



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ & ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
(Δ.Π.Μ.Σ.)  
“ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ”

Διπλωματική εργασία

Η εγγραματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth Literacy)  
φοιτητών επιστημών υγείας

Τρισεύγενη Τραντάλη, Κοινωνιολόγος

ΑΘΗΝΑ, 2022

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth Literacy) είναι μία απαραίτητη δεξιότητα για την αναζήτηση, κατανόηση και αξιολόγηση πληροφοριών υγείας από ηλεκτρονικές πηγές και για την εφαρμογή των αποκτηθέντων γνώσεων, για τη διευθέτηση ή τη λύση προβλημάτων υγείας. Ωστόσο, σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες, ο γενικός πληθυσμός δεν κατέχει την προαναφερθείσα απαιτούμενη δεξιότητα. Συνεπώς, οι φοιτητές επιστημών υγείας, ως μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας, πρέπει να μπορούν να καθοδηγούν και να διευκολύνουν τον γενικό πληθυσμό. Ιδιαίτερα στην Ελλάδα, το συγκεκριμένο αντικείμενο δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση του επιπέδου της υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (perceived eHealth Literacy level) των προπτυχιακών φοιτητών επιστημών υγείας στην Ελλάδα.

**Μεθοδολογία:** Συγχρονική μελέτη παρατήρησης που διεξήχθη διαδικτυακά. Τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν όλοι οι προπτυχιακοί φοιτητές επιστημών υγείας σε Πανεπιστήμια στην Ελλάδα. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της παθητικής στρατολόγησης, μέσω ανάρτησης της πρόσκλησης συμμετοχής σε σελίδες και ομάδες στην πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης του Facebook (<https://www.facebook.com/>). Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε διαδικτυακά μέσω ανώνυμου ερωτηματολογίου αυτο-συμπλήρωσης. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 29 στοιχεία βασισμένα σε σταθμισμένα εργαλεία (κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, σημαντικότητα των πηγών πληροφοριών υγείας, χαρακτηριστικά της χρήσης Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.), κλίμακα eHEALS). Πραγματοποιήθηκε ποσοτική ανάλυση με το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 26. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0.05.

**Αποτελέσματα:** Στο δείγμα (N=113) η διάμεσος τιμή της ηλικίας ήταν τα 22 έτη και η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (81.4%). Οι συμμετέχοντες προέρχονταν από Πανεπιστήμια της Αττικής (79.6%), φοιτούσαν στα Τμήματα Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας (32.7%), Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας (29.2%), Ιατρικής & Οδοντιατρικής (28.3%) ή Φαρμακευτικής (9.7%) και το 30% βρίσκονταν στο 2<sup>ο</sup> Έτος φοίτησης. Το 66.4% θεωρούσε ως σημαντικότερη πηγή πληροφοριών υγείας τα βιβλία, τις ιατρικές εγκυκλοπαίδειες και τα φυλλάδια, ενώ ακολουθούσαν η απευθείας πρόσβαση πρόσωπο-με-πρόσωπο με τους επαγγελματίες υγείας (65.5%) και το Διαδίκτυο (61.1%). Η πλειοψηφία είχε κινητό τηλέφωνο (99.1%) και χρησιμοποιούσε εφαρμογές κινητής υγείας (67.3%). Όλοι (100%) είχαν ιδιωτική σύνδεση με το Διαδίκτυο στο σπίτι και διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Η μέση τιμή του eHEALS σκορ ήταν 31.9. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στο eHEALS σκορ βάσει Φύλου, Έτους φοίτησης ή Χρήσης εφαρμογών κινητής υγείας. Ωστόσο, υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στο eHEALS σκορ βάσει του Τμήματος φοίτησης ( $p=0.009$ ), καθώς το μέσο eHEALS σκορ των φοιτητών στην Ιατρική & Οδοντιατρική ήταν υψηλότερο από αυτό στις Άλλες Επιστήμες Υγείας και Πρόνοιας. Η πλειοψηφία θεωρούσε χρήσιμο το Διαδίκτυο στη λήψη αποφάσεων υγείας (52.3%) και σημαντική την πρόσβαση σε πηγές υγείας στο Διαδίκτυο (88.5%), αλλά δεν αισθάνονταν άνετα να συμμετάσχουν σε μία διαδικτυακή ομάδα συζήτησης για την υγεία (34.5%).

**Συμπεράσματα:** Είναι η πρώτη έρευνα που μέτρησε την υποκειμενική εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία των προπτυχιακών φοιτητών επιστημών υγείας στην Ελλάδα. Λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης δεν μπορούν να γενικευτούν. Ωστόσο, βάσει των δεδομένων που προέκυψαν, τα Πανεπιστήμια θα μπορούσαν να διαμορφώσουν τα προγράμματα σπουδών τους, εστιάζοντας στις πρακτικές δεξιότητες εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία και στην κριτική σκέψη, με στόχο την εκπαίδευση των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας.

**Λέξεις-κλειδιά:** Εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία, eHEALS, Διαδίκτυο, Πληροφορίες υγείας, Τεχνολογία, Φοιτητές επιστημών υγείας.

## ABSTRACT

**Introduction:** eHealth Literacy is a necessary skill to seek, find, understand, and appraise health information from electronic sources and apply the knowledge gained addressing or solving a health problem. However, the general public lacks this skill. It is essential for health sciences students, as future health professionals, to guide and facilitate the public. Especially in Greece, this subject has not been sufficiently investigated yet.

**Aim:** Examine the perceived eHealth Literacy level among undergraduate health sciences students in Greece.

**Methodology:** A cross-sectional, online survey was conducted. The research population was all the undergraduate health sciences students from Greek Universities. The participants were recruited using a passive recruitment strategy, through invitation via Facebook (<https://www.facebook.com/>) pages and groups. Data collection was made online using a structured, self-administered questionnaire through Google Forms, which consisted of 29 items (socio-demographic characteristics, important sources of health information, basic information regarding Information and Communication Technology-I.C.T. use and eHealth Literacy Scale-eHEALS). The selected questionnaire was considered an established, valid and reliable instrument by previous studies. Data analysis was made using SPSS Version 26. The statistical significance level was set at 0.05.

**Results:** The total study sample was 113. Median age was 22 years, the majority were female (81.4%) and students at Universities of Attica region (79.6%). The participants studied Health and Caring Sciences (32.7%), Public and Community Health (29.2%), Medicine & Dentistry (28.4%) or Pharmacy (9.7%) and 30% of them studied at 2nd academic year. The most important source of health information was the books, medical encyclopedias and leaflets (66.4%), immediately followed by face-to-face contact with medical professionals (65.5%) and Internet (61.1%). As far as the I.C.T. use is concerned, the majority had mobile phone (99.1%) and used mHealth applications (67.3%). The total sample (N=113) had private internet connection at home and email address. Participants' mean eHEALS score was 31.9. There were no statistically significant differences at eHEALS score among participants of different gender or academic year and regarding to mHealth applications use. However, there was a statistically significant difference at eHEALS score among University Departments ( $p=0.009$ ), as the mean eHEALS score of Medicine & Dentistry students (mean: 33.7) was higher than the score of Other Health and Caring Sciences students (mean: 29.8). The majority agreed with the usefulness of using the Internet for health-related decisions (52.3%) and the importance to access to sources of health information (88.5%), but they were not comfortable joining an online health discussion group and exchange emails with other participants (34.5%).

**Conclusions:** This is the first study examining the perceived eHealth Literacy among health sciences students in Greece. Due to the small number of participants, the results of this study cannot be generalized. Further research is needed in order to assess the characteristics and specific needs. Based on this important insight, departments will be able to develop curricula that emphasize on practical eHealth literacy skills and critical thinking, in order to educate the future health science professionals.

**Keywords:** eHealth Literacy, eHEALS, Internet, Health information, Technology, Health sciences students.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	8
<b>1. ΙΣΤΟΣ 2.0 (Web 2.0) ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (eHealth)</b> .....	10
<b>1.1. Ιστός 2.0 (Web 2.0)</b> .....	10
<b>1.2. Ηλεκτρονική υγεία (eHealth)</b> .....	10
<i>1.2.1. Εννοιολογικοί προσδιορισμοί</i> .....	10
<i>1.2.2. Τομείς και εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας</i> .....	12
<i>1.2.3. Κινητή υγεία (mHealth)</i> .....	14
<b>2. ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ (Health Literacy)</b> .....	17
<b>2.1. Εννοιολογικοί προσδιορισμοί</b> .....	17
<b>2.2. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων εγγραμματοσύνης στην υγεία και η σημασία τους</b> .....	18
<b>2.3. Εγγραμματοσύνη στην υγεία των επαγγελματιών υγείας</b> .....	19
<b>3. ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (eHealth literacy)</b> .....	20
<b>4. ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (eHealth Literacy) ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b> .....	24
<b>4.1. Η σχέση του ασθενή με τον επαγγελματία υγείας</b> .....	24
<b>4.2. Η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία του γενικού πληθυσμού και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στη βελτίωσή της</b> .....	25
<b>4.3. Η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία των επαγγελματιών υγείας</b> .....	28
<b>4.4. Η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία των φοιτητών επιστημών υγείας</b> .....	30
<b>5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b> .....	33
<b>5.1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα</b> .....	33
<b>5.2. Σχεδιασμός</b> .....	34
<b>5.3. Συμμετέχοντες</b> .....	34
<b>5.4. Συλλογή δεδομένων</b> .....	35
<b>5.5. Εργαλεία μέτρησης και ερωτηματολόγιο</b> .....	36
<b>5.6. Ανάλυση ερευνητικών δεδομένων</b> .....	38
<b>5.7. Ηθικοί και δεοντολογικοί προβληματισμοί</b> .....	38

<b>6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	41
<b>6.1. Ποιοτικά χαρακτηριστικά-Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων</b>	41
6.1.1. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	41
6.1.2. Σημαντικότητα των πηγών πληροφοριών υγείας για τους συμμετέχοντες	43
6.1.3. Χαρακτηριστικά της χρήσης της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) στους συμμετέχοντες	44
6.1.4. Επίπεδο υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία των συμμετεχόντων	46
<b>6.2. Επαγωγική στατιστική</b>	52
6.2.1. Διερεύνηση της συσχέτισης του επιπέδου υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά στους συμμετέχοντες	52
6.2.2. Διερεύνηση της συσχέτισης του επιπέδου υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία με τη συχνότητα χρήσης του Διαδικτύου στους συμμετέχοντες	53
6.2.3. Διερεύνηση της συσχέτισης του επιπέδου υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία με τη χρήση εφαρμογών κινητής υγείας (mHealth applications) στους συμμετέχοντες	53
<b>7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	55
<b>8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ</b>	60
<b>9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	62
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	64
Ξενόγλωσση	64
Ελληνόγλωσση	72
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b>	74
Παράρτημα 1: Φόρμα πρόσκλησης των υποκειμένων της μελέτης	75
Παράρτημα 2: Φόρμα ενημέρωσης-συγκατάθεσης των υποκειμένων της μελέτης	76
Παράρτημα 3: Φόρμα παραπόνων-καταγγελιών	78

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ**

Διάγραμμα 1: Διάγραμμα συχνοτήτων της ηλικίας (σε έτη) των συμμετεχόντων.....	41
Διάγραμμα 2: Διάγραμμα συχνοτήτων του eHEALS score των συμμετεχόντων.....	46

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΩΝ**

Εικόνα 1: Τομείς της ψηφιακής υγείας (digital health) και της ηλεκτρονικής υγείας (eHealth), προσαρμογή στα Ελληνικά βάσει των Singhal & Cowie (2021).....	13
Εικόνα 2: Το μοντέλο του κρίνου (Lily model), προσαρμογή στα Ελληνικά βάσει των Norman & Skinner (2006b).....	20

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Πίνακας συχνότητων των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.....	42
Πίνακας 2: Πίνακας συχνότητων των απαντήσεων των συμμετεχόντων για τη σημαντικότητα των πηγών πληροφοριών υγείας.....	43
Πίνακας 3: Πίνακας συχνότητων των απαντήσεων των συμμετεχόντων για τα χαρακτηριστικά της χρήσης Τ.Π.Ε.....	45
Πίνακας 4: Πίνακας συχνότητων των απαντήσεων των συμμετεχόντων ανά στοιχείο της κλίμακας eHEALS.....	47
Πίνακας 5: Πίνακας του eHEALS score (Mean, SD, Median, Min, Max) των συμμετεχόντων ανά στοιχείο της κλίμακας eHEALS.....	48
Πίνακας 6: Πίνακας συχνότητων των απαντήσεων των συμμετεχόντων ανά στοιχείο για τα επιπρόσθετα στοιχεία στην εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία.....	48
Πίνακας 7: Πίνακας του score (Mean, SD, Median, Min, Max) των συμμετεχόντων ανά στοιχείο για τα επιπρόσθετα στοιχεία στην εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία.....	49
Πίνακας 8: Πίνακας του eHEALS score (Mean, C.I., SD, Median, Min, Max) και των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων.....	51
Πίνακας 9: Σύγκριση του eHEALS score με βάση το Φύλο, το Τμήμα φοίτησης και το Έτος φοίτησης στους συμμετέχοντες.....	53
Πίνακας 10: Σύγκριση του eHEALS score με τη χρήση εφαρμογών κινητής υγείας (mHealth applications) στους συμμετέχοντες.....	54



## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Με την εξάπλωση του Διαδικτύου (Internet) κατά τη δεκαετία του '90 δημιουργήθηκε στον τομέα της υγείας ο κλάδος της ηλεκτρονικής υγείας (eHealth), με την προσδοκία πως η χρήση της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) θα βελτιώσει την υγεία και το σύστημα υγείας γενικότερα (Alvarez, 2002). Σήμερα, στη ψηφιακή εποχή της “δεύτερης γενιάς” υπηρεσιών του Παγκόσμιου Ιστού (Ιστός 2.0/Web 2.0), το Διαδίκτυο αποτελεί ένα μέσο το οποίο όχι μόνο παρέχει πληροφορίες, οι οποίες απευθύνονται σε ένα μεγάλο αριθμό αναγνωστών, αλλά δίνει τη δυνατότητα στους χρήστες να αλληλεπιδρούν και να παρεμβαίνουν άμεσα στο περιεχόμενο των ιστοσελίδων διαμορφώνοντας, τροποποιώντας και διαμοιράζοντας περιεχόμενο διαδικτυακά (Lemrey & Burnham, 2009; Εθνικό Πληροφοριακό Σύστημα Έρευνας & Τεχνολογίας, 2021).

Όσον αφορά στο ζήτημα της υγείας στην ψηφιακή εποχή, το Διαδίκτυο έφτασε να αποτελεί βασική πηγή πληροφοριών υγείας (Stellefson et al., 2011). Ωστόσο, συχνά η ποιότητα των διαθέσιμων πληροφοριών διαφέρει. Για αυτόν τον λόγο η ικανότητα αναζήτησης, κατανόησης και αξιολόγησης των πληροφοριών υγείας από διάφορες ηλεκτρονικές πηγές και η εφαρμογή των γνώσεων που αποκτήθηκαν, ώστε να διευθετηθεί ή να λυθεί ένα πρόβλημα υγείας, δηλαδή η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth Literacy) (Norman & Skinner, 2006b), αποτελεί σημαντική δεξιότητα για οποιοδήποτε άτομο εξερευνά πληροφορίες υγείας στο Διαδίκτυο. Ωστόσο, προηγούμενες έρευνες έχουν καταλήξει πως ο γενικός πληθυσμός έχει έλλειψη αυτής της δεξιότητας (Manafu & Wong, 2012; Park, Cormier, Gordon & Baeg, 2016). Ταυτόχρονα, έχει τονιστεί πως σημαντικό ρόλο στην καθοδήγηση και τη διευκόλυνση του γενικού πληθυσμού, ώστε να βρίσκουν, να κατανοούν και να εφαρμόζουν πληροφορίες υγείας από το Διαδίκτυο, θα μπορούσαν να διαδραματίσουν οι επαγγελματίες υγείας (Park, Cormier, Gordon & Baeg, 2016).

Κατ' επέκταση, στοχεύοντας στην κατάρτιση των αλλαγών για τη βελτίωση της κατάστασης, πρέπει πρώτα να δοθεί προσοχή στους μελλοντικούς επαγγελματίες υγείας και να διερευνηθεί το τί θεωρούν οι ίδιοι για τον εαυτό τους αναφορικά με την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία. Με άλλα λόγια, κρίνεται χρήσιμο να διερευνηθεί το επίπεδο της υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (perceived eHealth Literacy level) των φοιτητών επιστημών υγείας. Πρόκειται για ένα ερευνητικό αντικείμενο με ιδιαίτερο ενδιαφέρον το οποίο, ιδίως στην Ελλάδα, δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Η σημασία του έγκειται στο ότι οι φοιτητές επιστημών υγείας, κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, ως μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας, θα κληθούν να συμβουλέψουν τον γενικό πληθυσμό σχετικά με τις πηγές υγείας που βρίσκουν στο Διαδίκτυο (Stellefson et. al., 2011). Ωστόσο, με βάση τα στοιχεία προηγούμενων ερευνών φαίνεται πως οι φοιτητές επιστημών υγείας δεν κατέχουν την απαραίτητη προαναφερθείσα δεξιότητα (Dashti, Peyman, Tajfard & Esmaeeli, 2017; Park & Min, 2020). Βέβαια, όπως τονίστηκε παραπάνω, ειδικότερα σε μία ψηφιακή εποχή, όπου το Διαδίκτυο αποτελεί βασική πηγή πληροφοριών υγείας (Stellefson et. al., 2011), τα άτομα συχνά φτάνουν στους επαγγελματίες υγείας έχοντας πρώτα αναζητήσει πληροφορίες για ό,τι τους απασχολεί στο Διαδίκτυο (Κουμπούρος, 2015). Άρα, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι σε θέση να ξεχωρίζουν τις αξιόπιστες και έγκυρες πληροφορίες, ώστε να μπορούν να αποτελέσουν και καθοδηγητικό ρόλο (Glimour, 2006).

Συνεπώς, η διερεύνηση της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία των φοιτητών επιστημών υγείας θα παρέχει χρήσιμα ερευνητικά αποτελέσματα, ώστε να σκιαγραφηθεί η παρούσα κατάσταση. Ταυτόχρονα, θα παρουσιαστούν τα σημεία όπου οι φοιτητές θεωρούν ότι υστερούν, γεγονός που θα μπορούσε να αποτελέσει χρήσιμο υλικό για την δημιουργία

στοχευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων βασισμένων στις ανάγκες των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας.

Για τους παραπάνω λόγους προτάθηκε η παρούσα εργασία με τίτλο: «Η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth Literacy) φοιτητών επιστημών υγείας», η οποία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του Διδρυματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (Δ.Π.Μ.Σ.) «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, του Τμήματος Ψυχολογίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Ε.Κ.Π.Α.) και του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α.), με στόχο την απόκτηση μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης στο συγκεκριμένο αντικείμενο, αλλά και τη διάχυση των ερευνητικών αποτελεσμάτων.

Αναφορικά με τη δομή και το περιεχόμενο, η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελείται από 2 βασικά μέρη. Το πρώτο μέρος είναι θεωρητικό και αποτελεί το επιστημονικό υπόβαθρο της ερευνητικής μελέτης. Σε αυτό παρέχονται πληροφορίες και αναπτύσσονται εννοιολογικοί προσδιορισμοί σχετικά με τις βασικές έννοιες που χρησιμοποιήθηκαν στην ερευνητική μελέτη. Απαρτίζεται από 4 κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο: *1. Ιστός 2.0 (Web 2.0) και Ηλεκτρονική υγεία (eHealth)* αφορά στην ανάπτυξη του ζητήματος της εξέλιξης του Διαδικτύου αλλά και της Ηλεκτρονικής υγείας. Επίσης, στο δεύτερο κεφάλαιο: *2. Εγγραμματοσύνη στην υγεία (Health Literacy)* αναπτύσσεται η σημασία της συγκεκριμένης έννοιας, αλλά και η αξία της τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στους επαγγελματίες υγείας. Επιπρόσθετα, στο τρίτο κεφάλαιο: *3. Εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth Literacy)* παρέχονται πληροφορίες για τη συγκεκριμένη έννοια με βάση τους ερευνητές Norman & Skinner, οι οποίοι την ανέπτυξαν. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο: *4. Εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth Literacy) των επαγγελματιών υγείας και των φοιτητών επιστημών υγείας* αναπτύσσεται η εξέλιξη της σχέσης επαγγελματία υγείας-ασθενή, τονίζεται ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ενδυνάμωση του γενικού πληθυσμού αναφορικά με την απόκτηση εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία, αλλά και η σημασία της στους φοιτητές επιστημών υγείας.

Το δεύτερο μέρος της διπλωματικής εργασίας αποτελεί το ερευνητικό κομμάτι της παρούσας μελέτης. Αρχικά, παρέχονται αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε κατά τη διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης (*5. Μεθοδολογία*). Επίσης, παρέχονται τα αποτελέσματα της ερευνητικής μελέτης (*6. Αποτελέσματα*).

Επιπλέον, στη συγκεκριμένη εργασία υπάρχει το πεδίο: *7. Συζήτηση*, όπου παρουσιάζονται τα βασικά αποτελέσματα της ερευνητικής μελέτης σε σύγκριση με αυτά προηγούμενων ερευνών και παρατίθενται σκέψεις προς συζήτηση. Ταυτόχρονα, για τη βελτίωση των επόμενων ερευνών αναφέρονται οι περιορισμοί που διαπιστώθηκαν σε αυτή την μελέτη (*8. Περιορισμοί*). Επιπρόσθετα, με στόχο τη διεξαγωγή συμπερασμάτων, αλλά και την έμπνευση και την προτροπή των επόμενων ερευνητών και υπεύθυνων χάραξης πολιτικής παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της μελέτης και σκέψεις ως προτάσεις για επιπλέον έρευνα και πρακτική εφαρμογή (*9. Συμπεράσματα και Προτάσεις*).

Τέλος, υπάρχει διαθέσιμη η *βιβλιογραφία* που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα διπλωματική εργασία, καθώς και *Παραρτήματα*, όπου παρέχεται το υλικό που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης.

# 1. ΙΣΤΟΣ 2.0 (Web 2.0) ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (eHealth)

## 1.1. Ιστός 2.0 (Web 2.0)

Ο όρος Ιστός 2.0 (Web 2.0), χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη "δεύτερη γενιά" υπηρεσιών του Παγκόσμιου Ιστού που χρησιμοποιούνται σήμερα (Εθνικό Πληροφοριακό Σύστημα Έρευνας & Τεχνολογίας, 2021). Ξεκινώντας από την "πρώτη γενιά", δηλαδή κατά τη διάρκεια της Web 1.0 εποχής, οι σχεδιαστές του Διαδικτύου (Internet) είχαν σκοπό να σχεδιάσουν ιστοσελίδες που θα απευθύνονταν σε ένα μεγάλο αριθμό αναγνωστών. Οι ιστοσελίδες ήταν διαθέσιμες μόνο για ανάγνωση (read-only) και ήταν γραμμένες στη γλώσσα HTML (Hypertext markup language) (Lemrey & Burnham, 2009).

Ωστόσο, σήμερα η τεχνολογική πρόοδος έφερε την τάση για τη δημιουργία ιστοσελίδων που προωθούν την ενεργή συμμετοχή του χρήστη σε αυτές, επιτρέποντάς του σε κάποιες περιπτώσεις να προσθέτει περιεχόμενο στο Διαδίκτυο (read/write web) (Lemrey & Burnham, 2009). Μάλιστα, το 2004 εισήχθη ο όρος Ιστός 2.0 για να περιγράψει μια νέα ομάδα οικονομικών, κοινωνικών και τεχνολογικών τάσεων που όλες μαζί δημιουργούν τη βάση για τη νέα γενιά του Διαδικτύου, ως ένα πιο ώριμο και ξεχωριστό μέσο που χαρακτηρίζεται από τη συμμετοχή του χρήστη, την ανοικτότητα και την επίδραση του φαινομένου του δικτύου (network effect, το φαινόμενο του δικτύου είναι ένα φαινόμενο όπου ο αυξημένος αριθμός ατόμων ή συμμετεχόντων βελτιώνει την αξία ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας) (Van De Belt et al., 2010).

Επομένως, βασικό χαρακτηριστικό της τεχνολογίας Ιστού 2.0 είναι το ότι διευκολύνει την αλληλεπίδραση μεταξύ των χρηστών για τον διαμοιρασμό περιεχομένου διαδικτυακά. Αναλυτικότερα, πρόκειται για μία τεχνολογία που έχει ως επίκεντρο τον χρήστη ο οποίος μπορεί να παρεμβαίνει και να διαμορφώνει το περιεχόμενο των ιστοσελίδων (Εθνικό Πληροφοριακό Σύστημα Έρευνας & Τεχνολογίας, 2021) , ή ταυτόχρονα να σχολιάζει, να δημιουργεί και να μοιράζεται περιεχόμενο με άλλους χρήστες (Chou, Prestin, Lyons & Wen, 2013). Αξίζει να σημειωθεί ότι η δυνατότητα διαδικτυακής συνεργασίας και αλληλεπίδρασης, καθιστά αυτή την τεχνολογία σημαντική σε πολλούς τομείς όπως η εκπαίδευση, η κοινωνική ενδυνάμωση, η τεχνολογική πρόοδος και η προαγωγή της υγείας (Lemrey & Burnham, 2009). Τέλος, μερικά παραδείγματα Ιστού 2.0 εφαρμογών που είναι ευρέως διαδεδομένες σήμερα αποτελούν τα κοινωνικά μέσα (π.χ. Youtube), οι πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης (π.χ. Facebook, Twitter), τα Wiki και τα Blogs (Εθνικό Πληροφοριακό Σύστημα Έρευνας & Τεχνολογίας, 2021).

## 1.2. Ηλεκτρονική υγεία (eHealth)

### 1.2.1. Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Την δεκαετία του 1990 το Διαδίκτυο γνώρισε μεγάλη άνοδο στη συνείδηση του κοινού, καθώς άρχισε να χρησιμοποιείται για τη διεκπεραίωση αρκετών καθημερινών δραστηριοτήτων. Ως αποτέλεσμα, δημιουργήθηκαν νέοι τομείς και ορισμοί που περιλαμβάνουν ως πρώτο συνθετικό το επίθετο ηλεκτρονικός (electronic) ή απλώς το αγγλικό γράμμα «e» (Oh, Rizo, Enkin & Jadad, 2005). Αντιστοίχως, στον τομέα της υγείας δημιουργήθηκε ο κλάδος της ηλεκτρονικής υγείας, με την προσδοκία πως η χρήση της

Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) θα βελτιώσει την υγεία, αλλά και το σύστημα φροντίδας υγείας γενικότερα (Alvarez, 2002).

Ο όρος *ηλεκτρονική υγεία* χρησιμοποιείται ευρέως από πολλούς ανθρώπους, πανεπιστημιακά ιδρύματα, επαγγελματίες και οργανισμούς, παρόλο την έλλειψη ενός ακριβούς ορισμού (Oh et al., 2005). Ταυτόχρονα, σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται σύγχυση μεταξύ των όρων *ηλεκτρονική υγεία* (eHealth) και *ψηφιακή υγεία* (digital health), καθώς αυτές οι δύο έννοιες χρησιμοποιούνται παράλληλα. Αυτό το ζήτημα γίνεται ιδιαίτερος αισθητό όταν υπάρχει μετάφραση της αγγλικής βιβλιογραφίας στην ελληνική γλώσσα. Για αυτό κρίνεται χρήσιμο να παρουσιαστεί συνοπτικά το συγκεκριμένο ζήτημα και να οριοθετηθεί με επιμέλεια το περιεχόμενο του όρου *ηλεκτρονική υγεία*, καθώς αυτός χρησιμοποιείται στη συγκεκριμένη εργασία.

Αρχικά, ενδεικτικό παράδειγμα του τρόπου χρήσης των παραπάνω όρων αποτελεί το υλικό που αντλείται από την ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας της Ελλάδας (2021). Παρατίθενται δύο ορισμοί για την *ηλεκτρονική υγεία*, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) και από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Ανατρέχοντας στην ιστοσελίδα του Π.Ο.Υ. διαπιστώνεται αντιστοιχία του ορισμού της *ηλεκτρονικής υγείας* στην αγγλική γλώσσα και αφορά στην *"αποδοτική και ασφαλή χρήση των τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών για την υποστήριξη της υγείας αλλά και πεδίων που σχετίζονται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης, της παρακολούθησης και της αγωγής υγείας, της γνώσης και της έρευνας"* (W.H.O., 2021).

Επιπλέον, σύμφωνα με την ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ορίζει την *ηλεκτρονική υγεία* ως *"τη χρήση σύγχρονων τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών για την κάλυψη των αναγκών των πολιτών, των ασθενών, των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και των υπεύθυνων χάραξης πολιτικής"*. Ωστόσο, στην ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής υπάρχει πεδίο με τίτλο *ηλεκτρονική υγεία* όπου αναφέρεται: *"η ψηφιακή υγεία και περίθαλψη αφορά εργαλεία και υπηρεσίες που χρησιμοποιούν τεχνολογίες των πληροφοριών και των επικοινωνιών (ΤΠΕ) για τη βελτίωση της πρόληψης, της διάγνωσης, της θεραπείας, της παρακολούθησης και της διαχείρισης θεμάτων υγείας, καθώς και για την παρακολούθηση και τη διαχείριση των συνηθειών του τρόπου ζωής που επηρεάζουν την υγεία. Η ψηφιακή υγεία και περίθαλψη είναι καινοτόμος και μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση στην περίθαλψη και την ποιότητα αυτής της περίθαλψης, καθώς και να αυξήσει τη συνολική αποδοτικότητα του τομέα της υγείας"* (Ευρωπαϊκή Επιτροπή).

Συνεπώς, διαπιστώνεται πως υπάρχει μία σύγχυση στη χρήση των όρων *ηλεκτρονική υγεία* και *ψηφιακή υγεία*, ειδικότερα όταν μεταφράζονται στα Ελληνικά, καθώς φαίνεται πως σε κάποιες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται παράλληλα. Ωστόσο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ξεχωρίζει το περιεχόμενο των όρων αναπτύσσοντας πως: *"η ψηφιακή υγεία (digital health), ή αλλιώς η χρήση ψηφιακών τεχνολογιών για την υγεία, έχει γίνει ένα σημαντικό πεδίο πρακτικής για τη χρήση συνηθισμένων (καθημερινών) και καινοτόμων μορφών Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας. Ο όρος ψηφιακή υγεία έχει τις ρίζες του στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth), η οποία ορίζεται ως η χρήση της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας για την υποστήριξη της υγείας και των τομέων που σχετίζονται με την υγεία. Η κινητή υγεία (mHealth) είναι ένα υποσύνολο της ηλεκτρονικής υγείας (eHealth) και ορίζεται ως η χρήση ασύρματων φορητών συσκευών τεχνολογίας για την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Πιο πρόσφατα, ο όρος ψηφιακή υγεία (digital health) εισήχθη ως ... ένας όρος που περιλαμβάνει την ηλεκτρονική υγεία (eHealth), η οποία περιλαμβάνει την κινητή υγεία (mHealth), καθώς και αναδυόμενες περιοχές, όπως η χρήση των προηγμένων Τεχνολογιών της επιστήμης της Πληροφορικής στους*

τομείς των μεγάλων όγκων δεδομένων (*big data*), της γονιδιοματικής (*genomics*) και της τεχνητής νοημοσύνης (*artificial intelligence*)” (W.H.O., 2019).

Στη συγκεκριμένη διπλωματική εργασία χρησιμοποιείται αποκλειστικά ο όρος ηλεκτρονική υγεία (*eHealth*), καθώς εκφράζει το περιεχόμενο της μελέτης που διεξήχθη. Συνεπώς, είναι σκόπιμη η σαφής οριοθέτηση του, αφού δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός (Oh et al., 2005).

Μία συστηματική ανασκόπηση δημοσιευμένων μελετών που περιλαμβάνουν τον όρο ηλεκτρονική υγεία, κατέληξε στην εύρεση 51 διαφορετικών ορισμών. Όλοι οι ορισμοί περιελάμβαναν την έννοια της υγείας και της φροντίδας υγείας, δίνοντας έμφαση στην διαδικασία και όχι στο αποτέλεσμα. Επιπλέον, σε κάθε ορισμό υπήρχε η τεχνολογία ως εργαλείο που συνδράμει στη διεύρυνση, στην υποστήριξη και στην ενδυνάμωση των ανθρώπινων δραστηριοτήτων και όχι στην αντικατάστασή τους. Συνεπώς, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο όρος ηλεκτρονική υγεία συντίθεται από έννοιες που διαφέρουν μεταξύ τους και προσαρμόζεται ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο χρησιμοποιείται. Ωστόσο, συμπεριλαμβάνονται πάντα οι έννοιες της υγείας και της τεχνολογίας και συχνά του εμπορίου (Oh et al., 2005).

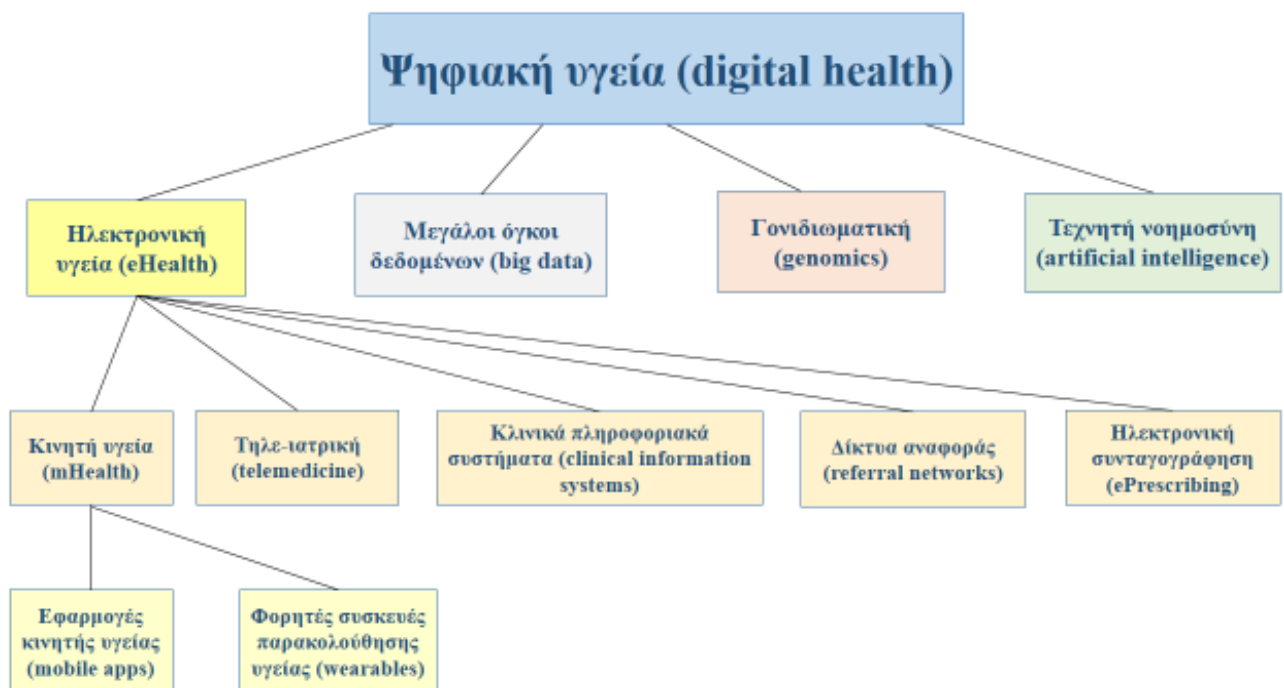
Τέλος, σύμφωνα με την ίδια συστηματική ανασκόπηση του Oh και των συνεργατών του, (2005) ο ορισμός που παρατίθεται με μεγαλύτερη συχνότητα, και υιοθετείται στην παρούσα διπλωματική εργασία, είναι εκείνος του Eysenbach. Σύμφωνα με τον Eysenbach *"η ηλεκτρονική υγεία αποτελεί ένα νέο πεδίο που βρίσκεται στο σημείο τομής της πληροφορικής της υγείας, της δημόσιας υγείας και των επιχειρήσεων. Αναφέρεται στις υπηρεσίες υγείας και στις πληροφορίες που παρέχονται ή εμπλουτίζονται μέσω του διαδικτύου και των συναφών τεχνολογιών. Υπό μία ευρύτερη έννοια, ο όρος δεν χαρακτηρίζει μόνο την τεχνολογική ανάπτυξη, αλλά έναν τρόπο σκέψης, μία συμπεριφορά και μία δέσμευση για μία παγκόσμια διαδικτυακή σκέψη, ώστε να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε τοπικό, περιφερειακό και παγκόσμιο επίπεδο με την χρήση της τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνίας".* Ο συγκεκριμένος ορισμός καταφέρνει να συμπεριλάβει όχι μόνο τις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται μέσω Διαδικτύου, αλλά οτιδήποτε σχετίζεται με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και την ιατρική επιστήμη. Επομένως, χάρις το εύρος που καλύπτει, είναι ο καταλληλότερος για να περιγράψει ένα αντικείμενο με δυναμικό χαρακτήρα, που συνεχώς εξελίσσεται (Eysenbach, 2001).

