

<https://doi.org/10.6063/motricidade.33874>

Artigo original

Impacto da espiritualidade, da inteligência emocional e da autoeficácia sobre a perceção da capacidade de prestação de cuidados no final da vida

Impact of spirituality, emotional intelligence and self-efficacy on the perception of the ability to provide care at the end of life

Título curto: Prestação de cuidados no final da vida

Maria de Lurdes da Costa Martins ^{1,2*}

¹ Clinical Academic Center of Trás-os-Montes and Alto Douro-Professor Doutor Nuno Grande, Vila Real, Portugal

² Hospital of Trás-os-montes e Alto Douro EPE, Palliative Medicine, Chaves, Portugal

E-mail: milupedras@hotmail.com

Conflitos de interesse: Nada a declarar. **Financiamento:** Centro de Estudos de Desenvolvimento Transdisciplinar e também apoiado por fundos nacionais, através da FCT – Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia no âmbito do projeto UIDB/04011/2020.

Recebido: 05/12/2023. Aceite: 28/01/2024.

RESUMO

Os cuidados paliativos (CP) são uma área diferenciada do cuidar em saúde, centrada na promoção do conforto, na prevenção e no alívio do sofrimento. Os cuidados em fim de vida (CFV) estão integrados neste ramo da medicina e terão num futuro próximo uma grande relevância, fruto do aumento da expectativa de vida e de doenças crônicas altamente incapacitantes. Torna-se imperativo que os profissionais de saúde tenham capacidade e preparação para assegurarem estes cuidados. O objetivo deste trabalho é propor um modelo que relacione a espiritualidade, a inteligência emocional, o conhecimento em CP, autoeficácia e capacidade para prestar CFV por médicos e enfermeiros. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário. As relações entre estas variáveis latentes foram avaliadas utilizando modelos de equações estruturais. Os resultados indicam que a autoeficácia, a espiritualidade e o conhecimento influenciam positivamente a capacidade de prestação de CFV. A inteligência emocional e a espiritualidade afetam de forma direta e positiva a autoeficácia. A inteligência emocional tem um efeito indireto, mediado pela autoeficácia sobre a capacidade de prestação de CFV.

Palavras-chave: Espiritualidade, Inteligência emocional, Cuidados Paliativos, Autoeficácia, Fim de vida.

ABSTRACT

Palliative care (PC) is a differentiated healthcare area focused on promoting comfort, and preventing and alleviating suffering. End-of-life (EOL) care is integrated into this branch of medicine and will have great relevance in the near future as a result of increased life expectancy and highly disabling chronic diseases. It is imperative that healthcare professionals have the capacity and preparation to guarantee this care. The objective of this work is to propose a model that relates spirituality, emotional intelligence, PC knowledge, self-efficacy, and the ability of doctors and nurses to provide EOL care. A questionnaire was applied to collect data. The relationships between these latent variables were evaluated using structural equation models. The results indicate that self-efficacy, spirituality and knowledge positively influence the ability to provide EOL care. Emotional intelligence and spirituality directly and positively affect self-efficacy. Emotional intelligence has an indirect effect, mediated by self-efficacy, on the ability to provide EOL care.

Keywords: Spirituality, Emotional intelligence, Palliative Care, Self-efficacy, Terminal Care.

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento emergente da população mundial a qualidade de vida durante a fase final tornou-se uma questão significativa. Estudos recentes indicam que as pessoas preferem receber cuidados paliativos (CP) em vez de tratamentos supérfluos para o prolongamento da vida (Chung et al., 2017; Scala et al., 2020), portanto, há uma necessidade crescente de prestação de cuidados em fim de vida (CFV) de qualidade. Estes cuidados fazem parte dos CP e incluem a gestão do suporte físico, a prestação de apoio psicológico, social e espiritual e a garantia de que os desejos dos doentes e familiares são cumpridos. Embora focados nas últimas fases da vida, a margem temporal para o início da prestação de CFV podem variar (Sercu et al., 2018). Os doentes podem, assim, ter más experiências, incluindo uma morte traumática, se as suas necessidades de CFV não forem atendidas (Spatuzzi et al., 2017; Van Lancker et al., 2018). As famílias, também, podem sentir ansiedade quando os desejos dos seus entes queridos não são seguidos ou quando os veem sofrer (Ramvi & Ueland, 2019).

