

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di Laurea Triennale in

SCIENZE PSICOLOGICHE SOCIALI E DEL LAVORO



Tesi di Laurea Triennale

RISORSE PERSONALI E BENESSERE ORGANIZZATIVO PER GLI OPERATORI SANITARI AI TEMPI  
DEL COVID-19: ASPETTI TEORICI E AMBITI DI INTERVENTO

PERSONAL RESOURCES AND ORGANISATIONAL WELL-BEING FOR HEALTHCARE WORKERS AT  
THE TIME OF COVID-19: THEORETICAL ASPECTS AND AREAS OF INTERVENTION

Relatrice: Prof.ssa Alessandra Falco

Laureanda: Lisa Cescutti

Matricola: 1229009

Anno Accademico 2021-2022

## Indice

<b>Introduzione</b> .....	»3
<b>Capitolo 1</b> .....	»4
<b>Contesto, modello teorico e costrutti psicologici fondamentali</b> .....	»4
1.1 <i>La pandemia COVID-19, contesto e impatto sociale e personale</i> .....	»4
1.2 <i>Il modello Job Demand Resources (JD-R model)</i> .....	»5
1.3 <i>Il burnout</i> .....	»7
1.4 <i>Il senso dell'umorismo</i> .....	»9
1.5 <i>La spiritualità</i> .....	»9
1.6 <i>La resilienza</i> .....	»10
<b>Capitolo 2</b> .....	»12
<b>Studi e letteratura a sostegno delle risorse personali</b> .....	»12
2.1 <i>Senso dell'umorismo e senso di apprezzamento</i> .....	»12
2.1.1 <i>Ipotesi</i> .....	»12
2.1.2 <i>Metodo</i> .....	»13
2.1.3 <i>Risultati</i> .....	»16
2.2 <i>Spiritualità</i> .....	»19
2.2.1 <i>Ipotesi</i> .....	»19
2.2.2 <i>Metodo</i> .....	»19
2.2.3 <i>Risultati</i> .....	»20
2.3 <i>La resilienza</i> .....	»23
2.3.1 <i>Ipotesi</i> .....	»23
2.3.2 <i>Metodo</i> .....	»23
2.3.3 <i>Risultati</i> .....	»25
2.4 <i>Fattori socio-demografici</i> .....	»28
2.4.1 <i>Obbiettivi</i> .....	»28
2.4.2 <i>Metodo</i> .....	»28
2.4.3 <i>Risultati</i> .....	»29
<b>Capitolo 3</b> .....	»33
<b>Ambiti di prevenzione e intervento</b> .....	»33

3.1 <i>Senso dell'umorismo e apprezzamento</i> .....	»33
3.1.1 <i>Senso dell'umorismo</i> .....	»33
3.1.2 <i>Senso di apprezzamento</i> .....	»34
3.2 <i>Spiritualità</i> .....	»34
3.3 <i>Resilienza</i> .....	»35
<b>Conclusione</b> .....	»37
<b>Bibliografia</b> .....	»40

## Introduzione

Alla base di questo studio risulta esserci la necessità di evidenziare l'importanza del ruolo del benessere organizzativo per favorire la salute mentale degli operatori sanitari in particolare in un periodo critico come quello del COVID-19. Verrà analizzata l'interazione tra le componenti ambientali e quelle individuali, verrà quindi osservata la relazione tra variabili organizzative e risorse personali. In particolare le risorse personali approfondite riguarderanno senso dell'umorismo, spiritualità e resilienza, verranno inoltre prese in considerazione diverse variabili sociodemografiche.

Il presente elaborato si struttura in tre capitoli.

Nel primo verrà analizzato il contesto e le modalità con le quali la pandemia di COVID-19 ha influenzato l'organizzazione mondiale sanitaria, economica e personale di tutti noi. Introducendo inoltre i costrutti psicologici utili all'analisi di questo fenomeno.

Nel secondo capitolo, invece, l'analisi si sposterà su quattro studi che si concentreranno ognuno su un differente tipo di risorsa individuale analizzando i risultati e le ricadute applicative di ogni studio. Analizzerò inizialmente il senso dell'umorismo, successivamente la spiritualità, la resilienza ed infine le variabili socio-anagrafiche.