### *1.2.2. Τομείς και εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας*

Σήμερα, η ηλεκτρονική υγεία αφορά στη χρήση της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) στον τομέα της υγείας, της διαχείρισης των ασθενών, της έρευνας, της υγειονομικής εκπαίδευσης και του ελέγχου της δημόσιας υγείας. Προγράμματα προώθησης της ηλεκτρονικής υγείας περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την ηλεκτρονική καταγραφή ιατρικού ιστορικού, την καθημερινή διαχείριση πληροφοριών υγείας, την καταγραφή στατιστικών δεδομένων, τη διαχείριση της ιατρικής γνώσης και άλλα (Botha et al., 2014; Αντωνέλλος, 2020). Λαμβάνοντας υπ' όψιν τους τομείς εφαρμογής της Ηλεκτρονικής υγείας, γίνεται κατανοητό πως αυτή περιλαμβάνει ένα εκτεταμένο πλήθος υπηρεσιών. Αναλυτικότερα, περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως: η ηλεκτρονική καταγραφή ιατρικού ιστορικού (Health Electronic Record/HER), η ηλεκτρονική καταχώρηση εντολών από τους ιατρούς (Computerized Physician Order Entry/CPOE), η ηλεκτρονική συνταγογράφηση (*ePrescribing*), το σύστημα υποστήριξης κλινικών αποφάσεων (Clinical Decision Support System/CDSS), η τηλε-ιατρική (Telemedicine/TM), η τηλε-αποκατάσταση

(Telerehabilitation/TR), η τηλε-χειρουργική (Telesurgery), η τηλε-οδοντιατρική, (Teledentistry), η πληροφορική υγείας για τον καταναλωτή (Consumer Health Informatics), η ηλεκτρονική ψυχική υγεία (e-Mental Health) και η κινητή υγεία (Mobile Health) (Αντωνέλλος, 2020).

Πρόσφατα, για την καλύτερη κατανόηση των τομέων της ηλεκτρονικής υγείας, αλλά και ευρύτερα της ψηφιακής υγείας, οι Singhal & Cowie (2021), οπτικοποίησαν τους βασικούς αυτούς τομείς, δημιουργώντας μία εικόνα-σχεδιάγραμμα, βασισμένοι σε πληροφορίες από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) και προηγούμενη βιβλιογραφία. Η συγκεκριμένη εικόνα παρουσιάζει ενδιαφέρον, για αυτόν τον λόγο προσαρμόστηκε στα Ελληνικά και παρατίθεται παρακάτω (Εικόνα 1). Όπως φαίνεται, η ψηφιακή υγεία (digital health), ως ευρύτερη έννοια, περιλαμβάνει την ηλεκτρονική υγεία (eHealth). Οι τομείς που περιλαμβάνονται στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth) είναι: η τηλε-ιατρική (Telemedicine), τα κλινικά πληροφοριακά συστήματα (Clinical Information Systems), τα δίκτυα αναφοράς (Referral Networks), η ηλεκτρονική συνταγογράφηση (ePrescribing), οι εφαρμογές κινητής υγείας (Mobile Apps) και οι φορητές συσκευές παρακολούθησης της υγείας (Wearables and Sensors).



**Εικόνα 1:** Τομείς της ψηφιακής υγείας (digital health) και της ηλεκτρονικής υγείας (eHealth), προσαρμογή στα Ελληνικά βάσει των Singhal & Cowie (2021)

Οι παραπάνω υπηρεσίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο για τη διευκόλυνση των επαγγελματιών υγείας όσο και των ασθενών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) (2016a) αναγνωρίζει τα οφέλη που μπορούν να προκύψουν από τη χρήση της ηλεκτρονικής υγείας και τονίζει πως η χρήση της τεχνολογίας και η συνδεσιμότητα στο Διαδίκτυο παρέχουν νέες μεθόδους αξιοποίησης και βελτίωσης των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας. Για παράδειγμα, η ηλεκτρονική υγεία, μέσω των υπηρεσιών που παρέχει, μπορεί να

χρησιμοποιηθεί για την παροχή θεραπείας σε ασθενείς χωρίς την ανάγκη να ταξιδέψουν για να φτάσουν στον επαγγελματία υγείας, την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας μέσω διαδικτυακής μάθησης, την παροχή συστημάτων παρακολούθησης των ασθενειών και των επιδημικών εστιών, τη διευκόλυνση των πρωτοβουλιών προαγωγής υγείας και την υποστήριξη της δημόσιας υγείας (W.H.O., 2016a).

Μάλιστα, η ηλεκτρονική υγεία είναι ένας από τους ταχύτερα αναπτυσσόμενους τομείς συνολικά στην αγορά, στον τομέα της φροντίδας υγείας, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε τοπικό, εθνικό, περιφερειακό και παγκόσμιο επίπεδο ως πολυμήχανο μέσο για την προώθηση και ενίσχυση των συστημάτων υγείας και των πληροφοριών υγείας. Η ηλεκτρονική υγεία περιλαμβάνει τη δυνατότητα τεκμηρίωσης, διαχείρισης, εύρεσης, χρήσης και ανταλλαγής πληροφοριών για την υποστήριξη της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας. Η χρήση των ηλεκτρονικών διαδικασιών στον τομέα της υγείας συμβάλλει στην αποτελεσματική χρήση των πόρων που σχετίζονται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένων της μείωσης του κόστους, της αύξησης της ταχύτητας παροχής των υπηρεσιών, της εξοικονόμησης χρόνου, της προστασίας από την υπερβολική χρήση φαρμάκων, της μείωσης των μετακινήσεων και της κατάργησης της ανάγκης ύπαρξης ενός φυσικού χώρου για τη θεραπεία κάθε ασθενή (W.H.O., 2016a).

### *1.2.3. Κινητή υγεία (mHealth)*

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η κινητή υγεία (mobile Health/mHealth) αποτελεί ένα υποσύνολο της ηλεκτρονικής υγείας (eHealth) και ορίζεται ως “η χρήση ασύρματων φορητών συσκευών τεχνολογίας για την προαγωγή της δημόσιας υγείας” (W.H.O., 2019). Αναλυτικότερα, πρόκειται για την “άσκηση της Ιατρικής και των πρακτικών δημόσιας υγείας μέσω έξυπνων κινητών συσκευών, όπως κινητά τηλέφωνα (smartphones) και tables, προσωπικών ψηφιακών βοηθών (Personal Digital Assistant-P.D.A.) και άλλων ασύρματων συσκευών” (W.H.O., 2011; Υπουργείο Υγείας, 2018). Η κινητή υγείας περιλαμβάνει τη χρήση και την αξιοποίηση των βασικών λειτουργιών ενός κινητού τηλεφώνου (φωνή και σύντομα γραπτά μηνύματα), καθώς και πιο σύνθετες λειτουργίες και εφαρμογές (Bluetooth, GPS, 4G). Επίσης, περιλαμβάνει «εφαρμογές» (applications) διαχείρισης του τρόπου ζωής ή ευζωίας, που μπορούν να συνδεθούν με ιατρικές συσκευές ή αισθητήρες (βραχιόλια, ρολόγια), καθώς και συστήματα ατομικής καθοδήγησης, πληροφορίες υγείας, διαχείριση κάποιας ασθένειας, υπενθυμίσεις φαρμακοληψίας και υπηρεσίες τηλε-ιατρικής (Τζαναβάρης & Αποστολάκης, 2014).

Εναλλακτικά, πιο σύντομοι ορισμοί μπορούν να αποδώσουν την κινητή υγεία ως τις “αναδυόμενες τεχνολογίες κινητών επικοινωνιών και δικτύων για την υγειονομική περίθαλψη” (Istepanian, Laxminarayan & Pattichis, 2006) ή ως “η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μέσω συσκευών κινητής επικοινωνίας” (Torgan, 2009).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η κινητή υγεία δραστηριοποιείται σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιώντας την τεχνολογία στον τομέα των κινητών επικοινωνιών. Οι τομείς δράσεις της αφορούν κυρίως: τη διάγνωση και τη συνεργατική διάγνωση, την απομακρυσμένη παρακολούθηση και φροντίδα της υγείας, την εκπαίδευση, τη συμβουλευτική, την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση, την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών και την παρακολούθηση επιδημιών και τη συλλογή κλινικών δεδομένων για την υγεία (W.H.O., 2011).

Όσον αφορά στον τρόπο λειτουργίας της κινητής υγείας, αυτή η μορφή υγείας χρησιμοποιεί τις διάφορες «εφαρμογές» (applications), που είναι διαθέσιμες και συμβατές με το περιβάλλον των κινητών συσκευών, για τη διαχείριση της υγείας και της ευεξίας ή την

αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Ο χρήστης μπορεί εύκολα να «κατεβάσει» δωρεάν ή επί πληρωμή διάφορες «εφαρμογές» στην «έξυπνη» συσκευή του, μέσω των ηλεκτρονικών πλατφόρμων iTunesAppStore ή GooglePlayStore, αλλά και να προωθήσει σε κάποιον επαγγελματία υγείας τα δεδομένα που επιθυμεί μέσω ασύρματης τεχνολογίας και στη συνέχεια να λάβει τις απαραίτητες συμβουλές (Σπυριδάκη, Αντωνάκος, Αποστολάκης & Τούντας, 2018). Βασική παράμετρος για την ανάπτυξη της κινητής υγείας, εκτός από την ανάπτυξη της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) αποτελεί το γεγονός ότι το κινητό τηλέφωνο είναι ένα φορητό, εύκολα διαθέσιμο, προσιτό, άμεσο και προσωπικό μέσο για τον κάθε άνθρωπο (Σπυριδάκη & συνεργάτες, 2018).

Συνδυαστικά με τις «εφαρμογές» υγείας στο κινητό τηλέφωνο, ο χρήστης μπορεί να χρησιμοποιήσει και κάποια φορητή συσκευή υγείας (Wearable Health Devices), όπως τα «έξυπνα» ρολόγια (smartwatches). Οι φορητές συσκευές υγείας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον έλεγχο και τη διαχείριση της υγείας για παρατεταμένες χρονικές περιόδους, καθώς παρέχουν πληροφορίες για τη σωματική κατάσταση του χρήστη, δίνοντας τη δυνατότητα παραμονής εκτός του κλινικού περιβάλλοντος. Αυτή η δυνατότητα επιτρέπει την άμεση απόκτηση ζωτικών δεδομένων υγείας κατά τη διάρκεια διαφορετικών καθημερινών δραστηριοτήτων. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η καλύτερη υποστήριξη στην ιατρική διάγνωση ή υποστηρίζεται η καλύτερη και ταχύτερη ανάρρωση από κάποια ιατρική επέμβαση ή σωματικό τραυματισμό. Βέβαια, εκτός από τους λόγους που σχετίζονται με την κλινική εφαρμογή, όπως η πρόγνωση, η ανίχνευση ανωμαλιών και η υποστήριξη της διάγνωσης, οι φορητές συσκευές υγείας μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για μη-ιατρικούς σκοπούς, όπως ο έλεγχος της φυσικής δραστηριότητας και γενικότερα η διατήρηση του ευ ζειν (Dias & Paulo Silva Cunha, 2018).

Σήμερα, η αγορά της κινητής υγείας αποτελεί μία από τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες αγορές σε παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις, σήμερα διατίθενται άνω των 325.000 «εφαρμογών» κινητής υγείας σε πολλαπλές πλατφόρμες στην παγκόσμια αγορά (REPORTS AND DATA, 2020). Υπάρχουν «εφαρμογές» κινητής υγείας που απευθύνονται στον γενικό πληθυσμό, ως καταναλωτές υγείας, και εφαρμογές που απευθύνονται στους επαγγελματίες υγείας.

Για τον γενικό πληθυσμό χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι «εφαρμογές» υγείας που μπορούν να μετρήσουν τους καρδιακούς παλμούς, την αρτηριακή πίεση, τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα, τη θερμοκρασία του σώματος και άλλα (Dias & Paulo Silva Cunha, 2018). Επίσης, σημαντική απείχιση γνωρίζουν οι «εφαρμογές» που προάγουν τον υγιεινό τρόπο ζωής και την ευεξία (fitness, well-being), όπως «εφαρμογές» για τον έλεγχο της φυσικής δραστηριότητας ή της διατροφής (Sakitha, Reshma & Sony, 2020). Επιπλέον, για τους χρόνια πάσχοντες οι συγκεκριμένες «εφαρμογές» επικεντρώνονται σε ένα ευρύ φάσμα παροχών υγείας, από απλή υπενθύμιση της λήψης της δόσης ενός φαρμάκου με τη μορφή μιας ηχητικής ειδοποίησης ή γραπτού μηνύματος SMS, μέχρι σημαντικά πιο σύνθετες λειτουργίες, όπως η λήψη και η καταγραφή ζωτικών σημάτων σε πραγματικό χρόνο με τη βοήθεια πρόσθετου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, που συνδέεται ενσύρματα ή ασύρματα στην έξυπνη συσκευή, ή η αποθήκευση ιατρικών δεδομένων και άλλα (Σπυριδάκη & συνεργάτες, 2018).

Όσον αφορά στις «εφαρμογές» που έχουν σχεδιαστεί στοχευμένα για τους επαγγελματίες υγείας, χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερη πολυπλοκότητα, που ορίζεται κυρίως από την υιοθέτηση της ιατρικής ορολογίας, καθώς απευθύνονται σε άτομα τα οποία διαθέτουν τις απαραίτητες ιατρικές γνώσεις. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να χρησιμοποιούν «εφαρμογές» που περιλαμβάνουν πληροφορίες ιατροφαρμακευτικών ουσιών ή δοσολογιών και «εφαρμογές» λήψης κλινικών αποφάσεων (Σπυριδάκη & συνεργάτες, 2018). Επίσης,



έρευνα διαπίστωσε πως στους φοιτητές Ιατρικής είναι δημοφιλείς οι «εφαρμογές» μεταφοράς δεδομένων για την ανταλλαγή αρχείων και οι «εφαρμογές» με τρισδιάστατες αναπαραστάσεις οργάνων και συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού (Franco & Tirrell, 2012).

Λαμβάνοντας υπ' όψιν το πλήθος των τομέων δράσεις και των υπηρεσιών που παρέχει η κινητή υγεία, γίνεται κατανοητό ότι αυτή, ως κλάδος της ηλεκτρονικής υγείας, θα μπορούσε να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ποιότητα και στην αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης περίθαλψης (Σπυριδάκη & συνεργάτες, 2018). Σε μία εποχή όπου σε παγκόσμιο επίπεδο τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν νέες προκλήσεις, όπως η διαρκής γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση των ασθενών με χρόνια νοσήματα, η δημοσιονομική πίεση για μείωση των κόστων περίθαλψης, η έλλειψη ανθρωπίνων πόρων και η ανάγκη για αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα (Τζαναβάρης & Αποστολάκης, 2014), οι υπηρεσίες που προσφέρει η κινητή υγεία θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ώστε να ενδυναμώσουν τους ασθενείς και να τους προτρέψουν να συμμετάσχουν πιο ενεργά στη διαχείριση της υγείας τους.

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντικός έχει αποδειχθεί ο ρόλος της κινητής υγείας σε πληθυσμούς απομακρυσμένων περιοχών, σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού και σε χρόνια πάσχοντες, καθιστώντας την υγειονομική περίθαλψη πιο προσιτή (Σπυριδάκη & συνεργάτες, 2018). Επομένως, η κινητή υγεία παρέχει τη δυνατότητα για ανακατανομή και προώθηση των υπηρεσιών υγείας ξεπερνώντας τα εμπόδια της απόστασης και της έλλειψης χρόνου. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό και για την Ελλάδα, αν λάβουμε υπ' όψιν τα γεωμορφολογικά χαρακτηριστικά της χώρας, καθώς με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας ακόμα και στους κατοίκους των πιο δυσπρόσιτων και απομονωμένων περιοχών, όπως είναι τα ακριτικά νησιά και τα ορεινά χωριά.

## 2. ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ (Health Literacy)

### 2.1. Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Ο όρος εγγραμματοσύνη στην υγεία εισήχθη τη δεκαετία του 1970, καθώς το ενδιαφέρον για τους τομείς της δημόσιας υγείας και της φροντίδας υγείας άρχισε να αυξάνεται (Simonds, 1974). Αφορά στην ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται στις σύνθετες απαιτήσεις που προκύπτουν αναφορικά με την υγεία εντός της μοντέρνας κοινωνίας (Kickbusch & Maag, 2008). Η εγγραμματοσύνη στην υγεία σχετίζεται με την τοποθέτηση της υγείας, σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο, εντός συγκεκριμένου πλαισίου, την κατανόηση των παραγόντων που την επηρεάζουν και τη γνώση σχετικά με τον τρόπο προσέγγισης αυτών των παραγόντων. Ένα άτομο με επαρκές επίπεδο εγγραμματοσύνης στην υγεία έχει την ικανότητα να λαμβάνει την ευθύνη όχι μόνο για τη δική του υγεία, αλλά και για την υγεία της οικογένειας και της κοινότητάς του (Sørensen, Van den Broucke, Fullam et. al., 2012).

Για την καλύτερη κατανόηση του όρου της εγγραμματοσύνης στην υγεία, κρίνεται χρήσιμο να αναφερθεί πως σύμφωνα με την Εκπαιδευτική, Επιστημονική και Πολιτιστική Οργάνωση των Ηνωμένων Εθνών (United Nation Education, Science and Culture Organization-UNESCO, 2006), σε μία ιστορική διαδρομή στην Αγγλία η λέξη “εγγράμματος” απευθύνονταν σε “εκείνον που ήταν σχετικός με τη λογοτεχνία” ή γενικότερα σε “σε εκείνον που ήταν μορφωμένος, που κατείχε την γνώση”. Ωστόσο, κατά τον 19ο αιώνα, αν και ο όρος κράτησε την ευρύτερη σημασία του σχετικά με την κατοχή γνώσης σε έναν συγκεκριμένο τομέα, άρχισε να χρησιμοποιείται και για τις δεξιότητες γραφής και ανάγνωσης. Τα τελευταία χρόνια κατέληξε να αφορά μία ευρεία έννοια με διαφορετική ερμηνεία ανάλογα με το πεδίο εφαρμογής της. Συνεπώς, ο όρος εγγραμματοσύνη στην υγεία διευρύνθηκε ούτως ώστε να μην αφορά μόνο στην ατομική αλλαγή, αλλά και στον δομικό και κοινωνικό μετασχηματισμό, φτάνοντας να συνδέεται με την οικονομική μεγέθυνση και την αλλαγή σε κοινωνικό, πολιτισμικό και πολιτικό επίπεδο (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization - UNESCO, 2006).

Ωστόσο, παρά την αυξανόμενη σημαντικότητα και την αποδοχή του όρου, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός ή ένα καθολικό εννοιολογικό μοντέλο για την εγγραμματοσύνη στην υγεία (Sørensen, Van den Broucke, Fullam et. al., 2012). Μία συστηματική ανασκόπηση (Sørensen et al., 2012), που αφορά στην εγγραμματοσύνη στην υγεία και στη δημόσια υγεία κατέληξε σε 17 ορισμούς και 12 εννοιολογικά μοντέλα. Οι ορισμοί που χρησιμοποιούνται συχνότερα στη διαθέσιμη βιβλιογραφία είναι εκείνοι της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης (American Medical Association-A.M.A., 1999), του Ινστιτούτου Ιατρικής της Αμερικής (Institute of Medicine, 2004) και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ./World Health Organization-W.H.O.) (Nutbeam, 1998; W.H.O., 1998).

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με την Αμερικανική Ιατρική Ένωση πρόκειται για “τον συνδυασμό των δεξιοτήτων του ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητάς του να ανταποκρίνεται σε καταστάσεις όπου απαιτείται ανάγνωση και αριθμητική, ώστε να είναι λειτουργικό στο περιβάλλον φροντίδας υγείας” (American Medical Association-A.M.A., 1999). Επιπλέον, σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής “η εγγραμματοσύνη στην υγεία αφορά στην ικανότητα του ατόμου να αποκτά, να επεξεργάζεται και να κατανοεί βασικές πληροφορίες και υπηρεσίες υγείας, οι οποίες προϋποτίθενται ώστε να προβαίνει στις κατάλληλες επιλογές για την υγεία του”(Institute of Medicine, 2004). Επιπρόσθετα, στο Γλωσσάρι για την Προαγωγή Υγείας του Π.Ο.Υ. αναφέρεται πως “η εγγραμματοσύνη στην

*υγεία αφορά στις γνωσιακές και κοινωνικές δεξιότητες του ατόμου που καθορίζουν το κίνητρο και την ικανότητα να αποκτά, να κατανοεί και να χρησιμοποιεί πληροφορίες με τρόπο που προάγει και διατηρεί την καλή υγεία” (Nutbeam, 1998; W.H.O., 1998).*

Βέβαια, πρέπει να αναφερθεί και ο ορισμός της εγγραμματοσύνης στην υγεία σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή-Ε.Ε., καθώς αφορά την Ελλάδα ως κράτος-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με την Ε.Ε. *“έγκειται στην ικανότητα ανάγνωσης, επεξεργασίας και κατανόησης των πληροφοριών υγείας έτσι ώστε να υπάρχει σωστή κρίση” (European Commission, 2007).*

Με βάση τα παραπάνω, η συστηματική ανασκόπηση της Sørensen και των συνεργατών της κατέληξε στο συμπέρασμα πως δεν υπάρχει κοινή αποδοχή ενός ορισμού για την εγγραμματοσύνη στην υγεία. Ωστόσο, αφού οι ερευνητές ανέλυσαν το περιεχόμενο των ορισμών που συμπεριελήφθησαν στη συστηματική ανασκόπηση, διαπίστωσαν πως αυτοί μοιράζονται 6 κοινά στοιχεία και αναφέρονται: 1) στις ικανότητες και δεξιότητες του ατόμου, 2) στη δράση του ατόμου, 3) σε πληροφορίες και σε πηγές, 4) στον σκοπό, 5) στο πλαίσιο και 6) στον χρόνο. Βάσει των 6 κοινών στοιχείων, πραγματοποιήθηκε μία προσπάθεια δημιουργίας ενός συμπεριληπτικού, καθολικού ορισμού, λαμβάνοντας υπ’ όψιν τόσο την ατομική οπτική όσο και την οπτική της δημόσιας υγείας, και έχει ως εξής: *“Η εγγραμματοσύνη στην υγεία συνδέεται με την εγγραμματοσύνη και αφορά στη γνώση, στο κίνητρο και στις δεξιότητες του ατόμου αναφορικά με την πρόσβαση, την κατανόηση, την αξιολόγηση και την εφαρμογή των πληροφοριών υγείας, ώστε να κρίνει και να αποφασίζει στην καθημερινή ζωή του σχετικά με την φροντίδα της υγείας του, την πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας στοχεύοντας στην διατήρηση ή στην βελτίωση της ποιότητας ζωής καθ’ όλη τη διάρκεια της ζωής του” (Sørensen et. al., 2012).*

## **2.2. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων εγγραμματοσύνης στην υγεία και η σημασία τους**

Οι δεξιότητες στην εγγραμματοσύνη στην υγεία θεωρούνται σημαντικό πλεονέκτημα, καθώς μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση του τομέα της ενδυνάμωσης των ατόμων, ιδίως όσον αφορά στην φροντίδα υγείας, στην πρόληψη των ασθενειών και στην προαγωγή της υγείας (Sørensen et. al., 2012). Σύμφωνα με τον Nutbeam (2000), η εγγραμματοσύνη στην υγεία αποτελεί πρωταρχικό στόχο στο πεδίο της δημόσιας υγείας στον 21ο αιώνα. Για την επίτευξη αυτού του στόχου καίριο ρόλο διαδραματίζουν οι δράσεις προαγωγής και αγωγής υγείας και οι στρατηγικές επικοινωνίας στον πληθυσμό. Με άλλα λόγια, δεν αρκεί μόνο μία ενημέρωση του πληθυσμού για τον κίνδυνο της ασθένειας, αλλά απαιτούνται πιο ολοκληρωμένες παρεμβάσεις και υποστηρικτικά μέτρα, ώστε να επέλθει η επιθυμητή αλλαγή στον τομέα της υγείας (Nutbeam, 2000).

Άλλωστε, υποστηρίζεται πως η εγγραμματοσύνη στην υγεία σχετίζεται με τα ατομικά, ψυχοκοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου (Sørensen et. al., 2012). Η εγγραμματοσύνη στην υγεία μπορεί να επέλθει ως αποτέλεσμα των επιτυχημένων στρατηγικών προαγωγής υγείας όπως η εκπαίδευση, η κοινωνική κινητοποίηση, η συνηγορία και γενικότερα όλες οι δράσεις που απευθύνονται στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Συνεπώς, στοχεύονται οι ατομικοί, δομικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να τροποποιηθούν (Nutbeam, 2000).

Όσον αφορά στα θετικά αποτελέσματα που παράγονται από την ανάπτυξη δεξιοτήτων εγγραμματοσύνης στην υγεία, αυτά σχετίζονται με την απόκτηση γνώσεων, την υιοθέτηση θετικών στάσεων και συμπεριφορών υγείας και την υψηλότερη αυτο-αποτελεσματικότητα (Baker, 2006). Αναλυτικότερα, αρκετές έρευνες αναφέρουν πως οι συγκεκριμένες δεξιότητες

οδηγούν σε βελτιωμένες αυτο-αναφορές σχετικά με την κατάσταση υγείας, χαμηλότερα κόστη στο σύστημα φροντίδας υγείας, μικρότερο διάστημα παραμονής στο νοσοκομείο και χαμηλότερη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Speros, 2004; Mancuso, 2008; Manganello, 2008).

Επιπλέον, τα οφέλη της εγγραμματοσύνης στην υγεία δεν αφορούν μόνο το ίδιο το άτομο, που μπορεί να είναι λειτουργικό στο σύστημα υγείας και να βελτιώσει τον τρόπο ζωής του και την υγεία του, αλλά και ολόκληρη την κοινωνία, αφού προωθείται αποτελεσματικά η κοινωνική δράση για την αλλαγή των συνθηκών διαβίωσης. Αυτό οδηγεί στην ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου (Nutbeam, 2000). Συνεπώς βελτιώνοντας την πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας και την ικανότητα του πληθυσμού να τις χρησιμοποιεί αποτελεσματικά, η εγγραμματοσύνη στην υγεία είναι σημαντική για την ενδυνάμωση της κοινότητας (Nutbeam, 1998; W.H.O., 1998).

### **2.3. Εγγραμματοσύνη στην υγεία των επαγγελματιών υγείας**

Δίνοντας έμφαση στο σύστημα υγείας, η βελτίωση της εγγραμματοσύνης στην υγεία είναι σημαντική για τη μείωση των ανισοτήτων υγείας. Για αυτό κρίνεται απαραίτητη η ύπαρξη αξιόπιστων και προσβάσιμων πληροφοριών, οι οποίες ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες των διαφορετικών κοινωνικών ομάδων (Canal, Soler, Porquet et al., 2020). Σύμφωνα με έρευνες, που διεξήχθησαν σε πληθυσμό γηραιότερων ατόμων και ατόμων με χρόνια νοσήματα, διαπιστώθηκε πως υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ του χαμηλού επιπέδου εγγραμματοσύνης στην υγεία και της χαμηλής ποιότητας υγείας και ιδιαίτερα υπήρχε υψηλότερος κίνδυνος για εισαγωγή σε νοσοκομείο και υψηλότερη θνησιμότητα (Pignone & DeWalt, 2006; Laramee, Morris & Littenberg, 2007; Baker, Wolf, Feinglass & Thompson, 2008; Bostock & Steptoe, 2012;).

Αυτό καθιστά την εγγραμματοσύνη στην υγεία απαραίτητη για τους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, προηγούμενες έρευνες έχουν διαπιστώσει πως οι επαγγελματίες υγείας δεν κατέχουν αυτή την δεξιότητα σε επαρκές επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, μία ποιοτική έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο σε 22 νοσηλευτές και ασκούντες παραϊατρικών επαγγελμάτων συμπέρανε πως οι συμμετέχοντες είχαν έλλειψη γνώσεων και αυτοπεποίθησης στην εγγραμματοσύνη στην υγεία. Για αυτόν τον λόγο, δυσκολεύονταν να απευθυνθούν στις απαιτήσεις και να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών τους σε αυτόν τον τομέα (Brooks, Ballinger, Nutbeam, Mander & Adams, 2020). Επιπρόσθετα, σε κάποιες έρευνες, εκτός της διαπίστωσης του μέτριου επιπέδου εγγραμματοσύνης στην υγεία των επαγγελματιών υγείας, επισημαίνεται η ανάγκη ενσωμάτωσης αυτού του πεδίου στο πρόγραμμα των ακαδημαϊκών σπουδών (Budhathokia, Pokharela, Jhaa et al., 2019; Rababah, Al-Hammouri, Drew & Aldalaykeh, 2019; Canal, Soler, Porquet et al., 2020). Βέβαια, η ενσωμάτωση της αγωγής υγείας στο πρόγραμμα σπουδών δε συνεπάγεται αυτόματα την δημιουργία εγγράμματων φοιτητών στην υγεία (Sukys, Cesnaitiene & Ossowsky, 2017). Ωστόσο, λαμβάνοντας δράση και στοχεύοντας στην εκπαίδευση ιδιαίτερος των φοιτητών επιστημών υγείας, ώστε να έχουν πρόσβαση σε αξιόπιστες πηγές πληροφοριών υγείας και να μπορούν να τις μεταφέρουν στους ασθενείς τους, δημιουργείται η προσδοκία μελλοντικών επαγγελματιών οι οποίοι είναι επαρκώς προετοιμασμένοι για να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας (McCleary-Jones, 2012; Hadden, 2015; Canal, Soler, Porquet et al., 2020).

### 3. ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (eHealth Literacy)

Αντικείμενο της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας αποτελεί η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth Literacy), η οποία ορίζεται ως “η ικανότητα του ατόμου να αναζητά, να κατανοεί και να αξιολογεί τις πληροφορίες υγείας από διάφορες ηλεκτρονικές πηγές και να εφαρμόζει τις γνώσεις που απέκτησε, ώστε να διευθετεί ή να λύνει ένα πρόβλημα υγείας” (Norman & Skinner, 2006b).

Η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία συνδυάζει 6 διαφορετικές δεξιότητες: την παραδοσιακή εγγραμματοσύνη, την πληροφοριακή εγγραμματοσύνη, την εγγραμματοσύνη στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, την εγγραμματοσύνη στην υγεία, την εγγραμματοσύνη στους υπολογιστές και την εγγραμματοσύνη στις επιστήμες. Οι τρεις πρώτες μορφές αναφέρονται ως αναλυτικές και αφορούν δεξιότητες που μπορούν να εφαρμοστούν σε ένα ευρύ πεδίο πηγών πληροφοριών, ανεξαρτήτως του πλαισίου και του θέματος στο οποίο αναφέρονται, ενώ οι υπόλοιπες ως επιστημονικές και αφορούν πιο εξειδικευμένες δεξιότητες που διαφέρουν ανάλογα με το πεδίο εφαρμογής (Norman & Skinner, 2006b).

Οι Norman & Skinner (2006b) ονόμασαν το παραπάνω μοντέλο για την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία ως “μοντέλο του κρίνου (Lily model)”, δηλαδή ως ένα λουλούδι με 6 πέταλα καθένα από τα οποία προσομοιάζει μία από τις προαναφερθείσες μορφές εγγραμματοσύνης (Εικόνα 2). Οι μορφές αυτές αναλύονται παρακάτω:



**Εικόνα 2:** Το μοντέλο του κρίνου (Lily model), προσαρμογή στα Ελληνικά βάσει των Norman & Skinner (2006b)

- Παραδοσιακή εγγραμματοσύνη

Αυτός ο τύπος εγγραμματοσύνης είναι ευρέως διαδεδομένος στους περισσότερους ανθρώπους και αφορά στις βασικές δεξιότητες, όπως η ικανότητα ανάγνωσης ενός κειμένου, η κατανόηση γραπτών μηνυμάτων και η χρήση της γλώσσας τόσο στον προφορικό όσο και στον γραπτό λόγο. Στις σύγχρονες τεχνολογίες, όπως το Διαδίκτυο, χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα ο γραπτός λόγος ως τρόπος επικοινωνίας μηνυμάτων, παρά τη δυνατότητα χρήσης οπτικό-ακουστικών μέσων σε αρκετές ιστοσελίδες. Συνεπώς, για την κατανόηση των διαφόρων πηγών σε μορφή κειμένου απαιτείται η βασική δεξιότητα γραφής και ανάγνωσης. Μάλιστα, σημαντικό παράγοντα αποτελεί η γλώσσα που κατανοεί το κάθε άτομο (Norman & Skinner, 2006b). Λαμβάνοντας υπ' όψιν πως η Αγγλική γλώσσα είναι η πιο διαδεδομένη στο Διαδίκτυο, φτάνοντας το 2020 να αντιπροσωπεύει το 25.9% των χρηστών του Διαδικτύου παγκοσμίως (Statista, 2021), γίνεται κατανοητό πως τα άτομα που χειρίζονται αυτήν την γλώσσα έχουν περισσότερες πιθανότητες να κατανοήσουν το περιεχόμενο που θα συναντήσουν στο Διαδίκτυο (Norman & Skinner, 2006b).