Os enfermeiros e os médicos desempenham um papel vital dentro da equipa que presta estes cuidados e espera-se que sejam profissionais altamente qualificados para a prestação de cuidados holísticos, integrais e globais aos doentes e à família (Spatuzzi et al., 2017). Os CFV praticados são considerados inerentemente difíceis para doentes e para profissionais, sendo também difícil desenvolver paixão pelo cuidado durante esses tempos problemáticos (Liu & Chiang, 2017). Os profissionais que prestam CFV podem ser vistos como vulneráveis ou como “os cuidadores do sofrimento” (Luxardo et al., 2014). A parte mais difícil dessas experiências não é apenas o trabalho físico, mas também o trabalho emocional e espiritual que inclui a ansiedade, a impotência, a incerteza, a angústia, o luto e a frustração (Browall et al., 2014; Luxardo et al., 2014; Wilson, 2014). Por outro lado, as questões culturais também podem influenciar a prestação de CFV ao não incentivar os

profissionais a discutir questões associadas à morte; em vez disso, espera-se que estes deem esperança irrealista aos doentes em fim de vida (Dong et al., 2016).

Face ao exposto, a identificação dos fatores que podem influenciar a preparação e a capacidade de prestação de CFV é muito importante e pertinente, sendo que o papel do conhecimento, do treino e da formação (Hussin et al., 2018), das atitudes e das crenças positivas (Andersson et al., 2016; Oppert et al., 2018) têm vindo a ser exploradas, embora de forma muito tímida, e estão associadas à prestação de CFV eficazes e de alta qualidade. Outros fatores, tais como: a experiência em CP potenciam as habilidades e o treino (Oppert et al., 2018); e as competências emocionais e comunicacionais para lidar com o sofrimento psicológico e emocional dos doentes e da família (Hussin et al., 2018) são necessárias para cuidados eficazes no final da vida.

O apuramento de outras relações, como o conhecimento em CP, a autoeficácia, a espiritualidade, a inteligência emocional e o desempenho dos CFV (Rhee, 2015) é praticamente inexistente ou os dados atuais são muito limitados. Neste contexto, esta investigação mostra-se pertinente uma vez que tentamos perceber o efeito impactante da espiritualidade, da inteligência emocional, do conhecimento e da autoeficácia sobre a preparação e capacidade de prestação de CFV pelos profissionais de saúde. A perceção deste modelo pode ser essencial para a definição dos fatores inibidores ou potenciadores da preparação e capacidade dos profissionais de saúde, na prestação de cuidados nas últimas horas ou dias de vida. Assim, através da aplicação de um questionário a médicos e a enfermeiros de um centro hospitalar da região norte de Portugal, conseguimos perceber quais as relações entre estes constructos.

MÉTODO

Este estudo adotou um desenho metodológico quantitativo e descritivo de carácter transversal realizado num hospital do norte de Portugal em 2022.

Amostra

A população-alvo deste estudo foram os médicos e enfermeiros a exercerem funções numa unidade de saúde pública em Portugal (amostragem por conveniência), tendo como critério obrigatório de inclusão contacto com doentes em fim de vida.

Instrumentos

Elaboramos um questionário autoadministrado aplicado entre maio e julho de 2022, em que os participantes assinalam as respostas a perguntas de escolha múltipla. Procedeu-se à tradução e validação das escalas de medida, tendo sido realizado um pré-teste no sentido de verificar a sua adaptabilidade à população a estudar. Foram distribuídos 710 questionários. A taxa de resposta foi de 55% (391 questionários preenchidos), sendo 380 questionários válidos.

Todas as variáveis foram mensuradas em escalas Likert de cinco pontos a partir da posição: 1-Discordo totalmente; 2-Discordo parcialmente; 3- Não concordo nem discordo; 4-Concordo Parcialmente e 5-Concordo Totalmente, exceto para a escala de espiritualidade cujos itens foram avaliados em escala numérica de 0 a 10. Valores mais elevados na escala Likert correspondem a índices mais elevados da variável. A espiritualidade foi mensurada pela escala de Hodge (2003) e compreende seis itens. O conceito de inteligência emocional foi avaliado com base na Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (2002) validada para Portugal por Rodrigues et al. (2011) e é composta por 16 itens. A autoeficácia (15 itens) e o conhecimento em CP (23 itens) foram medidos através da escala de *Bonn Palliative Care*

Knowledge Test (BPW) adaptada e validada para a população portuguesa (Minosso et al., 2017).

Para a aferição da preparação e capacidade para a prestação de CFV utilizou-se a Escala de Perceção da Preparação e Capacidade para Cuidar de doentes terminais (PPAC R-I) (Todaro-Franceschi, 2013) com seis itens.

