

Educación remota para pacientes que viven con un estoma: protocolo para un consenso de expertos italiano

RESUMEN

Objetivo/Hipótesis Las personas que viven con un estoma enfrentan desafíos físicos, psicológicos y sociales que se benefician de vías de educación estructuradas. Si bien la educación presencial impartida por estomaterapeutas mejora los resultados, falta orientación específica para la educación remota sobre estomas. Este estudio tiene como objetivo desarrollar un conjunto nacional, validado por expertos, de indicaciones que especifiquen qué enseñar, cómo impartirlo de manera remota (incluyendo vías mixtas) y cómo evaluarlo.

Métodos Se llevará a cabo un Delphi modificado, junto con un enfoque de conferencia de consenso, y se informará a través de ACCORD. Se reclutará un panel nacional heterogéneo de estomaterapeutas con al menos cinco años de experiencia profesional y que hayan completado un curso de especialización de 1500 horas en cuidado de estomas; además de pacientes expertos, identificados a través de la Federación Nacional Italiana de la Asociación de Pacientes con Incontinencia y Estoma. La Ronda 1 consistirá en una discusión grupal en línea de 90 minutos para refinar las indicaciones derivadas de la literatura y las definiciones clave. Las rondas posteriores, basadas en encuestas en línea, evaluarán las afirmaciones en una escala de 4 puntos, permitiendo comentarios de texto libre y retroalimentación controlada. Se define consenso como $\geq 75\%$ de acuerdo, con un objetivo de $\geq 70\%$ de tasa de respuesta entre rondas. Los datos cuantitativos se analizarán para obtener porcentajes y tasas; los comentarios cualitativos guiarán la revisión iterativa.

Resultados Los productos finales incluirán contenido educativo central; criterios para diferenciar vías presenciales, remotas y mixtas; y estándares mínimos de equidad, privacidad, consentimiento y protección de datos.

Conclusión El estudio entregará el primer consenso nacional de expertos para la educación remota sobre estomas, ofreciendo un plan práctico, centrado en la persona y seguro para los servicios rutinarios, así como un conjunto compartido de resultados para la mejora de la calidad.

Palabras clave consenso, técnica Delphi, educación, estoma, educación remota.

Como referencia Villa G, et al. Remote patient education for people living with an ostomy: a protocol for an Italian consensus of experts. WCET™ Journal. 2026;46(1):26-30.

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.46.1.26-30>

INTRODUCCIÓN

Vivir con un estoma implica navegar un recorrido complejo y multifacético marcado por desafíos físicos, psicológicos y

sociales.¹⁻³ La creación quirúrgica de un estoma no solo modifica la función corporal, sino que también impacta la imagen corporal, el bienestar emocional, la participación social y la calidad de vida en general.^{4,5} Por lo tanto, proporcionar educación al paciente de manera personalizada, estructurada y oportuna es esencial. Idealmente, dichas intervenciones educativas deberían comenzar en la fase preoperatoria y continuar postoperatoriamente, ayudando a los pacientes a adaptarse a su nueva realidad y fomentando la autonomía en el autocuidado.⁶ La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido durante mucho tiempo la importancia de la educación del paciente para permitir que los individuos gestionen su salud de manera efectiva. Sus informes de 1998 y 2023 subrayaron la necesidad de programas educativos centrados en la persona, accesibles y continuos para mejorar la autogestión, particularmente en condiciones crónicas y de cuidado a largo plazo.^{7,8} En el contexto del cuidado de estomas, estas guías se han traducido en rutas educativas estructuradas que incorporan una variedad de métodos, incluyendo folletos impresos, enseñanza presencial, demostraciones, juegos de roles y apoyo continuo. Se ha demostrado que estos enfoques multimodales mejoran el conocimiento, las estrategias de afrontamiento y la adherencia a las rutinas de cuidado.^{9,10} Actualmente, estas intervenciones educativas se imparten principalmente por enfermeras especializadas conocidas como

Giulia Villa¹

PhD RN

Andrea Poliani^{1,2*}

PhD Student RN

Correo electrónico poliani.andrea@univr.it

Pier Raffaele Spena³

Duilio Fiorenzo Manara¹

MScN, RN

¹ Center for Nursing Research and Innovation, Faculty of Medicine and Surgery, Vita-Salute University, Milán, Italia

² Department of Biomedicine and Prevention, Faculty of Medicine, University of Rome Tor Vergata, Roma, Italia

³ Italian National Association for Incontinence and Stomised Patients [Federazione delle Associazioni Incontinenti e Stomizzati], Milán, Italia

