

## Ο ρόλος της ανθεκτικότητας και ενδυνάμωσης στη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην ενημέρωση των ασθενών με σοβαρή ή/και απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια στην εποχή της πανδημίας της COVID-19

Παππά Χρύσα<sup>1</sup>, Μπελλάλη Θάλεια<sup>2</sup>

1. Νοσηλεύτρια MSc, Προϊσταμένη Νευροχειρουργικής κλινικής Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ
2. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΔΠΠΑΕ, Μέλος ΣΕΠ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η πανδημία COVID-19 έχει εκθέσει τους επαγγελματίες υγείας σε καταστάσεις αυξημένου άγχους, τραυματικού στρες και κατάθλιψης με συνέπεια την μείωση της ανθεκτικότητας τους στην αντιμετώπιση των ασθενών με σοβαρά προβλήματα υγείας, καθώς και στην επικοινωνία. Μέσα σε αυτό το περιβάλλον, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ενημέρωση των ασθενών που έχουν σοβαρή ή απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ενημέρωση των ασθενών που έχουν σοβαρή ή απειλητική για τη ζωή τους αρρώστια.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στην παρούσα συγχρονική έρευνα συμμετείχαν 134 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτές του νοσοκομείου ΚΑΤ. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε δημογραφικά/κοινωνικά χαρακτηριστικά, και 4 εργαλεία (κλίμακα ψυχολογικής ενδυνάμωσης-PEI, κλίμακα στάσης ιατρών απέναντι στην ενημέρωση των ασθενών, κλίμακα στάσης των ιατρών απέναντι στην ενημέρωση ασθενών με καρκίνο, CD-RISC-10). Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του SPSS 21.

**Αποτελέσματα:** Βρέθηκε σχετικά υψηλό επίπεδο ανθεκτικότητας και ψυχολογικής ενδυνάμωσης. Όσον αφορά τις τρεις υπο-κλίμακες του μοντέλου του ΠΟΥ: η υπο-κλίμακα *αποκάλυψης της αλήθειας*, είχε σχετικά υψηλό επίπεδο, η υπο-κλίμακα *απόκρυψης της αλήθειας* είχε μέτριο επίπεδο, και η υπο-κλίμακα *εξατομικευμένη ενημέρωση* με υψηλό επίπεδο. Αναφορικά με τις συσχετίσεις, βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της υπο-κλίμακας *απόκρυψη της αλήθειας* και της Επικοινωνία, μεταξύ της υπο-κλίμακας *εξατομικευμένη ενημέρωση* και Επικοινωνία. Επιπλέον, βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ Ανθεκτικότητας και Ενδυνάμωσης.

**Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με τους στόχους της παρούσας μελέτης, τα αποτελέσματα έδειξαν συνολικά τα ακόλουθα: (α) οι νοσηλευτές έχουν σχετικά υψηλό επίπεδο ανθεκτικότητας, ψυχολογικής ενδυνάμωσης και στάσης τους στην επικοινωνία (για σοβαρές, χρόνιες ασθένειες), γεγονός που προβάλλει τις ιδιαίτερες απαιτήσεις του νοσηλευτικού επαγγέλματος (β) η εξατομικευμένη ενημέρωση επηρεάζεται από την στάση των νοσηλευτών στην επικοινωνία (για σοβαρές & χρόνιες νόσους), και επίσης, το τμήμα εργασίας που εργάζεται ο νοσηλευτής επηρεάζει την αποκάλυψη και την απόκρυψη της αλήθειας κατά την επικοινωνία με τον ασθενή, και η θέση ευθύνης του νοσηλευτή επηρεάζει την απόκρυψη της αλήθειας κατά την επικοινωνία με τον ασθενή για σοβαρά νοσήματα. Ωστόσο, θα πρέπει να διενεργηθούν νέες έρευνες σχετικά με το θέμα της παρούσης μελέτης.

**Λέξεις Κλειδιά:** Επικοινωνία, επαγγελματίας υγείας, νοσηλευτής, ανθεκτικότητα, ενδυνάμωση, κακά νέα.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:** Παππά Χρύσα, Email: papchri82@gmail.com

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal Volume 23, Supplement Issue 3A (July - September 2024)

ORIGINAL ARTICLE

### Nurses' perspectives on breaking bad news: the impact of resilience and self-empowerment in the era of the COVID-19 pandemic

Pappas Chrysa<sup>1</sup>, Bellali Thalía<sup>2</sup>

1. RN, MSc, Head Nurse, Department of Neurosurgery Clinic, General Hospital of Attica KAT
2. Professor, Department of Nursing, International Hellenic University, Academic Tutor, Hellenic Open University

### ABSTRACT

**Introduction:** The COVID-19 pandemic has exposed health professionals to conditions of increased stress, traumatic



stress and depression, thereby reducing their resilience in treating patients with serious health problems, as well as in communication. In this environment, it is important to investigate the factors that influence nurses' attitudes towards informing patients who have serious or life-threatening illnesses.

**Aim:** The aim of this study is to investigate the factors that influence nurses' attitudes towards informing patients who have serious or life-threatening illnesses.

**Material and Methods:** One hundred thirty four nurses and assistant nurses of KAT hospital participated in the present synchronous research. A questionnaire was used for the data collection that included demographic / social characteristics, and 4 tools (scale of psychological empowerment-PEI, scale of physicians' attitude towards informing patients, scale of physicians' attitude towards informing cancer patients, CD-RISC-10) . Data analysis was performed using SPSS 21.

**Results:** Relatively high level of resilience (average 27.9, mean 6.38) and psychological empowerment (average 46,029, mean 7.41) was found. Regarding the three sub-scales of the WHO model: the sub-scale of truth disclosure, had a relatively high level (average 5.94, S.D.1.25), the sub-scale of concealment of truth had medium level (average 5.02, S.D.1,36), and the sub-scale personalized information with high level (average 6.86, S.D.1,009). Regarding the correlations, statistical significance was found ( $p < .025$ ) between the sub-scale Hidden Truth and Communication ( $<0.05$ ), between the sub-scale Personalized Information and Communication ( $<0.01$ ). In addition, statistical significance was found between Durability and Strengthening ( $<0.01$ ).

**Conclusions:** According to the objectives of the present study, the results showed the following: (a) nurses have a relatively high level of resilience, psychological empowerment and attitude in communication (for serious, chronic diseases), which highlights the special requirements of the nursing profession (b) personalized information is influenced by the attitude of nurses in communication (for serious & chronic diseases), and also, the work department of the nurse affects the disclosure and concealment of the truth in communication with the patient, and the position The nurse's responsibility affects the concealment of the truth when communicating with the patient about serious illnesses. However, new research on the subject of the present study needs to be conducted. Thus, it is proposed in the future to conduct a similar primary research with a larger sample and change the WHO measurement tool (or its extension), since it cannot work reliably due to its small size.

**Keywords:** Communication, health professional, nurse, resilience, empowerment, bad news.

**Corresponding Author:** Pappas Chrysa, Email: [papchri82@gmail.com](mailto:papchri82@gmail.com)

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** σχέση και επικοινωνία επαγγελματία υγείας και ασθενή στο πλαίσιο του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα, που έχει αποτελέσει θέμα διερεύνησης από πλευράς κοινωνικών επιστημόνων<sup>1,2</sup> αλλά και ιατρών.<sup>3,4</sup> Τις τελευταίες δεκαετίες όλο και περισσότερες εμπειρικές έρευνες προσπαθούν να εντοπίσουν και να εξετάσουν αυτό που πραγματικά λαμβάνει χώρα στην επικοινωνία μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή.<sup>5,6,7</sup>

Οι Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος<sup>8</sup> σημειώνουν ότι ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς από την παρεχόμενη φροντίδα εξαρτάται και από την ποιότητα και ποσότητα πληροφοριών που του παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας, αλλά και από το ενδιαφέρον και την κατανόηση που του δείχνουν. Οι Casanova et al.,<sup>9</sup> σε μελέτη τους υποστήριξαν ότι ο επαγγελματικός σεβασμός είναι προϋπόθεση για την επιτυχή επικοινωνία. Οι συγκρούσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών βασίζεται στην διαφορετική μεθοδολογία εργασίας τους: οι νοσηλευτές βασίζονται στην ομαδική εργασία, ενώ οι ιατροί στο ατομικό κυρίαρχο ρόλο τους. Οι

Schmidt και Svarstad,<sup>10</sup> θεωρούν την ομαδική συνεργασία συνδυαστικά με την αποτελεσματική επικοινωνία στους φορείς της υγείας, ότι βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα, αυξάνει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και ελαχιστοποιεί τις δαπάνες. Ενώ οι Reader et al.,<sup>11</sup> τονίζουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία εντός του νοσοκομείου και ιδιαίτερα στην *Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)* προσφέρει αποτελεσματική συνεργασία και αποτελεσματικότητα της θεραπείας για τους ασθενείς. Τέλος, η Μπελλάλη,<sup>12</sup> αναφέρει για την αξία της επικοινωνίας με τον ασθενή στην σημερινή εποχή, ότι μελέτες δείχνουν ότι η επικοινωνία καλύπτει ανάγκες ασθενών όπως: α) πληροφόρηση (διάγνωση, πρόγνωση, υποτροπή, είδος θεραπείας), β) ψυχολογική υποστήριξη, γ) λήψη αποφάσεων σε θέματα υγείας και δ) τροποποίηση βλαπτικών συμπεριφορών που οδηγούν στην ασθένεια. Η αποτελεσματική επικοινωνία στο χώρο της υγείας αποτελεί τον "θεμέλιο λίθο" της υποστήριξης στα πλαίσια μιας ολιστικής φροντίδας, ενώ η επικοινωνία με τους συγγενείς εξυπηρετεί προσαρμογή στις απαιτήσεις της ασθένειας, και κατάλληλη (προσαρμοσμένη στις ανάγκες του) προσφορά φροντίδας στον ασθενή.<sup>12</sup> Αντίστοιχα, η επικοινωνία και σχέση νοσηλευτή και ασθενούς και ιδιαίτερα στις