Foi realizada uma análise fatorial confirmatória para o modelo de medida. A avaliação da qualidade do modelo de cada constructo foi feita através da análise da validade convergente e discriminante.

Procedimentos

Na realização do estudo foram respeitados os procedimentos ético-legais que constam dos pedidos de autorização formais para a recolha de dados, dirigidos ao presidente do conselho de administração do centro hospitalar e à respetiva comissão de ética da instituição. Foram também adotados procedimentos para a obtenção de consentimento livre e esclarecido pelos participantes do estudo. Cada questionário estava acompanhado de uma nota informativa, onde foram mencionados o título e o âmbito do estudo, os objetivos e os contactos do investigador principal. Nessa nota informativa, foi garantida a confidencialidade do tratamento dos dados e o anonimato.

Análise estatística

As relações entre as variáveis foram avaliadas através de um modelo de equações estruturais pelo método dos mínimos quadrados parciais (PLS-SEM) utilizando o software *SmartPLS* 3.0. Este programa permitiu a análise simultânea de múltiplas variáveis.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

A amostra é constituída por um total de 380 profissionais de saúde que responderam ao questionário de forma assertiva e completa (Tabela 1). Apenas 24.21% possuem experiência profissional na área dos CP e 21.58% formação. A média de idade é de 37.38 anos ($\pm 9,93$ anos).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra (N= 380)

Variável	Categoria	N	%
Género	Feminino	312	82.11
	Masculino	68	17.89
Idade	22-29	82	21.58
	30-44	205	53.95
	45-59	83	21.84
	≥ 60	10	2.63
	Média	37.98	
	Mín= 22; Max= 65; M= 37.98; DP= 9.93		
Estado civil	Solteiro(a)	151	39.74
	Casado(a)/União de facto	214	56.32
	Divorciado(a)/sep. de facto	14	3.68
	Viúvo(a)	1	0.26
Categoria profissional	Enfermeiro	302	79.47
	Médico	78	20.53
Grau académico	Licenciatura	204	53.68
	Pós graduação ou Mestrado	174	45.79
	Doutoramento	2	0.53
Experiência profissional	0-5 anos	92	24.21
	6-15 anos	152	40.00
	16-25 anos	72	18.95
	≥ 26 anos	64	16.84
	Mín= 0; Max= 44; M= 14.11; DP= 10.17		
Experiência em CP	Sim	92	24.21
	Não	288	75.79
Formação em CP	Sim	82	21.58
	Não	298	78.42

Legenda: Mín – mínimo; Max- máximo; M- média; DP- desvio padrão

Escalas – Análise descritiva das variáveis

Os valores médios (DP) de inteligência emocional, autoeficácia, espiritualidade, conhecimento em CP e preparação e capacidade para a prestar cuidados EOL estão representados na Tabela 2. Os profissionais de saúde revelam níveis moderados a altos de

inteligência emocional (3.87 ± 0.82) e de autoeficácia (3.90 ± 0.82). O valor médio da espiritualidade foi de 5.06 ligeiramente acima do ponto médio da escala (5.0). Em relação ao conhecimento em CP, os entrevistados revelaram um nível mediano de conhecimento (3.29 ± 1.10). Globalmente, a escala de percepção de preparação e capacidade para a prestação de CFV apresentou um valor de 3.25 ± 0.95 , pelo que os profissionais estão moderadamente preparados e qualificados.

Tabela 2: *Análise descritiva da inteligência emocional, autoeficácia, espiritualidade, conhecimento em CP e preparação e capacidade de prestação de cuidados em fim de vida*

Variáveis	Média ± DP
Inteligência Emocional	3.87 ± 0.82
Autoeficácia	3.90 ± 0.82
Espiritualidade	5.06 ± 2.30
Conhecimento em CP	3.29 ± 1.10
Preparação e capacidade de prestação CFV	3.25 ± 0.95