* Autor correspondiente

estomaterapeutas, quienes poseen competencias clínicas y educativas avanzadas en el manejo de estomas. Numerosos estudios han demostrado que la educación proporcionada por estomaterapeutas conduce a mejores resultados en términos de autoeficacia, automonitorización, independencia en el cuidado del estoma y calidad de vida relacionada con la salud.^{9,11} Sin embargo, a pesar de la efectividad de la educación presencial, la creciente disponibilidad de herramientas digitales y la necesidad de mantener la continuidad del cuidado durante la pandemia de COVID-19 han acelerado la adopción de modalidades educativas remotas, como plataformas en línea, consultas por video y servicios de telemedicina.¹² Si bien estas herramientas digitales ofrecen nuevas oportunidades para la educación y el apoyo, su implementación en el cuidado de estomas sigue siendo fragmentada y carece de orientación estandarizada. Actualmente, no existen guías clínicas ni recomendaciones basadas en evidencia que definan cómo deben estructurarse, impartirse o evaluarse las intervenciones educativas remotas en esta población específica. En un escenario ideal, las guías clínicas estarían fundamentadas en evidencia empírica robusta. Sin embargo, en áreas como la educación remota para pacientes que viven con un estoma, la bibliografía sigue siendo insuficiente y las mejores prácticas aún no se han establecido.¹³ En ausencia de una base sólida de evidencia, se recomiendan metodologías basadas en consenso, como la técnica Delphi, para identificar los componentes clave y los criterios de práctica. El estudio Delphi es particularmente adecuado para áreas donde se necesita la opinión de expertos para guiar la toma de decisiones y donde la evidencia empírica es escasa o emergente.¹⁴

Objetivo

El objetivo de este Consenso de Expertos será agregar los juicios de los expertos y evaluar la consistencia de las respuestas a lo largo de rondas sucesivas para alcanzar consenso sobre la realización e implementación de vías de educación remota para pacientes que viven con un estoma. Este estudio Delphi se aplicará a nivel nacional en Italia.

MÉTODOS

Se llevará a cabo un estudio Delphi modificado en conjunto con un enfoque de conferencia de consenso.^{15,16} El proceso implicará la administración de múltiples rondas de encuestas a un panel nacional de expertos. En la primera fase, una discusión en grupo focal solicitará las opiniones del panel sobre la educación remota para pacientes que viven con un estoma. El equipo de investigación analizará estas respuestas y las devolverá al panel en forma de afirmaciones o preguntas. En el cuestionario subsiguiente, se pedirá a los expertos que califiquen o clasifiquen estas afirmaciones según su experiencia. Este proceso iterativo continuará hasta que se alcance consenso sobre algunos o todos los ítems, según sea necesario.¹⁵ Para incluir todo el espectro de opiniones, se utilizará una muestra heterogénea.¹⁷ Se formará un panel nacional de expertos, compuesto por aproximadamente 15 miembros e incluyendo tanto estomaterapeutas como personas que viven con un estoma y son consideradas pacientes expertas. La presentación de los resultados seguirá la lista de verificación del Accurate Consensus Reporting Document (ACCORD).¹⁸

Descripción del panel de expertos

Se definirá como expertos a individuos informados,¹⁹ especialistas en su campo,²⁰ o personas que poseen un conocimiento sustancial sobre el tema. En consecuencia, el panel de expertos estará compuesto por enfermeras especializadas en cuidado de estomas (estomaterapeutas) y personas expertas que viven

con un estoma. Los estomaterapeutas serán seleccionados en función de la finalización de un curso de especialización post-licenciatura de 1500 horas en cuidado de estomas, la ausencia de conflictos de interés relacionados con la investigación y un mínimo de cinco años de práctica. Las personas que viven con un estoma serán elegidas en colaboración con la Federación Nacional Italiana de Asociaciones de Pacientes con Incontinencia y Ostomizados (FAIS). Para garantizar la homogeneidad, el panel incluirá aproximadamente 15 participantes, según lo sugerido por Delbecq et al.²¹ El tamaño general del estudio Delphi será consistente con las recomendaciones de Doughty.²²

Proceso de reclutamiento

Los estomaterapeutas serán reclutados mediante muestreo por conveniencia a través de una carta de invitación enviada por correo.²³ Las personas que viven con un estoma serán reclutadas en colaboración con FAIS mediante una carta de invitación distribuida por correo electrónico o llamada telefónica.