Per concludere nel terzo capitolo giungeremo, a partire dai risultati ottenuti, ad esaminare gli ambiti di prevenzione e intervento per potenziare l'efficacia di ogni risorsa analizzata, così da fornire attuazioni pratiche e strumenti di sostegno agli operatori in un periodo storico così complesso.

# Capitolo 1

## Contesto, modello teorico e costrutti psicologici fondamentali

### *1.1 La pandemia COVID-19, contesto e impatto sociale e personale*

Nel dicembre 2019 i primi casi di polmonite da coronavirus (SARS-CoV-2) sono stati individuati a Whuan nella provincia di Hubei in Cina, identificata come epicentro della nuova malattia. A partire da lì l'epidemia si è poi diffusa rapidamente nella maggior parte dei paesi del mondo fino ad essere dichiarata pandemia l'11 marzo 2020 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Ne sono conseguite poi forti misure di controllo e prevenzione imposte dai governi dei diversi stati. Per affrontare la pandemia infatti è stata necessaria una radicale riorganizzazione del sistema sanitario e contestualmente sono state introdotte importanti restrizioni sociali, come quarantena e lockdown per lunghi periodi, ai fini di limitare il contagio. Questo tipo di misure ha influito direttamente sulla qualità della vita dell'individuo, sia per quanto riguarda le abitudini giornaliere e lavorative, sia per quanto riguarda le relazioni sociali e affettive andando ad influenzare e rischiando di ledere il benessere mentale. Le cause dello stress emotivo possono essere individuate a partire da numerosi e vari fattori che includono i fattori sociali citati prima, ma anche la paura delle ripercussioni finanziarie e quelle sulla propria salute, infatti la velocità di diffusione del virus, l'alta infettività e l'alto numero di morti causate da esso sono stati associati ad alti livelli di ansia e stress in tutta la popolazione.

In particolare, all'interno della popolazione, gli operatori sanitari in prima linea contro il virus sono stati fortemente esposti ad elementi fonte di stress legati alla pandemia. Infatti durante l'emergenza sanitaria gli è stato chiesto di moltiplicare gli sforzi e stravolgere le abitudini lavorative, essendo inoltre esposti ad un grandissimo rischio per la salute. Nonostante le restrizioni imposte, i pazienti colpiti dal COVID-19 sono cresciuti continuamente fino a saturare i posti letto della terapia intensiva e del pronto soccorso degli ospedali, portando ad uno stravolgimento dell'organizzazione sanitaria. Gli operatori sanitari sono stati così costretti ad aumentare il carico di lavoro e il numero dei turni, a questo si

vanno ad aggiungere la mancata conoscenza approfondita della malattia e di chiare linee guida per gestirla che portano ad un graduale esaurimento fisico e ad una generale sensazione di incertezza, solitudine e alienazione. Oltre a questo influisce sul sentimento di paura anche l'iniziale mancanza dell'equipaggiamento di protezione personale necessario, infatti la diretta esposizione a pazienti potenzialmente infetti faceva temere la trasmissione del virus sia per gli operatori stessi, sia per quanto riguardava la paura di portare a casa la malattia, che in alcuni casi ha condotto ad una divisione della stanza per prevenire il contagio.

Tra gli operatori sanitari va posta particolare attenzione a chi portava servizio nelle unità di cura specifiche per i pazienti Covid, tra i più colpiti dagli effetti della pandemia, si osserva infatti un forte disagio psicologico accompagnato da sintomi di stress, ansia, reazioni depressive e insonnia. Le ricerche hanno infatti rilevato disagio psicologico in particolare nel personale infermieristico costretto a stare a stretto contatto con i pazienti infetti durante tutto il processo di cura. Gli operatori risultano quindi particolarmente a rischio per lo sviluppo della sindrome del Burnout considerando i fattori elencati quali: il sovraccarico di lavoro, la fatica, lo stress, la depressione e l'interazione sociale compromessa.

### *1.2 Il modello Job Demand Resources (JD-R model)*

Il modello job demands resources (JD-R) è stato introdotto nella letteratura internazionale 20 anni fa (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001). Esso è stato applicato a migliaia di organizzazioni e ha ispirato molte ricerche e articoli empirici tra cui un importantissimo articolo del Journal of Occupational Health Psychology (Bakker, Demerouti, & Euwema, 2005). Questo articolo ci porta le prove del ruolo di mediatore che svolgono le risorse lavorative sull'impatto che hanno le richieste lavorative sul burnout.

