



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Medicina Molecolare**

*Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche*

PRESIDENTE CCL- Prof. Renzo Zanotti

**TESI DI LAUREA**

**Qualità di vita percepita e stile decisionale: quale relazione?**

Relatore : Renzo Zanotti

Studente: Salvatore Gigantino

Matricola 1239507

Anno accademico 2022/2023



## INDICE

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>BACKGROUND.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPITOLO I .....</b>	<b>7</b>
<b>FENOMENO DI INTERESSE.....</b>	<b>7</b>
1.Qualità di vita.....	7
1.1 Quality of life (QoL) e health related quality of life (HRQoL).....	11
2.Decision making e stili decisionali .....	13
2.1 Modelli descrittivi e prescrittivi .....	14
2.2 Gli stili decisionali .....	16
<b>CAPITOLO II .....</b>	<b>19</b>
<b>ANALISI DELLA LETTERATURA .....</b>	<b>19</b>
<b>CAPITOLO III.....</b>	<b>23</b>
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
4.1 Obiettivi .....	23
4.2 Disegno dello studio .....	23
4.3 Campionamento, periodo e setting di ricerca .....	23
4.3.1 Attività di ricerca.....	24
4.3.2 Tutela e privacy.....	24
4.4 Strumenti dello studio .....	25
4.5 Analisi statistica .....	28
<b>CAPITOLO IV .....</b>	<b>30</b>
<b>RISULTATI.....</b>	<b>30</b>
Qualità di vita percepita .....	31
Stili decisionali .....	36
<b>DISCUSSIONE .....</b>	<b>41</b>
<b>CONCLUSIONI .....</b>	<b>44</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>45</b>
<b>SITOGRAFIA.....</b>	<b>52</b>
<b>ALLEGATI.....</b>	<b>53</b>





## ABSTRACT

**BACKGROUND** -Il tema della qualità di vita degli studenti risulta essere sempre più preso in considerazione all'interno delle facoltà al fine di promuovere le migliori condizioni che consentano allo studente di concludere il percorso accademico (Lima RSS, 2020; Gede et al., 2022). Concettualmente, la qualità di vita è una condizione olistica che include in sé le dimensioni mentali, emotive, spirituali e psicologiche (Orley, 2014). Ha anche una relazione significativa con la resilienza e sulla capacità di autodeterminazione e di gestione di situazioni complesse (Bandhari et al., 2012; McSharry & Timmins, 2017; Xia et al., 2016). Vari studi documentano che una buona qualità di vita degli studenti si collega positivamente al raggiungimento degli obiettivi del percorso accademico (Reverte-Villarroya et al., 2021), aumenta la percezione di sicurezza e la partecipazione attiva alle lezioni, innalza i livelli di energia a disposizione e la motivazione a terminare il percorso accademico (Yildirim et al., 2013). Non è chiara la posizione della letteratura in merito all'influenza della qualità di vita e l'adozione di uno stile decisionale dominante.

**OBIETTIVI** -La tesi presenta un'indagine sulla qualità di vita in una coorte di studenti del terzo anno del corso di laurea in infermieristica rivolta ai seguenti obiettivi: a) identificare il livello di qualità di vita percepita dagli studenti, b) identificare stile decisionale maggiormente adottato dagli studenti; c) valutare la relazione tra la qualità di vita percepita e tipologia di stile decisionale.

**METODI**- L'indagine adotta un disegno osservazionale descrittivo di relazioni, trasversale tra campioni indipendenti di convenienza di studenti iscritti al terzo anno di infermieristica dell'Università degli studi di Padova, sedi di Feltre, Venezia Mestre, Monselice e Rovigo. Per la raccolta dati sono stati utilizzati gli strumenti: a) brief questionnaire quality of life (WHOQOL –BREF)(WHO,1994 e successive modifiche) e il General Decision Making style- GDMS- (Scott & Bruce, 1995) nella versione italiana di Di Fabio (2007) completato da una scheda sociodemografica del soggetto.

**RISULTATI**- La qualità di vita riferita dagli studenti risulta essere buona in tutte le dimensioni misurata dalla scala: gli studenti dei corsi di laurea di Feltre e di Rovigo evidenziano la migliore qualità nell'insieme del campione; pressoché sovrapponibili i valori

delle altre sedi. Gli studenti sembrano preferire in generale lo stile “razionale” nell’assunzione delle decisioni. Non emerge una chiara relazione qualità di vita percepita e adozione di uno stile decisionale.

**CONCLUSIONI-** A differenza di quanto riscontrato negli studi di De Araujo e di Facco (De Araujo et al., 2011; Di Facco et al., 2013), l’indagine non ha riscontrato situazioni di bassa qualità di vita percepita, appare essere soddisfacente la qualità di vita dello studente con punte anche elevate nelle sedi di Feltre e Rovigo. Per quanto riguarda lo stile decisionale sembra emergere una maggiore focalizzazione sullo stile razionale da parte degli studenti indagati che richiama il modello decisionale di Scott & Bruce (Scott & Bruce, 1995). L’ipotesi che potesse esistere una relazione non ha trovato conferma significativa sul piano statistico e rimanda a ulteriori indagini più focalizzate sugli aspetti di possibile relazione. Rimane da chiarire il sistema delle concause o variabili influenti nell’adozione di uno stile decisionale da parte dello studente.

## INTRODUZIONE

Durante il percorso della laurea magistrale, ho mostrato spiccato interesse per il ramo della formazione incentrando l'esperienza di tirocinio del secondo anno sulla formazione di base e post base dei professionisti sanitari. Da qui ha preso via l'idea di progettare un lavoro di tesi che avesse come popolazione di indagine professionisti sanitari o studenti dei corsi di laurea nelle professioni sanitarie. Contestualmente all'esperienza di tirocinio, ho continuato a prestare servizio come infermiere presso l'unità di Medicina dove lavoravo e dove si sono susseguiti cambiamenti organizzativo-gestionali dettati dalla pandemia da infezione Sars Cov 2. I cambiamenti interni all'unità lavorativa hanno interessato anche gli studenti del corso di laurea di infermieristica e le esperienze di tirocinio correlate; in particolare ho notato un'esperienza più frammentaria a causa delle disposizioni regionali/ universitarie, limitazioni col contatto con l'utenza, assenze più frequenti per isolamenti per positività o per contatto stretto a persone risultate positive al coronavirus. Ciò ha avuto anche delle ripercussioni sui tutor clinici che hanno dovuto trovare nuove modalità di comunicazione con gli studenti comprendendo che le situazioni concomitanti fossero nuove per entrambi. Si è reso, pertanto, necessario rimodulare il percorso formativo sia di tirocinio sia della didattica divenuta nel frattempo sempre più di natura digitale e asincrona tenendo conto che, anche per gli studenti, tutti questi cambiamenti abbiano potuto condizionare la qualità di vita da loro percepita. La letteratura si è incentrata sugli effetti stressogeni e sulla qualità di vita dei professionisti sanitari che hanno fronteggiato la pandemia, meno indagata è stata la qualità di vita degli studenti delle discipline sanitarie durante lo stesso periodo. Da qui l'idea di indagare la qualità di vita degli studenti del terzo anno del corso di laurea in infermieristica, rilevare il grado di benessere o malessere percepito durante il loro percorso formativo e valutare quanto la qualità di vita percepita possa influenzare le modalità di porsi in veste di decisori di fronte a situazioni quotidiane che richiedono di prendere una scelta. Lo scopo della tesi è studiare la relazione tra la qualità di vita percepita e le modalità di affrontare le decisioni, definite in letteratura con il termine "Stili decisionali" ponendo una maggiore attenzione se a livelli specifici di qualità di vita percepita possano corrispondere profili decisionali altrettanto specifici. La struttura data al seguente lavoro è basata dall'analisi della letteratura al fine delineare i fenomeni di interesse- qualità di vita e stili



decisionali- a cui è seguita una ricerca di articoli scientifici incentrati sui fenomeni di interesse calati nella popolazione di indagine. Il disegno di studio scelto che meglio potesse rispondere ai quesiti di ricerca è stato un'indagine osservazionale di liv II in cui si indaga l'associazione tra diverse variabili selezionando le variabili che maggiormente si influenzino tra di loro sia positivamente che negativamente. La propensione a prendere decisioni negli studenti dell'ultimo anno di infermieristica è un elemento di indagine cruciale visto che, a distanza di pochi mesi ,saranno infermieri e, nel loro ruolo professionale, verrà a loro richiesto quotidianamente di assumere decisioni per sé stessi – come in molte fasi nella vita- ma ancora di più per gli altri, nel caso specifico, un'utenza che, nella maggior parte delle volte, si affida completamente a tale figura per rispondere ai propri bisogni clinico-assistenziali.

## BACKGROUND

L'ultimo report annuale del Consorzio Interuniversitario AlmaLaurea riporta due dati degni di rilevanza: l'età media degli studenti di infermieristica si è ridotta passando da una media di 27.6 a una media di 24.8 e che il tasso occupazionale dei neolaureati è salito ulteriormente arrivando a toccare l'84.8% rendendo di fatto l'infermiere tra le figure professionali più richieste.

L'analisi di questi dati, oltre a far emergere l'importanza sempre più evidente dell'infermiere, si correla al fatto che nei corsi di laurea in infermieristica sono sempre più presenti studenti giovani che decidono di intraprendere il percorso di studio universitario subito dopo aver conseguito il diploma. Pertanto, la maggior parte degli studenti di infermieristica si trovano a intraprendere un percorso di maturità sia per diventare dei professionisti sia per diventare adulti; ciò comporta inevitabilmente dover prendere delle decisioni sia per sé stessi che per gli altri come cercare la propria indipendenza, fare scelte per la vita adulta, definire la propria carriera, essere in grado di svolgere anche attività di autogestione per lo studio (Riley et al.,2019).

I cambiamenti nel sistema formativo della professione infermieristica hanno permesso l'evoluzione di una figura nata come mera esecutrice di compiti dettati da altre figure professionali verso una scienza predittiva. Ciò ha contribuito a inquadrare l'infermiere come un professionista che attraverso un processo di pensiero critico prende delle decisioni in autonomia. (Facco;2013)

Tenendo conto dei dati di Almalaura ne consegue che ad oggi la classe sempre più giovane di nuovi infermieri risulta allo stesso tempo maggiormente più coinvolta nel dover prendere decisioni di natura multiforme (clinica, gestionale, organizzativa) .

Il tema della qualità di vita degli studenti risulta essere sempre più preso in considerazione all'interno delle facoltà al fine di promuovere le migliori condizioni che possano consentire allo studente di concludere il percorso accademico (Lima RSS, 2020; Gede et al., 2022).

Concettualmente, la qualità di vita è una condizione olistica che include in sé le dimensioni mentali, emotive, spirituali e psicologiche (Froud & Andrea, 2019). Ha anche una relazione significativa con la resilienza e sulla capacità di autodeterminazione e di gestione di situazioni complesse (Bandhari et al., 2012; McSharry & Timmins, 2017; Xia et al., 2016).

Vari studi documentano che una buona qualità di vita degli studenti si collega positivamente al raggiungimento degli obiettivi del percorso accademico (Reverte-Villarroya et al., 2021), aumenta la percezione di sicurezza e la partecipazione attiva alle lezioni, innalza i livelli di energia a disposizione e la motivazione a terminare il percorso accademico (Yildirim et al., 2013).

L'università richiede cambiamenti nella routine degli studenti che ne influenzano lo stile di vita, e questo, può avere un impatto sul loro rendimento scolastico, sulle decisioni future e il modo attraverso il quale la nuova generazione di futuri infermieri potranno assumere decisioni per sé stessi e per gli stake holders correlati alla professione (Lima RSS et al., 2020). Inoltre, il benessere degli studenti infermieri è influenzato dal loro ambiente di apprendimento, così come discriminazione, bullismo e comportamenti del personale (Amattayakong et al., 2020; Ren & Kim, 2017).

La bassa qualità di vita tende ad accompagnarsi a bassa autostima e scarsa soddisfazione che possono favorire depressione e ansia e, ancora, atteggiamenti negativi di evitamento o di procrastinazione verso le decisioni da assumere sia in ambito clinico che in ambito di vita privata (Pinheiro et al., 2020).

Questo studio ha come finalità di valutare l'esistenza ed eventualmente l'intensità della relazione tra "Qualità di vita" e "Stile decisionale" in una coorte di studenti iscritti all'ultimo anno del corso di laurea in infermieristica dell'Università di Padova.

I quesiti di ricerca ai quali con il presente studio si intende rispondere sono:

- Qual è il livello di qualità di vita percepita dagli studenti?
- Qual è lo stile decisionale che gli studenti maggiormente adottano quando assumono decisioni?
- Vi è un'associazione tra la qualità di vita percepita e gli stili decisionali?
- Se esiste un'associazione, a un livello alto di qualità di vita percepita corrisponde a uno stile decisionale di tipo razionale o istintivo/intuitivo?
- E' possibile osservare, allo stesso modo, se un basso livello di qualità di vita percepita si valorizza di uno stile di tipo evitante, spontaneo o dipendente?

# CAPITOLO I

## FENOMENO DI INTERESSE

Il fenomeno di interesse di questo lavoro di ricerca parte dalla qualità di vita descritto come elemento essenziale in molte discipline e per questo oggetto di studio di numerosi autori a partire dall'Antica Grecia fino ad arrivare ai giorni nostri. La trattazione a seguire ha come scopo di rappresentare l'evoluzione del concetto di qualità di vita, come questo si sia modificato nel tempo e le diverse prospettive che hanno condotto alle più recenti definizioni del fenomeno di interesse.

### **1. Qualità di vita**

Il concetto di qualità di vita è da sempre un dibattito aperto che trova le sue radici già nell'Antica Grecia. Tra i principali esponenti che hanno cercato di darle un'identità filosofica non si può non citare il filosofo Aristotele che, nell'Etica Nicomachea, afferma che la qualità di vita si esprime nella misura del benessere. Il benessere, per Aristotele, era uno stato equiparabile alla felicità, ossia un soggetto felice è un soggetto che ha una buona qualità di vita.

Nonostante sia possibile ricondurre un'ampia gamma di significati al termine felicità, nelle opere letterarie generalmente essa veniva rappresentata da personaggi euforici e in un ottimo stato di salute fisico; mentre si dava vita a rappresentazioni teatrali tragiche con un forte focus sull'espressione del personaggio ponendo molta enfasi al monitorare quanto emotivamente il personaggio fosse coinvolto quando venivano narrate vicende di malattia; ciò al fine di alleviare le sofferenze dei malati distogliendo l'attenzione dai sintomi delle condizioni morbose.

Da qui nasce l'idea- tuttora attiva in alcune culture- di "felicità" e "qualità di vita" intese come "ottimo stato di salute fisico- assenza di malattia". Col passare degli anni questa formulazione è risultata limitante e, pertanto, al di là delle definizioni da dare a tale costrutto, si è posta maggiore attenzione sulle componenti che potessero caratterizzarlo. L'operazione non è semplice in quanto il concetto di qualità di vita si presta a molteplici interpretazioni e usi. Se si vuole fissare una data che costituisca l'inizio del processo attraverso il quale, con

il tempo, si è arrivati a parlare di QoL in ambito sanitario, questa è con molta probabilità il 1948. In quell'anno, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS/WHO) definì ufficialmente nel suo statuto il concetto di salute come uno stato caratterizzato da un completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente dall'assenza di malattie o infermità (Organizzazione Mondiale della Sanità/ WHO, 1948). Tale definizione portò con sé una grande rivoluzione, poiché implicava il riferimento a uno stato di benessere dell'individuo che andasse oltre la sua capacità di 'funzionare' sul piano puramente biologico nonché estende il concetto di qualità di vita a tutta la popolazione affetta o meno da alterazioni cliniche; infatti si assiste alla definitiva scomparsa del termine "paziente" che lascia il suo posto più frequentemente al termine "individuo".

La recente letteratura moderna utilizza questo termine soprattutto nella versione inglese "Quality of Life" (QoL) a partire dagli anni Sessanta del XX sec., quando si inizia a parlare di welfare. Da questo momento, principalmente negli Stati Uniti, QoL è stato utilizzato per descrivere il progresso della società che non viene più misurato solo in termini quantitativi in quanto si inizia a pensare che le sole misure oggettive non riuscissero ad esprimere in maniera completa lo status della qualità di vita di un singolo individuo e di conseguenza di un gruppo/comunità di soggetti (Pennacchini, 2011).

La letteratura degli anni Ottanta del secolo scorso aggiunge un'altra chiave di lettura della QoL-rispetto alla versione degli anni Settanta- definendola come un bene da conquistare ossia un bene sociale da difendere dalle minacce della moderna civiltà (Szalai, 1982).

Questo filone anziché descrivere le caratteristiche che influenzano positivamente la qualità di vita è più orientata a descrivere ciò che la contamina, per ciò che combatte. L'importanza sociale che acquista è la misura della minaccia percepita. Pertanto, per qualità di vita si dovrebbe intendere come la valutazione della gratificazione che l'individuo mostra che deriva dal grado in cui i suoi bisogni materiali e psicologici sono soddisfatti (Durand, 1982). Per Gasperini (1985) la qualità di vita è la valutazione soggettiva della propria vita; questa nasce dal confronto tra la vita reale e quella attesa, cioè dalla valutazione della distanza esistente tra di esse. La qualità di vita sarà valutata alta, e cioè soddisfacente, quando tale distanza è ridotta; bassa e quindi insoddisfacente quando la distanza è ampia. La realtà attesa è funzione degli stili di vita consolidati e del grado di adattamento all'ambiente vissuto, o in altre parole della soddisfazione o insoddisfazione per la realtà esperita (Gasperini, 1985).

Ne consegue che la qualità di vita (QoL) è un costrutto multidimensionale e multifattoriale, che risente del livello di adattamento raggiunto e della strutturazione della personalità dell'individuo; al tempo stesso ne determina i vissuti e i significati da attribuire al proprio status e agli eventi correlati. Il concetto di qualità di vita integra gli aspetti fisici con le aspirazioni, i valori personali, la quantità e qualità delle relazioni sociali; esprime la percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita nel contesto di una cultura, l'insieme dei valori in relazione ai propri obiettivi, alle aspettative e alle preoccupazioni (WHO,1995).