βαριές ασθένειες αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα. Η Ashworth<sup>13</sup> επίσης, ανέλυσε σειρά μεταβλητών που συνδέονταν με την επικοινωνία νοσηλευτή - ασθενούς, όπου διαπίστωσε ότι τα δύο τρίτα (2/3) των περιπτώσεων, αφορούσαν επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή μικρής διάρκειας (<1 λεπτό), σε θέματα συνήθως φυσικής φροντίδας του. Ειδικά σε ασθενείς που βρίσκονται προς το τέλος της ζωής τους, όταν η ασθένεια δεν μπορεί να ανταποκριθεί στην οποιαδήποτε θεραπευτική προσέγγιση, τότε η επικοινωνία αποτελεί ένα ιδιαίτερα απαιτητικό κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας. Μελέτες των τελευταίων δεκαετιών αναφέρουν ότι η επικοινωνία θα πρέπει να δίνει βάρος στην παροχή πνευματικής και συναισθηματικής υποστήριξης, ενώ θα πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε περίπτωση.

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή περιλαμβάνει εκτός από την ενδελεχή διάγνωση και την πρόταση θεραπείας από τον επαγγελματία υγείας, τον συνυπολογισμό των ατομικών χαρακτηριστικών του κάθε ασθενή και επαγγελματία υγείας, όπως επίσης και το πλαίσιο μέσα στο οποίο συντελείται η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία, σε συνδυασμό με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ασθένειας. Έτσι, για την υλοποίηση μιας αποδοτικής



αλληλεπίδρασης απαιτείται να στραφεί η προσοχή σε πολλά και σύνθετα ζητήματα, όπως:<sup>7</sup> α) *προβλήματα επικοινωνίας που προκύπτουν κατά τις θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις*. Το πως θα συμπεριφερθεί ένα άτομο στη διάρκεια μιας συνάντησης επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις αντιδράσεις του άλλου. Η αλληλεπίδραση μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή, απαιτεί τουλάχιστον τη συνδρομή και των δύο πλευρών για να είναι αποδοτική<sup>14</sup> β) *χρονικοί περιορισμοί*. Οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν συνήθως αρκετό χρόνο, καθώς είναι ελάχιστος από τον αναγκαίο, ενώ οι ασθενείς απαιτούν περισσότερο<sup>15</sup> και γ) *η επικοινωνία από την πλευρά του ασθενή*. Η αδυναμία των ασθενών να κατανοήσουν την ιατρική ορολογία τους προκαλεί στρες και επηρεάζουν την επικοινωνιακή ικανότητα του ασθενούς, δυσκολεύοντας το έργο του επαγγελματία υγείας. Εμπειρικές έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι όταν οι γιατροί διαθέτουν επιστημονικές γνώσεις, τεχνικές δεξιότητες, κατανόηση και δίνονται αντικειμενικές πληροφορίες για τις ιατρικές εξετάσεις και διαδικασίες που θα υποβληθεί, στον ασθενή εκ των προτέρων, τότε οι αρνητικές αντιδράσεις και το στρες περιορίζονται σε σημαντικό βαθμό.<sup>16</sup> Συνήθως, οι γιατροί ενώ ξοδεύουν πολύ χρόνο στην επικοινωνία με τον ασθενή, στην ουσία μεταφέρουν λίγες πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς, ανάλογα με

τον χρόνο που χρησιμοποιούν. Σύμφωνα με εμπειρικές έρευνες, οι ιατροί αφιερώνουν λιγότερο από 10% του συνολικού χρόνου της αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς στην ενημέρωση και στην εκπαίδευση τους.<sup>7</sup>

Αναφορικά με τα δυσάρεστα νέα επικρατούν τρεις (3) τακτικές: απόκρυψη της αλήθειας, η εξατομικευμένη ενημέρωση και η πλήρης αποκάλυψη κοκ. Αυτά συνάγονται από ένα ολοκληρωμένο μοντέλο που προτείνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) που βασίζεται στην συμπεριφορική επιστήμη, σχετικά με την επικοινωνία κακών ειδήσεων.<sup>17</sup> Σύμφωνα με τον Donovan,<sup>17</sup> αυτές οι 3 τακτικές αποκάλυψης σχετίζονται με τις πιο διεθνώς επαγγελματικές στάσεις σχετικά με τη σχέση γιατρού-ασθενούς, το στυλ λήψης αποφάσεων διαχείρισης και τη συνολική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς.<sup>18</sup> Σημαντικό καθήκον του γιατρού είναι η μετάδοση κακών ειδήσεων στους ασθενείς του. Στη βιβλιογραφία πολλά πρωτόκολλα προτείνονται για την αποκάλυψη κακών ειδήσεων. Το πιο δημοφιλές είναι το πρωτόκολλο SPIKES το οποίο εφαρμόστηκε σε ασθενείς με καρκίνο.<sup>19</sup> Αρκετές αναφορές έχουν εξετάσει τη στάση των φοιτητών ιατρικής και των γιατρών σχετικά με τις κακές ειδήσεις σε διαφορετικές πολιτιστικές και επαγγελματικές συνθήκες και υποδεικνύουν τις εκπαιδευτικές ελλείψεις στην ανάπτυξη δεξιοτήτων σχετικά με την ενημέρωση των κακών ειδήσεων.<sup>20</sup> Μελέτες

δείχνουν ότι οι στάσεις σχετικά με την αποκάλυψη κακών ειδήσεων ποικίλλουν και καθορίζονται από διάφορους παράγοντες, όπως οι δημογραφικές μεταβλητές του ασθενούς, η αναμενόμενη αντίδραση του ασθενούς, το πολιτιστικό υπόβαθρο, η πρόγνωση της νόσου, οι ηθικές αρχές του γιατρού, η ειδικότητα του γιατρού, η κατάσταση του γιατρού και η κλινική εμπειρία. Το μεγαλύτερο πρόβλημα, ωστόσο, με αυτές τις εμπειρικές μελέτες είναι ότι δεν βασίζονται στη θεωρία, έτσι ώστε παραμένει ασαφές ποια είναι τα θεωρητικά στοιχεία που κάνουν τους γιατρούς να προτιμούν το ένα ή το άλλο μοντέλο επικοινωνίας.<sup>18</sup>

Η ανάπτυξη και ενδυνάμωση της ανθεκτικότητας σε ψυχολογικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας θεωρείται ως ένας από τους τρόπους υποστήριξης και παραμονής αυτών στο επάγγελμα.<sup>21</sup> Στη βιβλιογραφία υπάρχουν διάφοροι ορισμοί της ψυχικής ανθεκτικότητας, που έχουν κοινό εννοιολογικό πλαίσιο, το οποίο αφορά την προσαρμογή στις αντιξοότητες, τη καλή ψυχική υγεία, τη δυνατότητα επαναφοράς κ.α.<sup>22</sup> Ο Rutter,<sup>23</sup> ορίζει την ψυχική ανθεκτικότητα ως *"ένα συνδυασμό ικανοτήτων και χαρακτηριστικών που αλληλεπιδρούν δυναμικά, έτσι ώστε να επιτρέψουν σε ένα άτομο να επανέλθει (bounce back), να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες με επιτυχία, λειτουργώντας πάνω από τον*

*μέσο όρο παρά το σημαντικό στρες ή την αντιξοότητα που αντιμετωπίζει"*. Είναι δύσκολο να παρασχεθεί μια γενική περιγραφή της ανθεκτικότητας λόγω των διαφορετικών ορισμών και προσεγγίσεων στη μέτρηση, αλλά οι Davydov et al.<sup>24</sup> σημειώνουν ότι η ανθεκτικότητα μπορεί να θεωρείται καταλληλότερα ως βιοψυχοκοινωνική διαδικασία. Οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν σημαντικές σε κάποιο βαθμό, τις βιολογικές πτυχές της ανθεκτικότητας, περιγράφοντας ως μια πτυχή *"χαρακτηριστικού"*, καθώς και μια αλληλεπίδραση βασισμένη ως μια διαδικασία με το περιβάλλον.<sup>24</sup> <sup>25</sup> Δηλαδή, η ανθεκτικότητα είναι μια απόκριση που αντανακλά τον χαρακτήρα του ατόμου, που μερικές φορές ονομάζεται *"σκληρότητα"* <sup>26</sup> <sup>25</sup> και εξαρτάται από συγκεκριμένα περιβαλλοντικά και κοινωνικά πλαίσια.<sup>27</sup> Η ανθεκτικότητα μεταξύ των νοσηλευτών έχει συσχετιστεί με μειωμένη εξάντληση και ένα πιο υγιές ψυχολογικό προφίλ.<sup>28</sup> Επιπλέον, οι Hart et al.,<sup>21</sup> σε μια κριτική ανασκόπηση εμπειρικών ερευνών που εξετάζουν την ανθεκτικότητα μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών έδειξε ότι, η ανθεκτικότητα σχετίζεται με μια ποικιλία χαρακτηριστικών, όπως αισιόδοξες συμπεριφορές, αυτο-αποτελεσματικότητα / προσαρμοστικότητα, αντιμετώπιση και