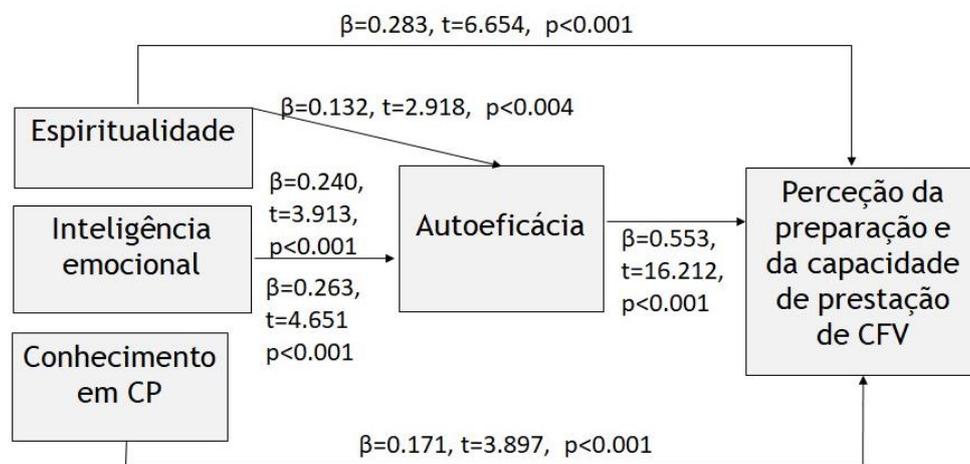


Figura 1. *Modelo estrutural de relação das variáveis*

Modelo conceptual de relação entre as variáveis

Na Figura 1 está representado o modelo estrutural. A relação direta mais forte é para a “Autoeficácia → Capacidade prestação CFV” ($\beta = 0,553, p < 0,001$). Quanto aos efeitos totais,

o efeito mais forte é o da autoeficácia, sendo a variável conceptualmente mais próxima da capacidade de prestação de CFV, a espiritualidade tem uma influência ligeira ($\beta=0,283, p<0,001$) sobre a variável dependente, contudo é mais relevante do que o conhecimento em CP ($\beta=0,171, p<0,001$). A inteligência emocional tem pouca influência na predição do modelo.

Concluindo, no caso da inteligência emocional apenas são considerados os efeitos indiretos na explicação do modelo, assumindo a autoeficácia um papel mediador entre a inteligência emocional e a capacidade de prestação de CFV. No caso do conhecimento em CP só existe o efeito direto sobre a capacidade de prestação de CFV. No que diz respeito à espiritualidade, a mediação é parcial, ou seja, há efeitos diretos e indiretos sobre a capacidade de prestação de CFV.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos indicam um valor global médio moderado a alto de inteligência emocional (3.88 ± 0.83) para os profissionais de saúde alvo do estudo, resultados semelhantes foram obtidos em estudos recentes: 3.17 ± 0.56 (Ishii & Horikawa, 2019); 4.67 ± 0.78 (Al-Ruzzieh & Ayaad, 2021) e 3.77 ± 0.47 (Wang et al., 2022); 3.33 ± 0.50 (Park & Oh, 2019). Para a autoeficácia, o valor médio obtido foi alto (3.90 ± 0.82) o que está em consonância com os valores existentes na literatura atual: 3.71 ± 0.46 (Choi & Yu, 2022), 3.38 (Becker-Haimes et al., 2022; Elkhadragey et al., 2021) e 3.60 ± 0.60 (Van der Voorn et al., 2022). No que diz respeito à espiritualidade a média global da escala indicou um valor mediano de 5.06 ± 2.30 . Este resultado não retrata os dados existentes na literatura que indicam valores substancialmente mais elevados, nomeadamente: 7.05 ± 2.08 (Caton, 2021), 7.18 ± 2.40 (Fradelos et al., 2022); 7.71 ± 1.85 (Atarhim et al., 2019). A espiritualidade é algo a considerar para lidar com as emoções do doente e da família. Para se comunicar de forma eficaz com os doentes, os médicos e os enfermeiros, precisam de compreender como a

espiritualidade e a cultura de uma pessoa afeta as suas percepções de saúde e de doença, particularmente os seus desejos em relação aos CFV. Este resultado reforça a importância de incluir nos programas formativos dos médicos e dos enfermeiros temáticas sobre a espiritualidade.