Afferrare il concetto di qualità di vita è, almeno intuitivamente, abbastanza semplice, anche perché il termine è entrato nel lessico comune in molti ambiti del vivere quotidiano nonché in molte discipline di studio quali la politica, l'economia, la medicina, la sociologia e la psicologia.

Nell'ultimo trentennio, nel vocabolario sanitario è diventato sempre più frequente l'utilizzo dell'espressione "Qualità di vita" per definire, in modo non sempre uniforme, una serie di aspetti che vanno al di là della tradizionale valutazione clinica e oggettiva di un qualsiasi intervento sanitario inglobando non solo aspetti prettamente biologici e funzionali dell'organismo ma si aggiungono informazioni sulla vita sociale, emotiva, familiare-relazionale e lavorativa e talvolta sul modo in cui si interpreta la vita stessa e si ordinano le proprie priorità esistenziali (Orley, 2014).

Cruz et al., nel loro studio del 2018, citando Krizmanić e Kolesarić, disegnano la qualità di vita come un'esperienza soggettiva della propria vita determinata da circostanze oggettive della vita della persona, caratteristiche della personalità che influenzano la percezione della realtà. Essi affermano che la qualità di vita è principalmente un fenomeno psicologico, cioè un atteggiamento verso la propria vita e le sue diverse aree o aspetti. (Cruz et al., 2018)

Attualmente esiste nella letteratura internazionale un ampio consenso su alcuni aspetti fondamentali del concetto di QoL , in particolare sul fatto che esso sia un costrutto soggettivo (ossia che deve essere valutato, in linea di principio, dalla persona interessata), multidimensionale, dinamico (ovvero che può variare nel tempo in base a diversi fattori) e culturalmente correlato. Riguardo a quest'ultimo aspetto, la letteratura ha evidenziato come gruppi culturali diversi possano in effetti valutare in modo diverso quali siano gli elementi che maggiormente contribuiscono a determinare la loro QoL (Scott, Fayers, Aaronson et al. 2008). La qualità di vita è un concetto ad ampio spettro sensibile alla percezione della propria

salute fisica, di quella psicologica-emotiva, del livello di indipendenza, delle relazioni sociali e della interazione con il proprio contesto ambientale, componenti essenziali per una corretta valutazione dello stato di qualità di vita correlate una all'altra (Strepparava, 2003). Ciò implica inevitabilmente che essa sia percepita diversamente a seconda dell'esperienza di ogni individuo e che possa mutare nel tempo in base all'influenza di fattori interni ed esterni all'individuo stesso che interagiscono tra loro e quindi sul soggetto stesso. (WHO,1994). Per quanto concerne la multidimensionalità del costrutto di QoL -probabilmente la sua caratteristica più distintiva e importante- alcuni aspetti fondamentali risultano maggiormente riscontrati in letteratura e ritenuti essenziali per ogni strumento volto a quantificarla quali: funzionamento e benessere fisico; funzionamento e benessere psicologico (principalmente aspetti emotivi e cognitivi); funzionamento e benessere sociale; sintomi fisici (sia quelli relativi alla specifica patologia sia quelli derivati dai possibili trattamenti per quella patologia) (WHO,1994; Orley, 2014; Rapley, 2004). Si aggiunge la multifattorialità del costrutto : si definisce “ qualità di vita” la misura espressa dall'individuo stesso in merito al proprio grado di soddisfazione e di benessere di bisogni essenziali quali l'alimentazione, l'occupazione, la sicurezza e l'istruzione. La qualità di vita, pertanto, non è necessariamente determinata dalla ricchezza e dal benessere, sebbene la vita alla base preveda il soddisfacimento di alcuni bisogni essenziali, ma tale soddisfacimento non instaura una condizione sufficiente per il massimo grado di qualità di vita auspicabile (Frieman and Stimac,2021).

La qualità della vita comporta un equilibrio degli aspetti biopsicosociali; quindi, la qualità di vita veicola l'autonomia delle scelte individuali legate alle condizioni vissute.

Un aspetto che va sottolineato è il fatto che la vera rivoluzione avvenuta in ambito sanitario nell'ultimo ventennio non riguarda tanto sottolineare l'importanza della QoL del soggetto, quanto piuttosto la necessità di cominciare a ‘misurare’ la QoL in modo più sistematico e con strumenti appositamente costruiti. Misurare la QoL significa essere in grado di ridurre un fenomeno soggettivo a una serie di indici che permettano di effettuare inferenze il più possibile informative. Nella pratica comune, l'utilizzo di brevi questionari risulta il metodo più scelto perché risulta poco dispendioso sia per il soggetto sia in termini di costo e offrono la possibilità di avere informazioni generali delle diverse dimensioni esaminate. In generale, questi strumenti vengono costruiti non tanto per fornire un indice unico e complessivo della QoL percepita dall'individuo, quanto per dare al ricercatore un profilo multidimensionale

della sua QoL , espresse in precedenza (Treccani,2022). Pertanto, la QoL è una misurazione soggettiva del proprio fisico e salute mentale e copre molteplici domini come fisico, psicologico, benessere economico, spirituale e sociale (Wong et al., 2001, WHO 1998).

### 1.1 Quality of life (QoL) e health related quality of life (HRQoL)

L'ingresso nel lessico sanitario di QoL – termine entrato formalmente nel 1977 nel glossario del Medical subject headings (MeSh) della statunitense National library of medicine – ha rappresentato senza dubbio un elemento di grande novità, poiché si è introdotto un aspetto per sua natura soggettivo in un ambiente tradizionalmente volto alla ricerca dell'oggettività. Data l'eterogeneità della terminologia correntemente utilizzata nella letteratura medica in riferimento ad aspetti legati alla QoL dell'individuo, è bene fare alcune distinzioni. Il termine QoL, , indica sostanzialmente un concetto generico che riflette il modo in cui le persone percepiscono e affrontano il proprio stato di salute e altri aspetti della vita in generale (ivi inclusi quelli sociali e politici); quindi, tale concetto assume connotati molto ampi.

Non esiste un'unica definizione di QoL come abbiamo visto nel paragrafo precedente, e nella letteratura ne sono state proposte diverse, ognuna delle quali enfatizza un aspetto e si richiama comunque a determinate teorie di riferimento. Quando si parla di QoL tutte le definizioni prendono in considerazione aspetti che vanno al di là delle condizioni di salute dell'individuo, per includerne di molto generici, che difficilmente possono essere valutati e misurati nella pratica medica.

Un'altra espressione introdotta più di recente nella letteratura scientifica è “Health-related quality of life (HRQoL)”. Tale espressione, seppure anch'essa generica, risulta più circoscritta di QoL, e pone l'accento su quegli aspetti di qualità di vita che sono maggiormente influenzati dallo stato di salute. HRQoL è una formula più rilevante in campo medico, poiché fa riferimento alle condizioni di salute del soggetto e a quanto un'eventuale malattia e/o degli interventi sanitari possano influire sulla sua vita (Treccani, 2022)

Occorre sottolineare, comunque, che nella letteratura medico-scientifica QoL viene molte volte utilizzato come sinonimo di HRQoL, in particolare quando ci si riferisce a soggetti affetti da una determinata condizione morbosa. Sebbene l'introduzione del concetto di HRQoL non abbia completamente risolto il dibattito sul problema della definizione, essa ha certamente permesso di compiere un grande passo avanti verso una maggiore chiarezza



concettuale. In tale ottica si è quindi stabilita una sorta di linea di demarcazione tra la qualità di vita intesa in ambito generale e quella riferita esclusivamente allo stato di salute (Efficace et al., 2008). Pertanto, con il termine QoL si pone l'accento nel descrivere popolazioni sane e delineare profili/livelli di qualità di vita percepita sull'individuo non necessariamente con una storia clinica di malattia. Le misure di salute e QoL possono essere sommariamente suddivise nelle seguenti categorie: a) strumenti generici; b) strumenti specifici, c) strumenti specifici per particolari dimensioni della QoL

Di seguito spiegate in dettaglio:

a) Strumenti generici - Si tratta di questionari che possono essere impiegati per descrivere lo stato di salute soggettivo e la QoL di diversi soggetti; essi consentono anche di comparare i profili di salute di diversi gruppi di persone con o senza patologia medica. Tali strumenti non vengono validati su popolazioni specifiche di utenti, e possiedono un'estrema versatilità applicativa. L'implicita limitazione è quella di non riuscire a offrire un profilo di QoL specifico, non consentono di delineare diversi profili di una popolazione; pertanto se abbiamo diverse classi di individui e ne vogliamo catturare eventuali differenze, non risultano essere gli strumenti più idonei per perseguire tale obiettivo. Uno strumento degno di nota, data la sua provata efficacia metodologica, è il 36-item short-form health survey da parte della RAND corporation (più conosciuto con l'acronimo SF-36). È uno degli strumenti di rilevazione generici più utilizzati al mondo, e si compone di 36 domande che indagano le seguenti aree della salute: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, attività sociali, limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo, salute mentale, dolore fisico, vitalità, percezione generale di salute. Si noti come l'impiego di questi strumenti generici possa fornire, tra l'altro, un utile mezzo per valutare diversi profili e come questi ultimi influiscano in maniera differente su particolari aree di QoL (Apolone, Mosconi, Ware Jr 2000).

b) Strumenti specifici - In questa seconda categoria rientrano i questionari sviluppati per valutare una serie di aspetti che possono influire sulla QoL di individui con profili specifici. In quest'ultimo caso i questionari mirano a cogliere quali aree della QoL e in che misura siano maggiormente influenzate dallo specifico fattore il profilo dell'individuo.

In generale, essendo strumenti molto specifici, tali questionari vengono impiegati nelle sperimentazioni cliniche per valutare l'efficacia complessiva di una nuova terapia secondo la prospettiva del soggetto ad esempio. In particolare, risultano utili negli studi prospettici poiché sono in grado di rilevare variazioni in termini di QoL nel corso del tempo. In alcuni

contesti medici, per es. quello oncologico, esistono strumenti per valutare specificamente la QoL in pazienti affetti dalle più svariate patologie (come tumori del seno, del polmone, della prostata). Uno di questi è il QLQ-C30 dell'EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) (Aaronson et al.,1993)

c) Strumenti specifici per particolari dimensioni di QoL- I questionari della terza categoria hanno in comune con i precedenti la caratteristica di prestarsi all'autocompilazione. Non essendo per loro natura multidimensionali, non potrebbero essere considerati veri e propri strumenti di misura di QoL (il cui presupposto teorico è appunto la multidimensionalità). Tuttavia, data la varietà terminologica presente nella letteratura, in certe situazioni l'utilizzo in una ricerca anche di tali questionari è stato indicato come valutazione di QoL. Mentre le prime due categorie di strumenti prevedono la valutazione di più aspetti della QoL e della salute del paziente, questa categoria comprende questionari che valutano esclusivamente aspetti specifici, indipendentemente dalla patologia di riferimento, per es. ansia, depressione, funzionamento fisico, supporto sociale, dolore o stanchezza. In alcune situazioni, il ricercatore potrebbe essere interessato a valutare solo un aspetto che si ritenga molto influenzato o possano interagire tra loro: per es., in un'ipotetica situazione di ricerca in cui si comparino due tipi di interventi chirurgici di già provata efficacia clinica, si potrebbe essere interessati a eventuali differenze in termini di dolore postintervento se si fa riferimento a un contesto clinico. In tal caso, il risultato di un questionario che rilevi il livello di dolore percepito dal paziente potrebbe essere considerato un obiettivo decisamente importante, e potenzialmente determinante per decidere quale intervento risulti migliore.

## **2.Decision making e stili decisionali**

L'altro fenomeno di interesse del presente elaborato sono gli stili decisionali che rientrano nel campo d'azione del processo di decision making. Il decision making deve i suoi primi studi nell'ambito della psicologia della metà del XX secolo introducendo per la prima volta l'approccio normativo del decision making (Edwards, 1954,Von Neumann & Morgestern, 1947). Secondo tale approccio, sotto l'influenza della teoria dei giochi di Von Neumann & Morgestern ; ne sono derivate le teorie della decisione dette anche teorie della stima. Le teorie della stima si basavano su modelli probabilistici attraverso i quali si spiegavano razionalmente le scelte ottimali che il decisore doveva assumere facendo ricadere la decisione finale sulla scelta più logica, con il maggior vantaggio e la migliore ricompensa

(Von Neumann & Morgenstern, 1947). La descrizione che ne emergeva era di un decisore ideale che era in grado di decidere seguendo il ragionamento logico razionale. La logica di questi modelli consente di formulare la scelta migliore in termini di massimizzazione del guadagno e riduzione al minimo dei rischi. Ciò trova la sua piena espressione nel modello dell'utilità attesa: quando si trovano di fronte a una scelta con più alternative, le persone dovrebbero optare per quella più vantaggiosa, cioè quella con il valore superiore, ma anche quella con la maggiore probabilità di presentarsi (Lee,1971). Per individuare l'alternativa migliore occorre, quindi, calcolare l'utilità attesa di ciascuna alternativa, sommando i prodotti del valore di ogni evento per ogni probabilità che questo si verifichi. L'opzione da preferire, secondo questo modello, è sempre l'alternativa mediamente vantaggiosa.

## 2.1 Modelli descrittivi e prescrittivi

I modelli normativi, negli anni a seguire, sono stati messi in discussione in quanto solitamente le situazioni decisionali non sono così ben definite da consentire di individuarne la scelta più sicura o più proficua, inoltre quando il numero di opzione cresce, le persone, oltre a non essere più in grado di analizzarle tutte razionalmente, non sono neanche motivate a farle (Costantino;2012). La risposta ai modelli normativi è data dai modelli descrittivi che nascono come descrizioni delle concrete modalità di decisione adottate dalle persone, individuandone vantaggi e svantaggi/rischi. Il più conosciuto in letteratura è il modello di Kahneman & Tversky che non elimina completamente i principi dei modelli normativi. Infatti, alla base conserva la stessa struttura secondo la quale l'espressione della validità di una singola opzione deriva dalla moltiplicazione dei prevedibili esiti per la probabilità che possano avvenire, ne inserisce la dimensione soggettiva: la probabilità diviene così percezione di probabilità, mentre l'utilità viene sostituita dal concetto di valore (Kahneman & Tversky,1979). Con i modelli normativi l'attenzione veniva posta sulle opzioni di scelta e si ricercava quale delle opzioni potesse essere l'alternativa più vantaggiosa, l'aggiunta della dimensione soggettiva dei modelli descrittivi amplia il processo decisionale verso una prospettiva dove non si analizza soltanto le situazioni (opzione giusta e le sue alternative) ma si prendono in considerazione anche aspetti legati alla persona (valori, aspettative e obiettivi). Ne consegue un processo articolato in due fasi:

- 1.Riconoscimento della situazione in considerazione che comprende: a) Le immagini relative al sé: valori, interessi, ideali, convinzioni su di sé, aspettative rispetto all'esito

della propria decisione; b) L'immagine della traiettoria: obiettivi da raggiungere; c) Le immagini della strategia: piano d'azione e percorsi da intraprendere

2. Alternativa più promettente intesa come prodotto finale dell'opzione che più si presenta lontana dalla soglia di rifiuto

Il limite dei modelli descrittivi consiste nella loro difficile applicazione nelle scelte articolate e complesse poiché può essere utilizzato per risolvere, portando ai minimi termini, la situazione e un numero limitato di alternative (Ricchiardi, 2006). Nel 1996, Gati propone come modello teorico il PIC (Prescreening, In depth exploration and Choice) per superare i limiti delle metodologie precedenti (Gati, 1996). Infatti, l'inversione di marcia effettuata da questo modello è di trovare un equilibrio tra la dimensione soggettiva del decisore e la dimensione situazionale entro cui il decisore si trova ad agire, ne consegue che secondo questo modello il decisore compie scelte che siano più soddisfacenti possibili, abbandonando la pretesa poco realistica di compiere la scelta ottimale (Gati & Asher, 2001). Il modello PIC comprende le seguenti fasi:

- Prescreening: prima fase in cui la persona individua alcune possibilità, le approfondisce e le confronta con la sua esperienza e le sue preferenze al fine di eliminarne quelle non compatibili
- In depth exploration: seconda fase in cui la persona identifica le opportunità di scelta che risultino più appropriate a sé dopo aver raccolto quanto più informazioni possibili in grado di descrivere ciascuna eventuale scelta
- Choice: terza fase che consiste nell'identificazione della migliore alternativa e si pongono le altre in gara in ordine di importanza (Gati e Tikotzki, 1989; Beach, 1993)

La moderna psicologia tiene conto di questi modelli che descrivono la complessità del processo decisionale giungendo alla conclusione che nella capacità di scelta interagiscono numerosi elementi, quali:

- Processi induttivi: capacità di discriminazione e classificazione, utile per effettuare adeguati confronti tra le alternative

- Attenzione selettiva: capacità di utilizzare le informazioni fornite sulle diverse alternative di scelta
- Memoria a breve termine : consapevolezza e applicazione di strategie per ricordare più facilmente le informazioni
- Processi deduttivi e inferenziali: valutazione delle diverse opzioni sulla base anche delle conseguenze che ciascuna di esse comporta
- Valutazione e pensiero critico: sulla base di un criterio predefinito, capacità di esprimere un giudizio
- Processi metacognitivi che riguardano il tipo di scelta, le strategie possibili, stile decisionale e capacità di pianificazione, monitoraggio e valutazione delle diverse opzioni
- Pensiero morale ossia effettuare valutazioni sulla base di una scala di valori condivisa (Taylor K.M , 1990).

## 2.2 Gli stili decisionali

Lo stile decisionale può essere definito la tendenza ad affrontare le situazioni di scelta seguendo modalità costanti legate a delle tendenze personali (Di Nuovo; 1998). La letteratura moderna fa rientrare lo stile decisionale tra le variabili personali che determinano il risultato e, allo stesso modo, la scelta stessa vista come elemento di ostacolo o come facilitante il processo decisionale. Numerose ricerche hanno recentemente evidenziato come esistano delle differenze individuali, definite “Stili decisionali”, che costituiscono un’abitudine, una propensione a reagire in una determinata maniera all’interno di un dato contesto e, pertanto, influenzano in maniera relativamente stabile, nel tempo e nelle diverse situazioni, la modalità con cui ogni individuo compie delle scelte ( Kleindorfer Kunreuther, & Schoemaker, 1993; Payne, Bettman, & Johnson, 1993). Diversi autori ne sottolineano l’esistenza di differenti tipi di stili decisionali (Arroba, 1977; Harren, 1979; Janis & Mann, 1977; Scott & Bruce, 1995). Tuttavia, sebbene numerosi studi empirici abbiano mostrato come gli individui tendono ad impiegare un certo stile con più frequenza degli altri (Driver et al., 1990) preferendo uno stile predominante, gli stili decisionali però, lungi dall’essere rigidi e immutabili, sono flessibili e modificabili in risposta a specifiche situazioni (Hayes e Allison, 1996; Zhang , 2010).

