντήριες γραμμές και οδηγίες.

Με τον όρο «κατευθυντήριες οδηγίες» εννοούμε τις πρακτικές που αναπτύσσονται μέσα από αυστηρή μεθοδολογία και προτείνονται στους επαγγελματίες υγείας, κάνοντας τους συστάσεις, έτσι ώστε να τους βοηθήσουν στην λήψη κλινικών αποφάσεων σε ένα συγκεκριμένο κλινικό περιβάλλον. Οι κατευθυντήριες γραμμές έχουν ένα ευρύ πεδίο καθώς μπορεί να εστιάζουν στην πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία ή ακόμη και στην παρακολούθηση μιας νόσου. Οι οδηγίες αντλούνται από την τεκμηριωμένη πρακτική, στοχεύοντας στην ορθή και μεθοδολογική χρήση των καλύτερων τεκμηριωμένων επιστημονικών δεδομένων, προκειμένου να υποστηριχθούν οι αποφάσεις που θα ληφθούν για τη βέλτιστη φροντίδα των ασθενών και την εφαρμογή τους στην κλινική πράξη (Fervers, Carretier and Bataillard, 2010).

4.2 Ο ρόλος της εκπαίδευσης στην ΠΒΕ

Η αναγκαιότητα της ΠΒΕ στη σύγχρονη νοσηλευτική επιστήμη είναι επιβεβλημένη, διότι εξασφαλίζει την ποιότητα της παροχής φροντίδας στους ασθενείς και ενισχύει την αποτελεσματικότητα στα διάφορα συστήματα υγείας. Για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητη η εκπαίδευση ως προς την ΠΒΕ, καθώς

εφοδιάζει τους επαγγελματίες υγείας με κριτική σκέψη, γνώσεις, δεξιότητες και θετική στάση ως προς την εφαρμογή της. Συμφώνα με τους Skela-Savic et al. (2020), υπάρχουν διαφοροποιήσεις στον τρόπο με τον οποίο διδάσκεται μεταξύ των χωρών. Σε πολλές περιπτώσεις, διδάσκεται ως αυτόνομο μάθημα και σε άλλες στα πλαίσια σεμιναρίων ή συμπληρωματικά μέσα σε άλλα μαθήματα. Για επιτυχημένη ενσωμάτωση θα πρέπει να δίνεται έμφαση στην διδασκαλία σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης, προπτυχιακό, μεταπτυχιακό, και διδακτορικό επίπεδο, όπου η κριτική ανάλυση και η σύνδεσή της θεωρίας με την πράξη είναι επιτακτική ανάγκη.

Παρ' όλα αυτά, η ενσωμάτωση στα εκπαιδευτικά προγράμματα παραμένει άνιση. Οι Lehane et al. (2019), αναφέρουν ότι εμπόδια όπως η έλλειψη χρόνου, ελλιπής εκπαίδευση, αντίσταση στην αλλαγή, τόσο από συναδέλφους όσο και από την ηγεσία, θα μπορούσαν να εξαλειφθούν με την ανάπτυξη προσεγγίσεων που θα συνδυάζουν το θεωρητικό υπόβαθρο με το κλινικό κομμάτι σε συνεργασία ακαδημαϊκών και κλινικών εκπαιδευτών.

Οι Ruzafa-Martinez et al. (2016), αναφέρθηκαν στην αναγκαιότητα για τον σχεδιασμό ενσωμάτωσης προγραμμάτων σε προπτυχιακό επίπεδο, όπου οι φοιτητές νοσηλευτικής κρίνεται απαραίτητο να εφοδιαστούν με τα απαιτούμενα προσόντα, αναπτύσσοντας τις θεμελιώδεις αρχές ως προς την ΠΒΕ, έτσι ώστε να μπορούν να τις εφαρμόσουν στην κλινική πράξη. Αντίστοιχα και οι Patelarou et al. (2017a), τόνισαν ότι η χρήση μεθόδων, όπως ομάδες μελέτης, κριτική αποτίμηση άρθρων συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη κριτικής σκέψης των φοιτητών. Σε έρευνα των Miliara et al. (2024), αναφέρθηκε ότι παρόλο την αναμφισβήτητη συνεισφορά της ΠΒΕ στην σύγχρονη νοσηλευτική, δεν έχει ενταχθεί σε όλα τα εκπαιδευτικά ιδρύματα ως διδακτέα ύλη.

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις αποτελούν βασικό εργαλείο για την ενσωμάτωση της ΠΒΕ. Η διεξαγωγή κλινικών φροντιστηρίων, η ενσωμάτωση ως μάθημα στα προγράμματα σπουδών και η αξιοποίηση τεχνολογικών μέσων όπως η εκπαίδευση μέσω υπολογιστή, συμβάλλουν στην ανάπτυξη και διατήρηση δεξιοτήτων των νοσηλευτών στην καθημερινή κλινική πρακτική (Portela Dos Santos et al., 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΒΕ

Στην νοσηλευτική επιστήμη, η επάρκεια αποτελεί τον θεμελιώδη λίθο στην αποτελεσματική και ασφαλή φροντίδα. Επάρκεια, σύμφωνα με την American Nurses Association, (2010, p.86) ορίζεται ως «ένα αναμενόμενο και μετρήσιμο επίπεδο νοσηλευτικής απόδοσης που ενσωματώνει τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την κριτική ικανότητα, με γνώμονα τις επιστημονικές γνώσεις και προσδοκίες για νοσηλευτική πρακτική». Με τον ορισμό αυτό τονίζει την αναγκαιότητα για ένα σύνολο χαρακτηριστικών που θα πρέπει να είναι εφοδιασμένο το νοσηλευτικό προσωπικό, για να διασφαλιστεί ολοκληρωμένη και ασφαλής φροντίδα στα διαφορετικά πλαίσια υγειονομικής περίθαλψης (Melnyk and Fineout-Overholt, 2019) .

Σύμφωνα με το Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) αναφέρονται τρείς άξονες που ορίζουν την επάρκεια των νοσηλευτών. Αναλυτικότερα ως άξονες αναδεικνύονται οι γνώσεις, οι δεξιότητες και οι στάσεις, οι οποίοι μέσω της αλληλεπίδρασης συνεισφέρουν στην παροχή βέλτιστης φροντίδας (Dolansky and Moore, 2013).

Όπως περιγράφεται από το QSEN, η έννοια της επάρκειας περιλαμβάνει το σύνολο των καλύτερων διαθέσιμων στοιχείων, τη γνώμη των ειδικών καθώς και τις αξίες και προτιμήσεις των ασθενών και του οικείου τους περιβάλλοντος. Συνεπώς, η εφαρμογή της γνώσης με την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας δύναται να επιτευχθεί συνδυαστικά.

Προκειμένου οι νοσηλευτές να μπορούν να ανταποκριθούν, αρχικά ο Stevens (2005) αναφέρθηκε σε μια σειρά χαρακτηριστικών με τα οποία θα πρέπει οι φοιτητές να είναι εφοδιασμένοι, για να θεωρηθούν επαρκείς στην κατανόηση και εφαρμογή της ΠΒΕ στο περιβάλλον της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Αργότερα, οι Melnyk et al. (2014), εξέλιξαν και ανέπτυξαν είκοσι τέσσερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που θα πρέπει να διαθέτουν οι νοσηλευτές **(Πίνακας 1).** Σε αυτήν τη λίστα περιλαμβάνονται ιδιότητες, δεξιότητες και γνώσεις που πρέπει να απαρτίζουν τον νοσηλευτή για να θεωρηθεί επαρκής. Παράλληλα, ακολούθησαν και άλλες προσπάθειες από ερευνητές ανά τον κόσμο. Μια ομάδα ερευνητών συνέβαλε στην ανάπτυξη ενός πλαισίου ικανοτήτων στην Αυστραλία προσαρμοσμένο στο υγειονομικό σύστημα της χώρας (Leung, Trevena and

Waters, 2016). Σε ευρωπαϊκό επίπεδο μέσω μίας εκτεταμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης, στην οποία συμμετείχαν έξι ευρωπαϊκές χώρες,-Τσεχία, Ελλάδα, Ιταλία, Πολωνία, Σλοβενία και Ισπανία- επιβεβαιώθηκαν 24 ικανότητες ως προς την ΠΒΕ και 120 μαθησιακά αποτελέσματα για τους νοσηλευτές (Dolezel et al., 2021). Επιπρόσθετα, οι Albarqouni et al. (2018), συνέθεσαν ένα σύνολο από 68 βασικές ικανότητες έχοντας έξι κύριους τομείς: εισαγωγικές ικανότητες, διατύπωση ερωτήσεων, απόκτηση πληροφοριών, αξιολόγηση και ερμηνεία, εφαρμογή και αξιολόγηση. Τέλος, οι Chen et al. (2021), ανέπτυξαν 34 χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού στην Κίνα. Η επάρκεια των νοσηλευτών προϋποθέτει μια πολυδιάστατη προσέγγιση, έτσι ώστε να ενσωματώνει τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις στάσεις τους. Μέσα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της επάρκειας, διασφαλίζεται ένα ασφαλές περιβάλλον με την παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα που ορίζουν την επάρκεια των νοσηλευτών ως προς την ΠΒΕ

Δεξιότητες Πρακτικής Βασισμένης σε Ενδείξεις για Νοσηλευτές	
1	Θέτει ερωτήματα σχετικά με τις κλινικές πρακτικές με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας
2	Περιγράφει κλινικά προβλήματα χρησιμοποιώντας εσωτερικά τεκμήρια (π.χ. δεδομένα αξιολόγησης ασθενών, διαχείριση αποτελεσμάτων, δεδομένα βελτίωσης ποιότητας)
3	Συμμετέχει στη διαμόρφωση κλινικών ερωτημάτων χρησιμοποιώντας τη μορφή PICOT (Πληθυσμός, Παρέμβαση, Σύγκριση, Έκβαση, Χρόνος).
4	Αναζητά εξωτερικά τεκμήρια για να απαντήσει σε εστιασμένα κλινικά ερωτήματα (εξωτερικά=από έρευνα).
5	Συμμετέχει στην κριτική αξιολόγηση δημοσιευμένων ερευνητικών μελετών για να καθορίσει την ισχύ και την εφαρμογή τους στην πράξη
6	Συμμετέχει στην κριτική αξιολόγηση δημοσιευμένων ερευνών για να καθορίσει τη δύναμη και την εφαρμοσιμότητά τους στην κλινική πρακτική.
7	Συμμετέχει στην αξιολόγηση και σύνθεση ενός συνόλου τεκμηρίων για να καθορίσει τη δύναμη και τη χρησιμότητά του στην πράξη.
8	Συλλέγει δεδομένα πρακτικής (π.χ. μεμονωμένα δεδομένα ασθενών, δεδομένα βελτίωσης ποιότητας) για κλινικές αποφάσεις.
9	Ενσωματώνει τεκμήρια από εσωτερικές και εξωτερικές πηγές για σχεδιασμό αλλαγών στην κλινική πρακτική.
10	Εφαρμόζει αλλαγές πρακτικής βασισμένες σε ενδείξεις, κλινική εμπειρία και προτιμήσεις ασθενών.
11	Αξιολογεί τα αποτελέσματα αποφάσεων και αλλαγών στην πράξη με βάση τεκμήρια για άτομα, ομάδες και πληθυσμούς
12	Διαδίδει βέλτιστες πρακτικές βασισμένες σε τεκμήρια για βελτίωση της φροντίδας και των αποτελεσμάτων των ασθενών
13	Συμμετέχει σε στρατηγικές για τη διατήρηση κουλτούρας βασισμένης σε ενδείξεις

Δεξιότητες Πρακτικής Βασισμένες σε Ενδείξεις για Νοσηλευτές Ανώτερης Βαθμίδας (Περιλαμβάνονται όλες τις παραπάνω δεξιότητες και επιπλέον)	
14	Διενεργεί συστηματική και εκτενή αναζήτηση εξωτερικών τεκμηρίων για την απάντηση κλινικών ερωτημάτων
15	Αξιολογεί κριτικά σχετικά προϋπάρχοντα τεκμήρια (π.χ. κατευθυντήριες οδηγίες, συνόψεις, σύνοψης συνθέσεων, πρωτογενείς μελέτες).
16	Ενσωματώνει εξωτερικά τεκμήρια από τη νοσηλευτική και συναφείς επιστήμες με εσωτερικά τεκμήρια για λήψη αποφάσεων
17	Ηγείται διεπιστημονικών ομάδων για εφαρμογή συντεθειμένων τεκμηρίων σε κλινικές αποφάσεις και πρακτικές αλλαγές.
18	Παράγει εσωτερικά τεκμήρια μέσω διαχείρισης αποτελεσμάτων και έργων εφαρμογής τεκμηριωμένης πρακτικής.
19	Μετρά διαδικασίες και αποτελέσματα τεκμηριωμένων κλινικών αποφάσεων.
20	Διαμορφώνει πολιτικές και διαδικασίες βασισμένες σε ενδείξεις.
21	Συμμετέχει στην παραγωγή εξωτερικών τεκμηρίων με άλλους επαγγελματίες υγείας.
22	Καθοδηγεί άλλους στη λήψη αποφάσεων βασισμένων σε τεκμήρια και στην διαδικασία της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις.
23	Εφαρμόζει στρατηγικές για διατήρηση κουλτούρας πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις.
24	Επικοινωνεί την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις σε άτομα, ομάδες, συναδέλφους και υπεύθυνους χάραξης πολιτικής

5.1 Ερευνητικά εργαλεία εκτίμησης της επάρκειας των νοσηλευτών ως προς την ΠΒΕ

Στη σύγχρονη νοσηλευτική επιστήμη, η αναγκαιότητα για την εφαρμογή της ΠΒΕ στην καθημερινή κλινική πρακτική θεωρείται επιβεβλημένη. Έχουν καταβληθεί προσπάθειες για την αξιολόγηση της επάρκειας των νοσηλευτών ως προς την ΠΒΕ. Επιπρόσθετα, έχει επισημανθεί και η ανάγκη ανάπτυξης έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων, που θα βοηθήσουν στην αποτύπωση και καταγραφή σημαντικών δεδομένων, για να διαμορφωθεί μια ολοκληρωμένη εικόνα ώστε να αξιοποιηθούν για μελλοντική χρήση (Melnyk et al., 2014).

Γενικότερα, έχουν δημιουργηθεί διάφορα εργαλεία που αποσκοπούν στη μέτρηση της ΠΒΕ σε ποικίλους τομείς όπως η στάση, οι πεποιθήσεις, οι αξίες, οι γνώσεις, οι δεξιότητες, τα εμπόδια και η εφαρμογή, αλλά σε πολλά από αυτά έχουν εντοπιστεί ψυχομετρικές αδυναμίες. (Shaneyfelt et al., 2006; Rengerink et al., 2013; Leung, Trevena and Waters, 2014; Connor et al., 2017). Κατά την

συστηματική ανασκόπηση των (Leung, Trevena and Waters, 2014), ανέφεραν ότι το ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από τους Upton and Upton (2006), ήταν αξιόπιστο ως προς την εγκυρότητα του, μετρώντας τις γνώσεις, δεξιότητες και τη στάση. Μετέπειτα αναπτύχθηκαν και τα ακόλουθα εργαλεία: Quick-EBP-VIK που ερευνά την εφαρμογή και τη γνώση των νοσηλευτών ως προς την ΠΒΕ (Paul et al., 2016; Connor et al., 2017), το ερωτηματολόγιο Nurse Manager EBP που διερευνά τους προϊστάμενους–ηγέτες ως προς την ΠΒΕ, αλλά και το EBNPAT που έχει ως στόχο την καταγραφή και αξιολόγηση της επάρκειας της ΠΒΕ μέσω κλινικών σεναρίων (Leung, Trevena and Waters, 2018).

Οι Ruzafa-Martinez et al. (2013), ανέπτυξαν ένα εργαλείο αξιολόγησης επάρκειας, επικεντρωμένο τους παρακάτω τομείς: Γνώσεις, δεξιότητες, ικανότητες που αφορούσαν τους φοιτητές νοσηλευτικής. Το εργαλείο αυτό ανέδειξε υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, έως και σήμερα έχει χρησιμοποιηθεί και σταθμιστεί σε αρκετές χώρες, όπως και στην Ελλάδα (Patelarou et al., 2021; Miliara et al., 2024).

Το 2020 οι Ruzafa-Martinez et al. (2020), δημιουργήσαν ένα σταθμισμένο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο (EBP-COQ Prof©) που αφορά στους νοσηλευτές, και διερευνά την επάρκεια τους ως προς την ΠΒΕ στους παρακάτω άξονες: Γνώσεις, στάση, δεξιότητες και εφαρμογή ως προς την ΠΒΕ. Το συγκεκριμένο εργαλείο κατασκευάστηκε δίνοντας έμφαση και ενσωματώνοντας τα χαρακτηριστικά επάρκειας που είχαν δημιουργηθεί από τους Melnyk et al. (2014), προσφέροντας μια ολοκληρωμένη και συστηματική προσέγγιση για την διερεύνηση της επάρκειας των νοσηλευτών.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Σκοπός της μελέτης

Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση και εκτίμηση του επιπέδου επάρκειας των κλινικών νοσηλευτών σχετικά με την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις. Επιμέρους στόχοι ήταν οι ακόλουθοι:

- ✓ Στάθμιση και πολιτισμική προσαρμογή του Ερωτηματολογίου Εκτίμησης Επάρκειας των Νοσηλευτών σχετικά με την Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις (Questionnaire to Evaluate the Professional Registered Nurses' Competence regarding Evidence-Based Practice, EBP-COQ Prof)
- ✓ Διερεύνηση των στάσεων των νοσηλευτών σχετικά με την ΠΒΕ και συσχέτιση με δημογραφικά χαρακτηριστικά
- ✓ Διερεύνηση των γνώσεων των νοσηλευτών σχετικά με την ΠΒΕ και συσχέτιση με δημογραφικά χαρακτηριστικά
- ✓ Διερεύνηση των δεξιοτήτων των νοσηλευτών σχετικά με την ΠΒΕ και συσχέτιση με δημογραφικά χαρακτηριστικά
- ✓ Διερεύνηση της εφαρμογής της ΠΒΕ από τους νοσηλευτές και συσχέτιση με δημογραφικά χαρακτηριστικά

6.2 Σχεδιασμός της μελέτης

Η παρούσα μελέτη βασίζετο σε μικτή μεθοδολογική προσέγγιση (Mixed-method design). Αρχικά, διεξήχθη συγχρονική μελέτη και επιπρόσθετα, για τους σκοπούς της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν και μέθοδοι ποιοτικής έρευνας επεξηγηματικά, με σκοπό το ποσοτικό σκέλος να εμπλουτιστεί και να γίνει εις βάθος ανάλυση του φαινομένου που διερευνήθηκε (Edmonds and Kennedy,

2017). Η χρήση μικτών ερευνητικών μεθόδων κατέχουν σημαντική θέση στον ερευνητικό χώρο, καθώς μπορούν να διερευνήσουν ένα ερευνητικό ερώτημα πολυδιάστατα, εμβαθύνοντας και κατανοώντας τα φαινόμενα που εξετάζονται (Creswell, 2007).

Με την χρήση μικτών μεθόδων δίνεται η δυνατότητα στους ερευνητές να απαντήσουν ένα ευρύτερο φάσμα ερευνητικών ερωτημάτων, με την μίξη των ποσοτικών δεδομένων και των ποιοτικών αναλύσεων καθώς επιτρέπει να δοθεί μια ολιστική προσέγγιση του θέματος. Με την μέθοδο αυτήν αντισταθμίζονται τα μειονεκτήματα κάθε ερευνητικής μεθόδου ξεχωριστά, αφού ο συνδυασμός αυτών λειτουργεί συμπληρωματικά (Creswell, 2007).Το φαινόμενο του τριγωνισμού είναι ένα βασικό συστατικό που εμπεριέχεται στις μικτές μεθοδολογίες γιατί ενισχύει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων με την χρήση διαφορετικών ερευνητικών μεθόδων προσφέροντας σε μια πιο διεξοδική προσέγγιση των ερευνητικών υποθέσεων που έχουν τεθεί (Denzin, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 Υπό μελέτη πληθυσμός

Ο υπό μελέτη πληθυσμός ήταν το νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων.

7.1.1 Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού

Κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη:

1) Μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων
2) Συμβασιούχοι νοσηλευτές δημόσιων νοσοκομείων
3) Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ) Νοσηλευτές
4) Τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ) Νοσηλευτές
5) Νοσηλευτές με επαγγελματική εμπειρία τουλάχιστον 6 μήνες.

Κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη:

1) Άτομα που δεν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στη μελέτη
2) Νοσηλευτές με επαγγελματική εμπειρία μικρότερη από 6 μήνες

7.1.2 Τοπικό και χρονικό πλαίσιο διεξαγωγής της μελέτης

Η έρευνα διεξήχθη σε δημόσια νοσοκομεία της 7ης υγειονομικής περιφέρειας (Υ.ΠΕ) Κρήτης καθώς και των 1ης & 2ης Υ.ΠΕ Αττικής, από τον Ιανουάριο 2021 έως και τον Φεβρουάριο του ίδιου έτους. Δόθηκαν προς συμπλήρωση, συνολικά, 600 ερωτηματολόγια από τα οποία επιστράφηκαν πλήρως απαντημένα τα 473 (ποσοστό απόκρισης 78,8%). Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι για τη στάθμιση του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof δεν είχαν επιστραφεί όλα τα απαντημένα ερωτηματολόγια, αλλά τα 414 (69%), λόγω διαφόρων δυσλειτουργιών και προβλημάτων που είχαν δημιουργηθεί από την πανδημία του κορονοϊού.

Συγκεκριμένα, η συλλογή του δείγματος έγινε από τα παρακάτω νοσοκομεία:

7η Υ.ΠΕ Κρήτης

1) Γενικό Νοσοκομείο Βενιζέλειο Πανάνειο Ηράκλειο
2) Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χανίων “Ο Άγιος Γεώργιος”
3) Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου
4) Γενικό Νοσοκομείου Αγίου Νικολάου
5) Γενικό Νοσοκομείο – Κ.Υ. Ιεράπετρας
6) Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑ.Γ.Ν.Η)

1η Υ.ΠΕ Αττικής

1. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο»
2. Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός»
3. Νοσοκομείο «Αρεταίειο»

2η Υ.ΠΕ Αττικής

1. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

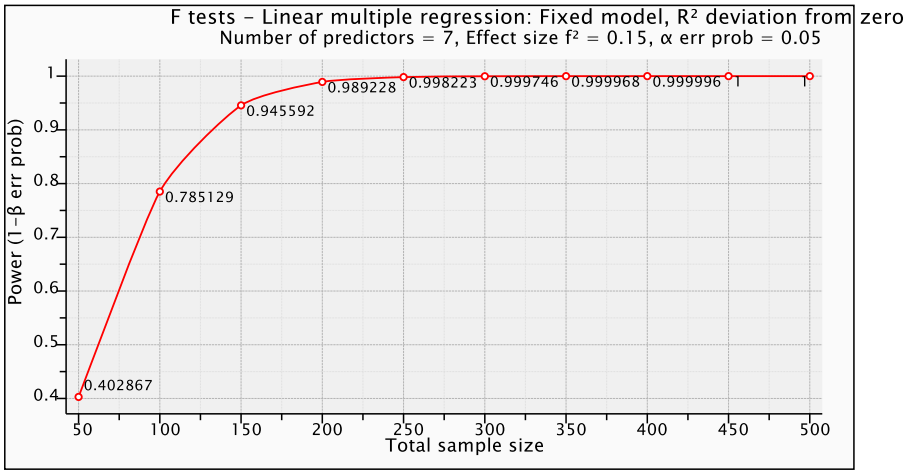
7.1.3 Τύπος μελέτης και τύπος δειγματοληψίας

Επρόκειτο για μία μελέτη παρατήρησης, τύπου χρονικής στιγμής (cross-sectional). Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling). Η δειγματοληψία ευκολίας είναι μια τεχνική κατά την οποία οι συμμετέχοντες επιλέγονται με βάση την εύκολη προσβασιμότητα ή διαθεσιμότητά τους.

7.1.4 Υπολογισμός μεγέθους δείγματος

Για την Παραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis) το απαιτούμενο δείγμα για μία αξιόπιστη ανάλυση είναι 300. Ο υπολογισμός του ελάχιστα απαιτούμενου δείγματος, για την στατιστική δοκιμασία της Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης (Linear Multiple Regression), έγινε μέσω του λογισμικού G-Power (Faul et al., 2007). Για μέγιστο αριθμό 7 παραγόντων, σφάλμα τύπου I ίσο με 5%, ισχύ και μέσο μέγεθος επίδρασης, ο αριθμός των δειγματοληπτικών μονάδων υπολογίστηκε σε 103. Επομένως, ο αριθμός 473 (τα τελικώς

συλλεχθέντα ερωτηματολόγια) προσφέρει εγκυρότητα στη μελέτη της τάξεως του 100%.



Γράφημα 1. Γράφημα υπολογισμού του ελάχιστα απαιτούμενου δείγματος της Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης

7.2 Ηθική και δεοντολογία

Η παρούσα έρευνα αξιολογήθηκε και εγκρίθηκε από την Επιτροπή Δεοντολογίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου με αριθμό πρωτοκόλλου 28/ΕΜΠ (48) και υλοποιήθηκε σε πλήρη συμμόρφωση ως προς τον νέο νόμο General Data Protection Regulation (GDPR) [EU 2016/679] 25.5.2018 περί ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Πριν την υλοποίησή της διασφαλίστηκαν οι σχετικές άδειες από τις αντίστοιχες υπηρεσίες. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν ήταν ανώνυμα, και χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας, ενώ πρόσβαση σε αυτά έχει η κύρια ερευνήτρια. Οι συμμετέχοντες συναίνεσαν γραπτώς, αφού διασφαλίστηκε η προστασία των προσωπικών τους στοιχείων και διαβεβαιώθηκε ότι η χρήση των απαντήσεων τους θα γίνει αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς, ενώ ανά πάσα ώρα και στιγμή θα μπορούσαν να αποχωρήσουν.

7.3 Εργαλεία μέτρησης

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με την χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς με ερωτήσεις αποκλειστικά κλειστού τύπου, που αποτελείται από δύο επιμέρους ενότητες:

Η πρώτη ενότητα αφορά στα εξής δημογραφικά χαρακτηριστικά: α) ηλικία, β) βιολογικό φύλο, γ) κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου, δ) έτη νοσηλευτικής εμπειρίας, ε) συγγραφή επιστημονικών άρθρων νοσηλευτικής τα τελευταία 5 χρόνια, στ) επίπεδο γνώσης αγγλικής γλώσσας, ζ) επίπεδο γνώσης Η/Υ, και η) εργασία σε Πανεπιστημιακή κλινική. Η συγκεκριμένη ενότητα ερωτήσεων δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της έρευνας και είναι βασισμένη στις προσωπικές ανάγκες για μελέτη και παρατήρηση της ερευνήτριας. Πρόκειται δηλαδή, για μία ομάδα ερωτήσεων που δεν βασίστηκε σε κάποια σταθμισμένη κλίμακα, αλλά περιλαμβάνει ερωτήσεις οι οποίες συσχετίστηκαν στο στάδιο της στατιστικής ανάλυσης για να διεξαχθούν τα συμπεράσματα ως προς το θέμα της μελέτης.

Ως κύριο εργαλείο της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ανώνυμα το Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof) που δημιουργήθηκε από τους Ruzafa-Martinez et al,. (2020).

Η κλίμακα EBP-COQ Prof αποτελείται από 35 στοιχεία που επιχειρούν να αξιολογήσουν την ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού εστιάζοντας στη στάση (Attitude), τις δεξιότητες (Skills) και τις γνώσεις (Knowledge) γύρω από την ΠΒΕ, καθώς και στην εφαρμογή (Utilization) της ΠΒΕ στην κλινική πρακτική. Αυτά τα 35 στοιχεία έχουν τη μορφή κλίμακας Likert 5 βαθμών (1: πλήρη διαφωνία, 2: διαφωνία, 3: ούτε συμφωνία ούτε διαφωνία, 4: συμφωνία, 5: πλήρη συμφωνία), με υψηλότερες βαθμολογίες να αντιστοιχούν σε θετικότερη κλιμάκωση της μελετώμενης μεταβλητής.

Η χρήση ενός εργαλείου μέτρησης προϋποθέτει τον έλεγχο της αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι καθοριστικής σημασίας, για την εξασφάλιση ακριβών και αξιόπιστων αποτελεσμάτων. Η κλίμακα EBP-COQ Prof αναπτύχθηκε και δοκιμάστηκε ψυχομετρικά για τη μέτρηση της στάσης των ισπανόφωνων νοσηλευτών απέναντι στην πρακτική

που βασίζεται σε αποδεικτικά στοιχεία (Ruzafa-Martínez et al., 2020). Οι Schetaki et al (2022) μετέφρασαν το EBP-COQ Prof στα ελληνικά και το στάθμισαν σε ελληνόφωνο πληθυσμό, έχοντας προηγουμένως εξασφαλίσει επίσημη άδεια και συναίνεση από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof (Ruzafa-Martínez et al., 2020), καθιερώνοντας την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της κλίμακας για τους Έλληνες νοσηλευτές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

8.1 Μετάφραση-στάθμιση ερωτηματολογίου

Η διαδικασία περιλάμβανε την ανεξάρτητη μετάφραση της πρωτότυπης ισπανικής έκδοσης από δύο διαφορετικά άτομα. Μετά από αυτή τη φάση, οι δύο μεταφράσεις συγκρίθηκαν από ένα τρίτο άτομο που μπόρεσε να αποφασίσει μεταξύ των δύο διαφορετικών μεταφραστικών εκδόσεων προκειμένου να αποκτήσει μία συμφωνημένη μετάφραση (1η έκδοση συμφιλίωσης). Στη συνέχεια, η συμφωνημένη έκδοση μεταφράστηκε στη γλώσσα του αρχικού ερωτηματολογίου (μετάφραση προς τα πίσω), δηλαδή στα ισπανικά, από ένα δίγλωσσο άτομο (με μητρική γλώσσα τα ισπανικά) που ήταν επαγγελματίας μεταφραστής, αλλά χωρίς να γνωρίζει την αρχική μορφή του ερωτηματολογίου. Η αντίστροφη μετάφραση του ερωτηματολογίου στάλθηκε στους συγγραφείς και τα σχόλιά τους ενσωματώθηκαν, δίνοντας μια δεύτερη έκδοση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά (2η έκδοση συμφιλίωσης). Η διαδικασία τηρήθηκε σύμφωνα με τα “Ελάχιστα Κριτήρια Μετάφρασης” (Minimal Translation Criteria) του Mapi Research Institute, (2020).

Η έκδοση του ερωτηματολογίου που προέκυψε από τη διαδικασία μετάφρασης συμπληρώθηκε από 10 κλινικούς νοσηλευτές από τον πληθυσμό-στόχο προκειμένου να αξιολογηθεί η φαινομενική εγκυρότητα (Face Validity), επιβεβαιώνοντας ότι η κλίμακα αποτελείται από ερωτήσεις που συνάδουν με το χαρακτηριστικό που πρέπει να μετρηθεί και δεν οδηγεί σε ελλιπή απάντηση στις ερωτήσεις ή παραπλανητικές απαντήσεις (Gignac, 2009). Επίσης, το ερωτηματολόγιο αξιολογήθηκε, μέσω της εγκυρότητας περιεχομένου (Content Validity), από 3 ειδικούς στον τομέα της ΠΒΕ, οι οποίοι είχαν την γνωστική

ικανότητα να αξιολογήσουν το εργαλείο, αλλά και να προτείνουν μεθόδους βελτίωσής του (Polit and Beck, 2006; Terwee et al., 2007). Στοιχεία με συντελεστή εγκυρότητας (CVR) >0,70 διατηρήθηκαν στην τελική έκδοση του ερωτηματολογίου. Υπολογίστηκε, επιπλέον, ο δείκτης εγκυρότητας περιεχομένου (CVI) συνολικά για την κλίμακα θεωρώντας επαρκή μία τιμή >0,80.

Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας μελετήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας (internal consistency). Πρόκειται για έναν συντελεστή που αξιολογεί τον βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που συγκροτούν μια κλίμακα μετρούν την ίδια έννοια. Υπολογίζεται μέσω του συντελεστή Cronbach's Alpha (a), ο οποίος εκτιμά τον βαθμό συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του εργαλείου. Τιμές μεγαλύτερες ή πλησιέστερες στο 0,7 χαρακτηρίζονται ως αποδεκτές. Ένας συντελεστής α >0,7 δείχνει επαρκή αξιοπιστία για ερευνητικούς σκοπούς και υποδηλώνει ότι τα στοιχεία είναι αλληλεξαρτώμενα και ομοιογενή όσον αφορά την κατασκευή που μετρούν. Για κλινικές εφαρμογές είναι επιθυμητή α >0,8.

Επιπλέον, η αξιοπιστία, προσδιορίστηκε με τον υπολογισμό του Συντελεστή Ενδοταξικής Συσχέτισης intra-class correlation coefficient (ICC), στην αρχική αξιολόγηση και την επαναξιολόγηση μετά από διάστημα 2 εβδομάδων σε τυχαία υποομάδα συμμετεχόντων. Τιμές μικρότερες από 0,5 δείχνουν κακή αξιοπιστία, μεταξύ 0,5 και 0,75 μέτρια αξιοπιστία, μεταξύ 0,75 και 0,9 καλή αξιοπιστία και οποιαδήποτε τιμή πάνω από 0,9 δείχνει εξαιρετική αξιοπιστία. Ορίζοντας, για ελάχιστη αποδεκτή αξιοπιστία 0,8, επίπεδο σημαντικότητας 5%, ισχύ 99% και αναμενόμενο ποσοστό εγκατάλειψης 10%, το ελάχιστο μέγεθος δείγματος υπολογίστηκε σε 19 άτομα. Έτσι, 20 άτομα επιλέχθηκαν τυχαία και συμμετείχαν στην ανάλυση αξιοπιστίας.

Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση (Confirmatory Factor Analysis) διεξήχθη για να προσδιοριστεί η προσαρμογή του μοντέλου σε πληθυσμό 414 κλινικών νοσηλευτών. Επαρκής ή καλή προσαρμογή υποδείχθηκε από τον δείκτη SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) μικρότερο ή ίσο με 0,08, από τον συντελεστή CD (Coefficient of Determination) μεγαλύτερο ή ίσο με 0,90, και από τον CFI (Comparative Fit Index) μεγαλύτερο ή ίσο με 0,90.

Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής του ερωτηματολογίου εκτιμήθηκε μέσω Διερευνητικής Παραγοντικής Ανάλυσης (Exploratory Factor Analysis). Πρόκειται για μία σύνθετη στατιστική διαδικασία που χρησιμοποιείται για να αναζητήσει τις υποκείμενες διαστάσεις ενός εργαλείου μέτρησης. Η παραγοντική

ανάλυση σχεδιάστηκε για να εξετάζει τη συνδιακύμανση μίας ομάδας μεταβλητών και να ερμηνεύει τις συσχετίσεις ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές, κάνοντας ομαδοποίηση σε ̟παράγοντες. Ο έλεγχος Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) και ο έλεγχος «σφαιρικότητας» του Bartlett χρησιμοποιήθηκαν για την καταλληλότητα των δεδομένων στην εφαρμογή της μεθόδου. Υψηλές τιμές (>0.6) του KMO υποδεικνύουν την καταλληλότητα της παραγοντικής ανάλυσης. Για να δικαιολογηθεί η ανάλυση παραγόντων, οι τιμές KMO πρέπει να υπερβαίνουν το 0,60. Για το τελικό μοντέλο χρησιμοποιήσαμε το συνδυασμό των ακόλουθων κριτηρίων επιλογής: (α) μέγεθος δείγματος ≥250, (β) scree plot, (γ) κάθε συντελεστής περιέχει στοιχεία με φορτίο ≥0,50 ενώ ταυτόχρονα φορτώνει <0,50 σε όλους τους άλλους παράγοντες, (δ) κάθε παράγοντας περιέχει τουλάχιστον τρία στοιχεία με φόρτωση ≥0,50 και (ε) το ποσοστό της συνολικής διακύμανσης που εξηγείται από τους συντελεστές πρέπει να είναι τουλάχιστον 60%.

Οι στατιστικές αναλύσεις για την Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το λογισμικό STATA (έκδοση 12) και για τη Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση του λογισμικού SPSS (έκδοση 26).

8.1.1 Περιγραφική, διμεταβλήτη και πολυμεταβλητή μεθοδολογία

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν ως μέση ± τυπική απόκλιση (sd) και οι κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν ως απόλυτοι αριθμοί (n) και ποσοστά (n%).

Η διερεύνηση της σχέσης, με έλεγχο του φαινομένου σύγχυσης, ανάμεσα στις τέσσερις υποκλίμακες (Attitudes, Knowledge, Skills, Utilization), του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof, και στους δημογραφικούς παράγοντες έγινε σε δύο στάδια. Αρχικά πραγματοποιήθηκε διμεταβλητή και, εν συνεχεία, πολυμεταβλητή ανάλυση.

Διμεταβλητή ανάλυση: Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας συνεχούς και μία τακτικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Spearman (rs), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής και μιας διχοτόμου μεταβλητής του t-test. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μίας ποσοτικής και μιας

κατηγορικής μεταβλητής, με >2 κατηγορίες, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance, ANOVA)).

Πολυμεταβλητή ανάλυση: Για τον έλεγχο του φαινομένου σύγχυσης έγινε χρήση της Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης. Στην ανάλυση της πολλαπλής παλινδρόμησης εισήχθησαν, ως ανεξάρτητες μεταβλητές, μόνο όσες κατά τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψαν σημαντικές στο επίπεδο του 25% (p <0,25).

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS (έκδοση 26). Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

9.1 Στάθμιση ερωτηματολογίου

Το δείγμα περιλάμβανε 414 συμμετέχοντες, 354 (85,5 %) γυναίκες και 60 (14,5 %) άνδρες, ηλικίας μεταξύ 22 και 55 ετών (M = 43, SD = 8,4).

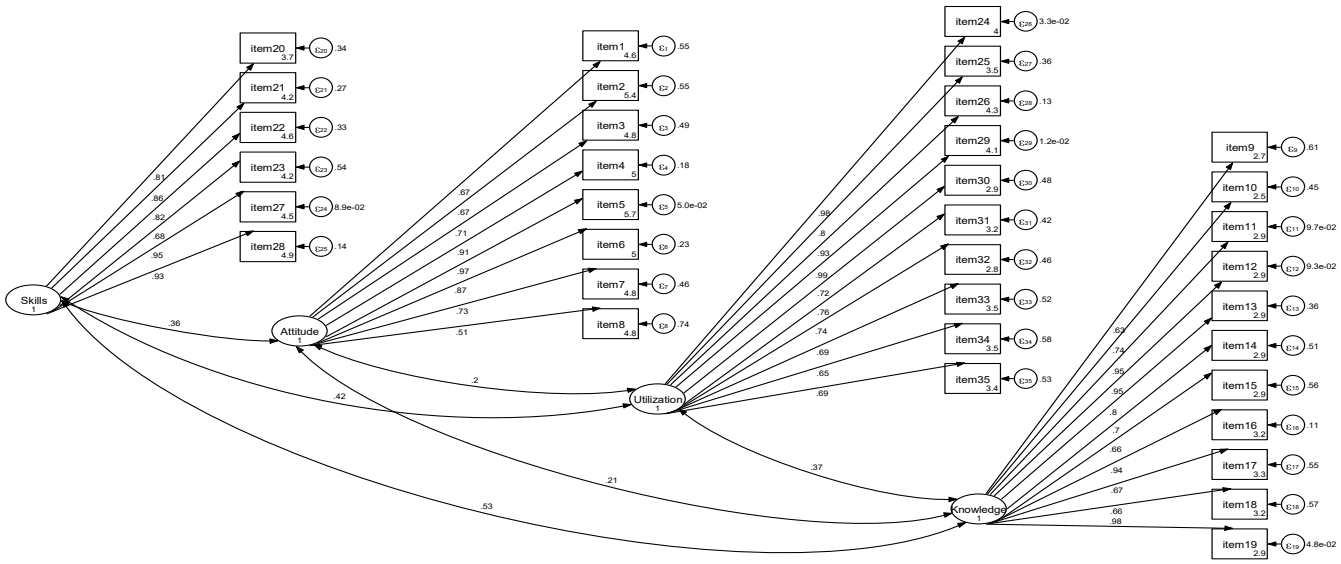
Ο συντελεστής εγκυρότητας έδειξε ότι το 100% των στοιχείων (n = 35) ήταν αποδεκτά. Όλοι οι παράγοντες θεωρήθηκαν αξιόπιστοι, με τις τιμές του άλφα Cronbach να κυμαίνονται από 0,918 έως 0,952.

Το ICC μεταξύ αρχικής αξιολόγησης και επαναξιολόγησης του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε 0,997 (CI 95% 0,994 – 0,999). Αυτός ο συντελεστής δείχνει ότι οι βαθμολογίες στην ελληνική έκδοση του EBP-COQ PROF ήταν εξαιρετικά συνεπείς μεταξύ των δύο μετρήσεων.

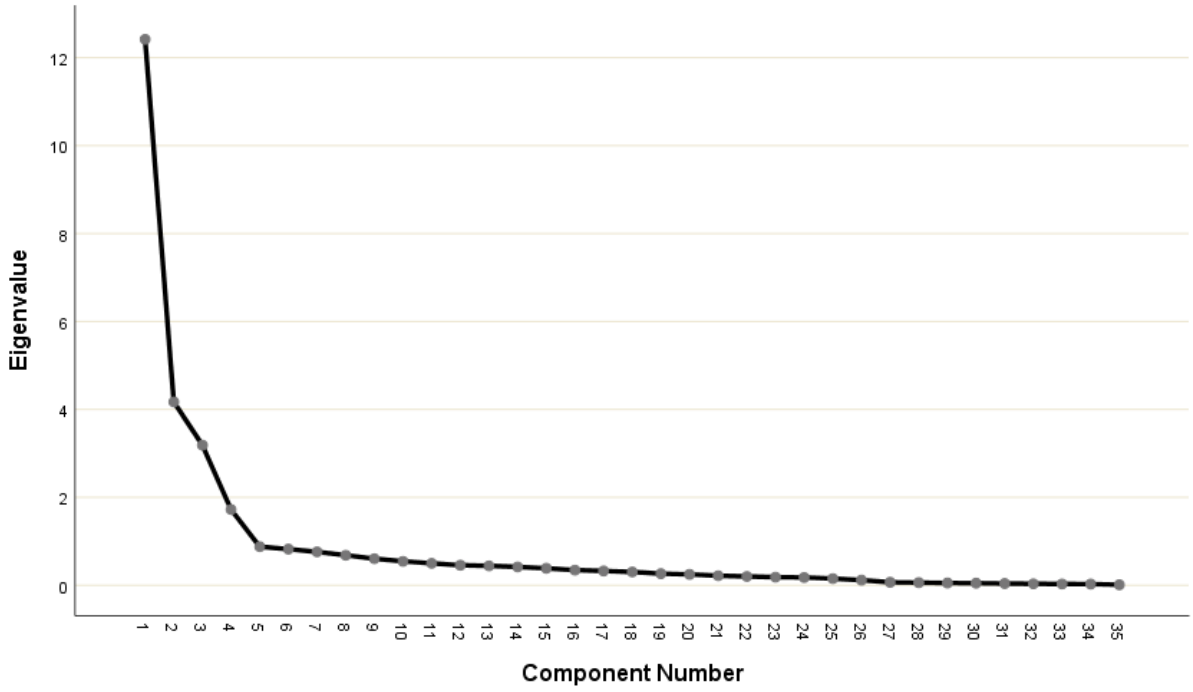
Η Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση επιβεβαίωσε ένα μοντέλο τεσσάρων παραγόντων **(Γράφημα 2)**. Πράγματι, οι προκύπτοντες δείκτες προσαρμογής (SRMR = 0,08, CD = 1,00, CFI = 0,82) έδειξαν ότι τα 35 στοιχεία σε μοντέλο τεσσάρων παραγόντων, που προτάθηκαν από τους κύριους ερευνητές, έγιναν αποδεκτά για την ελληνική έκδοση του EBP-COQ Prof.

Εν συνεχεία, πραγματοποιήθηκε Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση. Αρχικά, ελέγχθηκε η καταλληλότητα των δεδομένων για την εφαρμογή της. Η τιμή του κριτηρίου KMO υπολογίσθηκε 0,906, δηλαδή αρκετά υψηλότερη από την κρίσιμη τιμή του 0,5. Ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett ήταν 16.483,31 (p <0,001), επαληθεύοντας ότι η συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων ήταν επαρκής. Βάσει των δύο παραπάνω ελέγχων καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως, με τα διαθέσιμα δεδομένα, μπορεί να πραγματοποιηθεί Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση. Τα 35 στοιχεία (items) αναλύθηκαν μέσω της μεθόδου εξαγωγής κύριων συνιστωσών, χρησιμοποιώντας περιστροφή Varimax. Σύμφωνα με τα κριτήρια, προσδιορίστηκαν τέσσερις παράγοντες **(Γράφημα 3)**. Η λύση τεσσάρων παραγόντων που προέκυψε στη μελέτη μας αποτελούνταν από 35 στοιχεία **(Πίνακας 2)**. Η συνολική εξηγούμενη διακύμανση ήταν 69,6 %. Ο πρώτος παράγοντας (στοιχεία 9-19) αντιπροσωπεύει το 27,4% της συνολικής διακύμανσης, ο δεύτερος παράγοντας (στοιχεία 24-26 και 29-35) για το 19,1%, ο

τρίτος παράγοντας (στοιχεία 1-8) για το 11,5% και ο τέταρτος (στοιχεία 20-23 και 27-28) για 11,6%.



Γράφημα 2. Μοντέλο Επιβεβαιωτικής Παραγοντικής Ανάλυσης της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof



Γράφημα 3. Scree plot

Πίνακας 2. Rotated Component Matrix

	Παράγοντες			
	1	2	3	4
Item 1			0,718	
Item 2			0,709	
Item 3			0,759	
Item 4			0,869	
Item 5			0,909	
Item 6			0,837	
Item 7			0,776	
Item 8			0,638	
Item 9	0,690			
Item 10	0,795			
Item 11	0,881			
Item 12	0,885			
Item 13	0,805			
Item 14	0,710			
Item 15	0,663			
Item 16	0,928			
Item 17	0,647			
Item 18	0,608			
Item 19	0,920			
Item 20				0,744
Item 21				0,730
Item 22				0,775
Item 23				0,694
Item 24		0,905		
Item 25		0,895		
Item 26		0,875		
Item 27				0,837
Item 28				0,866
Item 29		0,913		
Item 30		0,819		
Item 31		0,820		
Item 32		0,743		
Item 33		0,545		
Item 34		0,646		
Item 35		0,619		

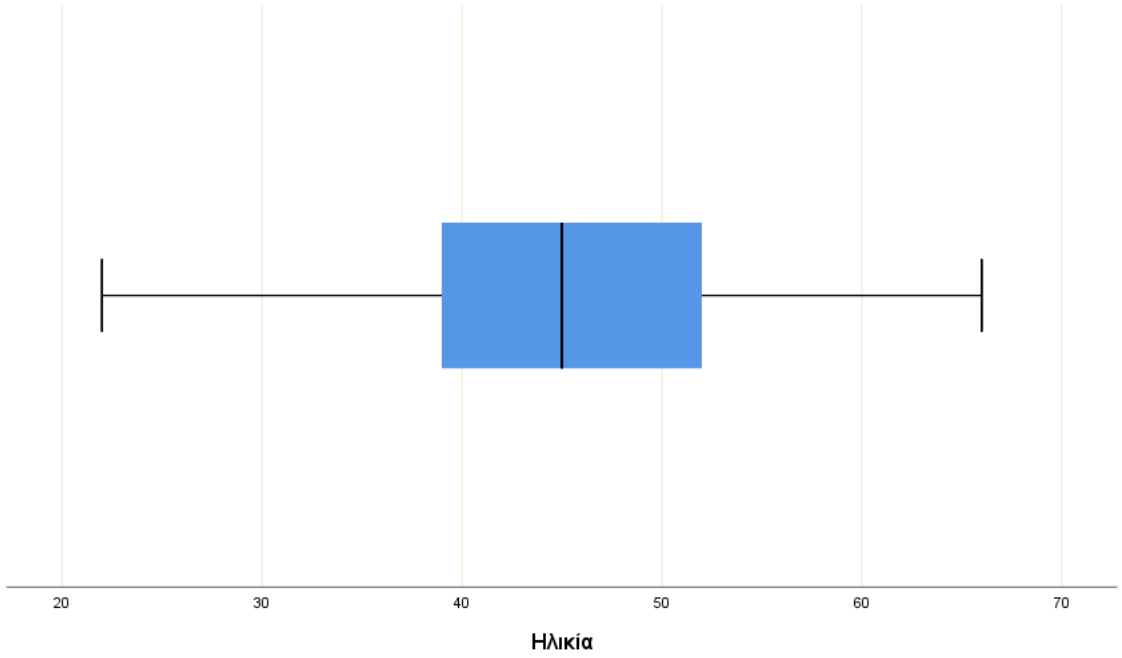
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

10.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά

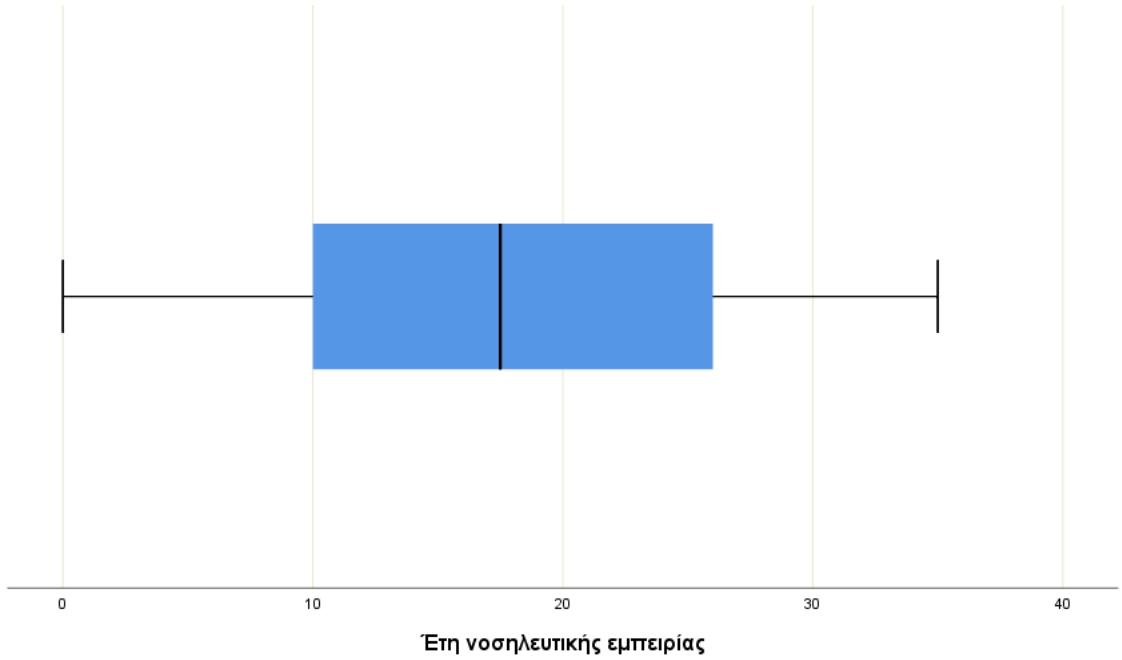
Το δείγμα της μελέτης αποτελείτο από 473 συμμετέχοντες (402 γυναίκες και 71 άνδρες), με μέση ηλικία 44,7 έτη (SD = 9,2). Ο μέσος χρόνος νοσηλευτικής εμπειρίας ήταν 17,3 χρόνια (SD = 10,1) και εκατό εβδομήντα ένα (36,5%) εργάζονταν σε πανεπιστημιακή κλινική. Εκατό δεκαοκτώ νοσηλευτές (25,0%) είχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και πενήντα τρεις (11,2%) είχαν γράψει τουλάχιστον ένα επιστημονικό άρθρο νοσηλευτικής τα τελευταία 5 χρόνια. Είκοσι νοσηλευτές (4,3%) δεν είχαν καθόλου γνώση αγγλικών και ογδόντα έξι (18,3%) είχαν άριστη γνώση. Τρεις νοσηλευτές (0,6%) δεν είχαν καθόλου γνώση Η/Υ και εκατό δεκαεννέα (25,4%) έχουν άριστη γνώση **(Πίνακας 3, Γραφήματα 4-7).**

Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

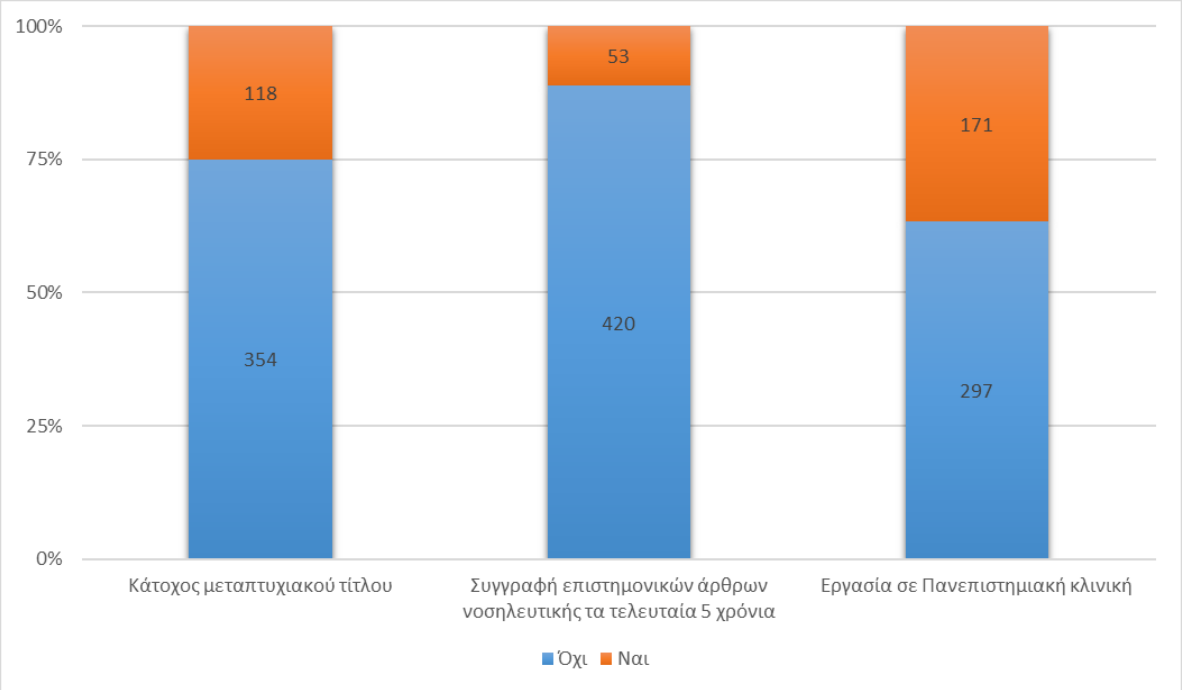
		N	**N %**
Βιολογικό φύλο	Άρρεν	71	15,0%
	Θήλυ	402	85,0%
Ηλικία (έτη, mean ± sd)		44,7 ± 9,2	
Κάτοχος τίτλου μεταπτυχιακών σπουδών	Όχι	354	75,0%
	Ναι	118	25,0%
Συγγραφή επιστημονικών άρθρων τα τελευταία 5 χρόνια	Όχι	420	88,8%
	Ναι	53	11,2%
Επίπεδο γνώσης αγγλικής γλώσσας	Καθόλου	20	4,3%
	Μέτριο	108	23,0%
	Καλό	255	54,4%
	Εξαιρετικό	86	18,3%
Επίπεδο γνώσης Η/Υ	Καθόλου	3	0,6%
	Μέτριο	83	17,7%
	Καλό	264	56,3%
	Εξαιρετικό	119	25,4%
Εργασία σε Πανεπιστημιακή Κλινική	Όχι	297	63,5%
	Ναι	171	36,5%
Έτη νοσηλευτικής εμπειρίας (mean ± sd)		17,3 ± 10,1	



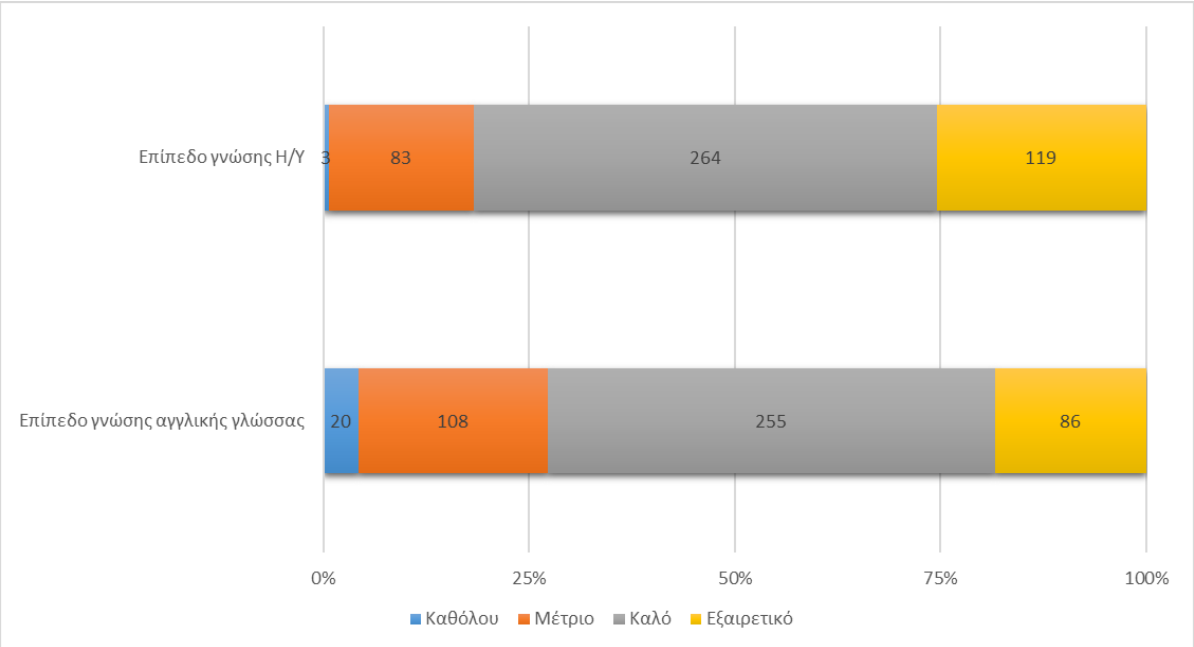
Γράφημα 4. Θηκόγραμμα ηλικίας συμμετεχόντων



Γράφημα 5. Θηκόγραμμα χρόνου νοσηλευτικής προϋπηρεσίας συμμετεχόντων



Γράφημα 6. Κατανομή απαντήσεων σε ό,τι αφορά το εργασιακό περιβάλλον, την κατοχή τίτλου μεταπτυχιακών σπουδών, και τη συγγραφή τουλάχιστον ενός επιστημονικού άρθρου νοσηλευτικής την τελευταία πενταετία



Γράφημα 7. Κατανομή απαντήσεων σε ό,τι αφορά το επίπεδο γνώσης αγγλικής γλώσσας και Η/Υ

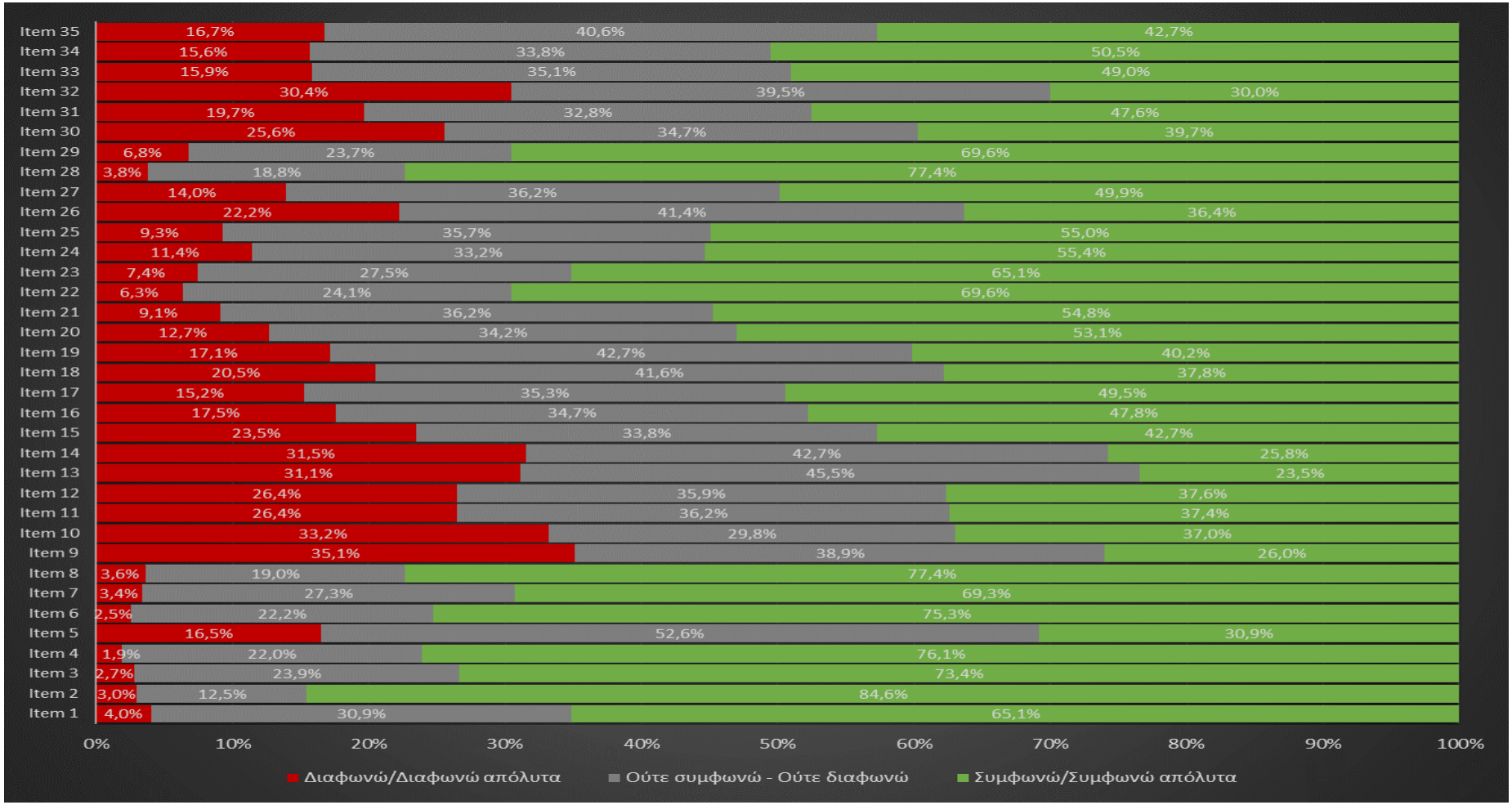
Στον **Πίνακα 4** και στο **Γράφημα 8** καταγράφονται και απεικονίζονται, αντίστοιχα, οι ποσοστιαίες κατανομές των απαντήσεων που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες σε κάθε στοιχείο του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof. Όσον αφορά στις υποκλίμακες του EBP-COQ Prof **(Γράφημα 9)**, η μέση τιμή των Στάσεων ήταν 3,9 (SD = 0,6), των Γνώσεων 3,1 (SD = 0,8), των Δεξιοτήτων 3,7 (SD = 0,6) και της Εφαρμογής 3,4 (SD = 0,7).