O nível de conhecimento em CP obteve um valor médio global de 3.29 ± 1.10 . Comparativamente com outros estudos 2.34 ± 0.57 (Etafa et al., 2020); 2.23 ± 0.23 (Menekli et al., 2021); 2.54 ± 0.67 (Tsao et al., 2019), o valor obtido é francamente superior. No global a escala da percepção da preparação e capacidade de prestação de CFV revelou um valor médio de 3.25 ± 0.95 , o que indica que os profissionais de saúde que participaram no estudo estão moderadamente preparados e capacitados para a prestação de CFV. Estes dados são atinentes com os estudos existentes relativamente a este constructo: 3.20 (Gelfman et al., 2021); 3.08 ± 0.55 (H. Chan et al., 2018) e 3.39 (Rodenbach et al., 2020). A preparação para a prestação de CFV por parte dos profissionais de saúde passa pela compreensão das suas crenças pessoais sobre a morte e o morrer; ser capaz de prestar assistência ao doente e à família; combinar os conhecimentos teóricos, a experiência pessoal e profissional e os recursos disponíveis; equilibrar o diálogo entre o papel profissional e pessoal; e encontrar estratégias que deem sentido à experiência de morrer, especificamente através do encerramento (Hall, 2020). Oferecer CP e CFV é uma tarefa complexa e desafiadora para os profissionais mais jovens e é um campo fortemente influenciado por fatores culturais, religiosos, espirituais e sociais (Oji et al., 2022).

Em relação ao modelo concetual a espiritualidade teve uma influência positiva e direta sobre a autoeficácia. Este resultado vem corroborar as investigações recentes sobre o tema (Jun & Lee, 2016; Kasapoğlu, 2022; Rakhshanderou et al., 2021) que enfatizam o papel da espiritualidade e da saúde espiritual sobre a autoeficácia e outras percepções psicológicas. Estudos recentes também indicam que a espiritualidade pode aliviar a ansiedade (González-

Sanguino et al., 2020; Kasapoğlu, 2020). Fator essencial para quem cuida de doentes em fim de vida e que é constantemente confrontado com a morte, os seus dilemas e o significado da vida. A autoeficácia está assim associada à espiritualidade, sendo que estes dois atributos são, portanto, considerados como dois fortes motivadores do desenvolvimento humano (Adegbola, 2011).

A espiritualidade também teve uma influência positiva e direta na perceção da preparação e capacidade para a prestação. Apenas foi encontrado um estudo de Espinoza-Venegas et al. (2016) que relaciona estas variáveis, tendo concluído que a perceção da crença religiosa e/ou espiritualidade não influencia a perceção da preparação e capacidade para a prestação de CFV. Face a estes resultados, mais investigações são necessárias para inferir (com maior robustez), que quanto maior for a espiritualidade maior será a capacidade de prestação de CFV.

A inteligência emocional teve uma influência positiva e direta sobre a autoeficácia. Os profissionais que se consideram mais aptos para regular as suas emoções e reconhecer as dos outros, também se consideram mais capazes de trabalhar em CP. Este resultado é bastante relevante uma vez que escasseiam estudos que enfatizam esta relação. No entanto, este resultado corrobora os estudos de Chan (2004) e de Sommaruga et al. (2017).

A variável que maior impacto teve sobre a perceção da preparação e capacidade de prestação de CFV foi a autoeficácia. Portanto, os resultados da investigação confirmam que quanto maior for a autoeficácia mais elevada será a preparação e capacidade para a prestação de CFV. Apesar de não se ter identificado nenhum estudo que tivesse averiguado diretamente esta relação, consideramos que este resultado é importante e traduz um aspeto original relativamente a outras investigações.

Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações.

Uma limitação desta investigação é o seu desenho transversal, que não permite examinar as relações de causalidade e os efeitos de feedback entre as variáveis em estudo. Outra limitação foi a amostra feita a partir das percepções dos profissionais de uma única organização, o que nos impede de generalizar os resultados.

Estudos futuros com uma abordagem qualitativa poderiam complementar a abordagem quantitativa utilizada, incorporando numa fase inicial entrevistas, com o intuito de efetuar um levantamento das variáveis que poderiam influenciar a capacidade de prestação dos CFV, uma vez que o modelo aqui apresentado apenas indica uma maior expressividade para a relação da autoeficácia sobre a percepção da preparação e capacidade para a prestação de CFV. Como tal, existem outras variáveis que condicionam a variável dependente, que possivelmente poderiam explicar melhor o modelo apresentado.

CONCLUSÕES

Considerando os efeitos totais das variáveis independentes estudadas, verificou-se que o efeito mais forte e positivo foi o da autoeficácia, sendo a variável conceptualmente mais próxima da capacidade de prestação de CFV, o efeito da espiritualidade foi mais relevante do que o do conhecimento em CP, já o efeito da inteligência emocional foi globalmente fraco. As percepções medidas de espiritualidade, inteligência emocional, conhecimento em CP, autoeficácia e preparação e capacidade para a prestação de CFV revelaram um valor médio global moderado, podendo, por isso serem alvo de melhorias, através de planos formativos internos, debates institucionais sobre o tema e adoção de uma política de partilha de informação.