- Πληροφοριακή εγγραμματοσύνη

Η Αμερικανική Ένωση Βιβλιοθηκών (American Library Association-A.L.A.) αναφέρει πως ένα πληροφοριακά εγγράμματο άτομο γνωρίζει το πώς είναι οργανωμένη η γνώση και πώς να βρει και να χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες με τέτοιο τρόπο ώστε και οι υπόλοιποι άνθρωποι να μάθουν από αυτές (American Library Association-A.L.A., 1989). Σε αυτό το σημείο, είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπ' όψιν οι κοινωνικές διεργασίες που λαμβάνουν χώρα κατά την παραγωγή των πληροφοριών και όχι μόνο η απλή εφαρμογή τους. Αναλυτικότερα, ένα πληροφοριακά εγγράμματο άτομο γνωρίζει ποιές πηγές πρέπει να συμβουλευτεί, ώστε να βρει πληροφορίες για ένα συγκεκριμένο θέμα, μπορεί να αναπτύξει τις κατάλληλες στρατηγικές έρευνας και μπορεί να κρίνει τα αποτελέσματά της έρευνας ώστε να εξάγει την απαραίτητη γνώση. Θεωρώντας πως το Διαδίκτυο αποτελεί μία βιβλιοθήκη με δισεκατομμύρια διαθέσιμες πηγές, είναι απαραίτητο για τους χρήστες να αναπτύσσουν και να χρησιμοποιούν στρατηγικές έρευνας (Norman & Skinner, 2006b).

- Εγγραμματοσύνη στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (M.M.E.)

Πρόκειται για την ικανότητα κριτικής σκέψης αναφορικά με το περιεχόμενο της πληροφορίας που μεταδίδεται, ενώ παράλληλα αποτελεί τη διαδικασία ανάπτυξης μετά-γνωσιακών αντανakλαστικών στρατηγικών από τα άτομα σχετικά με το περιεχόμενο των πληροφοριών που παρουσιάζονται από τα M.M.E. Χάρη την εγγραμματοσύνη στα M.M.E. το άτομο μπορεί να τοποθετήσει την πληροφορία εντός του κοινωνικού και πολιτικού πλαισίου και να αναλογιστεί θέματα όπως η αγορά, οι κοινωνικές σχέσεις και το πώς τα ίδια τα M.M.E. διαμορφώνουν το μήνυμα που μεταφέρουν. Γενικότερα, αυτή η ικανότητα αποτελείται από έναν συνδυασμό γνωσιακών διαδικασιών και κριτικής σκέψης, που εφαρμόζονται τόσο στα ίδια τα M.M.E. όσο και στα μηνύματα που μεταφέρουν (Norman & Skinner, 2006b).

- Εγγραμματοσύνη στην υγεία

Πρόκειται για τις απαραίτητες δεξιότητες που πρέπει να κατέχει το άτομο για την αλληλεπίδραση με το σύστημα υγείας και την προαγωγή της αυτοφροντίδας του. Η Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association-A.M.A.) αναφέρει πως ένα άτομο με επαρκή εγγραμματοσύνη στην υγεία έχει ένα σύνολο δεξιοτήτων,

συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας να αντεπεξέρχεται σε βασικές προκλήσεις ανάγνωσης και αριθμητικές, ώστε να είναι λειτουργικό στο περιβάλλον φροντίδας υγείας. Οι ασθενείς με επαρκή εγγραμματοσύνη στην υγεία μπορούν να διαβάσουν, να κατανοήσουν και να δράσουν σχετικά με τις πληροφορίες φροντίδας υγείας (A.M.A., 1999). Συνεπώς, το άτομο, ως καταναλωτής των πληροφοριών υγείας, πρέπει να μπορεί να κατανοεί πλήρως τους σχετικούς με την υγεία όρους και να τοποθετεί τις πληροφορίες υγείας στο κατάλληλο πλαίσιο, ώστε να καταλήγει στις σωστές αποφάσεις για την υγεία του. Αλλιώς, θα δυσκολεύεται να ακολουθήσει τις ιατρικές οδηγίες ή να δεσμευτεί για την κατάλληλη και αποτελεσματική αυτό-φροντίδα (Norman & Skinner, 2006b).

- Εγγραμματοσύνη στους υπολογιστές

Πρόκειται για την ικανότητα χρήσης υπολογιστών για την επίλυση διαφόρων προβλημάτων. Σήμερα, δεδομένης της ευρείας χρήσης των υπολογιστών, θεωρείται πως τα άτομα γνωρίζουν το πώς να τους χρησιμοποιούν. Ωστόσο, η εγγραμματοσύνη στους υπολογιστές είναι αδύνατη χωρίς την πρόσβαση στον απαραίτητο εξοπλισμό και την τεχνολογική γνώση. Επομένως, η χρήση ενός παλιού λειτουργικού συστήματος δε συνεπάγεται την καθολική ικανότητα χρήσης ενός οποιουδήποτε υπολογιστή. Μάλιστα, κρίνεται απαραίτητη η ικανότητα προσαρμογής σε νέες τεχνολογίες και λειτουργικά συστήματα, καθώς και η απόλυτη πρόσβαση σε πηγές πληροφοριών υγείας στο Διαδίκτυο (Norman & Skinner, 2006b).

- Εγγραμματοσύνη στις επιστήμες

Πρόκειται για μία ευρεία αντίληψη της φύσης, του σκοπού, των μεθόδων, της εφαρμογής, των πολιτικών και των περιορισμών κατά τη δημιουργία της γνώσης με συστηματικό τρόπο. Για τα άτομα που δεν έχουν εκπαιδευτική εμπειρία έκθεσης στον επιστημονικό τρόπο σκέψης, ίσως η κατανόηση των επιστημονικών πληροφοριών υγείας στο Διαδίκτυο αποτελέσει ένα είδος πρόκλησης. Χάρη την εγγραμματοσύνη στις επιστήμες οι πληροφορίες υγείας κατατάσσονται στο ανάλογο πλαίσιο και με αυτόν τον τρόπο οι καταναλωτές αντιλαμβάνονται τη συμβολή και τις δυνατότητες της επιστημονικής έρευνας, αλλά και τους περιορισμούς της (Norman & Skinner, 2006b).

Το άθροισμα των 6 αυτών τύπων εγγραμματοσύνης συνθέτουν τις απαιτούμενες δεξιότητες για να επωφεληθεί ο καταναλωτής υγείας από την χρήση των πηγών πληροφοριών υγείας στο Διαδίκτυο (Norman & Skinner, 2006b). Η ηλεκτρονική υγεία απαιτεί από τον καταναλωτή υγείας την ανάπτυξη σύνθετων δεξιοτήτων. Με άλλα λόγια, το άτομο πρέπει να χειρίζεται την τεχνολογία, να έχει κριτική σκέψη και να περιηγείται με άνεση στο πλήθος των διαθέσιμων πληροφοριών, ώστε να επιλέξει την κατάλληλη πληροφορία και να αποφασίσει για την υγεία του (Norman & Skinner, 2006a).

Αρκετοί παράγοντες, όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο, η κατάσταση υγείας, το κίνητρο εύρεσης πληροφοριών υγείας και η διαθέσιμη τεχνολογία, μπορούν να επηρεάσουν την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία δημιουργώντας σημαντικές κοινωνικές ανισότητες. Αν και θα περιμέναμε αυτές οι ανισότητες να πλήττουν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ή τους κατοίκους των μη αναπτυσσόμενων χωρών, έχει αποδειχθεί πως σε αναπτυγμένες χώρες, όπου χρησιμοποιείται ευρέως το Διαδίκτυο, κάποια άτομα αδυνατούν να εκμεταλλευτούν πλήρως την ηλεκτρονική υγεία (Norman & Skinner, 2006b).

Για τη μέτρηση της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία οι Norman & Skinner (2006a) δημιούργησαν την κλίμακα eHealth Literacy Scale-eHEALS. Η κλίμακα αποτελείται από 8 στοιχεία, με πιθανές απαντήσεις σε μορφή 5-βαθμης κλίμακας τύπου Likert, ξεκινώντας από το 1 “Διαφωνώ απόλυτα” έως το 5 “Συμφωνώ απόλυτα”. Από τις 8 απαντήσεις προκύπτει ένα τελικό σκορ (eHEALS σκορ) που μπορεί να φτάσει από το 8 έως το 40. Τα στοιχεία της κλίμακας μετρούν συνδυαστικά την γνώση, την ευχέρεια και τις υποκειμενικές δεξιότητες του καταναλωτή σχετικά με την εύρεση, την αξιολόγηση και την εφαρμογή των πληροφοριών ηλεκτρονικής υγείας. Οι ερευνητές θέλησαν με αυτή την κλίμακα να διερευνήσουν τόσο τις υποκειμενικές δεξιότητες, που θεωρεί ο ίδιος ο καταναλωτής ότι διαθέτει, ώστε να χρησιμοποιεί την τεχνολογία για θέματα υγείας, αλλά και να προσδιορίσουν τις κατάλληλες μεθόδους για αποτελεσματικά προγράμματα προαγωγής υγείας, ανάλογα με τις δεξιότητες και τις ανάγκες των καταναλωτών (Norman & Skinner, 2006a).

Επίσης, οι ερευνητές προτείνουν την χρήση δύο επιπλέον συμπληρωματικών ερωτήσεων/στοιχείων, οι οποίες δεν συμπεριλαμβάνονται στο σκορ της eHEALS. Δηλαδή, μία ερώτηση αναφορικά με τη χρησιμότητα του Διαδικτύου στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία, όπου οι απαντήσεις δίνονται σε μορφή 5-βαθμης κλίμακας τύπου Likert, ξεκινώντας από το 1 “Καθόλου χρήσιμο” έως το 5 “Πολύ χρήσιμο” και μία ερώτηση αναφορικά με τη σημαντικότητα της δυνατότητας πρόσβασης σε πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο, όπου οι απαντήσεις δίνονται σε μορφή 5-βαθμης κλίμακας τύπου Likert, ξεκινώντας από το 1 “Καθόλου σημαντικό” έως το 5 “Πολύ σημαντικό” (Norman & Skinner, 2006a).



#### **4. ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (eHealth Literacy) ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Η απόκτηση εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία απαιτεί πρώτα την ανάπτυξη ενός πλήθους διαφορετικών δεξιοτήτων, ώστε ο χρήστης να μπορεί να περιηγηθεί με άνεση στα ηλεκτρονικά μέσα, να βρει, να κατανοήσει και να εφαρμόσει τις κατάλληλες πληροφορίες υγείας που χρειάζεται. Επομένως, γίνεται κατανοητό ότι τα ηλεκτρονικά μέσα δεν έχουν καμία χρησιμότητα αν οι δυνητικοί χρήστες αδυνατούν να τα χρησιμοποιήσουν. Αν θέλουμε να εκμεταλλευτούμε τα οφέλη της Τεχνολογίας στον τομέα της υγείας, θα πρέπει να γεφυρώσουμε το χάσμα ανάμεσα σε αυτό που παρέχεται και σε αυτό που έχει πραγματικά πρόσβαση ο γενικός πληθυσμός, ως δυνητικοί ασθενείς ή και γενικότερα ως καταναλωτές υπηρεσιών υγείας (Norman & Skinner, 2006b). Υποστηρίζεται πως σε αυτήν την προσπάθεια σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι επαγγελματίες υγείας του παρόντος, αλλά ιδίως του μέλλοντος. Αυτοί δρώντας εντός του Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας καλούνται συχνά, εκτός από την παροχή της καθιερωμένης φροντίδας υγείας, να διαχειριστούν τα ζητήματα και τα ερωτήματα των ασθενών και των οικογενειών τους, που προκύπτουν από την πρότερη αναζήτησή τους στο Διαδίκτυο για θέματα σχετικά με την υγεία τους (Κουμπούρος, 2015; Park, Cormier, Gordon & Baeg, 2016). Συνεπώς, εντός του πλαισίου της σχέσης που δημιουργείται μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, οι τελευταίοι μπορούν να υποστηρίξουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους στη διαχείριση πληροφοριών υγείας, συμπεριλαμβανομένων και αυτών από ηλεκτρονικές πηγές. Για αυτόν τον λόγο είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε το επίπεδο εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία των σημερινών, αλλά ιδίως των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας, ώστε να τους παρέχουμε την κατάλληλη εκπαίδευση εγκαίρως, όπου και όπως απαιτείται.

##### **4.1. Η σχέση του ασθενή με τον επαγγελματία υγείας**

Ξεκινώντας από τη σχέση των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς τους, παρατηρείται πως αυτή μεταβάλλεται μέσα στον χρόνο. Σε πιο γενικό πλαίσιο διαπιστώνεται πως τις τελευταίες δεκαετίες το Σύστημα Παροχής Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας έχει εξελιχθεί με ταχύτατους ρυθμούς ιδίως λόγω των τεχνολογικών επιτευγμάτων, αλλά και των οργανωσιακών και χρηματοδοτικών αλλαγών στον τομέα της Φροντίδας Υγείας. Μάλιστα, από το τέλος της δεκαετίας του 1980 σημαντική αλλαγή αποτέλεσε η εισαγωγή της ιδέας ενός Πελατό-κεντρικού Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας (Greene, Tuzzio & Cherkin, 2012).

Ως Πελατό-κεντρικό Σύστημα Παροχής Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας ορίζεται εκείνο το σύστημα όπου οι Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας παρέχονται με βάση τις προτιμήσεις, τις ανάγκες και τις αξίες του ασθενή (Mead & Bower, 2000; Stewart, 2001). Αυτή η προσέγγιση έρχεται σε αντίθεση με το βιοϊατρικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της ασθένειας, σύμφωνα με το οποίο η υγεία και η ασθένεια ερμηνεύονται μόνο στη βάση των βιολογικών διαδικασιών που συμβαίνουν στο ανθρώπινο σώμα (Wade & Halligan, 2004). Αντιθέτως, η παραπάνω προσέγγιση βασίζεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της ασθένειας, κατά το οποίο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν όχι μόνο οι βιολογικοί παράγοντες, αλλά και οι ψυχο-κοινωνικοί (Borrell-Carrio, Suchman & Epstein, 2004; Wade & Halligan, 2017).

Συνεπώς, στο Πελατό-κεντρικό Σύστημα Παροχής Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας δίνεται έμφαση στο άτομο ως ξεχωριστή οντότητα και οι επαγγελματίες υγείας δεσμεύονται να παρέχουν τις υπηρεσίες τους με βάση το τί θεωρείται ωφέλιμο για την κάθε περίπτωση ξεχωριστά. Άρα, οι επαγγελματίες υγείας δε βρίσκονται πλέον σε θέση εξουσίας, ως επιστημονικά ειδήμονες, απέναντι στους ασθενείς, αλλά καλούνται να τους σεβαστούν και να τους βοηθήσουν να γίνουν πιο ενεργοί στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για την υγεία τους. Με άλλα λόγια, γίνεται προσπάθεια δόμησης μιας ισχυρής σχέσης συνεργασίας μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή (Erstein & Street, 2011). Στο πλαίσιο αυτής της συνεργατικής σχέσης οι επαγγελματίες υγείας καλούνται πλέον όχι μόνο να δίνουν οδηγίες για την θεραπεία, αλλά να λαμβάνουν υπ' όψιν την άποψη και τυχόν απορίες των ασθενών τους που προκύπτουν από την αναζήτηση πληροφοριών υγείας. Κατ' αυτόν τον τρόπο μπορούν να αποτελέσουν συμβουλευτικό και εκπαιδευτικό ρόλο και σε ό,τι σχετίζεται με την αναζήτηση πληροφοριών υγείας στο Διαδίκτυο.

Βέβαια, σήμερα η έννοια της συνεργατικής σχέσης μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή δε λαμβάνεται υπ' όψιν μόνο στα στενά όρια του ιατρικού θαλάμου. Οι διαντιδράσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών έχουν διευρυνθεί πέρα από τις ιατρικές επισκέψεις και αρχίζουν να συμπεριλαμβάνουν τομείς όπως οι συμβουλευτικές ομάδες ομοτίμων αλλά και νεότερες τάσεις όπως η τηλε-ιατρική, και γενικότερα ένα πλήθος επιτευγμάτων στον τομέα της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) που υποστηρίζουν το Σύστημα Παροχής Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας (Greene, Tuzzio & Cherkin, 2012).

Συμπερασματικά, οι αλλαγές στη σχέση ασθενή και επαγγελματία υγείας οδηγούν στην «αναβάθμιση» του ρόλου του ασθενή εντός του Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας. Η ενδυνάμωση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας δημιουργεί τη θέληση για πιο ενεργή συμμετοχή στη φροντίδα υγείας. Δηλαδή, οι ασθενείς θέλουν να έχουν λόγο στα είδη των παρεμβάσεων που τους παρέχονται, καθώς και στη γενικότερη φροντίδα υγείας που λαμβάνουν. Μάλιστα, με την άνοδο του καπιταλισμού, και την ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών κατανάλωσης και υγείας, οι ασθενείς ωθούνται στο να μετατραπούν σε καταναλωτές υπηρεσιών υγείας, αφού συχνά καλούνται να βρουν και να επιλέξουν το τί τους ταιριάζει μέσα από ένα πλήθος επιλογών και μεθόδων για τη φροντίδα της υγείας τους (Nettleton, 2002). Επομένως, ο εκπαιδευτικός ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι σημαντικός για την καθοδήγηση των καταναλωτών υγείας στη σωστή διαχείριση των πληροφοριών υγείας και ιδιαίτερος όταν πρόκειται για την χρήση νέων τεχνολογιών στον τομέα της υγείας.

#### **4.2. Η εγγραματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία του γενικού πληθυσμού και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στη βελτίωσή της**

Στην μεταβολή της σχέσης ανάμεσα στους ασθενείς, ή γενικότερα στους καταναλωτές υπηρεσιών υγείας, και στους επαγγελματίες υγείας, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η ανάπτυξη της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) στον τομέα της υγείας. Ειδικότερα, ο ρόλος των ηλεκτρονικών πηγών στην υγεία των καταναλωτών αυξάνεται συνεχώς και το Διαδίκτυο αποτελεί την πρώτη πηγή από τον τομέα των τηλεπικοινωνιών για όσους αναζητούν πρωτογενείς πηγές υγείας ή συναφείς πληροφορίες (Park, Cormier, Gordon & Baeg, 2016). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat (2021), ένας στους δύο Ευρωπαίους πολίτες (55%) ηλικίας 16-74 ετών αναφέρει πως έχει αναζητήσει πληροφορίες υγείας στο Διαδίκτυο που σχετίζονται με τραυματισμό, ασθένεια, διατροφή, βελτίωση της υγείας ή κάτι αντίστοιχο. Επιπλέον, το 20% των Ευρωπαίων πολιτών ανέφερε πως έχει κλείσει ραντεβού με κάποιον επαγγελματία υγείας μέσω του Διαδικτύου (Eurostat, 2021).

Επομένως, ο ασθενής του σήμερα δεν έχει καμία απολύτως σχέση με τον ασθενή των παλαιότερων εποχών. Ο σημερινός ασθενής είναι πληροφορημένος και ενήμερος. Ειδικότερα στον κόσμο του Διαδικτύου, όπου οι πληροφορίες είναι διαθέσιμες σε όλους, τις περισσότερες φορές πριν πάει στον επαγγελματία υγείας ή στο νοσοκομείο έχει ήδη αναζητήσει πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα που νιώθει ή την ασθένεια που πιστεύει ότι αντιμετωπίζει, έχει μιλήσει μέσω web-forums με άλλους ασθενείς με αντίστοιχες περιπτώσεις και συμπτώματα και έχει διαμορφώσει ακόμη και άποψη για τις εναλλακτικές θεραπείες που διατίθενται. Αυτός ο ασθενής πολλές φορές, δυστυχώς στην Ελλάδα, έχει αρχίσει και τη φαρμακευτική αγωγή αυτοβούλως (Κουμπούρος, 2015).

Ωστόσο, παρά την αύξηση του πλήθους των υψηλής ποιότητας πληροφοριών υγείας διαθέσιμων στο Διαδίκτυο, γεγονός που το καθιστά ως σημαντική πηγή των πληροφοριών υγείας για τους καταναλωτές, υπάρχουν ανισότητες στην ικανότητα των καταναλωτών υγείας να αναλύουν τις πληροφορίες που διαβάζουν (Park, Cormier, Gordon & Baeg, 2016). Με άλλα λόγια, ένα σημαντικό ζήτημα είναι το να μπορεί κανείς να διακρίνει τις έγκυρες πληροφορίες, ώστε να μην οδηγηθεί σε λάθος ενέργειες και συμπεράσματα με άμεσο αντίκτυπο στην υγεία του ή στην ποιότητα ζωής του (Κουμπούρος, 2015). Επομένως, λαμβάνονταν υπ' όψιν το γεγονός ότι η ποιότητα των πληροφοριών υγείας στο Διαδίκτυο μπορεί να διαφέρει από πολύ υψηλή έως πολύ χαμηλή, η εγγραμματούνη στην ηλεκτρονική υγεία αποτελεί απαραίτητη δεξιότητα ειδικότερα για όσους αναζητούν στοχευμένες, έγκυρες, αξιόπιστες και υψηλής ποιότητας πληροφορίες υγείας στο Διαδίκτυο (Park et al., 2016).

Έχει παρατηρηθεί πως υπάρχει απόσταση μεταξύ του ποιές πληροφορίες υγείας υπάρχουν διαθέσιμες στο Διαδίκτυο και του ποιές πληροφορίες μπορούν να βρουν και να χρησιμοποιήσουν οι καταναλωτές υγείας (Norman & Skinner, 2006b). Άλλωστε σε προηγούμενες έρευνες, οι οποίες αναφέρονται παρακάτω, και οι ίδιοι οι καταναλωτές υγείας, προερχόμενοι από διαφορετικές ομάδες του κοινωνικού συνόλου, συχνά αναφέρουν πως κατέχουν περιορισμένες δεξιότητες στην εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία, ώστε να εμπλακούν αποτελεσματικά με τις πηγές υγείας στο Διαδίκτυο.

Αναλυτικότερα, προηγούμενη έρευνα σε πληθυσμό ενηλίκων στις Η.Π.Α. κατέληξε στο πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήξερε πώς και πού να βρει πληροφορίες υγείας στο Διαδίκτυο, αλλά και πώς να τις χρησιμοποιήσει για να πάρει αποφάσεις για την υγεία. Ωστόσο, η γνώση αναφορικά με το ποιές πηγές υγείας υπάρχουν διαθέσιμες και η αυτοπεποίθηση αναφορικά με την ικανότητα διαχωρισμού των υψηλής ποιότητας πληροφοριών από αυτές τις χαμηλής ποιότητας ήταν σημαντικά περιορισμένες. Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση στον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας και η υποστήριξη των καταναλωτών υγείας από τους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα όσον αφορά στην πρόσβαση και στην αξιολόγηση της ποιότητας των πληροφοριών υγείας (Park, Cormier, Gordon & Baeg, 2016).

Επιπρόσθετα, έρευνα σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (55-69 ετών) στον Καναδά αναφέρει πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων συμφωνούσε πως το Διαδίκτυο είναι χρήσιμο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για την υγεία. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες εξέφρασαν χαμηλή αυτοπεποίθηση αναφορικά με την ικανότητά τους να αξιολογούν την ποιότητα των πληροφοριών σε ιστοσελίδες σχετικές με την υγεία, αλλά και να εφαρμόζουν τις πληροφορίες που βρίσκουν ώστε να αποφασίζουν για την υγεία. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες δεν ένιωθαν σίγουροι σχετικά με την ικανότητά τους να ξεχωρίζουν τις υψηλής ποιότητας πηγές υγείας από αυτές της χαμηλής ποιότητας στο Διαδίκτυο. Αυτό το γεγονός τους δημιούργησε έναν περιορισμό στο να αναγνωρίζουν τα βασικά κριτήρια που θα τους οδηγήσουν να εμπιστευτούν μία ιστοσελίδα. Επίσης, οι συμμετέχοντες αγνοούσαν τη δυνατότητα βελτίωσης των δεξιοτήτων τους, γεγονός που μπορεί να οφείλεται και στους

επαγγελματίες υγείας, αφού αυτοί συχνά θεωρούν ως δεδομένες τη γνώση και τις σύνθετες δεξιότητες που απαιτούνται για την ουσιαστική αλληλεπίδραση με την τεχνολογία (Manafa & Wong, 2012).

Βέβαια, η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία δεν είναι σημαντική μόνο για όσους αναζητούν πληροφορίες υγείας για τον εαυτό του, αλλά είναι απαραίτητη και για εκείνους που είναι επιφορτισμένοι με τη φροντίδα άλλων ατόμων. Έρευνα σε φροντιστές ατόμων με άνοια σε Ελλάδα και Κύπρο κατέδειξε τη σημασία της υψηλής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία, καθώς αυτή συνδέονταν θετικά με την αυτό-αποτελεσματικότητα και αρνητικά με την εμφάνιση προβληματικών ή δυσλειτουργικών στατηγικών αντιμετώπισης της κατάστασης στους φροντιστές. Επίσης, τονίζονταν ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν με αρκετούς τρόπους στη βελτίωση της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία τόσο στους ίδιους τους ασθενείς τους, όσο και στα άτομα που είναι επιφορτισμένα με τη φροντίδα τους (Efthymioy, Middleton, Charalambous & Papastravrou, 2020).

Τέλος, η χρήση του Διαδικτύου ως οικονομικό, προσιτό και εύκολα προσβάσιμο μέσο αναζήτησης πληροφοριών υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους γονείς που είναι επιφορτισμένοι με τη φροντίδα παιδιών με ιδιαίτερες ανάγκες φροντίδας υγείας. Έρευνα σε δείγμα γονέων με παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες φροντίδας υγείας στις Η.Π.Α. κατέδειξε πως αυτοί οι γονείς ωθούνταν περισσότερο στην αναζήτηση πληροφοριών υγείας στο Διαδίκτυο για τα παιδιά τους, σε σχέση με άλλους γονείς που δεν αντιμετωπίζουν μία αντίστοιχη κατάσταση. Επίσης, όσον αφορά στη διερεύνηση της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία, το στοιχείο της κλίμακας eHEALS όπου η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (74%) δήλωσε πως συμφωνούσε αναφέρονταν στο ότι γνωρίζουν πώς να χρησιμοποιούν τις πληροφορίες υγείας που βρίσκουν στο Διαδίκτυο για να βοηθήσουν τα παιδιά τους. Ωστόσο, τα δύο στοιχεία της κλίμακας eHEALS όπου οι γονείς εξέφρασαν τον μεγαλύτερο βαθμό διαφωνίας αφορούσαν στην έλλειψη αυτοπεποίθησης αναφορικά με την ικανότητα χρήσης των πληροφοριών που βρίσκουν από το Διαδίκτυο, ώστε να αποφασίσουν για την υγεία (23.4%) και στη δυσκολία διαχωρισμού των υψηλής ποιότητας πληροφοριών από αυτές της χαμηλής ποιότητας (21.3%). Τέλος, τονίζονταν πως μπορεί η έλλειψη των συγκεκριμένων δεξιοτήτων να οδηγεί τους γονείς σε νέο διάλογο με τους επαγγελματίες υγείας, ώστε να μοιραστούν τις απορίες τους, αλλά ταυτόχρονα μπορεί να αυξάνει τα καθήκοντα που πρέπει να διεκπαιρώσουν με επιτυχία οι επαγγελματίες υγείας σε έναν προκαθορισμένο και περιορισμένο χρόνο. Ως αποτέλεσμα, μπορεί να μην είναι εφικτό να συζητηθούν το πλήθος των πληροφοριών υγείας που ανακαλύπτουν οι γονείς κατά την αναζήτηση στο Διαδίκτυο (Knapp, Madden, Wang, Sloyer & Shenkman, 2011).

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα παραπάνω παραδείγματα των προηγούμενων ερευνών σε διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού, συμπεραίνεται πως ο γενικός πληθυσμός έχει έλλειψη εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία και ιδιαίτερα των δεξιοτήτων που σχετίζονται με την κριτική ικανότητα και την αυτοπεποίθηση στη χρήση πληροφοριών υγείας από το Διαδίκτυο.

Η αξία της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία για τον γενικό πληθυσμό έχει επισημανθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, καθώς η χαμηλή εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά το άτομο, αλλά και ολόκληρη την κοινωνία οδηγώντας σε: αποτελέσματα που υποδηλώνουν “φτωχή” υγεία, αύξηση των χρόνιων παθήσεων, αύξηση των πόρων που σπαταλώνται για την φροντίδα υγείας και αύξηση των απαιτούμενων πληροφοριών υγείας. Βάσει αυτών δεν επιτυγχάνεται η ισότητα στο σύστημα υγείας (W.H.O., 2009).

Επιπλέον, κατά τον Lalonde (1974), η καλή υγεία είναι η βάση πάνω στην οποία στηρίζεται η κοινωνική πρόοδος, ενώ όσο αυξάνεται το επίπεδο της υγείας τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα της ευτυχίας. Συνεπώς, βελτιώνοντας την δυνατότητα πρόσβασης στις διαθέσιμες πληροφορίες υγείας, αλλά και εκπαιδεύοντας τα μέλη της κοινωνίας σχετικά με τη διαχείριση των πληροφοριών υγείας, αρχίζει να υλοποιείται το όραμα της Προαγωγής της Υγείας, που στοχεύει στην ενδυνάμωση των ατόμων, ώστε να αυξήσουν τον έλεγχο στην υγεία τους και να βελτιώσουν την κατάστασή τους (W.H.O., 1986).

Άλλωστε, σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, η χρήση των νέων τεχνολογιών στο σύστημα υγείας δημιουργεί νέες προοπτικές ξεκινώντας από την ατομοκεντρική προσέγγιση, την μεμονωμένη περίπτωση του ασθενή που αντιμετωπίζει ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας, και φτάνοντας σε μία προσέγγιση βάσει του πληθυσμού, όπως η πρόληψη ή η διαχείριση των ασθενειών. Αναλυτικότερα, η τεχνολογία βοηθάει στη λύση προβλημάτων αναφορικά με τη γεωγραφική πρόσβαση, την εύρεση κατάλληλων και οικονομικά αποδοτικών παρεμβάσεων, την αύξηση της ευαισθητοποίησης του πληθυσμού σχετικά με το πώς να προσεγγίζει ένα πρόβλημα υγείας και να διάγει έναν υγιεινό τρόπο ζωής (Novillo-Ortiz, Marin & Saigi-Rubio, 2018). Συνεπώς, συμβάλλει στην ενδυνάμωση των πολιτών προσεγγίζοντας ταυτόχρονα τους 17 στόχους για τη βιώσιμη ανάπτυξη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) και συγκεκριμένα τον στόχο 3 για τη διασφάλιση μιας ζωής με υγεία και προαγωγή της ευημερίας για όλους σε όλες τις ηλικίες (UNESCO, 2019).

Συνεπώς, όπως γίνεται μνεία και στις παραπάνω έρευνες υπάρχει ανάγκη εκπαίδευσης του γενικού πληθυσμού αναφορικά με την τεχνολογία και την χρήση πληροφοριών από το Διαδίκτυο στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον εκπαιδευτικό ρόλο που μπορούν να ασκήσουν οι επαγγελματίες υγείας. Συνοπτικά, τονίζεται πώς αυτοί καλούνται να διερευνούν το αν και κατά πόσο οι ασθενείς, οι οικογένειές τους και οι φροντιστές τους είναι σε θέση να αλληλεπιδράσουν με την Τ.Π.Ε. και να μην θεωρούν την ύπαρξη αυτών των δεξιοτήτων ως δεδομένη, αλλά να αφιερώνουν τον απαραίτητο χρόνο ώστε να υποστηρίξουν και να εκπαιδεύουν τον γενικό πληθυσμό στην πρόσβαση και στην αξιολόγηση των πληροφοριών υγείας στο Διαδίκτυο.

### **4.3. Η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία των επαγγελματιών υγείας**

Όπως διαπιστώθηκε παραπάνω, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται συχνά, κατά την άσκηση των καθηκόντων τους να επιτελέσουν εκπαιδευτικό και συμβουλευτικό ρόλο για τον γενικό πληθυσμό όσον αφορά στην εύρεση και στη σωστή διαχείριση των πληροφοριών υγείας από το Διαδίκτυο και κατ' επέκταση να συμβάλουν στην ανάπτυξη της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (Knapp et al., 2011; Manafo & Wong, 2012; Park et al., 2016; Efthymioy et al., 2020). Συνεπώς, η ικανότητα εύρεσης αξιόπιστων πληροφοριών υγείας στο Διαδίκτυο δεν είναι απαραίτητη δεξιότητα μόνο για τον γενικό πληθυσμό, αλλά και για τους επαγγελματίες υγείας (Stellefson et al., 2011). Με άλλα λόγια, οι τελευταίοι καθώς καλούνται να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς τους, αλλά και ευρύτερα την κοινότητα, πρέπει να γνωρίζουν το πώς να εντοπίζουν και να χρησιμοποιούν αξιόπιστες πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο (Shaiman, 2014), αλλά και πώς να διορθώνουν τις εσφαλμένες αντιλήψεις από την λανθασμένη χρήση των πληροφοριών αυτών (Tabaishat & Habiballah, 2016). Βέβαια, τα οφέλη της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία αφορούν και τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, αφού θα μπορούν να βρίσκουν και να χρησιμοποιούν έγκυρες πληροφορίες υγείας κατά την καθημερινή εργασία τους (Tabaishat & Habiballah, 2016).

Αναλυτικότερα, η ανάγκη και η αξία της ανάπτυξης δεξιοτήτων εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία στους επαγγελματίες υγείας έγκειται στο ότι το Διαδίκτυο, λόγω της διεύρυνσης της δυνατότητας πρόσβασης σε αυτό και των βελτιώσεων στις υπηρεσίες που παρέχει, έχει καταστεί το επίκεντρο πολλών νέων επιτευγμάτων στον τομέα της φροντίδας υγείας. Ως αποτέλεσμα, το Διαδίκτυο έχει σημαντική επίπτωση στους τομείς της υγείας και της φροντίδας υγείας, καθώς η χρήση του μπορεί να αναβαθμίσει την παροχή υπηρεσιών υγείας και να υποστηρίξει τους επαγγελματίες υγείας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Shiferaw & Mehari, 2019).

Βάσει προηγούμενων ερευνών, οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν περισσότερο το Διαδίκτυο σε σχέση με άλλους επαγγελματίες. Συγκεκριμένα, το χρησιμοποιούν ως εργαλείο ώστε να παραμένουν ενημερωμένοι σχετικά με τις εξελίξεις στο επάγγελμά τους (Lialiou & Mantas, 2013). Ωστόσο, όπως αναφέρεται στις έρευνες που παρατίθενται παρακάτω, παρά το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας εμπλέκονται ή καλούνται να εμπλακούν με την Τεχνολογία Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) κατά την εργασία τους, συχνά δεν κατέχουν τις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή των υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας και απαιτείται περαιτέρω εκπαίδευσή τους. Διευκρινίζεται πως κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας οι περισσότερες μελέτες που βρέθηκαν αφορούν στα άνωθι ζητήματα, δηλαδή στη χρήση Τ.Π.Ε. και στις δεξιότητες στην εφαρμογή των υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας, ενώ οι έρευνες αναφορικά με την διερεύνηση της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία με την κλίμακα eHEALS ήταν περιορισμένες.