Το υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων «Συμφωνώ/Συμφωνώ απόλυτα» το έλαβε το στοιχείο 2 (84,6%) και το χαμηλότερο το στοιχείο 13 (23,5%). Ποσοστό μεγαλύτερο από 75% έλαβαν τα στοιχεία 2 (84,6%), 8 (77,4%), 28 (77,4%), 4 (76,1%), και 6 (75,3%). Ποσοστό μεταξύ 50%-75% καταγράφηκε στα στοιχεία 3 (73,4%), 22 (69,6%), 29 (69,6%), 7 (69,3%), 1 (65,1%), 23 (65,1%), 24 (55,4%), 25 (55%), 21 (54,8%), 20 (53,1%), και 34 (50,5%). Ποσοστό μικρότερο του 50% υπολογίστηκε στα στοιχεία 27 (49,9%), 17 (49,5%), 33 (49 %), 16 (47,8 %), 31 (47,6%), 15 (42,7%), 35 (42,7%), 19 (40,2%), 30 (39,7%), 18 (37,8%), 12 (37,6%), 11 (37,4%), 10 (37%), 26 (36,4%), 5 (30,9%), 32 (30%), 9 (26%), 14 (25,8%), και 13 (23,5%).

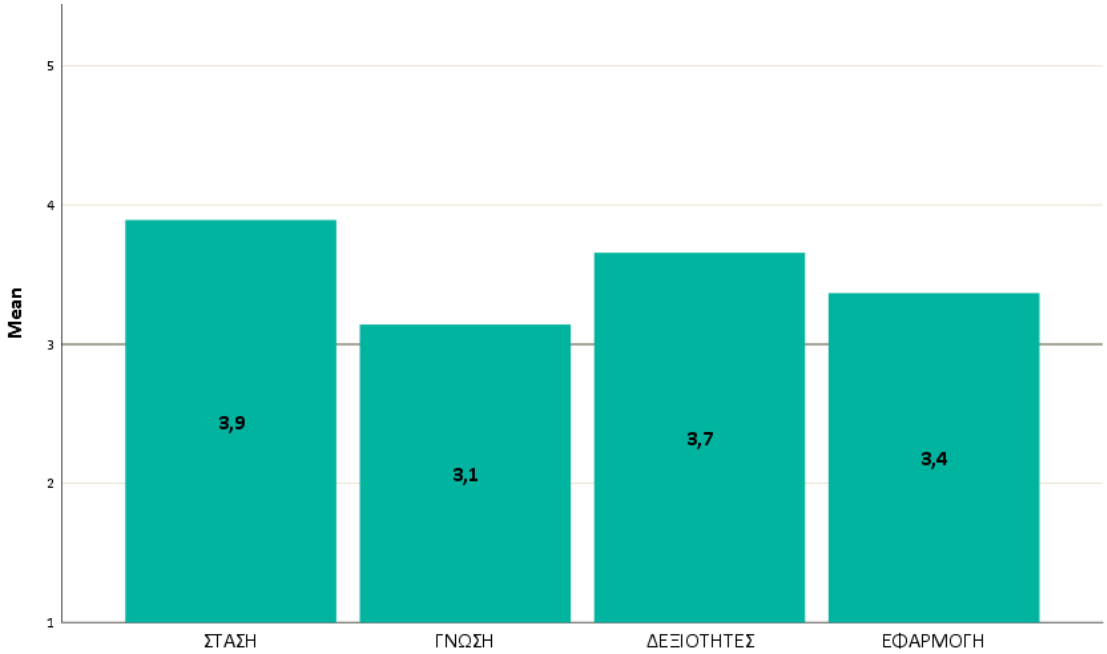
Πίνακας 4. Ποσοστιαίες κατανομές των απαντήσεων σε κάθε δήλωση του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ - Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Item 1	1,7%	2,3%	30,9%	45,2%	19,9%
Item 2	0,4%	2,5%	12,5%	46,9%	37,6%
Item 3	1,3%	1,5%	23,9%	45,5%	27,9%
Item 4	0,6%	1,3%	22,0%	45,0%	31,1%
Item 5	3,6%	12,9%	52,6%	23,0%	7,8%
Item 6	0,4%	2,1%	22,2%	48,0%	27,3%
Item 7	0,6%	2,7%	27,3%	45,9%	23,5%
Item 8	0,8%	2,7%	19,0%	45,5%	31,9%
Item 9	10,4%	24,7%	38,9%	18,4%	7,6%
Item 10	11,2%	22,0%	29,8%	19,5%	17,5%
Item 11	8,7%	17,8%	36,2%	26,8%	10,6%
Item 12	8,9%	17,5%	35,9%	26,6%	11,0%
Item 13	9,3%	21,8%	45,5%	17,1%	6,3%
Item 14	9,3%	22,2%	42,7%	20,5%	5,3%
Item 15	8,2%	15,2%	33,8%	30,9%	11,8%
Item 16	5,7%	11,8%	34,7%	33,8%	14,0%
Item 17	5,7%	9,5%	35,3%	34,0%	15,4%
Item 18	6,6%	14,0%	41,6%	30,0%	7,8%
Item 19	5,3%	11,8%	42,7%	31,5%	8,7%
Item 20	4,0%	8,7%	34,2%	42,3%	10,8%
Item 21	1,9%	7,2%	36,2%	44,2%	10,6%
Item 22	1,5%	4,9%	24,1%	52,4%	17,1%
Item 23	1,7%	5,7%	27,5%	45,9%	19,2%
Item 24	2,1%	9,3%	33,2%	40,4%	15,0%
Item 25	2,5%	6,8%	35,7%	40,0%	15,0%

Item 26	6,3%	15,9%	41,4%	29,6%	6,8%
Item 27	5,9%	8,0%	36,2%	36,6%	13,3%
Item 28	1,1%	2,7%	18,8%	55,0%	22,4%
Item 29	1,5%	5,3%	23,7%	46,1%	23,5%
Item 30	8,9%	16,7%	34,7%	30,4%	9,3%
Item 31	5,9%	13,7%	32,8%	37,2%	10,4%
Item 32	10,1%	20,3%	39,5%	24,3%	5,7%
Item 33	4,2%	11,6%	35,1%	39,3%	9,7%
Item 34	4,4%	11,2%	33,8%	40,0%	10,6%
Item 35	4,4%	12,3%	40,6%	33,4%	9,3%



Γράφημα 8. Κατανομή απαντήσεων σε ότι αφορά στις δηλώσεις του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof



Γράφημα 9. Μέση τιμή των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof

10.2 Διμεταβλητή ανάλυση

Στον **Πίνακα 5** αποτυπώνονται οι μέσες τιμές, με τις τυπικές τους αποκλίσεις, των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof, βάσει των κατηγοριών των μεταβλητών: α) «Βιολογικό φύλο», β) «Κάτοχος τίτλου μεταπτυχιακών σπουδών», γ) «Συγγραφή επιστημονικών άρθρων νοσηλευτικής τα τελευταία 5 χρόνια», δ) «Επίπεδο γνώσης αγγλικής γλώσσας», ε) «Επίπεδο γνώσης Η/Υ», και στ) «Εργασία σε Πανεπιστημιακή κλινική».

Ο **Πίνακας 6** συνοψίζει τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof με τους παράγοντες που μελετήθηκαν. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι μεγαλύτερες ηλικίες αντιστοιχούν σε υψηλότερες τιμές της υποκλίμακας Δεξιοτήτων ($r = 0,153$, $p = 0,001$) και Εφαρμογής ($r = 0,132$, $p = 0,004$).

Το επίπεδο των Στάσεων ($t = -4,86$, $p < 0,001$), της Γνώσης ($t = -9,17$, $p < 0,001$), των Δεξιοτήτων ($t = -5,29$, $p < 0,001$), και της Εφαρμογής ($t = -3,29$, $p < 0,001$) ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες για νοσηλευτές που έχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα σε σχέση με νοσηλευτές που δεν έχουν. Επιπλέον, το επίπεδο των Στάσεων ($t = -3,87$, $p < 0,001$), της Γνώσης ($t = -6,50$, $p < 0,001$),

και των Δεξιοτήτων (t = -4,00, p < 0,001) ήταν στατιστικά σημαντικό υψηλότερο για τους νοσηλευτές που έχουν γράψει τουλάχιστον ένα επιστημονικό άρθρο νοσηλευτικής τα τελευταία 5 χρόνια από νοσηλευτές που δεν το έχουν κάνει.

Το υψηλότερο επίπεδο γνώσης υπολογιστών αντιστοιχεί σε υψηλότερες τιμές Στάσεων (τb = 0,113, p = 0,002), Γνώσεων (τb(469) = 0,250, p < 0,001), Δεξιοτήτων (τb(469) = 0,131, p < 0,001), και Εφαρμογής (τb(469) = 0,073, p = 0,047). Περισσότερα χρόνια νοσηλευτικής εμπειρίας αντιστοιχούν σε υψηλότερες τιμές της υποκλίμακας Δεξιοτήτων (r = 0,179, p < 0,001) και Εφαρμογής (r = 0,140, p = 0,002). Το επίπεδο των Στάσεων (t = -3,25, p = 0,001), της Γνώσης (t = -3,72, p < 0,001), των Δεξιοτήτων (t = -2,88, p = 0,004), και της Εφαρμογής (t = -4,32, p < 0,001) ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες για νοσηλευτές που εργάζονται σε πανεπιστημιακή κλινική.

Η γνώση της αγγλικής γλώσσας ήταν σημαντικά υψηλότερη στην υποκλίμακα των Στάσεων (τb = 0,557, p < 0,001), της Γνώσης (τb = 0,105, p = 0,004), και των Δεξιοτήτων (τb = 0,209, p < 0,001). Δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βιολογικού φύλου και των υποκλίμακων του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof.

Πίνακας 5. Μέσες τιμές (mean), με τις τυπικές τους αποκλίσεις (standard deviation), των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof, των κατηγορικών μεταβλητών

		ΣΤΑΣΗ		ΓΝΩΣΗ		ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ		ΕΦΑΡΜΟΓΗ	
		Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Βιολογικό φύλο	Άρρεν	3,8	0,7	3,3	0,9	3,7	0,6	3,3	0,7
	Θήλυ	3,9	0,6	3,1	0,8	3,7	0,6	3,4	0,7
Κάτοχος τίτλου μεταπτυχιακών σπουδών	Όχι	3,8	0,6	3,0	0,8	3,6	0,6	3,3	0,7
	Ναι	4,1	0,6	3,7	0,7	3,9	0,6	3,5	0,6
Συγγραφή νοσηλευτικών επιστημονικών άρθρων τα τελευταία 5 χρόνια	Όχι	3,9	0,6	3,1	0,8	3,6	0,6	3,3	0,7
	Ναι	4,2	0,6	3,8	0,8	4,0	0,6	3,5	0,7
Επίπεδο γνώσης αγγλικής γλώσσας	Καθόλου	3,7	0,5	2,4	0,7	3,3	0,5	3,1	0,7
	Μέτριο	3,8	0,6	3,0	0,7	3,6	0,5	3,4	0,6
	Καλό	3,9	0,6	3,1	0,8	3,6	0,6	3,4	0,6
	Εξαιρετικό	4,0	0,6	3,5	1,0	3,8	0,8	3,4	0,8
Επίπεδο γνώσης Η/Υ	Καθόλου	3,7	0,6	3,2	0,3	3,0	0,3	3,1	0,3

	Μέτριο	3,8	0,6	2,8	0,8	3,5	0,6	3,3	0,7
	Καλό	3,9	0,6	3,1	0,8	3,6	0,6	3,4	0,6
	Εξαιρετικό	4,0	0,6	3,6	0,8	3,8	0,8	3,5	0,7
Εργασία σε Πανεπιστημιακή κλινική	Όχι	3,8	0,6	3,0	0,8	3,6	0,7	3,3	0,7
	Ναι	4,0	0,6	3,3	0,8	3,8	0,6	3,5	0,6

Πίνακας 6. Συσχετίσεις υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof με τους μελετώμενους παράγοντες

	Στάσεις	**Γνώσεις**	**Δεξιότητες**	**Εφαρμογή**
Ηλικία	r(473) = -0,026, p = 0,814	r(473) = -0,011, p = 0,814	r(473) = 0,153, p = 0,001	r(473) = 0,132, p = 0,004
Βιολογικό φύλο	t(471) = -1,448, p = 0,148	t(471) = 1,857, p = 0,064	t(471) = 0,045, p = 0,964	t(471) = -0,616, p = 0,538
Κάτοχος τίτλου μεταπτυχιακών σπουδών	t(470) = -4,862, p < 0,001	t(470) = -9,169, p < 0,001	t(470) = -5,289, p < 0,001	t(470) = -3,294, p < 0,001
Συγγραφή νοσηλευτικών επιστημονικών άρθρων τα τελευταία 5 χρόνια	t(471) = -3,870, p < 0,001	t(471) = -6,496, p < 0,001	t(471) = -4,003, p < 0,001	t(471) = -1,939, p = 0,053
Επίπεδο γνώσης αγγλικής γλώσσας	τb(469) = 0,557, p < 0,001	τb(469) = 0,105, p = 0,004	τb(469) = 0,209, p < 0,001	τb(469) = 0,036, p = 0,319
Επίπεδο γνώσης Η/Υ	τb(469) = 0,113, p = 0,002	τb(469) = 0,250, p < 0,001	τb(469) = 0,131, p < 0,001	τb(469) = 0,073, p = 0,047
Έτη νοσηλευτικής εμπειρίας	r(466) = 0,010, p = 0,822	r(466) = -0,003, p = 0,951	r(466) = 0,179, p < 0,001	r(466) = 0,140, p = 0,002
Εργασία σε Πανεπιστημιακή Κλινική	t(466) = -3,253, p = 0,001	t(466) = -3,718, p < 0,001	t(466) = -2,883, p = 0,004	t(466) = -4,324, p < 0,001

10.3 Πολυμεταβλητή ανάλυση

Το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης προέβλεψε στατιστικά σημαντικά την υποκλίμακα «Στάσεις», F(6, 457) = 7,163, p < 0,001, adj. R2 = 0,074. Οι μεταβλητές «Κάτοχος τίτλου μεταπτυχιακών σπουδών» (p = 0,003), «Εργασία σε πανεπιστημιακή κλινική» (p = 0,008) και «Συγγραφή επιστημονικών άρθρων νοσηλευτικής τα τελευταία 5 χρόνια» (p = 0,024) προστέθηκαν στατιστικά σημαντικά στην πρόβλεψη. Οι συντελεστές παλινδρόμησης και τα τυπικά σφάλματα βρίσκονται στον **Πίνακα 7**.

Πίνακας 7. Γραμμική Πολλαπλή Παλινδρόμηση για την υποκλίμακα «Στάσεις»

Μοντέλο		**Μη τυποποιημένοι συντελεστές**		**Τυποποιημένοι συντελεστές**	**t**	**Σημαντικότητα**	**95% Διάστημα Εμπιστοσύνης του Β**	
		Β	Τυπικό σφάλμα	Beta			**Κάτω όρια**	**Άνω όρια**
1	(Σταθερά)	3,322	,178		18,642	,000	2,972	3,672
	Βιολογικό φύλο	,148	,078	,086	1,905	,057	-,005	,300
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	,210	,069	,149	3,039	,003	,074	,347
	Συγγραφή επιστημονικών άρθρων νοσηλευτικής τα τελευταία 5 χρόνια	,211	,093	,109	2,271	,024	,028	,393
	Επίπεδο γνώσης αγγλικής γλώσσας	,007	,046	,008	,151	,880	-,083	,097
	Επίπεδο γνώσης Η/Υ	,075	,051	,082	1,469	,142	-,025	,175
	Εργασία σε Πανεπιστημιακή κλινική	,153	,058	,119	2,647	,008	,039	,266
Εξαρτημένη μεταβλητή: Στάσεις								

Το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης προέβλεψε στατιστικά σημαντικά την υποκλίμακα «Γνώση», F(6, 457) = 23,306, p < 0,001, adj. R2 = 0,224. Οι μεταβλητές «Κάτοχος τίτλου μεταπτυχιακών σπουδών» (p < 0,001), «Συγγραφή νοσηλευτικών επιστημονικών άρθρων τα τελευταία 5 χρόνια» (p = 0,001), «Γνώση ηλεκτρονικών υπολογιστών» (p = 0,002) και «Εργασία σε πανεπιστημιακή κλινική» (p = 0,006) προστέθηκε στατιστικά σημαντικά στην πρόβλεψη. Οι συντελεστές παλινδρόμησης και τα τυπικά σφάλματα βρίσκονται στον **Πίνακα 8**.

Πίνακας 8. Γραμμική Πολλαπλή Παλινδρόμηση για την υποκλίμακα «Γνώσεις»

Μοντέλο		**Μη τυποποιημένοι συντελεστές**		**Τυποποιημένοι συντελεστές**	**t**	**Σημαντικότητα**	**95% Διάστημα Εμπιστοσύνης του Β**	
		Β	**Τυπικό σφάλμα**	**Beta**			**Κάτω όρια**	**Άνω όρια**
1	(Σταθερά)	2,551	,223		11,436	,000	2,112	2,989
	Βιολογικό φύλο	-,102	,097	-,043	-1,055	,292	-,293	,088
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	,533	,087	,275	6,148	,000	,363	,703
	Συγγραφή επιστημονικών άρθρων νοσηλευτικής τα τελευταία 5 χρόνια	,396	,116	,149	3,409	,001	,168	,625
	Επίπεδο γνώσης αγγλικής γλώσσας	,067	,057	,060	1,164	,245	-,046	,180
	Επίπεδο γνώσης Η/Υ	,195	,064	,157	3,058	,002	,070	,321
	Εργασία σε Πανεπιστημιακή κλινική	,201	,072	,115	2,789	,006	,059	,343
Εξαρτημένη μεταβλητή: Γνώσεις								

Το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης προέβλεψε στατιστικά σημαντικά την υποκλίμακα «Δεξιότητες», F(7, 449) = 9,598, p < 0,001, adj. R2 = 0,117. Οι μεταβλητές «Γνώση υπολογιστή» (p = 0,002), «Κάτοχος τίτλου μεταπτυχιακών σπουδών» (p = 0,011), «Συγγραφή νοσηλευτικών επιστημονικών άρθρων τα τελευταία 5 χρόνια» (p = 0,019) και «Εργασία σε πανεπιστημιακή κλινική» (p = 0,028) προστέθηκε στατιστικά σημαντικά στην πρόβλεψη. Οι συντελεστές παλινδρόμησης και τα τυπικά σφάλματα βρίσκονται στον **Πίνακα 9**.

Πίνακας 9. Γραμμική Πολλαπλή Παλινδρόμηση για την υποκλίμακα «Δεξιότητες»

Μοντέλο		**Μη τυποποιημένοι συντελεστές**		**Τυποποιημένοι συντελεστές**	**T**	**Σημαντικότητα**	**95% Διάστημα Εμπιστοσύνης του B**	
		B	**Τυπικό σφάλμα**	**Beta**			**Κάτω όρια**	**Άνω όρια**
1	(Σταθερά)	2,820	,253		11,124	,000	2,322	3,318
	Ηλικία	,004	,007	,052	,564	,573	-,009	,016
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	,185	,073	,125	2,541	,011	,042	,329
	Συγγραφή επιστημονικών άρθρων νοσηλευτικής τα τελευταία 5 χρόνια	,226	,096	,110	2,351	,019	,037	,415
	Επίπεδο γνώσης αγγλικής γλώσσας	,005	,048	,006	,100	,921	-,089	,098
	Επίπεδο γνώσης Η/Υ	,169	,055	,176	3,098	,002	,062	,276
	Έτη νοσηλευτικής εμπειρίας	,011	,006	,173	1,898	,058	,000	,023
	Εργασία σε Πανεπιστημιακή κλινική	,133	,060	,098	2,203	,028	,014	,251

Εξαρτημένη μεταβλητή: Δεξιότητες

Το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης προέβλεψε στατιστικά σημαντικά την υποκλίμακα «Εφαρμογή», F(6, 450) = 7.358, p <.001, adj. R2 = 0,077. Οι μεταβλητές «Εργασία σε πανεπιστημιακή κλινική» (p < 0,001) και «Γνώση υπολογιστών» (p = 0,017) προστέθηκαν στατιστικά σημαντικά στην πρόβλεψη. Οι συντελεστές παλινδρόμησης και τα τυπικά σφάλματα βρίσκονται στον **Πίνακα 10**.

Πίνακας 10. Γραμμική Πολλαπλή Παλινδρόμηση για την υποκλίμακα «Εφαρμογή»

Μοντέλο		**Μη τυποποιημένοι συντελεστές**		**Τυποποιημένοι συντελεστές**	**t**	**Σημαντικότητα**	**Σημαντικότητα**	
		B	**Τυπικό σφάλμα**	**Beta**			**Κάτω όρια**	**Άνω όρια**
1	(Σταθερά)	2,448	0,261		9,373	0,000	1,934	2,961
	Ηλικία	0,011	0,007	0,145	1,557	0,120	-0,003	0,024
	Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	0,111	0,075	0,073	1,474	0,141	-0,037	0,259
	Συγγραφή επιστημονικών άρθρων νοσηλευτικής τα τελευταία 5 χρόνια	0,091	0,100	0,044	0,912	0,362	-0,106	0,289
	Επίπεδο γνώσης Η/Υ	0,131	0,049	0,133	2,673	0,008	0,035	0,228
	Έτη νοσηλευτικής εμπειρίας	0,003	0,006	0,038	0,410	0,682	-0,010	0,015
	Εργασία σε Πανεπιστημιακή κλινική	0,243	0,063	0,176	3,860	0,000	0,119	0,367
Εξαρτημένη μεταβλητή: Εφαρμογή								

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

11.1 Ποιοτική προσέγγιση

Δεδομένου ότι η έρευνα βασίστηκε σε συνδυασμό ποσοτικού και ποιοτικού σχεδιασμού, εφαρμόστηκαν και ποιοτικές μέθοδοι, καθώς εξυπηρετούν καλύτερα τον σκοπό της μελέτης που είναι η εις βάθος διερεύνηση των απόψεων των συμμετεχόντων. Η ποιοτική έρευνα επιτρέπει τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο ένα άτομο, σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο, αντιλαμβάνεται ένα φαινόμενο (Smith, Flowers and Larkin, 2009). Η εργασία με μικρά μεγέθη συμμετεχόντων επιτρέπει τη λεπτομερή ανάλυση των δεδομένων και τον προσδιορισμό κοινών θεμάτων. Η μέθοδος συλλογής δεδομένων, η οποία εφαρμόστηκε είναι οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις και κρίθηκε κατάλληλη για το σκοπό αυτό (Smith, Flowers and Larkin, 2009). Οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν και στη συνέχεια απομαγνητοφωνήθηκαν. Όλες οι απομαγνητοφωνήσεις αναγνώστηκαν και διαβάστηκαν εκ νέου, με την ερευνήτρια να κάνει αρχικές σημειώσεις και να καταγράφει τις σκέψεις της. Σημειώσεις και διερευνητικές παρατηρήσεις σχετικά με τη χρήση της γλώσσας του συμμετέχοντα και ερμηνευτικά, εννοιολογικά σχόλια μελετήθηκαν, ώστε να εντοπιστούν και να συγκεντρωθούν αναδυόμενα θέματα. Αφού αναλύθηκαν όλες οι απομαγνητοφωνήσεις, όπως περιγράφεται παραπάνω, επανεξετάστηκαν στο σύνολό τους για τον προσδιορισμό προτύπων στα αντίγραφα. Με τον τρόπο αυτό εντοπίστηκαν τα τελικά θέματα. Η ανάλυση δεδομένων και ο εντοπισμός των θεμάτων βασίστηκε στην επαγωγική μέθοδο (inductive method) και συγκεκριμένα στην θεματική ανάλυση (thematic analysis) (Γαλάνης, 2018).

11.2 Συλλογή δεδομένων

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκαν έξι ατομικές συνεντεύξεις για την διερεύνηση προσωπικών εμπειριών και δύο συνεντεύξεις στο

πλαίσιο των ομάδων εστίασης (focus group) για την ανάδειξη ομαδικής αλληλεπίδρασης και ανταλλαγής απόψεων, με ημι-δομημένες ερωτήσεις, εστιάζοντας στο φαινόμενο του κορεσμού (Ίσαρη και Πουρκός, 2015). Διερευνήθηκαν εν τω βάθει η στάση, οι γνώσεις, οι δεξιότητες καθώς και η εφαρμογή της ΠΒΕ.

11.3 Δειγματοληψία

Για την διεξαγωγή της ποιοτικής μελέτης πραγματοποιήθηκαν έξι ατομικές συνεντεύξεις, ενώ παράλληλα δημιουργήθηκαν δύο ομάδες εστίασης, με έξι μέλη η κάθε μία. Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο ευκολίας (convenience sampling) και αφορούσε νοσηλευτές που ήδη συμμετείχαν στην ποσοτική έρευνα και είχαν εκφράσει την επιθυμία τους να συμμετέχουν και στην ποιοτική καθώς πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στην έρευνα.

11.4 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Στην μελέτη το 100% των συμμετεχόντων απαρτίζεται από γυναίκες, ο μέσος όρος της ηλικίας τους ήταν τα 41 έτη, το 66% ήταν κάτοχοι τίτλου μεταπτυχιακών σπουδών, μόλις το 22% εργαζόταν σε νοσοκομείο τριτοβάθμιας φροντίδας ενώ ο μέσος όρος της προϋπηρεσίας τους ήταν τα 14 έτη **(Πίνακας 11)**.

Πίνακας 11. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων ποιοτικής έρευνας

Δημογραφικά στοιχεία (N=18)		
Φύλο(%)	Άνδρες	0(0)
	Γυναίκες	18(100)
Ηλικία (μέσος όρος)		41
Κάτοχος Τίτλου Μεταπτυχιακών Σπουδών(%)	Όχι	6(34)
	Ναι	12(66)

Είδος νοσοκομείου που εργάζονται(%)	Δευτεροβάθμιο	14(78)
	Τριτοβάθμιο	4(22)
Προϋπηρεσία (μέσος όρος)		14

11.5 Διαδικασία συλλογής ποιοτικών δεδομένων

Οι συνεντεύξεις τόσο οι ατομικές όσο και οι ομαδικές πραγματοποιήθηκαν μέσω της πλατφόρμας Skype. Κατά την χρονική περίοδο εκπόνησης της μελέτης ίσχυαν τα περιοριστικά μέτρα λόγω της πανδημίας COVID-19. Η ποιοτική έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Φεβρουάριο 2023 έως και τον Μάρτιο 2023. Η διάρκεια των ατομικών συνεντεύξεων ήταν κατά μέσο όρο 25-35 λεπτά. Η πρώτη ομάδα εστίασης, διήρκεσε 1 ώρα και 33 λεπτά ενώ η δεύτερη 1 ώρα και 18 λεπτά. Κάθε συμμετέχουσα κωδικοποιήθηκε με ένα μοναδικό αναγνωριστικό το οποίο περιλάμβανε τη συντομογραφία Σ (συμμετέχων) και ένα διακριτό αριθμό. Για τον σαφή διαχωρισμό ανά τύπο συνέντευξης πριν από τον αριθμό του συμμετέχοντα προστέθηκε η αντίστοιχη συντομογραφία: ΑΤ (Ατομική Συνέντευξη), ΟΕ1 (Ομάδα Εστίασης 1) ή ΟΕ2 (Ομάδα εστίασης 2). Έτσι για παράδειγμα, η τρίτη συμμετέχουσα της δεύτερης ομάδας εστίασης αναφερόταν ως ΟΕ2 Σ3.

Χρησιμοποιώντας την επαγωγική μέθοδο, η ερευνητική ομάδα αξιοποίησε τα στοιχεία που συλλέχθηκαν τόσο από τις ατομικές όσο και από τις ομαδικές συνεντεύξεις. Για τις ανάγκες της μελέτης εφαρμόστηκαν ενδεικτικές ερωτήσεις ως οδηγοί για την πραγμάτωση των ημι-δομημένων συνεντεύξεων. Ο σχεδιασμός των ερωτήσεων έγινε καθοδηγούμενος μέσω της βιβλιογραφίας και των ερευνητικών μας ερωτημάτων (Ayre and McCaffery, 2022), έτσι ώστε να διασφαλιστεί η αξιοπιστία και η εστίαση στο θέμα υπό διερεύνηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12. ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

Στο πλαίσιο των ατομικών εις βάθος συνεντεύξεων, παρατηρήθηκε ότι οι συνεντευξιαζόμενοι χρειαζόταν λίγο χρόνο, έτσι ώστε να προσαρμοστούν στο περιβάλλον. Με την έναρξή της συζήτησης, αυτό έπαυε να υφίσταται, αφού προσαρμοζόταν πλήρως στις συνθήκες και η διεξαγωγή των συνεντεύξεων διεξήχθη ομαλά, χωρίς απρόβλεπτα συμβάντα.

Αντίστοιχα και στις ομαδικές συνεντεύξεις τα πρώτα λεπτά, μέχρι να συστηθούν οι συνεντευξιαζόμενοι, επικρατούσε μια μικρή αμηχανία, η οποία υποχωρούσε με την έναρξη της συζήτησης. Οι ομάδες παρουσίαζαν υψηλό βαθμό αλληλεπίδρασης, προσφέροντας πολύτιμες πληροφορίες για τους σκοπούς της μελέτης.

Στη συνέχεια, ζητήθηκε η έγγραφη συγκατάθεσή τους για την ηχογράφηση των συνεντεύξεων. Παράλληλα, ενημερώθηκαν ότι σε περίπτωση που εκφράσουν προτάσεις ή δηλώσεις τις οποίες δεν επιθυμούν να συμπεριληφθούν, αυτές θα αφαιρεθούν από όλα τα σχετικά αρχεία. Επιπλέον, έγινε σαφές πως, εφόσον κατά τη διάρκεια της συνέντευξης νιώσουν δυσφορία ή δυσκολία στην απάντηση συγκεκριμένων ερωτήσεων, έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν την παράλειψή τους. Τέλος, τους γνωστοποιήθηκε ότι, σε περίπτωση δημοσίευσης των αποτελεσμάτων ή παρουσίασης σε επιστημονικά συνέδρια, δεν θα περιλαμβάνονται στοιχεία που θα μπορούσαν να αποκαλύψουν την ταυτότητά τους. Ολοκληρώνοντας, όλοι οι συμμετέχοντες, συμμετείχαν στην ερευνητική διαδικασία, έχοντας προηγουμένως ενημερωθεί πλήρως και δώσει τη ρητή συναίνεσή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η ανάλυση δεδομένων έγινε με την συμμετοχή δύο ερευνητών, οι οποίοι έλαβαν μέρος ως την ολοκλήρωση της διαδικασίας. Οργάνωσαν και υλοποίησαν τις ηχογραφήσεις. Μετέπειτα, πραγματοποιήθηκε απομαγνητοφώνηση και καταγραφή των συνεντεύξεων κατά λέξη, αναγνώστηκαν εκ νέου από τους ερευνητές κάνοντας αρχικές σημειώσεις και παρατηρήσεις. Οι συνεντεύξεις αυτές αποτέλεσαν την βάση για την συλλογή των ποιοτικών δεδομένων

Οι ερευνητές στο αρχικό στάδιο της συνέντευξης έθεσαν μια εισαγωγική ερώτηση (ice-breaking) για να μειώσουν την αμηχανία των συμμετεχόντων και λειτούργησαν

βοηθητικά στην καθοδήγηση της διαδικασίας συλλογής και ανάλυση των δεδομένων. Συγκεκριμένα η ερώτηση που τέθηκε ήταν «*Ποια είναι η προσωπική σας άποψη σχετικά με την ΠΒΕ στην καθημερινή κλινική Πρακτική*». Μετέπειτα, τέθηκαν συγκεκριμένα ερωτήματα γενικού πλαισίου, καθώς ακολούθησαν και υποερωτήματα για την προσέγγιση του υπό διερεύνηση θέματός μας, εφαρμόζοντας την επαγωγική μέθοδο.