Grupo directivo de investigación

Se constituirá un comité directivo de investigación para supervisar el estudio. El comité preparará y difundirá los materiales para las rondas Delphi, incluyendo investigadores con experiencia en educación del paciente, cuidado de estomas y la experiencia vivida de ostomizados. El comité no participará en las calificaciones Delphi; en cambio, supervisará y monitorizará el proceso. Dos investigadores presidirán el grupo focal: GV (presidente; profesor asistente en enfermería y enfermero con doctorado) y AP (copresidente; investigador asociado en enfermería y estudiante de doctorado). Ambos son enfermeros y coordinarán todo el proceso Delphi desde la discusión del grupo focal hasta la ronda final.

Confidencialidad

El estudio garantizará la confidencialidad: aunque los participantes puedan reconocer la participación de otros, sus evaluaciones y opiniones permanecerán completamente anónimas.¹⁹ Se garantizará anonimato completo en la segunda, subsiguiente y última ronda; el anonimato no será posible durante la discusión del grupo focal.

Rondas

Se organizarán un mínimo de tres rondas Delphi; se podrán realizar rondas adicionales dependiendo del porcentaje de consenso alcanzado al final de cada ronda. Para garantizar calidad y claridad, se realizará una prueba piloto de los materiales de la primera ronda con estomaterapeutas y personas que viven con un estoma.^{21,24} La duración prevista es de seis semanas (aproximadamente dos semanas por ronda), y podrá extenderse si se requieren rondas adicionales.

Primera ronda

La ronda inicial presentará y discutirá las indicaciones preliminares para la educación remota de pacientes derivadas de una revisión de la bibliografía.²⁵ Estas indicaciones son generales para la educación remota de pacientes y no específicas para el cuidado de estomas, ya que la bibliografía carece de orientación específica sobre estomas. Los miembros del panel participarán en una discusión de grupo focal realizada de manera remota a través de Microsoft Teams²⁶ para explorar áreas de acuerdo iniciales y presentar estas indicaciones a estomaterapeutas y pacientes expertos.²⁷ Dos investigadores dirigirán la sesión: un moderador experimentado (GV), quien guiará la discusión y asegurará la adhesión a la agenda, y un observador (AP), quien documentará

dinámicas no verbales/paraverbales, registrará notas de campo sobre las características y comportamientos de los participantes, y apoyará al moderador en el logro de los objetivos de la sesión.²⁸ La sesión comenzará con el registro de participantes y la confirmación del consentimiento informado, seguido de una breve descripción del estudio y las normas básicas para la comunicación respetuosa. La discusión seguirá una secuencia pre-especificada de indicaciones derivadas de la literatura, con el moderador promoviendo la participación equilibrada. La sesión concluirá con un resumen de los puntos clave e ideas para reflexiones finales. La discusión del grupo focal tendrá una duración aproximada de 90 minutos.

Segunda ronda

La segunda ronda refinará y priorizará las indicaciones surgidas de la discusión del grupo focal. Su objetivo es recopilar consenso sobre la relevancia, viabilidad y claridad de las afirmaciones preliminares derivadas de la Ronda 1. Estas afirmaciones abordarán el contenido, el formato, los métodos de entrega y las estrategias de evaluación para intervenciones educativas remotas adaptadas a personas que viven con un estoma. Para permitir una recopilación eficiente y rápida de opiniones de expertos con retroalimentación controlada,²⁹ todos los participantes de la Ronda 1 (estomaterapeutas y pacientes expertos) calificarán cada afirmación en una escala tipo Likert de 4 puntos (1=totalmente en desacuerdo; 4=totalmente de acuerdo) y dispondrán de espacio para comentar, sugerir reescrituras o proponer adiciones. El cuestionario se diseñará para completarse en menos de 30 minutos.³⁰ Además, se presentarán y evaluarán definiciones de un conjunto de términos clave, como “educación remota para pacientes”, “sesiones educativas mixtas”, “educación remota” y “educación terapéutica del paciente”, utilizando el mismo método que para las indicaciones, para garantizar una terminología compartida y validada por expertos para las rondas subsiguientes. Si no se alcanza el umbral de consenso del 75% en la Ronda 2, se llevarán a cabo rondas Delphi adicionales, revisando y recalificando iterativamente los ítems, hasta alcanzar un acuerdo $\geq 75\%$ o hasta que el panel indique que una mayor convergencia es poco probable.