έλεγχο καταστάσεων και ικανότητα ευελιξίας. Επίσης, μεταξύ των νοσηλευτών, η ανθεκτικότητα που συνδέεται στενά με την ανοχή στην εργασία με βάρδιες,<sup>29</sup> τη ψυχολογική ένταση και την πρόθεση για αποχώρηση από το επάγγελμα,<sup>30,31</sup> με χαμηλότερα επίπεδα στρες και μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία,<sup>32</sup> αν και όχι πάντα με τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την εργασία.<sup>33</sup> Οι Williams et al.,<sup>34</sup> σε εμπειρική έρευνα τους διαπίστωσαν ότι, οι νοσηλευτές με ανθεκτικότητα είχαν περισσότερες πιθανότητες να προσφέρουν υψηλότερη ποιότητα φροντίδας. Με τη σειρά τους οι Delgado et al.,<sup>35</sup> σε βιβλιογραφική έρευνα τους τονίζουν ότι το συναισθηματικό πλαίσιο της νοσηλευτικής εργασίας περιλαμβάνει τη διαχείριση των συναισθηματικών απαιτήσεων της σχέσης με ασθενείς, οικογένειες και συναδέλφους. Η οικοδόμηση της ανθεκτικότητας των νοσηλευτών είναι μια σημαντική στρατηγική για τον μετριασμό του άγχους και της εξάντλησης που μπορεί να προκληθεί από τη συνεχή έκθεση σε αυτές τις απαιτήσεις. Η ψυχική ανθεκτικότητα επίσης δεν είναι μια στάσιμη κατάσταση, διαθέτει δυναμικότητα, ενώ υπάρχουν χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου που συμβάλλουν σε μια πιο ανθεκτική διάθεση, μπορεί να διδαχθεί και να ενισχυθεί.<sup>36</sup> Στην μέχρι τώρα βιβλιογραφία, φαίνεται ότι η πανδημία COVID-19 μπορεί όχι μόνο να

επηρεάσει τη σωματική υγεία, αλλά και την ψυχική υγεία, με αποτέλεσμα προβλήματα ύπνου, κατάθλιψη και τραυματικό στρες για τους επαγγελματίες υγείας.<sup>37</sup> Δημοσιευμένες έρευνες απαριθμούν σημαντικές αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον και τις απαιτήσεις για το προσωπικό υγείας, δηλαδή εργασία κάτω από σημαντική πίεση ή δυσμενές εργασιακό περιβάλλον ως αιτίες αυτής της ευπάθειας.<sup>38</sup> Το προσωπικό υγείας στα συστήματα υγείας, εκτός από την ταλαιπωρία σχετικά με την έκθεση στο COVID-19, ανησυχούν για την έλλειψη προσωπικού προστατευτικού εξοπλισμού (PPE) ή άλλου απαραίτητου εξοπλισμού, για την παροχή φροντίδας όπου υπάρχει αυξημένος φόρτος εργασίας και άγχος από την εισαγωγή νέων κλινικών ρόλων λόγω ιού, και τέλος, από τις προκλήσεις της διατήρησης της οικογένειας τους και των παιδιών τους από την αυξημένη τάση για πολλές υπερωρίες.<sup>39</sup> Συχνά βιώνουν συναισθηματική ένταση και σωματική εξάντληση από την ανάγκη παροχής φροντίδας σε έναν αυξανόμενο αριθμό ασθενών των οποίων η κατάσταση μπορεί να επιδεινωθεί γρήγορα. Επιπλέον, ο εργαζόμενος στο κλάδο υγείας διατρέχει επίσης κίνδυνο μόλυνσης, θανάτου συναδέλφων ή στιγματισμού και κοινωνικού αποκλεισμού λόγω εργασίας με μολυσμένους ασθενείς.<sup>40,41</sup> Υπάρχουν επίσης ηθικά διλήμματα που σχετίζονται με τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την παροχή

φροντίδας με περιορισμένους πόρους υγειονομικής περίθαλψης.<sup>42,43</sup>

Όχι μόνο στις ιδιαίτερες συνθήκες της πανδημίας αλλά και στην πρότερη επαγγελματική καθημερινότητα, δεν εντοπίστηκε στη διεθνή βιβλιογραφία κάποια μελέτη η οποία να διερευνά τη σχέση των προσωπικών χαρακτηριστικών της ανθεκτικότητας και της ενδυνάμωσης των επαγγελματιών υγείας, με τη στάση τους απέναντι στην ανακοίνωση δυσάρεστων νέων στους ασθενείς στο πλαίσιο της παρεχόμενης ολιστικής φροντίδας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ενημέρωση των ασθενών που έχουν σοβαρή ή απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια. Συνοψίζοντας θα διερευνηθούν οι εξής σχέσεις: στάση νοσηλευτών απέναντι σε ασθενείς με σοβαρή/χρόνια ασθένεια, ανθεκτικότητα νοσηλευτών, ενδυνάμωση νοσηλευτών, παράγοντες επίδρασης στην ενημέρωση ασθενών με σοβαρή/χρόνια ασθένεια και δημογραφικά-επαγγελματικά χαρακτηριστικά νοσηλευτών (ατομικό προφίλ).

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### Σχεδιασμός

Η παρούσα συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε στο διάστημα

Φεβρουαρίου - Μαρτίου του 2021, στο Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ στην Αθήνα.

### Δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Με τη δειγματοληψία ευκολίας, στη μελέτη συμπεριελήφθησαν εργαζόμενοι νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών από το Γενικό Νοσοκομείο ΚΑΤ. Στην παρούσα έρευνα η επιλογή δείγματος πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια της μεθόδου της χιονοστιβάδας που ανήκει στην μεθοδολογία δειγματοληψίας μη πιθανότητας. Στην δειγματοληψία χιονοστιβάδας οι συμμετέχοντες που επιλέχτηκαν, είχαν χαρακτηριστικά που ενδιέφεραν την έρευνα, που με τη σειρά τους, έφεραν τον ερευνητή σε επαφή με άλλα άτομα με παρόμοια χαρακτηριστικά.<sup>44,45</sup>

Τα χαρακτηριστικά ελέγχου που χρησιμοποιήθηκαν για να συμμετάσχει κάποιος στο δείγμα, είναι πέραν από το να εργάζεται στο νοσοκομείο ΚΑΤ, να έχει ειδικότητα Νοσηλευτή, ανεξάρτητα επιπέδου σπουδών (δευτεροβάθμια επαγγελματική εκπαίδευση, ΙΕΚ, ΤΕΙ, ΑΕΙ, μεταπτυχιακές σπουδές), οποιαδήποτε εργασιακής σχέσης (μόνιμος ή επικουρικό προσωπικό) και να διαθέτει επαγγελματική άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλευτή ή νοσοκόμου, από το Υπουργείο Υγείας.

### Εργαλεία συλλογής δεδομένων



Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τα παρακάτω μέρη: α) Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών και Επαγγελματικών χαρακτηριστικών Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, ακολουθώντας σχετική έρευνα.<sup>46</sup> Περιλαμβάνει δύο ενότητες ερωτήσεων: *Δημογραφικές*: φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης και *Επαγγελματικές*: προϋπηρεσία, θέση ευθύνης, θέση στο χώρο εργασίας β) Ερωτηματολόγιο index COVID-19 Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε βασισμένο σε ερωτήσεις σχετικά με την ασθένεια και την αντιμετώπιση της από τον οργανισμό που εργάζεται ο συμμετέχοντας. Περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις διχοτομικού τύπου (ΝΑΙ/ΟΧΙ), όπου η τελευταία (6η) έχει επιλογή ανοικτού τύπου συμπλήρωσης (εφόσον επιθυμεί ο ερωτώμενος). γ) Ερωτηματολόγιο Ψυχολογικής Ενδυνάμωσης (Psychological Empowerment Instrument). Η κλίμακα της ψυχολογικής ενδυνάμωσης προσδιορίζει το βαθμό ενδυνάμωσης όπως αυτή προσδιορίζεται από τους τέσσερις βασικούς γνωστικούς άξονες που αντικατοπτρίζουν τον προσανατολισμό του ατόμου στον εργασιακό του ρόλο και περιλαμβάνει: την ικανότητα (competence), τον αυτοπροσδιορισμό (self-determination), τη

νοηματοδότηση (meaning) και την επίδραση (impact). Η κλίμακα κατασκευάστηκε από τον Spreitzer<sup>47</sup> και περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις. Η απάντηση σε κάθε ερώτηση μετράτε σε κλίμακα 5 βαθμών Likert που κυμαίνονται από 1 (Διαφωνώ απόλυτα) έως 5 (Συμφωνώ απόλυτα). Το συνολικό άθροισμα μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ 12 και 60. Υψηλές τιμές είναι ενδεικτικές υψηλών επιπέδων ενδυνάμωσης. Για τη χρήση της κλίμακας ελήφθη άδεια από το κατασκευαστή του ύστερα από ηλεκτρονική επικοινωνία. Η κλίμακα αρχικά κατασκευάστηκε για να προσδιορίσει την ενδυνάμωση των εργαζομένων σε διάφορα εργασιακά περιβάλλοντα. Στην ελληνική γλώσσα έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί σε Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία του ΔΠΜΣ του ΔΙΠΑΕ (Γωγούση, 2020). δ) Ερωτηματολόγιο Ανθεκτικότητας Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10). Το ερωτηματολόγιο της ανθεκτικότητας CD-RISC-10 είναι σχεδιασμένο για να μετρά την ανθεκτικότητα ή το πόσο καλά είναι εφοδιασμένος κάποιος ώστε να μπορεί να ανακάμψει μετά από καταστάσεις στρες ή ψυχολογικό τραυματισμό. Η κλίμακα κατασκευάστηκε από τους Connor & Davidson.<sup>48</sup> Πρόκειται για μια κλίμακα 10 δηλώσεων αυτό-αναφοράς, τύπου Likert 5 διαβαθμίσεων (0=καθόλου αληθές μέχρι 4=απόλυτα αληθές) στις οποίες ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει,