Um dos contributos desta investigação reside na aferição do nível de conhecimento em CP por parte dos médicos e dos enfermeiros, uma vez que a maior parte dos estudos mede

esta variável apenas nos enfermeiros ou em estudantes da área da saúde. Ao demonstrarmos empiricamente o modelo proposto, foi realçada a importância das variáveis em análise na explicação da percepção da preparação e capacidade para a prestação de CFV, podendo ser um contributo para a literatura sobre CP e CFV, e ajudar a definir estratégias de melhoria da literacia em CP e de planos formativos e de treino dos profissionais de saúde.

AGRADECIMENTOS

Particular agradecimento aos profissionais do CHTMAD

REFERÊNCIAS

- Adegbola, M. (2011). Spirituality, self-efficacy, and quality of life among adults with sickle cell disease. *Southern Online Journal of Nursing Research*, *11*(1), 1–16.
- Al-Ruzzieh, M. A., & Ayaad, O. (2021). Impact of nurses' emotional intelligence on the implementation of a professional practice model in cancer care. *British Journal of Nursing*, *30*(19), 1110–1116. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.19.1110>
- Andersson, E., Salickiene, Z., & Rosengren, K. (2016). To be involved — A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today*, *38*, 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.026>
- Atarhim, M. A., Lee, S., & Copnell, B. (2019). An Exploratory Study of Spirituality and Spiritual Care Among Malaysian Nurses. *Journal of Religion and Health*, *58*(1), 180–194. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0624-0>
- Becker-Haimes, E. M., Wislocki, K., DiDonato, S., & Jensen-Doss, A. (2022). Predictors of Clinician-Reported Self-Efficacy in Treating Trauma-Exposed Youth. *Journal of Traumatic Stress*, *35*(1), 109–119. <https://doi.org/10.1002/jts.22688>
- Browall, M., Hensch, I., Melin-Johansson, C., Strang, S., & Danielson, E. (2014). Existential encounters: Nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*, *18*(6), 636–644. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.001>
- Caton, M. T. (2021). The impact of spirituality, social support, and self-esteem on the resilience of Haitian nurses: Implications for nursing education. *Archives of Psychiatric Nursing*, *35*(2), 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.08.006>
- Chan, D. (2004). Perceived emotional intelligence and self-efficacy among Chinese secondary school teachers in Hong Kong. *Personality and Individual Differences*, *36*(8), 1781–1795. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.07.007>

- Chan, H., Chun, G., Man, C., & Leung, E. (2018). Staff preparedness for providing palliative and end-of-life care in long-term care homes: Instrument development and validation. *Geriatrics & Gerontology International, 18*(5), 745–749. <https://doi.org/10.1111/ggi.13244>
- Choi, E., & Yu, S. (2022). Effects of preceptors' mentoring function on novice nurses' self-efficacy and organizational commitment: A cross-sectional study. *Nurse Education in Practice, 64*, 103431. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103431>
- Chung, R. Y.-N., Wong, E. L.-Y., Kiang, N., Chau, P. Y.-K., Lau, J. Y. C., Wong, S. Y.-S., Yeoh, E.-K., & Woo, J. W. (2017). Knowledge, Attitudes, and Preferences of Advance Decisions, End-of-Life Care, and Place of Care and Death in Hong Kong. A Population-Based Telephone Survey of 1067 Adults. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(4), 367.e19-367.e27. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.066>
- Dong, F., Zheng, R., Chen, X., Wang, Y., Zhou, H., & Sun, R. (2016). Caring for dying cancer patients in the Chinese cultural context: A qualitative study from the perspectives of physicians and nurses. *European Journal of Oncology Nursing, 21*, 189–196. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.10.003>
- Elkhadragey, N., Christ, S., Bashawri, Y., & AlSaran, H. (2021). Physicians' self-efficacy, beliefs and intentions to provide tobacco cessation services: A cross-sectional study in Riyadh, Saudi Arabia. *Population Medicine, 3*(April), 1–9. <https://doi.org/10.18332/popmed/134658>
- Espinoza-Venegas, M., Luengo-Machuca, L., & Sanhueza-Alvarado, O. (2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. *Aquichan, 16*(4), 430–446. <https://doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.3>
- Etafa, W., Wakuma, B., Fetensa, G., Tsegaye, R., Abdisa, E., Oluma, A., Tolossa, T., Mulisa, D., & Takele, T. (2020). Nurses' knowledge about palliative care and attitude towards end-of-life care in public hospitals in Wollega zones: A multicenter cross-sectional study. *PLOS ONE, 15*(10), e0238357. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238357>
- Fradelos, E., Alexandropoulou, C.-A., Kontopoulou, L., Papathanasiou, I. V., & Tzavella, F. (2022). Factors Affecting Greek Nurses' Caring Behaviors: The Role of Nurses' Spirituality and the Spiritual Climate of Hospitals. *Journal of Religion and Health, 61*(3), 1816–1830. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01503-x>
- Gelfman, L. P., Morrison, R. S., Moreno, J., & Chai, E. (2021). Palliative Care as Essential to a Hospital System's Pandemic Preparedness Planning: How to Get Ready for the Next Wave. *Journal of Palliative Medicine, 24*(5), 656–658. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0670>
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity, 87*, 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Hall, M. A. (2020). Critical Care Registered Nurses' Preparedness in the Provision of End-of-Life Care. *Dimensions of Critical Care Nursing, 39*(2), 116–125. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000406>
- Hodge, D. R. (2003). The Intrinsic Spirituality Scale. *Journal of Social Service Research, 30*(1), 41–61. https://doi.org/10.1300/J079v30n01_03
- Hussin, E. O. D., Wong, L. P., Chong, M. C., & Subramanian, P. (2018). Factors associated with nurses' perceptions about quality of end-of-life care. *International Nursing Review, 65*(2), 200–