Considerando l'evoluzione del costrutto "Stile decisionale", il focus si è spostato dalle variabili legate al compito e alla situazione decisionale (Driver, Brousseau, & Hunsaker 1990; Scott & Bruce, 1995) a variabili individuali maggiormente cognitive (Andersen, 2000; Keegan, 1984; Mckenny & Keen, 1974; Mitroff, 1983) fino a giungere a una definizione integrata. Dall'analisi della letteratura emerge che inizialmente per stile decisionale si intendeva la modalità utilizzata dagli individui per risolvere il conflitto decisionale (Janis & Mann, 1977; Mann et al., 1997; Radford, Mann, Otha, & Nakane, 1993). Successivamente è stato definito come un pattern abituale nella presa di decisione (Driver, 1979) o come una modalità tipica di rispondere a compiti di decision-making (Harren, 1979). Il termine stile decisionale è stato spesso utilizzato come sinonimo di stile cognitivo in termini di procedure per selezionare e processare le informazioni necessarie per il processo decisionale (Andersen, 2000; Hunt et al., 1989; Keegan, 1984; Mckenny & Keen, 1974; Mitroff, 1983). Nel 1995, Scott e Bruce tentano di integrare le precedenti definizioni riferendosi allo stile decisionale in termini di "pattern abituale di risposta appresa esibito da un individuo di fronte a una situazione decisionale. Non è un tratto di personalità, ma una propensione basata sull'abitudine a reagire in un certo modo in uno specifico contesto decisionale". Più recentemente, Thunholm (2004) elabora una definizione maggiormente integrata di stile decisionale come un "pattern di risposta data da un individuo in una situazione decisionale. Questo pattern di risposta è determinato dalla situazione decisionale, dal compito decisionale e dal decisore stesso".

L'interesse per i differenti tipi di stili decisionali ha portato all'elaborazione di alcuni modelli. Il modello di Scott and Bruce (1995) e il modello di Mann et al. (1997) possono essere considerati modelli tradizionali in letteratura. Il modello di Scott e Bruce (1995) identifica cinque stili decisionali in termini comportamentali: lo stile razionale, caratterizzato da un'approfondita ricerca delle informazioni e una sistematica valutazione delle alternative individuate; lo stile intuitivo, caratterizzato dalla fiducia nelle proprie intuizioni e sensazioni, lo stile dipendente, caratterizzato dalla ricerca di consigli e pareri degli altri prima di decidere; lo stile evitante, caratterizzato dal tentativo di evitare la presa di decisione il più possibile; lo stile spontaneo, caratterizzato da intuizioni immediate e dal desiderio di prendere la decisione il più velocemente possibile (Scott & Bruce, 1995).

Successivamente, Mann, nel 1997, sviluppano un modello che comprende quattro stili decisionali in relazione alla teoria del conflitto decisionale che mostra la nascita di conflitti

nell'individuo, di sentimenti di incertezza, esitazione e stress emotivo di fronte a una scelta (Mann et al, 1997) .Tali stili sono:

- evitamento, vale a dire la tendenza a evitare il conflitto decisionale, affidando la responsabilità della decisione ad altre persone o cercando giustificazioni per la mancata risoluzione del problema decisionale;
- vigilanza, che si riferisce a un modo di procedere attento e adattivo, volto alla chiarificazione degli obiettivi da raggiungere, analizzando differenti opzioni, ricercando informazioni rilevanti, valutando attentamente ogni opzione prima della scelta;
- procrastinazione, come tendenza a posticipare il momento in cui affrontare il problema decisionale;
- ipervigilanza, in termini di tendenza a cercare in maniera frenetica un modo per risolvere il conflitto decisionale, considerando impulsivamente le prime soluzioni individuate.

Da un'analisi attenta è emerso che esistono stili adattativi e altri disadattivi nei processi decisionali. Lo stile adattativo è rappresentato da comportamenti basati sulla vigilanza, invece l'ipervigilanza, l'evitamento e infine la procrastinazione rappresentano gli stili disadattativi (Costantino, 2012)

Partendo da queste premesse, resta da chiarire quale sia il livello di qualità di vita percepito e le tipologie di stili decisionali più adottate dagli studenti delle professioni sanitarie, quali i fattori che la letteratura individua come incidenti sulla qualità di vita e l'esistenza di un legame tra qualità di vita percepita e stile decisionale.

## CAPITOLO II

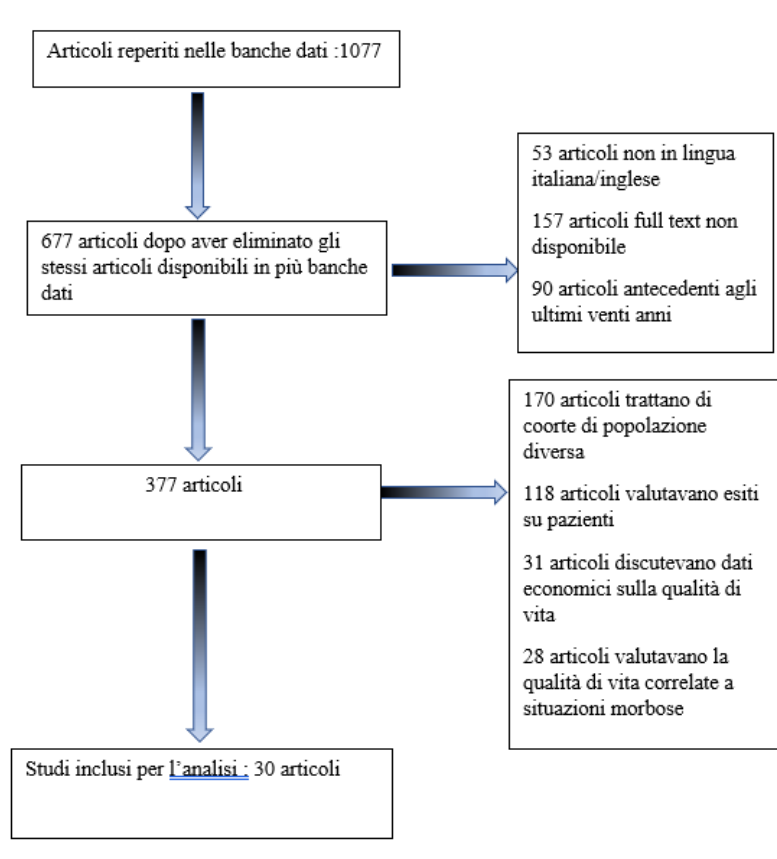
### ANALISI DELLA LETTERATURA

La qualità di vita e gli stili decisionali si sono mostrati fenomeni ampiamente descritti in letteratura dalla natura multidimensionale e multidisciplinare. Il presente lavoro di studio è collegato al mondo sanitario e, in particolar modo, alla popolazione di studenti universitari impegnati nel conseguimento del titolo di laurea in una delle professioni sanitarie, pertanto, si è reso utile procedere alla revisione della letteratura specifica per il target a cui è rivolto lo studio.

La revisione della letteratura è stata realizzata consultando le banche dati di Pubmed, Google Scholar, Scopus, PsycInfo.

Sono state utilizzate le seguenti stringhe di ricerca legate dagli operatori booleani e i termini MeSh: “nursing students ‘quality of life”, “nursing students’ well being”, “decision making strategies”, “decision making abilities” and “students’ quality of life”.

La flow chart sottostante riassume il processo di selezione per la scelta degli articoli.



Applicati i criteri di selezione sono risultati 30 articoli pertinenti ai quesiti di revisione.



Gli studenti delle professioni sanitarie hanno un alto livello di qualità di vita? Quali aree risultano maggiormente soddisfacenti e quali, al contrario, risultano compromesse? Quali potrebbero essere le ragioni che gli stessi studenti ritengono influenzare negativamente la qualità di vita? Che relazione esiste tra qualità di vita e stili decisionali?

De Araujo, indagando una coorte di studenti di un corso di laurea infermieristica brasiliano, rileva una bassa qualità di vita durante tutto il percorso accademico indipendentemente dall'anno di iscrizione (De Araujo et al., 2011). Nonostante l'impegno delle facoltà nel perseguire l'obiettivo da parte delle università di vigilare e di migliorare la qualità dell'esperienza degli studenti nei diversi corsi di laurea, gli studi reperiti sulla qualità di vita degli studenti delle professioni medico sanitarie mostrano una qualità medio bassa di vita percepita e tra quelle espresse ancora più basse vi rientra il gruppo degli studenti di infermieristica (De Araujo et al., 2011; Facco et al., 2013, Macario, 2015): la potenziale crescita professionale, la comprensione da parte degli studenti degli sbocchi professionali disponibili e i membri della famiglia influenzano direttamente la qualità di vita e il livello di impegno degli studenti per il percorso formativo scelto (Eswi et al., 2013, Grande 2021, Macario, 2015, Facco et al., 2013)

Gli studenti credono che la professione infermieristica sia in linea con le loro ambizioni personali e competenze (Eswi et al., 2013).

In uno studio di inizio secolo condotto da Por gli studenti di infermieristica rappresentano una tipologia di studenti la cui qualità di vita sarebbe compromessa più di altre tipologie di studenti quali psicologi, medici o altre professioni sanitarie (Por, 2005). Anche l'esperienza di tirocinio clinico nella formazione dell'infermiere sembra contribuire ad alterare la qualità di vita dello studente per la paura di commettere errori nell'attività di cura (Gede et al., 2022; Facco et al., 2013). Gli studenti segnalano, indipendentemente dall'anno accademico di iscrizione, fattori influenzanti negativamente la loro qualità di vita il sovraccarico di responsabilità (57%), i voti inferiori a quelli sperati (43%), la mancanza di sonno (43%) e troppo carico di lavoro a loro ascritto contemporaneamente (42%) (Gibbons et al., 2011; Pulido- Martos et al., 2015. Eswi et al. 2013).

Nello studio di Riley risulta che il basso livello di impegno degli studenti nei programmi infermieristici è influenzato da alti livelli di stress a cui sono sottoposti (Riley et al., 2019).

Gli studi suggeriscono che lo stress porti a prendere la decisione di abbandonare il percorso di studio il cui tasso risulta essere tra più elevati negli studenti di infermieristica (Cruz et al.,2018)

In particolare, lo stress sembra indebolire le percezioni sulla potenziale crescita professionale e sulla loro comprensione delle diverse specialità-professionali a loro disposizione nonostante gli studenti siano consapevoli delle buone prospettive lavorative (Cruz et al, 2018).

Per gli studenti lo stress si verifica perché c'è un'interazione negativa tra l'individuo e l'ambiente circostante. Gli studenti sperimentano stress a causa di fattori accademici come compiti a casa, test e tirocini, e di fattori non accademici come le relazioni personali, famiglia e lavoro che influenzano l'organizzazione della propria routine e li spinge necessariamente a fare delle scelte di vita.

Gli studenti ascoltano e assimilano in base a quello che pensano gli altri, i consigli e gli orientamenti forniti dai loro referenti al fine di minimizzare l'alienazione sociale, mantenere il concetto di sé, e allineare la propria identità sociale alle norme stabilite (Timmins et al., 2011). Gli studenti infermieri cercano rispetto e rapporti positivi con i tutor clinici (Magnussen & Amundson,2003; Reeve et al., 2013) e il personale clinico (Timmins et al., 2011) ma spesso si sentono inadeguati o incompetenti con le proprie capacità cliniche (Reeve et al., 2013). Gli studenti di infermieristica spesso si sentono sopraffatti dalla quantità di contenuti teorici pratici che dovrebbero conoscere e manifestano difficoltà a mantenere un equilibrio tra obblighi contrastanti di università, lavoro e casa (Magnussen & Amundson, 2003).

Eventi stressanti della vita possono anche innescare l'insorgenza di episodi depressivi maggiori, in particolare nel contesto di coloro che sono già vulnerabili allo sviluppo di depressione che si configura nella perdita dell' equilibrio di sé , ad evitare di fare progressi e a rimandare ,se non abbandonare, il conseguimento del titolo (Kendler & Gardner, 2016). In letteratura medicagli episodi depressivi innescano la disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) , strategia utilizzata per fronteggiare le situazioni di stress e innalza la soglia di attenzione che può raggiungere livelli critici di ipervigilanza (Van Reeth et al., 2000).

Nello studio di Emamjomeh si indaga in merito ai domini della qualità di vita degli studenti iscritti nell'area delle scienze mediche ( Emamjomeh et al., 2021 ). Dal presente studio viene

riportato che gli studenti nel dominio fisico avevano registrato punteggi più alti e quindi condizioni migliori rispetto ai restanti domini esaminati. Con una piccola differenza tra le diverse facoltà di ambito sanitario incluse, gli studenti, per quanto riguarda il dominio psicologico che include in sé come area di indagine il godimento della vita, senso della vita, livello di concentrazione, soddisfazione di sé, così umore e sensazione di depressione, hanno il livello più basso del punteggio QoL. I punteggi degli studenti nel dominio sociale che raggruppa le relazioni private, il sesso e supporto da parte degli altri e, nel dominio ambientale (senso di sicurezza, capacità finanziaria, accesso a informazioni, attività ricreative, accesso a risorse sanitarie, soddisfazione domestica e accessibilità a mezzi di trasporto) avevano ottenuto dei punteggi medi non superiori agli altri due domini indagati. (Emamjomeh et al., 2021)

Nello studio di Javeth, nel 2018 emerge che gli studenti di infermieristica hanno tassi di stress psicologico più elevati rispetto ad altri studenti delle aree sanitarie e molti sperimentano livelli clinici di ansia e depressione che influenzano negativamente la qualità di vita percepita (Javeth, 2018).

Altri studi mostrano che gli studenti di infermieristica sono spesso riluttanti a cercare aiuto per il loro disagio, e che la paura di vedere la loro condizione esposta e la preoccupazione per come gli altri li possano percepire vengono espresse come ostacoli alla ricerca di aiuto (Walailak et al, 2018, De Araujo et al. 2011).

In conclusione è emerso che la letteratura degli ultimi venti anni stia promuovendo maggiormente l'indagine degli aspetti di interesse dello studio sottolineandone la loro complessità: risulta evidente che la qualità di vita e il decision making styles/stili decisionali presentino al loro interno fattori che, se maggiormente esplorati, potrebbero fornire una visione più chiara sull'influenza dei due aspetti di interesse. Inoltre, la letteratura analizzata è risultata maggiormente attenta a fornire indagini su professionisti sanitari laureati, meno esplorata è stata la categoria degli studenti; infatti circa la metà degli articoli reperiti nelle banche dati sono stati esclusi per l'incompatibilità della popolazione di interesse.

Le informazioni descritte non sono state in grado di fornire un profilo chiaro e definito della relazione tra qualità di vita e stili decisionali che in molti studi viene riferita come difficile da analizzare, ne consegue che il presente lavoro vuole essere un contributo alla ricerca scientifica nello studio di associazione dei fattori dei due fenomeni di interesse al fine di sondare una relazione tra di loro.

## **CAPITOLO III**

### **METODOLOGIA**

#### **4.1 Obiettivi**

La tesi presenta un'indagine sulla qualità di vita in una coorte di studenti del terzo anno del corso di laurea in infermieristica rivolta ai seguenti obiettivi

1. identificare il livello di qualità di vita percepita dagli studenti
2. identificare stile decisionale maggiormente adottato dagli studenti
3. valutare la relazione tra la qualità di vita percepita e tipologia di stile decisionale.

#### **4.2 Disegno dello studio**

Lo studio ha adottato un disegno osservazionale descrittivo di relazioni, trasversale tra campioni indipendenti di convenienza degli studenti iscritti al terzo anno di infermieristica dell'Università degli studi di Padova, sedi di Feltre, Venezia Mestre, Monselice e Rovigo.

#### **4.3 Campionamento, periodo e setting di ricerca**

Il campione eleggibile allo studio è formato da tutti gli studenti:

- iscritti al terzo anno durante l'anno accademico 2021/2022 il cui termine è fissato a livello nazionale il 30 settembre 2022;
- in una delle sedi del corso di laurea in Infermieristica dell'Università degli studi di Padova i cui coordinatori si sono resi disponibili ad organizzare un incontro tra gli studenti e il ricercatore per raccogliere adesioni ;
- Che, dopo aver compreso le modalità e le finalità dello studio, abbiano dato il loro consenso firmando il modulo presente nella sezione Allegati A.

#### 4.3.1 Attività di ricerca

Lo studio è stato sottoposto all'attenzione del corso di laurea in infermieristica dell'Università degli studi di Padova che ne ha rilasciato l'autorizzazione per procedere con l'indagine. Successivamente il ricercatore ha contattato i coordinatori dei corsi di laurea ai quali è stato spiegato lo studio telefonicamente e attraverso l'invio tramite e-mail del progetto. Il ricercatore ha raggiunto le sedi dei corsi di laurea i cui coordinatori hanno espresso parere favorevole all'indagine. Negli orari e le date concordate, il ricercatore ha incontrato tutti gli studenti dei corsi di laurea. In tale occasione il ricercatore ha presentato lo studio e ha chiesto agli studenti la volontà di prenderne parte.

Sono stati distribuiti il numero di questionari pari al numero di manifestazioni di interesse ottenuto. Per lo studio era stata stabilita come data di termine per la raccolta dati la data assegnata dall'ateneo come chiusura dell'anno accademico 2021/2022: il 30 settembre 2022; il ricercatore ha concluso la raccolta il 31 luglio 2022 in quanto ha incontrato gli studenti eleggibili allo studio e ha somministrato tutti i questionari durante gli appelli dell'esame di tirocinio del terzo anno dove erano presenti tutti i possibili partecipanti.