Αρχικά, σε προηγούμενη έρευνα σε φαρμακοποιούς και σε προσωπικό φαρμακείων σχετικά τις εμπειρίες τους στην ηλεκτρονική υγεία και στη χρήση της Τ.Π.Ε., διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχοντες εργάζονταν χρησιμοποιώντας στον ελάχιστο βαθμό της δυνατότητας που προσφέρει η Τ.Π.Ε.. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ανασφάλεια στην χρήση της Τ.Π.Ε. και τόνισαν πως δεν έχουν λάβει την απαραίτητη εκπαίδευση στην ηλεκτρονική υγεία και στις νέες τεχνολογίες κατά τις σπουδές τους (MacLure & Stewart, 2018).

Επίσης, έρευνα σε δημόσιο οργανισμό υγείας στην Φινλανδία, που συμπεριέλαβε επαγγελματίες υγείας, και συγκεκριμένα νοσηλευτές, ιατρούς, οδοντιάτρους, φυσικοθεραπευτές και άλλους θεραπευτές, αλλά και κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, γραμματείς των ιατρείων, διοικητικούς υπαλλήλους και προσωπικό φροντίδας των ιατρικών μηχανημάτων και των εγκαταστάσεων, συμπέρανε πως οι δεξιότητες στην χρήσης της Τ.Π.Ε. ήταν αρκετά καλές, αλλά οι επαγγελματίες χρειάζονταν νέες οδηγίες και εκπαίδευση όσον αφορά στην διαντίδραση με τους ασθενείς στο πλαίσιο των νέων συνθηκών που δημιουργεί η ηλεκτρονική υγεία. Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν λιγότερη αυτοπεποίθηση αναφορικά με τις δεξιότητές τους όταν πρόκειται να προτρέψουν ή να συμβουλέψουν τους ασθενείς τους στη χρήση υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας ή στο πώς θα επικοινωνήσουν με τους ασθενείς τους χρησιμοποιώντας τις δυνατότητες που προσφέρει η ηλεκτρονική υγεία. Για αυτούς τους λόγους οι ερευνητές συμπέραναν πως οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται υποστήριξη και εκπαίδευση στον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας, γεγονός το οποίο δήλωσαν και οι ίδιοι οι συμμετέχοντες (Kujala, Rajalahti, Heponiemi & Hilama, 2018).

Τέλος, αναφορικά με την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία, σε προηγούμενη έρευνα σε επαγγελματίες υγείας, και συγκεκριμένα σε ιατρούς, νοσηλευτές, τεχνολόγους ιατρικών εργαστηρίων, μαιευτές/μιαίες, φαρμακοποιούς και υγειονομικούς υπαλλήλους, αναφορικά με τη χρήση του Διαδικτύου και την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία, αναφέρεται πως όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι είχαν πρόσβαση στο Διαδίκτυο και σχεδόν οι μισοί (47.4%) ότι χρησιμοποιούσαν το Διαδίκτυο για επαγγελματικούς και

ιατρικούς λόγους. Το eHEALS σκορ των συμμετεχόντων ήταν 27.8, το οποίο θεωρήθηκε ως υψηλό.

Στα 8 στοιχεία της κλίμακας eHEALS, η πλειοψηφία συμφώνησε πως γνωρίζει ποιες πηγές υγείας είναι διαθέσιμες στο Διαδίκτυο. Τα υψηλότερα ποσοστά διαφωνίας σημειώθηκαν στα στοιχεία σχετικά με την αυτοπεποίθηση στη χρήση πληροφοριών από το Διαδίκτυο για την λήψη αποφάσεων υγείας και στην ικανότητα εύρεσης χρήσιμων πηγών από το Διαδίκτυο. Οι ερευνητές συμπέραναν πως με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης θα μπορούσαν στο μέλλον να πραγματοποιηθούν παρεμβάσεις ηλεκτρονικής υγείας. Ωστόσο, θα πρέπει να υπάρξει εκπαίδευση αναφορικά με την εύρεση αξιόπιστων πληροφοριών υγείας από εγκεκριμένες ηλεκτρονικές πηγές (Shiferaw & Mehari, 2019).

Συμπεραίνεται, βάσει των παραπάνω στοιχείων, πως παρά το γεγονός ότι σε προηγούμενες έρευνες υποστηρίχθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν την Τ.Π.Ε. και έχουν αρκετά υψηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία, υπάρχουν ακόμα τομείς όπου χρειάζονται περαιτέρω εκπαίδευση, ώστε να επωφελούνται οι ίδιοι και οι ασθενείς τους.

Άλλωστε αναφορικά με τον γενικό πληθυσμό, όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, η ικανότητα χρήσης των νέων τεχνολογιών στο σύστημα υγείας, μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση αρκετών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι πολίτες και να συμβάλει στην ενδυνάμωσή τους προσεγγίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τον στόχο 3, για τη διασφάλιση μιας ζωής με υγεία και προαγωγή της ευημερίας για όλους σε όλες τις ηλικίες, από τους 17 στόχους για τη βιώσιμη ανάπτυξη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) (UNESCO, 2019).

Βέβαια, για την αξιοποίηση της τεχνολογίας στο σύστημα φροντίδας υγείας, και κατ' επέκταση την επίτευξη του στόχου 3 για τη βιώσιμη ανάπτυξη, δεν αρκεί απλώς η εφαρμογή των τεχνολογικών επιτευγμάτων, αλλά απαιτούνται αλλαγές σε κοινωνικό, πολιτισμικό και οργανωσιακό επίπεδο (W.H.O., 2016b). Καίριο ρόλο σε αυτές τις αλλαγές διαδραματίζει το εκπαιδευμένο προσωπικό, το οποίο θα κληθεί να χρησιμοποιήσει τις λύσεις που προσφέρει η ηλεκτρονική υγεία. Επιπρόσθετα, απαιτείται διεπιστημονική και διατομεακή συνεργασία σε εθνικό αλλά και παγκόσμιο επίπεδο. Συνεπώς, ξεκινώντας από την κάθε χώρα ξεχωριστά, στο μικρο-επίπεδο, πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να εμπλέκονται σε όλα τα στάδια προς την υιοθέτηση της ηλεκτρονικής υγείας, ώστε να γνωρίζουν τις προοπτικές που προσφέρονται και να καταδεικνύουν τις ανάγκες που προκύπτουν (Novillo-Ortiz, Marin & Saigi-Rubio, 2018). Για αυτούς τους λόγους είναι απαραίτητες τόσο οι δεξιότητες στη χρήση της Τ.Π.Ε. όσο και η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία για την διαχείριση του όγκου των πληροφοριών που προκύπτουν από την ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών στο Σύστημα Υγείας.

#### **4.4. Η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία των φοιτητών επιστημών υγείας**

Στη ψηφιακή εποχή, η ικανότητα εύρεσης αξιόπιστων πληροφοριών υγείας στο Διαδίκτυο είναι αναγκαία δεξιότητα για τους επαγγελματίες υγείας (Stellefson et al., 2011). Αυτοί καλούνται να εκπαιδεύσουν τον ασθενή, την οικογένειά του και ολόκληρη την κοινότητα σχετικά με την πρόσβαση και την αξιολόγηση των διαθέσιμων πηγών ηλεκτρονικής υγείας (Shaiman, 2014). Άρα, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι σε θέση να συμβουλεύουν και να διορθώνουν τις εσφαλμένες αντιλήψεις εξαιτίας της λανθασμένης χρήσης των πληροφοριών (Glimour, 2006). Ταυτόχρονα, η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία θα διευκολύνει την καθημερινή πρακτική των επαγγελματιών υγείας, αφού θα βρίσκουν και θα χρησιμοποιούν έγκυρες πληροφορίες υγείας (Tabaishat & Habiballah, 2016).

Βέβαια, έρευνες συμπεράναν ότι οι μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας δεν κατέχουν την απαραίτητη εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία. Μία συστηματική ανασκόπηση 7 ερευνών που αφορούν στην εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία, με δείγματα φοιτητών ηλικίας 17-26 ετών, ανέφερε ότι οι φοιτητές αναζητούν με άνεση πληροφορίες υγείας στο Διαδίκτυο. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη βασικών δεξιοτήτων σχετικά με την αξιολόγηση αυτών των πληροφοριών. Επιπλέον, επισημαίνονταν η ανάγκη προετοιμασίας ιδιαίτερα των φοιτητών επιστημών υγείας για την απόκτηση εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (Stellefson et al., 2011).

Συγκεκριμένα για την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία στους φοιτητές επιστημών υγείας υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα από αρκετές χώρες. Οι προηγούμενοι ερευνητές έχουν επικεντρωθεί, ξεχωριστά σε κάθε έρευνα, κυρίως σε φοιτητές Νοσηλευτικής, Ιατρικής και Φαρμακευτικής. Τα ερευνητικά αποτελέσματα που έχουν προκύψει διαφέρουν μεταξύ τους, γεγονός που δημιουργεί πρόκληση για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος. Σε κάποιες έρευνες η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία των φοιτητών επιστημών υγείας χαρακτηρίστηκε ως υψηλή (Park & Lee, 2015; Ustun, Soylemez, Ucar, Sancar & Okuyan, 2020; Oducado & Moralista, 2020) ή ως μέτρια (Tanaka, Kuroda, Igawa, Sakurai & Ohnishi, 2020), ενώ σε άλλες ως χαμηλότερη από όσο αναμένονταν (Dashti, Peyman, Tajfard & Esmaeeli, 2017; Park & Min, 2020).

Επίσης, από την μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει πως οι φοιτητές επιστημών υγείας θεωρούν ότι γνωρίζουν για την διαθεσιμότητα και τον τρόπο εύρεσης των πληροφοριών υγείας στο Διαδίκτυο. Το ζήτημα έγκειται στην έλλειψη κριτικής ικανότητας και αυτοπεποίθησης για την αξιολόγηση και τη χρήση αυτών των πληροφοριών, ώστε να αποφασίσουν για την υγεία τους (Brown & Dickson, 2010; Park, 2019; Tanaka et al., 2020).

Επιπρόσθετα, οι ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τη διερεύνηση των παραγόντων που μπορεί να σχετίζονται με την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία των φοιτητών επιστημών υγείας. Όσον αφορά στα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών επιστημών υγείας και στη σχέση τους με την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία, σε προηγούμενες μελέτες οι ερευνητές έδωσαν έμφαση στο ρόλο που διαδραματίζει το φύλο καταλήγοντας σε διαφορετικά αποτελέσματα ανά περίπτωση. Αναλυτικότερα, σε ορισμένες έρευνες συμπεραίνεται πως η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία δε διαφέρει με βάση το φύλο των συμμετεχόντων (Rodd & Shellenbarger, 2014; Tabaishat & Habiballah, 2016; Oducado & Moralista, 2020; Tanaka et al., 2020). Αντιθέτως, σε άλλες περιπτώσεις διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο σκορ εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες φοιτητές/τριες επιστημών υγείας, με τους άνδρες φοιτητές να σημειώνουν υψηλότερο μέσο σκορ στην κλίμακα eHEALS σε σχέση με τις γυναίκες συμφοιτήτριές τους (Dashti et al., 2017; Nguyen & Le, 2020; Ustun et. al., 2020). Για τις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε χώρες της Ασίας αυτό το αποτέλεσμα πιθανολογείται πως οφείλεται στη διαφορετική εκπαίδευση των δύο φύλων λόγω των πολιτισμικών αξιών (Dashti et al., 2017). Ωστόσο, αντίστοιχα αποτελέσματα έχουν παρατηρηθεί και σε χώρες της Ευρώπης (Holt, Overgaard, Engel & Kayser, 2020).

Επιπλέον, στον τομέα των σπουδών, το έτος φοίτησης αποτελεί έναν ακόμα παράγοντα που μελετάται συνδυαστικά με την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία. Στις προηγούμενες μελέτες παρατηρήθηκε πως οι φοιτητές επιστημών υγείας που βρίσκονται στο τέλος των σπουδών τους σημειώνουν υψηλότερο μέσο σκορ στην κλίμακα eHEALS σε σχέση με τους φοιτητές στα μικρότερα έτη φοίτησης (Bruce & Stellefson, 2011; Tabaishat & Habiballah, 2016; Kim & Jeon, 2020; Tanaka et al., 2020; Ustun et. al., 2020). Βέβαια, δε δομείται κάποια σχέση αιτίου-αιτιατού αναφορικά με το αν αυτή η αύξηση οφείλεται στην παρεχόμενη εκπαίδευση. Ωστόσο, θεωρείται πως αυτό ίσως οφείλεται στο ότι οι φοιτητές



των μεγαλύτερων ετών φοίτησης έχουν μεγαλύτερη εξοικείωση με τη βιβλιογραφική έρευνα και την αξιολόγηση των πληροφοριών υγείας, καθώς τους έχουν δοθεί περισσότερες ευκαιρίες για εξάσκηση μέσω των ακαδημαϊκών εργασιών κατά τη διάρκεια των σπουδών τους (Tanaka et al., 2020).

Εκτός από τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, σε κάποιες έρευνες έχει μελετηθεί και η χρήση της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.). Σύμφωνα με τους Norman & Skinner (2006b) η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία σχετίζεται με την εγγραμματοσύνη υπολογιστών. Ταυτόχρονα, θεωρείται πως όσο περισσότερο χρησιμοποιεί ένα άτομο την τεχνολογία, υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει τις κατάλληλες δεξιότητες, ώστε να χρησιμοποιεί την τεχνολογία ως εργαλείο (Norman & Skinner, 2006a). Σε προηγούμενες έρευνες σε φοιτητές επιστημών υγείας έχει διαπιστωθεί πως εκείνοι που είχαν υψηλότερη εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία χρησιμοποιούσαν συχνότερα το Διαδίκτυο, αναζητούσαν πληροφορίες υγείας και θεωρούσαν χρήσιμη και σημαντική την πρόσβαση στο Διαδίκτυο (Tabaishat & Habiballah, 2016; Rathnayake & Senevirathma, 2019; Sharma, Oli & Thapa, 2019; Oducado & Moralista, 2020). Επιπλέον, σχετικά με την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία και τη χρήση «εφαρμογών» κινητής υγείας (mHealth applications), προηγούμενη έρευνα σε φοιτητές Φαρμακευτικής έδειξε πως οι χρήστες «εφαρμογών» κινητής υγείας σημείωσαν υψηλότερο μέσο σκορ στην κλίμακα eHEALS σε σχέση όσους δεν τις χρησιμοποιούσαν (Ustun et. al., 2020).

Στην Ελλάδα τα αντίστοιχα ερευνητικά δεδομένα είναι περιορισμένα. Σύμφωνα με προηγούμενη έρευνα, οι στάσεις των φοιτητών επιστημών υγείας, των εργαζόμενων ιατρών και του γενικού πληθυσμού απέναντι στην ηλεκτρονική υγεία ήταν πιο αρνητικές συγκριτικά με τα αντίστοιχα στοιχεία άλλων χωρών. Επίσης, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανέφερε την έλλειψη εκπαιδευτικών εμπειριών στον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας (Giannouli & Hyphantis, 2017). Όσον αφορά στην εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία των φοιτητών επιστημών υγείας στην Ελλάδα εξ' όσων γνωρίζουμε δεν βρέθηκε δημοσιευμένη μελέτη, κατά την έως τώρα βιβλιογραφική ανασκόπηση. Για αυτόν τον λόγο κρίνεται απαραίτητη η διερεύνηση του συγκεκριμένου πεδίου.

## 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 5.1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία αποτελεί σημαντική δεξιότητα τόσο για τη διευκόλυνση των ίδιων των επαγγελματιών υγείας όσο και των ασθενών τους. Στην Ελλάδα η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας, δηλαδή των τωρινών φοιτητών επιστημών υγείας, χρήζει περαιτέρω έρευνας. Επομένως, θεωρείται σκόπιμο να διερευνηθεί το συγκεκριμένο θέμα, καθώς θα προκύψουν νέα ερευνητικά στοιχεία για την Ελλάδα.

Η μέτρηση της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία των φοιτητών επιστημών υγείας στην Ελλάδα θα αποτελέσει χρήσιμο υλικό για τους επαγγελματίες υγείας, την Ακαδημαϊκή και ερευνητική κοινότητα, τους δημιουργούς εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας, αλλά και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής της υγείας, αφού θα βοηθήσει στην αποτύπωση της παρούσας κατάστασης, η οποία έως τώρα δεν είναι ξεκάθαρη. Με άλλα λόγια, αφού οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να ενσωματώσουν στην καθημερινή πρακτική τους τις δυνατότητες που προσφέρει η ηλεκτρονική υγεία πρέπει πρώτα να διερευνηθούν οι γνώσεις που κατέχουν και έπειτα να δοθεί προσοχή στην περαιτέρω εκπαίδευσή τους, όπου και όπως κρίνεται απαραίτητο, ώστε να είναι καταρτισμένοι πριν αναλάβουν τα καθήκοντά τους (Van der Kleij et al., 2019).

Συνεπώς, η σημαντικότητα της μελέτης έγκειται στο ότι τα αποτελέσματά της μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να καταστεί σαφές το κατά πόσο οι μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας κατέχουν τις απαραίτητες δεξιότητες ώστε να επιτελέσουν τον εκπαιδευτικό ρόλο τους ταυτόχρονα με την άσκηση των καθηκόντων τους, αλλά και ως πρωταρχικό υλικό με στόχο την διεύρυνση του προγράμματος σπουδών ή των παρεχόμενων επιμορφωτικών δραστηριοτήτων σε κάθε Τμήμα επιστημών υγείας, ανάλογα με τις πραγματικές ανάγκες των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας.

Τέλος, με τη διερεύνηση της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία των φοιτητών επιστημών υγείας, μπορεί να διαπιστωθεί το αν τα μέσα ηλεκτρονικής υγείας που χρησιμοποιούνται ή πρόκειται να χρησιμοποιηθούν για την εκπαίδευση των φοιτητών είναι η κατάλληλη μέθοδος για αποτελεσματικές παρεμβάσεις προαγωγής υγείας τόσο στους ίδιους τους μελλοντικούς επαγγελματίες υγείας όσο και στην ευρύτερη κοινότητα (Norman & Skinner, 2006a). Συνεπώς, τα αποτελέσματα της μελέτης θα μπορούσαν να αποτελέσουν τη βάση για τους επόμενους ερευνητές, ώστε να σχεδιάσουν τα κατάλληλα προγράμματα αγωγής ηλεκτρονικής υγείας.

Επομένως, για την επίτευξη των αλλαγών στο Σύστημα Παροχής Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας και την παγίωσή τους στο διηνεκές πρέπει πρώτα να εστιάσουμε στην νέα γενιά επαγγελματιών υγείας. Είναι αναγκαίο να υπάρχουν στοιχεία σχετικά με την εγγραμματοσύνη τους στην ηλεκτρονική υγεία, τα οποία θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βάση για τη διαμόρφωση της κατάλληλων πολιτικών στο σύστημα υγείας. Για τους άνωθι λόγους προτάθηκε η διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης με τίτλο «Η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth Literacy) φοιτητών επιστημών υγείας».

Η συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη είχε ως σκοπό την διερεύνηση του επιπέδου της υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (perceived eHealth Literacy level)

των προπτυχιακών φοιτητών επιστημών υγείας στην Ελλάδα. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού τέθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- 1) Ποιές είναι οι σημαντικές πηγές πληροφοριών υγείας και ποιά είναι τα χαρακτηριστικά της χρήσης της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) στους φοιτητές επιστημών υγείας στην Ελλάδα;
- 2) Ποιό είναι το επίπεδο της υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία των φοιτητών επιστημών υγείας στην Ελλάδα;
- 3) Ποιά είναι η συσχέτιση του επιπέδου της υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη συχνότητα χρήσης του Διαδικτύου και τη χρήση εφαρμογών κινητής υγείας (mHealth applications) των φοιτητών επιστημών υγείας στην Ελλάδα;

## 5.2. Σχεδιασμός

Η συγκεκριμένη έρευνα αφορά σε μία συγχρονική μελέτη παρατήρησης με τη χρήση ανώνυμων, διαδικτυακών ερωτηματολογίων αυτο-συμπλήρωσης. Αναλυτικότερα, χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική μέθοδος. Ακολουθήθηκε ένα ερευνητικό σχέδιο παρατήρησης, αφού η παρατήρηση των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε χωρίς την παρέμβαση του ερευνητή. Συγκεκριμένα, πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη, καθώς χρησιμοποιήθηκε δείγμα από τον πληθυσμό στόχο και η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε εντός καθορισμένου χρονικού πλαισίου. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων (Crosby, DiClemente & Salazar, 2006; Creswell, 2009).

Πιο συγκεκριμένα, η ερευνητική μελέτη διεξήχθη διαδικτυακά μέσω μέσων κοινωνικής δικτύωσης, κατά το Εαρινό εξάμηνο του Ακαδημαϊκού έτους 2020-2021. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ανώνυμου, διαδικτυακού ερωτηματολογίου αυτό-συμπλήρωσης σε μορφή Google Forms. Το διαδικτυακό ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε σε σελίδες και σε ομάδες στην πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης του Facebook (<https://www.facebook.com/>), όπου συμμετέχουν φοιτητές επιστημών υγείας από Πανεπιστήμια σε όλη την Ελλάδα, και ήταν διαθέσιμο προς συμπλήρωση από τις 04 Ιουνίου έως τις 13 Ιουλίου του έτους 2021.

## 5.3. Συμμετέχοντες

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι προπτυχιακοί φοιτητές επιστημών υγείας στην Ελλάδα. Στη συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη ως προπτυχιακοί φοιτητές επιστημών υγείας ορίζονται όσοι φοιτούν σε Πανεπιστήμια στην Ελλάδα στα Προπτυχιακά Τμήματα: Ιατρική & Οδοντιατρική, Φαρμακευτική, Δημόσια και Κοινωνική Υγεία ή Άλλες Επιστήμες Υγείας και Πρόνοιας (Μαιευτική, Νοσηλευτική, Φυσικοθεραπεία, Εργοθεραπεία).

Επιπλέον, για τη συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη το δείγμα διαμορφώθηκε από τον άνωθι πληθυσμό με την μέθοδο της μη τυχαίας δειγματοληψίας (Crosby, DiClemente & Salazar, 2006; Creswell, 2009). Το δείγμα ευκολίας που διαμορφώθηκε, αποτελούνταν από τους φοιτητές οι οποίοι δέχτηκαν να συμμετέχουν εθελοντικά στην έρευνα συμπληρώνοντας ανώνυμα το διαδικτυακό ερωτηματολόγιο.

Τέλος, με βάση το σκοπό της ερευνητικής μελέτης ως κριτήρια ένταξης (inclusion criteria) ορίστηκαν: **1)** η πρόσβαση σε ηλεκτρονικό υπολογιστή ή άλλο μέσο με σύνδεση στο διαδίκτυο **2)** η ηλικία 18 ετών και άνω **3)** η φοίτηση σε Προπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών επιστημών υγείας στην Ελλάδα **4)** η δυνατότητα κατανόησης της Ελληνικής γλώσσας **5)** η εθελοντική και ανώνυμη συμπλήρωση του διαδικτυακού ερωτηματολογίου της έρευνας.

#### 5.4. Συλλογή δεδομένων

Η στρατολόγηση των συμμετεχόντων και η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν διαδικτυακά μέσω της πλατφόρμας κοινωνικής δικτύωσης του Facebook (<https://www.facebook.com/>).

Αρχικά, για την προσέγγιση των δυνητικών συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της παθητικής στρατολόγησης (passive recruitment strategy), καθώς δεν υπήρξε άμεση επαφή μεταξύ της ερευνήτριας/μεταπτυχιακής φοιτήτριας και των φοιτητών επιστημών υγείας, αλλά μία έμμεση επικοινωνία μέσω διαδικτυακής ανάρτησης. (Iowa State University, 2015).

Πιο αναλυτικά, αναρτήθηκε μία εικόνα με ένα σύντομο κείμενο ως πρόσκληση συμμετοχής στην έρευνα σε σελίδες και σε ομάδες της πλατφόρμας κοινωνικής δικτύωσης του Facebook (<https://www.facebook.com/>) που απαρτίζονται από φοιτητές επιστημών υγείας σε Πανεπιστήμια όλης της Ελλάδας. Στην πρόσκληση συμμετοχής αναφέρονταν: **α)** πληροφορίες για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στα πλαίσια του οποίου διεξάγεται η έρευνα **β)** πληροφορίες για την έρευνα **γ)** τα στοιχεία επικοινωνίας της μεταπτυχιακής φοιτήτριας Τρισεύγενης Τραντάλη **δ)** ο σύνδεσμος (link) του ερωτηματολογίου, γνωστοποιώντας πως εντός του οποίου παρέχονται επιπλέον πληροφορίες για την έρευνα.

Τονίζεται πως το περιεχόμενο του κειμένου ήταν σε απλή, κατανοητή γλώσσα και άμεσο ύψος, δηλώνοντας ξεκάθαρα πως πρόκειται για ερευνητική μελέτη και περιορίζοντας τις διαθέσιμες πληροφορίες στις άκρως απαραίτητες, με στόχο οι δυνητικοί συμμετέχοντες να κατανοήσουν τον σκοπό της μελέτης, να διαπιστώσουν εάν μπορούν να συμμετάσχουν και να εκδηλώσουν το ενδιαφέρον τους (Iowa State University, 2015). Επιπρόσθετα, η εικόνα που χρησιμοποιήθηκε δεν υπόκειται σε πνευματικά δικαιώματα και προέρχεται από την ιστοσελίδα flickr (για πρόσκληση συμμετοχής στην έρευνα βλ. Παράρτημα 1: Φόρμα πρόσκλησης των υποκειμένων της μελέτης).

Επομένως, οι φοιτητές που έδειχναν ενδιαφέρον για την ανάρτηση της πρόσκλησης στην έρευνα στην πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης του Facebook (<https://www.facebook.com/>), μπορούσαν να συμμετάσχουν εθελοντικά απλά συμπληρώνοντας και υποβάλλοντας το διαδικτυακό ερωτηματολόγιο μέσω του συνδέσμου (link) που υπήρχε διαθέσιμος.

Τέλος, διευκρινίζεται πως στόχο αποτέλεσε η ανάρτηση της πρόσκλησης συμμετοχής σε όλες τις ομάδες και τις σελίδες της πλατφόρμας κοινωνικής δικτύωσης του Facebook (<https://www.facebook.com/>) που αφορούν όλα τα Τμήματα Επιστημών Υγείας σε Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Α.Ε.Ι.) στην Ελλάδα. Για αυτόν τον λόγο αρχικά κατεγράφησαν μεθοδικά όλα τα Τμήματα Επιστημών Υγείας με βάση το 3ο Επιστημονικό Πεδίο Επιστημών Υγείας Και Ζωής του Μηχανογραφικού Δελτίου (Μ.Δ.) Γενικού Λυκείου από το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων (2021). Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης του Facebook (<https://www.facebook.com/>) για τα Τμήματα Επιστημών Υγείας, ώστε να καταγραφούν οι ομάδες και οι σελίδες όπου συμμετέχουν προπτυχιακοί φοιτητές αυτών των Τμημάτων. Βρέθηκαν 87 σελίδες και ομάδες, στις οποίες “έγινε Like” ή “στάλθηκε αίτημα συμμετοχής” από το προσωπικό

Facebook profile της ερευνήτριας/μεταπτυχιακής φοιτήτριας.

Ωστόσο, η πρώτη ανάρτηση της πρόσκλησης συμμετοχής στις 04 Ιουνίου 2021 έγινε σε 46 εξ' αυτών. Οι λόγοι για τους οποίους δεν υπήρξε ανάρτηση στις υπόλοιπες 41 σελίδες και ομάδες σχετίζονται με το ότι δεν επιτρέπονταν οι αναρτήσεις από τα μέλη, δεν έγινε αποδεκτό ή εκκρεμεί το αίτημα για συμμετοχή στην ομάδα, δεν έγινε ορατή η ανάρτηση στην σελίδα ή ομάδα ή εκκρεμούσε η έγκριση της ανάρτησης από τον/την διαχειριστή/τρια της σελίδας ή ομάδας. Επίσης, για την αύξηση των συμμετεχόντων, πραγματοποιήθηκε μία δεύτερη ανάρτηση της πρόσκλησης συμμετοχής στην έρευνα, περίπου στο μέσο του διαθέσιμου διαστήματος συλλογής των δεδομένων. Ύστερα από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (Arens, 2021; Bouchrika, 2021; Higheranking, 2021), αποφασίστηκε να υπάρξει νέα ανάρτηση στις 23 Ιουνίου 2021, την Τετάρτη το πρωί, καθώς τότε θεωρείται η καλύτερη στιγμή για αναρτήσεις στην πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης του Facebook (<https://www.facebook.com/>). Η δεύτερη ανάρτηση της πρόσκλησης συμμετοχής πραγματοποιήθηκε σε 48 σελίδες και ομάδες της πλατφόρμας κοινωνικής δικτύωσης του Facebook (<https://www.facebook.com/>).

### 5.5. Εργαλεία μέτρησης και ερωτηματολόγιο

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο διαδικτυακό ερωτηματολόγιο σε μορφή Google Forms (<https://www.google.gr/intl/el/forms/about/>). Συγκεκριμένα, επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο για τη «Χρήση Υπολογιστών/Διαδικτύου» (Computer and Internet use) των Choi και DiNitto (2013). Πρόκειται για ένα αξιόπιστο εργαλείο που έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες παρόμοιες μελέτες στην Ελλάδα και στο Εξωτερικό (Choi & DiNitto, 2013; Athanasopoulou et al., 2017). Έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά και έχει πραγματοποιηθεί στάθμιση και διαπολιτισμική προσαρμογή για τις ανάγκες του Ελληνικού πληθυσμού (Athanasopoulou et al., 2017). Η χρήση του ερωτηματολογίου έγινε κατόπιν συναίνεσης της κα. Αθανασοπούλου, η οποία συνέδραμε στην εκπόνηση της ερευνητικής μελέτης.

Αναλυτικότερα, πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτό-συμπλήρωσης με ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου. Για την επίτευξη του σκοπού της συγκεκριμένης έρευνας, το ερωτηματολόγιο έχει τροποποιηθεί, και συγκεκριμένα προσαρμόστηκαν οι ερωτήσεις που αφορούσαν στη διερεύνηση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών, ώστε να ανταποκρίνεται στα χαρακτηριστικά των φοιτητών επιστημών υγείας. Απαρτίζεται από 29 στοιχεία/ερωτήσεις και χωρίζεται σε 4 μέρη: **1)** κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά **2)** σημαντικότητα των πηγών πληροφοριών υγείας **3)** χαρακτηριστικά της χρήσης της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) **4)** κλίμακα εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth Literacy Scale/eHEALS).

Αρχικά, ως προς τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, υπήρχαν 8 ερωτήσεις: 1) Ηλικία 2) Φύλο 3) Οικογενειακή κατάσταση 4) Πανεπιστήμιο Φοίτησης 5) Τμήμα φοίτησης 6) Έτος φοίτησης 7) Εργασιακή κατάσταση αυτήν τη χρονική περίοδο 8) Κατάσταση διαβίωσης.

Ως προς τη σημαντικότητα των πηγών πληροφοριών υγείας υπήρχε μία ερώτηση όπου οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να βαθμολογήσουν το πόσο σημαντικές είναι για εκείνους 8 πηγές πληροφοριών υγείας (1. Διαδίκτυο (Ιντερνετ), 2. Τηλεόραση/ραδιόφωνο, 3. Βιβλία, ιατρικές εγκυκλοπαίδειες και φυλλάδια, 4. Μαθήματα και διαλέξεις, 5. Εφημερίδες, περιοδικά, 6. Οικογένεια, φίλοι και συνεργάτες, 7. Φαρμακεία, 8. Απευθείας επαφή πρόσωπο-με-πρόσωπο με επαγγελματίες υγείας) με πιθανές απαντήσεις σε 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert, ξεκινώντας από το 1 “Δεν είναι σημαντικό” έως το 5 “Σημαντικό”, ενώ υπάρχει και η

επιλογή 6 “Δε γνωρίζω” (Choi & DiNitto, 2013; Athanasopoulou et al., 2017) .

Ως προς τα χαρακτηριστικά της χρήσης της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) υπήρχε μία ερώτηση για τη χρήση κινητού τηλεφώνου και μία ερώτηση για τη χρήση σύντομων γραπτών μηνυμάτων. Επιπλέον, υπήρχαν 6 ερωτήσεις σχετικά τη χρήση του Διαδικτύου (“Internet use patterns”, Choi & DiNitto, 2013; Athanasopoulou et al., 2017), και αφορούσαν στη διερεύνηση της ύπαρξης ιδιωτικής σύνδεσης με το Διαδίκτυο στο σπίτι και της κατοχής διεύθυνσης ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email), της συχνότητας και του λόγου χρήσης του Διαδικτύου, της ευκολίας στον εντοπισμό ιστοσελίδων και πληροφοριών σε αυτές και των πιθανών προβλημάτων που καθιστούν δύσκολη τη χρήση του Διαδικτύου. Σε αυτό το σημείο προστέθηκε 1 ερώτηση αναφορικά με τη χρήση εφαρμογών κινητής υγείας (mHealth applications) για τη διαχείριση ή την αλλαγή κάποιας συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία (Ustun et. al., 2020). Σε μερικές ερωτήσεις υπήρχε η επιλογή “Άλλο”. Σε αυτές τις ερωτήσεις διαμορφώθηκε ένα δεύτερο σκέλος, ως ανοιχτού τύπου ερώτηση, όπου αναγράφονταν: “Αν επιλέξατε Άλλο παρακαλώ προσδιορίστε”, ώστε οι συμμετέχοντες να διευκρινίσουν την επιλογή τους και να συλλεχθούν περισσότερα και ακριβή δεδομένα.

Ως προς την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία υπήρχαν τα 8 στοιχεία της κλίμακας εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth Literacy Scale/eHEALS) (Norman & Skinner, 2006a προσαρμογή από Choi & DiNitto), όπου οι απαντήσεις δόθηκαν σε μορφή 5-βαθμης κλίμακας τύπου Likert, ξεκινώντας από το 1 “Διαφωνώ απόλυτα” έως το 5 “Συμφωνώ απόλυτα”. Το τελικό αποτέλεσμα υπολογίζεται καθώς προστίθενται οι αριθμοί των απαντήσεων. Το σκορ στην κλίμακα εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (eHEALS σκορ) του κάθε συμμετέχοντα είναι το άθροισμα των αριθμών των απαντήσεων του και κυμαίνεται ανάμεσα στο 8 και το 40. Διευκρινίζεται πως σύμφωνα με τους ερευνητές Norman & Skinner, τα στοιχεία της κλίμακας eHEALS μετρούν συνδυαστικά την γνώση, την ευχέρεια και τις υποκειμενικές δεξιότητες του καταναλωτή σχετικά με την εύρεση, την αξιολόγηση και την εφαρμογή των πληροφοριών ηλεκτρονικής υγείας. Οι ερευνητές θέλησαν με αυτή την κλίμακα να διερευνήσουν τις υποκειμενικές δεξιότητες, που θεωρεί ο ίδιος ο καταναλωτής ότι διαθέτει, ώστε να χρησιμοποιεί την τεχνολογία για θέματα υγείας (Norman & Skinner, 2006a). Για αυτόν τον λόγο, στη συγκεκριμένη εργασία γίνεται αναφορά σε “επίπεδο υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (perceived eHealth Literacy level)” στους συμμετέχοντες, εφόσον η μέτρηση ήταν αυτό-αναφορική, δηλαδή οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν στο ερωτηματολόγιο ό,τι πίστευαν εκείνοι για τον εαυτό τους.