Il modello delle domande e risorse lavorative cerca di integrare le tradizioni della ricerca sullo stress e sulla motivazione, esso sarà il modello teorico responsabile di spiegare tutto ciò che verrà affrontato successivamente. Questo

modello sostiene che ogni organizzazione sia caratterizzata da specifici fattori di rischio catalogabili come appunto job demands e job resources.

- Le domande lavorative vengono classificate come le responsabili dell'inizio del processo di deterioramento della salute. I Job demands sono tutto ciò che fa sì che il lavoratore venga sottoposto ad uno sforzo fisico e/o psicologico che esso sia causa di aspetti fisici, psicologici, sociali o organizzativi del lavoro. Le domande lavorative sono quindi associate positivamente al malessere psico-fisico. Fanno parte di queste caratteristiche il carico di lavoro e le difficili relazioni con i pazienti.
- Le risorse lavorative invece vengono classificate come le responsabili dell'inizio del processo motivazionale. I Job resources sono quindi tutto ciò che è utile al raggiungimento degli obiettivi lavorativi, alla riduzione delle job demands e alla crescita e allo sviluppo di ogni individuo. Le risorse lavorative sono associate positivamente al work engagement. Il supporto sociale ne è un valido esempio.

Sia il malessere psico-fisico associato alle job demands che il work engagement associato alle job resources andranno poi ad influire sulla job performance.

Il JD-R sostiene che domande e risorse lavorative interagiscano tra loro: le job resources vanno a tamponare l'effetto delle job demands sul burnout; le job resources fanno aumentare l'engagement quando le job demands sono elevate.

Vanno poi a completare ed ampliare questo modello:

- Risorse personali, quindi tutto ciò che fa parte delle caratteristiche psicologiche del lavoratore che aiutano ad avere un impatto positivo sull'ambiente. Possono svolgere quindi un ruolo simile alle risorse lavorative sostenendo la motivazione e tamponando le conseguenze negative delle domande lavorative
- Domande personali, tutte le caratteristiche individuali del lavoratore che lo portano a investire sforzi eccessivi nel proprio lavoro o che gli impediscono di affrontare efficacemente le situazioni potenzialmente

stressanti. Anche in questo caso come nelle domande lavorative ci si fa carico di costi fisici e/o psicologici.

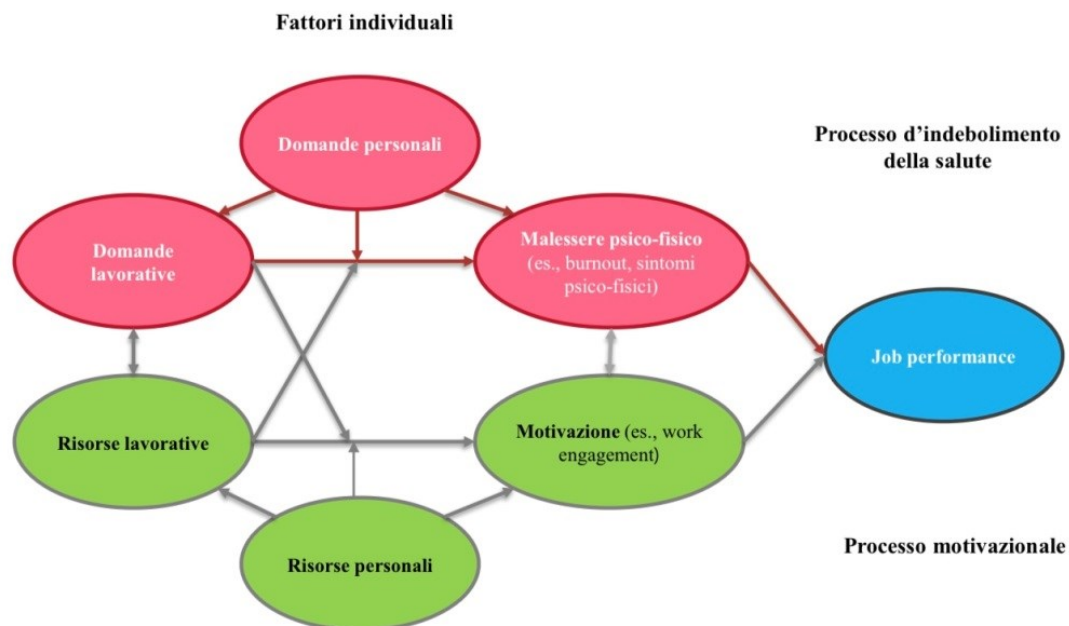


Figura 1. Il modello J-DR

### 1.3 Il burnout

Il burnout è uno stato mentale causato da stress emotivo o psicologico cronico che riguarda spesso chi lavora a contatto con le persone.