αναλογιζόμενος την δική του πραγματικότητα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των επιμέρους βαθμών σε κάθε απάντηση. Το εύρος των αποτελεσμάτων κυμαίνεται από 0-40, με τις υψηλές τιμές να υποδεικνύουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Για το ερωτηματολόγιο ελήφθη άδεια από τον κατασκευαστή του ύστερα από ηλεκτρονική επικοινωνία. Η μετάφραση στην Ελληνική γλώσσα έγινε σύμφωνα με την προτεινόμενη διαδικασία για την διαπολιτισμική προσαρμογή ερωτηματολογίων αυτό-αναφορά (Beaton et al, 2020). ε) Κλίμακα Στάσης ιατρών απέναντι στην ενημέρωση των ασθενών Η κλίμακα στάσης ιατρών απέναντι στην ενημέρωση ασθενών αποτελεί την ελληνική απόδοση του μοντέλου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) που διεξήγαγαν οι Valck et al σε έρευνα τους το 2001 αναφορικά με τη στάση των φοιτητών της ιατρικής απέναντι στην ανακοίνωση δυσάρεστων νέων. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 6 ερωτήσεις και είναι τύπου Likert 4 τεσσάρων σημείων, το οποίο όμως διαμορφώνει και τρεις υποκλίμακες: α) υποκλίμακα αποκάλυψης της αλήθειας (disclosure). Η υποκλίμακα αυτή αναφέρεται στο κατά πόσο οι συμμετέχοντες συμφωνούν ή διαφωνούν με την άποψη ότι οι ασθενείς έχουν το

δικαίωμα να ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας τους όπως επίσης και με την άποψη ότι όλοι οι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν τα δυσάρεστα νέα που αφορούν την υγεία τους, β) υποκλίμακα απόκρυψης της αλήθειας (non-disclosure). Η υποκλίμακα αυτή αναφέρεται στο κατά πόσο οι συμμετέχοντες συμφωνούν ή διαφωνούν με την άποψη ότι οι ασθενείς δεν επιθυμούν να ακούν τα δυσάρεστα νέα που τους αφορούν σε σχέση με την υγεία τους καθώς επίσης και με την άποψη ότι οι ασθενείς πρέπει να προστατεύονται από τα δυσάρεστα νέα και γ) υποκλίμακα εξατομικευμένης ενημέρωσης (individual disclosure). Η υποκλίμακα αυτή αναφέρεται στο κατά πόσο οι συμμετέχοντες συμφωνούν ή διαφωνούν με την άποψη ότι οι ασθενείς διαφέρουν στις προτιμήσεις τους σχετικά με τις πληροφορίες που θέλουν να λάβουν καθώς επίσης και με την άποψη ότι χρειάζεται χρόνος να αφομοιώσει κανείς τα δυσάρεστα νέα και να τα αποδεχτεί. Αυτό χρησιμοποιήθηκε από ΔΕ του ΕΑΠ (Παπαδοπούλου 2010) και στ) Κλίμακα στάσης των γιατρών απέναντι στην ενημέρωση ασθενών με καρκίνο. Η κλίμακα στάσης των γιατρών απέναντι στην ενημέρωση ασθενών με καρκίνο προήλθε από τη σύνθεση δυο ερωτηματολογίων που χρησιμοποίησαν οι Loge et al<sup>49</sup> σε έρευνα που πραγματοποίησαν αναφορικά με τη στάση των γιατρών απέναντι στην ενημέρωση των

ασθενών με καρκίνο και οι Parker et al<sup>50</sup> σε έρευνα που πραγματοποίησαν αναφορικά με την ανακοίνωση δυσάρεστων νέων σχετικά με τον καρκίνο και τις προτιμήσεις των ασθενών για επικοινωνία. Αυτό το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 25 ερωτήσεις και είναι τύπου Likert πέντε σημείων. Η ελληνική μετάφραση της κλίμακας χρησιμοποιήθηκε από ΔΕ του ΕΑΠ (Παπαδοπούλου 2010).

## Θέματα ηθικής-δεοντολογίας

Η διεξαγωγή της μελέτης εγκρίθηκε από την σχετική επιτροπή Δεοντολογίας και Ηθικής για την Έρευνα του Νοσοκομείου ΚΑΤ, έπειτα από σχετική αίτηση και κατάθεση σχετικού φακέλου Έρευνας (ερευνητικό πρωτόκολλο, ερωτηματολόγιο έρευνας). Οι νοσηλευτές που εργάζονται προσκλήθηκαν μέσω e-mail να συμμετάσχουν στην έρευνα. Όσοι δέχθηκαν, συμπλήρωσαν ένα έντυπο ερωτηματολόγιο στο χώρο εργασίας. Η έρευνα διενεργήθηκε σύμφωνα με τις αρχές δεοντολογίας οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες όπου μέσα αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μία μελέτη, ενώ τηρήθηκε η ανωνυμία και εμπιστευτικότητα όλων των προσωπικών πληροφοριών.

## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με στατιστικές μεθόδους της περιγραφικής και επαγωγικής

στατιστικής. Για τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών (Statistical Package for Social Sciences, SPSS) version 24.0. Σε επίπεδο περιγραφικής ανάλυσης των δεδομένων, αξιοποιήθηκαν πίνακες κατανομής συχνοτήτων, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των παρατηρήσεων. Σε επίπεδο επαγωγικής ανάλυσης, αξιοποιήθηκαν τα κριτήρια μετά από έλεγχο κανονικότητας με την χρήση τεστ Kolmogorov-Smirnov & Shapiro-Wilk και το  $\chi^2$  για επίδραση δημογραφικών-κοινωνικών χαρακτηριστικών, και συντελεστή συσχέτισης για έλεγχο συνάφειας/συσχέτισης. Όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ( $\mu$ ) τουλάχιστον 0,05 με τον έλεγχο κανονικής κατανομής δείγματος.<sup>44 51 52</sup>

## Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Στην έρευνα, συμμετείχαν 134 Νοσηλευτές του Νοσοκομείου ΚΑΤ στην Αθήνα. Η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην μελέτη ήταν Γυναίκες με ποσοστό 87,3% (117 άτομα), ενώ οι Άνδρες ήταν μόλις 12,7% (17 άτομα). Στην εκπαίδευση, δύο κατηγορίες πλειοψήφησαν, οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (43 άτομα, 32,1%) και οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (55 άτομα, 41%). Όσον αφορά την θέση ευθύνης,

η μεγάλη πλειοψηφία δήλωσε ότι διέθετε τέτοια θέση (93 άτομα, 69,4%). Επιπλέον, η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην μελέτη, δήλωσε ότι ανήκε σε ανοικτό τμήμα του νοσοκομείου ΚΑΤ (111 άτομα, 82,8%). Επιπρόσθετα, για το ηλικιακό προφίλ των ερωτώμενων στην μελέτη, η μέση τιμή ηλικίας του δείγματος ήταν τα 43,31 έτη, με μέγιστη τιμή τα 64 έτη και ελάχιστη τιμή τα 23 έτη. Από την άλλη, για την προϋπηρεσία, η μέση τιμή είναι 17,5 έτη, με μέγιστη τα 41 έτη και ελάχιστη τα 0 έτη.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Αξιοπιστία και Εγκυρότητα

Στην παρούσα μελέτη, η συνολική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ήταν 0,892, δηλαδή αρκετά ικανοποιητική (~0,9). Στον πίνακα 1 φαίνεται η αξιοπιστία ανά εργαλείο/ενότητα.

### Περιγραφικά αποτελέσματα

#### Index Covid 19

Όσον αφορά την κατάσταση της πανδημίας, οι ερωτώμενοι στην μελέτη απάντησαν ως εξής: *Νόσηση ή θετική διάγνωση από COVID 19.* Η πολύ μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι δεν νόσησαν ή διαγνώστηκαν θετικά από τον COVID 19 (94%, 126 άτομα). *Νόσηση ή θετική διάγνωση από COVID 19 σε κάποιο οικογενειακό μέλος του.* Η πολύ μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι δεν νόσησαν ή διαγνώστηκαν θετικά από τον COVID 19

κάποιο οικογενειακό μέλος του (89,6%, 120 άτομα). *Επαφή με ασθενείς του COVID 19.* Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην μελέτη ήταν μοιρασμένες (θετικά 49,3% / 66 άτομα, αρνητικά 50,7% / 68 άτομα). *Επαφή με ύποπτα κρούσματα του COVID 19.* Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (56%, 75 άτομα) δήλωσαν ότι είχαν έρθει σε αφή με ύποπτα κρούσματα. *Ομάδα υψηλού κινδύνου.* Η πολύ μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων, δήλωσε ότι δεν ανήκε σε ομάδα υψηλού κινδύνου (82,1%, 110 άτομα). *Εκπαίδευση στη διαχείριση κρίσεων στο χώρο της υγείας.* Η πολύ μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων, δήλωσε ότι δεν είχε λάβει στο παρελθόν κάποια μορφής εκπαίδευση στη διαχείριση κρίσεων στο χώρο της υγείας (76,1%, 102 άτομα).