208. <https://doi.org/10.1111/inr.12428>

- Ishii, S., & Horikawa, E. (2019). The Emotional Intelligence of Japanese Mental Health Nurses. *Frontiers in Psychology, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02004>
- Jun, W. H., & Lee, G. (2016). The mediating role of spirituality on professional values and self-efficacy: a study of senior nursing students. *Journal of Advanced Nursing, 72*(12), 3060–3067. <https://doi.org/10.1111/jan.13069>
- Kasapoğlu, F. (2020). COVID-19 Salgını Sürecinde Kaygı ile Maneviyat, Psikolojik Sağlık ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Journal of Turkish Studies, 15*(4), 599–614. <https://doi.org/10.7827/TurkishStudies.44284>
- Kasapoğlu, F. (2022). The Relationship Among Spirituality, Self-Efficacy, COVID-19 Anxiety, and Hopelessness During the COVID-19 Process in Turkey: A Path Analysis. *Journal of Religion and Health, 61*(1), 767–785. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01472-7>
- Liu, Y.-C., & Chiang, H.-H. (2017). From vulnerability to passion in the end-of-life care: The lived experience of nurses. *European Journal of Oncology Nursing, 31*, 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.09.002>
- Luxardo, N., Padros, C. V., & Tripodoro, V. (2014). Palliative Care Staff Perspectives. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 16*(3), 165–172. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000036>
- Menekli, T., Doğan, R., Erce, Ç., & Toygar, İ. (2021). Effect of educational intervention on nurses knowledge about palliative care: Quasi-experimental study. *Nurse Education in Practice, 51*, 102991. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.102991>
- Minosso, J., Martins, M., & Oliveira, M. (2017). Cross-cultural adaptation of the Bonn Palliative Care Knowledge Test: an instrument to assess knowledge and self-efficacy. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(13), 31–42. <https://doi.org/10.12707/RIV16076>
- Oji, N., Onyeka, T., Soyannwo, O., Paal, P., & Elsner, F. (2022). Perspectives, perceived self-efficacy, and preparedness of newly qualified physicians' in practising palliative care—a qualitative study. *BMC Palliative Care, 21*(141), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01028-w>
- Oppert, M. L., O'Keeffe, V. J., & Duong, D. (2018). Knowledge, facilitators and barriers to the practice of person-centred care in aged care workers: a qualitative study. *Geriatric Nursing, 39*(6), 683–688. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.05.004>
- Park, J., & Oh, J. (2019). Influence of Perceptions of Death, End-of-Life Care Stress, and Emotional Intelligence on Attitudes towards End-of-Life Care among Nurses in the Neonatal Intensive Care Unit. *Child Health Nursing Research, 25*(1), 38–47. <https://doi.org/10.4094/chnr.2019.25.1.38>
- Rakhshanderou, S., Safari-Moradabadi, A., & Ghaffari, M. (2021). Structural Equation Modeling of the Spirituality and Self-efficacy Among College Students. *Journal of Religion and Health, 60*(1), 488–499. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-00984-y>
- Ramvi, E., & Ueland, V. I. (2019). Between the patient and the next of kin in end-of-life care: A critical study based on feminist theory. *Nursing Ethics, 26*(1), 201–211. <https://doi.org/10.1177/0969733016688939>
- Rhee, Y. J. (2015). Hospice and Palliative Care Services in South Korea Supported by the National