Última ronda

La ronda final finalizará el acuerdo de los expertos sobre los componentes clave de la educación remota para personas que viven con un estoma. Los resultados y la retroalimentación de la ronda anterior informarán su diseño. El objetivo será doble: alcanzar un consenso definitivo sobre las afirmaciones revisadas que no alcanzaron el umbral de acuerdo en la ronda anterior y validar el conjunto completo de indicaciones generadas a lo largo del proceso, concluyendo así la construcción del consenso y asegurando que la versión final refleje una visión compartida por los expertos.¹⁵ Los participantes recibirán un resumen conciso de los resultados de la ronda anterior, incluyendo las calificaciones agregadas y una síntesis de los comentarios cualitativos. Se presentará una encuesta simplificada con las versiones finales de las afirmaciones revisadas que previamente carecían de consenso, junto con el conjunto completo de afirmaciones ya consensuadas, para su confirmación. Cada ítem será nuevamente calificado en la escala tipo Likert de 4 puntos, con comentarios breves opcionales. Las afirmaciones que alcancen un acuerdo $\geq 75\%$ se considerarán como alcanzadas en consenso final. Se informará explícitamente a los participantes que esta es la última ronda y que sus respuestas darán forma a las indicaciones finales para diseñar y organizar la educación remota para pacientes con estoma. Los datos cuantitativos determinarán si los ítems revisados cumplen con el

umbral de consenso predefinido, y los comentarios cualitativos se revisarán para identificar cualquier ambigüedad residual. Sin embargo, no se planificarán modificaciones adicionales más allá de esta ronda.

La Ronda 2 y cualquier ronda subsiguiente, incluida la ronda final, se administrarán como encuestas en línea mediante Microsoft Forms y se distribuirán a todos los panelistas por correo electrónico.

Análisis de datos

El audio de la Ronda 1 será grabado, transcrito textualmente y analizado para refinar las indicaciones derivadas de la bibliografía y adaptarlas a las rutas educativas de cuidado de estomas. Los datos cuantitativos de la Ronda 2 (y cualquier ronda subsiguiente) y de la ronda final se analizarán utilizando SPSS (Versión 29.0.2.0). Para cada ítem se calcularán estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes).

Acuerdo definido

El umbral de consenso se establecerá en un 75% de acuerdo, consistente con la bibliografía previa sobre Delphi.³¹

Rigor

Para mantener el rigor metodológico, se requerirá una tasa de respuesta de al menos 70% entre rondas.

Fiabilidad

La fiabilidad se reforzará mediante varias estrategias. El uso de un grupo focal en la primera ronda generará ideas fundamentadas tanto en la experiencia profesional como en la experiencia vivida. Los mismos participantes se mantendrán a lo largo de las tres rondas para permitir comparaciones estables.³² El anonimato en la segunda (y cualquier ronda subsiguiente) y en la última ronda minimizará la presión de grupo y la influencia social.¹⁹ Los cuestionarios serán probados en piloto para asegurar claridad, y la retroalimentación controlada de cada ronda guiará la siguiente.²¹ Aunque algunos autores han cuestionado la fiabilidad de los estudios Delphi debido a sesgos personales y situacionales,³³ este estudio seguirá un método directo y estructurado con selección consistente del panel, diseño estandarizado de cuestionarios y umbrales predefinidos, reforzando así la fiabilidad y la calidad general.

Validez

Se emplearán múltiples estrategias para respaldar la validez. La validez de contenido y de apariencia se abordará mediante la conformación de un panel multidisciplinario que incluya tanto estomaterapeutas expertos como pacientes, integrando así el conocimiento clínico y la experiencia vivida. La realización de la Ronda 1 como discusión de grupo focal permitirá a los participantes generar recomendaciones clave directamente, asegurando que las rondas subsiguientes reflejen perspectivas del mundo real. La estructura iterativa del proceso Delphi, con retroalimentación controlada y refinamiento de ítems, permitirá a los participantes reevaluar y aclarar sus opiniones, aumentando la credibilidad mediante el juicio colectivo de expertos. Aunque la validez externa puede verse limitada por el muestreo intencionado, la cobertura nacional y la diversidad en la representación geográfica mitigarán este riesgo. Para mejorar la transparencia y la confirmabilidad, todos los pasos en el diseño, la recopilación de datos, el análisis y la toma de decisiones se documentarán detalladamente.