#### 4.3.2 Tutela e privacy

Gli studenti hanno espresso liberamente la volontà di partecipare allo studio. La manifestazione di interesse a partecipare allo studio è stata fornita attraverso la compilazione del modulo di consenso informato consultabile nella sezione degli allegati come allegato A prima della consegna degli strumenti di indagine al fine di tutelarne la privacy.

La manifestazione di interesse a partecipare allo studio/ i consensi sono stati raccolti e conservati in un'apposita cartella protetta suddivisi in base al corso di laurea. Gli studenti che hanno manifestato il loro interesse a partecipare allo studio hanno ricevuto i questionari descritti nella sezione successiva "Strumenti dello studio" in formato cartaceo. Al termine della loro compilazione, i questionari sono stati conservati in un'ulteriore cartella, suddivisa per sede del corso di laurea. Il ricercatore è responsabile della buona conservazione dei dati, garantisce che le informazioni ottenute non vengano elargite a terzi. I questionari sono stati consegnati fisicamente nelle diverse sedi del corso di laurea in infermieristica dove è stato autorizzato lo studio e raccolti subito dopo la compilazione. Al termine della consegna, ciascun questionario è stato identificato con un codice numerico crescente da 1 a 196. Le risposte date ai questionari sono state riportate in un unico file protetto Excel Microsoft

Office 365 dove nella prima colonna è stata riportato il codice numerico identificativo presente su ogni questionario cartaceo compilato.

Non sono stati apportati codici identificativi sui moduli di consensi informati: il ricercatore ha verificato che il numero dei moduli di consenso firmati fosse uguale ai questionari compilati prima di lasciare ciascuna sede.

#### **4.4 Strumenti dello studio**

Lo studio, al fine di rispondere ai quesiti di ricerca, si è avvalso dei seguenti strumenti: 1) il “Questionario WHOQOL –BREF” sviluppato dal gruppo WHO (1994 e successive modifiche) ; 2) il General Decision Making style- GDMS- (Scott & Bruce, 1995) nella versione italiana di Di Fabio (2007) affiancato a una scheda delle caratteristiche sociodemografiche del campione (Allegati 1,2,3)

- 1) Il Questionario WHOQOL-BREF è un questionario autocompilato generale sulla qualità di vita percepita composto da 26 items con punteggio su scala likert 1 - 5. La versione utilizzata in questo studio è quella data dal gruppo di lavoro WHO nella versione italiana di De Girolamo (2000). I quesiti proposti, pur avendo la stessa scala likert 1-5, esprimono misure diverse a seconda dell’item: nell’item 1, il punteggio 1 esprime la misura “molto cattiva”, il punteggio 2 esprime “cattiva”, il punteggio 3 “né cattiva, né buona ; punteggio 4 “buona”, il punteggio 5 “molto buona”, gli items 2, 16,17,18,19,20,21,22,23,24 e 25 hanno come opzioni di risposta punteggio 1 “molto insoddisfatto/a,” , punteggio 2 “ insoddisfatto/a”, punteggio 3 “né soddisfatto/a né insoddisfatto/a “ , punteggio 4 “ soddisfatto/a, punteggio 5 “ molto soddisfatto/a”, mentre gli items 3,4, 5, 6,7, 8, 9, 10,11,12,13,14, 15 prevedono come misurazioni al punteggio 1 “per niente”, al punteggio 2 “poco”, al punteggio 3 “abbastanza”, al punteggio 4 “ in gran parte” e al punteggio 5 “completamente”. Il punteggio attribuibile al questionario va da un minimo di 26 a un massimo di 130; gli autori non dichiarano un cut off in quanto enfatizzano la multidimensionalità del fenomeno di interesse. Ciò viene sottolineato dal fatto che gli autori raggruppano i diversi items nelle seguenti aree ascrivibili al tema della qualità di vita: l’area fisica, l’area psicologica, l’area sociale e l’area ambientale come mostrato in tab 1. Per lo studio di validazione in Italia, i dati sono stati raccolti nei tre centri di Bologna, Modena e Padova, che compongono il Centro Collaborativo italiano che aderisce al Progetto internazionale WHOQOL. Il disegno dello studio prevedeva, per la validazione dell’WHOQOL BREF, la somministrazione dello strumento ad almeno 300

persone in contatto con strutture sanitarie- sono stati somministrati 379 questionari-stratificate per sesso (50% maschi e 50% femmine), età ( $\leq 45$ ,  $>45$  anni) e diverse condizioni di salute (presenza/assenza di patologia clinica). Circa l'80% del campione è stato reclutato con procedura randomizzata. Nello studio di validazione originale condotto dall'OMS, al fine di ottenere la versione breve dello strumento, da ciascuna delle 24 sezioni del WHOQOL-100 è stato selezionato l'item che risultava più aderente alla definizione operativa della sezione stessa e che mostrava la più elevata correlazione con il punteggio totale, ottenuto attraverso la media di tutte le sezioni: sono stati quindi aggiunti 2 items di carattere generale che misurano la QOL e la salute complessiva. La struttura finale del WHOQOL-BREF è stata sottoposta ad un'analisi fattoriale di conferma, al fine di controllare che la selezione degli items non avesse pregiudicato l'integrità delle quattro aree da esplorare. Nei tre sets di dati prima menzionati è stata confermata la validità del modello della QOL a quattro aree, espressa da un Comparative Fit Index superiore a 0.90. I punteggi delle aree sono stati ottenuti moltiplicando per quattro la media degli items appartenenti a ciascuna area per facilitare il confronto con i punteggi dello SF-36. La consistenza interna è risultata adeguata per 3 aree su 4; i valori di alfa di Cronbach erano infatti pari a 0.80 per l'area fisica, 0.75 per quella psicologica e 0.73 per l'area dell'ambiente. Per quanto riguarda l'area delle relazioni sociali, che comprende 3 soli items, il coefficiente era invece pari a 0.65; tale valore va considerato con cautela, dal momento che l'alfa di Cronbach richiede un minimo di 4 items per essere attendibile. Per convenzione, i punteggi registrati sono stati divisi in livelli di qualità di vita percepita: Bassa qualità di vita percepita per punteggi complessivi  $\leq 52$  punti, media qualità di vita percepita per punteggi dai 53 punti ai 78 punti, alta qualità di vita percepita per punteggi superiori ai 78 punti.

Tab 1: Aree del questionario WHOQOL BREF con i rispettivi items

<i>Questionario WHOQOL-BREF</i>	<i>Items per ciascun area</i>
<b>Area stato di salute (2 Items)</b>	1.Come valuta la qualità della Sua vita ?
	2.E' soddisfatto/a della Sua salute ?
<b>Area Fisica (7 Items)</b>	3.In che misura i dolori fisici Le impediscono di fare le cose che deve fare ?
	4.Ha bisogno di trattamenti o interventi medici per poter affrontare la vita di tutti i giorni ?
	10.Ha l'energia necessaria da poter svolgere le attività di tutti i giorni?
	15.In che misura riesce a muoversi?
	16.E' soddisfatto/a di come dorme ?

	17.E' soddisfatto/a di come riesce a fare le cose di tutti i giorni ?
	18. E' soddisfatto/a della Sua capacità di impegnarsi in attività ?
<b>Area psicologica (6 Items)</b>	5.Quanto si gode la vita?
	6.In che misura Lei pensa che la Sua vita abbia un significato?
	7.Riesce a concentrarsi nelle cose che fa?
	11.Accetta di buon grado il Suo aspetto esteriore?
	19.E' soddisfatto/a di Sé stesso ?
	26.Quanto spesso prova dei sentimenti negativi, come cattivo umore, disperazione, ansia o depressione ?
<b>Area rapporti (3 Items)</b>	20.E' soddisfatto/a dei Suoi rapporti personali con gli altri?
	21.E' soddisfatto/a della Sua vita sessuale ?
	22.E' soddisfatto/a del sostegno che riceve dai Suoi amici?
<b>Area ambiente (8 Items)</b>	8.Quanto si sente al sicuro nella Sua vita di tutti i giorni?
	9.L'ambiente in cui vive è sicuro per la salute (nel senso del rumore, inquinamento, clima ed altre caratteristiche ambientali)?
	12.Le Sue risorse economiche Le bastano per soddisfare i Suoi bisogni?
	13.Le informazioni di cui dispone Le bastano per la vita di tutti i giorni?
	14.Ha la possibilità di dedicarsi ad attività di svago nel tempo libero?
	23.E' soddisfatto/a delle condizioni della Sua abitazione?
	24.E' soddisfatto/a della disponibilità ed accessibilità dei servizi sanitari?
	25.E' soddisfatto/a dei mezzi di trasporto che ha a disposizione?

2) Il General Decision Making Style GDMS (Scott & Bruce, 1995) traduzione italiana di Di Fabio (2007) è composto da 25 item con scala di risposta su scala Likert a 5 punti ( 1 = completamente in disaccordo - 5 completamente d'accordo) per cinque stili decisionali. Il punteggio complessivo che si ottiene va da un punteggio minimo di 25 a un punteggio massimo di 125. I profili dei cinque stili decisionali vengono dati dalla somma di cinque specifici items non prevedendo di fatto nessun valore cut off. Per ogni stile decisionale il punteggio massimo ottenibile è di 25 punti, per ciascuna unità statistica si osservano i vari punteggi ottenuti nei diversi stili; lo stile che ha ottenuto il punteggio più alto è quello che descrive maggiormente l'unità statistica. La validazione dello strumento da parte di Di Fabio (2007) ha rilevato i seguenti coefficienti alfa di Cronbach: 0.73 per il Razionale; .073 per l'Intuitivo; 0.80 per il Dipendente; 0.84 per l'Evitante; 0.78 per lo Spontaneo.

Tab 2: Aree del General Decision Making Style

<i>General Decision Making Style</i>	<i>Items per ciascun area</i>
<b>Stile Razionale</b>	1.Pianifico attentamente le decisioni importanti
	6.Prima di prendere una decisione ricontrollo le mie fonti di informazione per essere certo/a di possedere i dati pertinenti
	11.Prendo decisioni in modo logico e sistematico
	16.Per prendere una decisione ho bisogno di un'attenta riflessione



	21.Quando prendo una decisione, prendo in considerazione le diverse possibilità che ho per raggiungere il mio obiettivo
<b>Stile Istintivo</b>	2.Nel prendere decisioni faccio affidamento sul mio istinto
	7.Nel prendere decisioni tendo a fare affidamento sul mio intuito
	12.Di solito decido in base a ciò che mi sembra giusto
	17.Quando prendo una decisione è per me più importante avere la sensazione che sia la decisione giusta piuttosto che trovare una giustificazione razionale
	22.Quando prendo una decisione, mi affido alle mie sensazioni e reazioni interiori
<b>Stile Dipendente</b>	3.Quando devo prendere decisioni importanti, spesso ho bisogno dell'aiuto di altre persone
	8.Raramente prendo decisioni importanti senza consultare altre persone
	13.È per me più semplice prendere decisioni importanti se ho il sostegno di altre persone
	18.Quando devo prendere decisioni importanti mi avvalgo dei consigli di altre persone
	23.Quando devo affrontare decisioni importanti, mi fa piacere se qualcuno mi indirizza nella giusta direzione
<b>Stile Evitante</b>	4.Evito di prendere decisioni importanti se c'è qualcuno o qualcosa che mi fa pressione
	9.Appena mi è possibile rimando il momento di prendere decisioni
	14.Spesso rimando il momento in cui devo prendere decisioni importanti
	19.Generalmente prendo decisioni importanti all'ultimo minuto
	24.Rimando molte decisioni poiché il pensare ad esse mi rende insicuro e ansioso
<b>Stile Spontaneo</b>	5.Generalmente prendo decisioni repentine
	10.Spesso prendo decisioni su due piedi
	15.Prendo decisioni rapidamente
	20.Spesso prendo decisioni in maniera impulsiva
	25.Quando prendo decisioni faccio ciò che in quel momento mi sembra naturale

#### 4.5 Analisi statistica

L'analisi descrittiva dei punteggi delle variabili quantitative è stata effettuata utilizzando misure di centralità quali la media e la mediana e di dispersione quali la deviazione standard. È stata riportata inoltre una rappresentazione grafica delle distribuzioni dei punteggi mediante box plot e istogrammi

La distribuzione delle variabili di tipo categoriale è stata riportata in termini di frequenze assolute e percentuali.

I valori degli items con accezione negativa sono stati convertiti nel corrispondente valore in accezione positiva; questa operazione è avvenuta durante l'analisi degli items 3,4.26 del questionario WHOQoL BREF.

Il confronto generale delle distribuzioni dei punteggi tra le quattro sedi è stato eseguito con il test non parametrico di Kruskal Wallis dopo che si è verificata la condizione di normalità mediante il test di Shapiro Wilk.

Le analisi eseguite per valutare la presenza di associazione statistica tra coppie di variabili categoriali sono state effettuate tramite il test del Chi- quadro.

I dati sono stati aggregati tra loro e la presenza di associazione tra le variabili è stata valutata mediante matrici di correlazione con il coefficiente r di Spearman .

Per i diversi test statistici usati, il livello di significatività statistica scelto è per valori di p value ottenuti  $\leq 0,05$ .

Il software statistico utilizzato per le analisi è Jamovi Versione 2.3.21 aggiornato a dicembre 2022 con l'installazione del pacchetto "Clinical path"

## CAPITOLO IV

### RISULTATI

Allo studio hanno aderito quattro delle otto sedi del corso di laurea alle quali è stato sottoposto il progetto di studio. Il campione complessivo è risultato composto da 196 studenti del terzo anno di infermieristica. Dei 196 studenti, 47 (24%) provengono dalla sede di Feltre, 45 (23%) da Venezia Mestre, 55 (28 %) da Monselice e 49 (25%) dalla sede di Rovigo. Informazioni di carattere generale sulle caratteristiche sociodemografiche del campione sono presenti nella sezione degli allegati nell'Allegato 4. Nella sede di Rovigo è presente il 37% del campione maschile dell'indagine, il doppio rispetto alla sede di Feltre. Inoltre si osserva che la sede di Venezia Mestre ha gli studenti più giovani; circa il 90% degli studenti di Venezia Mestre ha  $\leq 25$  anni vs il 65% degli studenti di Rovigo. Le informazioni analitiche sulla demografia del campione sono descritte nella tab. 3: il campione è risultato costituito prevalentemente da femmine con un tasso di risposta per singola sede superiore al 70%, ha un'età media che oscilla dai 23 anni fino a un massimo di 24.5, ha una media del voto accademico espressa dagli studenti intorno ai 25/30. Data anche la giovane età, il 90% degli studenti è celibe/nubile e nell'80% dei casi vive con la famiglia che sostiene le spese universitarie poiché la maggior parte di essi ha dichiarato di essere studente a tempo pieno.

Non emergono significative differenze tra le vari sedi, il campione presenta caratteristiche omogenee per lo stato civile, la situazione abitativa e la condizione attuale

Tab.3: Caratteristiche sociodemografiche del campione suddiviso per sede del corso di laurea

		<b>Feltre</b>	<b>Venezia Mestre</b>	<b>Monselice</b>	<b>Rovigo</b>
<b>Età</b>	Media $\pm$ SD	24.0 ( $\pm$ 4.37)	23.0 ( $\pm$ 2.96)	23.8 ( $\pm$ 4.10)	24.5 ( $\pm$ 4.43)
<b>Voto accademico/30</b>	Media $\pm$ SD	25.0 ( $\pm$ 1.33)	25.6 ( $\pm$ 1.49)	25.6 ( $\pm$ 1.35)	25.8 ( $\pm$ 1.44)
<b>Sesso</b>	Maschile	14,89 %	17,88%	16,36%	28,57%
	Femminile	85,11%	82,22%	83,64%	71,43%
<b>Stato civile</b>	Celibe/nubile	89,36%	95,55%	96,36%	95,92%
	Coniugato/a	10,64%	4,45%	3,64%	2,04%
	Separato/a	/	/	/	2,04%

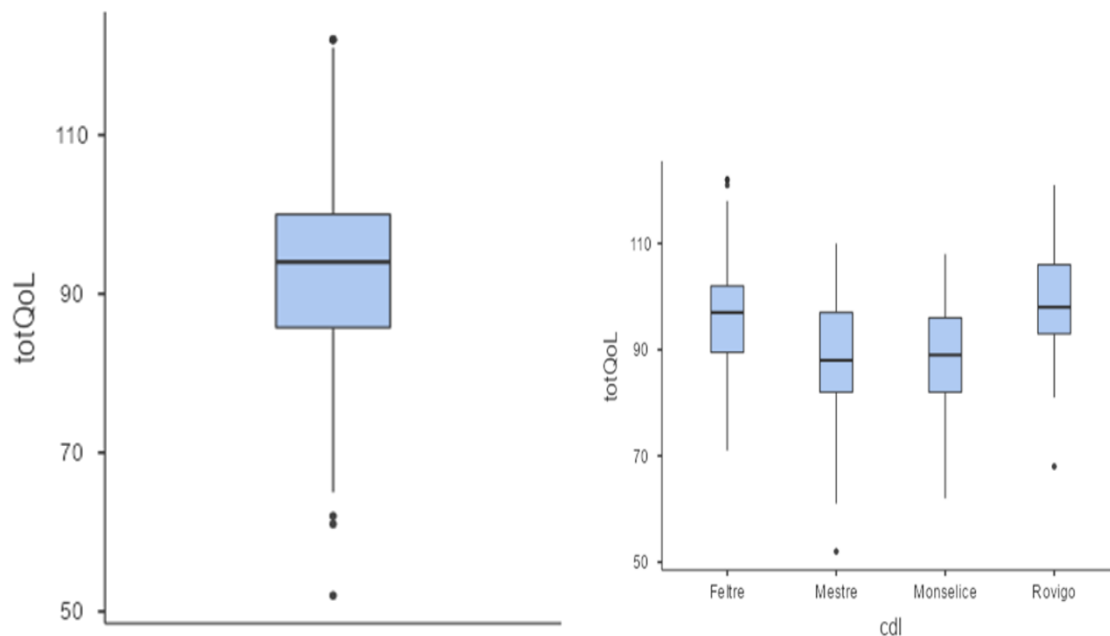
<b>Condizione attuale</b>	Studente	80,85%	77,78%	74,54%	77,55%
	Studente lav part time	14,89%	22,22%	21,82%	12,24%
	Studente lav full time	4,26%	/	3,64%	10,21%
<b>Situazione abitativa</b>	Vive con la famiglia	78,72%	82,22%	80%	77,55%
	Vive da solo	8,51%	/	7,27%	2,04 % +un figlio
	Vive con altri	4,26%	2,22%	3,63%	/
	Vive con un partner	8,51%	15,56%	9,10%	20,41%

### ***Qualità di vita percepita***

Dai questionari compilati, i punteggi ottenuti dagli studenti riferiscono in media un'alta qualità di vita percepita in tutte le quattro sedi indagate; la migliore qualità di vita espressa nella sede di Rovigo che ha ottenuto 99 punti di media. Solo uno studente ha registrato un punteggio di bassa qualità di vita percepita, i restanti punteggi rimandano al valore di 70 punti (media qualità di vita) o punteggi superiori

Il grafico 2 mostra il box plot generale e i box plot suddivisi per sede di corso di laurea: la sede di Rovigo insieme a quella di Feltre hanno registrato punteggi medi complessivi superiori ai 90 punti, mentre Monselice e Venezia Mestre con un andamento sovrapponibile hanno espresso punteggi medi di 88 punti.