Health Insurance (NHI) Program. *Health*, 07(06), 689–695.
<https://doi.org/10.4236/health.2015.76082>

- Rodenbach, R., Kavalieratos, D., Tamber, A., Tapper, C., Resick, J., Arnold, R., & Childers, J. (2020). Coaching Palliative Care Conversations: Evaluating the Impact on Resident Preparedness and Goals-of-Care Conversations. *Journal of Palliative Medicine*, 23(2), 220–225. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0165>
- Rodrigues, N., Rebelo, T., & Coelho, J. (2011). Adaptação da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS) e análise da sua estrutura factorial e fiabilidade numa amostra portuguesa. *Psychologia*, 55, 189–207.
- Scala, R., Ciarleglio, G., Maccari, U., Granese, V., Salerno, L., & Madioni, C. (2020). Ventilator Support and Oxygen Therapy in Palliative and End-of-Life Care in the Elderly. *Turkish Thoracic Journal*, 21(1), 54–60. <https://doi.org/10.5152/TurkThoracJ.2020.201401>
- Sercu, M., Beyens, I., Cosyns, M., Mertens, F., Deveugele, M., & Pype, P. (2018). Rethinking End-of-Life Care and Palliative Care: Learning From the Illness Trajectories and Lived Experiences of Terminally Ill Patients and Their Family Carers. *Qualitative Health Research*, 28(14), 2220–2238. <https://doi.org/10.1177/1049732318796477>
- Sommaruga, M., Casu, G., Giaquinto, F., & Gremigni, P. (2017). Self-perceived provision of patient centered care by healthcare professionals: The role of emotional intelligence and general self-efficacy. *Patient Education and Counseling*, 100(5), 974–980. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.002>
- Spatuzzi, R., Giulietti, M. V., Ricciuti, M., Merico, F., Meloni, C., Fabbietti, P., Ottaviani, M., Violani, C., Cormio, C., & Vespa, A. (2017). Quality of life and burden in family caregivers of patients with advanced cancer in active treatment settings and hospice care: A comparative study. *Death Studies*, 41(5), 276–283. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1273277>
- Tait, G. R., & Hodges, B. D. (2009). End-of-Life Care Education for Psychiatric Residents: Attitudes, Preparedness, and Conceptualizations of Dignity. *Academic Psychiatry*, 33(6), 451–456. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.33.6.451>
- Todaro-Franceschi, V. (2013). Critical Care Nurses' Perceptions of Preparedness and Ability to Care for the Dying and Their Professional Quality of Life. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(4), 184–190. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e31829980af>
- Tsao, L., Slater, S. E., Doyle, K. P., Cuong, D. D., Khanh, Q. T., Maurer, R., Minh Thy, D. N., Quoc Thinh, D. H., Tuan, T. D., Van Dung, D., Khue, L. N., & Krakauer, E. L. (2019). Palliative Care-Related Knowledge, Attitudes, and Self-Assessment Among Physicians in Vietnam. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(6), 1015-1022.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.08.001>
- Van der Voorn, B., Camfferman, R., Seidell, J. C., & Halberstadt, J. (2022). Talking with pediatric patients with overweight or obesity and their parents: self-rated self-efficacy and perceived barriers of Dutch healthcare professionals from seven disciplines. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1236. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08520-2>
- Van Lancker, A., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Mattheeuws, M., & Beeckman, D. (2018). A comparison of symptoms in older hospitalised cancer and non-cancer patients in need of palliative care: a secondary analysis of two cross-sectional studies. *BMC Geriatrics*, 18(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0721-7>

- Wang, C., Lin, Y., Chen, I., Wang, C., Peters, K., & Lin, S. (2022). Mediating effect of job performance between emotional intelligence and turnover intentions among hospital nurses during the COVID-19 pandemic: A path analysis. *Collegian*. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.09.006>
- Wilson, J. (2014). Ward staff experiences of patient death in an acute medical setting. *Nursing Standard*, 28(37), 37–45. <https://doi.org/10.7748/ns.28.37.37.e7949>
- Wong, C. S., & Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude. *The Leadership Quarterly*, 13(3), 243–274. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(02\)00099-1](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(02)00099-1)

Manuscript Draft