Πριν την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων, οι ερευνητές μελέτησαν εκ νέου την σχετική βιβλιογραφία, προκειμένου να ενισχύσουν την κατανόηση του πλαισίου της έρευνας. Στο πρώτο στάδιο, μελετήθηκαν οι σημειώσεις και τα σχόλια των συνεντεύξεων, βοηθώντας τη δημιουργία βάσεων για την ανάλυση. Αμέσως μετά προέβησαν στην κωδικοποίηση, όπου αναλύθηκε προσεκτικά κάθε ενότητα, εντοπίζοντας υπότιτλους, φράσεις, λέξεις-κλειδιά. Οι κατηγορίες των ευρημάτων δημιουργήθηκαν με βάση τη σχετικότητα με το ερευνητικό πεδίο (στάση, γνώσεις, δεξιότητες και εφαρμογή της ΠΒΕ). Με τον τρόπο αυτό δημιουργήθηκε ένας θεματικός χάρτης **(Πίνακας 12)**, που απαρτιζόταν από τους κύριους άξονες και τις θεματικές ενότητες, ώστε να εντοπιστούν και να αποτυπωθούν συνοπτικά και οργανωμένα, ενισχύοντας την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της θέματος προς διερεύνησης (Ramos-Morcillo et al., 2021).

Πίνακας 12. Θεματικός Χάρτης

Κύριοι Άξονες	**Θεματικές Ενότητες**
Στάση ως προς την ΠΒΕ	Επαγγελματική ανάπτυξη ως προς την ΠΒΕ
	Προσέγγιση της ΠΒΕ
Γνώσεις σχετικά με την ΠΒΕ	Ανάγνωση επιστημονικών άρθρων
	Δυσκολίες εφαρμογής επικαιροποιημένης γνώσης
	Γλωσσικές δεξιότητες
Δεξιότητες σχετικά με την ΠΒΕ	Ενσωμάτωση τεχνολογίας στην κλινική πράξη
	Κριτική αποτίμηση βιβλιογραφικής ανασκόπησης
	Ανάπτυξη θεραπευτικών προσεγγίσεων βάση τις ανάγκες των ασθενών
Εφαρμογή της ΠΒΕ	Οφέλη από την εφαρμογή της ΠΒΕ

	Προκλήσεις στην υιοθέτηση της ΠΒΕ στην κλινική πράξη
	Στρατηγικές για επιτυχή εφαρμογή της ΠΒΕ
ΠΒΕ (Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις)	

Στη συνολική διαδικασία ένας τρίτος ερευνητής εξέτασε και επαλήθευσε την ερευνητική διαδικασία συσχετίζοντας τα δεδομένα με την ανάλυση, επιβεβαιώνοντας την συνέπεια μεταξύ συλλογής δεδομένων και ευρημάτων. Οι συμμετέχοντες στην μελέτη έπρεπε να πληρούν τα παρακάτω κριτήρια.

Κριτήρια εισόδου στην μελέτη:

1) Μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων
2) Συμβασιούχοι νοσηλευτές δημόσιων νοσοκομείων
3) ΠΕ- ΤΕ Νοσηλευτές
4) Νοσηλευτές με επαγγελματική εμπειρία τουλάχιστον 6 μήνες

Κριτήρια αποκλεισμού από την μελέτη:

1) Άτομα που δεν επιθυμούν να συμμετέχουν στην μελέτη

Τα αρχικά ευρήματα αφορούσαν στη στάση και στην αντίληψη των νοσηλευτών ως προς την ΠΒΕ. Αυτά χρησιμοποιήθηκαν για την διευκόλυνση της συζήτησης προτρέποντας τους συμμετέχοντες να διατυπώσουν ελευθέρα τις απόψεις και τις σκέψεις τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, στην αρχή των συνεντεύξεων τέθηκε μια ερώτηση γενικού περιεχομένου προκειμένου να μειωθεί η αμηχανία (ice-breaking question)*«Ποια είναι η προσωπική σας άποψη σχετικά με την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις στην καθημερινή κλινική πρακτική;»*. Το ερώτημα απαντήθηκε σε ένα γενικό

πλαίσιο, όπου οι συμμετέχοντες εξέφρασαν την θετική τους στάση ως προς την ΠΒΕ, τονίζοντας την σπουδαιότητα της, καθώς και την συμβολή της στην αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών. Ενδεικτικά παρατίθενται κάποια αποσπάσματα:

«*Όσον αφορά το προσωπικό κομμάτι, εννοώ ότι την προσωπική μου εργασίας ως νοσηλεύτρια θεωρώ ότι είναι ένα ένα μεγάλο αβαντάζ ή κάθε νοσηλευτή, δηλαδή είναι κάτι πάρα πολύ σπουδαίο, το οποίο μπορεί να σε οδηγήσει φυσικά στη βέλτιστη επαγγελματικότητα σου*» (ΑΤ-Σ4).

«*Ξέρεις, φαίνεται ότι υπάρχει θέληση, αλλά ίσως δεν υπάρχουν κατάλληλες βάσεις για την υιοθέτηση της. Ωστόσο θεωρώ ότι είναι πάρα πολλά τα οφέλη και σε προσωπικό, αλλά και σε συλλογικό επίπεδο τόσο προς τους ασθενείς, όσο και προς, το σύνολο των επαγγελματιών υγείας*» (ΑΤ-Σ4).

Επίσης, εκφράστηκε και η αναγκαιότητα ως προς την εφαρμογή της στην καθημερινή κλινική πράξη.

«*Είναι πλέον καιρός να αρχίσει να εφαρμόζεται καθολικά. Μέχρι τώρα δεν ήταν μια έννοια γνωστή και σε όλες τις εκφάνσεις, τώρα πλέον όμως που έχει προχωρήσει και η επιστήμη μας. Νομίζω ότι είναι απαραίτητο να πιστοποιείται και να αποδεικνύεται και να ακολουθείται μόνο μια πρακτική που είναι αποδεδειγμένη και βασισμένη σε ενδείξεις πραγματικά*» (ΑΤ-Σ1).

«*Θεωρώ ότι αυτό θα έπρεπε και θα πρέπει να γίνει να γίνεται και να εφαρμόζεται σε όλες τις δομές υγείας*» (ΑΤ-Σ2).

«*Θα πούμε πλέον θεωρώ απαραίτητη και αναπόσπαστο μέρος της κλινικής πρακτικής. Πια θεωρώ ότι δεν θα πρέπει να υπάρχει νοσηλευτής που δεν θα πρέπει να γνωρίζει κατ' αρχήν τι είναι, αν και πολύ φοβάμαι ότι θα μας πεις και εσύ τα αποτελέσματα σου όταν δημοσιεύσεις τι γνωρίζουν περί τεκμηριωμένης πρακτικής οι νοσηλευτές. Πρέπει λοιπόν να την γνωρίζουν όλοι και να την υιοθετήσουν αν δεν την έχουν ήδη υιοθετήσει στην Κλινική πράξη*» (ΟΕ1-Σ1).

Στην συνέχεια θα αναλυθούν οι θεματικές ενότητες με τους υποκώδικες τους σύμφωνα με τον θεματικό χάρτη.

14.1 Στάση ως προς την Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναδείχτηκαν οι παρακάτω δύο υποκώδικες αναφορικά με την στάση τους ως προς την ΠΒΕ. Ο πρώτος υποκώδικας αφορούσε την επαγγελματική ανάπτυξη ως προς την ΠΒΕ, και ο δεύτερος, αφορούσε την προσέγγιση των επαγγελματιών υγείας ως προς την ΠΒΕ.

14.1.1 Επαγγελματική ανάπτυξη ως προς την ΠΒΕ

Συμφωνά με τις περιγραφές των συμμετεχόντων τονίστηκε η αναγκαιότητα για αυτονομία και ισότιμη συμμετοχή του νοσηλευτή στην διεπιστημονική ομάδα. Καθώς η Νοσηλευτική αποτελεί έναν από τους πιο ζωτικούς και απαιτητικούς πυλώνες του συστήματος υγείας, οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η συμβολή της παραμένει υποτιμημένη. Παρόλο που οι νοσηλευτές διαθέτουν ισχυρή επιστημονική εκπαίδευση, πολύτιμη κλινική εμπειρία, πολλές φορές η έλλειψη αυτοεκτίμησης και η αίσθηση μη ισοτιμίας με άλλες επαγγελματικές ειδικότητες, όπως οι γιατροί μπορεί να δράσουν ανασταλτικά. Χαρακτηριστικά είναι τα παρακάτω αποσπάσματα των συμμετεχόντων:

«*Το κυριότερο όμως για μένα είναι η αυτοπεποίθηση. Είναι ο νοσηλευτής να καταλάβει τη θέση του στο νοσοκομείο. Τώρα που μιλάμε για τους νοσηλευτές γιατί είπαμε ότι η πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις δεν είναι μόνο οι νοσηλευτές, δεν είναι μόνο οι γιατροί. Είναι διεπιστημονική ομάδα που μπορεί να περιέχει κοινωνικούς λειτουργούς τους ψυχολόγους φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγους και πάρα, πάρα πολλές ομάδες. Να αποκτήσουμε αυτοπεποίθηση και να καταλάβουμε ότι ναι, μπορούμε και ότι μπορούμε να επιμορφωθούμε, έχουμε και μπορούμε να σταθούμε. Και μπορούμε να έχουμε άποψη. Και να τεκμηριώνουμε και εμείς με βάση αυτά που γνωρίζουμε από τα πτυχία μας που μπορούμε να βοηθήσουμε τον ασθενή και να συμμετέχουμε στο ίδιο πλάνο φροντίδας του*». (ΟΕ2-Σ2)

«*Πέρα από τα παλαμάκια που πήραμε στο Covid, εκείνο τις 9 το βράδυ βγείτε να πείτε μπράβο στους νοσηλευτές. Γενικώς είμαστε μια ειδικότητα που τρέχουμε, που έχουμε σπουδάσει, που έχουμε κάνει πολλά πράγματα. Και όμως επειδή εμείς ουσιαστικά δεν το στηρίζουμε, εμείς, το λέω στον πληθυντικό και γενικότερα δεν*

πιστεύουμε σε αυτό που κάνουμε και νιώθουμε λίγο πιο υποτιμητικά με τους γιατρούς. Έχουμε αυτά τα σύνδρομα ή θέλουμε να γιατροί να πιστεύουν ότι είναι κάτι διαφορετικό από εμάς, οπότε όταν έχουμε όμως εμείς πρωτόκολλα, επιχειρήματα, στεκόμαστε στα πόδια μας, ενισχύουμε τη νοσηλευτική επιστήμη, εμείς δηλαδή νιώθουμε, κάνουμε καλύτερα αυτό που έχουμε σπουδάσει» (ΟΕ1-Σ3).

Η κουλτούρα μέσα σε έναν οργανισμό, και ιδιαίτερα στον χώρο της υγείας, αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την αποτελεσματική λειτουργία και την ενίσχυση του ρόλου των νοσηλευτών. Στα παρακάτω αποσπάσματα, αναδεικνύεται η σημασία της ηγεσίας και της υποστήριξης από την διοίκηση στη διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος που προάγει την συμμετοχή, την πρόοδο και την ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας.

«…*αλλά οι διοικητικοί το να διαμορφώσεις κουλτούρα μέσα σε ένα νοσοκομείο, όπου η κουλτούρα διαμορφώνεται από την ηγεσία και θεωρώ ότι είναι ένας πολύ ανασταλτικός παράγοντας στο να μην υπάρχει κουλτούρα από την ηγεσία που να παροτρύνει τους νοσηλευτές να μπουν σε αυτή τη διαδικασία*» (ΑΤ-Σ2).

Όπως επίσης:

«*Σίγουρα προϋποθέτει στήριξη από τις επιμέρους διευθύνσεις και τις διοικήσεις, το είπα και προηγουμένως. Και φυσικά θέλει ένα νοσηλευτή, ένα επιστήμονα από όποια ειδικότητα είναι αυτό επικαιροποιημένο, ένα άνθρωπο που θα είναι ενημερωμένος, ένας άνθρωπος που δεν θα μένει πίσω και θα λέει το για όλα φταίνε οι άλλοι*»(ΟΕ-Σ2)

Ο δεύτερος υποκώδικας αφορούσε την προσέγγιση ως προς την ΠΒΕ. Σε αυτό το σημείο χωρίστηκε σε δύο κατηγορίες. Αρχικά, έγινε αναφορά στα εμπόδια που συναντούν το νοσηλευτικό προσωπικό ως προς την εφαρμογή της ΠΒΕ. Μετέπειτα, έγινε αναφορά στην συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας σε επιστημονικά συνέδρια.

14.1.2 Προσέγγιση ως προς την ΠΒΕ

Εμπόδια που συναντούν οι νοσηλευτές ως προς την εφαρμογή της ΠΒΕ

Η υιοθέτησή της δεν είναι απλή υπόθεση, καθώς συναντά ποικίλα εμπόδια που προκύπτουν τόσο από συστημικές όσο και από πολιτισμικές προκλήσεις στον χώρο της

υγείας. Έγινε πληθώρα αναφορών αφού υπήρχε μεγάλη ποικιλομορφία στις απαντήσεις τους. Αρχικά, αναφέρθηκαν στην υποστελέχωση και στην έλλειψη χρόνου που αποτελούν δύο από τα σημαντικότερα εμπόδια τα οποία αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην καθημερινή τους πρακτική, επηρεάζοντας, όχι μόνο την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά και την εξέλιξη της νοσηλευτικής ως επιστήμης. Το παρακάτω απόσπασμα αναδεικνύει την ανάγκη για επαρκές προσωπικό, προκειμένου οι νοσηλευτές να έχουν τον απαραίτητο χρόνο να ασκήσουν το επάγγελμα τους, όχι μόνο ως κλινικοί επαγγελματίες αλλά και ως επιστήμονες που προάγουν την γνώση και την καινοτομία

«… *γιατί δεν υπάρχει δυστυχώς πληρότητα στο νοσοκομείο, από νοσηλευτές να έχουν επάρκεια τα τμήματα, από νοσηλευτές που να προλαβαίνεις να κάνεις την επιστήμη σου όπως πρέπει, να κάνεις και κάποια πράγματα, γιατί πέρα από το ότι είμαστε νοσηλευτές και είμαστε κλινικοί, νοσηλευτές και κάνεις αυτά πρέπει να κάνουμε. Είμαστε επιστήμονες, λοιπόν, για να πάει και λίγο η επιστήμη μπροστά θέλει να έχει και κάποιο χρόνο να ασχοληθείς. Αυτός ο δρόμος όμως με το να είναι στα τμήματα πάρα πολύ λίγοι νοσηλευτές, είναι δύσκολο*» (ΑΤ-Σ5).

Ένα άλλο σημαντικό εμπόδιο που αναδεικνύεται στην αποτελεσματική λειτουργία των νοσηλευτών είναι η έλλειψη σαφών καθηκοντολογιών και η ανισότητα που προκύπτει από τις βαθμίδες εκπαίδευσης. Η απουσία ξεκάθαρων ρόλων και αρμοδιοτήτων, ιδιαίτερα στις βάρδιες, δημιουργεί σύγχυση και περιορίζει τη δυνατότητα ομαδικής εργασίας και λήψη υπευθύνων αποφάσεων.

«*Όταν όμως είμαστε στη βάρδια απόγευμα, όταν είναι δύο ΔΕ νοσηλεύτριες, δεν υπογράφω, και αυτό είναι ένα πρόβλημα. Άρα ερχόμαστε πάλι στο άλλο θέμα που λέγανε με τα καθηκοντολογία. Ότι πρέπει να γίνει καθηκοντολόγιο, να είναι ένας ΤΕ ή ένας ΠΕ με μια ΔΕ στη βάρδια. Αυτό πάλι εγώ πιστεύω ότι αυτό είναι καλό να γίνει και αυτά όλα είναι βοηθάνε στην ποιότητα, εννοείται, βοηθάνε στην ποιότητα*» (ΑΤ-Σ5).

Η απουσία κεντρικών κατευθυντήριων γραμμών και συστηματικού ελέγχου οδηγεί συχνά σε διαφοροποιήσεις στις διαδικασίες, ενώ στηρίζεται κυρίως στο φιλότιμο και την προσωπική πρωτοβουλία των νοσηλευτών. Το παρακάτω απόσπασμα

αναδεικνύει την ανάγκη για ξεκάθαρες οδηγίες από την ηγεσία και τυπικό έλεγχο, προκειμένου να εξασφαλιστεί η βέλτιστη παρεχόμενη φροντίδα.

«*Προσπαθώ και εγώ ότι πιο πρόσφατο από τη στιγμή που δεν υπάρχει κάτι καθολικά και κεντρικά, γιατί αν οι προϊστάμενοι για παράδειγμα μου επέβαλε και σε μένα και σε όλους τους συναδέλφους για την κεντρική γραμμή, θα κάνατε αυτό για τη φλεβοκέντηση θα κάνετε αυτό, οπότε όλοι ακολουθούμε την ίδια διαδικασία και αν υπήρχε και ένας τυπικός έλεγχος. Τίποτα από αυτά δεν υπάρχει, πιστεύω ότι θα ήταν καλύτερα. Τώρα κυρίως η φροντίδα έγκειται στο φιλότιμο. Θα έλεγα του καθενός, δυστυχώς. Ε και στην όρεξη που έχει*» (ΟΕ1-Σ1).

Η υποκίνηση και τα κίνητρα αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας στην κλινική πράξη. Όταν απουσιάζει η αναγνώριση της προσπάθειας και της διαφοροποίησης μεταξύ εργαζομένων που επιδεικνύουν αυξημένη δέσμευση και εκείνων που δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις, λειτουργεί αποθαρρυντικά, δημιουργώντας ένα περιβάλλον στασιμότητας. Το παρακάτω απόσπασμα υπογραμμίζει την έλλειψη κινήτρων και η μη υποκίνηση του προσωπικού λειτουργεί ως ακόμη ένας ανασταλτικός παράγοντας έναντι στην ΠΒΕ.

«*Θα έλεγα και το βασικό πρόβλημα μας είναι αυτό που έχουμε βαλτώσει. Δεν έχουμε κίνητρο ή υποκίνηση… Εγώ θα ήθελα το πρωί να μπορούσε η προϊσταμένη μου να μπει μέσα και να δει τι είχα κάνει εγώ το προηγούμενο απόγευμα, όταν μπαίνουν όλες στον ίδιο σχεδόν τσουβάλι, χάνω μετά και την όρεξη να δουλέψουμε και την όρεξή μας να ακολουθήσουμε κανόνες, και την όρεξή μας να είμαστε κάτι διαφορετικό, να πάμε ένα βήμα παραπέρα. Προσπαθούμε όλοι, να βλέπει και εκείνος που δεν προσπαθεί και είναι στην ίδια κατηγορία με σένα. Εμένα δεν λέω ότι εγώ προσπαθώ έτσι δεν περιαυτολογώ, αλλά εκείνος που προσπαθεί και εκείνος που δεν προσπαθεί είναι στην ίδια κατηγορία, οπότε βλέπεις ότι ακόμα και να κάνεις κάτι παραπάνω να ασχοληθείς με την ποιότητα το κάνεις για σένα τελικά, γιατί πρέπει να κάνεις κάτι παραπάνω*» (ΟΕ1-Σ3).

Συμφώνα με αναφορά συμμετεχόντων η έλλειψη επαρκούς εξοικείωσης με την τεχνολογία και τις μεθόδους αξιολόγησης επιστημονικών δεδομένων δυσχεραίνει την εφαρμογή της ΠΒΕ.

«*Δεν θεωρώ ότι υπάρχει μεγάλη ευελιξία στην χρήση της τεχνολογίας ώστε να μπορέσεις, για παράδειγμα να αναζητήσεις πληροφορία. Να τη φιλτράρεις, να γνωρίζεις πώς …για παράδειγμα θα διαβάσεις μια νέα μελέτη και αν όντως αυτή η μελέτη ευσταθεί.*» (ΑΤ-Σ4).

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η αντίσταση στην αλλαγή και η προσκόλληση στο παραδοσιακό κλίμα αποτελούν συχνά σημαντικά εμπόδια στην υιοθέτηση νέων πρακτικών.

«*Υπάρχει βέβαια πάντα μεγάλη αντίσταση στην αλλαγή, όπως σε όλα τα πράγματα τα καινούργια και αυτό συνήθως γίνεται από τους παλαιότερους, αλλά καμιά φορά γίνεται και από επιστήμονες, που συχνά δεν αποδέχονται εύκολα νέες ιδέες. Για παράδειγμα είχα κάνει μια εργασία γιατί κάναμε στις κλινικές κάναμε εργασίες, ενδοκλινικά μαθήματα, είχα κάνει μια εργασία για την περιποίηση και φροντίδα των κεντρικών φλεβικών καθετήρων από αυτά λοιπόν που είχαμε συζητήσει, δεν γίνονται ακριβώς όλα αυτά από ότι βλέπω στην καθημερινή μου πρακτική*» (ΑΤ-Σ5).

Κάποιοι περιέγραψαν ότι το ιατροκεντρικό σύστημα υγείας αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες που περιορίζουν την ανάπτυξη και την αυτονομία της νοσηλευτικής ειδικότητας.

«*Η αλήθεια είναι ότι στην Ελλάδα τα επίπεδα της Νοσηλευτικής δεν έχουν φτάσει σε αυτό το επίπεδο ώστε ο νοσηλευτής να είναι αυτόνομος και να μπορεί να εξατομικεύει και τις θεραπείες για τους ασθενείς και να ουσιαστικά να μπορεί να δράσει και σαν μεμονωμένη ειδικότητα μέσα στο νοσοκομείο. Δυστυχώς είμαστε κάτω από την ομπρέλα της ιατρικής υπηρεσίας, κάτω από την ομπρέλα του γιατρού … δεν έχουν αποδεχτεί ακόμα ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα μπορεί να λειτουργεί και αυτόνομα*» (ΑΤ-Σ2).

Σύμφωνα με τις περιγραφές του προσωπικού, η γήρανση του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί μια σημαντική πρόκληση για το σύστημα υγείας. Η έλλειψη νέων προσλήψεων και η σταδιακή αύξηση της ηλικίας των εργαζομένων έχουν ως συνέπεια την δυσκολία να ανταποκριθεί ο νοσηλευτής στις καθημερινές απαιτήσεις.

«*Γιατί μην ξεχνάμε ότι είναι και η γήρανση του προσωπικού… παλιότερα ας πούμε μέχρι το 2010 βλέπαμε κάθε χρόνο ότι ερχόταν καινούργιο προσωπικό. Τώρα ανά πενταετία έρχεται ένα άτομο από κάποια προκήρυξη … όλοι οι συνάδελφοι είναι από 40 και πάνω*» (ΟΕ2-Σ5).

Συμμετοχή νοσηλευτών σε συνέδρια

Αναφορικά με τη συγκεκριμένη υποενότητα η συμμετοχή των νοσηλευτών σε συνέδρια, επισημάνθηκε ως ένας σημαντικός παράγοντας επαγγελματικής ανάπτυξης και δικτύωσης. Συγκεκριμένα, μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων καταγράφεται η ανάγκη για ενίσχυση της παρουσίας τους σε επιστημονικές εκδηλώσεις, καθώς και η αξία αυτών των εμπειριών για την βελτίωση της γνώσης και την ανταλλαγή απόψεων.

«*Προσπαθώ όσο γίνεται, είτε διαδικτυακά, τουλάχιστον αυτά τα τελευταία χρόνια λόγω της κατάστασης με την πανδημία να παρακολουθώ έστω σε αυτό το πλαίσιο, δηλαδή να ενημερώνομαι έστω από διαδικτυακά σεμινάρια, ώστε να μην αφήνω αυτό το κομμάτι πίσω γιατί είναι πολύ σπουδαίο να μην χάνεις ….να μην χάνεις διάστημα από την από την εποχή που διανύεις, καθώς γνωρίζουμε πλέον ότι οι πληροφορίες αλλάζουν από ώρα σε ώρα και από μέρα σε μέρα, οπότε θεωρώ ότι είναι πολύ σπουδαίο και αυτό το κομμάτι να μην και στο επίπεδο των γνώσεων εμπλουτίζεις τις γνώσεις σου και τις εμπειρίες βάση της συμμετοχής, και ως απλός ακροατής, θεατής αλλά και ως ενεργός ομιλητής, για παράδειγμα σε κάποιο συνέδριο ή σεμινάριο*» (ΑΤ-Σ4).

Αρκετοί από τους συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην ευκαιρία που τους δόθηκε, κατά την διάρκεια της πανδημίας, για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και συμμετοχή σε συνέδρια αξιοποιώντας τις δυνατότητες της ασύγχρονης εξ αποστάσεως μάθησης.

«*Έχω παρακολουθήσει πολλά και συνέδρια και σεμινάρια ευτυχώς τα τελευταία 2 χρόνια λόγω της πανδημίας. Έχουνε γίνει και πολλά διαδικτυακά πλέον και σου δίνουν την πρόσβαση να είσαι και απομακρυσμένα κάπου, οπότε πολύ συχνά ας πούμε θα είμαι στο γραφείο και παράλληλα θα έχω συνδεθεί σε κάποιο συνέδριο. Μπορεί να μην παρακολουθώ 100%, αλλά θα ακούσω τουλάχιστον από το πρόγραμμα αυτά που θεωρώ ότι θα με ενδιαφέρουν. Αυτό που έχω προσέξει όμως όσο μεγαλώνω είναι ότι,*

επικεντρώνομαι συγκεκριμένα πράγματα περισσότερο, είμαι πολύ πιο επιλεκτική» (ΟΕ2-Σ2).

14.2 Γνώσεις σχετικά με την ΠΒΕ

Στην θεματική ενότητα που αφορά την γνώση ως προς την ΠΒΕ, αναγνωρίστηκαν τρεις υποκώδικες. Ο πρώτος σχετίζεται με την ανάγνωση επιστημονικών άρθρων, ο δεύτερος αναφέρεται στις δυσκολίες εφαρμογής επικαιροποιημένης γνώσης, και ο τρίτος αφορά τις γλωσσικές δεξιότητες.

14.2.1 Ανάγνωση επιστημονικών άρθρων

Η ανάγνωση επιστημονικών άρθρων αποτελεί μία δραστηριότητα για την ενίσχυση της γνώσης και την διατήρηση της επαγγελματικής ενημέρωσης στον τομέα της νοσηλευτικής. Αρκετοί από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι διαβάζουν επιστημονικά άρθρα σε τακτά χρονικά διαστήματα:

«*Εμένα μου αρέσει πάρα πολύ το κομμάτι της δημόσιας υγείας και γενικώς των λοιμώξεων. Είναι ένα κομμάτι που μου αρέσει πάρα πολύ, ειδικά τώρα με την πανδημία, πραγματικά διάβασα πάρα πολύ γύρω από τον κορονοϊό και τα μέτρα, ήτανε και το πρώτο μεταπτυχιακό πάνω στην επιδημιολογία, οπότε είναι ένας τομέας που μου αρέσει πολύ και γενικώς διαβάζω*» (ΟΕ2-Σ2).

«*Ό,τι μπορώ διαβάζω, όταν βρω κάτι και είναι ενδιαφέρον και θεωρώ ότι θα με βοηθήσει στη δουλειά μου*» (ΑΤ.-Σ6).

«*Συνήθως κοιτάζω συγκεκριμένα πράγματα, δηλαδή αν έχω κάποια απορία σχετικά με κάτι πολύ συγκεκριμένο θα ψάξω μεμονωμένα άρθρα για το συγκεκριμένο θέμα*» (ΟΕ1-Σ4).

Από τις δηλώσεις τους, φάνηκε ότι πολλοί από τους συμμετέχοντες παραδέχθηκαν ότι δεν προλαβαίνουν ή δεν έχουν εντάξει αυτή την δραστηριότητα στην ρουτίνα τους.

«*Σε αυτή την περίοδο, όχι, δεν διαβάζω, δεν προλαβαίνω. Σε αυτή την περίοδο δεν διαβάζω τίποτα. Κοιτά, δεν διάβαζα πολλά*» (ΑΤ-Σ2).

«Διάβαζα, είναι η σωστή απάντηση. Διάβαζα στο παρελθόν, διάβαζα μέχρι πριν από μερικά χρόνια. Ναι, τώρα όχι πια» (ΑΤ-Σ3).

«*Για όσο μπορούσα στο μεταπτυχιακό και μετά έκλεισα τα βιβλία Και όλες τις πλατφόρμες. Εντάξει, θα μπω όταν θα έχω κάτι καινούργιο, κάτι θα με δελεάσει, κάτι να με τσιγκλήσει, να με προκαλέσει, αλλά όχι για άλλο λόγο, είμαι σε φάση αποτοξίνωσης μάλλον*» (ΟΕ1-Σ3).

14.2.2 Δυσκολίες εφαρμογής επικαιροποιημένης γνώσης

Η εύρεση και η εφαρμογή επικαιροποιημένης γνώσης αποτελεί σημαντικό πυλώνα της ΠΒΕ, αλλά συχνά οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν δυσκολίες που περιορίζουν την πρόσβαση σε αξιόπιστες πληροφορίες. Τα παρακάτω αποσπάσματα αναδεικνύουν προκλήσεις όπως η έλλειψη κατάλληλης καθοδήγησης, οι περιορισμένες δεξιότητες στην χρήση τεχνολογικών εργαλείων και η αδυναμία φιλτραρίσματος και αξιολόγησης επιστημονικών δεδομένων. Οι συμμετέχοντες περιγράφουν ένα κενό σε επίπεδο της γνώσης, το οποίο δυσχεραίνει την ενσωμάτωση της τεκμηριωμένης πρακτικής στην καθημερινότητα της.

«*Φαντάζομαι αν ζητήσω τη βοήθεια κάποιου συναδέλφου, ίσως που έχει μεγαλύτερη εμπειρία σε αυτό ή από κάποιο γιατρό; Ναι, μπορώ να βρω πληροφορίες…..Και είναι πολύ βασικό για μένα να ξέρω ποια είναι η σωστή πηγή τέλος πάντων, ώστε να πάρω τις σωστές πληροφορίες οπότε το πιο βασικό είναι να ξέρω ότι αυτός που θα με οδηγήσει που θα με κατευθύνει τέλος πάντων να σε κάποια πηγή να ξέρω ότι γνωρίζει, ώστε και εγώ οι πληροφορίες που θα πάρω να είναι έγκυρες και να μην είναι λάθος*» (ΑΤ-Σ6).