**Ανθεκτικότητα.** Όσον αφορά την κλίμακα της *Ανθεκτικότητας (CD-RISC-10)* για τους ερωτώμενους στην μελέτη, διαπιστώθηκαν τα εξής (Πιν.2): σχετικά υψηλό επίπεδο ανθεκτικότητας (μ.ο. 27,9, τ.α. 6,38). Μέγιστη τιμή 40 και ελάχιστη τιμή 5. Το εύρος τιμών είναι 35,0 και η επικρατούσα τιμή (mode) είναι 30 (σχετικά υψηλή τιμή).

**Ενδυνάμωση.** Όσον αφορά την κλίμακα της *Ψυχολογικής Ενδυνάμωσης (Psychological Empowerment Instrument - PEI)* για τους ερωτώμενους στην μελέτη, διαπιστώθηκαν τα εξής: Σχετικά υψηλό επίπεδο ψυχολογικής ενδυνάμωσης (μ.ο. 46,029, τ.α. 7,41).



Μέγιστη τιμή 60 και ελάχιστη τιμή 18. Το εύρος τιμών είναι 42,0 και η επικρατούσα τιμή (mode) είναι 48 (σχετικά υψηλή τιμή).

**Στάση Νοσηλευτών (ΠΟΥ).** Όσον αφορά τις δηλώσεις/ερωτήσεις της κλίμακας ΠΟΥ, τα αποτελέσματα έδειξαν τα ακόλουθα: Οι ισχυρότερες δηλώσεις (συγκέντρωσαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία) ήταν: χρειάζεται χρόνος για να αφομοιώσει κανείς τα δυσάρεστα νέα και να προσαρμοστεί σε αυτά (μ.ο. 3,54). Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να ενημερώνονται πλήρως για ό,τι αφορά την υγεία τους και ο γιατρός έχει την υποχρέωση να τους πληροφορεί (μ.ο. 3,49). Η λιγότερο ισχυρή (συγκέντρωσε τη μικρότερη βαθμολογία) ήταν: όλοι οι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν δυσάρεστα νέα που αφορούν την υγεία τους (μ.ο. 2,46).

Ειδικότερα, όσον αφορά τις τρεις υποκλίμακες του μοντέλου του ΠΟΥ, τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: Υπο-κλίμακα *αποκάλυψης της αλήθειας*: Σχετικά υψηλό επίπεδο (μ.ο. 5,94, τ.α.1,25). Μέγιστη τιμή 8,0 και ελάχιστη τιμή 2,0. Το εύρος τιμών είναι 6,0 και η επικρατούσα τιμή (mode) ήταν 6,0 (σχετικά υψηλή τιμή). Υπο-κλίμακα *απόκρυψης της αλήθειας*: Μέτριο επίπεδο (μ.ο. 5,02, τ.α.1,36). Μέγιστη τιμή 8,0 και ελάχιστη τιμή 2,0. Το εύρος τιμών ήταν 6,0 και η επικρατούσα τιμή (mode) ήταν 4,0 (μέτρια τιμή). Υπο-κλίμακα *εξατομικευμένη ενημέρωση* (Πιν.8): Υψηλό επίπεδο (μ.ο. 6,86, τ.α.1,009). Μέγιστη τιμή 10,0 και ελάχιστη

τιμή 3,0. Το εύρος τιμών ήταν 7,0 και η επικρατούσα τιμή (mode) ήταν 6,0 (σχετικά υψηλή τιμή). Επιπλέον, όσον αφορά τις δηλώσεις/ερωτήσεις της κλίμακας στάση νοσηλευτών στην επικοινωνία, τα αποτελέσματα έδειξαν τα ακόλουθα: Οι ισχυρότερες δηλώσεις (συγκέντρωσαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία) ήταν: Ο γιατρός να μου υποδεικνύει την καλύτερη θεραπεία (μ.ο. 4,52). Να νιώθω εμπιστοσύνη στις ικανότητες και δεξιότητες του γιατρού (μ.ο. 4,5). Οι λιγότερες ισχυρές (συγκέντρωσαν τη μικρότερη βαθμολογία) ήταν: Η ενημέρωσή μου να γίνεται από το γιατρό με την παρουσία και δικών μου προσώπων (μ.ο. 3,44). Η ενημέρωσή μου να γίνεται όχι μόνο από το γιατρό, αλλά παρουσία κι άλλων επαγγελματιών υγείας (πχ νοσηλεύτη, ψυχολόγο) (μ.ο. 3,49). Ειδικότερα, όσον αφορά την κλίμακα Στάσης Νοσηλευτών στην Επικοινωνία, τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: Σχετικά υψηλό επίπεδο (μ.ο. 105,58, τ.α.14,37). Μέγιστη τιμή 125,0 και ελάχιστη τιμή 29,0. Το εύρος τιμών ήταν 96,0 και η επικρατούσα τιμή (mode) είναι 125,0 (υψηλή τιμή).

**Συσχέτιση Υποκλιμάκων ΠΟΥ & Ανθεκτικότητας.** Ο έλεγχος συσχέτισης μεταξύ υπο-κλιμάκων ΠΟΥ (ΠΟΥ1, ΠΟΥ2, ΠΟΥ3) (εξαρτημένη μεταβλητή) και της κλίμακας Ανθεκτικότητας, έδειξε τα εξής αποτελέσματα (Πιν.3).

Διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των παραγόντων ( $p > 0,05$ ) και επομένως καμία συσχέτιση. **Συσχέτιση Υποκλιμάκων ΠΟΥ & Ενδυνάμωσης.** Ο έλεγχος συσχέτισης μεταξύ υπο-κλιμάκων ΠΟΥ (ΠΟΥ1, ΠΟΥ2, ΠΟΥ3) (εξαρτημένη μεταβλητή) και της κλίμακας Ψυχολογικής Ενδυνάμωσης, έδειξε τα εξής αποτελέσματα (Πιν.4). Διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των παραγόντων ( $p > 0,05$ ) και επομένως καμία συσχέτιση.

**Συσχέτιση Υποκλιμάκων ΠΟΥ & Επικοινωνίας.** Ο έλεγχος συσχέτισης μεταξύ υπο-κλιμάκων ΠΟΥ (ΠΟΥ1, ΠΟΥ2, ΠΟΥ3) (εξαρτημένη μεταβλητή) και της κλίμακας στάση Νοσηλευτών στην Επικοινωνία, έδειξε τα εξής αποτελέσματα (Πιν.5). Διαπιστώθηκε στατιστική σημαντικότητα ( $p: ,025$ ) μεταξύ υπο-κλίμακα ΠΟΥ2 και Επικοινωνία ( $< 0,05$ ), με ασθενή θετική συσχέτιση (όταν αυξάνει ο ένας παράγοντας, αυξάνει αντίστοιχα και ο άλλος). Επίσης διαπιστώθηκε σημαντική στατιστική σημαντικότητα ( $,009$ ) μεταξύ υπο-κλίμακα ΠΟΥ3 και Επικοινωνία ( $< 0,01$ ), με μέτρια θετική συσχέτιση (όταν αυξάνει ο ένας παράγοντας, αυξάνει αντίστοιχα και ο άλλος).

**Συσχέτιση Ενδυνάμωσης, Ανθεκτικότητας & Επικοινωνίας.** Ο έλεγχος συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων Ενδυνάμωσης, Ανθεκτικότητας και

Επικοινωνίας, έδειξε τα εξής αποτελέσματα(Πιν.6): Διαπιστώθηκε σημαντική στατιστική σημαντικότητα (Sig.: ,000) μεταξύ Ανθεκτικότητα και Ενδυνάμωση ( $< 0,01$ ), με σημαντική θετική συσχέτιση (όταν αυξάνει ο ένας παράγοντας, αυξάνει αντίστοιχα και ο άλλος).

#### **Αποτελέσματα Επίδρασης Δημογραφικών Κοινωνικών Χαρακτηριστικών. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.**

Παρατηρούμε, ότι οι συμμετέχοντες που ανήκαν σε ανοικτό τμήμα εργασίας είχαν υψηλότερο επίπεδο στην αποκάλυψη της αλήθειας (ΠΟΥ1)(μ.ο. 6,11, Sig.: ,002) σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν σε κλειστό τμήμα (μ.ο.5,13) (Πιν.14). Οι συμμετέχοντες που ανήκαν σε κλειστό τμήμα εργασίας είχαν υψηλότερο επίπεδο στην απόκρυψη της αλήθειας (ΠΟΥ2)(μ.ο. 5,60, Sig.: ,038) σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν σε ανοικτό τμήμα (μ.ο.4,90). Επίσης, όσοι είχαν θέση ευθύνης (μ.ο. 4,65, Sig.: ,021) είχαν χαμηλότερο επίπεδο στην απόκρυψη της αλήθειας (ΠΟΥ2) από ότι όσοι δεν είχαν θέση ευθύνης (μ.ο. 5,19). Παρατηρούμε, ότι οι συμμετέχοντες που ανήκαν σε κλειστό τμήμα εργασίας είχαν υψηλότερο επίπεδο στην απόκρυψη της αλήθειας (ΠΟΥ2)(μ.ο. 5,60, Sig.: ,038) σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν σε ανοικτό τμήμα(μ.ο.4,90). Επίσης, όσοι είχαν θέση ευθύνης (μ.ο. 4,65, Sig.: ,021) είχαν χαμηλότερο επίπεδο στην