RESULTADOS ESPERADOS

El estudio producirá un conjunto de indicaciones validadas por expertos para educación terapéutica de pacientes impartida de forma remota, adaptada a personas que viven con un estoma. Partiendo de la evidencia general sobre educación remota para pacientes, estas indicaciones se refinarán mediante un proceso Delphi multidisciplinario que integre la experiencia clínica de los estomaterapeutas con la experiencia vivida de pacientes expertos. Se espera que la mayoría de los ítems alcance el umbral de acuerdo predefinido de $\geq 75\%$, mientras que las áreas con evidencia empírica limitada se complementarán con opiniones de expertos claramente señalizadas. Se espera que los resultados finales especifiquen el contenido educativo central; los formatos y métodos de entrega apropiados (incluyendo criterios para vías presenciales, remotas y mixtas); y los roles y responsabilidades dentro del equipo de atención. Se articularán estándares mínimos de equidad, privacidad, consentimiento informado y protección de datos. Además, se espera definir un conjunto mínimo de datos conciso para la evaluación rutinaria, que abarque resultados como autoeficacia, nivel de autocuidado, alertas de complicaciones y satisfacción, con tiempos sugeridos y herramientas factibles para el uso clínico diario.

CONCLUSIÓN

Este protocolo describe un Delphi modificado, diseñado para generar el primer consenso nacional, y potencialmente el primero en Europa, sobre educación terapéutica remota para el cuidado de estomas. Al traducir los principios generales de la educación remota en orientación específica para estomas, lista para la práctica y co-producida con clínicos y pacientes, el estudio tiene como objetivo estandarizar qué debe enseñarse, cómo debe impartirse, quién debe hacerlo y cómo debe monitorizarse en los servicios rutinarios. El conjunto resultante de indicaciones ofrecerá un plan de acción inmediatamente utilizable para la educación remota centrada en la persona, equitativa y segura, al mismo tiempo que proporcionará un lenguaje común y resultados medibles para la mejora de la calidad. Aunque los métodos de consenso no reemplazan la evidencia experimental, los resultados de este estudio están destinados a informar ensayos de factibilidad y eficacia, evaluaciones económicas y estudios de implementación, y pueden adaptarse a otras condiciones a medida que se acumule evidencia empírica más sólida sobre la educación a distancia.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

DECLARACIÓN ÉTICA

Este estudio se ha desarrollado en colaboración con la Federación Nacional Italiana de Asociaciones de Pacientes con Incontinencia y Ostomizados [Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati] (FAIS). Antes del inicio, el protocolo y todos los materiales dirigidos a los participantes serán revisados y aprobados formalmente por la Junta de FAIS (aprobado el 29 de octubre de 2025), dado que el proyecto se realiza en colaboración con FAIS. El estudio cumplirá con la Declaración de Helsinki y con las regulaciones aplicables de protección de datos de la UE e Italia (GDPR/EU 2016/679). La participación será totalmente voluntaria; se obtendrá consentimiento informado por escrito de todos los participantes; se garantizará la confidencialidad y el anonimato; y los participantes podrán retirarse en cualquier momento sin consecuencias. No se anticipan procedimientos más allá de los

estándares éticos habituales, y cualquier enmienda al protocolo se comunicará de manera inmediata a FAIS y a las partes interesadas relevantes.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación por este estudio.