Grafico 2: Box plot del campione e suddiviso per sede del corso di laurea dei punteggi medi complessivi del WHOQoL BREF



La qualità di vita è stata indagata con il questionario sulla qualità di vita della WHO: WHOQoL BREF (WHO,1994). Il questionario permette di stratificare gli studenti per aree e per livello di qualità attribuito su scala likert a 5 valori dove a valore 1 corrisponde il livello più basso di qualità di vita percepita in base all’item, mentre il punteggio 5 corrisponde il livello più alto di vita percepita ad eccezione dei tre items che ,nella tab 4 appaiono sottolineati, in quanto sono gli unici items che hanno nella loro formulazione un contenuto negativo pertanto il punteggio più basso incide positivamente sulla qualità di vita percepita, mentre al contrario punteggi più alti implicano una qualità di vita percepita maggiormente compromessa.

Tab. 4 Valori di indice complessivo sintetico del questionario WHOQoL BREF

WHOQoL BREF item	Media	Mediana	SD	Scarto Interquartile (IQR)	Shapiro Wilk test <i>p</i>
<u>Qolf1</u>	3.96	4.00	0.661	0.00	< .001
<u>Qolf2</u>	3.92	4.00	0.913	0.00	< .001
<u>Qolf3</u>	2.04	2.00	0.921	2.00	< .001
<u>Qolf4</u>	1.41	1.00	0.790	1.00	< .001
<u>Qolf5</u>	3.16	3.00	0.908	1.00	< .001

<b>Qolf6</b>	3.82	4.00	0.844	1.00	<.001
<b>Qolf7</b>	3.28	3.00	0.776	1.00	<.001
<b>Qolf8</b>	3.39	3.00	0.825	1.00	<.001
<b>Qolf9</b>	3.47	4.00	0.908	1.00	<.001
<b>Qolf10</b>	3.29	3.00	0.940	1.00	<.001
<b>Qolf11</b>	3.08	3.00	0.952	1.00	<.001
<b>Qolf12</b>	3.20	3.00	1.002	1.00	<.001
<b>Qolf13</b>	3.58	4.00	0.757	1.00	<.001
<b>Qolf14</b>	2.94	3.00	1.082	2.00	<.001
<b>Qolf15</b>	3.45	3.00	0.967	1.00	<.001
<b>Qolf16</b>	3.05	3.00	1.225	2.00	<.001
<b>Qolf17</b>	3.57	4.00	0.765	1.00	<.001
<b>Qolf18</b>	3.74	4.00	0.816	1.00	<.001
<b>Qolf19</b>	3.76	4.00	0.817	1.00	<.001
<b>Qolf20</b>	3.80	4.00	0.808	1.00	<.001
<b>Qolf21</b>	3.71	4.00	1.001	1.00	<.001
<b>Qolf22</b>	3.76	4.00	0.866	1.00	<.001
<b>Qolf23</b>	4.21	4.00	0.759	1.00	<.001
<b>Qolf24</b>	3.61	4.00	0.855	1.00	<.001
<b>Qolf25</b>	3.57	4.00	1.048	1.00	<.001
<b>Qolf26</b>	2.81	3.00	0.911	1.00	<.001

Nel complesso, gli studenti hanno risposto assegnando un punteggio tendenzialmente alto con media di 4.21 all'item n 23 del questionario della WHOQoL BREF in cui si indagava la soddisfazione percepita per la propria abitazione che, dalle caratteristiche sociodemografiche descritte, risulta essere l'abitazione dove vivono con la propria famiglia, mentre l'item con punteggio più basso con una media di 1.41 appartiene all'item n 4 attraverso il quale si chiedevano informazioni in merito alla frequenza di ricorrere a trattamenti medici.

Tra gli items a connotazione negativa, la media più alta del campione ottenuta è di 2.81 per l'item n 26, ne consegue che gli studenti sentono di provare sentimenti negativi abbastanza frequentemente.

In 10 dei 26 items il 50% del campione ha dato un punteggio di incertezza assegnando score 3 - né soddisfatto né insoddisfatto alla domanda sulla soddisfazione del proprio sonno, mentre nei restanti 9 items dove si indagava chiedendo in che misura gli studenti avessero sperimentato o siano stati capaci di fare certe cose, il giudizio medio complessivo è stato espresso con la voce “abbastanza” corrispondente allo score 3.

Fatta eccezione degli items 3 e 4 a connotazione negativa, i restanti items hanno avuto un giudizio complessivo espresso dallo score 4 che corrisponde alla misura “molto/ in gran parte”.

Per il confronto a gruppi e per la costruzione della matrice di correlazione, gli items sono stati resi omogenei, pertanto le scale likert dei 3 items a connotazione negativa sono state trasformate.

Le distribuzioni delle risposte hanno mostrato delle asimmetrie e il test della normalità ha dato dei  $p < .001$

L'analisi dei dati mostra che gli studenti in tutte le sedi dei corsi di laurea valutano complessivamente buona la propria qualità di vita (item 1: 4.06 -3.78-3.73-4.31), valutano soddisfacente il proprio stato di salute (item 2: 4.02-3.69-3.69-4.23), la propria abitazione (item 23: 4.32-4.27-4.09-4.18), si sentono abbastanza soddisfatti della concentrazione nelle cose che fanno (item 7: 3.40-3.18-3.09-3.47), dell'ambiente in cui vivono ( item 9: 3.77-3.18-3.31- 3.65), della loro energia (item 10 :3.38 -3.11- 3.13-3.55)

Valutano positivamente il proprio aspetto esteriore (item 11: 3.30-2.91-2.75-3.41), le risorse economiche a loro disposizione (item 12 3.62-3.13 -2.96-3.14), le informazioni in loro possesso per la vita di tutti i giorni (item 13 3.79 -3.56 -3.33 -3.67), la loro possibilità di muoversi e svaghi ai quali riescono a dedicarsi nel loro tempo libero (item 14 :3.34-2.60-2.45-3.43 e item 15:3.40-3.27-3.25-3.88)

Anche dal confronto per sedi, emerge il grado di incertezza all'item 16 sulla soddisfazione del sonno ( item 16:3.28-2.78-3.00-3.12), mentre per i restanti items dal 17 al 22 gli studenti si ritengono soddisfatti della loro capacità di impegnarsi in attività, di loro stessi, dei loro rapporti con gli altri, della propria vita sessuale e dei propri amici; il maggior grado di soddisfazione viene espresso dagli studenti del corso di laurea con sede a Rovigo che presentano di media un punteggio superiore al 4 negli items 19,20,21 e 22.

Emerge tra gli studenti qualche incertezza nel valutare la disponibilità e accessibilità dei servizi sanitari e dei mezzi di trasporto (items 24 e 25) perlopiù nelle sedi dei corsi di laurea di Venezia Mestre e Monselice che hanno assegnato come punteggio medio di 3.42 e 3.33 per quanto riguarda l'item 24, invece punteggio medio di 3.29 e 3.35 nell'item 25 (Allegato 6).

Di seguito, nella tab.5, vengono descritti gli indici di centralità e di dispersione ottenute dal campione identificando le diverse aree descritte precedentemente nella tab.1 e 2, mentre nelle ultime due colonne si riporta il confronto tra le medie dei maschi e delle femmine e il p value del t test

Tab. 5 Indici di centralità e di dispersione delle aree della WHOQoL BREF del campione e suddiviso per sesso . N=196						
Area	Media	Mediana	SD	IQR	Media maschio/ femmina	<i>p</i>
<b>Stato di salute (2 items)</b>	7.85	8.00	1.43	2	8.34 /7.73	0.009
<b>Fisica (7 items)</b>	25.59	26.00	4.04	6	28.0/25.00	< .001
<b>Psicologica (6 items)</b>	20.27	20.00	3.60	5	22.50/19.70	< .001
<b>Rapporti (3 items)</b>	11.24	12.00	2.07	2	12.00/11.10	0.013
<b>Ambientale (8 items)</b>	27.98	28.00	4.29	6	30.60/27.30	< .001

I punteggi aggregati nelle diverse aree indagate dallo strumento di indagine confermano quanto è emerso dai singoli items descritti precedentemente, da un'ulteriore analisi effettuate per caratteristiche sociodemografiche emerge una differenza tra il sesso maschile e quello femminile nelle medie riportate in tutte le aree: gli studenti di sesso maschile, infatti, hanno espresso una qualità di vita percepita superiore con punteggi medi fino a 3 punti di differenza nelle aree con maggiori items.

Allo stesso modo si riportano i punteggi medi ( $\pm$  SD) delle diverse aree del WHOQoL BREF nelle sedi dei corsi di laurea con il p value ottenuto dal confronto per sedi.



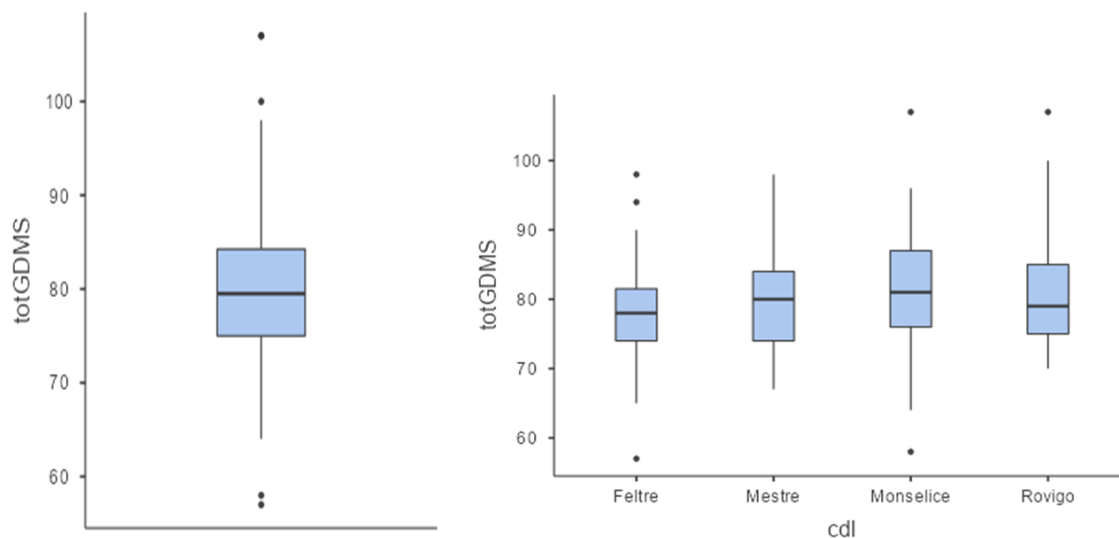
Tab 6: Media $\pm$ deviazione standard di ciascun area del WHOQoL BREF suddiviso per sede del corso di laurea					Kruskal Wallis test
Area	Feltre	Venezia Mestre	Monselice	Rovigo	<i>p</i>
<b>Stato di salute</b>	8.09( $\pm$ 1.44)	7.47( $\pm$ 1.16)	7.42( $\pm$ 1.23)	8.45( $\pm$ 1.61)	<.001
<b>Fisica</b>	26.04( $\pm$ 4.39)	24.53( $\pm$ 4.16)	25.07( $\pm$ 3.75)	26.69( $\pm$ 3.64)	0.053
<b>Psicologica</b>	20.74( $\pm$ 3.63)	19.44( $\pm$ 3.54)	18.96( $\pm$ 3.28)	22.04( $\pm$ 3.22)	<.001
<b>Rapporti</b>	11.00( $\pm$ 2.20)	10.60( $\pm$ 2.34)	10.96( $\pm$ 1.62)	12.39( $\pm$ 1.69)	<.001
<b>Ambientale</b>	30.09( $\pm$ 4.31)	26.56( $\pm$ 4.13)	26.02( $\pm$ 3.48)	29.47( $\pm$ 3.86)	<.001

Risulta evidente che gli studenti del corso di laurea con sede a Rovigo abbiano espresso una migliore qualità di vita percepita riportando punteggi medi più alti in tutte le aree indagate tranne nell'area ambientale. Dalle medie riportate in tutte le aree, appare che la qualità di vita percepita dagli studenti del corso di laurea di Venezia Mestre sia sovrapponibile alla qualità di vita percepita del corso di laurea di Monselice, mentre la qualità di vita percepita dagli studenti del corso di laurea di Feltre si avvicini a quella riferita dagli studenti di Rovigo.

### ***Stili decisionali***

Il secondo strumento di indagine usato è stato il General Decision Making style (GDMS). La media dei punteggi complessivi risultano simili in tutte le sedi: nel corso di Monselice e Rovigo è di 80.9 punti, Venezia Mestre 80 punti e infine Feltre 78.3.

Grafico 3: Box plot del GDMS complessivo e suddiviso per sede di corso di laurea



Gli studenti complessivamente hanno espresso di essere d'accordo quando si tratta di pianificare attentamente le decisioni importanti (GDMS1) e di considerare le diverse possibilità che si hanno per raggiungere gli obiettivi al momento di decidere (GDMS21) e di consultare le fonti o i dati a disposizione prima dell'attuazione (GDMS6); esprimono di essere in disaccordo nel prendere decisioni repentine (GDMS5), decisioni su due piedi (GDMS10), all'ultimo minuto (GDMS 19) o impulsivamente (GDMS20).

Esprimono disaccordo nel rimandare il momento quando bisogna prendere decisioni importanti (GDMS14) e non appaiono insicuri o ansiosi se procrastinano nella scelta (GDMS24).

Al confronto per gruppo quanto è emerso dalle medie complessive, si conferma che in tutte le sedi gli studenti si sono espressi mostrandosi d'accordo con l'espressione riportata negli items 1-6 e 21 dello stile decisionale razionale poiché hanno riportato delle medie vicine al punteggio 4.

Allo stesso modo risulta chiara la tendenza nell'essere in disaccordo per gli items 5-10-14-19-20 e 24 .

Un'ulteriore differenza dei punteggi medi delle diverse sedi che si rileva è negli items 11 dove gli studenti del corso di laurea di Rovigo si mostrano più che d'accordo nel prendere

decisioni in modo logico e sistematico (media 4.12) e nell'item 12 in cui gli studenti di Rovigo e Venezia Mestre esprimono di essere d'accordo col prendere decisioni giuste.

Emerge, inoltre, un'incertezza che accomuna tutte le quattro sedi negli items 8,23 e 18 che indagano quanto gli studenti vogliano la presenza o si avvalgano del consulto di altre persone e negli items 17 e 22 che indagano sulle sensazioni/reazioni interne nel momento in cui si prende una decisione. I dati denotano che gli studenti, indipendentemente dall'elezione del corso; non evitano di prendere decisioni importanti anche quando c'è qualcuno o qualcosa che li possa mettere sottoppressione.

Tab 7 Media  $\pm$ deviazione standard dei diversi stili suddivisi per sede di corso di laurea

Stile	Feltre	Venezia Mestre	Monselice	Rovigo	Kruskal Wallis test
					<i>p</i>
<b>Razionale</b>	19.8( $\pm$ 2.39)	19.8( $\pm$ 2.60)	19.3( $\pm$ 1.90)	20.2( $\pm$ 2.10)	0,305
<b>Istintivo</b>	16.4( $\pm$ 2.92)	17.8( $\pm$ 2.28)	17.3( $\pm$ 2.70)	17.9 ( $\pm$ 2.73)	0,056
<b>Dipendente</b>	16.7( $\pm$ 2.61)	16.5( $\pm$ 3.72)	16.9( $\pm$ 2.54)	16.8( $\pm$ 3.24)	0,897
<b>Evitante</b>	12.4( $\pm$ 3.59)	12.2( $\pm$ 3.81)	13.2( $\pm$ 3.34)	12.0( $\pm$ 3.53)	0,136
<b>Spontaneo</b>	13.0( $\pm$ 3.38)	13.7( $\pm$ 3.28)	14.2( $\pm$ 3.24)	13.9( $\pm$ 3.47)	0,175

La tab. 7 mostra i punteggi medi riportati dagli studenti nei diversi stili suddivisi per sede: gli studenti sembrano essere concordi nell'adozione come stile decisionale dominante lo stile razionale che ha riportato il punteggio medio più alto in tutte le sedi dei corsi di laurea e di ritenere il meno adatto lo stile evitante. Gli studenti hanno espresso qualche incertezza per quanto riguarda lo stile spontaneo, mentre gli stili istintivi e dipendenti appaiono come stili alternativi allo stile razionale.

La tendenza dei dati appare sovrapponibile in tutte le sedi dei corsi di laurea: l'analisi statistica non ha prodotto differenze significative.

Descritte le caratteristiche principali dei risultati dei questionari WHOQoL BREF e GDMS, si indaga in merito alla relazione tra qualità di vita percepita e stili decisionali.

Di seguito si illustrano i risultati ottenuti dalla matrice di correlazione tra le aree della qualità di vita percepita e gli stili decisionali e i relativi totali.