«*Δεν θεωρώ ότι υπάρχει μεγάλη ευελιξία στην χρήση της τεχνολογίας ώστε να μπορέσεις, για παράδειγμα να αναζητήσεις πληροφορία. Να τη φιλτράρεις, να γνωρίζεις πως ας πούμε. Για παράδειγμα, θα διαβάσεις μια νέα μελέτη και αν όντως αυτή η μελέτη ευσταθεί δηλαδή και τις πηγές. Νομίζω ότι είναι ένα μεγάλο κομμάτι αυτό που σχετίζεται με την εφαρμογή της τεχνολογίας. Θέλουμε πολλή δουλειά ακόμα δηλαδή. Υπάρχουν*

αρκετά κενά σχετικά με την υιοθέτηση της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις, οπότε και η εφαρμογή της θεωρώ ότι είναι δυσκολότερη να γίνει εφόσον λείπει το προηγούμενο ας πούμε κομμάτι» (ΑΤ-Σ4).

«Δυστυχώς σε εμάς όχι τόσο δεν θα το έλεγα, δεν υπάρχει καθόλου. Είμαστε πίσω σε αυτό το κομμάτι» (ΟΕ1-Σ4).

14.2.3 Γλωσσικές δεξιότητες

Τέλος, ο τρίτος υποκώδικας αφορά την γνώση αγγλικής γλώσσας, η οποία αποτελεί βασική δεξιότητα για την νοσηλευτική πρακτική, καθώς μεγάλο μέρος της τεκμηριωμένης πληροφορίας και των επιστημονικών δεδομένων είναι διαθέσιμό μόνο στα αγγλικά. Κάποιες αφηγήσεις αναδεικνύουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές με περιορισμένες γνώσεις αγγλικών.

«*Σαφώς είναι ένα κομμάτι η αγγλική γλώσσα, επειδή σχεδόν όλες οι, τα νέα δεδομένα, τα τεκμήρια, η τεκμηριωμένη πληροφορία βρίσκεται στην αγγλική γλώσσα, οπότε δεν σας κρύβω ότι και εμένα πρωτύτερα προτού βελτιώσω το επίπεδο της αγγλικής της αγγλικής γλώσσας, τις γνώσεις μου στην αγγλική γλώσσα ήταν αρκετά δύσκολο και ίσως ήταν και ένα κομμάτι. Ας το πούμε λίγο πιο πολύ φοβίας να αντιμετωπίσω αυτό το κομμάτι της πληροφορίας δηλαδή ήταν και για μένα ένα εμπόδιο για να έρθω σε επαφή με τη νέα πληροφορία. Το ότι δεν είχα καλές γνώσεις αγγλικής γλώσσας, δηλαδή δεν μπορούσα να κατανοήσω πλήρως ένα άρθρο, ένα επιστημονικό άρθρο ή πολλές φορές ας πούμε μπορεί αυτό να με απέκρουε από το από το να αναζητήσω αρχικά μια πληροφορία, καθότι θα ήτανε στην αγγλική γλώσσα, οπότε θεωρώ ότι είναι ένα μεγάλο προσόν και εφόδιο ώστε να υιοθετήσεις και να εφαρμόσεις την πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις ή καλή γνώση της αγγλικής γλώσσας*» (ΑΤ-Σ4).

Επίσης, αρκετοί από τους συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην επάρκεια τους, στην αγγλική γλώσσα, ως προς το επίπεδο επικοινωνίας και την εφαρμογή της στην εργασία

«*Μπορώ να επικοινωνήσω. Γιατί έχουμε σίγουρα όλοι στις κλινικές τουρίστες. Μπορώ να επικοινωνήσω. Καλή, θα την έλεγα τη γνώση μου*» (ΟΕ1-Σ5).

«*Ναι και εγώ γενικά έχω αρκετά καλή γνώση της αγγλικής γλώσσας, συγκεκριμένα αλλά και στο κομμάτι της δουλειάς, εννοείται, έχει τύχει και το χρησιμοποιούμε και αρκετοί τουρίστες έρχονται και εμβολιάζονται που μένουν στην Ελλάδα. Οπότε ναι, μιλάω εγώ, μιλάω αγγλικά και γενικά και στην καθημερινότητά μου, όχι μόνο στο κομμάτι της δουλειάς, αλλά ναι και στη δουλειά*» (ΟΕ1-Σ6).

14.3 Δεξιότητες σχετικά με την ΠΒΕ

Η ανάλυση των δεξιοτήτων προς την ΠΒΕ περιλαμβάνει τρείς υποκώδικες που ενισχύουν την εφαρμογή της πρακτικής σε διαφορετικά επίπεδα. Ο πρώτος υποκώδικας αναφέρεται στην ενσωμάτωση της τεχνολογίας στην κλινική πράξη. Ο δεύτερος αναφέρεται στην κριτική αποτίμηση βιβλιογραφικής ανασκόπησης και ο τρίτος στην ανάπτυξη θεραπευτικών προσεγγίσεων βάση τις ανάγκες των ασθενών.

14.3.1 Ενσωμάτωση τεχνολογίας στην κλινική πράξη

Τα παρακάτω αποσπάσματα καταγράφουν την εμπειρία των συμμετεχόντων με την τεχνολογία, από την βασική εξοικείωση με τους υπολογιστές μέχρι την υιοθέτηση εξιδεικευμένων λογισμικών, που συμβάλλουν στην διαχείριση της νοσηλείας και την παρακολούθηση των ασθενών.

«*Θεωρώ ότι υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό εξοικείωσης με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές, όμως ως τις βασικές τους λειτουργίες. Και αυτό κυρίως από τους νέους σε ηλικία νοσηλευτές, οι οποίοι αναγκαστικά με το ρεύμα της εποχής έχουν μεγαλύτερη εξοικείωση στην τεχνολογία, οπότε είναι κι αυτό ένα κομμάτι πάλι που ανέφερα προηγουμένως για τα εμπόδια, υπάρχει ναι μεν εξοικείωση, αλλά μέχρι ένα σημείο σχετικά με την τεκμηριωμένη πρακτική*» (ΑΤ-Σ4).

«*Γενικά έχω αρκετά χρόνια τώρα, δηλαδή, ναι στα 5 χρόνια σίγουρα. Σχεδόν όλες πια οι παθολογικές άργησαν να μπουν, αλλά νομίζω ότι και αυτές πια έχουν. Οπότε όλο το νοσοκομείο έχει ψηφιοποιηθεί γενικά. Εγώ έζησα αυτή τη μετάβαση, δηλαδή έχω ζήσει και το προ Πανάκεια και το μετά. Βέβαια τεχνολογία, δεν είναι μόνο το Πανάκεια στο νοσοκομείο, είναι για παράδειγμα και το monitoring. Ίσως εάν τα κάνουν ψηφιακά*

να ήταν πιο γρήγορο, γιατί αυτό που έχω δει είναι ότι τελικά γκρίνια γκρίνια για το Πανάκεια για παράδειγμα όταν εγκαταστάθηκε και όταν ξεκινήσαμε να το δουλεύουμε, αλλά πια όλοι έχουμε επωφεληθεί και έχουμε λάβει τα μέγιστα από τη χρήση του» (ΟΕ1-Σ1).

«Κοίταξε στην κλινική μου έχουμε, έχουμε υπολογιστές γιατί όλη η νοσηλεία είναι μέσα σε ένα υπολογιστή που πρέπει να παίρνουμε συνέχεια και πολύ συχνά κατά τη διάρκεια του οκταώρου. Γιατί κάνουν επίσκεψη οι γιατροί, κάνουν κάποιες αλλαγές στη νοσηλεία. Αυτά τα περνάνε μέσα από υπολογιστή. Πρέπει να μπαίνει συνέχεια, να βλέπεις τις αλλαγές, να τις κάνεις» (ΑΤ-Σ5).

14.3.2 Κριτική αποτίμηση βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Στον δεύτερο υποκώδικα γίνεται αναφορά στην ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού στην κριτική αποτίμηση βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Ένα σημαντικό ποσοστό δήλωσε ότι είναι ικανό να διεξάγει βιβλιογραφική ανασκόπηση, κυρίως χάρη στην εκπαίδευση και τις ακαδημαϊκές τους γνώσεις, όπως μεταπτυχιακά προγράμματα και συμμετοχή σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Οι συμμετέχοντες περιγράφουν πως η εξοικείωση τους με τις επιστημονικές βάσεις δεδομένων και η εμπλοκή τους σε ερευνητικές δραστηριότητες, ενισχύουν την ικανότητα τους να εντοπίζουν και να αξιολογούν αξιόπιστες πηγές

«*Θεωρώ ότι βρίσκομαι σε ένα καλό σημείο γνωριμίας με την τεκμηριωμένη πρακτική, όσο και με την εφαρμογή της, ωστόσο αυτό οφείλεται και στις σπουδές τις οποίες έχω κάνει. Δηλαδή εξατομικεύονται σε αυτό το κομμάτι, οπότε θεωρώ ότι ένας επαγγελματίας υγείας, ο οποίος έχει μια πιο σφαιρική εικόνα. Ίσως δεν είναι τόσο όχι, δεν είναι ίσως δεν είναι τόσο απλά τα πράγματα για την εφαρμογή, δηλαδή από μόνος του κάποιος αυτό θέλω να πω, δεν έχει την δυνατότητα ή δεν θα έχει τόση μεγάλη δυνατότητα και ευχέρεια να γνωρίσει και να εφαρμόσει το αντικείμενο της τεκμηριωμένης πρακτικής. Εγώ εκ των πραγμάτων είμαι στο κομμάτι αυτό, οπότε οι γνώσεις μου προφανώς είναι και διαφορετικές από έναν συνάδελφο ο οποίος δεν έχει λάβει αντίστοιχη εκπαίδευση*» (ΑΤ-Σ4).

«*Εγώ ναι εγώ προσωπικά ναι εντάξει τώρα αναγκαστικά, γιατί όταν επειδή λόγω του μεταπτυχιακού αναγκαστικά πρέπει να πω ότι έχεις μάθει ακόμα και μέσω αυτών και μέσω της σχολής, αλλά ακόμη περισσότερο έχω εξοικειωθεί και με την εργασίες που κάνουμε*» (ΟΕ2-Σ4).

«*Και λόγω του γραφείου εκπαίδευσης που τα τελευταία χρόνια, όταν πρέπει να προσέξουμε κάτι στο νοσοκομείο. Πρέπει εγώ να το βρω να δώσω, εγώ κάτι για να το προτείνω να το φτιάξουμε, να το τρέξουμε. Αλλά και λόγω των μεταπτυχιακών και των εργασιών κατά καιρούς που κάνουν σε συνέδρια μπορώ να πω ότι έχω μια εξοικείωση με τις βάσεις δεδομένων*» (ΟΕ2-Σ2).

Παρόλα αυτά, υπήρχαν συμμετέχοντες, οι οποίοι ανέφεραν ότι δεν είχαν την εξοικείωση στη βιβλιογραφική ανασκόπηση

«*Χρειάστηκε κάποιες φορές για κάποιες εργασίες που έχω κάνει. Αλλά δεν μπορώ να πω ότι είμαι εξοικειωμένη με τις βάσεις δεδομένων αυτές. Δεν αισθάνομαι δηλαδή αυτοπεποίθηση στο συγκεκριμένο θέμα*» (ΟΕ2-Σ5).

14.3.3 Ανάπτυξη θεραπευτικών προσεγγίσεων με βάση τις ανάγκες των ασθενών

Κλείνοντας, την θεματική ενότητα που αφορά τις δεξιότητες ως προς την ΠΒΕ, ο τρίτος υποκώδικας που αναδείχτηκε, αναφέρεται στην ανάπτυξη θεραπευτικών προσεγγίσεων σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών, εστιάζοντας στην σημασία της εξατομίκευσης της φροντίδας. Οι συμμετέχοντες έκαναν λόγο για την συμπερίληψη των επιθυμιών των ασθενών στην κλινική πράξη. Ένας σημαντικός αριθμός δήλωσε ότι προσπαθεί να λάβει υπόψιν του τις επιθυμίες, εφόσον οι συνθήκες το επιτρέπουν. Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω δηλώσεις:

«*Τα πρώτα χρόνια που ήμουνα σε κλινική και είχα να κάνω με ξύπνιους ασθενείς. Ήταν βασικό για μένα σε πολλά σημεία και η εμπειρία μου τότε δεν ήτανε αυτή που έχω τώρα. Πάντα προσπαθούσα να τα λάβω υπόψη μου τη γνώμη και την επιθυμία των ασθενών, ακόμα και για τα απλά πράγματα, ακόμα και για το ποιο δάχτυλο θα διαλέξουμε για να κάνουμε το glucostick, να το πω έτσι. Στην Εντατική αυτό δεν είναι εύκολο. Τις*

περισσότερες φορές αποφασίζεται ερήμην των ασθενών, γιατί είναι συνθήκες διαφορετικές και η κατάστασή τους τέτοια που δεν μπορείς να ζητήσεις τη γνώμη τους. Και πάλι όμως αν είχαμε έξυπνους ασθενείς, οι οποίοι ήταν σε κατάσταση να αποφασίζουν για τον εαυτό τους, προσπαθούσα να σεβαστώ την άποψή τους και τη γνώμη τους (ΑΤ-Σ1).

«*Προσωπικά, θεωρώ ότι και το εφαρμόζω, αλλά είναι νομίζω από το από τα βασικά στοιχεία τα οποία συγκρατούν πάντα μέσα μου και τα έχω ως γνώμονα για να ακολουθήσω την κλινική πρακτική που θα που θα εφαρμόσω φυσικά και τις πεποιθήσεις και τις ανάγκες του ασθενούς…Αλλά για μένα είναι γνώμονας οι πεποιθήσεις και οι αξίες του κάθε ασθενούς, ως και και βάση της ολιστικής φροντίδας, αλλά εξατομικευμένα τον κάθε ασθενή, σαν να τον ορίζουμε το πώς είναι μια διαφορετική προσωπικότητα, άρα έχει και διαφορετικές ανάγκες ως επί το πλείστων*» (ΑΤ-Σ4).

«*Και εγώ θα έλεγα ότι στο μέτρο του δυνατού. Προσπαθώ πάρα πολύ να τους ακούω. Συζητάω πάρα πολύ. Δίνω πολύ μεγάλη σημασία στη σχέση με τον ασθενή. Είναι κάτι που αγαπώ να κάνω έτσι κι αλλιώς. Οπότε προσπαθώ πάρα πολύ να έχω την επαφή με τον ασθενή με τον κάθε ασθενή ξεχωριστά, γιατί ο καθένα είναι ξεχωριστός όπως και κάθε μέρα με τον ίδιο ασθενή είναι ξεχωριστή επειδή τυχαίνει στην κλινική που δουλεύω τώρα*» (ΟΕ1-Σ1).

«*Εγώ θα συμφωνήσω ότι μπορεί λιγότερο, άλλα και περισσότερο ακούνε τους ασθενείς και τους και την οικογένεια και τους φροντιστές και τους συνοδούς. Πιο έντονο είναι σε τμήματα με χρόνιους ασθενείς, όπως είναι τα ογκολογικά αιματολογικά τμήματα, όπου εκεί πραγματικά η νόσος επηρεάζει σε πολύ πολλά επίπεδα τον ασθενή και τους φροντιστές. Οπότε σίγουρα εκεί έχουν ακόμα μεγαλύτερο, τους ακούν ακόμα περισσότερο και είναι και περισσότερος ο χρόνος, οπότε γίνονται σαν οικογένεια. Ναι, νομίζω ότι όλοι λαμβάνουν υπόψη τους τη γνώμη του ασθενούς και νομίζω ότι σε μεγάλο βαθμό και οι ασθενείς πλέον είναι πολύ υποψιασμένοι, και οι συνοδοί και φροντιστές και καλά κάνουν όποτε θέλουν να ξέρουν, θέλουν να ξέρουν*» (ΟΕ2-Σ2).

Ένα μικρό ποσοστό έκανε αναφορά στην δυσκολία να ληφθούν υπόψιν οι προτιμήσεις των ασθενών στην κλινική πρακτική:

«*Κοίτα δεν γίνεται πρακτικά να λάβουμε υπόψιν όλες τις προτιμήσεις των ασθενών. Σίγουρα αυτό που είναι πολύ σημαντικό και αυτό προσπαθώ να κάνω κάθε φορά με κάθε άνθρωπο είναι να τον κάνω, να νιώσει ασφάλεια και να τον καθησυχάσω, ότι όλα θα πάνε καλά. Από κει και πέρα και αυτός γίνεται πιο δεκτικός και ίσως και προτιμήσεις του λίγο αρχίζουν να συμβαδίζουν με το τι μπορούμε στην πραγματικότητα να κάνουμε και εμείς*» (ΟΕ1-Σ4).

14.4 Εφαρμογή της ΠΒΕ

Η τελευταία θεματική ενότητα που αναπτύχθηκε αφορά την εφαρμογή της ΠΒΕ στην κλινική πράξη. Τρεις υποκώδικες αποκαλύφθηκαν. Ο πρώτος αναφέρεται στα οφέλη που αποκομίζουν το νοσηλευτικό προσωπικό από την εφαρμογή της ΠΒΕ. Ο δεύτερος αναφέρεται στις προκλήσεις στην υιοθέτηση της ΠΒΕ στην κλινική πράξη και ο τρίτος στις στρατηγικές για επιτυχή εφαρμογή της ΠΒΕ.

14.4.1 Οφέλη από την εφαρμογή της ΠΒΕ

Μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων αναδείχθηκε μια πληθώρα από οφέλη που αναφέρονται παρακάτω. Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, η σταθερότητα, που παρέχουν οι καθορισμένες διαδικασίες, ενισχύει το αίσθημα ασφάλειας στους νοσηλευτές, διευκολύνει την αποτελεσματική διαχείριση της καθημερινής εργασίας και τη συνοχή στην παροχή φροντίδας.

«*Θεωρώ ότι εάν δεν υπήρχαν κατευθυντήριες οδηγίες και κοινή γραμμή θα ήταν πάρα πολύ δύσκολο να βγει εις πέρας ακόμα και ένα οκτάωρο. Δηλαδή ουσιαστικά μειώθηκε σε ένα μεγάλο ποσοστό για εμένα τουλάχιστον το άγχος, το ότι δεν ακολουθούμε όλη τη συλλογική πορεία. Θέλω να πω ότι αυτό που ανέφερα και στην αρχή ότι υπήρχε μια κοινή γραμμή, δηλαδή ότι αυτό το κάνουμε σταθερά, έτσι γιατί γίνεται έτσι βάσει του τάδε πρωτοκόλλου δεν ήτανε ότι εγώ το κάνω έτσι επειδή είναι*» (ΑΤ-Σ4).

Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην σπουδαιότητα της εξατομικευμένης φροντίδας που εστιάζει στις μοναδικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή.

«*Θεωρώ ότι αυτό θα έπρεπε και θα πρέπει να γίνει να γίνεται και να εφαρμόζεται σε όλες τις δομές υγείας. Γιατί με αυτό τον τρόπο ο νοσηλευτής μπορεί να προσαρμόσει την νοσηλευτική φροντίδα, η οποία αυτή βασίζεται σε ενδείξεις εξατομικευμένα σε κάθε ασθενή, λαμβάνοντας από αυτό πολλά οφέλη*» (ΑΤ-Σ2).

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες αναγνωρίζουν ότι η υιοθέτηση σύγχρονων κλινικών πρακτικών αποτελεί βασικό πυλώνα της αποτελεσματικής τεκμηριωμένης νοσηλευτικής φροντίδας.:

«*Να προσπαθήσω να βρω να τα βάλω σε μια τάξη ότι σίγουρο κατοχυρώνεται σαν δουλειά, ότι δηλαδή κάνω αυτό, γιατί έτσι πρέπει και έχει αποδειχθεί ότι το κάνω είναι πιο επιστημονική, είναι πιο μοντέρνα πιο σύγχρονη και πάνω απ' όλα πιο αποτελεσματική*» (ΑΤ-Σ1).

Μέρος των συμμετεχόντων αναφέρθηκαν στην μείωση χρόνου νοσηλείας, στο συνολικό κόστος θεραπείας και στην μείωση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, διότι αποτελούν κάποια από τα κύρια οφέλη της εφαρμογής νοσηλευτικών πρακτικών, με θετικό αντίκτυπο, τόσο για τον ασθενή όσο και για το σύστημα υγείας.

«*Ας μιλήσω για κάτι που αφορά καθαρά νοσηλευτικό. Πώς θα αντιμετωπίσουμε κατακλίσεις, μία φορά, τις αντιμετωπίζαμε με ένα συγκεκριμένο τρόπο τώρα συνέχεια αλλάζουν τα δεδομένα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνεται μέσω της βιβλιογραφίας ώστε να έχουμε μια πιο γρήγορη βελτίωση, σε ένα πρόβλημα του ασθενή, άρα μειώνουμε το χρόνο νοσηλείας*» (ΑΤ-Σ2).

«… *όσον αφορά τώρα την υπηρεσία έχει όφελος γιατί μπορεί να μειώσει το κόστος μιας θεραπείας, θα μειώσει τις μέρες νοσηλείας, που σημαίνει ότι αυτόματα μπορεί να μειώσει και τη μείωση των λοιμώξεων ότι μπορεί να κερδίσει ο κάθε ασθενής όπου το βλέπουμε και τελευταίο ότι προσπαθούμε να έχουμε τη νοσηλεία του ασθενούς όσο λιγότερες μέρες γίνεται μέσα στο νοσοκομείο*» (ΑΤ-Σ2).

«*Νομίζω ότι αυτό που σου είπα πριν, ότι έχει καλύτερη ποιότητα στη νοσηλευτική φροντίδα, ίσως και για τον ασθενή είναι πιο ασφαλή, είναι πιο ασφαλής η δουλειά μας και για τους ασθενείς νομίζω ότι θα ότι είναι και έχει και να κάνει και να τους οικονομικούς πόρους ενός νοσοκομείου. Ότι ίσως η σωστή νοσηλευτική φροντίδα μειώνει για*

παράδειγμα τις νοσοκομειακές λοιμώξεις όταν γίνονται κάποια πράγματα, οπότε μειώνονται οι ημέρες νοσηλείας για τα ασφαλιστικά ταμεία. Πέρα από τη νοσηλευτική φροντίδα, την ποιοτική έχει να κάνει και με το οικονομικό κομμάτι» (ΑΤ-Σ5).

Η εφαρμογή πρωτοκόλλων στη νοσηλευτική πρακτική διασφαλίζει τη συστηματική και οργανωμένη φροντίδα των ασθενών, μειώνοντας τους κινδύνους για λάθη και ενισχύοντας την ασφάλεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Χαρακτηριστικό είναι το παρακάτω απόσπασμα:

«*Είναι καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς και πιο οργανωμένη όταν υπάρχει ένα πρωτόκολλο το οποίο ακολουθείται από όλους… αποφεύγονται λάθη και γενικά βοηθάει στην καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς. Είναι προς όφελος όλων*» (ΑΤ-Σ3).

Σημαντική επίσης, ήταν και η αναφορά συμμετεχόντων, ότι η ΠΒΕ μπορεί να λειτουργήσει ως ένα σημαντικό εργαλείο για την αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης, λόγω έντονου φόρτου εργασίας αλλά και συναισθηματικής επιβάρυνσης που συνοδεύει το επάγγελμα.

«*Ωραία σε προσωπικό επίπεδο, επειδή πολλές φορές οι νοσηλευτές λόγω του του φόρτου εργασίας που έχουνε ακολουθεί και ένα burn out ουσιαστικά η κόπωση και η ψυχική εξουθένωση λόγω του επαγγέλματος, θεωρώ ότι η πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις σαφώς κάνει και τη ζωή μας πιο εύκολη την καθημερινότητα μας, αλλά ενισχύει περισσότερο και τις άμυνές μας ως επαγγελματίες υγείας. Ενθαρρύνει τον επαγγελματία υγείας να συνεχίσει και να είναι πιο συνετός στο έργο του. Βέβαια ακόμα στην Ελλάδα είμαστε στα αρχικά στάδια πάντα στην εφαρμογή της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις*» (ΑΤ-Σ4).

Αρκετοί από τους συμμετέχοντες, υπογραμμίζουν πως η συστηματική χρήση των πρωτοκόλλων και η προσήλωση στην επιστημονική τεκμηρίωση ενισχύουν την αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών, ενδυναμώνοντας την θέση τους στον επαγγελματικό χώρο.

«*Οπότε όταν έχουμε όμως εμείς πρωτόκολλα, επιχειρήματα, στεκόμαστε στα πόδια μας, ενισχύουμε τη Νοσηλευτική επιστήμη, εμείς δηλαδή νιώθουμε, κάνουμε καλύτερα αυτό που έχουμε σπουδάσει*» (ΟΕ1-Σ3).

«*Ότι κάνοντας όπως είναι σωστά πρωτόκολλα, δεν υποτιμάμε το επάγγελμά μας, γιατί η αλήθεια είναι αυτή ότι και οι ασθενείς θεωρούν κάπως κατώτερη τη νοσηλεύτρια. Και συγκεκριμένα πιο μεγάλοι σε ηλικία, πιο πολλοί νέοι, αλλά οι πιο μεγάλοι σε ηλικία θεωρούν ότι κάνουμε λάθη ότι αν κάνεις κάτι και θα τους φανεί κάπως παράξενο, πρέπει να φωνάξουν τον γιατρό. Γενικά όλα πρέπει να τα ακολουθούμε, τα πρωτόκολλα για την ποιότητα και για την ασφάλεια*» (ΟΕ1-Σ5).

«*Δίνει δύναμη και φωνή στους επαγγελματίες και κατ' επέκταση και στους νοσηλευτές. Να ισχυροποιήσουν τη θέση τους και να νιώσουν ακόμα πιο δυνατοί στον επαγγελματικό τους χώρο, να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση, γιατί ξέρουνε, έχουν γνώση και κατ' επέκταση αυτοσεβασμό…*» (ΟΕ2-Σ2).

Από τις αναφορές των συμμετεχόντων η πρόσβαση στις πλέον σύγχρονες πρακτικές ενισχύει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

«*Η ΠΒΕ έχει στο κέντρο της τον ασθενή. Μιλάμε για μια διεπιστημονική ομάδα, όπου κάθε ένας έχει ξεκάθαρα τον ρόλο του, στηρίζεται πάντα στην τελευταία γνώση και πιο επικαιροποιημένης από την παγκόσμια βιβλιογραφία. Πρέπει να παίρνουμε πάντα την τελευταία πληροφορία. Τελευταία γνώση τεκμηριωμένη που ξέρουμε πάνω στο αντικείμενο, πάνω στο θέμα που μας ενδιαφέρει*» (ΟΕ2-Σ2).

14.4.2 Προκλήσεις στην υιοθέτηση της ΠΒΕ στην κλινική πράξη

Ο δεύτερος υποκώδικας σχετίζεται με τις προκλήσεις που μπορεί να συναντήσει το νοσηλευτικό προσωπικό ως προς την υιοθέτηση της ΠΒΕ στην κλινική πράξη. Το πρώτο στάδιο του υποκώδικα αφορά την προσπάθεια εφαρμογής της ΠΒΕ στην κλινική πράξη, η οποία συχνά παρεμποδίζεται από θεσμικούς ή οργανωτικούς περιορισμούς.

Παρ' όλα αυτά, η επιθυμία των νοσηλευτών για μία πιο συστηματική εφαρμογή των πρωτοκόλλων παραμένει έντονη.

«*Ναι, προσπαθώ να τηρώ πάντα το πρωτόκολλο εκτός κάποιων ελαχίστων εξαιρέσεων που δεν σου επιτρέπει ούτε ο χρόνος ούτε η κατάσταση του ασθενούς να τηρήσεις. Υπάρχουν τέτοια τέτοιες περιπτώσεις*» (ΑΤ-Σ3).

«*Ναι, όσο μπορώ ναι. Ναι, θα μπορούσα να κάνω και παραπάνω πράγματα, αλλά σου λέω δεν επαρκεί το προσωπικό. Θα μπορούσα δηλαδή αυτό που έχουν βάλει τώρα στο ΟΔΙΠΥ (Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας Υγείας) για την πρόληψη πτώσεων; Εγώ θα μπορούσα να το κάνω γιατί είναι και αυτό που κάνω για διδακτορικό εγώ με ενδιαφέρει και θα έπρεπε να το κάνουν όλοι, αλλά σου λέω δεν υπάρχει χρόνος γιατί είμαστε πολύ λίγοι και είναι κρίμα όχι, είναι κρίμα*» (ΑΤ-Σ5).

«*Θα ήθελα, προσπαθώ. Μέχρι εκεί. Σίγουρα θα ήθελα δεν είμαι ευχαριστημένη με αυτό. Το προσπαθώ πάρα πολύ. Και αν είχα την δυνατότητα στο χώρο εργασίας μου λόγω συνθηκών, θα ήθελα να είμαι πιο πειθαρχημένη στα πρωτόκολλα, να έχω αυτά τα όρια*» (ΟΕ1-Σ3).

Σε αρκετές περιπτώσεις αναφέρθηκε ότι υπήρχε αδυναμία εφαρμογής των πρωτοκόλλων.

«*Και εγώ δυστυχώς δεν θα έλεγα ότι τα πρωτόκολλα είναι που μας καθοδηγούν κάθε μέρα όλη μέρα. Δυστυχώς δεν νομίζω ότι τα ακολουθούμε και εγώ προσωπικά πολλές φορές δεν κάνω πράγματα που θα έπρεπε είτε επειδή βιάζομαι, είτε επειδή οι συνθήκες δεν μου το επιτρέπουν*» (ΟΕ1-Σ1).

«*Όταν είχα ξεκινήσει και όταν έκανα και το μεταπτυχιακό ήμουνα, είχα πάει στη δουλεία και ήμουνα γεμάτη ελπίδες…και μετά είδα ότι δεν μπορώ να το κάνω ακριβώς έτσι όπως το έμαθα, το διάβασα*» (ΟΕ1-Σ2).

Επίσης, κάποιοι από τους συμμετέχοντες εξέφρασαν την ανάγκη τους για την υιοθέτηση της ΠΒΕ στην κλινική πρακτική:

«..'*Ότι είναι πλέον καιρός να αρχίσει να εφαρμόζεται καθολικά. Μέχρι τώρα δεν ήταν μια έννοια γνωστή και σε όλες τις εκφάνσεις, τώρα πλέον όμως που έχει προχωρήσει και η Επιστήμη μας. Νομίζω ότι είναι απαραίτητο να πιστοποιείται και να*

αποδεικνύεται και να ακολουθείται μόνο μια πρακτική που είναι αποδεδειγμένη και βασισμένη σε ενδείξεις πραγματικά» (ΑΤ-Σ1).

«*Θεωρώ ότι αυτό θα έπρεπε και θα πρέπει να γίνει να γίνεται και να εφαρμόζεται σε όλες τις δομές υγείας*» (ΑΤ-Σ2).

14.4.3 Στρατηγικές για επιτυχή εφαρμογή της ΠΒΕ

Ο τρίτος υποκώδικας αφορά τις στρατηγικές για επιτυχή εφαρμογή της ΠΒΕ. Οι συμμετέχουσες συχνά ανέφεραν ότι ο συνδυασμός γνώσης και εμπειρίας είναι το κλειδί της επιτυχίας για αποτελεσματική εφαρμογή της ΠΒΕ, διότι παρέχει τα επιστημονικά θεμέλια για την λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων, ενώ η εμπειρία επιτρέπει την προσαρμογή και την αποτελεσματική εφαρμογή αυτών σε εξατομικευμένες κλινικές καταστάσεις.