REFERENCIAS

1. Capilla-Díaz C, Bonill-de Las Nieves C, Hernández-Zambrano SM, Montoya-Juárez R, Morales-Asencio JM, Pérez-Marfil MN, et al. Living with an intestinal stoma: a qualitative systematic review. *Qual Health Res.* 2019;29(9):1255–1265. doi: 10.1177/1049732318820933
2. Mareila TJ, Thomas SS. Social stigma among stoma patients. *Int J Sci Healthcare Res.* 2024;9(3):217–221. doi: 10.52403/ijshr.20240325
3. Villa G, Manara DF, Brancato T, Rocco G, Stievano A, Vellone E, et al. Life with a urostomy: A phenomenological study. *Applied Nurs Res.* 2018;39:46–52. doi: 10.1016/j.apnr.2017.10.005
4. Ayaz-Alkaya S. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. *Int Wound J.* 2019;16(1):243–249.
5. Grant M, McMullen CK, Altschuler A, Mohler MJ, Hornbrook MC, Herrinton LJ, et al. Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Oncol Nurs Forum.* 2011;38(5):587–596. doi: 10.1188/11.ONF.587-596
6. Forsmo HM, Pfeffer F, Rasdal A, Sintonen H, Körner H, Erichsen C. Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery. *Int J Surg.* 2016;36:121–126. doi: 10.1016/j.ijssu.2016.10.031
7. World Health Organization, editor. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases; report of a WHO working group. (European Health21 Target 18, Developing Human Resources for Health). WHO; 1998.
8. Therapeutic patient education: an introductory guide. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Colorectal Dis.* 2013;15(6):e276–283. doi.org/10.1111/codi.12197
10. Liu Y, Wang L, Zhu L. The impact of stoma management education on the self-care abilities of individuals with an intestinal stoma. *Br J Nurs.* 2023;32(6):S28–33. doi: 10.12968/bjon.2023.32.6.S28
11. Comb J. Role of the stoma care nurse: patient with cancer and colostomy. *Br J Nurs.* 2003;12(14):852–856. doi: 10.12968/bjon.2003.12.14.11409
12. Hui-Ren Z, Jin Z, Pian Z, Wei-ying Z. Applications of telemedicine in patients with an ostomy: a scoping review. *Adv Skin Wound Care.* 2025;38(5):258–268. doi: 10.1097/ASW.0000000000000300
13. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *BMJ.* 2008;336(7651):995–998. doi: 10.1136/bmj.39490.551019.BE
14. Hsu CC, Sandford BA. The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation.* 2007;12(1):10. doi: 10.7275/pdz9-th90
15. Keeney S, Hasson F, McKenna H. *The Delphi Technique in Nursing and Health Research.* 1st ed. Wiley; 2011. doi: 10.1002/9781444392029
16. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CF, Askham J, et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess.* 1998;2(3):i–iv, 1–88.
17. Moore CM. *Group Techniques for Idea Building.* 2nd ed. (Applied social research methods series). Sage Publications; 1994.
18. Gattrell WT, Logullo P, Van Zuuren EJ, Price A, Hughes EL, Blazey P, et al. ACCORD (ACcurate COnsensus Reporting Document): A reporting guideline for consensus methods in biomedicine developed via a

- modified Delphi. *PLoS Med.* 2024;21(1):e1004326. doi: 10.1371/journal.pmed.1004326
19. McKenna HP. The Delphi technique: a worthwhile research approach for nursing? *J Adv Nurs.* 1994;19(6):1221–1225. doi: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01207.x
 20. Goodman CM. The Delphi technique: a critique. *J Adv Nurs.* 1987;12(6):729–734. doi: 10.1111/j.1365-2648.1987.tb01376.x
 21. Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH. Group techniques for program planning: a guide to nominal group and Delphi processes. (Management applications series). Scott, Foresman and Co; 1975.
 22. Doughty EA. Investigating adaptive grieving styles: A Delphi Study. *Death Studies.* 2009;33(5):462–480. doi: 10.1080/07481180902805715
 23. Naderifar M, Goli H, Ghaljaie F. Snowball sampling: A purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides Dev Med Educ.* 2017;14(3). doi: 10.5812/sdme.67670
 24. Miller G. The development of indicators for sustainable tourism: results of a Delphi survey of tourism researchers. *Tourism Management.* 2001;22(4):351–362. doi: 10.1016/S0261-5177(00)00067-4
 25. Murry JW, Hammons JO. Delphi: A versatile methodology for conducting qualitative research. *The Review of Higher Education.* 1995;18(4):423–436. doi: 10.1353/rhe.1995.0008
 26. Kenny AJ. Interaction in cyberspace: an online focus group. *J Adv Nurs.* 2005;49(4):414–422. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03305.x
 27. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ.* 1995;311(7000):299–302. doi: 10.1136/bmj.311.7000.299
 28. Phillippi J, Lauderdale J. A guide to field notes for qualitative research: context and conversation. *Qual Health Res.* 2018;28(3):381–388. doi: 10.1177/1049732317697102
 29. Buck AJ, Gross M, Hakim S, Weinblatt J. Using the Delphi process to analyze social policy implementation: A post hoc case from vocational rehabilitation. *Policy Sci.* 1993;26(4):271–288. doi: 10.1007/BF00999473
 30. Mitchell VW. The Delphi technique: an exposition and application. *Technol Analysis Strategic Manag.* 1991;3(4):333–358. doi: 10.1080/09537329108524065
 31. Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J Adv Nurs.* 2006;53(2):205–212. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x
 32. Duffield C. The Delphi technique: a comparison of results obtained using two expert panels. *Int J Nurs Stud.* 1993;30(3):227–237. doi: 10.1016/0020-7489(93)90033-Q
 33. Woudenberg F. An evaluation of Delphi. *Technol Forecast Social Change.* 1991;40(2):131–150. doi: 10.1016/0040-1625(91)90002-W