Grafico 4: Matrice di correlazione fattori incidenti la qualità di vita e stili decisionali

Matrice di Correlazione

	totQoL	area stato di salute	area fisica	area psicologica	area rapporti	area ambiente	totGDMS	stile razionale	stile istintivo	stiledipendente	stile evitante	stilespontaneo	sezzo
totQoL	—												
area stato di salute	0.688***	—											
area fisica	0.829***	0.532***	—										
area psicologica	0.837***	0.578***	0.624***	—									
area rapporti	0.593***	0.357***	0.359***	0.458***	—								
area ambiente	0.808***	0.509***	0.553***	0.537***	0.400***	—							
totGDMS	-0.135	-0.019	-0.196**	-0.164*	-0.095	-0.061	—						
stile razionale	0.005	0.069	-0.019	0.002	-0.005	0.029	-0.048	—					
stile istintivo	0.144*	0.159*	0.089	0.062	0.112	0.102	0.575***	-0.138	—				
stiledipendente	-0.085	-0.001	-0.106	-0.151*	-0.009	-0.026	0.543***	0.196**	0.082	—			
stile evitante	-0.298***	-0.214**	-0.342***	-0.323***	-0.176*	-0.144*	0.699***	-0.250***	0.173*	0.266***	—		
stilespontaneo	0.010	0.053	-0.036	0.066	-0.016	-0.028	0.615***	-0.441***	0.428***	-0.035	0.400***	—	
sezzo	-0.331***	-0.187**	-0.309***	-0.290***	-0.177*	-0.301***	0.013	0.006	-0.044	0.059	0.046	-0.114	—
eta	0.058	0.097	-0.033	0.184*	0.064	-0.043	0.050	0.000	0.115	-0.111	0.020	0.130	-0.112

Nota. \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

La matrice di correlazione del Grafico 4 mostra una moderata concordanza tra le diverse aree della qualità di vita percepita tra di loro; non mostra correlazioni forti di nessun segno – positivo o negativo- tra le varie aree della qualità di vita percepita della WHOQoL BREF e i diversi stili decisionali della GDMS.

Emergono altre informazioni da considerare utili:

- La correlazione moderata negativa dello stile razionale e lo stile evitante e spontaneo (-0.250 e -0.441)
- La correlazione positiva dello stile razionale e lo stile dipendente vs stile dipendente e stile evitante (0.196 vs 0.266)
- La correlazione moderata negativa dello stile evitante con tutte le aree della qualità di vita percepita (-0.214, -0.342,-0.323,-0.176,-0.144)
- La correlazione moderata positiva dello stile spontaneo con lo stile istintivo ed evitante (0.428 e 0.400) e allo stesso tempo la correlazione moderata negativa dello stile spontaneo e lo stile razionale (-0.441)

- Il sesso non predispone a uno stile decisionale dominante; il sesso femminile si correla negativamente in tutte le aree della qualità di vita
- Non emerge una correlazione legate al fattore età fatta eccezione per l'area psicologica; il fattore età non sembra incidere sulla qualità di vita e sulla predisposizione degli studenti ad adottare uno stile decisionale dominante.

## DISCUSSIONE

Il presente elaborato di tesi ha come obiettivo quello di valutare la qualità di vita percepita e la predisposizione a uno stile decisionale dominante in una coorte di studenti del terzo anno di infermieristica dell'Università degli studi di Padova, indagando se esiste una relazione tra la qualità di vita percepita e gli stili decisionali.

In linea con il report di Almalaurea si conferma la giovane età degli studenti dell'ultimo anno del corso di laurea in infermieristica che si presenta simile in tutte le sedi indagate. Inoltre, la scelta di diventare infermieri tuttora riguarda maggiormente il sesso femminile.

Gli studenti riferiscono di vivere con la propria famiglia ed esprimono l'intenzione di inserirsi nell'ambiente lavorativo dopo aver ottenuto la laurea.

A differenza di quanto riscontrato negli studi di De Araujo e di Facco (De Araujo et al, 2011; Di Facco et al, 2013), l'indagine non ha riscontrato situazioni di bassa qualità di vita percepita, appare essere soddisfacente la qualità di vita dello studente con punte anche elevate nelle sedi di Feltre e Rovigo.

In accordo con lo studio di Emamjomeh (Emamjomeh et al., 2021), il dominio dove gli studenti esprimono maggior benessere è rappresentato dal dominio fisico, negli altri domini, seppur con una differenza statisticamente risultata positiva, non si riscontrano in generale punteggi tra le diverse sedi fortemente in contrasto.

A un'analisi statistica nelle diverse aree è stata riscontrata una differenza significativa in tutte le aree suddivise per le sedi del corso di laurea, nonostante il giudizio espresso dagli studenti nella maggior parte sia risultato soddisfacente.

Tra gli items a connotazione negativa, gli studenti hanno risposto che non hanno avuto bisogno di trattamenti medici e di non provare sensazioni dolorifiche al momento, risulta invece abbastanza frequente l'insorgenza di sentimenti negativi come la depressione, l'ansia e la paura.

In linea con quanto riportato in letteratura, gli studenti hanno espresso di non essere soddisfatti della loro qualità di sonno; ciò potrebbe essere dovuto, come documentato dagli

studi analizzati, dal fatto che si sentano sottopressione per gli impegni universitari a cui devono far fronte tra lezioni teoriche, esperienze di tirocinio e altre attività correlate

Una differenza è emersa nel confronto tra studenti di sesso maschile e di sesso femminile: gli studenti di sesso maschile hanno riportato dei punteggi medi nelle aree della qualità di vita più alti delle colleghe, mentre non si riscontrano differenze significative in merito alla qualità di vita percepita e le restanti caratteristiche sociodemografiche.

Per quanto riguarda lo stile decisionale sembra emergere una maggiore focalizzazione sullo stile razionale e sullo stile istintivo da parte degli studenti indagati che richiama il modello decisionale di Scott & Bruce (Scott & Bruce, 1995). L'ipotesi che potesse esistere una relazione non ha trovato conferma significativa sul piano statistico e rimanda a ulteriori indagini più focalizzate sugli aspetti di possibile relazione. Rimane da chiarire il sistema delle concause o variabili influenti nell'adozione di uno stile decisionale da parte dello studente.

Per quanto riguarda gli stili decisionali, a differenza degli items sulla qualità di vita, gli studenti di tutte le sedi dei corsi di laurea in infermieristica dell'Università di Padova hanno ottenuto dei punteggi distribuiti in modo omogeneo; gli studenti si sono espressi negativamente in merito all'adozione dello stile decisionale evitante piuttosto sembrerebbero più propensi a dare risposte che implicano utilizzo di poco tempo e risorse (stile spontaneo).

Come risposta allo stile razionale, gli studenti preferiscono lo stile istintivo/intuitivo; dai dati appare che gli studenti tengono in considerazione le proprie sensazioni interiori, il proprio istinto e il proprio senso di giustizia –al di là della razionalità dei processi. Lo stile istintivo, ad un'analisi suddivisa per sedi dei corsi di laurea, sembrerebbe essere quello che ha diviso di più la coorte analizzata: infatti ha trovato molti consensi, in generale in tutte le sedi, con studenti che hanno dato punteggi tra 4 e 5, ma anche studenti che ne hanno criticato il senso dando punteggio 3 e 2. La statistica test usata ha mostrato un grado di incertezza, ne consegue che tale stile sia ancora aspetto di interesse che merita maggiori approfondimenti.

In merito al quesito di ricerca sull'esistenza di una relazione tra qualità di vita percepita e stili decisionali, dallo studio emerge che maggiore è il livello complessivo di qualità di vita percepita, minore è la tendenza da parte degli studenti ad adottare lo stile decisionale

evitante. La matrice di correlazione presente nel capitolo precedente chiarisce come ciascun'area indagata dal questionario WHOQoL BREF abbia riscontrato delle correlazioni negative con lo stile evitante. Nello studio della relazione degli stili decisionali sembra che gli studenti più predisposti all'adozione dello stile razionale nel proprio processo decisionale siano più portati a consultarsi con altri individui e anche, talvolta, a farsi guidare nella scelta della decisione finale.

La mancata conferma di una relazione tra qualità di vita e stile decisionale dominante e le relazioni riscontrate tra i vari stili, oltre a poter essere oggetto di ulteriori indagini, lascia ancora aperta l'ipotesi sulla flessibilità degli stili decisionali e su quanto uno stile possa influenzarne un altro.

### Limiti

La complessità della ricerca condotta, assieme a tutti i possibili effetti confondenti derivanti dalle numerose variabili che sono entrate in gioco, hanno condotto a dei limiti che, se pur non inficiati la metodologia usata per l'elaborato di tesi, potrebbero aver generato dei bias:

- di selezione, durante l'arruolamento dei soggetti attivi coinvolti tipo "campionamento di convenienza"
- Di misura e raccolta dati: le caratteristiche sociodemografiche e l'adozione degli stili decisionali hanno mostrato una certa omogeneità in tutte le sedi dei corsi di laurea, ciò non ha permesso di analizzare i fenomeni di interesse nelle molteplici sfaccettature.



## CONCLUSIONI

L'esistenza di un'associazione tra qualità di vita percepita e l'adozione di uno stile dominante non è emersa in questo studio; i dati elaborati non permettono di soddisfare totalmente i quesiti iniziali sulla relazione alto livello di qualità di vita percepita/stile razionale o istintivo e basso livello di qualità di vita percepita/stile evitante o spontaneo o dipendente.

Le associazioni ipotizzate andrebbero maggiormente analizzate attraverso studi più ampi, di tipo multicentrico; utile potrebbe essere un confronto anche con studenti provenienti da altri corsi di studio per valutare se l'adozione dello stile razionale sia un'impostazione mentale maggiormente diffusa solo tra gli studenti delle professioni sanitarie.

Pertanto, emerge che i fenomeni di interesse e la relazione tra di loro sono stati poco indagati nella letteratura soprattutto tra gli studenti, sarebbe auspicabile la produzione di nuovi studi che possano delineare in maniera più chiara le associazioni ipotizzate.

## BIBLIOGRAFIA

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., & de Haes, J. C. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.36>
- Allinson, C. W., & Hayes, J. (1996). The Cognitive Style Index: A measure of intuition-analysis for organizational research. *Journal of Management Studies*, 33(1), 119-135. doi: 10.1111/j.1467-6486.1996.tb00801.x
- Andersen, J. A. (2000). Intuition in managers: Are intuitive managers more effective? *Journal of Managerial Psychology*, 15, 46-67
- Amattayakong, C., Klunklin, A., Kunawiktikul, W., Kuntaruksa, K., & Turale, S. (2020). Wellness among nursing students: A qualitative study. *Nurse education in practice*, 48, 102867. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102867>
- Apolone G. & Mosconi P. (1998). The Italian SF-36 health survey:translation, validation and norming. *Journal of Clinical Epidemiology* 11, 1025-1036.
- Arroba, T. (1977). Styles of decision making and their use: An empirical study. *British Journal of Guidance and Counselling*, 5, 149-158.
- Beach L.R. (1993).Broadening the definition of decision making :the role of prochoice screening of opinion, *Psychological Science*, vol.4, pp .215-220
- Bhandari, P., (201)2. Stress And Health Related QOL Of Nepalese Students Studying In South Korea: A Cross-Sectional Study. *Health Qual. Life Outcomes* 10, 26–34.
- Brew, F. P., Hesketh, B., & Taylor, A. (2001). Individualist-collectivist differences in adolescent decision making and decision styles with Chinese and Anglos. *International Journal of Intercultural Relations*, 25, 1-19.
- Costantino V.& Magnano P. (2012) Stili decisionali in Competenze trasversali e scelte formative: Strumenti per valutare metacognizione, motivazione, interesse e abilità sociali nella continuità tra i livelli scolastici, cap 8, pp 95-106,Edizioni Erickson

- Cruz, J. P., Felicilda-Reynaldo, R., Lam, S. C., Machuca Contreras, F. A., John Cecily, H. S., Papathanasiou, I. V., Fouly, H. A., Kamau, S. M., Valdez, G., Adams, K. A., & Colet, P. C. (2018). Quality Of Life Of Nursing Students From Nine Countries: A Cross-Sectional Study. *Nurse Education Today*, 66, 135–142. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.016>
- De Araujo, M.A.N., Lunardi Filho, W.D., Leite, L.R.C., Ma, R.T.K., Da Silva, A.A., Souza, De Oliveira, B. M., Mininel, V. A., & Felli, V. E. (2011). Qualidade De Vida De Graduandos De Enfermagem [Quality Of Life Of Undergraduate Nursing Students]. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 64(1), 130–135. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100019>
- Di Fabio, A. (2007). General Decision Making Style (GDMS): Un primo contributo alla validazione italiana. *GIPO, Giornale Italiano di Psicologia dell'Orientamento*, 8(3), 17-25.
- Di Fabio, A., & Blustein, D. L. (2010). Emotional intelligence and decisional conflict styles: Some empirical evidence among Italian high school students. *Journal of Career Assessment*, 18(1), 71-81.
- Di Fabio, A., & Kenny, M. E. (2012). The contribution of emotional intelligence to decisional styles among Italian high school students. *Journal of Career Assessment*, 20, 404-414.
- Di Fabio, A., Busoni, L., & Palazzeschi, L. (2011). Indecisiveness Scale (IS): Proprietà psicometriche della versione italiana. *Counseling. Giornale Italiano di Ricerca e Applicazioni*, 4, 13-24.
- Di Nuovo S., Lo Verso G., Di Blasi M. e Giannone F. (1998) Valutare le psicoterapie: la ricerca italiana, Milano, FrancoAngeli
- Driver, M. J., Brousseau, K. E., & Hunsaker, P. L. (1990). *The dynamic decision maker*. New York: Harper & Row.
- Edwards, W. (1954). Probability preferences among bets with differing expected values. *American Journal of Psychology*, 67, 56-67.
- Efficace F., Innominato P.F, Bjarnason G. et al. (2008), Validation of patient's self-reported social functioning as an independent prognostic factor for survival in metastatic colorectal cancer patients. Results of an international study by the Chronotherapy group of the European organization for research and treatment of cancer, «Journal of clinical oncology», 2008, 26, 12, pp. 2020-26.

- Emamjomeh, S. M., Toghyani, A., & Bahrami, M. (2021). The Relationship Between Nursing Students' Quality Of Life With Their Academic Achievement Motivation In Isfahan University Of Medical Sciences, Iran. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, 26(4), 332–336. [https://doi.org/10.4103/Ijnmr.IJNMR\\_389\\_20](https://doi.org/10.4103/Ijnmr.IJNMR_389_20)
- Eswi, A.S., Radi, S., Youssri, H.,( 2013). Stress/Stressors As Perceived By Baccalaureate Saudi Nursing Students. *Middle-East J. Sci. Res.* 14 (2), 193–202.
- Facco S. , Milan M., Massariello P. , Cirio L. , Mussa V. , Dimonte V. (2013). L'abilità di Decision Making dello studente infermiere e la soddisfazione degli utenti: l'esperienza del Corso di Laurea in Infermieristica di Torino, Vol. 13, N. 3, 2013: 32-39
- Freimann, A., & Stimac, H. (2021). EU countries from a quality of life perspective.
- Gati, I., Krausz, M., & Osipow, S. H. (1996). A taxonomy of difficulties in career decision-making. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 510-526.
- Gati, I., & Saka, N. (2001). High school students' career-related decision-making difficulties. *Journal of Counseling and Development*, 7, 331-340.
- Gede Juanamasta, Yupin Aunguroch, Joko Gunawan, Mary L. Fisher,(2022) . Postgraduate And Undergraduate Student Nurses' Well-Being: A Scoping Review,*Journal Of Professional Nursing*, Volume 40,2022,Pages 57-65,ISSN 8755-7223,<https://doi.org/10.1016/J.Profnurs.2022.03.001> In Turkish Nursing School Students. *Nurs. Health Sci.* 15, 415–422.
- Gibbons, C., Dempster, M., & Moutray, M. (2011). Stress, Coping And Satisfaction In Nursing Students. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(3),621–632.
- Girot E.A. (1995) Preparing the practitioner for advanced academic study: the development of critical thinking. *Journal of Advanced Nursing* 21, 387±394
- Grande, R., Berdida, D., Maniago, J. D., Ablao, J. N., Llaguno, M., & Manood, E. G. (2021). Predictors Of Quality Of Life Of Nursing Internship Students From Five Saudi Universities. *Journal Of Taibah University Medical Sciences*, 16(5), 747–754. <https://doi.org/10.1016/J.Jtumed.2021.05.004>
- Harren, V. A. (1979). A model of career decision making for college students. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 119-133.
- Heidke, P., Vandelanotte, C., Irwin, C., Williams, S., Saluja, S., & Khalesi, S. (2021). Associations Between Health-Related Quality Of Life And Health Behaviors In Australian

Nursing Students. *Nursing & Health Sciences*, 23(2), 477–489.  
<https://doi.org/10.1111/Nhs.12832>

- Ho, M., Wong, V.S.W., Chow, P.P.K., Cheng, W.L.S., (2015). A Study On Nursing Students' stress In Hong Kong. *HNE Handover: Nurs. Midwives* 8 (2).
- Hunt, R. G., Krzystofiak, F. J., Meindl, J. R., & Yousry, A. M. (1989). Cognitive style and decision making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 44, 436-453.
- J.C., (2015). *Qualidade De Vida De Estudantes De Enfermagem*. Northeast Network
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free Press.
- Janis, I. L. (1989). *Crucial decisions*. New York: Free Press
- Javeth A. (2018) Relationship between academic stress and mental health of undergraduate nursing students. *Nurs J India* 2018;109:1304
- Kahneman D. e Tversky A (1979) Prospect theory: an analysis of decision under risk, “*Econometrica*”, vol.47, pp 263-291
- Keegan, W. J. (1984). *Judgements, choices and decisions*. New York: Wiley.
- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2016). Depressive vulnerability, stressful life events and episode onset of major depression: a longitudinal model. *Psychological medicine*, 46(9), 1865–1874. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000349>
- Kinchen, E., Loerzel, V., & Portoghese, T. (2020). Yoga And Perceived Stress, Self-Compassion, And Quality Of Life In Undergraduate Nursing Students. *Journal Of Education And Health Promotion*, 9, 292. [https://doi.org/10.4103/Jehp.Jehp\\_463\\_20](https://doi.org/10.4103/Jehp.Jehp_463_20)
- Kleindorfer, P. R., Kunreuther, H. C., & Schoemaker, P. J. H. (1993). *Decision sciences: An integrative perspective*. Cambridge, NY: University Press.
- Lee, C. T., Ting, G. K., Bellissimo, N., & Khalesi, S. (2022). The Associations Between Lifestyle Factors And Mental Well-Being In Baccalaureate Nursing Students: An Observational Study. *Nursing & Health Sciences*, 24(1), 255–264.  
<https://doi.org/10.1111/Nhs.12923>
- Lee W. (1971) *Decision theory and human behaviour*, New York, John Wiley&Sons
- Lima RSS, Cavalcante JL, Machado MFAS, Cavalcante EGR, Quirino GS, Rebouças VCF.(2020) Quality Of Life Of Nursing Students: Analysis In Light Of The Pender’s Model. *Rev Rene*. 2020;21:E42159. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142159>