απόκρυψη της αλήθειας (ΠΟΥ2) από ότι όσοι δεν είχαν θέση ευθύνης (μ.ο. 5,19) (Πίν. 15). Επίσης παρατηρούμε, ότι οι συμμετέχοντες που ανήκαν σε κλειστό τμήμα εργασίας είχαν υψηλότερο επίπεδο στην απόκρυψη της αλήθειας (ΠΟΥ2)(μ.ο. 5,60, Sig.: ,038) σε σχέση με αυτούς που εργαζόνταν σε ανοικτό τμήμα (μ.ο.4,90). Επίσης, όσοι είχαν θέση ευθύνης (μ.ο. 4,65, Sig.: ,021) είχαν χαμηλότερο επίπεδο στην απόκρυψη της αλήθειας (ΠΟΥ2) από ότι όσοι δεν είχαν θέση ευθύνης (μ.ο. 5,19) (Πίν.15). **Covid 19.** Παρατηρούμε, ότι οι συμμετέχοντες που είχαν επαφή με ύποπτο κρούσμα Covid, διέθεταν υψηλότερο επίπεδο στην αποκάλυψη της αλήθειας (ΠΟΥ1)(μ.ο. 6,18, Sig.: ,002) σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν επαφή (μ.ο.5,64). Επιπρόσθετα, όσοι δεν είχαν εκπαίδευση στη διαχείριση κρίσεων στην υγεία, διέθεταν υψηλότερο επίπεδο στην αποκάλυψη της αλήθειας (ΠΟΥ1)(μ.ο. 6,09, Sig.: ,002) σε σχέση με αυτούς που είχαν κάποια μορφής εκπαίδευση (μ.ο.5,64) (Πίν.16). Επιπλέον παρατηρούμε, ότι οι συμμετέχοντες που ανήκαν σε ομάδα υψηλού κινδύνου είχαν χαμηλότερο επίπεδο στην απόκρυψη της αλήθειας (ΠΟΥ2)(μ.ο. 4,33, Sig.: ,004) σε σχέση με αυτούς που δεν ανήκαν σε τέτοια ομάδα (μ.ο.5,18). Επίσης, όσοι δεν είχαν λάβει εκπαίδευση σε θέματα κρίσης στην υγεία (μ.ο. 5,65, Sig.: ,013) είχαν υψηλότερο επίπεδο στην απόκρυψη της

αλήθειας (ΠΟΥ2), από ότι όσοι είχαν εκπαιδευτεί (μ.ο. 4,83).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 134 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτές του Νοσοκομείου ΚΑΤ. Η μεγάλη πλειοψηφία δεν είχαν νοσήσει οι ίδιοι ή κάποιο οικογενειακό μέλος τους κατά τη διενέργεια της μελέτης. Η πολύ μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων, δηλώνει ότι δεν είχε λάβει στο παρελθόν κάποια μορφής εκπαίδευση στη διαχείριση κρίσεων στο χώρο της υγείας. Οι συμμετέχοντες νοσηλευτές έδειξαν ότι είχαν σχετικά υψηλό επίπεδο ανθεκτικότητας (μ.ο. 27,9, τ.α. 6,38). Αυτό επιβεβαιώνει ότι η ανθεκτικότητα αποτελεί παράγοντα μεγάλης σημασίας για τους επαγγελματίες νοσηλευτές, καθώς οι οργανισμοί υγείας είναι ένα πολύ απαιτητικό περιβάλλον και οι νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν άριστη ψυχική υγεία, για να ανταπεξέλθουν στα εργασιακά τους. Επιπλέον, όσον αφορά τις δηλώσεις/ερωτήσεις της κλίμακας Ανθεκτικότητας, η ικανότητα προσαρμογής όταν συμβαίνουν αλλαγές και η τάση να συνέρχεται γρήγορα μετά από ασθένεια, τραυματισμό ή άλλη ταλαιπωρία συγκέντρωσαν τη μεγαλύτερη αποδοχή μεταξύ των συμμετεχόντων της μελέτης. Αυτές οι επιλογές ταιριάζουν με την βιβλιογραφική ανάλυση, καθώς ο Brennan,<sup>53</sup> τονίζει ότι οι νοσηλευτές που διακρίνονται

από ανθεκτικότητα, εμφανίζουν ξεχωριστές ιδιότητες, όπως νοημοσύνη, αυτοπεποίθηση, επινοητικότητα και ευελιξία, ενώ οι Hart et al.<sup>21</sup> σε μια κριτική ανασκόπηση εμπειρικών ερευνών στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών έδειξε ότι, η ανθεκτικότητα σχετίζεται με μια ποικιλία χαρακτηριστικών, όπως αισιόδοξες συμπεριφορές, αυτο-αποτελεσματικότητα / προσαρμοστικότητα, αντιμετώπιση και έλεγχο καταστάσεων και ικανότητα ευελιξίας. Όσον αφορά την κλίμακα της Ψυχολογικής Ενδυνάμωσης (*Psychological Empowerment Instrument - PEI*) για τους ερωτώμενους στην μελέτη, διαπιστώθηκε σχετικά υψηλό επίπεδο ψυχολογικής ενδυνάμωσης. Επιπλέον, οι ισχυρότερες δηλώσεις (συγκέντρωσαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία) είναι η εμπιστοσύνη στις ικανότητες μου για να κάνω τη δουλειά, η σιγουριά για τις ικανότητες μου στην εκτέλεση των εργασιακών καθηκόντων και η δουλειά μου είναι πολύ σημαντική. Τα ευρήματα αυτά ταιριάζουν με την θεώρηση ότι η ενδυνάμωση αποτελεί μια μορφή υποκίνησης σύμφωνα με τον Γκορέζη.<sup>54</sup>

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων θεωρεί ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να ενημερώνονται πλήρως για ό,τι αφορά την υγεία τους και ο γιατρός έχει την υποχρέωση να τους πληροφορεί και ότι χρειάζεται χρόνος για να αφομοιώσει κανείς τα δυσάρεστα νέα

και να προσαρμοστεί σε αυτά. Το πρώτο επιβεβαιώνεται από την Μπελλάλη,<sup>12</sup> που αναφέρει για την αξία της επικοινωνίας με τον ασθενή και ότι οι μελέτες δείχνουν ότι η επικοινωνία καλύπτει ανάγκες ασθενών, ενώ για τα κακά νέα αναδεικνύεται η ανάγκη πρωτοκόλλων ειδικά σχεδιασμένων. Επιπλέον, η ανακοίνωση της διάγνωσης μιας σοβαρής νόσου αποτελεί ένα έργο που χρειάζεται αυξημένες επικοινωνιακές δεξιότητες και ενσυναίσθηση από την πλευρά του αναγγέλλοντα συνήθως ιατρού.<sup>55 56</sup>

Αντίστοιχα είναι τα ευρήματα από τις υπο-κλίμακες ΠΟΥ, όπου η πλειοψηφία του δείγματος, εκτιμά ότι χρειάζεται χρόνος για να αφομοιώσει κανείς τα δυσάρεστα νέα και να προσαρμοστεί σε αυτά και οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να ενημερώνονται πλήρως για ό,τι αφορά την υγεία τους και ο γιατρός έχει την υποχρέωση να τους πληροφορεί (μ.ο. 3,49). Φαίνεται ότι συμφωνούν για την απόκτηση των κατάλληλων δεξιοτήτων επικοινωνίας, αλλά επίσης σημαντική είναι, η εκπαίδευση για την παροχή συμπνευτικής φροντίδας (*compassionate care*) προς τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον.<sup>57 58</sup> Επιπλέον, η υπο-κλίμακα *αποκάλυψης της αλήθειας* και η *εξατομικευμένη ενημέρωση* βρίσκονται σε υψηλό επίπεδο, ενώ η *απόκρυψη της αλήθειας* ήταν σε μέτριο επίπεδο. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι ζητήματα υγείας

είναι από τις προτεραιότητες του δείγματος. Για παράδειγμα, η πλειοψηφία απάντησε ότι το καρδιαγγειακό νόσημα θα του άλλαζε στάση, ενώ επιθυμεί ο ιατρός να του υποδεικνύει την καλύτερη θεραπεία (και να νιώθει εμπιστοσύνη στις ικανότητες και δεξιότητες του γιατρού). Η εξατομικευμένη ενημέρωση συσχετίζεται με την στάση των νοσηλευτών στην επικοινωνία. Αυτό συμφωνεί με τους Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος<sup>59</sup> σημειώνουν ότι ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς από την παρεχόμενη φροντίδα εξαρτάται και από την ποιότητα και ποσότητα πληροφοριών που του παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας, αλλά και από το ενδιαφέρον και την κατανόηση που του δείχνουν.

Βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ Ανθεκτικότητας και Ενδυνάμωσης (<0,01). Αυτό επιβεβαιώνει ότι η ενδυνάμωση χρησιμοποιείται για την βελτίωση της ανθεκτικότητας των νοσηλευτών. Σύμφωνα με τον Ροβίθη<sup>60</sup>, μπορεί να υπάρξει ανάπτυξη και ενίσχυση της ατομικής ψυχικής ανθεκτικότητας των νοσηλευτών, με την κατάλληλη εκπαίδευση μέσω ασκήσεων αυτογνωσίας και επαναπλαισίωσης, σε συνδυασμό με συλλογική στήριξη η ενίσχυση των προσωπικών και συναδελφικών σχέσεων. Επίσης, πρέπει να ενδυναμωθούν η συνεργασία και η ομαδικότητα γιατί αποτελούν βασικές παρεμβάσεις που υποστηρίζουν την ατομική ανάπτυξη της

ανθεκτικότητας. Βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ανήκουν σε ανοικτό τμήμα εργασίας έχουν υψηλότερο επίπεδο στην αποκάλυψη της αλήθειας σε σχέση με αυτούς που εργάζονται σε κλειστό τμήμα. Επίσης, οι συμμετέχοντες που ανήκουν σε κλειστό τμήμα εργασίας έχουν υψηλότερο επίπεδο στην απόκρυψη της αλήθειας σε σχέση με αυτούς που εργάζονται σε ανοικτό τμήμα. Επίσης, όσοι έχουν θέση ευθύνης έχουν χαμηλότερο επίπεδο στην απόκρυψη της αλήθειας από ότι όσοι δεν έχουν θέση ευθύνης. Το υψηλό επίπεδο στην αποκάλυψη της αλήθειας φανερώνει ότι οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας τους όπως επίσης και ότι όλοι οι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν τα δυσάρεστα νέα που αφορούν την υγεία τους (Valck et al.,2001). Αυτή η θεώρηση συμφωνεί και με τους συμμετέχοντες που έχουν επαφή με ύποπτο κρούσμα Covid, και διαθέτουν υψηλότερο επίπεδο στην αποκάλυψη της αλήθειας σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν επαφή.

## ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Οι όποιες δημογραφικές διαφορές που πιθανόν να υπήρξαν συγκριτικά με ένα δείγμα πιθανότητας, δεν φαίνεται να δημιουργήσει μεροληπτική στάση προς ορισμένες ομάδες του πληθυσμού (κάλυψε όλες τις εκπαιδευτικές κατηγορίες νοσηλευτών, σχετικά ισότιμα).



Σύμφωνα με τους στόχους της παρούσας μελέτης, τα αποτελέσματα έδειξαν συνολικά τα ακόλουθα: α) Οι νοσηλευτές έχουν σχετικά υψηλό επίπεδο ανθεκτικότητας, ψυχολογικής ενδυνάμωσης και στάση τους στην επικοινωνία (για σοβαρές, χρόνιες ασθένειες). Ωστόσο, στις υποκλίμακες του ΠΟΥ, υψηλό επίπεδο είχαν μόνο στην αποκάλυψη της αλήθειας και εξατομικευμένη ενημέρωση, ενώ μέτριο επίπεδο στην απόκρυψη της αλήθειας. β) Υπάρχει ασθενή θετική συσχέτιση μεταξύ απόκρυψης αλήθειας (ΠΟΥ) και στάσης των νοσηλευτών στην επικοινωνία (για σοβαρές & χρόνιες νόσους), ενώ μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ εξατομικευμένη ενημέρωση και στάσης των νοσηλευτών στην επικοινωνία (για σοβαρές & χρόνιες νόσους). Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, μόνο το τμήμα εργασίας επηρεάζει την αποκάλυψη (ΠΟΥ1) και την απόκρυψη της αλήθειας (ΠΟΥ2), και τέλος, η θέση ευθύνης επηρεάζει την απόκρυψη της αλήθειας (ΠΟΥ2). Αναφορικά με το γεγονός του Covid 19, βρέθηκε ότι όσοι έχουν έρθει σε επαφή με ύποπτο κρούσμα Covid, διαθέτουν υψηλότερο επίπεδο στην αποκάλυψη της αλήθειας (ΠΟΥ1) και όσοι ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου έχουν χαμηλότερο επίπεδο στην απόκρυψη της αλήθειας (ΠΟΥ2). Επιπλέον, όσοι δεν έχουν λάβει εκπαίδευση σε θέματα κρίσης στην υγεία έχουν υψηλότερο επίπεδο στην απόκρυψη της

αλήθειας (ΠΟΥ2) και στην αποκάλυψη της αλήθειας (ΠΟΥ1). Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ ανθεκτικότητας και ενδυνάμωσης γ) Τέλος, όσον αφορά τους παράγοντες που προβλέπουν τελικά την στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ενημέρωση των ασθενών που έχουν σοβαρή ή απειλητική για τη ζωή τους αρρώστια, βρέθηκε με ελάχιστη προβλεπτική ισχύ ότι η στάση των νοσηλευτών στην ενημέρωση/επικοινωνία προβλέπει την απόκρυψη της αλήθειας και την εξατομικευμένη ενημέρωση σε ελάχιστο ποσοστό. Ωστόσο, βρέθηκε ότι η ηλικία και η προϋπηρεσία μπορούν προβλέψουν σε μικρό ποσοστό την απόκρυψη της αλήθειας (ΠΟΥ2). Ωστόσο, θα πρέπει να διενεργηθούν νέες έρευνες σχετικά με το θέμα της παρούσης μελέτης. Έτσι προτείνεται στο μέλλον η διεξαγωγή παρόμοιας πρωτογενούς έρευνας με μεγαλύτερο δείγμα και αλλαγή του εργαλείου μέτρησης ΠΟΥ (ή επέκτασης του), αφού δεν μπορεί να λειτουργήσει με αξιόπιστο τρόπο λόγω του μικρού μεγέθους του.

Επιπρόσθετα προτείνεται παρόμοια έρευνα σε ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα μπορούσαν να υποστούν σύγκριση με τα αποτελέσματα της παρούσας, για να αναλυθούν τυχόν διαφοροποιήσεις μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα.



## ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Οι νοσηλευτές έχουν σχετικά υψηλό επίπεδο ανθεκτικότητας, ψυχολογικής ενδυνάμωσης και στάση τους στην επικοινωνία (για σοβαρές, χρόνιες ασθένειες).
- Οι νοσηλευτές που ανήκουν σε ανοικτό τμήμα εργασίας έχουν υψηλότερο επίπεδο στην αποκάλυψη της αλήθειας σε σχέση με αυτούς που εργάζονται σε κλειστό τμήμα.
- Κρίνεται επιβεβλημένη η άμεση αναμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών των νοσηλευτικών σχολών, με έμφαση στην επικοινωνία.

## ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Η ΧΠ συνέλεξε και ανέλυσε τα δεδομένα, συνέβαλε στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του κειμένου. Η ΘΜ συμμετείχε στη σύλληψη του σκοπού, στο σχεδιασμό της μελέτης και είχε τη γενική εποπτεία της μελέτης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bloom SW. The doctor and his patient: A sociological interpretation. NY 1963; Russel Sage Foundation.
2. Parsons T. The sick role and the role of the physician reconsidered. Millbank Memorial Fund Quarterly 1975; 53, 257-78.
3. Balit M. The doctor his patent and the illness. NY: International Universities press.1957;
4. Freud S. The dynamics of transference. In Collected papers 1924; (vol.2). London: Institute of Psychoanalysis and Hogarth Press.
5. Lyons AC, Chamberlain K. Health Psychology 2005; Cambridge University Press.
6. Waitzkin H. Doctor-patient communication: Clinical implications of social scientific research. Journal of the American Medical Association 1984; 252:2441-6.
7. DiMatteo M, Martin L, Health Psychology 2002; (1st Edition). Pearson Education, Inc, Allyn & Bacon.
8. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Επαγγελματική κόπωση. Στο Φ. Αναγνωστόπουλος & Δ. Παπαδάτου (Επιμ.) Ψυχολογική Προσέγγιση Ατόμων με Καρκίνο 1986; Αθήνα: Εκδόσεις Ζήτα.
9. Casanova J, Day K, Dorpat D, Hendricks B, Theis L, Wiesman S. Nurce-physician work relations and role expectations. J Nurse Adm 2007;37(2): 68-70.
10. Schmidt I, Svarstad B. Nurce -physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. Soc sci Med 2002; 54 (12):1767-77.
11. Reader T, Flin R, Mearns K, Cuthbertson B. Interdisciplinary communication in the intensive care unit. British Journal of Anesthesia 2007;98 (3):347-52.

12. Μπελλάλη Θ. Η επικοινωνία, με τον ασθενή στις μέρες μας: Αναγκαία ή περιττή κλινική δεξιότητα/πράξη 2018; Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Έρευνας, τ.11, τεύχος 1,σελ3-7.
13. Ashworth P. Care to communicate, London Whitefriars Press 1980;
14. Stiles, WB. Stability of the verbal exchange structure of medical consultations. *Psychology and Health* 1996; 11: 773-85.
15. Τσούνης Α, Σαράφης Π. Η επικοινωνία ιατρού – ασθενούς ως παρεχόμενης φροντίδας υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2014;3(5):534-540
16. Hassan S, Al Hajjaj M. The Savdi Initiative for Asthma update. Guidelines for the diagnosis and management of asthma in adults and children. *Annals of Thoracic Medicine* 2016;11(1): p3-42.
17. Donovan K. Breaking bad news. In *Communicating Bad News. Behavioural Science Learning Modules*. Division of Mental Health, World Health Organisation 1993;Geneva:3-14.
18. De Valck C, Bensing J, Bruynooghe R. Medical students' attitudes towards breaking bad news: an empirical test of the World Health Organization model. *Psychooncology* 2001;10(5):398-409.
19. Abdalazim M, Dafallah E, Ahned R, Mahmoyd Hussien S, Wail Nur O, Roaa Omer M et al. *AIMS Public Health* 2020;7(4):758-768.
20. Lenkiewicz J, Lenkiewicz O, Trzcinski M, Sobczak K, Plenikowski J, Przenioslo J et al. A Delivering bad news: .Self - assessment and educational preferences of medical students 2022;19(5):2622
21. Hart PL, Brannan J D, De Chesnay M. Resilience in nurses: an integrative review. *J Nurs Manag* 2014;22(6): 720-734.
22. Aburn G, Gott M, Hoare K. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing* 2016;72(5): 980-1000.
24. Davydov D.M., Stewart R., Ritchie K, Chadiou I. Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review* 2010;30 (5):479-495.
23. Rutter M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders *Br J Psych* 1985;147:598-611.
24. Davidov D, Stewart R, Ritchie K, Chadiou I. Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review* 2010;30 (5):479-495.
25. Windle G., Bennett K M, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes* 2011;9 (1):8.doi:10.1186/1477-7525-9-8.
26. Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving



and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2007;60 (1):1-9.