Επιπλέον, έχουν χρησιμοποιηθεί οι δύο συμπληρωματικές/επιπρόσθετες ερωτήσεις που προτείνουν οι Norman & Skinner (2006a). Δηλαδή, μία ερώτηση αναφορικά με τη χρησιμότητα του Διαδικτύου στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία, όπου οι απαντήσεις δόθηκαν σε μορφή 5-βαθμης κλίμακας τύπου Likert, ξεκινώντας από το 1 “Καθόλου χρήσιμο” έως το 5 “Πολύ χρήσιμο” και μία ερώτηση αναφορικά με τη σημαντικότητα της δυνατότητας πρόσβασης σε πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο, όπου οι απαντήσεις δόθηκαν σε μορφή 5-βαθμης κλίμακας τύπου Likert, ξεκινώντας από το 1 “Καθόλου σημαντικό” έως το 5 “Πολύ σημαντικό”.

Τέλος, υπήρχε μία ερώτηση σχετικά με το κατά πόσο οι συμμετέχοντες είναι άνετοι να συμμετέχουν σε μια διαδικτυακή ομάδα συζήτησης για την υγεία και να ανταλλάσσουν μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου με άλλους συμμετέχοντες, όπου οι απαντήσεις δόθηκαν σε μορφή 5-βαθμης κλίμακας τύπου Likert, ξεκινώντας από το 1 “Διαφωνώ απόλυτα” έως το 5 “Συμφωνώ απόλυτα”.



## 5.6. Ανάλυση ερευνητικών δεδομένων

Για την μέτρηση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος, αφού στόχος ήταν η περιγραφή των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ποσοτικοποιήθηκαν, καθώς μετατράπηκαν σε αριθμητικές μεταβλητές. Η ανάλυση των δεδομένων στην ποσοτική μέθοδο γίνεται με την βοήθεια στατιστικών διαδικασιών (Crosby, DiClemente & Salazar, 2006).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 26 για Windows (ibm.com). Η απεικόνιση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και των απαντήσεων των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με την χρήση περιγραφικής στατιστικής. Για τις κατηγορικές μεταβλητές κατασκευάστηκαν οι πίνακες συχνοτήτων (συχνότητα, ποσοστό). Για τις ποσοτικές μεταβλητές εφαρμόστηκε έλεγχος κανονικότητας με την χρήση του Kolmogorov-Smirnov Test of Normality ( $n \geq 30$ ) ή Shapiro-Wilk Test of Normality ( $n < 30$ ). Για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση (στις συμμετρικές κατανομές), η διάμεσος τιμή (στις ασύμμετρες κατανομές), τα διαστήματα εμπιστοσύνης, η ελάχιστη τιμή και η μέγιστη τιμή.

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε επαγωγική στατιστική (Στατιστικός Έλεγχος Υποθέσεων). Η σύγκριση του eHEALS σκορ και η διερεύνηση συσχετίσεων με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων επιτεύχθηκε με την χρήση t- test, One-way ANOVA test, Bonferroni Post Hoc Test (στις συμμετρικές κατανομές) ή Mann-Whitney U Test και Kruskal-Wallis rank Test (στις ασύμμετρες κατανομές). Όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% (Crosby, DiClemente & Salazar, 2006).

## 5.7. Ηθικοί και δεοντολογικοί προβληματισμοί

Η ερευνητική μελέτη ξεκίνησε κατόπιν έγκρισής της από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α.) και λαμβάνοντας αριθμό πρωτοκόλλου 41141-25/05/21.

Στη συγκεκριμένη έρευνα, όπως έχει αναλυθεί παραπάνω, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της παθητικής στρατολόγησης (passive recruitment) των συμμετεχόντων με ανάρτηση της πρόσκλησης συμμετοχής στην πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης του Facebook (<https://www.facebook.com/>), αλλά και διαδικτυακό ερωτηματολόγιο (Gelinas, Pierce, Winkler et al., 2017). Συνεπώς, ελήφθησαν υπ' όψιν τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας, που μπορεί να προκύψουν λόγω της χρήσης του Διαδικτύου.

Ξεκινώντας από την ελεύθερη και ενήμερη συγκατάθεση, αυτή αποτελεί βασικό ζήτημα ηθικής και δεοντολογίας στην έρευνα που πραγματοποιείται σε ανθρώπινο πληθυσμό (Eysenbach & Wyatt, 2002). Έγκειται στο ότι οι δυνητικοί συμμετέχοντες είναι σε θέση να γνωρίζουν πληροφορίες για την έρευνα και να αποφασίσουν ελεύθερα για το αν θα λάβουν μέρος σε αυτή (Sugiura, Milles & Pope, 2017). Στη συγκεκριμένη έρευνα δεν υπήρχε η δυνατότητα άμεσης επαφής μεταξύ της ερευνήτριας και των δυνητικών συμμετεχόντων και η διεξαγωγή ενημερωτικής συνάντησης, ούτως ώστε να δοθούν πληροφορίες για την έρευνα και να συζητηθούν πιθανά ερωτήματα (Crosby, DiClemente & Salazar, 2006). Συνεπώς, προκειμένου να προκύψει η εξασφάλιση της συνειδητής συγκατάθεσης συμμετοχής μέσω του Διαδικτύου, στο διαδικτυακό ερωτηματολόγιο, πριν τις ερωτήσεις, υπήρχε διαθέσιμο κείμενο, όπου παρέχονταν με σαφήνεια οι απαραίτητες πληροφορίες για ενήμερη και συνειδητή συγκατάθεση των συμμετεχόντων, βασισμένο στις οδηγίες της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α.). Για τη συμμετοχή στην έρευνα οι συμμετέχοντες έπρεπε να δηλώσουν πως κατανόησαν και συμφωνούν με τις παρεχόμενες πληροφορίες. Επιπλέον, ήταν διαθέσιμα τα στοιχεία

επικοινωνίας της ερευνήτριας/μεταπτυχιακής φοιτήτριας για την παροχή πληροφοριών σχετικών με την έρευνα. (βλ. Παράρτημα 2: Φόρμα ενημέρωσης-συγκατάθεσης των υποκειμένων της μελέτης). Βέβαια, προκειμένου οι συμμετέχοντες να μπορούν να υποβάλουν τυχόν παράπονα και καταγγελίες, στο διαδικτυακό ερωτηματολόγιο, πριν τις ερωτήσεις, υπήρχαν διαθέσιμες πληροφορίες για την επίσημη διαδικασία όπως ορίζει η Ε.Η.Δ.Ε. του Πα.Δ.Α. (βλ. Παράρτημα 3: Φόρμα παραπόνων-καταγγελιών).

Επιπλέον, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ελεύθερη και εθελοντική συμμετοχή, η στρατολόγηση των ατόμων δε συσχετίστηκε με την επαγγελματική ιδιότητα, ως μέλος Δ.Ε.Π. στο Πα.Δ.Α., της επιβλέπουσας της παρούσας διπλωματικής. Για να μην υπάρξει διπλή ιδιότητα και σύγχυση ρόλων, η πρόσκληση συμμετοχής δεν απεστάληκε προσωπικά στους φοιτητές επιστημών υγείας. Επίσης, αφορούσε φοιτητές επιστημών υγείας σε όλα τα Ελληνικά Πανεπιστήμια, οι οποίοι δεν σχετίζονταν με τον επαγγελματικό χώρο ή το φοιτητικό περιβάλλον της επιβλέπουσας και της μεταπτυχιακής φοιτήτριας αντιστοίχως στην παρούσα διπλωματική εργασία. Επιπλέον, η ανάρτηση στην πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης του Facebook (<https://www.facebook.com/>) πραγματοποιήθηκε μόνο από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια (Roberts & Allen, 2015). Συνεπώς, επιλέχθηκε να μην αναδημοσιεύεται η πρόσκληση συμμετοχής από άλλα άτομα, με στόχο να ελέγχεται το πού αναρτάται η πρόσκληση, αλλά και το ποιός μπορεί να απαντήσει σε τυχόν σχόλια και ερωτήσεις (Fileborn, 2016). Τέλος, δεν υπήρξε καμία παρότρυνση ή ανταμοιβή συμμετοχής. Ως αποτέλεσμα, το δείγμα συστάθηκε από εθελοντές, στους οποίους γνωστοποιήθηκε η δυνατότητα αποχώρησης από την έρευνα χωρίς καμία περαιτέρω υποχρέωση ή ζημία (Gupta, 2017).

Επιπρόσθετα, η διαφάνεια αναφορικά με την ταυτότητα του ερευνητή και τον σκοπό της ανάρτησης στην πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης του Facebook (<https://www.facebook.com/>) ελήφθησαν υπ' όψιν. Καθώς η πρόσκληση συμμετοχής αναρτήθηκε σε ομάδες και σε σελίδες στην πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης του Facebook (<https://www.facebook.com/>), έπρεπε να γίνουν αποδεκτοί οι όροι λειτουργίας τους (Gelinas, Pierce, Winkler et al., 2017; Kamp, Herbell, Magginis, Berry & Given, 2019). Με άλλα λόγια, ακολουθήθηκαν οι διαδικασίες συμμετοχής στις ομάδες του Facebook, όπως η αποστολή αιτήματος συμμετοχής και η αποδοχή του από τον/την διαχειριστή/τρια της σελίδας, ενώ σε μερικές περιπτώσεις απαιτούνταν η έγκριση της ανάρτησης από τον/την διαχειριστή/τρια. Σε περιπτώσεις όπου το αίτημα συμμετοχής ή η ανάρτηση δεν έγιναν αποδεκτά, δεν υπήρξε περαιτέρω επικοινωνία, με στόχο τον σεβασμό των κανόνων λειτουργίας της ομάδας. (Gelinas, Pierce, Winkler et al., 2017; Kamp, Herbell, Magginis et al., 2019).

Επίσης, αναγνωρίζεται πως στο διαδικτυακό περιβάλλον τα όρια μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων πληροφοριών είναι κάποιες φορές ασαφή (Convery & Cox, 2012; Fileborn, 2016; Sugiura, Milles & Pope, 2017). Εφόσον πραγματοποιήθηκε διαδικτυακή στρατολόγηση μέσω σελίδων και ομάδων στην πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης του Facebook (<https://www.facebook.com/>), ήταν γνωστό ότι σε αυτές συμμετέχουν φοιτητές επιστημών υγείας και μοιράζονται πληροφορίες. Συνεπώς, για τη διασφάλιση της ιδιωτικότητας δεν υπήρξε προσωπική επικοινωνία μεταξύ ερευνήτριας και συμμετεχόντων μέσω Facebook, ούτε πρόσβαση στους λογαριασμούς των μελών των ομάδων και των σελίδων του Facebook και χρήση διαθέσιμων προσωπικών στοιχείων.

Η ανωνυμία, ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η ακεραιότητα και η φύλαξη των πληροφοριών που συλλέχθηκαν διαδικτυακά είναι μερικά σημαντικά ζητήματα που ελήφθησαν υπ' όψιν κατά την ερευνητική μελέτη (Gupta, 2017). Η δέσμευση στην προστασία της ταυτότητας των συμμετεχόντων αποτέλεσε προτεραιότητα. Ως εκ τούτου, η



συμπλήρωση του διαδικτυακού ερωτηματολογίου έγινε ανώνυμα και δεν υπήρξε πρόσβαση στην IP address των συμμετεχόντων. Συνεπώς, δεν ήταν εφικτό να πραγματοποιηθεί ταυτοποίηση του ονόματος των συμμετεχόντων. Επιπλέον, καθ' όλη την διάρκεια της έρευνας, αλλά και μετά το πέρας αυτής, η πρόσβαση και η επεξεργασία των πληροφοριών που συλλέχθηκαν αφορά μόνο ερευνητικούς σκοπούς.

Οι συμμετέχοντες έλαβαν γνώση και συνέναισαν, πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, πως η έρευνα θα οδηγήσει στη δημοσίευση ερευνητικών δεδομένων, στα οποία δεν θα περιλαμβάνονται ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. Συνεπώς, καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο δε θα δημοσιευθεί παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Στόχο αποτελεί η διάχυση των αποτελεσμάτων της ερευνητικής μελέτης στην επιστημονική κοινότητα.

Συνδυαστικά, όσον αφορά στους τεχνικούς μηχανισμούς, για την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων στο Διαδίκτυο, χρησιμοποιήθηκε ένα ευρέως διαδεδομένο λογισμικό (Google Forms, <https://www.google.com/forms/about/>) για το ερωτηματολόγιο, το οποίο ακολουθεί πολιτική απορρήτου και ασφάλειας, στοιχεία τα οποία ήταν διαθέσιμα στους συμμετέχοντες. Όλες οι απαραίτητες πληροφορίες περιλαμβάνονταν στην ενημέρωση των συμμετεχόντων παραθέτοντας τον σχετικό σύνδεσμο (<https://policies.google.com/privacy>) στο “ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ” πριν το ερωτηματολόγιο (βλ. Παράρτημα 2: Φόρμα ενημέρωσης-συγκατάθεσης των υποκειμένων της μελέτης).

Τέλος, για τη διαφύλαξη των δεδομένων πραγματοποιήθηκε αποθήκευση σε ηλεκτρονικό υπολογιστή με κωδικό πρόσβασης. Μετά το πέρας της έρευνας και της παρουσίασης των τελικών αποτελεσμάτων, τα δεδομένα θα αποθηκευτούν για τα επόμενα 7 χρόνια (University College London, 2015; Harvard Medical School, 2021), γεγονός το οποίο γνωστοποιείται στους συμμετέχοντες πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Μετά το πέρας της συγκεκριμένης περιόδου, θα διαγραφούν λαμβάνοντας υπ' όψιν τις οδηγίες για τον ενδεδειγμένο τρόπο καταστροφής ηλεκτρονικών εγγράφων, σύμφωνα με την Ε.Η.ΔΕ. του Πα.Δ.Α. και την Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού χαρακτήρα (ΟΔΗΓΙΑ ΑΡ.1/2005).

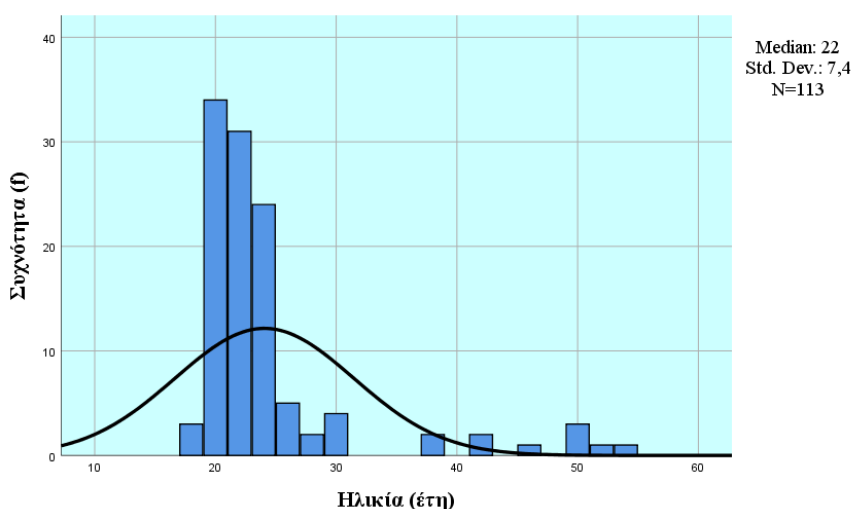
## 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 6.1. Ποιοτικά χαρακτηριστικά - Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων

#### 6.1.1. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Το συνολικό δείγμα αποτελούνταν από 113 προπτυχιακούς φοιτητές επιστημών υγείας. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις. Συνεπώς δεν υπήρξαν ελλείπουσες τιμές (missing values). Όσον αφορά στην ηλικία των συμμετεχόντων παρατηρήθηκε πως η κατανομή των ετών της ηλικίας εμφανίζει έντονη θετική ασυμμετρία. Η διάμεσος τιμή ήταν τα 22 έτη (min: 18 max: 53) (βλ. Διάγραμμα 1).

**Διάγραμμα 1:** Διάγραμμα συχνοτήτων της ηλικίας (σε έτη) των συμμετεχόντων



Το ερωτηματολόγιο συμπλήρωσαν σε μεγάλο ποσοστό γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Στην έρευνα συμμετείχαν 92 (81.4%) γυναίκες, 19 (16.8%) άνδρες, ενώ 2 (1.8%) άτομα σημείωσαν την επιλογή “Άλλο” (βλ. Πίνακα 1).

Σχετικά με την Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, οι περισσότεροι ήταν άγαμοι/-ες (65, 57.5%), 42 (37.2%) βρίσκονταν σε σχέση ή ήταν έγγαμοι/-ες και 6 (5.3%) επέλεξαν την επιλογή “Άλλο” (βλ. Πίνακα 1).

Αναφορικά με το Πανεπιστήμιο φοίτησης, 90 (79.6%) συμμετέχοντες προέρχονταν από Πανεπιστήμια εντός της Αττικής (n=21 Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Ε.Κ.Π.Α., n=69 Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής-Πα.Δ.Α.), ενώ 23 (20.4%) φοιτούσαν σε Πανεπιστήμια εκτός της Αττικής (n=7 Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης-Α.Π.Θ., n=6 Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, n=9 Πανεπιστήμιο Πατρών, n=1 Πανεπιστήμιο Κρήτης) (βλ. Πίνακα 1).

Οι συμμετέχοντες προέρχονταν από 4 κατηγορίες Τμημάτων φοίτησης: Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας (n=33, 29.2%), Άλλες Επιστήμες Υγείας και Πρόνοιας (n=25 Εργοθεραπεία, n=10 Μαιευτική, n=1 Νοσηλευτική και n=1 Φυσικοθεραπεία, 32.7%), Ιατρικής & Οδοντιατρικής (n=28 Ιατρική και n=4 Οδοντιατρική, 28.3%) και Φαρμακευτικής (n=11, 9.7%) (βλ. Πίνακα 1).

Στην έρευνα συμμετείχαν φοιτητές επιστημών υγείας από όλα τα Έτη φοίτησης, αλλά οι περισσότεροι φοιτούσαν στο 2<sup>ο</sup> έτος (n=34, 30 %), ενώ οι λιγότεροι στο 1<sup>ο</sup> έτος (n=9, 8%) (αναλυτικότερα βλ. Πίνακα 1).

Όσον αφορά στην Εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων, 82 (72.6%) συμμετέχοντες δεν εργάζονταν, ενώ 31 (27.4%) εργάζονταν εκείνη την χρονική περίοδο (βλ. Πίνακα 1).

Τέλος, 60 (53.1%) συμμετέχοντες διέμεναν στην κατοικία των γονέων τους, ενώ η αμέσως επόμενη επιλογή για την κατάσταση διαβίωσης ήταν η διαμονή σε δικό τους νοικοκυριό μαζί με σύντροφο ή οικογένεια (αναλυτικότερα βλ. Πίνακα 1).

**Πίνακας 1:** Πίνακας συχνοτήτων των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων

<b>Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά</b>	<b>Συνολικό δείγμα N=113</b>
<b>Ηλικία: Median (min, max)</b>	22 (18, 53)
<b>Φύλο: f (%)</b>	
Άνδρας	19 (16.8)
Γυναίκα	92 (81.4)
Άλλο	2 (1.8)
<b>Οικογενειακή κατάσταση: f (%)</b>	
Άγαμος/-η	65 (57.5)
Σε σχέση/Εγγαμος-η	42 (37.2)
Άλλο	6 (5.3)
<b>Πανεπιστήμιο φοίτησης: f (%)</b>	
Εντός της Αττικής	90 (79.6)
Εκτός της Αττικής	23 (20.4)
<b>Κατηγορία τμημάτων φοίτησης: f (%)</b>	
Δημόσια και Κοινωνική Υγεία	33 (29.2)
Άλλες Επιστήμες Υγείας και Πρόνοιας	37 (32.7)
Ιατρική & Οδοντιατρική	32 (28.3)
Φαρμακευτική	11 (9.7)
<b>Έτος φοίτησης: f (%)</b>	
1 <sup>ο</sup> Έτος	9 (8)
2 <sup>ο</sup> Έτος	34 (30)
3 <sup>ο</sup> Έτος	16 (14.2)
4 <sup>ο</sup> Έτος	25 (22.1)
≥5 <sup>ο</sup> Έτος	29 (25.7)
<b>Εργασιακή Κατάσταση: f (%)</b>	
Ναι	31 (27.4)
Όχι	82 (72.6)
<b>Κατάσταση διαβίωσης: f (%)</b>	
Δικό σας νοικοκυριό (με σύντροφο/οικογένεια)	22 (19.5)
Δικό σας νοικοκυριό (μόνος/-η)	24 (21.2)
Συγκρότημα ενοικιαζόμενων διαμερισμάτων/Διαμέρισμα σε φοιτητική εστία	6 (5.3)
Κατοικία γονέων	60 (53.1)
Άλλο (Ενοικιαζόμενο σπίτι με συγκάτοικο)	1 (0.9)

### 6.1.2. Σημαντικότητα των πηγών πληροφοριών υγείας για τους συμμετέχοντες

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (n= 75, 66.4%) θεωρούσε ως σημαντική πηγή πληροφοριών υγείας τα βιβλία, τις ιατρικές εγκυκλοπαίδειες και τα φυλλάδια, ενώ ακολουθούν η απευθείας πρόσβαση πρόσωπο-με-πρόσωπο με τους επαγγελματίες υγείας (n=74, 65.5%), τα μαθήματα και οι διαλέξεις (n= 70, 61.9%), το Διαδίκτυο (Ίντερνετ) (n=69, 61.1%), τα Φαρμακεία (n=28, 24.8%), η Οικογένεια, οι φίλοι και οι συνεργάτες (n=17, 15%), οι Εφημερίδες και τα περιοδικά (n=10, 8.8%) και τέλος η Τηλεόραση και το ραδιόφωνο (n=8, 7.1%). Όσον αφορά στην πηγή πληροφοριών υγείας με την μικρότερη σημαντικότητα, πάνω από το  $\frac{1}{3}$  των συμμετεχόντων (n=38, 33.6%) επέλεξε την Τηλεόραση και το ραδιόφωνο (βλ. Πίνακα 2).

**Πίνακας 2:** Πίνακας συχνοτήτων των απαντήσεων των συμμετεχόντων για τη σημαντικότητα των πηγών πληροφοριών υγείας

Πηγές πληροφοριών υγείας	Απαντήσεις συμμετεχόντων [n (%)]					
	1 (Δεν είναι σημαντικό)	2	3	4	5 (Σημαντικό)	6 (Δε γνωρίζω)
Διαδίκτυο (Ίντερνετ)	5 (4.4)	8 (7.1)	12 (10.6)	19 (16.8)	69 (61.1)	0
Τηλεόραση/ραδιόφωνο	38 (33.6)	35 (31)	24 (21.2)	8 (7.1)	8 (7.1)	0
Βιβλία, ιατρικές εγκυκλοπαίδειες και φυλλάδια	2 (1.8)	3 (2.7)	13 (11.5)	19 (16.8)	75 (66.4)	1 (0.9)
Μαθήματα και διαλέξεις	0	6 (5.3)	13 (11.5)	22 (19.5)	70 (61.9)	2 (1.8)
Εφημερίδες, περιοδικά	18 (15.9)	28 (24.8)	31 (27.4)	26 (23)	10 (8.8)	0
Οικογένεια, φίλοι και συνεργάτες	8 (7.1)	35 (31)	33 (29.2)	20 (17.7)	17 (15)	0
Φαρμακεία	12 (10.6)	25 (22.1)	17 (15)	30 (26.5)	28 (24.8)	1 (0.9)
Απευθείας επαφή πρόσωπο-με-πρόσωπο με επαγγελματίες υγείας	1 (0.9)	6 (5.3)	11 (9.7)	19 (16.8)	74 (65.5)	2 (1.8)

### 6.1.3. Χαρακτηριστικά της χρήσης της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) στους συμμετέχοντες

Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά της χρήσης της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.), σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες (n= 112, 99.1%) χρησιμοποιούσαν κινητό τηλέφωνο, ενώ μόνο ένας (0.9%) δεν το χρησιμοποιούσε. Επίσης, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (n=106, 93.8%) χρησιμοποιούσε σύντομα γραπτά μηνύματα. Επιπλέον, το 67.3% (n=76) των συμμετεχόντων δήλωσε πως χρησιμοποιούσε κάποια εφαρμογή κινητής υγείας (mhealth application) για τη διαχείριση ή την αλλαγή κάποιας συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία, σε αντίθεση με το 32.7% (n=37) που δήλωσε πως δεν χρησιμοποιούσε (βλ. Πίνακα 3).

Αναφορικά με τη χρήση του Διαδικτύου όλοι οι συμμετέχοντες (n=113, 100%) είχαν ιδιωτική σύνδεση με το Διαδίκτυο στο σπίτι και διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email) (βλ. Πίνακα 3). Σχετικά με τη συχνότητα χρήσης του Διαδικτύου σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες (n=111, 98.2%) ανέφεραν πως το χρησιμοποιούν τουλάχιστον μία φορά την ημέρα (βλ. Πίνακα 3). Μάλιστα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (n=61, 54%) θεωρούσε πως είναι “κάπως εύκολο” να εντοπίσουν την ιστοσελίδα που ψάχνουν και να βρουν τις πληροφορίες που χρειάζονται μέσα σε αυτήν (βλ. Πίνακα 3).

Επιπρόσθετα, όσον αφορά στους λόγους χρήσης του Διαδικτύου σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες το χρησιμοποιούσαν ώστε να ανταποκρίνονται στις ακαδημαϊκές υποχρεώσεις τους (n=109, 96.5%), να βρίσκουν πληροφορίες σχετικά με θέματα που τους ενδιαφέρουν (n=107, 94.7%), να παρακολουθούν βίντεο (n=102, 90.3%), να μπαίνουν σε ιστοσελίδες κοινωνικής δικτύωσης ή/και γνωριμιών (n=101, 89.4%) και να στέλνουν ή να λαμβάνουν μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (n=100, 84.5%). Επίσης, η πλειονότητα των συμμετεχόντων χρησιμοποιούσε το Διαδίκτυο για να αναζητά πληροφορίες υγείας (n=94, 83.1%), να αγοράζει προϊόντα διαδικτυακά (n=83, 73.4%), να διαβάζει νέα, εφημερίδες, περιοδικά και βιβλία (n=82, 72.6%) και να πραγματοποιεί τραπεζικές συναλλαγές ή και πληρωμές λογαριασμών (n=80, 70.8%). Λιγότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν πως χρησιμοποιούσαν το Διαδίκτυο για να παίζουν παιχνίδια (n=41, 36.3%), να επικοινωνούν με άλλους χρήστες σχετικά με θέματα που αφορούν στην υγεία (n=31, 27.4%) και να επικοινωνούν με επαγγελματίες υγείας σχετικά με θέματα που αφορούν στην υγεία (n=29, 25.7%). Μόνο 2 (1.8%) συμμετέχοντες επέλεξαν και την επιλογή “Άλλο”, διευκρινίζοντας πως χρησιμοποιούσαν το Διαδίκτυο για την εργασία τους και για Web TV (βλ. Πίνακα 3).

Τέλος, διερευνήθηκαν τα πιθανά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και καθιστούν πιο δύσκολη τη χρήση του Διαδικτύου. Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (n=49, 43.3%) ανέφεραν πως κουράζονται εύκολα τα μάτια τους. Επίσης, αρκετοί αντιμετώπιζαν δυσκολία συγκέντρωσης για μεγάλα χρονικά διαστήματα (n=29, 25.6%) ή και δυσκολία να κάθονται για μεγάλες χρονικές περιόδους (n=27, 23.9%). Λίγοι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν πως νιώθουν πόνο στα άκρα (n=6, 5.3%) ή και έχουν ασταθή χέρια (n=1, 0.9%). Επιπλέον, 9 (8%) από τους συμμετέχοντες ανέφεραν πως αντιμετώπιζαν και “Άλλα” προβλήματα, τα οποία παρατίθενται όπως τα κατέγραψαν: “πονοκέφαλος, κύφωση και αυχενικό, θολούρα στα μάτια, Boredom, μυοσκελετικά και παθήσεις σπονδυλικής στήλης που μετά από αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα δημιουργούνται πόνοι στη μέση και στον αυχένα, μετά από πολλές ώρες μπροστά από υπολογιστή/λάπτοπ κουράζονται πολύ τα μάτια μου και ζαλίζομαι λόγω μυωπίας (>10 βαθμούς)” (βλ. Πίνακα 3).

**Πίνακας 3:** Πίνακας συχνοτήτων των απαντήσεων των συμμετεχόντων για τα χαρακτηριστικά της χρήσης Τ.Π.Ε.

<b>Χαρακτηριστικά χρήσης Τ.Π.Ε.</b>	<b>Συνολικό δείγμα N=113</b>
<b>Κινητό τηλέφωνο: f (%)</b>	
Ναι	112 (99.1)
Όχι	1 (0.9)
<b>Σύντομα γραπτά μηνύματα: f (%)</b>	
Ναι	106 (93.8)
Όχι	7 (6.2)
<b>Ιδιωτική σύνδεση με το Διαδίκτυο στο σπίτι: f (%)</b>	
Ναι	113 (100)
Όχι	0
<b>Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email): f (%)</b>	
Ναι	113 (100)
Όχι	0
<b>Εφαρμογές κινητής υγείας (mHealth applications)</b>	
Ναι	76 (67.3)
Όχι	37 (32.7)
<b>Συχνότητα χρήσης του Διαδικτύου: f (%)</b>	
Τουλάχιστον μία φορά την ημέρα	111 (98.2)
Κάθε λίγες ημέρες	1 (0.9)
Μία φορά την εβδομάδα	1 (0.9)
Λίγες φορές το μήνα	0
Μία φορά το μήνα ή λιγότερο συχνά από αυτό	0
<b>Εντοπισμός ιστοσελίδων και εύρεση πληροφοριών σε αυτές: f (%)</b>	
Πάντα εύκολο	34 (30.1)
Κάπως εύκολο	61 (54)
Όχι εύκολο, ούτε δύσκολο	16 (14.2)
Κάπως δύσκολο	2 (1.8)
Πολύ δύσκολο	0
<b>Λόγοι χρήσης του Διαδικτύου: f (%)</b>	
Αναζήτηση πληροφοριών υγείας	94 (83.1)
Επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας σχετικά με θέματα που αφορούν στην υγεία	29 (25.7)
Επικοινωνία με άλλους χρήστες σχετικά με θέματα που αφορούν στην υγεία	31 (27.4)
Εύρεση πληροφοριών σχετικά με άλλα θέματα ή θέματα που σας Ενδιαφέρουν	107 (94.7)
Αποστολή/λήψη μηνυμάτων ηλεκτρονικού ταχυδρομείου	100 (84.5)
Αγορά προϊόντων διαδικτυακά	83 (73.4)
Τραπεζικές συναλλαγές ή/και πληρωμή λογαριασμών	80 (70.8)
Διάβασμα νέων, εφημερίδων, περιοδικών και βιβλίων διαδικτυακά	82 (72.6)
Παίξιμο παιχνιδιών διαδικτυακά	41 (36.3)
Παρακολούθηση βίντεο (συμπεριλαμβανομένου του YouTube)	102 (90.3)
Χρησιμοποίηση ιστοσελίδων κοινωνικής δικτύωσης ή/και ιστοσελίδων γνωριμιών (π.χ. Facebook, Badoo, Tinder)	101 (89.4)
Ανταπόκριση στις ακαδημαϊκές υποχρεώσεις (π.χ μελέτη, έρευνα, προετοιμασία εργασιών, παρουσιάσεις)	109 (96.5)

Άλλο	2 (1.8)
<b>Προβλήματα που καθιστούν δυσκολότερη τη χρήση του Διαδικτύου: f (%)</b>	
Πόνος στα άκρα	6 (5.3)
Ασταθή χέρια	1 (0.9)
Δυσκολία συγκέντρωσης για μεγάλα χρονικά διαστήματα	29 (25.6)
Δυσκολία να κάθομαι για μεγάλες χρονικές περιόδους	27 (23.9)
Μάτια που κουράζονται εύκολα	49 (43.4)
Άλλα προβλήματα	9 (8)

#### 6.1.4. Επίπεδο υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία των συμμετεχόντων

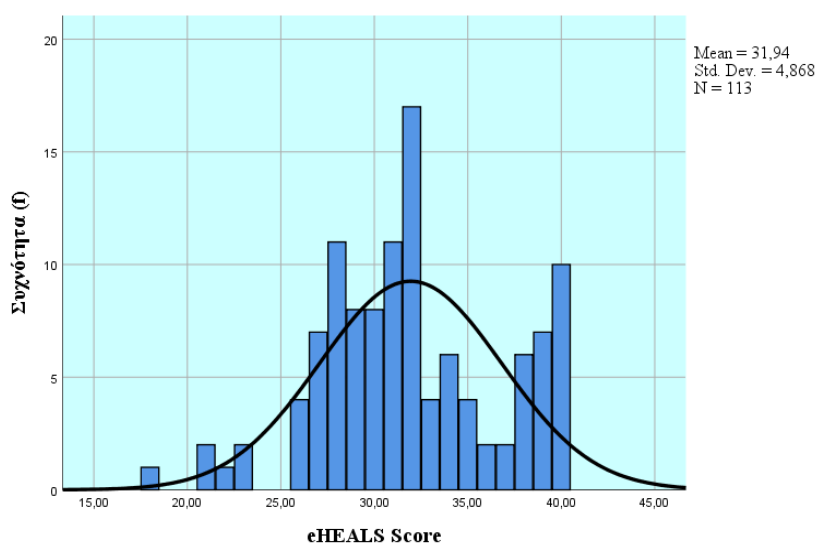
Το επίπεδο υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία υπολογίστηκε από το σκορ εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (eHEALS σκορ) που σημείωσαν οι συμμετέχοντες στο ερωτηματολόγιο αυτο-συμπλήρωσης. Δηλαδή, λήφθηκε υπ' όψιν το τι θεωρούσαν οι ίδιοι για τον εαυτό τους.

Το σκορ εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (eHEALS σκορ) υπολογίζεται από το άθροισμα των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα 8 στοιχεία του ερωτηματολογίου που αφορούν στην κλίμακα eHEALS. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε μορφή 5-βαθμης κλίμακας τύπου Likert από το 1 “Διαφωνώ απόλυτα” έως το 5 “Συμφωνώ απόλυτα”. Συνεπώς, το eHEALS σκορ μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ του 8 και του 40 (eHEALS; Norman & Skinner, 2006a προσαρμογή από Choi & DiNitto).

Για τη διερεύνηση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας eHEALS υπολογίστηκε ο δείκτης Cronbach alpha και βρέθηκε η τιμή 0.89, γεγονός που αποδεικνύει την υψηλή αξιοπιστία της κλίμακας, με την έννοια της εσωτερικής συνέπειας.

Η μέση τιμή του eHEALS σκορ που σημείωσαν οι συμμετέχοντες είναι 31.9 (min: 18 max: 40, SD: 4.8) (βλ. Διάγραμμα 2). Συνολικά, πρόκειται για ένα υψηλό σκορ, καθώς βρίσκεται προς το θετικό άκρο του συνεχούς της κλίμακας eHEALS, δηλαδή προς την υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα.