- Macario G (2015) ,Infermiere neolaureate SUPSI, qualità della vita e ruolo professionale: passaggi biografici
- Magnussen, L., & Amundson, M. J. (2003). Undergraduate Nursing Student Experience. *Nursing & Health Sciences*, 5(4), 261–267.
- Mak, Y. W., Kao, A., Tam, L., Tse, V., Tse, D., & Leung, D. (2018). Health-Promoting Lifestyle And Quality Of Life Among Chinese Nursing Students. *Primary Health Care Research & Development*, 19(6), 629–636. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000208>
- Mann, L., Burnett, P., Radford, M., & Ford, S. (1997). The Melbourne Decision Making Questionnaire: An instrument for measuring patterns for coping with decisional conflict. *Journal of Behavioral Decision Making*, 10, 1-19.
- Mckenny, J., & Keen, P. (1974). How managers' mind work. *Harvard Business Review*, 52, 79-90.
- Mitroff, I. I. (1983). *Stakeholders of the organizational mind*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Moritz, A. R., Marques Pereira, E., Pereira De Borba, K., Clapis, M. J., Gryczak Gevert, V., & De Fátima Mantovani, M. (2016). Quality Of Life Of Undergraduate Nursing Students At A Brazilian Public University. *Investigacion Y Educacion En Enfermeria*, 34(3), 564–572. <https://doi.org/10.17533/Udea.Iee.V34n3a16>
- Orley, J., Kuyken, W., (2014). *Quality Of Life Assessment: International Perspectives*. Springer-Verlag, Berlin. *Nurs. J.* 15 (6)
- Pennacchini, M., Bertolaso, M., Elvira, M. M., & De Marinis, M. G. (2011). A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy. *La Clinica terapeutica*, 162(3), e99–e103.
- Phillips, B. C. (2016). *Clinical decision making in last semester senior baccalaureate nursing students* (Doctoral dissertation, The University of Wisconsin-Milwaukee).
- Pinheiro, J., Macedo, A., Antonioli, L., Dornelles, T. M., Tavares, J. P., & Souza, S. (2020). Quality Of Life, Depressive And Minor Psychiatric Symptoms In Nursing Students. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73 Suppl 1, E20190134. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0134>
- Por, J.,( 2005). A Pilot Data Collecting Exercise On Stress And Nursing Students. *Br. J. Nurs.* 14 (22), 1180–1184.
- Pulido-Martos, M., Augusto-Landa, J.M., Lopez-Zafra, E., (2015). Sources Of Stress In Nursing Students: A Systematic Review Of Quantitative Studies. *Int. Nurs. Rev.* 59, 15–25.

- R Core Team (2021). *R: A Language and environment for statistical computing*. (Version 4.1) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).
- Radford, M. H. B., Mann, L., Otha, Y., & Nakane, Y. (1993). Differences between Australian and Japanese students in decisional self-esteem, decisional stress and coping styles. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 24, 284-297.
- Rapley & Barofsky, I. Quality of Life Research: A Critical Introduction. *Qual Life Res* 13, 1021–1024 (2004). <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000025693.23152.fe>
- Reverté-Villarroya, S., Ortega, L., Raigal-Aran, L., Sauras-Colón, E., Ricomà-Muntané, R., Ballester-Ferrando, D., Rascón-Hernán, C., Botigué, T., Lavedán, A., Gonzalez-Osorio, L., (2021). Psychological well-being in nursing students: a multicentric, cross-sectional study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 18, 3020. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063020>
- Ricchiardi P. (2006). *Imparo a scegliere .Attività per la scuola dell'infanzia e primaria*, Trento, Erickson
- Riley, J. M., Collins, D., & Collins, J. (2019). Nursing Students' Commitment And The Mediating Effect Of Stress. *Nurse Education Today*, 76, 172–177. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.018>
- Ronchi S., Accardi R., Garofalo C (2015) La valutazione infermieristica della qualità di vita e l'applicazione in ambito clinico: una revisione narrativa, *L'infermiere online*
- Scott, N.W., Fayers. P.M., Aaronson, N., et al. (2008) EORTC QLQ-C30 Reference Values. EORTC Quality of Life Group, Brussels.
- Scott, S. G., & Bruce, R. A. (1995). Decision-making style: The development and assessment of a new measure. *Educational and Psychological Measurement*, 55, 818-831.
- Szalai A. Andrews F. (a cura di) (1982), *Quality of Life*. Beverly Hills California, Russel Sage Foundation
- Strepparava MG.(2003). La qualità della vita nel malato in dialisi. *Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche* 2003; XV 1: 11-7
- The jamovi project (2022). *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- The Whoqol Group. *The Development Of The World Health Organization Quality Of Life Assessment Instrument (The WHOQOL)*.

- Orley J, Kuyken W.(1994). Quality Of Life Assessment: International Perspectives. Heidelberg: Springer Verlag;1994. P 41-60.
- Thunholm, P. (2004). Decision-making style: Habit, style or both? *Personality and Individual Differences*, 36, 931-944.
- Taylor K.M. e Pompa j (1990). An examination of the relationship among career decision making, self efficacy, career salience, locus of control and vocational indecision, *Journal of Vocational Behavior*, vol.37, pp.17-31
- Thunholm, P. (2001). Social Desirability in Personality Testing of Military Officers. *Military Psychology*, 13(4), 223– 234.
- Timmins, F., Corroon, A. M., Byrne, G., & Mooney, B. (2011). The Challenge Of Contemporary Nurse Education Programmes. Perceived Stressors Of Nursing Students: Mental Health And Related Lifestyle Issues. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 18(9), 758–766.
- Vahedi S. (2010). World Health Organization Quality-Of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses Of Their Item Response Theory Properties Based On The Graded Responses Model. *Iranian Journal Of Psychiatry*, 5(4), 140–153.
- Van Reeth, O., Weibel, L., Spiegel, K., Leproult, R., Dugovic, C., & Maccari, S. (2000). Physiology Of Sleep (Review)–Interactions Between Stress And Sleep: From Basic Research To Clinical Situations. *Sleep Medicine Reviews*, 4(2), 201–219.
- Villeneuve, P., Heale, R., Rietze, L., & Carter, L. (2018). Exploring Self- Perceptions Of Anxiety Among Nursing Students In The Clinical Setting And Select Demographics. *International Journal Of Nursing Education Scholarship*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1515/Ijnes-2017-0042>
- Von Neumann, J., & Morgenstern, O. (1947). *Theory games and economic behaviour*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Walailak P, Acharaporn S, Nopporn V.(2018). Factors predicting intention among nursing students to seek professional psychological help. *Pac Rim Int J Nurs Res* 2018;22:20011
- Wildermuth, M. M., Weltin, A., & Simmons, A. (2020). Transition Experiences Of Nurses As Students And New Graduate Nurses In A Collaborative Nurse Residency Program. *Journal Of Professional Nursing : Official Journal Of The American Association Of Colleges Of Nursing*, 36(1), 69–75. <https://doi.org/10.1016/J.Profnurs.2019.06.006>



- Xia Y, Zhang L, Zhao N. Impact of Participation in Decision Making on Job Satisfaction: An Organizational Communication Perspective. The Spanish Journal of Psychology. 2016 Sep;19:E58. DOI: 10.1017/sjp.2016.56. PMID: 27644126.
- Zhang L. ,Further investigating thinking styles and psychosocial development in the Chinese higher education context, Learning and Individual Differences, Volume 20, Issue 6, 2010, Pages 593-603, ISSN 1041-6080, <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2010.04.011>.

### **SITOGRAFIA**

- Almalaurea [Condizione occupazionale dei Laureati | Report Almalaurea](#)
- Treccani (2010): [QUALITA DI VITA in "XXI Secolo" \(treccani.it\)](#)

## ALLEGATI

### ALLEGATO A

#### MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Io \_\_\_\_\_ sottoscritto/a

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il:

Dichiaro di aver ricevuto dal Dott. \_Gigantino Salvatore \_\_\_\_\_ esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta di partecipazione alla ricerca in oggetto: “ **Qualità di vita percepita e stile decisionale : quale relazione?**”

Dichiaro altresì di aver potuto discutere tali spiegazioni, di porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e di aver ricevuto risposte soddisfacenti, come pure di aver avuto la possibilità di informarmi in merito ai particolari della ricerca con persona di mia fiducia.

#### **Riservatezza dei dati personali**

Ai sensi del D. L. N°196/03 (Art. 7 e 13) relativo alla tutela della persona per il trattamento dei dati personali, La informiamo che i Suoi dati personali verranno raccolti ed archiviati in modo adeguato e saranno utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca scientifica. Saranno attuate procedure di archiviazione e di trattamento dei dati che impediranno a persone esterne al nostro gruppo di ricerca di poter associare il Suo nome ai dati stessi.

Lei ha diritto, se lo vuole, di sapere quali informazioni saranno archiviate ed in quale modo.

L'accesso a tali dati sarà consentito solo a personale autorizzato. Il Comitato Etico di questo Dipartimento potrà ispezionare l'archivio senza però poter risalire alla Sua personale identità.

I risultati della Ricerca a cui Lei parteciperà potranno essere oggetto di pubblicazione, ma la Sua identità rimarrà segreta. In particolare, i Suoi dati non saranno resi noti ai ricercatori, che conosceranno solo la data del prelievo. Questo è uno studio sperimentale dal quale i ricercatori coinvolti non traggono alcun beneficio diretto. Firmando il modulo di Consenso Informato Lei autorizza l'accesso ai dati sperimentali che La riguardano secondo quanto sopra esposto

Confermo di aver scelto liberamente di partecipare a questa ricerca, avendo capito completamente il significato della richiesta e avendo compreso i rischi e i benefici che sono implicati

o acconsento o non acconsento :

Data \_\_\_\_\_ Firma dello studente \_\_\_\_\_

## **ALLEGATO 1**

### **Scheda caratteristiche sociodemografiche**

○ Corso di riferimento:

1. Padova
2. Monselice
3. Rovigo
4. Venezia Mestre
5. Schio
6. Portogruaro
7. Feltre
8. Treviso

○ Sesso:    M        F

○ Et :

○ Stato civile:

1. Celibe/Nubile
  2. Coniugato/a
  3. Vedovo/a
  4. Separato/a
  5. Divorziato/a
- Titolo di studio:
    1. Diploma
    2. Laurea (diploma di laurea)
    3. Altro
  - Condizione attuale:
    1. Studente
    2. Studente e lavoratore part time
    3. Studente e lavoratore full time
  - Situazione abitativa
    1. Vive con la famiglia
    2. Vive da solo
    3. Vive con altri
    4. Vive con un partner
  - Media accademica espressa in 30esimi:

## **ALLEGATO 2**

### **Questionario WHOQOL-BREF**

### **Istruzioni**

Questo questionario riguarda quello che Lei pensa della qualità della Sua vita, della Sua salute, e di altri aspetti della Sua vita. Per favore, risponda a tutte le domande: se è incerto sulla risposta da fornire ad una domanda, scelga, per favore, quella che corrisponde di più alla sua opinione; spesso si tratterà della risposta che Le è venuta in mente per prima.

Per favore, nel rispondere tenga conto delle sue abitudini di vita, delle Sue speranze, dei Suoi gusti e delle Sue preoccupazioni e pensi a quello che Le è successo negli ultimi 15 giorni.

Ad esempio, alla seguente domanda:

Ottiene dagli altri l'aiuto di cui ha bisogno ?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente

Lei deve fare un segno sul numero che meglio esprime in che misura Lei ha ricevuto l'aiuto di cui ha bisogno negli ultimi 15 giorni. Quindi, Lei deve fare un segno sul numero 4 se ha ricevuto 'Molto' aiuto dagli altri, o sul numero 1 se non ha ricevuto 'Per niente' l'aiuto di cui aveva bisogno. Legga attentamente ogni domanda, rifletta sui Suoi stati d'animo e, come Le abbiamo già suggerito, faccia un segno sulla risposta che meglio corrisponde alla sua opinione o ai suoi sentimenti.

1.Come valuta la qualità della Sua vita ?

1 Molto cattiva 2 Cattiva 3 Nè cattiva, nè buona 4 Buona 5 Molto buona

2.E' soddisfatto/a della Sua salute ?

1 Molto insoddisfatto/a 2 Insoddisfatto/a 3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a 4 Soddisfatto/a 5 Molto soddisfatto/a

Nelle domande seguenti, Le viene chiesto in che misura Lei ha sperimentato determinate cose negli ULTIMI 15 GIORNI.

3.In che misura i dolori fisici Le impediscono di fare le cose che deve fare ?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

4.Ha bisogno di trattamenti o interventi medici per poter affrontare la vita di tutti i giorni ?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

5.Quanto si gode la vita?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

6. In che misura Lei pensa che la Sua vita abbia un significato?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

7. Riesce a concentrarsi nelle cose che fa?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

8. Quanto si sente al sicuro nella Sua vita di tutti i giorni ?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

9. L'ambiente in cui vive è sicuro per la salute (nel senso del rumore, inquinamento, clima ed altre caratteristiche ambientali)?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

Nelle domande seguenti, Le viene chiesto in che misura Lei ha sperimentato o è stato capace di fare certe cose negli ULTIMI 15 GIORNI.

10. Ha l'energia necessaria da poter svolgere le attività di tutti i giorni ?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 completamente

11. Accetta di buon grado il Suo aspetto esteriore?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

12. Le Sue risorse economiche Le bastano per soddisfare i Suoi bisogni ?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente

13. Le informazioni di cui dispone Le bastano per la vita di tutti i giorni ?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente

14. Ha la possibilità di dedicarsi ad attività di svago nel tempo libero?

1 Per niente 2 Poco 3 Abbastanza 4 In gran parte 5 Completamente

15. In che misura riesce a muoversi ?

1 Molto poco 2 Poco 3 Abbastanza 4 Molto 5 Moltissimo

Nelle domande seguenti, Le viene chiesto quanto si è sentito bene o soddisfatto relativamente a vari aspetti della Sua vita negli ULTIMI 15 GIORNI.

16.E' soddisfatto/a di come dorme ?

1 Molto insoddisfatto/a      2 Insoddisfatto/a      3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a  
4 Soddisfatto/a      5 Molto soddisfatto/a

17.E' soddisfatto/a di come riesce a fare le cose di tutti i giorni ?

1 Molto insoddisfatto/a      2 Insoddisfatto/a      3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a  
4 Soddisfatto/a      5 Molto soddisfatto/a

18. E' soddisfatto/a della Sua capacità di impegnarsi in attività ?

1 Molto insoddisfatto/a      2 Insoddisfatto/a      3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a  
4 Soddisfatto/a      5 Molto soddisfatto/a

19.E' soddisfatto/a di Sé stesso ?

1 Molto insoddisfatto/a      2 Insoddisfatto/a      3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a  
4 Soddisfatto/a      5 Molto soddisfatto/a

20.E' soddisfatto/a dei Suoi rapporti personali con gli altri?

1 Molto insoddisfatto/a      2 Insoddisfatto/a      3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a  
4 Soddisfatto/a      5 Molto soddisfatto/a

21.E' soddisfatto/a della Sua vita sessuale ?

1 Molto insoddisfatto/a      2 Insoddisfatto/a      3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a  
4 Soddisfatto/a      5 Molto soddisfatto/a

22.E' soddisfatto/a del sostegno che riceve dai Suoi amici ?

1 Molto insoddisfatto/a      2 Insoddisfatto/a      3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a  
4 Soddisfatto/a      5 Molto soddisfatto/a

23.E' soddisfatto/a delle condizioni della Sua abitazione ?

1 Molto insoddisfatto/a      2 Insoddisfatto/a      3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a  
4 Soddisfatto/a    5 Molto soddisfatto/a

24.E' soddisfatto/a della disponibilità ed accessibilità dei servizi sanitari ?

1 Molto insoddisfatto/a      2 Insoddisfatto/a      3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a  
4 Soddisfatto/a      5 Molto soddisfatto/a

25.E' soddisfatto/a dei mezzi di trasporto che ha a disposizione ?

1 Molto insoddisfatto/a      2 Insoddisfatto/a      3 Nè soddisfatto/a nè insoddisfatto/a  
4 Soddisfatto/a      5 Molto soddisfatto/a

La domanda che segue si riferisce a quanto spesso Lei ha provato o sperimentato certe cose negli ULTIMI 15 GIORNI.

26.Quanto spesso prova dei sentimenti negativi, come cattivo umore, disperazione, ansia o depressione ?

1 Mai    2 Raramente    3 Abbastanza spesso    4 Molto spesso    5 Sempre

### ALLEGATO 3

#### VERSIONE ITALIANA DEL GENERAL DECISION MAKING STYLE

Lo scopo dello strumento che sei invitato a compilare è di capire come le persone prendono decisioni. Dopo aver letto attentamente le affermazioni proposte, ti sarà richiesto di esprimere il tuo grado di accordo/disaccordo con ognuna di esse. Metti una crocetta tenendo presente che il quadratino all'estrema sinistra corrisponde all'essere completamente in disaccordo, mentre il quadratino all'estrema destra indica l'essere completamente in accordo con l'affermazione. I quadratini tra gli estremi corrispondono ai valori intermedi.