«*Η γνώση ή εμπειρία; Η εμπειρία είναι πάρα πολύ σημαντικό κομμάτι. Αν τη συνδυάσεις με τη γνώση, ξέρεις γιατί; Ένας νοσηλευτής όπου έχει γνώση, μπορεί να μπει, να βρει να μπει σε έρευνες, να βρει ενδείξεις οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν, να πάει να τις εφαρμόσει έναν ασθενή. Ο έμπειρος όμως νοσηλευτής, ο κλινικός νοσηλευτής που έχει την εμπειρία μπορεί εύκολα να διακρίνει αν αυτή η αυτές οι ενδείξεις ταιριάζουν στο συγκεκριμένο ασθενή. Μπορεί δηλαδή να εξισορροπήσει τα οφέλη και τους κινδύνους, γιατί πολλές φορές οι ενδείξεις ελλοχεύουν και κάποιους κινδύνους για δεν είναι για όλους τους ασθενείς. Αυτό που σου είπα από την αρχή, αλλά εγώ νομίζω ότι θα πρέπει να συνυπάρχουν αυτά τα δύο*» (ΑΤ-Σ2).

«*Αν θα μπορούσα να έχω ένα συνδυασμό, θα επέλεγα ένα συνδυασμό αυτών των δύο, ποτέ η εμπειρία από μόνη της δεν μπορεί να δημιουργήσει όσα θα δημιουργούσε παράλληλα με τη γνώση. Ωστόσο και η γνώση, αν δεν αν δεν βγει, αν δεν αποκτήσει εφαρμογή, δεν έχει υπόσταση, δηλαδή ουσιαστικά είναι στείρα*» (ΑΤ-Σ4).

«*Και εγώ θεωρώ ότι είναι αλληλένδετα. Χωρίς το ένα δεν μπορεί να είναι. Έχεις τη γνώση πας χρειάζεσαι όμως στην εμπειρία δεν γίνεται χωρίς την εμπειρία. Όλες τις γνώσεις που πρέπει να τις κάνεις πράξη και για τις μάθεις, και η πράξη είναι αυτή που σε μαθαίνει κιόλας*» (ΟΕ1-Σ5).

Ωστόσο, αρκετοί ήταν και αυτοί που υποστήριξαν ότι η γνώση είναι αυτή που θα διασφαλίσει τη σωστή εφαρμογή της ΠΒΕ:

«*Άκουσα τώρα όλους τους προηγούμενους. Εγώ θα έλεγα γνώση και πάλι γνώση, δηλαδή τι να την κάνεις την εμπειρία όταν τα κάνεις εμπειρικά όταν τα κάνεις όπως τα έμαθαν, όχι με βάση τη γνώση και όχι εφαρμόζοντας πρωτόκολλα. Αν δεν έχεις γνώση, νομίζω δεν μπορείς πουθενά αργά ή γρήγορα. Αυτό φαίνεται δηλαδή στην πορεία του χρόνου. Ύστερα, όταν αποκτήσετε περισσότερη εμπειρία και εσείς στο χώρο, εμπειρία, εννοώ χρόνια θα το διαπιστώσετε ότι αυτός που έχει γνώση φαίνεται και η διαφορά του φαίνεται από αυτόν που δεν έχει τη γνώση. Μπορεί και οι δύο να έχουν την ίδια εμπειρία, αλλά αυτός που είχε τη γνώση φαίνεται*» (ΟΕ1-Σ1)

«*Δύσκολο ερώτημα. Σίγουρα η εμπειρία είναι κάτι πολύ σημαντικό και ακόμη και να έχεις πολλές γνώσεις. Αν δεν έχεις εμπειρία δεν μπορείς να κάνεις πράγματα, όμως η γνώση είναι μια πολύ καλή βάση για να καταφέρεις στο χώρο της υγείας να κινηθείς και να ωφελήσεις τούς θεραπευμένους να βοηθήσεις στη συνεργασία με το υπόλοιπο, με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα. Χρειάζεται δηλαδή γνώση. Νομίζω ότι είναι λίγο πιο σημαντική η εμπειρία μετά έρχεται*» (ΟΕ1-Σ4).

Επιπλέον, οι συμμετέχουσες αναφέρθηκαν στη σημαντικότητα της επιμόρφωσης των νοσηλευτών, επισημαίνοντας ότι η εκπαίδευση ενισχύει τις δεξιότητες και γνώσεις, ώστε οι νοσηλευτές να είναι σε θέση να αναζητήσουν αξιόπιστες πηγές, να διαμορφώνουν ερευνητικά ερωτήματα και να υιοθετούν βέλτιστες πρακτικές. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στον καθοριστικό ρόλο που διαδραματίζουν οι ακαδημαϊκές σπουδές, όπως τα μεταπτυχιακά προγράμματα, στην παροχή γνώσεων και δεξιοτήτων που σχετίζονται με την ΠΒΕ.

«*Η προσωπική μου άποψη, ενώ τα τελευταία χρόνια θεωρώ ότι γίνεται μεγάλη προσπάθεια να εφαρμοστεί στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, γιατί ίσως παίζουν ρόλο μεγάλο και τα μεταπτυχιακά που κάνουνε οι νοσηλευτές, διδακτορικά, που υπάρχει έτσι μια μεγάλη επιμόρφωση και σου αυτά σε βοηθάνε σου δείχνουν την τεχνογνωσία. Ας το πω και έτσι στο πώς θα μπορέσεις να ψάξεις σωστά, σωστές πηγές. Πως να θέτεις σωστά ερευνητικά ερωτήματα να βρίσκεις τις βέλτιστες πρακτικές για την δουλειά μας, την*

νοσηλευτική για τους ασθενείς μας, να υπάρχει καλύτερη ποιότητα στη νοσηλευτική φροντίδα. Θεωρώ ότι γίνεται μια καλή δουλειά» (ΑΤ-Σ5).

«*Όμως τα τελευταία χρόνια, λόγω και των προπτυχιακών μαθημάτων και της συνεχούς έτσι εκκίνησης των νοσηλευτών να επιμορφωθούν, αρχίζουμε να αγγίζουμε τις έννοιες, αρχίζουμε να ακούμε τη λέξη αυτή πιο συχνά, αρχίζουμε να αναρωτιόμαστε τι είναι αυτό*;» (ΟΕ2-Σ2).

Τελειώνοντας, αρκετοί από τους συμμετέχοντες υπογραμμίζουν την ανάγκη για μεθοδική και συλλογική προσέγγιση στην εκπαίδευση, με την εφαρμογή συγκεκριμένων μαθημάτων, σεμιναρίων, δράσεων που ενθαρρύνουν τη συμμετοχή και την ενεργοποίηση των νοσηλευτών. Η δημιουργία γραφείων ποιότητας και η ενσωμάτωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων προτείνονται ως στρατηγικές που, όχι μόνο, ενισχύουν την γνώση και τις δεξιότητες, αλλά ενδυναμώνουν το ηθικό και την επαγγελματική ταυτότητα των νοσηλευτών.

«*Παρόλα αυτά, θεωρώ ότι πρέπει ειλικρινά να γίνουνε συγκεκριμένα μαθήματα σεμινάρια στους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την τεκμηριωμένη πρακτική, καθώς σπασμωδικές κινήσεις ίσως για μένα επιφέρουν το αντίθετο αποτέλεσμα. Τι εννοώ; Μεμονωμένες περιπτώσεις ας πούμε επαγγελματιών υγείας …οπότε για μένα πρέπει να γίνει κάτι μεθοδικό, ώστε να επιτύχουμε την εφαρμογή της ΠΒΕ στον κλινικό χώρο, στην Ελλάδα τουλάχιστον που είμαστε αρκετά αρχάριοι σε αυτό το κομμάτι*» (ΑΤ-Σ4).

«*Πιστεύω ότι τελευταία στα νοσοκομεία όπου έχει ζητηθεί και έχει απαιτηθεί να μπουν γραφεία ποιότητας, τα οποία γραφεία ποιότητας ο ρόλος τους είναι να βελτιώσουνε βέβαια την ποιότητα ενός νοσοκομείου με οποιονδήποτε τρόπο, όπου ένα κλωνάρι αυτής της διαδικασίας είναι η εκπαίδευση του προσωπικού. Η εκπαίδευση του προσωπικού, είτε με συνεχή σεμινάρια, είτε προτρέποντας τους να συμμετάσχουν με εργασίες, να παρουσιάζουν θέματα που θα στη διαδικασία να μπουν να ψάξουν, να βρουν μέσα από τη βιβλιογραφία αυτόματα ανεβάζει και το ηθικό και δίνει και μια αξία στο νοσηλευτή. Δεν είμαι μόνο, για να κάνω αυστηρά τη νοσηλεία που μου έχει επιβάλλει ο γιατρός από πάνω, αλλά και εγώ είμαι σε θέση να έχω μια άποψη και να μπορώ να δώσω λύση σε ένα πρόβλημα μέσα από την διερεύνηση της βιβλιογραφίας*» (ΑΤ-Σ2).

«*Αν ήταν κάτι πολύ συλλογικό γενικότερα και στην ΠΒΕ, γινόταν μια συλλογική προσπάθεια στους τομείς υγείας για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αλλά και των φοιτητών, δηλαδή προτού γίνουν ενεργοί νοσηλευτές ή προκειμένη περίπτωση. Νομίζω θα ήταν ένα πολύ, πολύ σπουδαίο εγχείρημα γιατί θα αποκτήσουν τις βάσεις για να μπορούν και να έχουν τις γνώσεις αλλά να υιοθετήσουν και να εφαρμόσουν την τεκμηριωμένη πρακτική*» (ΑΤ-Σ4).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

15.1 Εισαγωγή - Κύρια ευρήματα

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής ανέδειξαν τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof στην ελληνική έκδοση. Πρόκειται για ένα σημαντικό εργαλείο που δημιουργήθηκε από τους Ruzafa et al (2020), έχοντας ως στόχο την μέτρηση της επάρκειας των νοσηλευτών. Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof εφαρμόστηκε και επικυρώθηκε σε ευρεία ομάδα νοσηλευτών, οι οποίοι απασχολούνταν σε νοσοκομειακές μονάδες στο εθνικό σύστημα υγείας. Το εργαλείο εστιάζει σε τέσσερις βασικούς παράγοντες, που χαρακτηρίζουν την επάρκεια, οι οποίοι είναι η στάση, οι γνώσεις, οι ικανότητες και η εφαρμογή της ΠΒΕ στην καθημερινή κλινική πράξη.

Η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε ισχυρή συσχέτιση όσον αφορά τους παράγοντες και οι διαπιστώσεις αυτές έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών (Ruzafa-Martinez et al., 2013; Labrague et al., 2019; Ahmed, Abdelwahab and Mohammed, 2020). Το εργαλείο αυτό, εφαρμόζεται για πρώτη φορά στο συγκεκριμένο πληθυσμό, με διαφορετικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά. Για το λόγο αυτό υποβλήθηκε σε έλεγχο αξιοπιστίας και εσωτερικής συνοχής. Όλοι οι παράγοντες θεωρήθηκαν αξιόπιστοι, αφού οι τιμές του Cronbach's a κυμάνθηκαν από 0,918 έως 0,952. Αντίστοιχα στο ερωτηματολόγιο των Ισπανών ερευνητών, οι τιμές του a Cronbach κυμάνθηκαν από 0,817 έως 0,948 (Ruzafa-Martínez et al., 2020). Η Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση -επιμαρτύρησε ένα μοντέλο τεσσάρων υποκλιμάκων που αποτελείται από 35 δηλώσεις πενταβαθμής κλίμακας Likert, όπως και στην ισπανική εκδοχή του, γεγονός που πιστοποιεί την υψηλή του δομική εγκυρότητα.

Αξιοσημείωτη είναι η πρόσφατη επικυροποίηση του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof στην Ινδονησία από τους Erfina et al. (2025). Αν και τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του εργαλείου, παρατηρήθηκε μια διαφοροποίηση στην δομή του. Το τελικό ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από 34 δηλώσεις ,σε αντίθεση με την ισπανική και ελληνική εκδοχή, οι οποίες περιλαμβάνουν 35 δηλώσεις, διατηρώντας την αρχική του μορφή.

Αφού επιβεβαιώθηκε η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του εργαλείου, χρησιμοποιήθηκε σε ένα μεγάλο δείγμα κλινικών νοσηλευτών, οι οποίοι εργάζονταν σε δέκα διαφορετικά νοσοκομεία στην 7η Υ.ΠΕ Κρήτης, 1η και 2η Υ.ΠΕ Αττικής. Σκοπός ήταν να αποτυπωθεί και να καταγραφεί η επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, σχετικά με τη στάση, τις γνώσεις, τις δεξιότητες αλλά και την εφαρμογή της ΠΒΕ.

Ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης βασίστηκε σε δείγμα ευκολίας το οποίο απαρτιζόταν από 473 κλινικούς νοσηλευτές που εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες 85% και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 44,7 έτη. Επίσης ,ο μέσος όρος εργασιακής εμπειρίας ήταν 17,3 έτη, ενώ το 25% των συμμετεχόντων ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι νοσηλευτές είναι θετικοί απέναντι στην ΠΒΕ, καταγράφοντας στην υποκλίμακα που σχετίζεται με τη στάση μέσο όρο 3,9

(sd=0.6), ακολουθεί ο παράγοντας δεξιότητες με μέσο όρο 3,7 (sd = 0,6). Οι χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν στις υποκλίμακες της εφαρμογής 3,4 (sd = 0,7) και της γνώσης με 3,1 (sd = 0,8). Οι τιμές αυτές επηρεάστηκαν από συγκεκριμένες μεταβλητές, όπως η συγγραφή ενός επιστημονικού άρθρου (3.409, p = 0.001), εάν είναι κάτοχος τίτλου μεταπτυχιακών σπουδών (t = 3.039, p = 0.003), τις δεξιότητες στην χρήση του υπολογιστή (2.404, p = 0.017) καθώς και εάν εργάζονται σε πανεπιστημιακή κλινική.

Οι τέσσερις βασικοί άξονες που εξετάστηκαν μέσω του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof αναδείχθηκαν και μέσα από τη θεματική ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων. Αναλυτικότερα, η υποκλίμακα που σχετίζεται με τη στάση, υποδηλώνει θετική προδιάθεση απέναντι στην ΠΒΕ. Το εύρημα αυτό ενισχύεται από την θεματική ενότητα «Επαγγελματική ανάπτυξη», όπου οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν τη ΠΒΕ ως ένα εργαλείο για τη συνεχή ενίσχυση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, την διασφάλιση παροχής ποιοτικής φροντίδας και της συνεχούς εξέλιξης. Επιπροσθέτως, η ενότητα «Προσέγγιση προς την ΠΒΕ» ανέδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αναγνωρίζει την σημασία της ΠΒΕ, παρόλο που σε κάποιες περιπτώσεις, η έννοια παραμένει σε θεωρητικό πλαίσιο.

Στο ποσοτικό σκέλος της μελέτης, η υποκλίμακα της γνώσης κατέγραψε τη χαμηλότερη μέση τιμή. Το εύρημα αυτό ενισχύεται και από την ποιοτική ανάλυση στον θεματική ενότητα που σχετίζεται με τις γνώσεις. Μέσα από δηλώσεις των συμμετεχόντων τονίστηκε ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ανάγνωση επιστημονικών άρθρων, στην κατανόηση της αγγλικής γλώσσας και στην επικαιροποίηση των γνώσεων.

Επιπλέον η υποκλίμακα των δεξιοτήτων κατέγραψε υψηλή μέση τιμή (M=3,7, sd=0,6).Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα της ποιοτικής μελέτης, καθώς οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν ότι η ενσωμάτωση της τεχνολογίας στην κλινική πράξη, η κριτική αποτίμηση της βιβλιογραφίας και η εξατομικευμένη φροντίδα αποτελούν σημαντικές δεξιότητες για την εφαρμογή της ΠΒΕ.

Στην τελευταία υποκλίμακα που αφορά την εφαρμογή, καταγράφηκε χαμηλότερη μέση τιμή, παρά τη θετική στάση που δηλώνει το νοσηλευτικό προσωπικό. Η ποιοτική μελέτη, και συγκεκριμένα η θεματική ενότητα «Προκλήσεις στην υιοθέτηση της ΠΒΕ»,

προσφέρει ερμηνευτικό πλαίσιο για το εύρημα αυτό. Οι συμμετέχοντες ανέδειξαν ότι ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η έλλειψη χρόνου και η απουσία κουλτούρας τεκμηριωμένης φροντίδας, λειτουργεί ανασταλτικά στην εφαρμογή της. Οι συμμετέχοντες, παρά τις δυσκολίες, αναγνώρισαν μια πληθώρα από οφέλη, καθώς επίσης, διατύπωσαν μια σειρά στρατηγικών για την επιτυχή εφαρμογή της ΠΒΕ.

15.2 Συζήτηση – Συσχετίσεις με άλλες μελέτες

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με προηγούμενες έρευνες, αποκαλύπτει σημαντικές ομοιότητες, αλλά και ενδιαφέρουσες διαφοροποιήσεις. Αρχικά, με τη χρήση του ιδίου εργαλείου (Ruzafa-Martínez et al., 2020), οι Ισπανοί ερευνητές διεξήγαγαν μια μελέτη, της οποίας τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει υψηλότερος μέσος όρος σχετιζόμενος με τη στάση, έπειτα με τις δεξιότητες και αμέσως μετά ακολουθούν η γνώση και η εφαρμογή (Ramos-Morcillo et al., 2021). Η μελέτη των Ramos-Morcillo et al. (2021) αποκάλυψε ότι η γνώση κατέχει υψηλότερη θέση από την εφαρμογή, σε αντίθεση με την έρευνα αυτήν. Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί λόγω του ότι ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων στην μελέτη της Ισπανίας, κατείχε μεταπτυχιακούς ή διδακτορικούς τίτλους.

Πολλές είναι οι έρευνες που έχουν αναδείξει την ύπαρξη θετικής στάσης ως προς την ΠΒΕ και στην αναγνώριση της αξίας της (Saunders and Vehviläinen-Julkunen, 2015; Patelarou et al., 2017c; Li, Li and Wang, 2022; Atalla, El-Ashry and Mohamed, 2025; Kassie et al., 2025). Σε προηγούμενη μελέτη, που διεξήγαγαν οι Patelarou et al. (2017c), διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της των νοσηλευτών και της εφαρμογής της ΠΒΕ στον ελληνικό χώρο, αναδεικνύοντας την θετική στάση των νοσηλευτών ως προς την ΠΒΕ. Πρόσφατη έρευνα που διενεργήθηκε στην Ελλάδα σε ένα δείγμα κοινοτικών νοσηλευτών, έδειξε ότι η γνώση επηρεάζει άμεσα τη στάση ως προς την ΠΒΕ (Adamakidou et al., 2023). Ανάλογο εύρημα αναδείχθηκε και μια συγχρονική μελέτη που διεξήχθη στο Ιράν αναφέροντας, ότι, όταν το νοσηλευτικό προσωπικό διαθέτει καλή γνώση σχετικά με την ΠΒΕ, βελτιώνεται και η στάση του απέναντι σε αυτήν (Tajafari and Fanoodi, 2025).

Παρόλα αυτά, υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι οι συμμετέχοντες είχαν αρνητική στάση (Heydari et al., 2014; Farokhzadian, Khajouei and Ahmadian, 2015), όπως επίσης και στη μελέτη που διεξήχθη στην Αιθιοπία, το 48,9 % δήλωσαν αρνητική στάση προς την ΠΒΕ και δεν επιθυμούν την ένταξη της στην κλινική τους πράξη. Παράλληλα, διαπιστώθηκε σημαντική έλλειψη επάρκειας στις γνώσεις, τις δεξιότητες καθώς και στην εφαρμογή παρατηρήθηκε από πληθώρα ερευνών (Saunders and Vehviläinen-Julkunen, 2015; Patelarou et al., 2017b; Tomotaki, Fukahori and Sakai, 2020; Megersa et al., 2023; Saleh, 2023).

Μια έρευνα που διεξήχθη σε νοσηλευτές που κατείχαν θέση ευθύνης, το 2019 στην Κίνα, αναγνώριζε την αξία της ΠΒΕ, αλλά η εφαρμογή της ήταν σπάνια, λόγω έλλειψης γνώσεων (Chen et al., 2020). Στην μελέτη που διεξήχθη στη Φινλανδία (Saunders and Vehviläinen-Julkunen, 2017), οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι λόγω της έλλειψης γνώσεων, οι νοσηλευτές δεν μπορούσαν να αναγνωρίσουν την ΠΒΕ, ακόμα και εάν αυτή εφαρμόζονταν, ούτε ήταν σε θέση να αλλάξουν την κλινική πρακτική τους. Πολυάριθμες μελέτες, ανέδειξαν περιορισμένη εφαρμογή, οι οποίες έρχονται σε συμφωνία με την εν λόγω έρευνα (Mozafarpour et al., 2011; Dalheim et al., 2012; Koschel et al., 2012; Stokke et al., 2014; Saunders and Vehviläinen-Julkunen, 2017; Paudel and Lawot, 2018; Aynalem, Yazew and Gebrie, 2021).

Ένας από τους στόχους της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί πώς οι διάφορες μεταβλητές μπορούν να συνδέονται με τη στάση, τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την εφαρμογή της ΠΒΕ. Αναφορικά με την ηλικία δεν εντοπίζεται να υπάρχει κάποια συσχέτιση με τις υποκλίμακες στο ποσοτικό σκέλος της έρευνας. Όσον αφορά τα ευρήματα της ποιοτικής αναφέρθηκε ότι η γήρανση του προσωπικού λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά την εφαρμογή της ΠΒΕ . Μία έρευνα που διεξήχθη στην Σανγκάη ανέδειξε ότι η επάρκεια σχετίζεται με την ηλικία. Συγκεκριμένα οι νοσηλευτές που ήταν μικρότεροι των 30 ετών βρέθηκαν πιο επαρκείς από τους νοσηλευτές που ανήκαν σε μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα ($t = 2,163$, $p < 0,05$) (Fu et al., 2020). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από συγχρονική μελέτη στην Ταιβάν με 752 συμμετέχοντες, σύμφωνα με την οποία οι νεότεροι επαγγελματίες υγείας είναι πιθανότερο να εφαρμόζουν την ΠΒΕ σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία συναδέλφους τους (Cheng et al., 2024).

Το επίπεδο εκπαίδευσης είναι ένας παράγοντας που παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με τις υποκλίμακες. Οι νοσηλευτές που ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος παρουσίαζαν θετικότερη στάση, υψηλότερο επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων συγκριτικά με τους νοσηλευτές που κατείχαν το βασικό τίτλο σπουδών. Αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώνονται και από άλλες μελέτες σε διάφορες χώρες όπως, Ισπανία, Αιθιοπία, Ιαπωνία, Κίνα, Ιράν, Ταιβαν και Κορέα (Heydari et al., 2014; Yoo et al., 2019; Tomotaki, Fukahori and Sakai, 2020; Ramos-Morcillo et al., 2021; Li, Li and Wang, 2022; Megersa et al., 2023; Cheng et al., 2024; Kassie et al., 2025).

Σε αντίθεση, οι Alqahtani et al. (2020) αναφέρουν στην έρευνά τους ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών δεν επιδρούσε θετικά ως προς την στάση, την γνώση και την εφαρμογή της ΠΒΕ. Όσον αφορά τα ευρήματα από την ποιοτική ερευνά που εκπονήθηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, αρκετοί από τους συμμετέχοντες τόνισαν την αναγκαιότητα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, γιατί θεωρούν ότι διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην υιοθέτηση της ΠΒΕ. Πρότειναν, επίσης ότι θα μπορούσε να ενταχθεί η ΠΒΕ, είτε μέσω μαθημάτων σε προπτυχιακούς, μεταπτυχιακούς ή διδακτορικούς φοιτητές, είτε μέσω διεξαγωγής σεμιναρίων ή ακόμη και μέσω εκπαιδευτικών πρωτοβουλιών από τα γραφεία εκπαίδευσης των νοσοκομείων.

Σε μελέτη τους οι Miliara et. al. (2024), επεσήμαναν ότι δεν έχει ενταχθεί ακόμη συστηματικά το μάθημα της ΠΒΕ σε προπτυχιακό επίπεδο, με αποτέλεσμα οι φοιτητές νοσηλευτικής να δυσκολεύονται στην αποδελτίωση της πληροφορίας. Στα συμπεράσματα αυτά συμφωνούν και τα ευρήματα των Skela-Savic et al. (2020), αφού αναφέρουν ότι η ΠΒΕ δεν έχει ενσωματωθεί επαρκώς στα πανεπιστήμια. Οι παρακάτω μελέτες τονίζουν την σπουδαιότητα της ενσωμάτωσης της ΠΒΕ ως μάθημα στα προγράμματα προπτυχιακών σπουδών, γεφυρώνοντας με τον τρόπο αυτό το χάσμα από την εδραίωση ως την εφαρμογή της ΠΒΕ στην καθημερινή κλινική πράξη (Kyriakoulis et al., 2016; Patelarou et al., 2017a; Skela-Savič et al., 2020; Vaajoki et al., 2023; Miliara et al., 2024; Mohamed et al., 2024a; Alruwaili et al., 2025) .

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε τη θετική επίδραση που έχει στις υποκλίμακες της γνώσης, των δεξιοτήτων και της εφαρμογής το υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων στη χρήση

υπολογιστών. Σύμφωνα και με την μελέτη των Patelarou et al. (2021), παρατηρήθηκε ότι στους φοιτητές της Νοσηλευτικής η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών έχει θετική επίδραση ως προς την ΠΒΕ. Μέσα από το ποιοτικό σκέλος της μελέτης, κάποιοι συμμετέχοντες ανάφεραν πως θεωρούν ότι δεν υπάρχει ευελιξία στην χρήση της τεχνολογίας, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά στην υιοθέτηση της ΠΒΕ. Αρκετοί, βέβαια, υποστήριξαν ότι με την χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών και μέσω ψηφιακών προγραμμάτων υπάρχει αναβάθμιση στην παροχή υπηρεσιών και έχουν επωφεληθεί σε πολλούς τομείς, διότι μπορούν να αναζητήσουν πληροφορίες όποτε χρειαστεί. Αυτό αναφέρεται και σε άλλες μελέτες μέσα στην βιβλιογραφία (Pérez-Campos, Sánchez-García and Pancorbo-Hidalgo, 2014; Aynalem, Yazew and Gebrie, 2021).

Η εργασιακή εμπειρία δε φαίνεται να επηρεάζει καμία από τις υποκλίμακες. Παρ' όλα αυτά, στα ευρήματα της ποιοτικής ερευνάς που διεξήχθη για τη συγκεκριμένη μελέτη, αναφέρθηκε ότι η εμπειρία είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι, που συνδυαστικά με την γνώση, δύναται να επιδράσει θετικά στην εφαρμογή της ΠΒΕ. Επίσης, αναφέρθηκε ότι η εμπειρία είναι ουσιωδώς βοηθητική για τον νοσηλευτή, ώστε να διακρίνει, εάν οι ενδείξεις που προτείνονται, ταιριάζουν στην εκάστοτε περίπτωση. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με αρκετές μελέτες, που καταλήγουν ότι η εργασιακή εμπειρία επιδρά θετικά στην εφαρμογή της ΠΒΕ (Farokhzadian, Khajouei and Ahmadian, 2015; Hu et al., 2025). Ωστόσο, το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Aynalem et al. (2021), διότι επισημαίνουν ότι οι νοσηλευτές μικρότερων ηλικιών έχουν υψηλότερο επίπεδο επάρκειας στην εφαρμογή της ΠΒΕ. Επιπλέον, σε συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ιράν, επισημάνθηκε ότι η εργασιακή εμπειρία δρα ως αρνητικός παράγοντας στην χρήση της ΠΒΕ (Heydari et al., 2014).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε πανεπιστημιακή κλινική, παρουσίασαν ισχυρή συσχέτιση, επηρεάζοντας όλες τις υποκλίμακες, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές που εργαζόταν σε γενικό νοσοκομείο. Αυτό το εύρημα έχει αναδειχθεί και σε προηγούμενες μελέτες, ενώ αναφέρεται ότι υπάρχει διαφορά ως προς την επάρκεια της ΠΒΕ μεταξύ των νοσηλευτών πανεπιστημιακών και γενικών νοσοκομείων (Heydari et al., 2014; Fu et al., 2020b; Megersa et al., 2023). Σε έρευνα τους, οι Cheng et al. (2024) διαπίστωσαν ότι

οι νοσηλευτές που εργαζόταν σε γυναικολογικές ή παιδιατρικές μονάδες, εμφάνιζαν μεγαλύτερη συνέπεια ως προς την ΠΒΕ, σε σύγκριση με συναδέλφους τους από άλλες μονάδες. Αντίστοιχα ευρήματα αναδείχθηκαν και στην παρούσα ποιοτική μελέτη. Οι νοσηλευτές που εργαζόταν σε κλειστά τμήματα, όπως της εντατικής θεραπείας ανέφεραν ότι τηρούσαν και εφάρμοζαν τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα, ενώ νοσηλευτές που ήταν σε ανοικτά τμήματα ανέφεραν ότι δεν ήταν τόσο συνεπείς στην εφαρμογή νοσηλευτικών πρωτοκόλλων.

Στατιστικά σημαντικά υψηλότερες είναι οι υποκλίμακες που αφορούν τη στάση, τη γνώση και τις δεξιότητες για τους νοσηλευτές, που κατά την τελευταία πενταετία είχαν γράψει ένα επιστημονικό άρθρο, συγκριτικά με αυτούς που δεν είχαν γράψει. Μέσα από την βιβλιογραφία διαφαίνεται ότι η ανάγνωση επιστημονικών άρθρων σχετίζεται άμεσα με την επάρκεια των νοσηλευτών (Ramos-Morcillo et al., 2021; Cheng et al., 2024). Στα ευρήματα της ποιοτικής έρευνας μία ομάδα ανέφερε ότι προσπαθεί να ενημερώνεται για τις τελευταίες εξελίξεις μέσω της ανάγνωσης επιστημονικών άρθρων, ενώ κάποιοι δήλωσαν ότι έχουν έλλειψη ενδιαφέροντος για την ανάγνωση επιστημονικών άρθρων.

Παράλληλα, άλλες μελέτες ανέδειξαν ότι οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την διεξαγωγή έρευνας, αναδεικνύουν θετική επίδραση στη στάση, τη γνώση και τις δεξιότητες (Tomotaki, Fukahori and Sakai, 2020). Επιπλέον, η ενασχόληση με την έρευνα σχετίζεται άμεσα τόσο με το επίπεδο γνώσης όσο και την εφαρμογή της ΠΒΕ (Yoo et al., 2019; Alqahtani et al., 2020).

Η παρούσα μελέτη, όσον αφορά το επίπεδο γνώσης της αγγλικής γλώσσας δεν σχετίζεται με καμία υποκλίμακα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ποσοτικού σκέλους. Αντίθετα, στην ποιοτική ανάλυση της μελέτης, αναδείχθηκε η αναγκαιότητα της αγγλικής γλώσσας, αφού- όπως αναφέρθηκε -η επιστημονική βιβλιογραφία είναι κατά κύριο λόγο στα αγγλικά. Κατά συνέπεια, η έλλειψη γνώσης αυτής πιθανολογείται να αποτελέσει και ανασταλτικό παράγοντα ως προς την ΠΒΕ. Το συγκεκριμένο εύρημα επιβεβαιώνεται και από την μελέτη των Cheng et al. (2024), όπου η ικανότητα ανάγνωσης επιστημονικών άρθρων στην αγγλική γλώσσα, σχετίστηκε με υψηλότερη επάρκεια των νοσηλευτών ως προς την ΠΒΕ. Επιπλέον, η γνώση αγγλικής γλώσσας αποτελεί περαιτέρω εργαλείο επικοινωνίας με τους ασθενείς που προέρχονται από το εξωτερικό, καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό, μέσω αυτής θα μπορέσει να κατανοήσει τις ανάγκες

και προτιμήσεις των ασθενών αυτών. Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα οι Patelarou et al. (2021), αποκαλύφθηκε ότι όσο καλύτερη γνώση αγγλικής γλώσσας έχουν οι φοιτητές της Νοσηλευτικής, τόσο μειώνεται και η προκατάληψη απέναντι στην ΠΒΕ.