**Διάγραμμα 2:** Διάγραμμα συχνοτήτων του eHEALS score των συμμετεχόντων





Με βάση τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σε κάθε ένα στοιχείο της κλίμακας eHEALS, διαπιστώνεται πως σχεδόν σε όλα τα στοιχεία η πλειοψηφία απάντησε πως συμφωνεί. Δηλαδή, η πλειοψηφία του δείγματος των φοιτητών επιστημών υγείας θεωρεί πως ξέρει ποιές πηγές υγείας είναι διαθέσιμες στο Διαδίκτυο, ξέρει πού και πώς να βρει χρήσιμες πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο, ξέρει πώς να χρησιμοποιεί το Διαδίκτυο για να απαντήσει σε ερωτήσεις σχετικά με την υγεία, ξέρει πώς να χρησιμοποιεί πληροφορίες υγείας που βρίσκει στο Διαδίκτυο για να βοηθηθεί, έχει τις δεξιότητες που χρειάζονται για να αξιολογήσει τις πηγές για την υγεία που βρίσκει στο Διαδίκτυο και μπορεί να ξεχωρίσει τις υψηλής ποιότητας πηγές για την υγεία από τις χαμηλής ποιότητας πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο. Ωστόσο, στο στοιχείο σχετικά με την αυτοπεποίθηση που νιώθουν στη χρήση πληροφοριών από το Διαδίκτυο ώστε ένα πάρουν αποφάσεις για την υγεία, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν αναποφάσιστοι (βλ. Πίνακα 4).

**Πίνακας 4:** Πίνακας συχνοτήτων των απαντήσεων των συμμετεχόντων ανά στοιχείο της κλίμακας eHEALS

Στοιχεία eHEALS	Απαντήσεις συμμετεχόντων [n (%)]				
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ανυποφάσιστος/-η	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Ξέρω ποιές πηγές υγείας είναι διαθέσιμες στο Διαδίκτυο.	0	4 (3.5)	25 (22.1)	62 (54.9)	22 (19.5)
Ξέρω πού να βρω χρήσιμες πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο.	1 (0.9)	4 (3.5)	11 (9.7)	61 (54)	36 (31.9)
Ξέρω πώς να βρω χρήσιμες πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο.	0	2 (1.8)	15 (13.3)	57 (50.4)	39 (34.5)
Ξέρω πώς να χρησιμοποιώ το Διαδίκτυο για να απαντήσει στις ερωτήσεις μου σχετικά με την υγεία.	0	4 (3.5)	21 (18.6)	57 (50.4)	31 (27.4)
Ξέρω πώς να χρησιμοποιήσω τις πληροφορίες υγείας που βρίσκω στο Διαδίκτυο για να με βοηθήσω.	1 (0.9)	5 (4.4)	16 (14.2)	60 (53.1)	31 (27.4)
Έχω τις δεξιότητες που χρειάζονται για να αξιολογήσω τις πηγές για την υγεία που βρίσκω στο Διαδίκτυο.	0	2 (1.8)	17 (15)	57 (50.4)	37 (32.7)
Μπορώ να ξεχωρίσω τις υψηλής ποιότητας πηγές για την υγεία από τις χαμηλής ποιότητας πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο.	0	3 (2.7)	20 (17.7)	47 (41.6)	43 (38.1)
Νιώθω αυτοπεποίθηση στη χρήση των πληροφοριών από το Διαδίκτυο για να πάρω αποφάσεις για την υγεία.	6 (5.3)	13 (11.5)	41 (36.3)	35 (31)	18 (15.9)

Επιπλέον, λαμβάνοντας υπ' όψιν ξεχωριστά το μέσο σκορ σε κάθε στοιχείο της κλίμακας eHEALS, το υψηλότερο μέσο σκορ σημειώθηκε στη δήλωση “Ξέρω πώς να βρω χρήσιμες πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο” (mean: 4.2, SD: 0.7) και το χαμηλότερο μέσο σκορ σημειώθηκε στην δήλωση “Νιώθω αυτοπεποίθηση στη χρήση των πληροφοριών από το Διαδίκτυο για να πάρω αποφάσεις για την υγεία” (mean: 3.4, SD: 1.1) (βλ. Πίνακα 5).



**Πίνακας 5:** Πίνακας του eHEALS score (Mean, SD, Median, Min, Max) των συμμετεχόντων ανά στοιχείο της κλίμακας eHEALS

Στοιχεία eHEALS	eHEALS score		
	Mean (SD)	Median	Min, Max
Ξέρω ποιές πηγές υγείας είναι διαθέσιμες στο Διαδίκτυο.	3.9 (0.7)	4	2, 5
Ξέρω πού να βρω χρήσιμες πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο.	4.1 (0.8)	4	1, 5
Ξέρω πώς να βρω χρήσιμες πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο.	4.2 (0.7)	4	2, 5
Ξέρω πώς να χρησιμοποιώ το Διαδίκτυο για να απαντήσω στις ερωτήσεις μου σχετικά με την υγεία.	4 (0.8)	4	2, 5
Ξέρω πώς να χρησιμοποιήσω τις πληροφορίες υγείας που βρίσκω στο Διαδίκτυο για να με βοηθήσω.	4 (0.8)	4	1, 5
Έχω τις δεξιότητες που χρειάζονται για να αξιολογήσω τις πηγές για την υγεία που βρίσκω στο Διαδίκτυο.	4.1 (0.7)	4	2, 5
Μπορώ να ξεχωρίσω τις υψηλής ποιότητας πηγές για την υγεία από τις χαμηλής ποιότητας πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο.	4.1 (0.8)	4	2, 5
Νιώθω αυτοπεποίθηση στη χρήση των πληροφοριών από το Διαδίκτυο για να πάρω αποφάσεις για την υγεία.	3.4 (1.1)	3	1, 5

Επίσης, παρακάτω στον Πίνακα 6 και στον Πίνακα 7 παρατίθενται η συχνότητα και τα περιγραφικά μέτρα των απαντήσεων των συμμετεχόντων στις 3 επιπρόσθετες ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία.

**Πίνακας 6:** Πίνακας συχνοτήτων των απαντήσεων των συμμετεχόντων ανά στοιχείο για τα επιπρόσθετα στοιχεία στην εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία

Επιπρόσθετα στοιχεία για εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία	Απαντήσεις συμμετεχόντων [n (%)]				
	Καθόλου χρήσιμο	Δεν είναι χρήσιμο	Αβέβαιος/-η	Χρήσιμο	Πολύ χρήσιμο
Πόσο χρήσιμο νιώθετε ότι είναι το Διαδίκτυο στο να σας βοηθήσει στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία σας;	2 (1.8)	12 (10.6)	40 (35.4)	43 (38.1)	16 (14.2)
Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να είστε σε θέση να έχετε πρόσβαση σε πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο;	0	5 (4.4)	8 (7.1)	48 (42.5)	52 (46)

Θα ήμουν άνετος/-η να συμμετέχω σε μια διαδικτυακή ομάδα συζήτησης για την υγεία και να ανταλλάσσω μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου με άλλους συμμετέχοντες.	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Αναποφάσιτος/-η</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>
	8 (7.1)	31 (27.4)	26 (23)	27 (23.9)	21 (18.6)

**Πίνακας 7:** Πίνακας του score (Mean, SD, Median, Min, Max) των συμμετεχόντων ανά στοιχείο για τα επιπρόσθετα στοιχεία στην εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία

<b>Επιπρόσθετα στοιχεία για εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία</b>	<b>Item Score</b>		
	<b>Mean (SD)</b>	<b>Median</b>	<b>Min, Max</b>
Πόσο χρήσιμο νιώθετε ότι είναι το Διαδίκτυο στο να σας βοηθήσει στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία σας;	3.5 (0.9)	4	1, 5
Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να είστε σε θέση να έχετε πρόσβαση σε πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο;	4.3 (0.8)	4	2, 5
Θα ήμουν άνετος/-η να συμμετέχω σε μια διαδικτυακή ομάδα συζήτησης για την υγεία και να ανταλλάσσω μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου με άλλους συμμετέχοντες.	3.2 (1.2)	3	1, 5

Επιπρόσθετα, παρουσιάζονται πληροφορίες για το eHEALS σκορ με βάση τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Ξεκινώντας από το Φύλο, το eHEALS σκορ στους άνδρες κατανέμονταν κανονικά (Shapiro Wilk Test of Normality, p-value=0.427) και η μέση τιμή ήταν 33.4 (βλ. Πίνακα 8). Για τις γυναίκες το eHEALS σκορ δεν κατανέμονταν κανονικά (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality, p-value<0.001) και η διάμεσος τιμή ήταν 31.6 (βλ. Πίνακα 8). Για όσους συμμετέχοντες επέλεξαν την επιλογή “Άλλο” δεν ήταν δυνατόν να διερευνηθεί η κατανομή του eHEALS σκορ, καθώς το δείγμα ήταν πολύ μικρό (n=2). Ωστόσο, η μέση τιμή για την επιλογή “Άλλο” ήταν 31.5 (βλ. Πίνακα 8).

Με βάση την Οικογενειακή κατάσταση, το eHEALS σκορ για όσους ήταν άγαμοι/ες δεν κατανέμονταν κανονικά (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality, p-value=0.02) και η διάμεσος τιμή ήταν 31 (βλ. Πίνακα 8). Για όσους βρίσκονταν σε σχέση ή ήταν έγγαμοι το eHEALS σκορ κατανέμονταν κανονικά (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality, p-value=0.200) και η μέση τιμή ήταν 32.3 (βλ. Πίνακα 8). Για τα άτομα που δήλωσαν “Άλλο” το eHEALS σκορ κατανέμονταν κανονικά (Shapiro Wilk Test of Normality, p-value=0.564) και η μέση τιμή ήταν 30.5 (βλ. Πίνακα 8).

Αναφορικά με το Πανεπιστήμιο φοίτησης, το eHEALS σκορ για τους συμμετέχοντες που φοιτούσαν σε Πανεπιστήμια εντός της Αττικής δεν κατανέμονταν κανονικά (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality, p-value<0.001) και η διάμεσος τιμή ήταν 31, ενώ για όσους

φοιτούσαν σε Πανεπιστήμια εκτός της Αττικής το eHEALS σκορ κατανέμονταν κανονικά (Shapiro Wilk Test of Normality,  $p$ -value=0.480) και η μέση τιμή ήταν 33 (βλ. Πίνακα 8).

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τις τέσσερις κατηγορίες Τμημάτων φοίτησης, το eHEALS σκορ για τους συμμετέχοντες από το Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας δεν κατανέμονταν κανονικά (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality,  $p$ -value=0.003) και η διάμεσος τιμή ήταν 32 (βλ. Πίνακα 8). Το eHEALS σκορ για τους συμμετέχοντες από τα Τμήματα των Άλλων Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας κατανέμονταν κανονικά (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality,  $p$ -value=0.76) και η μέση τιμή ήταν 29.8 (βλ. Πίνακα 8). Το eHEALS σκορ για τους συμμετέχοντες από τα Τμήματα Ιατρικής & Οδοντιατρικής κατανέμονταν κανονικά (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality,  $p$ -value=0.168) και η μέση τιμή ήταν 33.7 (βλ. Πίνακα 8). Το eHEALS σκορ για τους συμμετέχοντες από το Τμήμα Φαρμακευτικής κατανέμονταν κανονικά (Shapiro Wilk Test of Normality,  $p$ -value=0.121) και η μέση τιμή ήταν 31.8 (βλ. Πίνακα 8).

Με βάση το Έτος φοίτησης, το eHEALS σκορ για τους συμμετέχοντες που βρίσκονταν στο 1<sup>ο</sup> Έτος φοίτησης κατανέμονταν κανονικά (Shapiro Wilk Test of Normality,  $p$ -value=0.607) και η μέση τιμή ήταν 31.3 (βλ. Πίνακα 8). Το eHEALS σκορ για τους συμμετέχοντες που βρίσκονταν στο 2<sup>ο</sup> Έτος φοίτησης κατανέμονταν κανονικά (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality,  $p$ -value=0.071) και η μέση τιμή ήταν 30.3 (βλ. Πίνακα 8). Το eHEALS σκορ για τους συμμετέχοντες που βρίσκονταν στο 3<sup>ο</sup> Έτος φοίτησης κατανέμονταν κανονικά (Shapiro Wilk Test of Normality,  $p$ -value=0.270) και η μέση τιμή ήταν 32.7 (βλ. Πίνακα 8). Το eHEALS σκορ για τους συμμετέχοντες που βρίσκονταν στο 4<sup>ο</sup> Έτος φοίτησης κατανέμονταν κανονικά (Shapiro Wilk Test of Normality,  $p$ -value=0.270) και η μέση τιμή ήταν 32.9 (βλ. Πίνακα 8). Το eHEALS σκορ για τους συμμετέχοντες που βρίσκονταν στο 5<sup>ο</sup> Έτος φοίτησης και άνω δεν κατανέμονταν κανονικά (Shapiro Wilk Test of Normality,  $p$ -value=0.003) και η διάμεσος τιμή ήταν 32.8 (βλ. Πίνακα 8).

Λαμβάνοντας υπ' όψιν την Εργασιακή κατάσταση, για τους συμμετέχοντες οι οποίοι εργάζονταν το eHEALS σκορ κατανέμονταν κανονικά (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality,  $p$ -value=0.053) και η μέση τιμή ήταν 31.7 (βλ. Πίνακα 8). Για όσους δεν εργάζονταν το eHEALS σκορ δεν κατανέμονταν κανονικά και η διάμεσος τιμή ήταν 32 (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality,  $p$ -value=0.004) (βλ. Πίνακα 8).

Με βάση την Κατάσταση διαβίωσης, για τους συμμετέχοντες που διέμεναν σε δικό τους νοικοκυριό με τον/την σύντροφο ή την οικογένειά τους το eHEALS σκορ κατανέμονταν κανονικά (Shapiro Wilk Test of Normality,  $p$ -value=0.107) και η μέση τιμή ήταν 31.8 (βλ. Πίνακα 8). Για όσους διέμεναν σε δικό τους νοικοκυριό μόνοι/ες το eHEALS σκορ κατανέμονταν κανονικά (Shapiro Wilk Test of Normality,  $p$ -value=0.216) και η μέση τιμή ήταν 32.2 (βλ. Πίνακα 8). Για όσους συμμετέχοντες διέμεναν σε συγκρότημα ενοικιαζόμενων διαμερισμάτων ή σε διαμέρισμα σε φοιτητική εστία το eHEALS σκορ κατανέμονταν κανονικά (Shapiro Wilk Test of Normality,  $p$ -value=0.730) και η μέση τιμή ήταν 31.6 (βλ. Πίνακα 8). Για όσους διέμεναν στην κατοικία των γονέων τους το eHEALS σκορ δεν κατανέμονταν κανονικά (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality,  $p$ -value=0.014) και η διάμεσος τιμή ήταν 32 (βλ. Πίνακα 8). Για την κατηγορία “Άλλο” δεν ήταν δυνατόν να υπολογιστούν τα περιγραφικά μέτρα του eHEALS σκορ, καθώς επιλέχθηκε από 1 άτομο.

**Πίνακας 8:** Πίνακας του eHEALS score (Mean, C.I., SD, Median, Min, Max) και των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων

Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	n (%)	eHEALS score				
		Mean	C.I.	SD	Mead	Min, Max
<b>Φύλο</b>						
Άνδρας	19 (16.8)	33.4	31.3-35.4	4.3	34	26, 40
Γυναίκα	92 (81.4)	31.6	30.6-32.7	5	31	18, 40
Άλλο	2 (1.8)	31.5	21.5-37.8	0.7	31.5	31, 32
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>						
Άγαμος/-η	65 (57.5)	31.8	30.6-33.0	4.7	31	18, 40
Σε σχέση/Έγγαμος-η	42 (37.2)	32.3	30.8-33.9	4.9	32	19, 40
Άλλο	6 (5.3)	30.5	24.1-36.8	6	32	21, 39
<b>Πανεπιστήμιο φοίτησης</b>						
Εντός της Αττικής	90 (79.6)	31.7	30.6-32.7	5	31	18, 40
Εκτός της Αττικής	23 (24.6)	33	31.0-35.0	4.7	32	23, 40
<b>Κατηγορία τμημάτων φοίτησης</b>						
Δημόσια και Κοινωνική Υγεία	33 (29.2)	32.6	31.0-34.3	4.6	32	22, 40
Άλλες Επιστήμες Υγείας και Πρόνοιας	37 (32.7)	29.8	28.2-31.3	4.6	30	18, 40
Ιατρική & Οδοντιατρική	32 (28.3)	33.7	32.0-35.4	4.7	33.5	23, 40
Φαρμακευτική	11 (9.7)	31.8	28.6-35.0	4.8	31	28, 40
<b>Έτος φοίτησης</b>						
1 <sup>ο</sup> Έτος	9 (8)	31.3	25.6-37.1	7.5	32	18, 40
2 <sup>ο</sup> Έτος	34 (30)	30.3	28.7-31.8	4.5	31	21, 40
3 <sup>ο</sup> Έτος	16 (14.2)	32.7	30.2-35.3	4.7	32	26, 40
4 <sup>ο</sup> Έτος	25 (22.1)	32.9	30.9-34.8	4.7	32	22, 40
≥5 <sup>ο</sup> Έτος	29 (25.7)	32.8	31.2-34.4	4.2	32	27, 40
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>						
Ναι	31 (27.4)	31.7	29.9-33.5	4.8	31	22, 40
Όχι	82 (72.6)	32	30.9-33.1	4.9	32	18, 40
<b>Κατάσταση διαβίωσης</b>						
Δικό σας νοικοκυριό (με σύντροφο/οικογένεια)	22 (19.5)	31.8	29.5-34.1	5.1	31	23, 40
Δικό σας νοικοκυριό (μόνος/-η)	24 (21.2)	32.2	30.2-34.3	4.8	32	22, 40
Συγκρότημα ενοικιαζόμενων διαμερισμάτων/Διαμέρισμα σε φοιτητική εστία	6 (5.3)	31.6	25.6-37.7	5.7	32	23, 38
Κατοικία γονέων	60 (53.1)	31.9	30.7-33.2	4.8	32	18, 40

## 6.2. Επαγωγική στατιστική

### 6.2.1. Διερεύνηση της συσχέτισης του επιπέδου υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Διερευνήθηκε η συσχέτιση του eHEALS σκορ με μερικά από τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα με το Φύλο, το Τμήμα φοίτησης και το Έτος φοίτησης.

Όσον αφορά στο eHEALS σκορ με βάση το Φύλο, αρχικά εφαρμόστηκε έλεγχος κανονικότητας της κατανομής του eHEALS σκορ. Ως αποτέλεσμα, λήφθηκε υπ' όψιν για τους Άνδρες (n=19) η μέση τιμή 33.4 (Shapiro-Wilk Test of Normality, p-value=0.427), ενώ για τις Γυναίκες (n=92) η διάμεσος τιμή 31 (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality, p-value<0.001). Επίσης, επισημαίνεται πως για τα άτομα που επέλεξαν “Άλλο” (n=2) δεν ήταν δυνατή η διενέργεια ελέγχου της κανονικότητας του σκορ, καθώς το δείγμα ήταν πολύ μικρό. Βάσει των παραπάνω, χρησιμοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος για τη διερεύνηση της συσχέτισης του eHEALS σκορ και του Φύλου, αφού το eHEALS σκορ δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή σε όλες τις κατηγορίες της μεταβλητής αναφορικά με το Φύλο των συμμετεχόντων, και προέκυψε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της διάμεσης τιμής του eHEALS σκορ μεταξύ των κατηγοριών του Φύλου (Kruskal-Wallis Test, p-value=0.343) (βλ. Πίνακα 9).

Για το eHEALS σκορ με βάση το Τμήμα φοίτησης, αρχικά εφαρμόστηκε έλεγχος κανονικότητας της κατανομής του eHEALS σκορ για κάθε μία από τις τέσσερις κατηγορίες Τμημάτων φοίτησης. Ως αποτέλεσμα, λήφθηκε υπ' όψιν για την Ιατρική & Οδοντιατρική (n=32) η μέση τιμή 33.7 (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality, p-value=0.168), για τη Φαρμακευτική (n=11) η μέση τιμή 31.8 (Shapiro-Wilk Test of Normality, p-value=0.125), για τη Δημόσια και Κοινωνική Υγεία (n=33) η διάμεσος τιμή (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality, p-value=0.003) και για τις Άλλες Επιστήμες Υγείας και Πρόνοιας (n=37) η μέση τιμή 29.8. (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality, p-value=0.076). Συνεπώς, με βάση τα παραπάνω, χρησιμοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος για τη διερεύνηση της συσχέτισης του eHEALS σκορ και του Τμήματος φοίτησης, αφού το eHEALS σκορ δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή σε όλες τις κατηγορίες της μεταβλητής για το Τμήμα φοίτησης των συμμετεχόντων, και προέκυψε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις διάμεσες τιμές του eHEALS σκορ μεταξύ των Τμημάτων φοίτησης των συμμετεχόντων (Kruskal-Wallis Test, p-value=0.343). Αναλυτικότερα, ύστερα από περαιτέρω στατιστική ανάλυση, διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή του σκορ μεταξύ των Άλλων Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας και της Ιατρικής & Οδοντιατρικής (Bonferroni Post Hoc Test, p-value=0.004). Ως εκ τούτου, σε αυτήν την έρευνα, το μέσο eHEALS σκορ των φοιτητών Ιατρικής & Οδοντιατρικής (mean: 33.7) ήταν υψηλότερο από αυτό των φοιτητών Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας (mean: 29.8) (βλ. Πίνακα 9).

Για το eHEALS σκορ με βάση το Έτος φοίτησης, αρχικά, εφαρμόστηκε έλεγχος κανονικότητας της κατανομής του eHEALS σκορ σε κάθε Έτος φοίτησης. Ως αποτέλεσμα, λήφθηκε υπ' όψιν για το 1<sup>ο</sup> Έτος (n=9) η μέση τιμή 31.3 (Shapiro-Wilk Test of Normality, p-value=0.607), για το 2<sup>ο</sup> Έτος (n=34) η μέση τιμή 30.3 (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality, p-value=0.071), για το 3<sup>ο</sup> Έτος (n=16) η μέση τιμή 32.7 (Shapiro-Wilk Test of Normality, p-value=0.270), για το 4<sup>ο</sup> Έτος (n=25) η μέση τιμή 32.9 (Shapiro-Wilk Test of Normality, p-value=0.270) και για το 5<sup>ο</sup> Έτος (n=29) η διάμεσος τιμή 32 (Shapiro-Wilk Test of Normality, p-value=0.003). Συνεπώς, με βάση τα παραπάνω, χρησιμοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος για τη διερεύνηση της συσχέτισης του eHEALS σκορ και του Έτους φοίτησης, αφού το eHEALS σκορ δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή σε όλες τις κατηγορίες της μεταβλητής αναφορικά με το Έτος φοίτησης των συμμετεχόντων, και

προέκυψε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις διάμεσες τιμές του eHEALS σκορ μεταξύ των Ετών φοίτησης των συμμετεχόντων (Kruskal-Wallis Test, p-value=0.173) (βλ. Πίνακα 9).

**Πίνακας 9:** Σύγκριση του eHEALS score με βάση το Φύλο, το Τμήμα φοίτησης και το Έτος φοίτησης στους συμμετέχοντες

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ		eHEALS score			p-value*
		Mean	Median	Min,Max	
Φύλο	Άνδρας	33.4	34	26, 40	0.343
	Γυναίκα	31.6	31	18, 40	
	Άλλο	31.5	31.5	31, 32	
Τμήμα φοίτησης	Ιατρική & Οδοντιατρική	33.7	33.5	23, 40	<b>0.009</b>
	Φαρμακευτική	31.8	31	26, 40	
	Δημόσια και Κοινωνική Υγεία	32.6	32	22, 40	
	Άλλες Επιστήμες Υγείας και Πρόνοιας	29.8	30	18, 40	
Έτος φοίτησης	1 <sup>ο</sup>	31.3	32	18, 40	0.173
	2 <sup>ο</sup>	30.3	31	21, 40	
	3 <sup>ο</sup>	32.7	32	26, 40	
	4 <sup>ο</sup>	32.9	32	22, 40	
	≥5 <sup>ο</sup>	32.8	32	27, 40	

\* Kruskal-Wallis rank Test

#### 6.2.2. Διερεύνηση της συσχέτισης του επιπέδου υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία με τη συχνότητα χρήσης του Διαδικτύου στους συμμετέχοντες

Στην Ερώτηση «Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε το Διαδίκτυο;» από τις 113 απαντήσεις οι 111 ήταν σε μία μόνο από τις 5 κατηγορίες αυτής της μεταβλητής (“Τουλάχιστον μία φορά την ημέρα”). Ως εκ τούτου δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί στατιστικό τεστ συσχέτισης (Στατιστικός Έλεγχος Υποθέσεων) για τη διερεύνηση της συσχέτισης του eHEALS σκορ με τη συχνότητα χρήσης του Διαδικτύου, παρά μόνο να γίνει αναφορά στην Ενότητα της Περιγραφικής Στατιστικής.

#### 6.2.3. Διερεύνηση της συσχέτισης του επιπέδου υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία με τη χρήση εφαρμογών κινητής υγείας (mHealth applications) στους συμμετέχοντες

Αρχικά, για τη διερεύνηση της συσχέτισης του eHEALS σκορ με τη χρήση εφαρμογών κινητής υγείας (mHealth applications) στους συμμετέχοντες, μέσω της διενέργειας στατιστικού ελέγχου, εφαρμόστηκε έλεγχος κανονικότητας της κατανομής του eHEALS σκορ για τους συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν εφαρμογές κινητής υγείας και για τους συμμετέχοντες που δεν χρησιμοποιούσαν. Ως αποτέλεσμα, λήφθηκε υπ’ όψιν για τους συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν εφαρμογές κινητής υγείας (n=76) η διάμεσος τιμή 32 (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality, p-value=0.002), ενώ για όσους δεν χρησιμοποιούσαν η μέση τιμή 31.7 (Kolmogorov-Smirnov Test of Normality, p-

value=0.165). Συνεπώς, με βάση τα παραπάνω, χρησιμοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος για τη διερεύνηση της συσχέτισης του eHEALS σκορ και της χρήσης εφαρμογών κινητής υγείας, αφού το eHEALS σκορ δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή στις δύο κατηγορίες (Ναι, Όχι) της μεταβλητής σχετικά με τη χρήση εφαρμογών κινητής υγείας στους συμμετέχοντες, και προέκυψε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της διάμεσης τιμής του eHEALS σκορ σε όσους χρησιμοποιούσαν εφαρμογές κινητής υγείας συγκριτικά με εκείνους που δεν χρησιμοποιούσαν (Mann-Whitney Test, p-value=0.602) (βλ. Πίνακα 10).

**Πίνακας 10:** Σύγκριση του eHEALS score με τη χρήση εφαρμογών κινητής υγείας (mHealth applications) στους συμμετέχοντες

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ		eHEALS score			p-value*
		Mean	Median	Min, Max	
Χρήση mHealth applications	Ναι	32	32	18, 40	0.602
	Όχι	31.7	32	22, 40	

\* Mann-Whitney Test

## 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συγκεκριμένη μελέτη ήταν η πρώτη, εξ' όσων γνωρίζουμε από τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, που διερεύνησε το επίπεδο υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία των προπτυχιακών φοιτητών επιστημών υγείας στην Ελλάδα. Επιπλέον, διερευνήθηκαν η σημασία των πηγών πληροφοριών υγείας και τα χαρακτηριστικά της χρήσης της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) στους συμμετέχοντες (N=113).

Βάσει των κυρίων αποτελεσμάτων, το μέσο σκορ εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (eHEALS σκορ) ήταν 31.9. Επιπρόσθετα, προέκυψε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της διάμεσης τιμής του eHEALS σκορ των συμμετεχόντων μεταξύ των κατηγοριών του Φύλου (Kruskal-Wallis Test, p-value=0.343), των Ετών φοίτησης (Kruskal-Wallis Test, p-value=0.173) ή της χρήσης εφαρμογών κινητής υγείας (mHealth applications) (Mann-Whitney Test, p-value=0.602). Ωστόσο, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις διάμεσες τιμές του eHEALS σκορ μεταξύ των Τμημάτων φοίτησης των συμμετεχόντων (Kruskal-Wallis Test, p-value=0.009). Επίσης, η πλειοψηφία (n= 75, 66.4%) θεωρούσε ως σημαντικότερη πηγή πληροφοριών υγείας τα βιβλία, τις ιατρικές εγκυκλοπαίδειες και τα φυλλάδια και σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες εμπλέκονταν συστηματικά με την Τ.Π.Ε.

Ξεκινώντας από την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία, από την ανασκόπηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας, προέκυψε ότι το συγκεκριμένο eHEALS σκορ (mean: 31.9) ήταν υψηλότερο από το αντίστοιχο σκορ που βρέθηκε σε προηγούμενες έρευνες, οι οποίες χρησιμοποίησαν την κλίμακα eHEALS σε δείγματα φοιτητών επιστημών υγείας. Αναλυτικότερα, έρευνα σε φοιτητές Ιατρικής και Επιστημών Υγείας στο Ιράν διαπίστωσε πως το μέσο σκορ των συμμετεχόντων ήταν 28.21 (Dashti et al., 2017) και έρευνα σε φοιτητές Ιατρικής στο Κεντρικό Βιετνάμ διαπίστωσε πως το μέσο σκορ των συμμετεχόντων ήταν 27.03 (Nguyen & Le, 2020). Επίσης, έρευνες σε δείγματα φοιτητών Νοσηλευτικής διαπίστωσαν πως το μέσο σκορ των συμμετεχόντων ήταν: 24.52 στην Ιαπωνία (Tanaka et. al., 2020), 25.23 στη Νοτιο-Δυτική Αιθιοπία (Shiferaw, Mehari & Eshete, 2020), 27.06 στη Νότια Κορέα (Park & Lee, 2015), 28.02 στη Σρι Λάνκα (Rathbayake & Senevirathna, 2019) και 31.72 στο Ιράν (Isazadeh et. al., 2019). Επιπλέον, έρευνες σε δείγματα φοιτητών Φαρμακευτικής διαπίστωσαν πως το μέσο σκορ των συμμετεχόντων ήταν: 30.1 στην Τουρκία (Ustun et al., 2020) και 31.07 στον Καναδά (Park & Min, 2020).

Αξίζει να σημειωθεί πως, από την έως τώρα ανασκόπηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας, δεν εντοπίστηκαν έρευνες σε φοιτητές επιστημών υγείας οι οποίες κατέληξαν σε ένα υψηλότερο σκορ από αυτό της συγκεκριμένης έρευνας. Ωστόσο, έρευνα σε προπτυχιακούς φοιτητές στην Πενσυλβάνια, οι οποίοι είχαν παρακολουθήσει ένα εισαγωγικό μάθημα σχετικά με την υγεία και την ευεξία από το αντίστοιχο Τμήμα Νοσηλευτικής, κατέγραψε μέσο eHEALS σκορ 34.8 (Robb & Shellenbarger, 2014).

Βέβαια, όπως διαπιστώνεται με βάση τα παραπάνω στοιχεία, οι προηγούμενες έρευνες για την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία σε φοιτητές επιστημών υγείας χρησιμοποίησαν δείγματα φοιτητών από μία επιστήμη υγείας σε κάθε έρευνα και όχι δείγμα φοιτητών από διαφορετικές επιστήμες υγείας, όπως στη συγκεκριμένη έρευνα. Επιπλέον, οι περισσότερες από τις προηγούμενες έρευνες πραγματοποιήθηκαν σε χώρες της Ασίας, όπου υπάρχουν ιδιαιτερότητες στα κοινωνικό-πολιτισμικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, γεγονός που τονίζεται από τους ίδιους τους ερευνητές (Dashti et al., 2017). Οι παραπάνω παράγοντες ίσως



επηρεάζουν τη διαδικασία παρουσίασης και σύγκρισης των αποτελεσμάτων. Συνεπώς, είναι απαραίτητο να συνεχίσει η έρευνα στο συγκεκριμένο θέμα και να προκύψουν νέα ερευνητικά στοιχεία από περισσότερες χώρες, δίνοντας έμφαση στη διερεύνηση του θέματος στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες και στις Η.Π.Α., αλλά και στη χρήση μεγαλύτερων δειγμάτων, αντιπροσωπευτικών του φοιτητικού πληθυσμού στις επιστήμες υγείας, ώστε να διεξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα.

Επιπρόσθετα, εκτός από το σχετικά υψηλό μέσο eHEALS σκορ, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες εμπλέκονταν πολύ ενεργά με την Τ.Π.Ε.. Αυτό μπορεί να συνέβαλε στη σημείωση του υψηλού eHEALS σκορ. Οι Norman & Skinner (2006a) θεωρούν πως υπάρχει σχέση μεταξύ της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία και της χρήσης της Τεχνολογίας γενικότερα. Όσο περισσότερο χρησιμοποιεί ένα άτομο την Τεχνολογία, τόσο πιθανότερο είναι να αναπτύξει τις κατάλληλες δεξιότητες, ώστε να χρησιμοποιεί την Τεχνολογία ως εργαλείο. Επίσης, σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές ένα από τα συστατικά στοιχεία της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία είναι η εγγραμματοσύνη στους υπολογιστές (Norman & Skinner, 2006a).

Στη συγκεκριμένη μελέτη σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες χρησιμοποιούσαν κινητό τηλέφωνο (n=112, 99.1%) και σύντομα γραπτά μηνύματα (n=106, 93.8%), όλοι είχαν ιδιωτική σύνδεση με το Διαδίκτυο στο σπίτι (n=113, 100%) και διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (n=113, 100%) και σχεδόν όλοι χρησιμοποιούσαν το Διαδίκτυο καθημερινά (n=11, 98.2%). Συνεπώς, με βάση αυτά τα αποτελέσματα, μπορούμε να διαπιστώσουμε πως ίσως φαίνεται μία σχέση του υψηλού eHEALS σκορ με την εκτεταμένη χρήση της Τ.Π.Ε. στο δείγμα των φοιτητών επιστημών υγείας.

Επιπλέον, πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν πως την περίοδο που έλαβε χώρα η συγκεκριμένη έρευνα (διάστημα μεταξύ Ιουνίου και Ιουλίου του έτους 2021) είχαν προηγηθεί μέτρα και περιορισμοί των μετακινήσεων για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19. Συγκεκριμένα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) κήρυξε την ασθένεια ως πανδημία στις 11 Μαρτίου 2020. Ως απάντηση στην κρίση, οι κυβερνήσεις σε πολλές χώρες εισήγαγαν μια σειρά από μέτρα με στόχο τον περιορισμό των επιπτώσεων της πανδημίας (π.χ ενθάρρυνση της παραμονής στο σπίτι και της απομόνωσης, περιορισμό της ελεύθερης κυκλοφορίας ή και την τοποθέτηση ατόμων σε καραντίνα). Η «χωρική αποστασιοποίηση» αποτέλεσε μία από τις έντονα προωθούμενες πρακτικές και συνεπάγονταν την τήρηση ασφαλών αποστάσεων μεταξύ των ατόμων, καθώς και τη μείωση του αριθμού των φορών που τα άτομα έρχονται σε στενή επαφή μεταξύ τους. Οι κανονισμοί και οι συστάσεις που προέκυψαν περιελάμβαναν το προσωρινό κλείσιμο των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και των χώρων που σχετίζονται με τον πολιτισμό και την ψυχαγωγία, αλλά και την ενθάρρυνση των εργαζομένων και των εταιρειών να χρησιμοποιήσουν πρακτικές εξ αποστάσεως (οικιακής) εργασίας όταν είναι εφικτό (Király et al., 2020).