27. Levine S. Psychological and social aspects of resilience: A synthesis of risks and resources 2003;5 (3):273-280.

28. Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(3):292-299.

29. Saksvik-Lehouillier I., Bjorvatn B, Hetland H. et al. Individual, situational and lifestyle factors related to shift work tolerance among nurses who are new to and experienced in night work. *Journal of Advanced Nursing* 2013;69 (5):1136-1146.

30. Larrabee JH., Janney MA, Ostrow CL., Withrow ML, Hobbs GR.J, Burant C. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *Journal of Nursing Administration* 2003;33 (5): 271-283.

31. Hudgins TA. Resilience, job satisfaction and anticipated turnover in nurse leaders. 2015; *Journal of Nursing Management* Advance online publication.

32. Judkins S. Hardiness, job satisfaction, and stress among health nurses. *Home Health Care Management* 2005;17 (2):113-118.

33. Youssef CM, Luthans F. Positive organizational behavior in the workplace: the

impact of hope, optimism, and resilience. *Journal of Management* 2007;33 (5):774-800.

34. Williams J, Hadjistavropoulos T, Ghandehari, OO, Malloy DC, Hunter PV, Martin RR. Resilience and organisational empowerment among long-term care nurses: effects on patient care and absenteeism. *Journal of Nursing Management* 2016; 24:300-308.

35. Delgado C, Upton D, Ranse K, Furness T. Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International Journal of Nursing Studies* 2017; 70:pp 71-88.

36. Tusaie K, Dyer J Resilience: A historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice.*2004;18(1): 3-10.

37. Tomaszewska K, Majchrowicz B, Snarska K, Guzak B, Psychosocial burden and quality of life of surveyed nurses during the SARS-CoV-19 pandemic,2023; 20(2):994

38. Shanafelt T, Ripp J, Trockel, M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA* 2020; 323:2133-213.

39. Ayanian JZ. Editor's Comment: Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care.2020; Availableonline:

<https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2764228>.

40. Ramaci T, Barattucci M, Ledda C, Rapisarda V. Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. *Sustainability* 2020;12,3834.
41. He J, He L, Zhou W, Nie X, He M. Discrimination and social exclusion in the outbreak of COVID-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17: 2933.
42. Blake H, Bermingham F, Johnson G, Tabner A. Mitigating the Psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: A digital learning package. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17:2997.
43. Nowicki GJ, Slusarska B, Tucholska K, Naylor K, Chrzan-Rodak A, Niedorys B. The Severity of Traumatic Stress Associated with COVID-19 Pandemic, Perception of Support, Sense of Security, and Sense of Meaning in Life among Nurses: Research Protocol and Preliminary Results from Poland. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17: 6491; doi:10.3390/ijerph17186491.
44. Νόβα-Καλτσούνη Χ. Μεθοδολογία Εμπειρικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες, Αθήνα, Εκδ. Gutenberg, 2006.
45. Φελάς ΚΝ, Μπαλούρδος Δ. Κοινωνία και Έρευνα, σύγχρονες ποσοτικές και ποιοτικές μέθοδοι. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση. 2015.
46. Lin J, Yun-Hong Ren, Y.-H. Gan, H.-J. Chen, Y. Huang, Y.-F. and X.-M. You Factors associated with resilience among non-local medical workers sent to Wuhan, China during the COVID-19 outbreak. *BMC Psychiatry* 2020; 20:417.
47. Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement, and validation. *Acad. Manag. J.* 1995;38 (5):1442-1465.
48. Connor K M, Davidson J.R. T. Development of a New Resilience Scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 2003;18(2):76-82.
49. Loge JH, Kaasa S, Ekeberg O, Falkum E, Hytten K. Attitudes toward informing the cancer patient--a survey of Norwegian physicians. *Eur J Cancer*. 1996;32A(8):1344-8.
50. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol.* 2001;19(7):2049-56.
51. Λουκαΐδης ΚΑ. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων με τη χρήση του IBM SPSS STATISTICS 19: οδηγός καταχώρησης, διαχείρισης, ανάλυσης, ερμηνείας και παρουσίασης στατιστικών δεδομένων στις Κοινωνικές Επιστήμες. 2011; Λευκωσία: Ηλία Επιφανίου.
52. Ζαφειρόπουλος Κ. Πώς γίνεται μια επιστημονική εργασία, επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών. 2η έκδοση. Αθήνα, Κριτική 2012.



53. Brennan E J. Towards resilience and wellbeing in nurses', *British Journal of Nursing* 2017; 26 (1); 43-47.
54. Barnet M, Fisher J D, Cooke H, James P R, Dale J. Breaking bad news: consultants experience, previous education and views on educational format and timing. 2002; *Med Educ*, 41(10):947-956 doi:10.1111/j.1365-2923.2007.02832.x.
54. Γκορέζης Π. Η επίδραση των ανταμοιβών στην ψυχολογική ενδυνάμωση των εργαζομένων στον τομέα των υπηρεσιών: μια συγκριτική προσέγγιση στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Διδακτορική διατριβή. 2011; Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
55. Barnet M, Fisher J D, Cooke H, James P R, Dale J. Breaking bad news: consultants experience, previous education and views on educational format and timing. 2002; *Med Educ*, 41(10):947-956 doi:10.1111/j.1365-2923.2007.02832.x.
56. Mehdi I, Al Bahrani B J. Be a true listener, rather than a good conversationalist. *South Asian J Cancer* 2013; 2(4): 288-289.
57. Sield R R, Tong I, Tomas M, Besdine R W. Teaching communication and compassionate care skills: an innovative curriculum for pre-clerkship medical students. 2011; 33(8):e408-416.
58. Τατσιώνη Α, Καραθάνος Β, Μίσσιου Α. Εισαγωγή στην Γενική Ιατρική. 2015; Εκδόσεις ΣΕΑΒ, Αθήνα.
59. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Αθήνα, Παπαζήση, 2012.
60. Ροβίθης Μ. Ψυχική Ανθεκτικότητα στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Το Βήμα του Ασκληπιού 2019; 18(2):99-102.

---

---

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** Ανάλυση Αξιοπιστίας Ερωτηματολογίου Μελέτης.

Παράγοντες	Cronbach's Alpha ( $\alpha$ )	Χαρακτηρισμός
Ανθεκτικότητα	,853	Πολύ υψηλή αξιοπιστία
Στάση Νοσηλευτών στην Επικοινωνία	,953	Πολύ υψηλή αξιοπιστία
Ενδυνάμωση	,876	Πολύ υψηλή αξιοπιστία
Στάση Νοσηλευτών (ΠΟΥ) αποκάλυψης της αλήθειας απόκρυψης της αλήθειας εξατομικευμένη ενημέρωση	,440	Χαμηλή αξιοπιστία
	,558	Μέτρια αξιοπιστία
	,601	Μέτρια αξιοπιστία
Σύνολο	,892	Πολύ υψηλή αξιοπιστία



**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.** Στατιστικό Προφίλ κλίμακας Ανθεκτικότητας και Ενδυνάμωσης (n=134).

<b>Στατιστικές Παράμετροι</b>	<b>Κλίμακα Ανθεκτικότητα</b>
Μέσος Όρος	27,9
Διάμεσος	28,5
Επικρατούσα τιμή	30,0
Τυπική Απόκλιση	6,389
Διακύμανση	40,825
Εύρος	35,0
Ελάχιστη τιμή	5,0
Μέγιστη τιμή	40,0
	<b>Κλίμακα Ενδυνάμωσης</b>
Μέσος Όρος	46,029
Διάμεσος	46,0
Επικρατούσα τιμή	48,0
Τυπική Απόκλιση	7,41
Διακύμανση	54,91
Εύρος	42,09
Ελάχιστη τιμή	18,0
Μέγιστη τιμή	60,0



**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.** Πίνακας Συσχέτισης Παραγόντων (Ανθεκτικότητα, ΠΟΥ<sub>1,2,3</sub>).

	Ανθεκτικότητα
Κλίμακα ΠΟΥ1	,127
Αποκάλυψη της αλήθειας	,144
Κλίμακα ΠΟΥ2	,011
Απόκρυψη της αλήθειας	,899
Κλίμακα ΠΟΥ3	,108
Εξατομικευμένη ενημέρωση	,213

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4.** Πίνακας Συσχέτισης Παραγόντων (Ενδυνάμωση - ΠΟΥ<sub>1,2,3</sub>).

	Ενδυνάμωση
Κλίμακα ΠΟΥ1	,112
Αποκάλυψη της αλήθειας	,198
Κλίμακα ΠΟΥ2	-,085
Απόκρυψη της αλήθειας	,328
Κλίμακα ΠΟΥ3	-,041
Εξατομικευμένη ενημέρωση	,636

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.** Πίνακας Συσχέτισης Παραγόντων (Επικοινωνία - ΠΟΥ<sub>1,2,3</sub>).

	Επικοινωνία
Κλίμακα ΠΟΥ1	-,023
Αποκάλυψη της αλήθειας	,791
Κλίμακα ΠΟΥ2	,194
Απόκρυψη της αλήθειας	,025
Κλίμακα ΠΟΥ3	,233
Εξατομικευμένη ενημέρωση	,009



## ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Πίνακας Συσχέτισης Παραγόντων

	Επικοινωνία	Ενδυνάμωση	Ανθεκτικότητα
Επικοινωνία	1,000	-,009 ,929	-,043 ,620
Ενδυνάμωση	-,009 ,929	1,000	,451 ,000
Ανθεκτικότητα	-,043 ,620	,451 ,000	1,000