Σχετικά με το φύλο, δε βρέθηκε καμία συσχέτιση με τις υποκλίμακες, που έρχεται σε πλήρη συμφωνία με την έρευνα των (Heydari et al., 2014). Σε αντίθεση με την μελέτη των Patelarou et al. (2021), όπου υποστήριξαν ότι οι άνδρες παρουσίασαν υψηλότερες μέσες τιμές στις γνώσεις και τις δεξιότητες ως προς την ΠΒΕ (28,2 ± 4,3), συγκριτικά με τις γυναίκες οι οποίες κατέγραψαν μέσο όρο (26,1 ± 5,3). Ωστόσο, έρευνα που διεξήχθη στην Αιθιοπία, το 2024 έδειξε ότι οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο εξοικειωμένες με την εφαρμογή της ΠΒΕ σε σύγκριση με τους άνδρες (Kassie et al., 2025).

Από το ποιοτικό σκέλος της παρούσας μελέτης, προέκυψε πληθώρα ευρημάτων τα οποία επιβεβαιώνονται μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία. Αρχικά, έγινε αναφορά από μελέτες για τη θετική στάση των νοσηλευτών ως προς την ΠΒΕ (Saunders and Vehviläinen-Julkunen, 2015; Patelarou et al., 2017c; Li, Li and Wang, 2022; Ejheisheh et al., 2025), γεγονός που επιβεβαιώθηκε και από το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων της ποιοτικής μελέτης. Παράλληλα, τονίστηκε ότι η ΠΒΕ δεν είναι απλώς μέσω διασφάλισης ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης, αλλά είναι ένα δυναμικό πλαίσιο για τη παροχή ποιοτικών, αποτελεσματικών και οικονομικά βιώσιμων υπηρεσιών. Τα ευρήματα αυτά ταυτίζονται με συμπεράσματα άλλων μελετών που επισημαίνουν πληθώρα από οφέλη, τα οποία σχετίζονται με τους ασθενείς, με τους νοσηλευτές και τις υπηρεσίες υγείας (Jylhä et al., 2017; Alsadaan and Ramadan, 2025).

Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες αναφέρθηκαν στην σημασία της παροχής εξατομικευμένης φροντίδας των ασθενών. Εκείνοι θεωρούν ότι είναι πολύ σημαντικό να προστατεύουν την ατομικότητα, τις αξίες και τις πεποιθήσεις των ασθενών , ώστε να διασφαλίζουν και την εμπιστοσύνη και συνεργασία αυτών. Στο σημείο αυτό, πληθώρα ερευνών, επιβεβαιώνουν τη σπουδαιότητα της εξατομικευμένης φροντίδας, υπογραμμίζοντας την θετική συμβολή της στην εφαρμογή της ΠΒΕ (Νανάκης και Ουζούνη, 2008; Melnyk and Fineout-Overholt, 2011; Cook, Schwartz and Kaslow, 2017; Jylhä et al., 2017; Ozdemir et al., 2025). Επιπλέον, η διασφάλιση ποιότητας και παροχή φροντίδας στις πλέον ενδεδειγμένες πρακτικές αναδείχθηκε ως μέγιστο αγαθό που ενδέχεται να προκύψει από την εφαρμογή της ΠΒΕ. Οι Cook et al. (2014), επισήμαναν

ότι η χρήση της ΠΒΕ προάγει και ενισχύει την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών στην κλινική πράξη, διασφαλίζοντας υψηλότερη ποιότητα και μεγαλύτερη ασφάλεια στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Μια σειρά από θετικά σημεία προέκυψαν από την παρούσα μελέτη με την εφαρμογή της ΠΒΕ. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες επισήμαναν ότι με την χρήση κλινικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων γραμμών, θα δημιουργηθεί μια αλυσίδα θετικών επιδράσεων. Η μείωση πιθανότητας λαθών οδηγεί σε πολλαπλά οφέλη για τον ασθενή, τις υπηρεσίες υγείας, αλλά και για τον ίδιο το νοσηλευτή. Αναλυτικότερα, αναφέρθηκαν μείωση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, μείωση του χρόνου νοσηλείας και του κόστους θεραπείας. Επιπροσθέτως, τόνισαν ότι προφυλάσσει και τους ίδιους από τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντίστοιχα αποτελέσματα προκύπτουν και από άλλες μελέτες, ενισχύοντας την εγκυρότητα των ευρημάτων αυτών (Νανάκης και Ουζούνη, 2008; Cook, Schwartz and Kaslow, 2017; Jylhä et al., 2017; Melnyk and Fineout-Overholt, 2019). Οι μελέτες αυτές υπογραμμίζουν ότι η Νοσηλευτική Επιστήμη μέσω της εφαρμογής της ΠΒΕ στην κλινική πράξη, πιθανό να προσφέρει μόνο πολλαπλά και ουσιαστικά οφέλη.

Οι Melnyk et al. (2011) επισήμαναν, ότι η χρήση της ΠΒΕ θωρακίζει και ενισχύει την αξιοπιστία του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οι δηλώσεις των συμμετεχόντων ήρθαν σε πλήρη συμφωνία, διότι ανέφεραν ότι με την εφαρμογή της ΠΒΕ νιώθουν πιο ασφαλείς, και επιπλέον, εξέφρασαν την αναγκαιότητα για αυτονομία και ισότιμη συμμετοχή του νοσηλευτή στην διεπιστημονική ομάδα.

Την δική τους οπτική έδωσαν οι συμμετέχοντες της παρούσας ποιοτικής μελέτης, όσον αφορά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν για την εφαρμογή της ΠΒΕ. Προκύπτει ότι οι ανασταλτικοί παράγοντες που λειτουργούν ως φραγμός απέναντι στην ΠΒΕ είναι πολυάριθμοι. Το φαινόμενο της υποστελέχωσης και της αναντιστοιχίας νοσηλευτών και ασθενών ήταν από τα πρώτα θέματα που αναφέρθηκαν από σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων. Αυτό έχει ως συνέπεια έλλειψη χρόνου (Bianchi et al., 2018; Alsadaan and Ramadan, 2025). Το εύρημα αυτό συνάδει με την συστηματική ανασκόπηση που διεξήγαγαν οι Dakka et al. (2022), οι οποίοι αναφέρουν ότι οι δυσκολίες που σχετίζονται με διαδικασίες και οι χρονικοί περιορισμοί τίθενται ως φραγμός στην χρήση της ΠΒΕ. Οι Clarke et al. (2021), αναγνώρισαν στην μελέτη τα εμπόδια ενάντια στην ΠΒΕ, όπως η

έλλειψή χρόνου, ένα εργασιακό περιβάλλον που δεν υποστηρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό και η καθημερινή ρουτίνα.

Ένα άλλο αξιοσημείωτο εύρημα που προέκυψε μέσα από την ποιοτική έρευνα είναι οι διαφορετικές βαθμίδες εκπαίδευσης που υπάρχουν στην νοσηλευτική. Παρόλο που υπάρχει νομοθετημένο και θεσπισμένο καθηκοντολόγιο ανάλογα με την βαθμίδα εκπαίδευσης, στην Ελλάδα, συχνά παρατηρείται αδυναμία τήρησης, λόγω υποστελέχωσης. Σε αυτές τις περιπτώσεις το επίπεδο της γνώσης διαφέρει, με αποτέλεσμα τη μη εφαρμογή της ΠΒΕ. Σε ποιοτική μελέτη που διενεργήθηκε στη Κύπρο αναφέρθηκε ότι οι νοσηλευτές που υπολειπόταν σε γνώση αδυνατούσαν να κάνουν χρήση της ΠΒΕ (Pitsillidou, 2023).

Κατά την άποψη των νοσηλευτών, η έλλειψη κινήτρων και η απουσία παρακίνησης του προσωπικού από τους προϊστάμενους ή από τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης μειώνει το ενδιαφέρον τους, και τους οδηγεί σε αρνητική στάση απέναντι σε κάθε μορφή αλλαγής. Γενικότερα, επισημάνθηκε και συζητήθηκε εκτενώς το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας, βρίσκονται πολλές φορές αντιμέτωποι με συνάδελφους τους, οι οποίοι επιμένουν να είναι προσκολλημένοι σε παραδοσιακές πρακτικές και να αντιστέκονται σε κάθε νέα αλλαγή που προτείνεται. Το εύρημα αυτό το είχαν επισημάνει και οι Dakka et al. (2022), στην μελέτη τους, αναφέροντας ότι η αρνητική στάση και η αντίσταση στην αλλαγή παραμένει μια μεγάλη πρόκληση απέναντι στην ΠΒΕ. Στο ίδιο πλαίσιο, η έρευνα των Bianchi et al. (2018), υπογραμμίζει αντίστοιχες προκλήσεις καθώς αναφέρει ότι ο ρόλος της ηγεσίας στην ανάπτυξη κουλτούρα και ευνοϊκού κλίματος είναι καθοριστικός, για να ξεπεραστούν τέτοιου είδος δυσκολίες.

Μεταξύ των βασικών ευρημάτων της έρευνας περιλαμβάνεται και η έλλειψη γνώσης και τεχνικής πρόσβασης στην τεκμηριωμένη πληροφορία. Πολλοί από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι θα τους ενδιέφερε να ενημερωθούν για τα νέα δεδομένα, Ωστόσο, δεν έχουν τη γνώση και την αυτοπεποίθηση να διενεργήσουν μια βιβλιογραφική αναζήτηση και να αποτιμήσουν την πληροφορία που θα βρουν. Οι Al-Lenjawi et al. (2022), στην μελέτη τους ανέφεραν ότι το 54,2% των συμμετεχόντων ένιωθαν αβεβαιότητα για το εάν θα έπρεπε να αποδεχτούν τα αποτελέσματα μιας έρευνας, και το 58,6% δεν μπορούσε να κατανοήσει τα αποτελέσματα μιας στατιστικής

ανάλυσης. Το 2024 μέσω μιας συστηματικής ανασκόπησης που διεξήγαγαν οι Almutairi et al., αναφέρουν ότι έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία και λίστες ελέγχου που παρέχουν υποστηρικτικό ρόλο στην κριτική αποτίμηση της βιβλιογραφίας. Το εύρημα αυτό ενισχύεται και από την μελέτη (Buccheri and Sharifi, 2017). Αντίστοιχα, στην έρευνα των Pitsillidou et al. (2023), αναφέρεται μειωμένο επίπεδο γνώσεων των νοσηλευτών λόγω έλλειψης εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Σημαντική διαπίστωση έκαναν ,επίσης, οι Bianchi et al. (2018) μέσα από την έρευνα τους, καθώς αναφέρουν αδυναμία πρόσβασης των νοσηλευτών σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, λειτουργώντας ως ανασταλτικός παράγοντας στην τεκμηριωμένη πληροφορία.

Σημαντικές διαπιστώσεις προέκυψαν μέσα από την συγκεκριμένη έρευνα, μεταξύ των οποίων ένας από τους ανασταλτικούς παράγοντες στην εφαρμογή της ΠΒΕ, είναι το ιατροκεντρικό σύστημα υγείας που κυριαρχεί στο ελληνικό σύστημα υγείας. Πολλοί από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό νιώθει ότι δεν έχει την δυνατότητα ισότιμης συμμετοχής στην λήψη αποφάσεων και στην αξιοποίηση γνώσεων του με αυτονομία, καθώς το έργο του καθοδηγείται σε μεγάλο βαθμό από τους ιατρούς, με αποτέλεσμα την χαμηλή του αυτοπεποίθηση. Αρκετοί από τους συμμετέχοντες εξέφρασαν την ανάγκη τους για αυτονομία και ισότιμη συμμετοχή του νοσηλευτή στην διεπιστημονική ομάδα. Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν και από άλλες μελέτες, οι οποίες εντόπισαν ως κύρια εμπόδια την έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των γιατρών και νοσηλευτών (Alqahtani et al., 2022; Kassie et al., 2025). Σε έρευνα τους οι Alqahtani et al., (2022) αναφέρθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει περιορισμένη αυτονομία για την υιοθέτηση αλλαγών στην κλινική πράξη.

Τέλος, όπως προέκυψε από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, εκείνοι θα επιθυμούσαν ένα πιο ενεργητικό ρόλο από τη πλευρά των προϊστάμενων και διοικήσεων, διότι πολλές φορές λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας στην εφαρμογή της ΠΒΕ. Επιπλέον, υπογράμμισαν την σπουδαιότητα της εποπτείας, αλλά και της κατάλληλης υποστήριξης από την ηγεσία, για την ανάπτυξη ευνοϊκού κλίματος και καλλιέργειας κουλτούρας ως προς την ΠΒΕ. Οι δηλώσεις αυτές ευθυγραμμίζονται με τη μελέτη των Diriba et. al. (2024), που υποστηρίζουν ότι η ηγεσία μπορεί να επιδράσει, στην εφαρμογή της ΠΒΕ, ασκώντας θετική αλλά και αρνητική επιρροή. Στη μελέτη των Lovink et. al. (2022), υπογραμμίστηκε ότι οι ηγέτες διαδραματίζουν

καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη κουλτούρας ενός οργανισμού, καθώς θα πρέπει να ελαχιστοποιήσουν τα εμπόδια και να δώσουν όραμα στους νοσηλευτές (Yoo et al., 2019). Οι Melnyk et. al. (2021) υπογραμμίζουν ότι με την εφαρμογή μοντέλων μέσα στον οργανισμό, αλλά και τη καθοδήγηση μεντόρων είναι δυνατόν να επιτευχθεί η ενσωμάτωση της ΠΒΕ στη κλινική πράξη.

15.3 Ισχύς και περιορισμοί της μελέτης

Αξίζει να αναφερθεί ότι η παρούσα μελέτη αποτελεί μια πρωτότυπη ερευνητική προσπάθεια, καθώς εστιάζει σε ένα αντικείμενο που δεν έχει επαρκώς διερευνηθεί στον ελληνικό χώρο, την επάρκεια των νοσηλευτών ως προς την ΠΒΕ. Ιδιαίτερη σημασία έχει και η στάθμιση ενός έγκυρου και αξιόπιστου εργαλείου, κατάλληλου για χρήση σε ελληνόφωνο πληθυσμό, γεγονός που συμβάλλει στην ενίσχυσή της επιστημονικής τεκμηρίωσης και της μελλοντικής ερευνητικής αξιοποίησης του εργαλείου. Το συγκεκριμένο εργαλείο αποτελεί μια μοναδική προσέγγιση, καθώς αξιολογεί τη στάση, τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την εφαρμογή της ΠΒΕ από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η εγκυρότητα του επιβεβαιώθηκε μέσω της μεθόδου Επιβεβαιωτικής Παραγοντικής Ανάλυσης. Η μελέτη παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα, όπως ο πολυκεντρικός σχεδιασμός, που ενισχύει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων και η υιοθέτηση μικτής μεθοδολογίας με συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων, η οποία προσφέρει σφαιρικότερη κατανόηση του υπό διερεύνηση φαινομένου. Μεταξύ των περιορισμών της παρούσας μελέτης, συγκαταλέγεται ο συγχρονικός της χαρακτήρας, ο οποίος δεν επιτρέπει τη διερεύνηση αιτιολογικών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών. Επίσης, το ερωτηματολόγιο είναι αυτοσυμπληρούμενο και για το λόγο αυτό διατηρείται ένας βαθμός επιφυλακτικότητας ως προς τη ακρίβεια των απαντήσεων. Παρά ταύτα, η συλλογή δεδομένων από μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα, η εφαρμογή δειγματοληψίας ευκολίας από δέκα διαφορετικά νοσοκομεία σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές, μειώνει σημαντικά το μειονέκτημα αυτό. Τέλος, ο βαθμός δυσκολίας στην συλλογή του δείγματος ήταν αυξημένος διότι την περίοδο που

εκπονήθηκε η μελέτη, υπήρχαν περιοριστικά μέτρα λόγω της πανδημίας COVID-19, και η πρόσβαση στις υγειονομικές μονάδες ήταν περιορισμένη.

15.4 Προτάσεις για παρέμβαση και προοπτική χρήσης της ελληνικής εκδοχής του Ερωτηματολογίου Επάρκειας της ΠΒΕ για νοσηλευτές (EBP-COQ Prof)

Συμφώνα με τα διαθέσιμα ελληνικά βιβλιογραφικά δεδομένα δεν εντοπίζεται σαφής βιβλιογραφική αναφορά για τη μέτρηση και αξιολόγηση της επάρκειας των νοσηλευτών ως προς την ΠΒΕ. Το ερωτηματολόγιο αυτό, που χρησιμοποιήθηκε στη παρούσα μελέτη, έχει αναπτυχθεί και εφαρμοστεί στην Ισπανία με σκοπό την μέτρηση επιπέδου επάρκειας των νοσηλευτών στην ΠΒΕ και αποτίμηση των σχετικών δεδομένων. Η συμβολή του κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς συμβάλλει στον εντοπισμό δυνατών και αδύναμων σημείων για την εφαρμογή της ΠΒΕ με στόχο την εδραίωσή της στην καθημερινή κλινική πράξη (Ruzafa-Martínez et al., 2020).

Η εφαρμογή του συγκεκριμένου εργαλείου στην ελληνική πραγματικότητα δύναται να προσφέρει ουσιαστική υποστήριξη στους εκπαιδευτικούς, το νοσηλευτικό προσωπικό και στις διοικήσεις των υγειονομικών μονάδων, επιτρέποντας να αξιολογήσουν τις υπάρχουσες γνώσεις, στάση, δεξιότητες σχετικά με την ΠΒΕ. Παράλληλα, ενδέχεται να λειτουργήσει ως αφετηρία για το σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων που θα ενισχύσουν στην ανάπτυξη θετικής στάσης απέναντι στην ΠΒΕ, θα εμπλουτίσουν τις γνώσεις και δεξιότητες των επαγγελματιών, αλλά και θα προάγουν την εφαρμογή της ΠΒΕ (Lovink et al., 2022; Diriba and Tilahun, 2024; Li et al., 2025).

Οι παρεμβάσεις αυτές θα μπορούσαν να υλοποιηθούν μέσω από επιμορφωτικά σεμινάρια, την ενσωμάτωση σχετικών μαθημάτων στους οδηγούς σπουδών των πανεπιστημίων, τη διοργάνωση κλινικών φροντιστηρίων, αλλά και με την χρήση ψηφιακών εφαρμογών (Skela-Savič et al., 2020; Vaajoki et al., 2023; Miliara et al., 2024; Mohamed et al., 2024b; Koppolu et al., 2025). Εξίσου σημαντική είναι και η υιοθέτηση συστηματικών μοντέλων εφαρμογής της ΠΒΕ από τις υγειονομικές υπηρεσίες, μέσω των οποίων διασφαλίζεται η αξιοπιστία και η ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται (Cullen et al., 2022; Karim, Trower and Segre, 2024).

Η συστηματική χρήση του εν λόγω ερωτηματολογίου σε τακτά χρονικά διαστήματα, δύναται να αποτυπώσει την τρέχουσα κατάσταση στον ελλαδικό χώρο και να προσφέρει στους αρμόδιους φορείς τη δυνατότητα επαναξιολόγησης των εφαρμοσμένων πρακτικών, αλλά και εφαρμογής νέων πολιτικών στο χώρο της υγείας. Με αυτό τον τρόπο, καθίσταται εφικτός ο επαναπροσδιορισμός στρατηγικών, προσαρμοσμένων στις πραγματικές ανάγκες των επαγγελματιών υγείας.

Το ερωτηματολόγιο θεωρείται ένα εύχρηστο εργαλείο που κατά τη διανομή του και τη συμπλήρωση του δεν παρατηρήθηκαν προβλήματα. Η απλότητά του, σε συνδυασμό με τον περιορισμένο αριθμό δηλώσεων και τον σύντομο χρόνο που απαιτείται για την συμπλήρωσή του, καθιστούν το εργαλείο ευέλικτο και πρακτικό στην εφαρμογή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης κύριος σκοπός ήταν η διερεύνηση και εκτίμηση του επιπέδου επάρκειας των κλινικών νοσηλευτών, με επιμέρους στόχους την στάθμιση και πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof, την διερεύνηση της στάσης, των γνώσεων, των δεξιοτήτων και της εφαρμογής από τους νοσηλευτές ως προς την ΠΒΕ καθώς και η συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

Η συστηματική προσέγγιση που ακολουθήθηκε επέτρεψε την επιτυχή διερεύνηση όλων των ερευνητικών ερωτημάτων που είχαν τεθεί εξαρχής. Ο πρώτος στόχος που αφορούσε την στάθμιση και πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof, επιτεύχθηκε καθώς η ελληνική εκδοχή του EBP-COQ Prof αποτελεί ένα έγκυρο, αξιόπιστο και εύχρηστο εργαλείο, το οποίο αποτελεί σημαντικό εφόδιο στην αξιολόγηση της επάρκειας των νοσηλευτών στην Ελλάδα ως προς την ΠΒΕ, συμβάλλοντας σε μελλοντικές έρευνες που αφορούν την κατανόηση και την ανάπτυξη της εφαρμογή της. Για τη διαδικασία της αξιολόγησης της εγκυρότητας του εργαλείου δοκιμάστηκε σε ένα δείγμα κλινικών νοσηλευτών του εθνικού συστήματος υγείας σε

τέσσερις τομείς, όπως και στο αρχικό ερωτηματολόγιο. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι η επάρκεια των νοσηλευτών ορίζεται από τέσσερις τομείς: τη στάση, τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την εφαρμογή της ΠΒΕ, τομείς κρίσιμοι για την εφαρμογή τεκμηριωμένης πρακτικής στο πεδίο της Νοσηλευτικής.

Σε ότι αφορά τον δεύτερο στόχο, την διερεύνηση της στάσης των νοσηλευτών ως προς την ΠΒΕ, η παρούσα μελέτη υποστηρίζει ότι οι νοσηλευτές είναι αρκετά θετικοί απέναντι στην ΠΒΕ, καθώς αναγνωρίζουν την κεφαλαιώδη σημασία της για την ποιότητα φροντίδας να διασφαλίζεται μέσω αυτής. Παράλληλα, όσο αφορά την διερεύνηση των γνώσεων, δεξιοτήτων και την εφαρμογή, τα δεδομένα ανέδειξαν ότι, οι δεξιότητες που σχετίζονται με την ΠΒΕ καταγράφονται σε χαμηλότερα επίπεδα, ακολουθούμενες από τη γνώση και την εφαρμογή της στην καθημερινή πρακτική.

Αναφορικά με τη συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων με τις επιμέρους υποκλίμακες, φάνηκε ότι παράγοντες όπως το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, η ενασχόληση με τη συγγραφή ενός ερευνητικού άρθρου και το κάλο επίπεδο γνώσης ηλεκτρονικών υπολογιστών είναι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά την επάρκεια.

Επιπλέον, στη παρούσα μελέτη, μέσα από την εφαρμογή ποιοτικών μεθόδων, αναδείχθηκαν εμπειρικές όψεις και αντιλήψεις επιτρέποντας την εις βάθος κατανόηση του ζητήματος. Συγκεκριμένα υπογραμμίστηκε η αναγκαιότητα υιοθέτησης της ΠΒΕ στην κλινική πράξη, αφού υπογραμμίστηκαν από τους συμμετέχοντες τα πολλαπλά οφέλη από την εφαρμογή της αλλά και τα εμπόδια που οι ίδιοι αντιμετωπίζουν στην προσπάθεια εφαρμογής της.

Η περιορισμένη βιβλιογραφία στον ελλαδικό χώρο, αναφορικά με το συγκεκριμένο θέμα, αναδεικνύει την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις, οι οποίες θα λειτουργήσουν ως βάση για την προώθηση της τεκμηριωμένης πρακτικής. Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, προτείνεται η ανάπτυξη εκπαιδευτικών σεμιναρίων, διαδραστικών κλινικών φροντιστηρίων και η επικαιροποίηση των προγραμμάτων σπουδών με την ενσωμάτωση μαθημάτων σε προπτυχιακό, μεταπτυχιακό και διδακτορικό επίπεδο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η υιοθέτηση της Πρακτικής Βασισμένης σε Ενδείξεις στη καθημερινή κλινική πράξη από τους νοσηλευτές είναι υψίστης σημασίας, καθώς καθορίζει και διασφαλίζει την ποιότητα παροχής φροντίδας. Σε διεθνές επίπεδο έχει διενεργηθεί πλήθος μελετών με σκοπό την κατανόηση και διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ΠΒΕ. Ωστόσο, παρατηρείται έλλειμμα γνώσης αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την επάρκεια των νοσηλευτών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι πρωτίστως, η διερεύνηση και η εκτίμηση του επιπέδου επάρκειας των κλινικών νοσηλευτών σχετικά με την ΠΒΕ και την εφαρμογή της στην κλινική πράξη και δευτερευόντως, η πολιτισμική προσαρμογή και στάθμιση του Ερωτηματολογίου Εκτίμησης Επάρκειας Νοσηλευτών σχετικά με τη Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις (Questionnaire to Evaluate the Professional Registered Nurses' Competence regarding Evidence-Based Practice, EBP-COQ Prof) στην ελληνική γλώσσα.

Μεθοδολογία: Διεξήχθη μελέτη μεικτού σχεδιασμού, με δείγμα κλινικών νοσηλευτών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχικά, στο σκέλος της ποσοτικής μελέτης, διενεργήθηκε συγχρονική μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 473 νοσηλευτές από δέκα νοσοκομεία του ΕΣΥ, έξι στην 7η Υ.ΠΕ Κρήτης, τρία 1η και ένα στην 2η Υ.ΠΕ Αττικής . Έγινε μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof στην Ελληνική γλώσσα. Για τις ανάγκες τις στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε στο λογισμικό STATA και για την επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση το στατιστικό πακέτο SPSS 25.0. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας θεωρήθηκε το $p<0.05$. Έγινε διεξαγωγή ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας και υπολογισμός του δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha. Εφαρμόστηκαν δοκιμασίες One-way ANOVA and Pearson coefficient ,προκειμένου να συγκριθούν οι πιθανές διαφορές μεταξύ των μεταβλητών και εφαρμόστηκε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο

παλινδρόμησης για την διερεύνηση των χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Στην ποιοτική μέθοδο, διενεργήθηκαν έξι ατομικές συνεντεύξεις και δύο ομάδες εστίασης που συμπεριελάμβανε έξι άτομα η κάθε μία. Χρησιμοποιήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις, τα ευρήματα που προέκυψαν αναδύθηκαν μέσω της θεματικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ήταν αρκετά υψηλή, οι τιμές του Cronbach's alpha κυμάνθηκαν από 0,918 έως 0,952. Μέσα από την στατιστική ανάλυση προέκυψαν τέσσερις παράγοντες, η «Στάση των νοσηλευτών για ΠΒΕ», «Οι γνώσεις των νοσηλευτών για ΠΒΕ», «Οι ικανότητες των νοσηλευτών για ΠΒΕ» και τέλος «Η εφαρμογή της ΠΒΕ». Το τεστ Bartlett ήταν σημαντικό [χ 2 (595) = 16.483.308, p < 0,001] και ο δείκτης KMO ήταν 0,906. Η μέση τιμή των υποκλιμάκων της επάρκειας υπολογίστηκε: στάση 3,9 ± 0,6, γνώσεις 3,7 ± 0,6, δεξιότητες 3,1 ± 0,8 και εφαρμογή 3,4 ± 0,7. Μέσω της πολυμεταβλητής ανάλυσης παλινδρόμησης βρέθηκε ότι οι μεταβλητές όπως, μορφωτικό επίπεδο, η συγγραφή επιστημονικών άρθρων, η εργασία σε πανεπιστημιακή κλινική, οι δεξιότητες χειρισμού ηλεκτρονικού υπολογιστή επηρέασε θετικά τις υποκλίμακες. Μέσω της θεματικής ανάλυσης της ποιοτικής έρευνας ,προσδιορίστηκαν οι τέσσερις άξονες που χαρακτηρίζουν την επάρκεια, την στάση, την γνώση, τις δεξιότητες και την εφαρμογή.

Συμπεράσματα: Η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου EBP-COQ Prof αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο για την διερεύνηση της επάρκειας των νοσηλευτών στον ελλαδικό χώρο. Οι νοσηλευτές του ΕΣΥ-παρά το γεγονός ότι υιοθετούν θετική στάση απέναντι στην ΠΒΕ- δεν φαίνεται να διαθέτουν τα απαιτούμενα εφόδια για την εφαρμογή της. Κρίσιμο ρόλο θα διαδραματίσουν οι συντονισμένες προσπάθειες από την εκπαιδευτική κοινότητα, αλλά και από τους ίδιους τους φορείς που απασχολείται το νοσηλευτικό προσωπικό, έχοντας ως στόχο να εξαλείψουν τα εμπόδια και να αποδώσουν τα μέγιστα οφέλη από την εφαρμογή της ΠΒΕ.

Λέξεις κλειδιά: Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις, Επάρκεια, Στάση, Γνώση, Δεξιότητες, Εφαρμογή, Νοσηλευτές, Δημόσια Νοσοκομεία

ABSTRACT

Introduction: The adoption of Evidence-Based Practice in daily clinical practice by nurses is very important, as it determines and ensures the quality of care provision. Several studies have been conducted worldwide to understand and investigate the factors that influence EBP. However, the factors that influence the competence of nurses in the National Health System (NHS) in Greece have not been investigated.

Purpose: The purpose of the study is to investigate and assess the level of competence of clinical nurses regarding EBP and its application in clinical practice and, secondarily, the cultural translation and validation of the Questionnaire to Evaluate the Professional Registered Nurses' Competence regarding Evidence-Based Practice (EBP-COQ Prof) into the Greek language.

Methodology: A mixed-method design was conducted on a sample of clinical nurses of the National Health System. Initially, in a quantitative study, a cross-sectional study was conducted, in which 473 nurses from ten hospitals of the (NHS), six from 7th Health Region of Crete, three from 1st and one from 2nd Health Region of Attica, participated. The EBP-COQ Prof questionnaire was translated and validated into the Greek language. For the needs of statistical analysis, STATA software was used and confirmatory factor analysis, the SPSS 25.0 statistical package was used. The level of statistical significance was considered $p<0.05$. Psychometric properties of the scale and calculation of Cronbach's alpha reliability index were carried out. One-way ANOVA and Pearson coefficient tests were applied to compare possible differences between the variables, and a multivariate regression model was used to investigate the characteristics of the participants. In the qualitative method, six individual interviews were conducted as well as two focus groups consisting of six people each, and semi-structured questions were used. The findings emerged through thematic analysis.