<b>1</b> <b>Completamente</b> <b>in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né</b> <b>in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente</b> <b>d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--



1. Pianifico attentamente le decisioni importanti

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

2. Nel prendere decisioni faccio affidamento sul mio istinto

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

3. Quando devo prendere decisioni importanti, spesso ho bisogno dell'aiuto di altre persone

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

4. Evito di prendere decisioni importanti se c'è qualcuno o qualcosa che mi fa pressione

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

5. Generalmente prendo decisioni repentine

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

6. Prima di prendere una decisione ricontrollo le mie fonti di informazione per essere certo/a di possedere i dati pertinenti

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

7. Nel prendere decisioni tendo a fare affidamento sul mio intuito

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

8. Raramente prendo decisioni importanti senza consultare altre persone

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

9. Appena mi è possibile rimando il momento di prendere decisioni

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

10. Spesso prendo decisioni su due piedi

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

11. Prendo decisioni in modo logico e sistematico

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

12. Di solito decido in base a ciò che mi sembra giusto

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

13. È per me più semplice prendere decisioni importanti se ho il sostegno di altre persone

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

14. Spesso rimando il momento in cui devo prendere decisioni importanti

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

15. Prendo decisioni rapidamente

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

16. Per prendere una decisione ho bisogno di un'attenta riflessione

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

17. Quando prendo una decisione è per me più importante avere la sensazione che sia la decisione giusta piuttosto che trovare una giustificazione razionale

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

18. Quando devo prendere decisioni importanti mi avvalgo dei consigli di altre persone

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

19. Generalmente prendo decisioni importanti all'ultimo minuto

<b>1</b> <b>Completamente in disaccordo</b>	<b>2</b> <b>In disaccordo</b>	<b>3</b> <b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4</b> <b>D'accordo</b>	<b>5</b> <b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------------	---	------------------------------	--

20. Spesso prendo decisioni in maniera impulsiva

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------

<b>Completamente in disaccordo</b>	<b>In disaccordo</b>	<b>Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>D'accordo</b>	<b>Completamente d'accordo</b>
--	----------------------	---	------------------	------------------------------------

21. Quando prendo una decisione, prendo in considerazione le diverse possibilità che ho per raggiungere il mio obiettivo

<b>1 Completamente in disaccordo</b>	<b>2 In disaccordo</b>	<b>3 Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4 D'accordo</b>	<b>5 Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------	---	------------------------	--

22. Quando prendo una decisione, mi affido alle mie sensazioni e reazioni interiori

<b>1 Completamente in disaccordo</b>	<b>2 In disaccordo</b>	<b>3 Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4 D'accordo</b>	<b>5 Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------	---	------------------------	--

23. Quando devo affrontare decisioni importanti, mi fa piacere se qualcuno mi indirizza nella giusta direzione

<b>1 Completamente in disaccordo</b>	<b>2 In disaccordo</b>	<b>3 Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4 D'accordo</b>	<b>5 Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------	---	------------------------	--

24. Rimando molte decisioni poiché il pensare ad esse mi rende insicuro e ansioso

<b>1 Completamente in disaccordo</b>	<b>2 In disaccordo</b>	<b>3 Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4 D'accordo</b>	<b>5 Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------	---	------------------------	--

25. Quando prendo decisioni faccio ciò che in quel momento mi sembra naturale

<b>1 Completamente in disaccordo</b>	<b>2 In disaccordo</b>	<b>3 Ne' d'accordo né in disaccordo</b>	<b>4 D'accordo</b>	<b>5 Completamente d'accordo</b>
--	----------------------------	---	------------------------	--

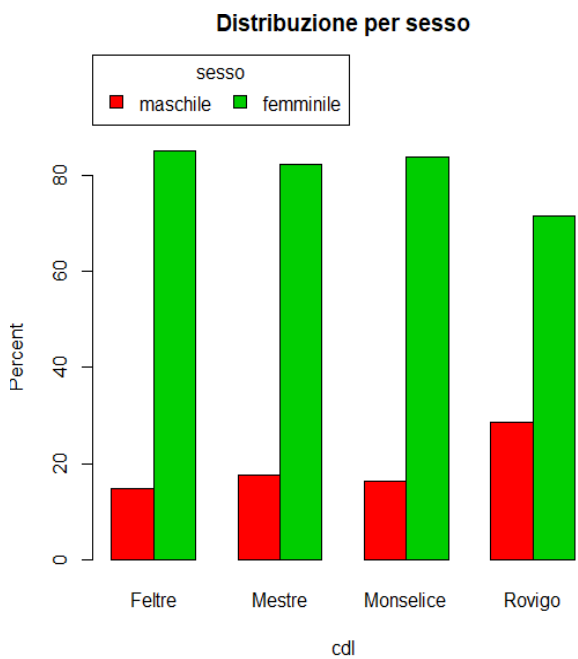
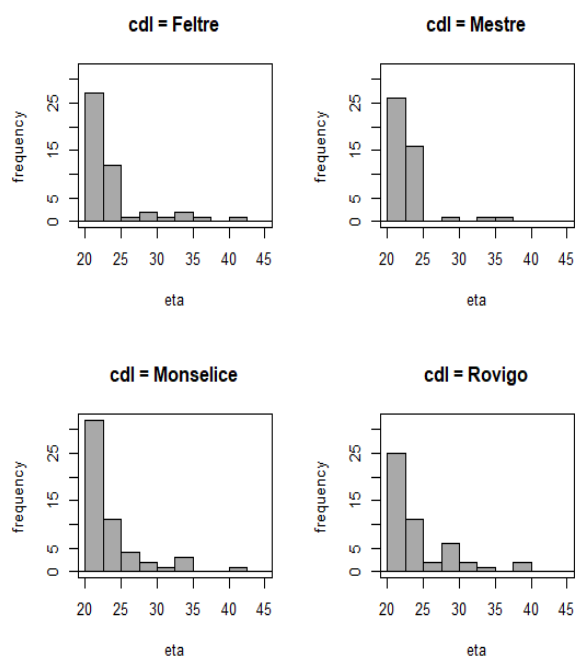
LA RINGRAZIAMO PER LA SUA COLLABORAZIONE

#### ALLEGATO 4

<b>Caratteristiche sociodemografiche</b>		
	<i>Frequenza assoluta</i>	<i>Frequenza relativa %</i>
<b>Corso di laurea</b>	196	100
Feltre	47 (7 M, 40 F)	23,98
Venezia Mestre	45 (8 M, 37F)	22,96
Monselice	55 (9 M, 46 F)	28,06
Rovigo	49 (14 M, 35 F)	25,00
<b>Sesso</b>	196	100
Maschi	38	19,39
Femmine	158	80,61
<b>Stato civile</b>	196	100
Nubile/celibe	185	94,39
Coniugato	10	5,10
Separato	1	0,51
<b>Titolo di studio</b>	196	100
Diploma	196	100
Laurea	10	5,10
Altro	1	0,51
<b>Condizione attuale</b>	196	100
Studente	152	77,55
Studente e lavoratore part time	35	17,85
Studente e lavoratore full time	9	4,60
<b>Situazione abitativa</b>	196	100
Vive con la famiglia	156	79,60
Vive da solo	9 ( 1 con un figlio)	4,59
Vive con altri	5	2,55
Vive con un partner	26	13,26
	<i>Media</i>	<i>Valore mancante</i>
<b>Età</b>	23,86	1
<b>Media accademica</b>	25,5	7

## ALLEGATO 5

Grafico 2: Distribuzioni eta'/sesso suddiviso per sede di corso di laurea



## ALLEGATO 6

Media $\pm$ deviazione standard di ciascun item del WHOQoL BREF per ogni sede del corso di laurea e relativo p value					
					Kruskal-Wallis test
WHOQoL BREF item	Feltre	Venezia Mestre	Monselice	Rovigo	p
Qolf 1	4.06( $\pm$ 0.734)	3.78( $\pm$ 0.636)	3.73 ( $\pm$ 0.560)	4.31( $\pm$ 0.552)	< .001
Qolf 2	4.02( $\pm$ 0.967)	3.69( $\pm$ 0.821)	3.69( $\pm$ 0.960)	4.31( $\pm$ 0.748)	< .001
Qolf 3	3.94( $\pm$ 0.870)	4.00( $\pm$ 0.879)	3.95( $\pm$ 0.989)	3.94( $\pm$ 0.954)	0.978
Qolf4	4.57( $\pm$ 0.801)	4.53( $\pm$ 0.869)	4.65 $\pm$ 5(0.645)	4.56( $\pm$ 0.873)	0.973
Qolf5	3.23( $\pm$ 0.833)	2.93( $\pm$ 0.939)	2.96( $\pm$ 0.881)	3.52( $\pm$ 0.899)	0.008
Qolf6	3.87( $\pm$ 0.900)	3.73( $\pm$ 0.837)	3.60( $\pm$ 0.830)	4.10( $\pm$ 0.743)	0.012
Qolf7	3.40( $\pm$ 0.798)	3.18( $\pm$ 0.834)	3.09( $\pm$ 0.727)	3.47( $\pm$ 0.710)	0.043
Qolf8	3.60( $\pm$ 0.876)	3.11( $\pm$ 0.804)	3.20( $\pm$ 0.730)	3.67( $\pm$ 0.774)	0.002
Qolf9	3.77( $\pm$ 0.937)	3.18( $\pm$ 0.777)	3.31( $\pm$ 0.960)	3.65( $\pm$ 0.830)	0.004
Qolf10	3.38( $\pm$ 0.922)	3.11( $\pm$ 0.982)	3.13( $\pm$ 0.862)	3.55( $\pm$ 0.959)	0.059
Qolf11	3.30( $\pm$ 0.998)	2.91( $\pm$ 0.996)	2.75( $\pm$ 0.927)	3.41( $\pm$ 0.734)	< .001
Qolf12	3.62( $\pm$ 0.990)	3.13( $\pm$ 1.100)	2.96( $\pm$ 0.981)	3.14( $\pm$ 0.842)	0.007
Qolf13	3.79( $\pm$ 0.832)	3.56( $\pm$ 0.693)	3.33( $\pm$ 0.721)	3.67( $\pm$ 0.718)	0.034
Qolf14	3.34( $\pm$ 0.891)	2.60( $\pm$ 1.116)	2.45( $\pm$ 0.959)	3.43( $\pm$ 1.021)	< .001
Qolf15	3.40( $\pm$ 0.901)	3.27( $\pm$ 0.986)	3.25( $\pm$ 1.004)	3.88( $\pm$ 0.857)	0.005
Qolf16	3.28( $\pm$ 1.228)	2.78( $\pm$ 1.312)	3.00( $\pm$ 1.089)	3.12( $\pm$ 1.269)	0.245
Qolf17	3.64( $\pm$ 0.705)	3.29( $\pm$ 0.869)	3.47( $\pm$ 0.663)	3.86( $\pm$ 0.736)	0.006
Qolf18	3.83( $\pm$ 0.789)	3.56( $\pm$ 0.785)	3.62( $\pm$ 0.782)	3.96( $\pm$ 0.865)	0.022
Qolf19	3.81( $\pm$ 0.798)	3.56( $\pm$ 0.755)	3.56( $\pm$ 0.811)	4.10( $\pm$ 0.797)	< .001
Qolf20	3.74( $\pm$ 0.706)	3.76( $\pm$ 0.933)	3.58( $\pm$ 0.712)	4.14( $\pm$ 0.791)	< .001
Qolf21	3.60( $\pm$ 1.056)	3.29( $\pm$ 1.218)	3.76( $\pm$ 0.744)	4.15( $\pm$ 0.799)	0.002
Qolf22	3.66( $\pm$ 0.867)	3.56( $\pm$ 0.893)	3.62( $\pm$ 0.871)	4.18( $\pm$ 0.697)	< .001
Qolf23	4.32( $\pm$ 0.755)	4.27( $\pm$ 0.809)	4.09( $\pm$ 0.701)	4.18( $\pm$ 0.782)	0.269
Qolf24	3.96( $\pm$ 0.721)	3.42( $\pm$ 0.917)	3.33( $\pm$ 0.721)	3.78( $\pm$ 0.919)	< .001
Qolf25	3.70( $\pm$ 0.954)	3.29( $\pm$ 0.991)	3.35( $\pm$ 1.126)	3.94( $\pm$ 0.988)	0.003
Qolf26	3.13( $\pm$ 0.850)	3.13( $\pm$ 0.991)	3.00( $\pm$ 0.839)	3.51( $\pm$ 0.916)	0.035

## ALLEGATO 7

Valori di indice complessivo sintetico per ciascun item del GDMS					
					ShapiroWilk test
GDMS item	Media	Mediana	SD	IQR	<i>p</i>
GDMS1	4.14	4.00	0.648	1.00	< .001
GDMS 2	3.39	3.00	0.818	1.00	< .001
GDMS 3	3.08	3.00	0.873	2.00	< .001
GDMS 4	2.85	3.00	0.999	2.00	< .001
GDMS 5	2.61	2.50	0.913	1.00	< .001
GDMS 6	3.92	4.00	0.697	0.00	< .001
GDMS 7	3.44	4.00	0.878	1.00	< .001
GDMS8	3.07	3.00	0.897	2.00	< .001
GDMS 9	2.41	2.00	0.975	1.00	< .001
GDMS10	2.49	2.00	0.920	1.00	< .001
GDMS11	3.85	4.00	0.733	1.00	< .001
GDMS12	3.89	4.00	0.627	0.00	< .001
GDMS13	3.69	4.00	0.809	1.00	< .001
GDMS14	2.48	2.00	0.974	1.00	< .001
GDMS15	2.75	3.00	0.957	1.00	< .001
GDMS16	3.78	4.00	0.729	1.00	< .001
GDMS17	3.15	3.00	0.957	2.00	< .001
GDMS18	3.39	4.00	0.820	1.00	< .001
GDMS19	2.28	2.00	0.954	1.00	< .001
GDMS20	2.54	2.00	0.989	1.00	< .001
GDMS21	4.06	4.00	0.528	0.00	< .001
GDMS22	3.53	4.00	0.781	1.00	< .001
GDMS23	3.53	4.00	0.862	1.00	< .001
GDMS24	2.43	2.00	1.043	1.00	< .001
GDMS25	3.31	3.00	0.778	1.00	< .001



## ALLEGATO 8

Media $\pm$ deviazione standard di ciascun item del GDMS suddiviso per sede del corso di laurea					
GDMS item	Feltre	Venezia Mestre	Monselice	Rovigo	Kruskal Wallis test
					<i>p</i>
GDMS1	4.21( $\pm$ 0.587)	4.13( $\pm$ 0.625)	4.05( $\pm$ 0.621)	4.18( $\pm$ 0.755)	0.512
GDMS2	3.15( $\pm$ 0.884)	3.49( $\pm$ 0.661)	3.40( $\pm$ 0.735)	3.51( $\pm$ 0.938)	0.162
GDMS3	3.02( $\pm$ 0.794)	3.18( $\pm$ 0.936)	3.07( $\pm$ 0.879)	3.06( $\pm$ 0.899)	0.721
GDMS4	2.91( $\pm$ 0.929)	2.80( $\pm$ 1.160)	2.98( $\pm$ 0.952)	2.69(0.962)	0.441
GDMS5	2.55( $\pm$ 0.951)	2.60( $\pm$ 1.009)	2.75( $\pm$ 0.821)	2.53( $\pm$ 0.892)	0.631
GDMS6	4.00( $\pm$ 0.780)	3.91( $\pm$ 0.793)	3.80( $\pm$ 0.590)	3.98( $\pm$ 0.629)	0.359
GDMS7	3.11( $\pm$ 0.814)	3.62( $\pm$ 0.614)	3.49( $\pm$ 0.836)	3.53( $\pm$ 1.101)	0.016
GDMS8	3.02( $\pm$ 0.821)	3.00( $\pm$ 0.977)	3.05( $\pm$ 0.826)	3.20( $\pm$ 0.979)	0.624
GDMS9	2.43( $\pm$ 1.098)	2.44( $\pm$ 0.967)	2.49( $\pm$ 0.879)	2.27( $\pm$ 0.974)	0.660
GDMS10	2.28( $\pm$ 0.902)	2.64( $\pm$ 0.830)	2.56( $\pm$ 0.958)	2.49( $\pm$ 0.960)	0.110
GDMS11	3.79( $\pm$ 0.806)	3,84( $\pm$ 0.796)	3.67( $\pm$ 0.579)	4.12( $\pm$ 0.696)	0.018
GDMS12	3.77( $\pm$ 0.758)	4.02( $\pm$ 0.499)	3.75( $\pm$ 0.615)	4.06( $\pm$ 0.556)	0.030
GDMS13	3.70( $\pm$ 0.749)	3.71( $\pm$ 0.968)	3.69( $\pm$ 0.767)	3.67( $\pm$ 0.774)	0.982
GDMS14	2.53( $\pm$ 1.080)	2.40( $\pm$ 0.915)	2.65( $\pm$ 0.947)	2.31( $\pm$ 0.940)	0.186
GDMS15	2.57( $\pm$ 0.927)	2.78( $\pm$ 0.902)	2.75( $\pm$ 0.844)	2.90( $\pm$ 1.141)	0.438
GDMS16	3.81( $\pm$ 0.711)	3.76( $\pm$ 0.857)	3.75( $\pm$ 0.700)	3.82( $\pm$ 0.667)	0.988
GDMS17	3.09( $\pm$ 1.018)	3.16( $\pm$ 0.796)	3.20( $\pm$ 1.061)	3.14( $\pm$ 0.935)	0.887
GDMS18	3.38( $\pm$ 0.822)	3.24( $\pm$ 0.883)	3.51( $\pm$ 0.635)	3.40( $\pm$ 0.939)	0.345
GDMS19	2.04( $\pm$ 0.859)	2.22( $\pm$ 1.020)	2.40( $\pm$ 0.894)	2.43( $\pm$ 1.021)	0.126
GDMS20	2.32( $\pm$ 1.045)	2.42( $\pm$ 0.892)	2.80( $\pm$ 0.848)	2.55( $\pm$ 1.119)	0.037
GDMS21	4.00( $\pm$ 0.466)	4.11( $\pm$ 0.532)	3.98( $\pm$ 0.527)	4.14( $\pm$ 0.577)	0.345
GDMS22	3.34( $\pm$ 0.841)	3.56( $\pm$ 0.785)	3.51( $\pm$ 0.717)	3.69( $\pm$ 0.769)	0.142
GDMS23	3.55( $\pm$ 0.802)	3.40( $\pm$ 0.986)	3.58( $\pm$ 0.712)	3.57( $\pm$ 0.957)	0.671
GDMS24	2.47( $\pm$ 1.139)	2.29( $\pm$ 1.058)	2.67( $\pm$ 0.982)	2.27( $\pm$ 0.974)	0.103
GDMS25	3.26( $\pm$ 0.871)	3.24( $\pm$ 0.802)	3.33( $\pm$ 0.721)	3.41( $\pm$ 0.734)	0.779