Ως αποτέλεσμα, πολλές από τις δραστηριότητες, που πραγματοποιούνταν δια ζώσης, άρχισαν να διεκπαιρώνονται μέσω του Διαδικτύου. Μάλιστα, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ο Δείκτης Ψηφιακής Οικονομίας και Κοινωνίας (DESI) για το 2020, ο οποίος παρακολουθεί τις συνολικές ψηφιακές επιδόσεις της Ευρώπης και καταγράφει την πρόοδο των χωρών της Ε.Ε όσον αφορά την ψηφιακή τους ανταγωνιστικότητα, δείχνει ότι το 2020 σημειώθηκε πρόοδος σε όλα τα κράτη μέλη και σε όλους τους βασικούς τομείς (συνδεσιμότητα, ψηφιακές δεξιότητες, χρήση του Διαδικτύου από ιδιώτες, ενσωμάτωση των ψηφιακών τεχνολογιών από τις επιχειρήσεις, ψηφιακές δημόσιες υπηρεσίες) που μετράει ο δείκτης. Συγκεκριμένα, στη χρήση του Διαδικτύου, παρατηρήθηκε κατακόρυφη αύξηση, ιδίως στη χρήση βιντεοκλήσεων, τραπεζικών συναλλαγών και αγορών μέσω του Διαδικτύου (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2020).

Η εντατικοποίηση της χρήσης της Τ.Π.Ε. και ιδιαιτέρως του Διαδικτύου εκείνη την περίοδο διαπιστώνεται και από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Στο ερωτηματολόγιο, στην ερώτηση σχετικά με το “Για ποιο λόγο χρησιμοποιείτε το Διαδίκτυο;” σχεδόν όλες οι διαθέσιμες επιλογές (13 πιθανές απαντήσεις) επιλέχθηκαν πάνω από το 50% του δείγματος. Σημειώνεται πως λόγω της πανδημίας COVID-19 οι ακαδημαϊκές υποχρεώσεις, τα μαθήματα και οι εξετάσεις των φοιτητών τελούνταν Διαδικτυακά. Οι παραπάνω συνθήκες ίσως αύξησαν την ευχέρειά τους στη χρήση της Τ.Π.Ε., αλλά και συνέβαλαν στη σημείωση ενός υψηλού eHEALS σκορ. Επομένως, θα είχε ενδιαφέρον να εξεταστεί το αν και το κατά πόσο έχει αλλάξει το eHEALS σκορ των φοιτητών επιστημών υγείας στις υπόλοιπες χώρες, αλλά και το αν το eHEALS σκορ των φοιτητών επιστημών υγείας στην Ελλάδα θα παραμένει διαχρονικά σε υψηλό επίπεδο.

Αναφορικά με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σε κάθε ένα στοιχείο ξεχωριστά της κλίμακας eHEALS, διαπιστώθηκε πως οι φοιτητές επιστημών υγείας στην Ελλάδα θεωρούσαν πως ξέρουν ποιές πηγές υγείας είναι διαθέσιμες στο Διαδίκτυο (mean: 3.9), πού (mean: 4.1) και πώς (mean: 4.2) να βρουν χρήσιμες πηγές για την υγεία στο Διαδίκτυο, ξέρουν πώς να χρησιμοποιήσουν το Διαδίκτυο για να απαντήσει σε ερωτήσεις τους σχετικά με την υγεία (mean:4) και πώς να χρησιμοποιήσουν αυτές τις πληροφορίες για να βοηθηθούν (mean: 4), κατέχουν τις δεξιότητες που χρειάζεται ώστε να αξιολογήσουν τις πηγές υγείας που βρίσκουν στο Διαδίκτυο (mean: 4.1) και μπορούν να ξεχωρίσουν τις υψηλής ποιότητας πηγές για την υγείας από αυτές της χαμηλής ποιότητας στο Διαδίκτυο (mean: 4.1). Ωστόσο, το χαμηλότερο μέσο σκορ σημειώθηκε στην ερώτηση αναφορικά με την αυτοπεποίθηση που νιώθουν στη χρήση πληροφοριών από το Διαδίκτυο, ώστε να πάρουν αποφάσεις για την υγεία (mean: 3.4).

Προηγούμενες μελέτες σε δείγματα από τον φοιτητικό πληθυσμό διαπίστωσαν πως οι συμμετέχοντες είχαν περιορισμένες γνώσεις και δεξιότητες στην αναζήτηση πληροφοριών. Οι φοιτητές δήλωσαν πως δεν κατέχουν τις απαραίτητες δεξιότητες, ώστε να αναζητούν με επιτυχία πληροφορίες για την υγεία στο Διαδίκτυο και ότι δε βρίσκουν πάντα τις πληροφορίες ηλεκτρονικής υγείας που θέλουν. Αυτό οφείλονταν στην έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων αναφορικά με το πώς και πού θα βρουν υψηλής ποιότητας πληροφορίες για την υγεία στο Διαδίκτυο (Stellefson et al., 2011).

Πιο συγκεκριμένα για τους φοιτητές επιστημών υγείας, έρευνες που διεξήχθησαν στην Ασία (Νότια Κορέα, Ιαπωνία, Ιράν) διαπίστωσαν έλλειψη δεξιοτήτων στην αναγνώριση των υψηλής ποιότητας πληροφοριών υγείας στο Διαδίκτυο και έλλειψη αυτοπεποίθησης στη χρήση πληροφοριών από το Διαδίκτυο για να αποφασίσουν σχετικά με την υγεία (Park & Lee, 2015; Dashti et al., 2017; Tanaka et al., 2020). Οι ερευνητές θεωρούσαν πως ένας πιθανός λόγος για τα άνωθι αποτελέσματα ήταν το ότι στις χώρες της Ασίας συχνά παρατηρείται έλλειψη αξιόπιστων, κατανοητών και αξιολογικά ουδέτερων ιστοτόπων που να υποστηρίζονται από το Υπουργείο και γενικότερα το κράτος. Ως αποτέλεσμα, η αναζήτηση καθίσταται δύσκολη ακόμα και για τους φοιτητές επιστημών υγείας, οι οποίοι στρέφονται σε αναξιόπιστες πηγές (Dashti et al., 2017; Tanaka et al., 2020).

Ωστόσο, αναφορικά με την ύπαρξη αξιόπιστων ιστοτόπων υγείας, στην Ελλάδα υπάρχουν ιστοσελίδες με πληροφορίες υγείας, οι οποίες είναι διαθέσιμες για όσους έχουν πρόσβαση στο Διαδίκτυο. Αρχικά, το Υπουργείο Υγείας διαθέτει ιστοσελίδα (Υπουργείο Υγείας, 2021), όπου παρέχονται πληροφορίες υγείας, αλλά και πληροφορίες σχετικά με τα προγράμματα και τις δράσεις υγείας που διεξάγονται στην Ελλάδα. Επίσης, υπάρχουν ιστοσελίδες που υποστηρίζονται από την Κυβέρνηση, όπως αυτή του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας/Ε.Ο.Δ.Υ. (Ε.Ο.Δ.Υ., 2021). Βέβαια, και στο Ευρωπαϊκό επίπεδο, η ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Ευρωπαϊκή Επιτροπή) παρέχει πληροφορίες για θέματα υγείας στα

Ελληνικά. Ταυτόχρονα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υποστηρίζει το έργο «OpenAIRE-Advance» (OpenAIRE), που σχετίζεται με την Ανοιχτή Πρόσβαση και τα Ανοιχτά Δεδομένα στην Ευρώπη. Επιπρόσθετα, αναφορικά με την έρευνα και τη διαθέσιμη βιβλιογραφία στον τομέα της υγείας, υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση σε βάσεις δεδομένων και ψηφιακές βιβλιοθήκες, όπως το PubMed (National Library of Medicine), όπου υπάρχει πληθώρα διαθέσιμων άρθρων δημοσιευμένων σε αξιόπιστα επιστημονικά περιοδικά. Ειδικότερα, όσον αφορά στους φοιτητές στην Ελλάδα, μέσω του Πανεπιστημίου τους και λόγω της φοιτητικής ιδιότητάς τους, μπορούν να έχουν δωρεάν πρόσβαση σε επιστημονικά περιοδικά και βάσεις δεδομένων μέσω του Συνδέσμου Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, 2021) και του JSTOR (JSTOR, 2000-2021). Συνεπώς, το υψηλότερο σκορ αναφορικά με την αναγνώριση των υψηλής ποιότητας πληροφοριών υγείας στο Διαδίκτυο που σημείωσαν οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας, σε σχέση με το σκορ των προηγούμενων ερευνών στην Ασία, μπορεί να σχετίζεται και με το γεγονός ότι στην Ελλάδα υπάρχουν διαθέσιμες αξιόπιστες πηγές με πληροφορίες υγείας υποστηριζόμενες από το κράτος, τις οποίες γνωρίζουν ότι μπορούν να χρησιμοποιήσουν.

Επίσης, πραγματοποιήθηκε διερεύνηση της συσχέτισης του eHEALS σκορ με τη χρήση εφαρμογών κινητής υγείας (mHealth applications) και τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά (Φύλο, Έτος φοίτησης, Τμήμα φοίτησης) των συμμετεχόντων. Διαπιστώθηκε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο eHEALS σκορ των φοιτητών επιστημών υγείας ανάλογα με τη χρήση εφαρμογών κινητής υγείας. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενη έρευνα όπου διαπιστώθηκε πως υπήρχε θετική σχέση μεταξύ της χρήσης εφαρμογών κινητής υγείας και του υψηλότερου eHEALS σκορ σε φοιτητές Φαρμακευτικής (Ustun et al., 2019).

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας σχετικά με τη συσχέτιση του Φύλου και της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία συνάδουν με αυτά των προηγούμενων ερευνών, όπου υποστηρίζεται πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία ανάλογα με το Φύλο (Kim & Jeon, 2019; Oducado & Moralista, 2020; Tanaka et al., 2020). Ωστόσο, βρέθηκαν μελέτες όπου η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία διέφερε ανάλογα με το Φύλο των φοιτητών επιστημών υγείας, καθώς οι γυναίκες είχαν χαμηλότερο μέσο σκορ στην κλίμακα eHEALS σε σχέση με τους άνδρες (Dashti et al., 2017; Shiferaw et al., 2020; Ustun et al., 2020). Οι έρευνες αυτές διεξήχθησαν σε χώρες της Ασίας και της Αφρικής. Για αυτόν τον λόγο, σύμφωνα με τους ερευνητές, αυτή η διαφορά είχε τη βάση της στις κοινωνικό-πολιτισμικές και εκπαιδευτικές δομές των αναπτυσσόμενων χωρών. Αναλυτικότερα, θεωρείται πως το υψηλότερο μέσο σκορ που σημείωσαν οι άνδρες ίσως οφείλεται σε πολιτισμικές και εκπαιδευτικές διαφορές, σύμφωνα με τις οποίες επιτρέπεται στα αγόρια να έχουν απεριόριστη πρόσβαση σε μέσα Τεχνολογίας και Επικοινωνίας από μικρότερη ηλικία σε σχέση με τα κορίτσια (Dashti et al., 2017).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την έρευνα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (Ε.Κ.Κ.Ε.) στο πλαίσιο του προγράμματος World Internet Project-W.I.P. (2020), παρατηρήθηκε πως σε δείγμα ενηλίκων από τον γενικό πληθυσμό η χρήση του Διαδικτύου στις γυναίκες βρίσκεται στο 68.3%, ενώ στους άνδρες στο 74%. Επίσης, το 38.9% των έμπειρων χρηστών του Διαδικτύου (χρήση 6-10 έτη) και το 51.7% των μακροχρόνιων χρηστών του Διαδικτύου (χρήση 11+ έτη) ήταν άνδρες, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τις γυναίκες ήταν 45.4% και 42.3%. Μάλιστα, επιβεβαιώνεται η έμφυλη διαφορά στη χρήση του Διαδικτύου για όλες τις χώρες του W.I.P. (Ε.Κ.Κ.Ε., 2020). Ωστόσο, η παρούσα μελέτη αφορά μόνο φοιτητές, που βρίσκονταν στα ίδια Τμήματα σπουδών και δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη χρήση της Τ.Π.Ε., καθώς όπως έχει αναλυθεί παραπάνω, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν σημαντική εμπλοκή με αυτήν. Επομένως, δε βρέθηκε κάποια διαφορά στη χρήση Τ.Π.Ε. ή διάκριση στην εκπαίδευση βάσει του φύλου, που θα μπορούσαν

να σχετίζονται με τη σημείωση διαφορετικού eHEALS σκορ μεταξύ των φύλων, όπως αναφέρεται παραπάνω στις έρευνες στην Ασία και στην Αφρική.

Συνδυαστικά με τα παραπάνω και αναφορικά με το Φύλο των συμμετεχόντων, στη συγκεκριμένη μελέτη στο δείγμα ευκολίας που συστάθηκε (N=113) ο πληθυσμός των Ανδρών (n=19, 16.8%) και όσων επέλεξαν το “Άλλο” (n=2, 1.8%) ήταν πολύ μικρότερος σε σχέση με αυτόν των Γυναικών (n=92, 81.4%). Το ότι τα διαφορετικά φύλα δεν εκπροσωπούνταν εξίσου, μπορεί να επηρέασε τα αποτελέσματα της μελέτης αναφορικά με τη συσχέτιση του eHEALS σκορ με το Φύλο. Η κατά βάση σύσταση του δείγματος από γυναίκες, μπορεί να κατέστησε το συγκεκριμένο φύλο ως σημαντική παράμετρο της μελέτης. Συνεπώς, η διεξαγωγή επιπλέον μελετών λαμβάνοντας περισσότερο υπ’ όψιν τον πληθυσμό των ανδρών, αλλά και ολόκληρο το ευρύ φάσμα του φύλου, ίσως συμβάλλει στη διεξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων σχετικά με τη συσχέτιση του φύλου και του επιπέδου υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία.

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης σχετικά με τη συσχέτιση του Έτους φοίτησης και του eHEALS σκορ έρχονται σε αντίθεση με αυτά των προηγούμενων ερευνών όπου υποστηρίζεται ότι η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία διαφέρει ανάλογα με το Έτος φοίτησης και οι φοιτητές επιστημών υγείας των μεγαλύτερων ετών είχαν υψηλότερο επίπεδο εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία σε σχέση με τους φοιτητές των μικρότερων ετών (Tabaishat & Habibalah, 2016; Shiferaw et al., 2020; Tanaka et al., 2020; Ustun et al., 2020). Οι ερευνητές υποστηρίζουν πως αυτή η τάση ίσως σχετίζεται με το γεγονός ότι οι φοιτητές επιστημών υγείας στα μεγαλύτερα έτη έχουν περισσότερη εμπειρία στην αναζήτηση και στη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, καθώς βρίσκονται στη διαδικασία συγγραφής της πτυχιακής εργασίας τους. Συνεπώς, οι τελειόφοιτοι στις επιστήμες υγείας ίσως είχαν περισσότερες ευκαιρίες να αναζητήσουν και να αξιολογήσουν την ποιότητα των πληροφοριών στο Διαδίκτυο. Αυτό μπορεί να οδήγησε και στο υψηλότερο eHEALS σκορ (Tanaka et al., 2020).

Η παρούσα μελέτη, όπως αναπτύσσεται και παραπάνω, πραγματοποιήθηκε σε μία εποχή όπου, λόγω των περιορισμών για την προστασία από την πανδημία της COVID-19, εντάθηκε η χρήση της Τ.Π.Ε.. Συνεπώς, το ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάμεση τιμή του eHEALS σκορ με βάση το Έτος φοίτησης στη συγκεκριμένη έρευνα μπορεί να σχετίζεται με το ότι οι φοιτητές επιστημών υγείας κλήθηκαν από το 1<sup>ο</sup> κιόλας Έτος φοίτησης να αντεπεξέλθουν στις ακαδημαϊκές υποχρεώσεις τους μέσω και με τη βοήθεια του Διαδικτύου. Άλλωστε, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες (οι 109 από τους 113) ανέφεραν πως χρησιμοποιούσαν το Διαδίκτυο για να ανταποκριθούν στις ακαδημαϊκές υποχρεώσεις τους (π.χ μελέτη, έρευνα, προετοιμασία εργασιών, παρουσιάσεις).

Τέλος, η στατιστικά σημαντική διαφορά στις διάμεσες τιμές του eHEALS σκορ που βρέθηκε μεταξύ των Τμημάτων φοίτησης των συμμετεχόντων πιθανόν να υποδεικνύει ότι οι ανάγκες των φοιτητών επιστημών υγείας είναι διαφορετικές ανάλογα με το Τμήμα φοίτησης. Σημειώνεται πως κατά την ανασκόπηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας δεν βρέθηκε κάποια προηγούμενη μελέτη στην Ελλάδα ή σε χώρα του εξωτερικού, όπου να παρατίθενται και να συγκρίνονται στην ίδια έρευνα δεδομένα από φοιτητές διαφορετικών επιστημών υγείας. Επιπλέον, δεν βρέθηκε προηγούμενη μελέτη στην Ελλάδα όπου διερευνήθηκε η υποκειμενική εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία σε φοιτητές επιστημών υγείας με την κλίμακα eHEALS. Ωστόσο, σε προηγούμενη ερευνητική μελέτη σε φοιτητές επιστημών υγείας στην Ελλάδα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν έλλειψη εκπαιδευτικών εμπειριών στον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας (Giannouli & Hyphantis, 2017). Συνεπώς, φαίνεται πως οι φοιτητές αισθάνονται ότι δεν έχουν τα κατάλληλα ερεθίσματα σε αυτόν τον τομέα.

## 8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η παρούσα ερευνητική μελέτη παρουσιάζει μερικούς περιορισμούς, οι οποίοι παρατίθενται παρακάτω.

Αρχικά, η συγκεκριμένη μελέτη είχε ως σκοπό τη διερεύνηση του επιπέδου της υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία των προπτυχιακών φοιτητών επιστημών υγείας στην Ελλάδα. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού ακολουθήθηκε ένα ερευνητικό σχέδιο παρατήρησης και συγκεκριμένα πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη, όπου χρησιμοποιήθηκε δείγμα από τον πληθυσμό στόχο και η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε εντός καθορισμένου χρονικού πλαισίου. Συνεπώς, βάσει της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε, τα ερευνητικά δεδομένα που προέκυψαν αντικατοπτρίζουν την κατάσταση μία δεδομένη χρονική στιγμή. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων μπορεί να διαφέρουν σε επόμενη μέτρηση. Επομένως, δεν υπάρχει δυνατότητα γνώσης του αν και του κατά πόσο τα αποτελέσματα των μετρήσεων που πραγματοποιήθηκαν στη συγκεκριμένη έρευνα θα ισχύουν διαχρονικά ή του αν και του πώς θα διαφοροποιηθούν με την πάροδο του χρόνου. Βεβαίως, παρά τον περιορισμό που προκύπτει από το ερευνητικό σχέδιο που ακολουθήθηκε, η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια συστηματικής διερεύνησης και καταγραφής του επιπέδου της υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (perceived eHealth Literacy level) των προπτυχιακών φοιτητών επιστημών υγείας στην Ελλάδα και τα αποτελέσματά της παρέχουν νέες πληροφορίες αναφορικά με την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία συνδυαστικά με τη χρήση της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Επιπλέον, η επιλογή των συμμετεχόντων δεν πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Αντιθέτως, συστάθηκε δείγμα ευκολίας από τους φοιτητές επιστημών υγείας που ενδιαφέρθηκαν για την ανάρτηση της πρόσκλησης συμμετοχής στην έρευνα, σε ομάδες και σε σελίδες στην πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης του Facebook σχετικές με τους φοιτητές επιστημών υγείας, και θέλησαν να συμμετέχουν εθελοντικά στην έρευνα συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο. Επίσης, υπάρχει πιθανότητα αρκετοί φοιτητές να μη συμμετείχαν στις σελίδες και στις ομάδες του Facebook όπου πραγματοποιήθηκε η ανάρτηση, και ήταν αδύνατον να προσεγγιστούν. Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μη αντιπροσωπευτικού δείγματος του πληθυσμού στόχου, δηλαδή των φοιτητών επιστημών υγείας σε όλη την Ελλάδα. Συνεπώς, υπάρχει μικρή ικανότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον πληθυσμό στόχο άρα και χαμηλή εξωτερική εγκυρότητα στη συγκεκριμένη μελέτη.

Ως σφάλμα μεροληψίας θα μπορούσε να θεωρηθεί το ότι η στρατολόγηση του δείγματος και η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν διαδικτυακά για μία έρευνα που αφορούσε ζητήματα σχετικά με το Διαδίκτυο. Με άλλα λόγια, φοιτητές επιστημών υγείας που ήδη χρησιμοποιούσαν το Διαδίκτυο, και περιηγούνταν σε σελίδες και σε ομάδες σχετικές με τις επιστήμες υγείας ή και είχαν ευχέρεια να συμμετάσχουν σε μία διαδικτυακή έρευνα, κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που σχετίζονται με την εξοικείωσή τους με αυτό. Πιθανόν οι θετικές απαντήσεις για την εμπλοκή με την Τ.Π.Ε και το υψηλό eHEALS σκορ να μην ήταν αντίστοιχα αν η στρατολόγηση των φοιτητών αφορούσε και μεθόδους εκτός του Διαδικτύου, όπως η προσέγγιση στο Πανεπιστήμιο.

Ταυτόχρονα, πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν η πιθανότητα οι συμμετέχοντες να μην πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής του δείγματος, ανεξαρτήτως του αν συμμετείχαν στις προαναφερθείσες ομάδες και σελίδες του Facebook, γεγονός το οποίο δεν ήταν δυνατόν να ελεγχθεί. Επιπρόσθετα, οι φοιτητές που δέχθηκαν να απαντήσουν μπορεί να διέφεραν σε σημαντικά

χαρακτηριστικά από τον υπόλοιπο πληθυσμό των φοιτητών επιστημών υγείας. Δηλαδή, μπορεί να πρόκειται για ευαίσθητοποιημένα άτομα που ενδιαφέρονταν ή είχαν γνώσεις για το συγκεκριμένο ερευνητικό θέμα (μεροληψία ανταπόκρισης και μεροληψία εθελοντικής προκατάληψης). Συνεπώς, οι απαντήσεις τους μπορεί να μην ήταν αντιπροσωπευτικές για τον πληθυσμό των φοιτητών επιστημών υγείας. Βεβαίως, παρά τους περιορισμούς αναφορικά με τη δειγματοληψία και την αντιπροσωπευτικότητα στο δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη, θεωρείται πως το δείγμα ευκολίας που συστάθηκε μέσω του Διαδικτύου ικανοποίησε σε σημαντικό βαθμό το σκοπό της συγκεκριμένης μελέτης, λαμβάνοντας υπ' όψιν και το γεγονός ότι η στρατολόγηση και η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν κατά την περίοδο όπου υπήρχαν περιορισμοί για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 και δεν ήταν δυνατόν να προσεγγιστούν οι δυνητικοί συμμετέχοντες δια ζώσης.

Επίσης, στο διαδικτυακό ερωτηματολόγιο σε μορφή Google Forms που χρησιμοποιήθηκε, δεν ενεργοποιήθηκε η δυνατότητα υποβολής ενός μόνο ερωτηματολογίου από τον κάθε συμμετέχοντα, με την καταχώρηση του e-mail του, για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων. Ωστόσο, με αυτό τον τρόπο δεν ήταν δυνατός ο έλεγχος του αριθμού των ερωτηματολογίων που μπορούσαν να υποβάλουν οι συμμετέχοντες. Βεβαίως, στη συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη το δείγμα συστάθηκε από τους φοιτητές οι οποίοι θέλησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα εθελοντικά. Συνεπώς, όπως γνωστοποιήθηκε και στους δυνητικούς συμμετέχοντες στη Φόρμα ενημέρωσης-συγκατάθεσης, δεν υπήρξε κάποια προτροπή, ανταμοιβή ή πίεση, ενώ ταυτόχρονα έγινε προσπάθεια να ληφθούν υπ' όψιν τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας που μπορεί να προκύψουν από την έρευνα με τη χρήση του Διαδικτύου. Συνεπώς, θεωρείται πως η συγκεκριμένη επιλογή στο Google Forms εξυπηρέτησε σε σημαντικό βαθμό την ερευνητική μελέτη, καθώς συλλέχθηκαν τα απαραίτητα δεδομένα, ενώ ταυτόχρονα διαφυλάχθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί πως οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο. Αυτό συνεπάγεται το ότι οι απαντήσεις τους βασίζονται στο τι θεωρούν εκείνοι για τον εαυτό τους, αλλά και στη μνήμη τους. Ειδικότερα στις ερωτήσεις για την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία, οι συμμετέχοντες μπορεί να αντιμετωπίσουν πρόβλημα όταν κληθούν να θυμηθούν και να αξιολογήσουν το αν βρίσκουν, κατανοούν και εφαρμόζουν τις πληροφορίες υγείας που αναζητούν και κατά πόσο πρόκειται για τις κατάλληλες πληροφορίες κάθε φορά. Βεβαίως, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο που έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενες παρόμοιες μελέτες στην Ελλάδα και στο Εξωτερικό, έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά και έχει πραγματοποιηθεί στάθμιση και διαπολιτισμική προσαρμογή για τις ανάγκες του Ελληνικού πληθυσμού. Η χρήση του στη συγκεκριμένη έρευνα ικανοποίησε το σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί. Ειδικότερα για τη μέτρηση της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία, επισημαίνεται πως χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα των Norman και Skinner οι οποίοι ανέπτυξαν την συγκεκριμένη έννοια. Συνεπώς, παρά τον περιορισμό που αναφέρεται παραπάνω, θεωρήθηκε πως το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί το πλέον κατάλληλο από τα υπάρχοντα στο συγκεκριμένο ερευνητικό πεδίο.

## 9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια συστηματικής διερεύνησης του επιπέδου της υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (perceived eHealth Literacy level) των προπτυχιακών φοιτητών επιστημών υγείας στην Ελλάδα. Λαμβάνοντας υπ' όψιν την αυξανόμενη χρήση του Διαδικτύου και την εισαγωγή των υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας στο Σύστημα Φροντίδας Υγείας, οι φοιτητές επιστημών υγείας καλούνται να επωφεληθούν από τις νέες ευκαιρίες αλλά και να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις. Κατά την καθημερινή πρακτική τους ως μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας, οι φοιτητές επιστημών υγείας πρέπει να αναπτύξουν δεξιότητες, όπως η χρήση της Τεχνολογίας Πληροφοριών και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) και η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth Literacy), ώστε να υποστηρίξουν τόσο τον εαυτό τους όσο και τον γενικό πληθυσμό στη σωστή αναζήτηση, αξιολόγηση και χρήση των πληροφοριών υγείας στο Διαδίκτυο (Glimour, 2006; Shaiman, 2014; Park & Lee, 2015; Tabaihat & Habiballah, 2016). Συνεπώς, η απεικόνιση της παρούσας κατάστασης, μέσω της διερεύνησης του επιπέδου της υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία των προπτυχιακών φοιτητών επιστημών υγείας στην Ελλάδα, αποτελεί το πρώτο βήμα ώστε να καταγραφεί η άποψη των φοιτητών, να αξιολογηθούν οι ανάγκες και να καταρτιστούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις στους μελλοντικούς επαγγελματίες υγείας.

Βάσει των ερευνητικών αποτελεσμάτων, συμπεραίνεται πως οι φοιτητές επιστημών υγείας στην Ελλάδα χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό την Τ.Π.Ε. και έχουν υψηλό επίπεδο υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (eHEALS mean σκορ: 31.9). Επίσης, διαπιστώθηκε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάμεση τιμή του σκορ εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία (eHEALS σκορ) μεταξύ των κατηγοριών του Φύλου, των Ετών φοίτησης ή της Χρήσης εφαρμογών κινητής υγείας στους συμμετέχοντες. Ωστόσο, προέκυψε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάμεση τιμή του eHEALS σκορ μεταξύ των Τμημάτων φοίτησης των συμμετεχόντων. Βεβαίως, καθώς το συγκεκριμένο θέμα δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς στην Ελλάδα, κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω διερεύνησή του με στόχο τη διεξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη θα μπορούσε να αποτελέσει την αρχή για επόμενες μελέτες στο συγκεκριμένο ερευνητικό πεδίο ή να δώσει ώθηση στη δημιουργία παρεμβάσεων εκπαίδευσης των φοιτητών επιστημών υγείας, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ανάγκες που υπέδειξαν οι ίδιοι. Το γεγονός ότι σε μία πρώτη μελέτη βρέθηκε πως οι φοιτητές επιστημών υγείας, και κατ' επέκταση οι μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας, σημείωσαν ένα υψηλό eHEALS σκορ είναι ενθαρρυντικό. Αυτό μπορεί να στρέψει την προσοχή σε πιο στοχευμένα και εξειδικευμένα προγράμματα εκπαίδευσης, ώστε να βελτιωθούν ακόμα περισσότερο οι δεξιότητες των φοιτητών επιστημών υγείας στην Ελλάδα.

Βεβαίως, παρά την αρχική γνώση, που προέκυψε από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, κρίνεται σκόπιμο να πραγματοποιηθούν αντίστοιχες έρευνες σε Πανελλαδικό επίπεδο με τη χρήση μεγαλύτερων δειγμάτων, αντιπροσωπευτικών του πληθυσμού των φοιτητών επιστημών υγείας. Αυτό θα βοηθούσε στη σαφέστερη απεικόνιση της κατάστασης, την περιγραφή του φοιτητικού πληθυσμού στις επιστήμες υγείας και την αξιολόγηση των αναγκών.

Επίσης, θα παρουσίαζε ενδιαφέρον, συνδυαστικά με τους παράγοντες που μελετήθηκαν στην παρούσα μελέτη, να διερευνηθούν και άλλες παράμετροι στους φοιτητές επιστημών υγείας στην Ελλάδα, ώστε να προκύψουν επιπλέον πληροφορίες τόσο για τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη χρήση της Τ.Π.Ε. και τη χρήση του Διαδικτύου όσο και για

τη μεταξύ τους συσχέτιση. Αναλυτικότερα, θα μπορούσαν να μετρηθούν και άλλες κοινωνικό-δημογραφικές και οικονομικές παράμετροι (π.χ. βιοτικό επίπεδο, οικογενειακό εισόδημα, επάγγελμα γονέων), ο τρόπος (π.χ. συσκευές) και ο χρόνος σύνδεσης στο Διαδίκτυο και η δυνατότητα συνδεσιμότητας (π.χ. απεριόριστη σύνδεση στο Διαδίκτυο ή περιορισμένη χρήση πακέτου megabites) σε σχέση με το επίπεδο υποκειμενικής εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία.

Στη συγκεκριμένη έρευνα μετρήθηκε η υποκειμενική εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία, καθώς οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο βάσει του τί πιστεύουν για τον εαυτό τους. Οι δεξιότητές τους δεν αξιολογήθηκαν ούτε παρατηρήθηκαν εντός πραγματικών συνθηκών. Επομένως, δεν υπήρξε αντικειμενική μέτρηση. Γι' αυτόν τον λόγο είναι σημαντική η διεξαγωγή περαιτέρω μελετών και η ανάπτυξη και χρήση εργαλείων για την μέτρηση της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία με πιο αντικειμενικό τρόπο. Πιθανόν, σε μελλοντικές έρευνες η χορήγηση ερωτηματολογίων με ενσωματωμένα σενάρια περιπτώσεων (vignettes) θα βοηθούσε. Τα σενάρια αυτά απεικονίζουν γεγονότα από την καθημερινή ζωή με αληθοφανή τρόπο. Συνεπώς, δεν διερευνάται μόνο το τί θεωρούν οι συμμετέχοντες για τον εαυτό τους, αλλά γίνεται προσπάθεια ώστε να έρθουν αντιμέτωποι με πραγματικές καταστάσεις. Συνεπώς, υποτίθεται ότι οι συμμετέχοντες θα απαντήσουν με τον ίδιο τρόπο που θα απαντούσαν και στην πραγματική ζωή τους, δηλαδή όταν κληθούν να αναζητήσουν, να αξιολογήσουν και να εφαρμόσουν πληροφορίες υγείας από το Διαδίκτυο.

Επιπρόσθετα, λαμβάνοντας υπ' όψιν τη στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάμεση τιμή του eHEALS σκορ ανάμεσα στα διαφορετικά Τμήματα φοίτησης επιστημών υγείας, οι επόμενες έρευνες θα μπορούσαν να απευθυνθούν στους φοιτητές κάθε επιστήμης υγείας ξεχωριστά, ώστε να διερευνηθούν τις διαφορετικές ανάγκες που έχει ο κάθε κλάδος. Στην πράξη, αυτό θα βοηθούσε στη διεξαγωγή συμπερασμάτων και στην κατάρτιση προτάσεων για την αναμόρφωση του προγράμματος σπουδών και των παρεχόμενων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων σε κάθε Τμήμα, ώστε να συμβαδίζουν με τις νέες εκπαιδευτικές απαιτήσεις στην εποχή της ηλεκτρονικής υγείας, με στόχο την εκπαίδευση των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας. Ίσως η ενσωμάτωση μαθημάτων, σεμιναρίων και δραστηριοτήτων, που προάγουν τις πρακτικές δεξιότητες και την κριτική σκέψη τόσο στη χρήση Τ.Π.Ε. όσο και στην εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία, θα βοηθούσε τους φοιτητές επιστημών υγείας να αποκτήσουν νέες γνώσεις, αλλά και περισσότερη αυτοπεποίθηση στην εφαρμογή όσων γνωρίζουν κατά τη μετέπειτα επαγγελματική δραστηριότητά τους.

Τέλος, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, αλλά και αυτά πιθανών μελλοντικών εργασιών, θα μπορούσαν να αποτελέσουν χρήσιμο υλικό για την έρευνα και την ανάπτυξη στον τομέα της κινητής υγείας (Mobile Health/mHealth). Συνδυάζοντας τα ερευνητικά αποτελέσματα αναφορικά με τη χρήση Τ.Π.Ε. και την εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία στους φοιτητές επιστημών υγείας με τον αναπτυσσόμενο τομέα της κινητής υγείας (Grand View Research, 2021; mHealth HUB European, 2021), οι επόμενοι ερευνητές και προγραμματιστές θα μπορούσαν να ασχοληθούν με την ανάπτυξη εφαρμογών κινητής υγείας (mHealth applications), βασισμένες στις ανάγκες των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας, βοηθώντας τους έτσι να προσδώσουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στις υπηρεσίες υγείας που θα παρέχουν (gApps, 2021).