Results: The internal consistency of the questionnaire was quite high, Cronbach's alpha value ranged from 0.918 to 0.952. From the statistical analysis, four factors emerged, "Nurses' attitude towards EBP", "Nurses' knowledge towards EBP", "Nurses' skills towards EBP" and finally "EBP implementation". The Bartlett test was significant [χ 2 (595) = 16,483,308, p < 0.001] and the KMO index was 0.906. The mean value of the proficiency subscales was calculated: attitudes 3.9 ± 0.6, knowledge 3.7 ± 0.6, skills 3.1 ± 0.8 and application 3.4 ± 0.7. Through multivariate regression analysis, it was found that variables such as educational level, writing scientific articles, working in a university clinic, and computer skills positively affected the subscales. Through the thematic analysis of qualitative research, the four axes that characterize competence were identified. Attitude, knowledge, skills, and implementation.

Conclusions: The Greek version of the questionnaire EBP-COQ Prof is a reliable tool for investigating the competence of nurses in Greece. The nurses of the National Health System have a positive attitude towards EBP but are not qualified with the necessary knowledge and skills for the implementation of EBP. Coordinated efforts will play a crucial role by the educational community, and the hospitals, to eliminate obstacles and provide maximum benefits from the implementation of EBP.

Keywords: Evidence-Based Practice, Competence, Attitude, Knowledge, Skills, Implementation, Nurses, Public Hospitals

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γαλάνης, Π. (2018). Ανάλυση δεδομένων στην ποιοτική έρευνα: Θεματική ανάλυση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(3), σσ. 416–421. Διαθέσιμο σε: https://www.mednet.gr/archives/2018-3/pdf/416.pdf

Ίσαρη, Φ. και Πουρκός, Μ. (2015). *Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας: Εφαρμογές στην ψυχολογία και την εκπαίδευση*. Αθήνα: Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. Διαθέσιμο σε: https://hdl.handle.net/11419/5826

Νανάκης, Κ. και Ουζούνη, Χ. (2008). Νοσηλευτική βασισμένη σε ενδείξεις: Μια νέα προοπτική για την Ελληνική Νοσηλευτική. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7(1), σσ. 1–5.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adamakidou, T. *et al.* (2023) 'Factors Related to Evidence-Based Practice among Community Nurses in Greece: A Cross-Sectional Study', *Healthcare*, 11(23), p. 3071. Available at: https://doi.org/10.3390/healthcare11233071.

Ahmed, R.M., Abdelwahab, E.A. and Mohammed, S.A. (2020) '*Effect of Evidence-Based Nursing Training Program on Head Nurses' Knowledge, Practice, and Attitudes'*.

Aishammari, Y.F.H. *et al.* (2020) 'Barriers and facilitators to evidence-based practice adoption among healthcare practitioners', *International journal of health & medical sciences*, 3(1), pp. 160–166. Available at: https://doi.org/10.21744/ijhms.v1n1.2259.

Al-Lenjawi, B. *et al.* (2022) 'Evidence-Based Practice among Critical Care Nurse's/Midwives in Qatar', *Open Journal of Nursing*, 12(01), pp. 42–59. Available at: https://doi.org/10.4236/ojn.2022.121004.

Almutairi, R. *et al.* (2024) 'Dissecting Through the Literature: A Review of the Critical Appraisal Process', *Cureus*. Available at: https://doi.org/10.7759/cureus.59658.

Alqahtani, J.M. *et al.* (2022) 'Barriers to Implementing Evidence-Based Practice among Primary Healthcare Nurses in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study', *Nursing Reports*, 12(2), pp. 313–323. Available at: https://doi.org/10.3390/nursrep12020031.

Alqahtani, N. *et al.* (2020) 'Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study, *Journal of Clinical Nursing'*, 29(1–2), pp. 274–283. Available at: https://doi.org/10.1111/jocn.15097.

Alruwaili, A.N. *et al.* (2025) 'Examining knowledge, attitudes, and implementation of evidence-based practice among nursing students: a multicenter cross-sectional study', *BMC Nursing*, 24(1), p. 309. Available at: https://doi.org/10.1186/s12912-025-02963-8.

Alsadaan, N. and Ramadan, O.M.E. (2025) 'Barriers and facilitators in implementing evidence-based practice: a parallel cross-sectional mixed methods study among nursing administrators', *BMC Nursing*, 24(1), p. 403. Available at: https://doi.org/10.1186/s12912-025-03059-z.

American Nurses Association (2010) *The Nursing Scope and Standards of Practice* . 2nd ed. Silver Spring, MD: Nursesbooks.org.

Atalla, A.D.G., El-Ashry, A.M. and Mohamed, S.M.S. (2025) 'The relationship between evidence-based practices' facilitators and barriers among nurses and their competencies: self-efficacy as a mediator', *BMC Nursing*, 24(1), p. 458. Available at: https://doi.org/10.1186/s12912-025-02896-2.

Aynalem, Z.B., Yazew, K.G. and Gebrie, M.H. (2021) 'Evidence-based practice utilization and associated factors among nurses working in Amhara Region Referral Hospitals, Ethiopia', *PLoS ONE*, 16(3 March), pp. 1–15. Available at: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248834.

Ayoubian, A. *et al.* (2020) 'Evaluation of Facilitators and Barriers to Implementing Evidence-Based Practice in the Health Services: A Systematic Review', *Galen Medical Journal*, 9, p. 1645. Available at: https://doi.org/10.31661/gmj.v9i0.1645.

Ayre, J. and McCaffery, K.J. (2022) 'Research Note: Thematic analysis in qualitative research, *Journal of Physiotherapy*', 68(1), pp. 76–79. Available at: https://doi.org/10.1016/j.jphys.2021.11.002.

Baillie, L. *et al.* (2019) 'Research and Evidence-Based Practice: The Nurse's Role, in *Advanced Practice in Endocrinology Nursing'*. Springer International Publishing, pp. 1321–1337. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-319-99817-6_69.

Bianchi, M. *et al.* (2018) 'A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice, *Journal of Nursing Management'*, 26(8), pp. 918–932. Available at: https://doi.org/10.1111/jonm.12638.

Buccheri, R.K. and Sharifi, C. (2017) 'Critical Appraisal Tools and Reporting Guidelines for Evidence-Based Practice', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(6), pp. 463–472. Available at: https://doi.org/10.1111/wvn.12258.

Chan, R.J. *et al.* (2023) 'From Evidence-Based Practice to Knowledge Translation: What Is the Difference? What Are the Roles of Nurse Leaders?', *Seminars in Oncology Nursing*, 39(1). Available at: https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151363.

Chen, L. *et al.* (2020) 'Value, knowledge and implementation on evidence-based practice among nurse managers in china: A regional cross-sectional survey', *Journal of Nursing Management*, 28(1), pp. 139–147. Available at: https://doi.org/10.1111/jonm.12907.

Chen, L. *et al.* (2021) 'Construction of evidence-based practice competencies for nurses in China: A modified Delphi study', *Nurse Education Today*, 102(1838), p. 104927. Available at: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104927.

Cheng, L.-C. *et al.* (2024) 'Factors Associated with Evidence-Based Practice Competencies among Taiwanese Nurses: A Cross-Sectional Study, *Healthcare'*, 12(9), p. 906. Available at: https://doi.org/10.3390/healthcare12090906.

Clarke, V. (2021) '*Nurse Practitioners' Implementation of Evidence-Based Practice Into Routine Care: A Scoping Review'*, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Available at: https://doi.org/10.1111/(ISSN)1741-6787.

Cleyle, S. and Booth, A. (2006) 'Clear and present questions: Formulating questions for evidence based practice', *Library Hi Tech*, 24(3), pp. 355–368. Available at: https://doi.org/10.1108/07378830610692127.

Connor, L. *et al.* (2017) 'Measuring Nurses' Value, Implementation, and Knowledge of Evidence-Based Practice: Further Psychometric Testing of the Quick-EBP-VIK Survey', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(1), pp. 10–21. Available at: https://doi.org/10.1111/wvn.12190.

Cook, S.C., Schwartz, A.C. and Kaslow, N.J. (2017) 'Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges', *Neurotherapeutics*. Springer New York LLC, pp. 537–545. Available at: https://doi.org/10.1007/s13311-017-0549-4.

Cooke, A., Smith, D. and Booth, A. (2012) 'Beyond PICO: The SPIDER tool for qualitative evidence synthesis, *Qualitative Health Research'*, 22(10), pp. 1435–1443. Available at: https://doi.org/10.1177/1049732312452938.

Creswell, J.W.& P.C.V.L. (2007) '*Designing and Conducting Mixed Methods Research'*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Cullen, L. *et al.* (2022) 'Iowa Implementation for Sustainability Framework, *Implementation Science'*, 17(1). Available at: https://doi.org/10.1186/s13012-021-01157-5.

Dagne, A.H. and Beshah, M.H. (2021) 'Implementation of evidence-based practice: The experience of nurses and midwives', *PLoS ONE*, 16(8 August). Available at: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256600.

Dakka, F.J. (2022) 'Nurses Barriers to Evidence-Based Practice in Palliative Care: A Systematic Review', *SAGE Open Nursing*, 8. Available at: https://doi.org/10.1177/23779608221142957.

Dalheim, A. *et al.* (2012) 'Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey'., *BMC health services research*, 12, p. 367. Available at: https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-367.

Dearholt, L.S. and Dang, D. (2012) '*Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice: Model and Guidelines'*. 2nd ed. Sigma Theta Tau International.

Denzin, N.K. (2017) '*The Research Act'*. Routledge. Available at: https://doi.org/10.4324/9781315134543.

Diriba, D.C. and Tilahun, T. (2024) 'Nurses' perception of the hospitals' culture and readiness of evidence-based practise integration in the hospital's system in western Ethiopia', *BMC Nursing*, 23(1). Available at: https://doi.org/10.1186/s12912-024-01741-2.

Dolansky, M. and Moore, S. (2013) 'Quality and Safety Education for Nurses (QSEN): The Key is Systems Thinking', *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(3). Available at: https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol18No03Man01.

Dolezel, J. *et al.* (2021) 'Core Evidence-Based Practice Competencies and Learning Outcomes for European Nurses: Consensus Statements', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(3), pp. 226–233. Available at: https://doi.org/10.1111/wvn.12506.

Dusin, J., Melanson, A. and Mische-Lawson, L. (2023) 'Evidence-based practice models and frameworks in the healthcare setting: A scoping review', *BMJ Open*, 13(5). Available at: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071188.

Edmonds, W.A. and Kennedy, T.D. (2017) '*An Applied Guide to Research Designs: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods'*. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 : SAGE Publications, Inc. Available at: https://doi.org/10.4135/9781071802779.

Ejheisheh, M.A. *et al.* (2025) 'Assessing knowledge, attitudes, and skills toward evidence-based practice among Palestinian nursing students', *BMC Nursing*, 24(1), p. 282. Available at: https://doi.org/10.1186/s12912-025-02927-y.

Elsheikh, R. *et al.* (2023) 'The role of nursing leadership in promoting evidence-based nursing practice', *Journal of Professional Nursing*. W.B. Saunders, pp. 93–98. Available at: https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2023.06.007.

Erfina, E. *et al.* (2025) Translation and psychometric validation of the Evidence-Based Practice Competency Questionnaire for Registered Nurses (EBP-COQ Prof©) in Bahasa Indonesia, *Applied Nursing Research*, 81, p. 151881. Available at: https://doi.org/10.1016/j.apnr.2024.151881.

Falcó-Pegueroles, A. *et al.* (2021) 'Critical thinking in nursing clinical practice, education and research: From attitudes to virtue', *Nursing Philosophy*, 22(1). Available at: https://doi.org/10.1111/nup.12332.

Farokhzadian, J., Khajouei, R. and Ahmadian, L. (2015) 'Evaluating factors associated with implementing evidence-based practice in nursing, *Journal of Evaluation in Clinical Practice'*, 21(6), pp. 1107–1113. Available at: https://doi.org/10.1111/jep.12480.

Faul, F. *et al.* (2007) 'G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences', *Behavior Research Methods*, 39(2), pp. 175–191. Available at: https://doi.org/10.3758/BF03193146.

Fervers, B., Carretier, J. and Bataillard, A. (2010) 'Clinical practice guidelines., *Journal of visceral surgery'*. Available at: https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2010.10.010.

Finn, P. (2011) 'Critical Thinking: Knowledge and Skills for Evidence-Based Practice, *Language, Speech, and Hearing Services in Schools'*, 42(1), pp. 69–72. Available at: https://doi.org/10.1044/0161-1461(2010/09-0037).

Fu, L. *et al.* (2020) 'Evidence-Based Practice Competency and Related Factors Among Nurses Working in Public Hospitals', *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57. Available at: https://doi.org/10.1177/0046958020927876.

Gallagher-Ford, L. (2012) 'Advanced practice nurses use role modelling, teaching, clinical problem solving and change facilitation to promote evidence-based practice among clinical staff nurses', *Evidence-Based Nursing*, pp. 55–56. Available at: https://doi.org/10.1136/ebnurs.2011.100382.

Gignac, G.E. (2009) 'Partial confirmatory factor analysis: described and illustrated on the NEO-PI-R, *Journal of personality assessment'*, 91(1), pp. 40–47. Available at: https://doi.org/10.1080/00223890802484126.

Haynes, R.B. *et al.* (1997) 'Evidence-based medicine: How to practice & teach EBM', *Canadian Medical Association. Journal*, 157(6), p. 788.

den Hertog, R. and Niessen, T. (2021) 'Taking into account patient preferences in personalised care: Blending types of nursing knowledge in evidence-based practice', *Journal of Clinical Nursing*, 30(13–14), pp. 1904–1915. Available at: https://doi.org/10.1111/jocn.15743.

Heydari, A. *et al.* (2014) 'A Study of Iranian Nurses' and Midwives' Knowledge, Attitudes, and Implementation of Evidence-Based Practice: The Time for Change Has Arrived', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(5), pp. 325–331. Available at: https://doi.org/10.1111/wvn.12052.

Guidelines International Network (no date) *Guidelines international Network*. Available at: *https://g-i-n.net/* (Accessed 5 September 2024).

American Psychological Association (no date) *APA PsycInfo*. Available at: *https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo* (Accessed: 5 September 2024).

Cochrane (no date) *About the Conchrane Databased of Systematic Reviews*. Available at: *https://www.cochranelibrary.com/cdsr/about-cdsr* (Accessed: 5 Semptember 2024).

EBSCO (no date) *CINAHL Databased.* Available at: *https://www.ebsco.com/products/research-databases/cinahl-database* (Accessed: 5 September 2024).

Elsevier (no date) *Embase*. Available at: *https://www.elsevier.com/products/embase* (Accessed: 5 September 2024).

Mapi Institute (2020) *MAPI Research Trust*. Available at: *https://www.mapi-institute.com/* (Accessed: 25 January 2024).

U.S. National Library of Medicine (no date) *MEDLINE Overview*. Available at: *https://www.nlm.nih.gov/medline/medline_overview.html* (Accessed: 5 September 2024).

Elsevier (no date) *Scopous.* Available at: *https://www.scopus.com/* (Accessed: 5 September 2024).

Trip Database (no date) *About TRIP*. Available at: *https://www.tripdatabase.com/About* (Accessed: 5 September 2024).

Hu, S. *et al.* (2025) Organizational evidence-based practice culture, implementation leadership, and nurses: A bidirectional mediation model, *International Nursing Review*, 72(2). Available at: https://doi.org/10.1111/inr.13054.

Institute of Medicine (2001) *Crossing the Quality Chasm*. Washington, D.C.: National Academies Press. Available at: https://doi.org/10.17226/10027.

Iowa Model Collaborative, Buckwalter, K.C., Cullen, L., Hanrahan, K., Kleiber, C., McCarthy, A.M., Rakel, B., Steelman, V., Tripp-Reimer, T. and Tucker, S. (2017) 'Iowa Model of Evidence-Based Practice: Revisions and Validation', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(3), pp. 175–182. doi: 10.1111/wvn.12223.

Jylhä, V. *et al.* (2017) '*Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region'*. Available at: http://www.euro.who.int/pubrequest.

Kamper, S.J. (2019) 'Generalizability: Linking evidence to practice, *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy'*. Movement Science Media, pp. 45–46. Available at: https://doi.org/10.2519/jospt.2020.0701.

Karim, K., Trower, S. and Segre, L.S. (2024) 'The use of a nursing implementation framework to enhance the uptake of an evidence-based intervention', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 21(6), pp. 644–651. Available at: https://doi.org/10.1111/wvn.12755.

Kassie, M. *et al.* (2025) 'Evidence-based practice utilization and associated factors among nurses in the emergency department of selected public hospitals, Addis Ababa, Ethiopia, 2024:

cross-sectional study', *BMC Health Services Research*, 25(1), p. 628. Available at: https://doi.org/10.1186/s12913-025-12810-w.

Koppolu, R. *et al.* (2025) 'Developing and evaluating an introduction to evidence-based practice course for staff in a pediatric hospital setting', *Journal of Pediatric Nursing* [Preprint]. Available at: https://doi.org/10.1016/j.pedn.2025.04.004.

Koschel, A. *et al.* (2012) Research and evidence based practice in a rural Victorian cohort, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 30(2), pp. 13–19.

Kring, D.L. (2008) 'Clinical nurse specialist practice domains and evidence-based practice competencies: a matrix of influence', *Clinical Nurse Specialist*, 22(4), pp. 179–183. doi: 10.1097/01.NUR.0000311706.38404.cf.

Kyriakoulis, K. *et al.* (2016) 'Educational strategies for teaching evidence-based practice to undergraduate health students: systematic review', *Journal of educational evaluation for health professions*, p. 34. Available at: https://doi.org/10.3352/jeehp.2016.13.34.

Labrague, L.J. *et al.* (2019) 'A Multicountry Study on Nursing Students' Self-Perceived Competence and Barriers to Evidence-Based Practice', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), pp. 236–246. Available at: https://doi.org/10.1111/wvn.12364.

Lehane, E. *et al.* (2019) 'Evidence-based practice education for healthcare professions: An expert view', *BMJ Evidence-Based Medicine*. BMJ Publishing Group, pp. 103–108. Available at: https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111019.

Leung, K., Trevena, L. and Waters, D. (2014) 'Systematic review of instruments for measuring nurses' knowledge, skills and attitudes for evidence-based practice', *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), pp. 2181–2195. Available at: https://doi.org/10.1111/jan.12454.

Leung, K., Trevena, L. and Waters, D. (2016) 'Development of a competency framework for evidence-based practice in nursing', *Nurse Education Today*, 39, pp. 189–196. Available at: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.026.

Leung, K., Trevena, L. and Waters, D. (2018) 'Content validation of the evidence-based nursing practice assessment tool', *Nurse Researcher*. RCN Publishing Company Ltd., pp. 33–40. Available at: https://doi.org/10.7748/nr.2018.e1544.

Li, C., Li, L. and Wang, Z. (2022) 'Knowledge, attitude and behaviour to evidence-based practice among psychiatric nurses: A cross-sectional survey', *International Journal of Nursing Sciences*, 9(3), pp. 343–349. Available at: https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.06.016.

Li, J. *et al.* (2025) 'Correlations Between Leadership, Self-Efficacy, and Evidence-Based Practice Competency in Nursing in a Chinese Tertiary Hospital', *Risk Management and Healthcare Policy*, Volume 18, pp. 999–1009. Available at: https://doi.org/10.2147/RMHP.S500221.

Liu, M. *et al.* (2021) 'A multi-dimensional EBP educational program to improve evidence-based practice and critical thinking of hospital-based nurses: Development, implementation, and preliminary outcomes', *Nurse Education in Practice*, 52. Available at: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102964.

Lovink, M.H. *et al.* (2022) 'Developing an Evidence-Based Nursing Culture in Nursing Homes: An Action Research Study', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). Available at: https://doi.org/10.3390/ijerph19031733.

Pitsillidou, M., Noula, M., Roupa, Z. and Farmakas, A. (2023) 'Barriers to the adoption of evidence-based practice in nursing: a focus group study', *Acta Informatica Medica*, 31(4), pp. 306–311. doi: 10.5455/aim.2023.31.306-311.

Megersa, Y. *et al.* (2023) 'Evidence-based practice utilisation and its associated factors among nurses working at public hospitals in West Shoa zone, central Ethiopia: A cross-sectional study', *BMJ Open*, 13(1). Available at: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063651.

Melnyk, B.M. (2012) 'Achieving a high-reliability organization through implementation of the ARCC model for systemwide sustainability of evidence-based practice', *Nursing Administration Quarterly*, 36(2), pp. 127–135. Available at: https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e318249fb6a.

Melnyk, B.M. *et al.* (2014) 'The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), pp. 5–15. Available at: https://doi.org/10.1111/wvn.12021.

Melnyk, B.M. *et al.* (2021) 'Evidence-Based Practice Culture and Mentorship Predict EBP Implementation, Nurse Job Satisfaction, and Intent to Stay: Support for the ARCC© Model', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(4), pp. 272–281. Available at: https://doi.org/10.1111/wvn.12524.

Melnyk, B.M. and Fineout-Overholt, E. (2011) *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

Melnyk, B.M. and Fineout-Overholt, E. (2019) *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. 4th Eds.

Miliara, E. *et al.* (2024) 'Evaluation of Evidence-Based Practice Competency among Greek Undergraduate Nursing Students', *Healthcare*, 12(18), p. 1811. Available at: https://doi.org/10.3390/healthcare12181811.

Mohamed, R.A. *et al.* (2024a) 'Exploring the potential impact of applying web-based training program on nurses' knowledge, skills, and attitudes regarding evidence-based practice: A quasi-experimental study', *PLOS ONE*, 19(2), p. e0297071. Available at: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297071.

Mohamed, R.A. *et al.* (2024b) 'Nurses' experiences and perspectives regarding evidence-based practice implementation in healthcare context: A qualitative study', *Nursing Open*, 11(1). Available at: https://doi.org/10.1002/nop2.2080.

Mozafarpour, S. *et al.* (2011) 'Evidence-based medical practice in developing countries: The case study of Iran', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), pp. 651–656. Available at: https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01642.x.

Mühlbacher, A.C. and Juhnke, C. (2013) 'Patient preferences versus physicians' judgement: Does it make a difference in healthcare decision making?', *Applied Health Economics and Health Policy*, pp. 163–180. Available at: https://doi.org/10.1007/s40258-013-0023-3.

Newhouse, R.P., Dearholt, S., Poe, S., Pugh, L.C. and White, K.M. (2007) 'Organizational change strategies for evidence-based practice', *Journal of Nursing Administration*, 37(12), pp. 552–557. doi: 10.1097/01.NNA.0000302384.91366.8f.

Ozdemir, C. *et al.* (2025) 'Effect of evidence-based nursing practices on individualised care: A cross-sectional descriptive study', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 31(1). Available at: https://doi.org/10.1111/jep.14154.

Paci, M. *et al.* (2021) 'Barriers to evidence-based practice implementation in physiotherapy: A systematic review and meta-analysis', *International Journal for Quality in Health Care*. Oxford University Press. Available at: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab093.

Patelarou, A. *et al.* (2021) 'Validation of the Evidence-Based Practice Competence Questionnaire for Nursing Students: A Cross-Sectional Study in Greece', *Nursing Reports*, 11(4), pp. 765–774. Available at: https://doi.org/10.3390/nursrep11040073.

Patelarou, A. E. *et al.* (2017a) 'Approaches to teach evidence-based practice among health professionals: An overview of the existing evidence', *Advances in Medical Education and Practice*. Dove Medical Press Ltd, pp. 455–464. Available at: https://doi.org/10.2147/AMEP.S134475.

Patelarou, A. E. *et al.* (2017b) 'Attitudes, knowledge and perceptions of psychiatric nurses about evidence-based practice', *Archives of Hellenic Medicine*. BETA Medical Publishers Ltd, pp. 636–642.

Patelarou, A.E., Laliotis, A., Brokalaki, H., Petrakis, J., Dafermos, V. and Koukia, E. (2017c) 'Readiness for and predictors of evidence base practice in Greek healthcare settings', *Applied Nursing Research*, 35, pp. 64–70. doi: 10.1016/j.apnr.2017.02.003.

Patil, K. *et al.* (2024) 'Study Protocol on "A study to assess the effectiveness of an Evidence-Based Practice educational program on clinical nurses' EBP & Critical Thinking Skill

competencies" at HMC, Qatar-Pre-post Design.', *Educational Administration: Theory and Practice* [Preprint]. Available at: https://doi.org/10.53555/kuey.v29i4.5979.

Paudel, K. and Lawot, I. (2018) 'Perceived Barriers to Use of Evidence Based Practices among Nurses of a Teaching Hospital', 7(2), pp. 29–35. Available at: https://doi.org/10.9790/1959-0702022935.

Paul, F. *et al.* (2016) 'The development and content validity testing of the Quick-EBP-VIK: A survey instrument measuring nurses' values, knowledge and implementation of evidence-based practice', *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(5). Available at: https://doi.org/10.5430/jnep.v6n5p118.

Pérez-Campos, M.A., Sánchez-García, I. and Pancorbo-Hidalgo, P.L. (2014) 'Knowledge, Attitude and Use of Evidence-Based Practice among nurses active on the Internet', *Investigación y educación en enfermería*, 32(3), pp. 451–460. Available at: https://doi.org/10.1590/S0120-53072014000300010.

Polit, D.F. and Beck, C.T. (2006) 'The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations', *Research in nursing & health*, 29(5), pp. 489–497. Available at: https://doi.org/10.1002/NUR.20147.

Portela Dos Santos, O. *et al.* (2022) 'Effectiveness of Educational Interventions to Increase Skills in Evidence-Based Practice among Nurses: The EDITcare Systematic Review', *Healthcare (Switzerland)*. MDPI. Available at: https://doi.org/10.3390/healthcare10112204.

Profetto-McGrath, J. (2005) 'Critical thinking and evidence-based practice', *Journal of Professional Nursing*, 21(6), pp. 364–371. Available at: https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.10.002.

Ramos-Morcillo, A.J. *et al.* (2021) 'Evidence-based practice nurses' competency: Spanish national survey and establishment of a scale of the EBP-COQ-Prof©', *Journal of Nursing Management*, 29(4), pp. 794–804. Available at: https://doi.org/10.1111/jonm.13220.

Rengerink, K.O. *et al.* (2013) 'Tools to assess Evidence-Based Practice behaviour among healthcare professionals', *Evidence-Based Medicine*, pp. 129–138. Available at: https://doi.org/10.1136/eb-2012-100969.

Rosswurm, M.A. and Larrabee, June H. (1999) 'A Model for Change to Evidence-Based Practice', *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), pp. 317–322. Available at: https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x.

Ruzafa-Martinez, M. *et al.* (2013) 'Development and validation of the competence in evidence based practice questionnaire (EBP-COQ) among nursing students', *BMC Medical Education*, 13(1), p. 1. Available at: https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-19.

Ruzafa-Martínez, M. *et al.* (2016) 'Effectiveness of an evidence-based practice (EBP) course on the EBP competence of undergraduate nursing students: A quasi-experimental study', *Nurse Education Today*, 38, pp. 82–87. Available at: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.012.

Ruzafa-Martínez, M. *et al.* (2020) 'Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof©): Development and Psychometric Validation', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(5), p. 366. Available at: https://doi.org/10.1111/WVN.12464.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B. and Richardson, W.S. (1996) 'Evidence based medicine: what it is and what it isn't', *BMJ*, 312(7023), pp. 71–72. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71.

Sadeghi-Bazargani, H., Tabrizi, J.S. and Azami-Aghdash, S. (2014) 'Barriers to evidence-based medicine: A systematic review', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, pp. 793–802. Available at: https://doi.org/10.1111/jep.12222.

Saleh, A.M. (2023) 'Jordanian nurses' knowledge of evidence-based practice', *Rawal Medical Journal*, 48(1), pp. 224–227. doi: 10.5459/rmj.202212201044706.

Sandström, B. *et al.* (2011) 'Promoting the Implementation of Evidence-Based Practice: A Literature Review Focusing on the Role of Nursing Leadership', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(4), pp. 212–223. Available at: https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2011.00216.x.

Saunders, H. and Vehviläinen-Julkunen, K. (2015) 'The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review', *International Journal of Nursing Studies*, 56, pp. 128–140. Available at: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.018.

Saunders, H. and Vehviläinen-Julkunen, K. (2017) 'Nurses' Evidence-Based Practice Beliefs and the Role of Evidence-Based Practice Mentors at University Hospitals in Finland', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(1), pp. 35–45. Available at: https://doi.org/10.1111/wvn.12189.

Schetaki, S. *et al.* (2022) 'Translation and Validation of the Greek Version of the Evidence-Based Practice Competency Questionnaire for Registered Nurses (EBP-COQ Prof©)', *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 12(4), pp. 693–707. Available at: https://doi.org/10.3390/NURSREP12040069.

Schiavenato, M. and Chu, F. (2021) 'PICO: What it is and what it is not', *Nurse Education in Practice*. Elsevier Ltd. Available at: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103194.

Shaneyfelt, T. *et al.* (2006) 'Instruments for evaluating education in evidence-based practice: A systematic review', *Journal of the American Medical Association*, pp. 1116–1127. Available at: https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1116.

Skela-Savič, B. *et al.* (2020) 'Teaching evidence-based practice (EBP) in nursing curricula in six European countries—A descriptive study', *Nurse Education Today*, 94. Available at: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104561.

Tindall, L. (2009) 'J.A. Smith, P. Flower and M. Larkin (2009), *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research.* London: Sage', *Qualitative Research in Psychology*, 6(4), pp. 346–347. doi: 10.1080/14780880903340091.

Stetler, C.B. (2001) 'Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice', *Nursing Outlook*, 49(6), pp. 272–279. Available at: https://doi.org/10.1067/mno.2001.120517.

Stevens, K.R. (2005) *Essential competencies for evidence-based practice in nursing*. San Antonio, TX: Academic Center for Evidence-Based Practice, University of Texas Health Science Center at San Antonio (UTHSCSA).

Stokke, K. *et al.* (2014) 'Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: A cross-sectional study', *BMC Nursing*, 13(1). Available at: https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-8.

Tajafari, M. and Fanoodi, N. (2025) 'From knowledge management to evidence-based practice among nurses: a structural equation modeling study', *BMC Nursing*, 24(1), p. 307. Available at: https://doi.org/10.1186/s12912-025-02971-8.

Terwee, C.B. *et al.* (2007) 'Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires', *Journal of clinical epidemiology*, 60(1), pp. 34–42. Available at: https://doi.org/10.1016/J.JCLINEPI.2006.03.012.

Tomotaki, A., Fukahori, H. and Sakai, I. (2020) 'Exploring sociodemographic factors related to practice, attitude, knowledge, and skills concerning evidence-based practice in clinical nursing', *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1). Available at: https://doi.org/10.1111/jjns.12260.

Tucker, S. *et al.* (2021) *Implementation Science: Application of Evidence-Based Practice Models to Improve Healthcare Quality*, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Available at: https://doi.org/10.1111/(ISSN)1741-6787.

Upton, D. and Upton, P. (2006) 'Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses', *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), pp. 454–458. Available at: https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x.

Vaajoki, A. *et al.* (2023) 'Systematic education has a positive impact on nurses' evidence-based practice: Intervention study results', *Nurse Education Today*, 120, p. 105597. Available at: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105597.

Välimäki, T., Partanen, P. and Häggman-Laitila, A. (2018) *An Integrative Review of Interventions for Enhancing Leadership in the Implementation of Evidence-Based Nursing*, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. Available at: https://doi.org/10.1111/(ISSN)1741-6787.

Warrick, D.D. (2017) 'What leaders need to know about organizational culture', *Business Horizons*, 60(3), pp. 395–404. Available at: https://doi.org/10.1016/j.bushor.2017.01.011.

Yoo, J.Y. *et al.* (2019) 'Clinical nurses' beliefs, knowledge, organizational readiness and level of implementation of evidence-based practice: The first step to creating an evidence-based practice culture', *PLoS ONE*, 14(12), pp. 1–15. Available at: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226742.