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ξενογλωσση**

Alvarez, R.C. (2002). The promise of e-Health-a Canadian perspective. *eHealth International*, 1: 4. doi: [10.1186/1476-3591-1-4](https://doi.org/10.1186/1476-3591-1-4)

A.L.A.-American Library Association. (Jan, 1989). *Presidential Committee on Information Literacy: Final Report*. Association of College & Research Libraries (ACRL).  
<http://www.ala.org/ala/acrl/acrlpubs/whitepapers/presidential.htm#opp>

A.M.A.-American Medical Association (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Journal of American Medical Association* 281(6), 552-557. doi:10.1001/jama.281.6.552

Arens, E. (2021, May 10). *The best times to post on social media in 2021*. Sprout Social.  
<https://sproutsocial.com/insights/best-times-to-post-on-social-media/>

Athanasopoulou, C., Valimaki, M., Koutra, K., Lottyniemi, E., Bertias, A., Basta, M., Vgontzas, A., & Lionis, C. (2017). Internet use, eHealth literacy and attitudes toward computer/internet among people with schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study in two distant European regions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17, 136. doi.org/10.1186/s12911-017-0531-4

Baker, D.W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of International Medicine*, 21, 878-883.<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>

Baker, D.W., Wolf, M.S., Feinglass, J., & Thompson, J.A. (2008). Health Literacy, Cognitive Abilities, and Mortality Among Elderly Persons. *Journal of General International Medicine*, 23, 723–726. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0566-4>

Bear, G.G., Richards H.C. & Lancaster, P. (1995). Attitudes Toward Computers: Validation of a Computer Attitudes Scale. *Journal of Educational Computing Research*, 3(2), 207-218.  
<https://doi.org/10.2190/1DYT-1JEJ-T8J5-1YC7>

Borrell-Carrió, F., Suchman, A., & Epstein, R. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582.  
<https://dx.doi.org/10.1370%2Fafm.245>

Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ*, 344 (1), 602.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.e1602>

Botha, M., Botha, A., & Herselman, M. (2014). Conference: The International Conference on Computer Science, Computer Engineering, and Social Media (CSCESM2014), Metropolitan College, Thessaloniki, Greece.  
[https://www.researchgate.net/publication/269401037\\_The\\_Benefits\\_and\\_Challenges\\_of\\_e-Health\\_Applications\\_A\\_Content\\_Analysis\\_of\\_the\\_South\\_African\\_context](https://www.researchgate.net/publication/269401037_The_Benefits_and_Challenges_of_e-Health_Applications_A_Content_Analysis_of_the_South_African_context)

Bouchrika, I. (2021, April 17). *The Best Times to Post on Social Media: 2021 Studies & Statistics* « Guide 2 Research. Guide2Research.

<https://www.guide2research.com/research/the-best-times-to-post-on-social-media>

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

Brown, C., & Dickson, R. (2010). Healthcare students' e-literacy skills. *Journal of Allied Health*, 39(3), 179-184. <https://europepmc.org/article/med/21174023>

Bruce, H., & Stellefson, M. (2011). E-Health Literacy Competencies among Undergraduate Health Education Students: A Preliminary Study. *International Electronic Journal of Health Education*, 14, 46-58. <https://eric.ed.gov/?id=EJ946322>

Budhathokian S., Pokharelan P.K., Jhaan N., Moselenbn E., Dixonbn R., Bhattachanan M., & Osbornec, R.H. (2019). Health literacy of future healthcare professionals: A cross-sectional study among health sciences students in Nepal. *International Health*, 11(1), 15–23.

<https://doi.org/10.1093/inthealth/ihy090>

Canal, D.J., Soler, R.S., Porquet, A.B., Vernay, M., Blanchard, H., & Noguer, C.B. (2020). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2273.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17072273>

Choi, N., & DiNitto, D. (2013). The Digital Divide Among Low-Income Homebound Older Adults: Internet Use Patterns, eHealth Literacy, and Attitudes Toward Computer/Internet Use. *Journal of Medical Internet Research*, 15(5), e93. doi:10.2196/jmir.2645

Chou, W.S., Prestin, A., Lyons, C., & Wen, K. (2013). Web 2.0 for Health Promotion: Reviewing the Current Evidence. *American Journal of Public Health*, 103(1), e9.

<https://dx.doi.org/10.2105%2FAJPH.2012.301071>

Convery, I., & Cox, D. (2012). A Review of Research Ethics in Internet-Based Research.

*Practitioner Research in Higher Education*, 6(1), 50-57. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1130546>

Crosby, R., DiClemente, R., & Salazar, L. (2006). *Research methods in health promotion* (1st ed.) Jossey-Bass, A Wiley Imprint.

Creswell. JW. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). SAGE Publications, Inc., USA.

Dashti, S., Peyman, N., Tajfard, M., & Esmaeeli, H. (2017). E-Health literacy of medical and health sciences university students in Mashhad, Iran in 2016: a pilot study. *Electronic Physician*, 25;9(3), 3966-3973. DOI: [10.19082/3966](https://doi.org/10.19082/3966)

Dias, D., & Paulo Silva Cunha, J. (2018). Wearable Health Devices—Vital Sign Monitoring, Systems and Technologies. *Sensors (Basel)*, 18(8), 2414.

<https://dx.doi.org/10.3390%2Fs18082414>

Efthymiou, A., Middleton N., Charalambous A., & Papastavrou E. (2021). Health literacy and eHealth literacy and their association with other caring concepts among carers of people

with dementia: A descriptive correlational study. *Health and Social Care in the Community*  
<https://doi.org/10.1111/hsc.13341>

Epstein, R., & Street, R. (2011). The Value and the Value of Patient-Centered Care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103. <https://dx.doi.org/10.1370%2Fafm.1239>

European Commission. (2007). *Together for Health – A Strategic Approach for the EU, 2008-2013*. [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP\\_07\\_1571](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_07_1571)

Eysenbach, G. (2001). What is e-health?. *Journal of Medical Internet Research*, 3(2):e20.  
[doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20](https://doi.org/10.2196/jmir.3.2.e20)

Eysenbach, G., & Wyatt, J. (2002). Using the Internet for Surveys and Health Research. *Journal of Medical Internet Research*, 4(2):e13. <https://doi.org/10.2196/jmir.4.2.e13>

Fileborn, B. (2016). Participant recruitment in an online era: A reflection on ethics and identity. *Research Ethics* 12(2), 97-115. <http://dx.doi.org/10.1177/1747016115604150>

Flickr. <https://www.flickr.com/>

Franco, O., & Tirrell, T. (2012). Smartphone App Use Among Medical Providers in ACGME Training Programs. *Journal of Medical Systems*, 36, 3135–3139.  
<https://doi.org/10.1007/s10916-011-9798-7>

gApps. (2021). *Understanding the potential of Mobile Health (mHealth) and Medical Apps*.  
<https://www.geneticapps.co.uk/resources/mhealth-opportunities/>

Gelinas, L., Pierce, R., Winkler, S., Cohen, G., Lynch, H.F., & Bierer, B. (2017). Using Social Media as a Research Recruitment Tool: Ethical Issues and Recommendations. *American Journal of Bioethics*, 17(3), 3–14.  
<https://dx.doi.org/10.1080%2F15265161.2016.1276644>

Giannouli, V., & Hyphantis, T. (2017). In The Labyrinth of e-Health: Exploring Attitudes towards e-Health in Greece. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 8(2). DOI:  
[10.15406/jpcpsy.2017.08.00474](https://doi.org/10.15406/jpcpsy.2017.08.00474)

Glimour, JA. (2007). Reducing Disparities in the Access and Use of Internet Health Information. A Discussion Paper. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1270-8.  
DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2006.05.007](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.05.007)

Grand View Research. (2021). *Digital Patient Monitoring Devices Market Size, Share & Trends Analysis Report By Type (Wireless Sensor Technology, mHealth, Telehealth, Wearable Devices, Remote Patient Monitoring), By Product, By Region, And Segment Forecasts, 2021 – 2028*. <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/digital-patient-monitoring-devices-market>

Greene, S., Tuzzio, L., & Cherkin, D. (2012). A Framework for Making Patient-Centered Care Front and Center. *The Permanente Journal*, 16(3), 49-53.  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3442762/#\\_ffn\\_sectitle](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3442762/#_ffn_sectitle)

Gupta, S. (2017). Ethical Issues in Designing Internet-Based Research: Recommendations for Good Practice. *Journal of Research Practice*, 13(2). <https://eric.ed.gov/?id=EJ1174008>

Hadden, K.B. (2015). Health literacy training for health professions students. *Patient Education and Counseling*, 98(7), 918–920. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.016>

Harvard Medical School (2021). *Data Retention*. <https://datamanagement.hms.harvard.edu/evaluate/data-retention>

Higheranking (2021). 200 κορυφαία στατιστικά χρήσης social media για το 2021. <https://higheranking.com/social-media-marketing-statistics/>

Holt, K.A., Overgaard, D., Engel, L.V., & Kayser, L. (2020). Health literacy, digital literacy and eHealth literacy in Danish nursing students at entry and graduate level: a cross sectional study. *BMC Nursing*, 19 (22). DOI <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00418-w>

IBM, SPSS Statistics 25. <https://www.ibm.com/gr-en>

Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington DC: The National Academies. [https://www.researchgate.net/profile/Lynn-Nielsen-Bohlman/publication/303697782\\_Health\\_Literacy\\_A\\_Prescription\\_to\\_End\\_Confusion/links/574e41d208ae8bc5d15bfd9/Health-Literacy-A-Prescription-to-End-Confusion.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Lynn-Nielsen-Bohlman/publication/303697782_Health_Literacy_A_Prescription_to_End_Confusion/links/574e41d208ae8bc5d15bfd9/Health-Literacy-A-Prescription-to-End-Confusion.pdf)

Istepanian, R., Laxminarayan, S. , & Pattichis, C. *M-health: Emerging mobile health systems*. Springer, Boston, MA, 2006:3–14.

Iowa State University, Institutional Review Board. (2015). *Recruitment of Research Participants*.<https://www.compliance.iastate.edu/sites/default/files/imported/irb/guide/docs/Recruitment%20of%20Research%20Participants.pdf>

Isazadeh, M., Asadi, Z.S., Badiani, E., & Taghizadeh, M.R. (2019). Electronic Health Literacy Level in Nurses Working at Selected Military Hospitals in Tehran in 2019. *Annals of Military and Health Sciences Research In Press*, 17(4). <http://dx.doi.org/10.5812/amh.99377>

JSTOR. (2000-2021). <https://www.jstor.org/>

Kamp, K., Herbell, K., Magginis, W., Berry, D., & Given B. (2019). *Western journal of nursing research*, 41(9), 1270-1281. <https://dx.doi.org/10.1177%2F0193945919828108>

Kickbusch, I., & Maag, D. (2008)Health Literacy. *International Encyclopedia of Public Health*, 3, 204–211. <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00584-0>

Kim, S., & Jeon, J. (2020). Factors influencing eHealth literacy among Korean nursing students: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences*, 22(3), 667-674. <https://doi.org/10.1111/nhs.12711>

Király, O., Potenza, M., Stein, D., King, D., Hodgins, D., Saunders, J., Griffiths, M., Gjonaska, B., Billieux, J., Brand, M., Abbott, M., Chamberlain, S., Corazza, O., Burkauskas, J., Sales, C., Montag, C., Lochner, C., Grünblatt, E., Elisa Wegmann, E.,...Zsolt Demetrovics, Z. (2020). Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance, *Comprehensive Psychiatry*, 100. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152180>

Knapp, C., Madden, V., Wang, H., Sloyer, P., & Shenkman, E. (2011). Internet use and eHealth literacy of low-income parents whose children have special health care needs. *Journal of Medical Internet Research*, 29;13(3):e75. <https://doi.org/10.2196/jmir.1697>

- Kujala, S., Rajalahti, E., Heponiemi, T., & Hilama, P. (2018). Health Professionals' Expanding eHealth Competences for Supporting Patients' Self-Management. *Building Continents of Knowledge in Oceans of Data: The future of Co-Created eHealth*, 247, 181-185. DOI 10.3233/978-1-61499-852-5-181
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Minister of Supply and Services Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Laramee, A.S., Morris, N. & Littenberg, B. (2007). Relationship of literacy and heart failure in adults with diabetes. *BMC Health Services Research* 7, 98. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-98>
- Lemrey, T., & Burnham, J. (2009). Web 2.0 tools in medical and nursing school curricula. *Journal of the Medical Library Association*, 97(1), 50-52. <https://dx.doi.org/10.3163%2F1536-5050.97.1.010>
- MacLure, K., & Stewart, D. (2018). A qualitative case study of ehealth and digital literacy experiences of pharmacy staff. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14, 555-563. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.07.001>
- Manafa, E., & Wong S. (2012). Assessing the eHealth Literacy Skills of Older Adults: A Preliminary Study. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 16(4), 369–381. <https://doi.org/10.1080/15398285.2012.701163>
- Mancuso, J.M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences*, 10, 248-255. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x>
- Manganello, J.A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*. 23 (5), 840-847. <https://doi.org/10.1093/her/cym069>
- McCleary-Jones, V. (2012). Assessing Nursing Students' Knowledge of Health Literacy, *Nurse Educator*, 37(5), 214-217. doi: 10.1097/NNE.0b013e318262ead3
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature, *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110. [http://www.antonioasella.eu/salute/Mead\\_2000.pdf](http://www.antonioasella.eu/salute/Mead_2000.pdf)
- mHealth HUB European. (2021). *THE HUB LAUNCHES THE FIRST OF THE HUB TALKS 2021 SERIES: INTEGRATION OF MHEALTH INTO HEALTH SYSTEMS*. <https://mhealth-hub.org/hub-launches-series-hub-talks-2021-integration-mhealth-into-health-systems>
- National Library of Medicine. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Εκδόσεις Τυπωθήτω-Γιώργος Δρδάκος.
- Nguyen, L.H., & Le, T.B.T. (2020). E-Health Literacy of Medical Students at a University in Central Vietnam. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 11(2), 1293-1298. <https://medicopublication.com/index.php/ijphrd/article/view/2140>
- Norman, C.D., & Skinner, H.A. (2006a). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e27. DOI: [10.2196/jmir.8.4.e27](https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27)



- Norman, C.D., & Skinner, H.A. (2006b). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e9. DOI: [10.2196/jmir.8.2.e9](https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9)
- Novillo-Ortiz, D., Marin, H.M., & Saigi-Rubio, F. (2018). The role of digital health in supporting the achievement of the Sustainable Development Goals (SDGs). *International Journal of Medical Informatics*, 114, 106-107. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2018.03.011>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. <https://academic.oup.com/heapro/article/13/4/349/563193>
- Oducado, R.M.F., & Moralista, R.B. (2020). Filipino Nursing Students' eHealth Literacy and Criteria Used for Selection of Health Websites. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 23(13), 231-343. DOI: [10.36295/ASRO.2020.231343](https://doi.org/10.36295/ASRO.2020.231343)
- Oh, H., Carlos, R., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1):e1. DOI: [10.2196/jmir.7.1.e1](https://doi.org/10.2196/jmir.7.1.e1)
- OpenAIRE. <https://www.openaire.eu/>
- Park, H. (2019). Nursing students' eHealth Literacy in the U.S. and South Korea. *International Archives of Nursing and Health Care*, 5(2). DOI: 10.23937/2469-5823/1510122
- Park, H., Cormier, E., Gordon, G., & Baeg, J. (2016). Identifying Health Consumers' eHealth Literacy to Decrease Disparities in Accessing eHealth Information. *Computers, Informatics, Nursing*, 34(2), 71-6. <https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000205>
- Park, H., & Lee, E. (2015). Self-reported eHealth literacy among undergraduate nursing students in South Korea: a pilot study. *Nurse Education Today*, 35(2), 408-413. [doi.org/10.1016/j.nedt.2014.10.022](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.10.022)
- Park, H., Moon, M., & Baeg, J. (2014). Association of eHealth Literacy With Cancer Information Seeking and Prior Experience With Cancer Screening. *Computers, Informatics, Nursing*, 32( 9), 458-463, doi: 10.1097/CIN.0000000000000077
- Park, J., & Min, J. (2020). Exploring Canadian pharmacy students' e-health literacy: a mixed method study. *Pharmacy Practice*, 18(1): 1747. DOI: [10.18549/PharmPract.2020.1.1747](https://doi.org/10.18549/PharmPract.2020.1.1747)
- Pignone, M.P., & DeWalt, D.A. (2006). Literacy and health outcomes. *Journal General International Medicine*, 21, 896–897 <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00545.x>
- Rababah, J.A., Al-Hammouri, M.M., Drew, B.L., & Aldalaykeh, M. (2019). Health literacy: Exploring disparities among college students. *BMC Public Health*, 19, 1401. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7781-2>

Rathnayake, S., & Senevirathna, A. (2019). Self-reported eHealth literacy skills among nursing students in Sri Lanka: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 78, 50-56. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.04.006>

REPORTS AND DATA. *Mobile Health (mHealth) Market To Reach USD 311.98 Billion By 2027 | Reports and Data*. <https://www.globenewswire.com/en/news-release/2020/04/28/2023512/0/en/Mobile-Health-mHealth-Market-To-Reach-USD-311-98-Billion-By-2027-Reports-and-Data.html>

Robb, M. & Shellenbarger, T. (2014). Influential Factors and Perceptions of eHealth Literacy among Undergraduate College Students. *On - Line Journal of Nursing Informatics: OJNI; Chicago*, 18(3). <https://search.proquest.com/openview/3a6da179fef2df4ce098cda64c0a0bf/1?cbl=2034896&pq-origsite=gscholar>

Roberts, L., & Allen, P. (2015). Exploring ethical issues associated with using online surveys in educational research. *Educational Research and Evaluation*, 21(2), 95–108. <http://dx.doi.org/10.1080/13803611.2015.1024421>

Sakitha, A.J., Seshma, R.K., & Sony, V. (2020). User's Perspective about Mobile Fitness Applications. *International Journal of Recent Technology and Engineering (IJRTE)*, 8(6). <https://www.ijrte.org/wp-content/uploads/papers/v8i6/F8760038620.pdf>

Shaiman, J. (2014). The role of nursing in health care. *Revista Brasileira de Enfermagem* 67(6), 867-8. DOI: [10.1590/0034-7167.2014670601](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670601)

Sharma, S., Oli, N., & Thapa, B. (2019). Electronic health–literacy skills among nursing students. *Advances in Medical Education and Practice*, 10, 527-532. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S207353>

Shiferaw, K.B., Mehari, E.A., & Eshete, T. (2020). eHealth literacy and internet use among undergraduate nursing students in a resource limited country: *A cross sectional study*. *Informatic in Medicine Unlocked*, 18. <https://doi.org/10.1016/j.imu.2019.100273>

Simonds, S.K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, 2, 1-25. <https://doi.org/10.1177%2F10901981740020S102>

Singhal, A., & Cowie, M. (2021). Digital Health: Implications for Heart Failure Management. *Cardiac Failure Review*. <https://doi.org/10.15420/cfr.2020.28>

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

Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 633-640. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03448.x>

Statista (2021). Most common languages used on the internet 2020. <https://www.statista.com/statistics/262946/share-of-the-most-common-languages-on-the-internet/>

- Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant B., & Chavarria, EA. (2011). eHealth Literacy Among College Students: A Systematic Review With Implications for eHealth Education. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4):e102. DOI: [10.2196/jmir.1703](https://doi.org/10.2196/jmir.1703)
- Stewart, M. (2001). Toward a global definition of patient-centered care. *BMJ* 24;322(7284), 444-5. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.444>
- Sugiura, L., Wiles, R., & Pope, C. (2017). Ethical challenges in online research: Public/private perceptions. *Research Ethics*, 13(3-4), 184-199. <https://doi.org/10.1177%2F1747016116650720>
- Sukys, S., Cesnaitiene, V.J., Ossowsky, Z.M. (2017). Is Health Education at University Associated with Students' Health Literacy? Evidence from Cross-Sectional Study Applying HLS-EU-Q. *Biomed. Research. International*, 2017, 1–9 <https://doi.org/10.1155/2017/8516843>
- Tubaishat, A., & Habiballah, L. (2016). eHealth literacy among undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 42, 47-52. DOI: [10.1016/j.nedt.2016.04.003](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.04.003)
- Tanaka, J., Kuroda, H., Igawa, N., Sakurai, T., & Ohnishi, M. (2020). Perceived eHealth Literacy and Learning Experiences Among Japanese Undergraduate Nursing Students: A Cross-sectional Study. *Computers, Informatics, Nursing*, 38 (4), 198-203. doi: 10.1097/CIN.0000000000000611
- Torgan, C. (2009). The mHealth summit: Local and Global converge. <https://caroltorgan.com/mhealth-summit/>
- UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2006). *Literacy for Life. Education for All. Global Monitoring Report*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000141639>
- UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. *SDG Resources for Educators - Good Health and Well-Being*. <https://en.unesco.org/themes/education/sdgs/material/03>
- University College London (2015). *How long should I keep my data?*. <https://blogs.ucl.ac.uk/rdm/2015/09/how-long-should-i-keep-my-data/>
- Ustun, G., Soylemez, S.L., Ucar, N., & Sancar, M. (2020). Assessment of the pharmacy students' e-health literacy and mobile health application utilization. *Journal of Research in Pharmacy*, 24(1), 23-29. DOI : 10.35333/jrp.2020.125
- Van De Belt, T., Engelen, L., Berben, S., & Schoonhoven, L. (2010). Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 12(2), e18. <https://doi.org/10.2196/jmir.1350>
- Van der Kleij, R., Kasteleyn, M., Meijer, E., Bonten, T., Houwink, E., Teichert, M., ... Chavannes, N. (2019). SERIES: eHealth in primary care. Part 1: Concepts, conditions and challenges. *European Journal of General Practice*, 25(4), 179–189. doi: 10.1080/13814788.2019.1658190



Wade, D., & Halligan, P. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?. *BMJ*, 329(7479), 1398–1401. <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.329.7479.1398>

Wade, D., & Halligan, P. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995-1004. <https://doi.org/10.1177%2F0269215517709890>

W.H.O. - World Health Organization. (2021). Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO). *eHealth*. <http://www.emro.who.int/health-topics/ehealth/>

W.H.O.- World Health Organization. (2019). *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311980>

W.H.O.- World Health Organization (2016a). *FROM INNOVATION TO IMPLEMENTATION eHealth in the WHO European Region*. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0012/302331/From-Innovation-to-Implementation-eHealth-Report-EU.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/302331/From-Innovation-to-Implementation-eHealth-Report-EU.pdf)

W.H.O. - World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

W.H.O- World Health Organization (2011). *mHealth New horizons for health through mobile technologies. Based on the findings of the second global survey on eHealth*. Global Observatory for eHealth series - Volume 3. [https://www.who.int/goe/publications/goe\\_mhealth\\_web.pdf](https://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf)

W.H.O. - World Health Organization. (2016b). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206498>

W.H.O. - World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)

W.H.O. - World Health Organization. (2009). *7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap"*. [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1\\_Inner.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf)

## **Ελληνόγλωσση**

Αντωνέλλος, Α. (2020). *Ψηφιακή εγγραμματοσύνη ασθενών στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Διπλωματική εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (Ε.Α.Π.). <https://apothesis.eap.gr/handle/repo/46358>

Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού χαρακτήρα. *Οδηγία για την ασφαλή καταστροφή προσωπικών δεδομένων μετά το πέρας της περιόδου που απαιτείται για την πραγματοποίηση του σκοπού επεξεργασίας (ΟΔΗΓΙΑ ΑΡ.1/2005)*. <https://www.dpa.gr/el/enimerwtiko/prakseisArxis/odigia-gia-tin-asfali-katastrofi-prosopikon-dedomenon-meta-peras-tis>

Εθνικό Πληροφοριακό Σύστημα Έρευνας & Τεχνολογίας. *Τεχνολογίες web 2.0*.  
<http://www.epset.gr/el/content/%CF%84%CE%B5%CF%87%CE%BD%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B5%CF%82-web-20>

Ε.Κ.Κ.Ε. - Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών. (2020). *Το διαδίκτυο στην Ελλάδα*.  
[https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/05/WIP\\_greece.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/05/WIP_greece.pdf)

Ε.Ο.Δ.Υ. – Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. (2021). <https://eody.gov.gr/>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή. *Ηλεκτρονική υγεία (eHealth)*.  
[https://ec.europa.eu/health/ehealth/home\\_el](https://ec.europa.eu/health/ehealth/home_el)

Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (2020). *Η νέα έκθεση της Επιτροπής καταδεικνύει πόσο σημαντική είναι η ψηφιακή ανθεκτικότητα σε περιόδους κρίσης*.  
[https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/el/ip\\_20\\_1025](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/el/ip_20_1025)

Σπυριδάκη, Α., Αντωνάκος, Ι., Αποστολάκης, Ι., & Τούντας, Ι. (2018). Εφαρμογές της «κινητής υγείας» (mobile health) στα χρόνια νοσήματα και διερεύνηση της αποτελεσματικότητάς τους. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(1), 73-80.  
[https://www.researchgate.net/publication/331502083\\_Investigation\\_of\\_the\\_effectiveness\\_of\\_mobile\\_health\\_applications\\_for\\_chronic\\_diseases](https://www.researchgate.net/publication/331502083_Investigation_of_the_effectiveness_of_mobile_health_applications_for_chronic_diseases)

Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών – HEAL-Link. (2021). <https://www.heal-link.gr/>

Τζαναβάρης, Δ., & Αποστολάκης, Ι. (2014). m-Health και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Η ελληνική και διεθνής πραγματικότητα. *Ιατρική*, 103(3), 186-201.  
[https://www.researchgate.net/publication/271191905\\_mHealth\\_in\\_primary\\_healthcare\\_The\\_greek\\_and\\_the\\_global\\_reality](https://www.researchgate.net/publication/271191905_mHealth_in_primary_healthcare_The_greek_and_the_global_reality)

Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, Ελληνική Δημοκρατία. (2021). *Μηχανογραφικό*.  
<https://www.minedu.gov.gr/>

Υπουργείο Υγείας, Ελληνική Δημοκρατία. (2021). <https://www.moh.gov.gr/>

Υπουργείο Υγείας, Ελληνική Δημοκρατία. (2021). *eHealth - Ηλεκτρονική Υγεία*.  
<https://www.moh.gov.gr/articles/ehealth/>

Υπουργείο Υγείας, Ελληνική Δημοκρατία (2018, Σεπτέμβριος 02). *mHealth - Υγεία εν Κινήσει*. <https://www.moh.gov.gr/articles/ehealth/5688-mhealth>

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

## Παράρτημα 1: Φόρμα πρόσκλησης των υποκειμένων της μελέτης

Το κάτωθι κείμενο/εικόνα αποτελεί το μήνυμα, το οποίο αναρτήθηκε σε σελίδες και ομάδες στην πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης του Facebook όπου συμμετέχουν φοιτητές επιστημών υγείας, ως πρόσκληση συμμετοχής στην ερευνητική μελέτη με τίτλο «Η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth Literacy) φοιτητών επιστημών υγείας» και έχει ως εξής:



### **Η συμμετοχή σου μετράει!**

Σπουδάζεις σε Σχολή Επιστημών Υγείας σε Πανεπιστήμιο της Ελλάδας;  
Εάν ναι, τότε μπορείς να συμμετάσχεις στην ερευνητική μελέτη για  
τη **Χρήση Υπολογιστών και Διαδικτύου**.

**Μόνο 15 λεπτά** από τον χρόνο σου αρκούν για να συμπληρώσεις ανώνυμα το ερωτηματολόγιο στο link:..... Εκεί θα βρεις όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για την έρευνα.

Οι απαντήσεις σου θα βοηθήσουν να συγκεντρωθούν νέα δεδομένα για τη χώρα μας και να διερευνήσουμε τις πραγματικές ανάγκες των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη χρήση της τεχνολογίας.

**Η συμμετοχή σου είναι πολύτιμη!** Μη διστάσεις να επικοινωνήσεις μαζί μου για οποιοδήποτε σχετικό με την έρευνα ζήτημα προκύψει. Σε ευχαριστώ για τον χρόνο σου.

Τρισεύγενη Τραντάλη,

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Π.Μ.Σ. «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας», e-mail: [tristrant@med.uoa.gr](mailto:tristrant@med.uoa.gr)

## Παράρτημα 2: Φόρμα ενημέρωσης-συγκατάθεσης των υποκειμένων της μελέτης

### ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Αγαπητού/ές φοιτητές/τριες,

Σας ευχαριστούμε για το ενδιαφέρον συμμετοχής στην παρούσα ερευνητική μελέτη. Η έρευνα απευθύνεται στους προπτυχιακούς φοιτητές επιστημών υγείας Ελληνικών Πανεπιστημίων. Παρακαλείσθε να διαβάσετε προσεκτικά το παρακάτω κείμενο και με την σύμφωνη γνώμη σας να συμμετάσχετε.

Καλείσθε να συμμετάσχετε στην ερευνητική μελέτη με τίτλο: «Η εγγραμματοσύνη στην ηλεκτρονική υγεία (eHealth Literacy) φοιτητών επιστημών υγείας». Επιστημονική Υπεύθυνη της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η κα. Ευανθία Σακελλάρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κοινοτικής Υγείας του Τμήματος Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η μελέτη εκπονείται από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια Τρισεύγενη Τραντάλη ([tristrant@med.uoa.gr](mailto:tristrant@med.uoa.gr)) στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας» της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, του Τμήματος Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών και του Τμήματος Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με στόχο την απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στο συγκεκριμένο αντικείμενο.

Ειδικότερα, σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης αποτελεί η περιγραφή της εγγραμματοσύνης στην ηλεκτρονική υγεία στους φοιτητές επιστημών υγείας στην Ελλάδα. Η ερευνητική μελέτη έχει λάβει την απαραίτητη έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (Πα.Δ.Α.).

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική και ανώνυμη. Θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε ένα ανώνυμο διαδικτυακό ερωτηματολόγιο, το οποίο διερευνά τη χρήση υπολογιστών και διαδικτύου. Σας ενημερώνουμε πως καθ' όλη την διάρκεια της έρευνας, αλλά και μετά το πέρας αυτής, τηρείται πολιτική απορρήτου. Οι απαντήσεις σας είναι απόλυτα εμπιστευτικές. Μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας: κα. Ευανθία Σακελλάρη (Αναπληρώτρια Καθηγήτρια), κα. Αρετή Λάγιου (Καθηγήτρια), κα. Χριστίνα Αθανασοπούλου (Επίκουρη Καθηγήτρια) και κα. Τρισεύγενη Τραντάλη (Μεταπτυχιακή φοιτήτρια) ([tristrant@med.uoa.gr](mailto:tristrant@med.uoa.gr)), θα έχουν πρόσβαση σε αυτές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Οι απαντήσεις σας θα αρχειοθετηθούν σε ψηφιακή μορφή και θα είναι διαθέσιμες στην ερευνητική ομάδα για τα επόμενα 7 χρόνια. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με τους συμμετέχοντες δεν θα χρησιμοποιηθεί. Τα τελικά αποτελέσματα της μελέτης θα δημοσιευθούν, χωρίς να περιλαμβάνονται σε αυτά ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. Στόχο αποτελεί η διάχυση των αποτελεσμάτων της ερευνητικής μελέτης στην επιστημονική κοινότητα.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 29 ερωτήσεις. Ο απαιτούμενος χρόνος για την συμπλήρωσή του είναι περίπου 15 λεπτά. Εκτιμάται ότι η πιθανότητα ύπαρξης κάποιου κινδύνου ή τλαιπωρίας από τη συμμετοχή σας στην ερευνητική μελέτη είναι ελάχιστη. Ωστόσο, δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουσδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν στη συμμετοχή σας στη μελέτη.

Σας υπενθυμίζουμε πως η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε τη συγκατάθεση για τη συμμετοχή σας στην ερευνητική μελέτη. Συνεπώς, μπορείτε να αποχωρήσετε από το διαδικτυακό ερωτηματολόγιο οποιαδήποτε στιγμή επιθυμείτε, χωρίς καμία αιτιολόγηση και επίπτωση.

Αν εξακολουθείτε να επιθυμείτε την συμμετοχή σας, σας προτρέπουμε να απαντήσετε με ειλικρίνεια, καθώς δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις. Η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων αποτελεί σημαντικό μέρος της επιστημονικής μελέτης. Τέλος, σας διευκρινίζουμε πως για τη συμμετοχή σας στην έρευνα απαιτείται η ρητή δήλωση συγκατάθεσής σας στο τέλος της παρούσας φόρμας, καθώς και η υποβολή του διαδικτυακού ερωτηματολογίου (πατώντας την επιλογή Υποβολή στο τέλος).

Η συμμετοχή σας είναι πολύτιμη και για αυτό μη διστάσετε να επικοινωνήσετε για παραπάνω πληροφορίες ή για οποιοδήποτε άλλο ζήτημα προκύψει σχετικά με την διεξαγωγή της έρευνας με την:

κα. Τρισεύγενη Τραντάλη, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Π.Μ.Σ. «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας» της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, του Τμήματος Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών και του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. e-mail: [tristrant@med.uoa.gr](mailto:tristrant@med.uoa.gr)

Επιπλέον, μπορείτε να ενημερωθείτε για την πολιτική προστασίας της ιδιωτικότητας της πλατφόρμας Google Forms εδώ: <https://policies.google.com/privacy>

Δηλώνω ρητά πως: 1) Έχω διαβάσει, κατανοήσει και αποδέχομαι τις πληροφορίες στο "ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ" και στο "ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ-ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΩΝ". 2) Είχα την ευκαιρία να απευθυνθώ σε μέλος της ερευνητικής ομάδας μέσω e-mail (κα. Τρισεύγενη Τραντάλη) για περαιτέρω πληροφορίες ή ερωτήσεις σχετικά με την ερευνητική μελέτη και εφόσον το έπραξα μου δόθηκαν ικανοποιητικές απαντήσεις και εξηγήσεις. 3) Κατανοώ πως μπορώ να αποσυρθώ από την ερευνητική μελέτη χωρίς καμία αιτιολόγηση ή επίπτωση. 4) Επιθυμώ να συμμετάσχω στην ερευνητική μελέτη.

Επιλέγοντας το πεδίο "ΣΥΜΦΩΝΩ" και κάνοντας κλικ στο κουμπί "Επόμενο" παρέχετε την συγκατάθεσή σας για συμμετοχή στην ερευνητική μελέτη.

ΣΥΜΦΩΝΩ (Στο διαδικτυακό ερωτηματολόγιο το πεδίο θα πρέπει να συμπληρωθεί υποχρεωτικά από τους συμμετέχοντες, ώστε να προχωρήσουν στη συμπλήρωση των ερωτήσεων).

### **Παράρτημα 3: Φόρμα παραπόνων-καταγγελιών**

#### **ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ-ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΩΝ**

Για οποιαδήποτε παράπονα ή καταγγελίες σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής ([ethics@uniwa.gr](mailto:ethics@uniwa.gr)).

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να απευθυνθείτε και στον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, κ. Αγιοπετρίτη Ιωάννη ([agiop@uniwa.gr](mailto:agiop@uniwa.gr)). Σε περίπτωση μη επίλυσης του προβλήματός σας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, συμπληρώνοντας το σχετικό έντυπο που βρίσκεται στην ιστοσελίδα αυτής ([complaints@dpa.gr](mailto:complaints@dpa.gr)).

Παρακαλώ αναφέρετε: Περιγραφή παραπόνου/καταγγελίας, Ονοματεπώνυμο, Διεύθυνση κατοικίας, Ημερομηνία, Υπογραφή.