Maslach e Jackson (citati da Maeran & Boccato, 2016) descrivono la sindrome da burnout coinvolgendo 3 aspetti chiave:

- Esaurimento emotivo: sensazione di sopraffazione;
- Depersonalizzazione: implica sentimenti distaccati e impersonali che risultano irreali o non appartenenti alla propria realtà, con una tendenza a trattare i pazienti in modo distaccato e meccanico e porta inoltre ad una perdita di interesse per le persone con cui si lavora
- Sensazione di ridotta soddisfazione personale: sensazione di non avere le competenze sufficienti allo svolgimento del proprio lavoro.

Oltre a questi tre aspetti centrali il burnout porta al deterioramento del benessere fisico e a sintomi psicosomatici.



I fattori di rischio per la comparsa di questo fenomeno possono essere divisi in due gruppi:

- Caratteristiche individuali:
  - variabili anagrafiche: lavoratori giovani, non coniugati, inizio carriera;
  - tratti di personalità: bassa autostima, impulsività, rabbia, introversione, eccesso bisogno di approvazione, l'uso di meccanismi difensivi inadeguati, mancanza di consapevolezza dei propri limiti (Cherniss, 1983 citato da Maeran et al., 2016);
  - aspetti motivazionali: eccesso di impegno, le aspettative eccessive o irrealistiche, le scelte spinte da bisogni conflittuali o da sentimenti di onnipotenza.
  
- Fattori socio-organizzativi:
  - risorse a disposizione, vincoli, obiettivi da raggiungere;
  - mancanza di controllo sulle scelte;
  - sovraccarico;
  - crollo del senso di appartenenza comunitario, al quale spesso segue mancanza di supporto sociale;
  - assenza di equità (mancanza di fiducia, lealtà e rispetto);
  - valori contrastanti (nelle azioni, nella politica e nelle comunicazioni);
  - gratificazione insufficiente (morale ed economica).

Fattori citati in precedenza e particolarmente evidenti per gli operatori sanitari durante l'emergenza COVID-19.

Esistono molto interventi e strategie preventive che possono aiutare ad evitare la sindrome del burnout che comprendono reclutamento e selezione degli operatori, organizzazione del lavoro, rilevazione e miglioramento del clima, interventi secondari di prevenzione/gestione individuali.

Per quanto riguarda la gestione dello stress, nell'analisi che verrà svolta, andremo a concentrarci particolarmente sulle strategie di coping personali,

quindi sui processi cognitivi e comportamentali che fanno sì che si possa attuare un tentativo di adattamento o di cambiamento dell'ambiente da parte dell'individuo.

#### *1.4 Il senso dell'umorismo*

Il costrutto dell'umorismo è un concetto che viene dalla psicologia positiva ed è uno di quelli che vengono considerati i 24 punti di forza del carattere definiti da Peterson e Seligman. Il senso dell'umorismo è risultato essere un fattore protettivo contro ansia e depressione.

Martin nel 2003 (citato da Bartzik, Aust & Corinna Peifer, 2021) lo definì come: "(...) un modello di comportamento abituale (tendenza a ridere frequentemente, a raccontare barzellette e divertire gli altri, a ridere alle battute altrui), un'abilità (capacità di creare umorismo, divertire gli altri, "capire la battuta", ricordarsi le battute), un tratto caratteriale (allegria abituale), una risposta estetica (godimento di specifici tipi di materiale umoristico), un atteggiamento (atteggiamento positivo verso l'umorismo e le persone), una visione del mondo (visione confusa della vita) o una strategia di coping (tendenza a mantenere una prospettiva umoristica di fronte alle avversità)".

Il senso dell'umorismo può essere suddiviso in sei abitudini umoristiche: godimento dell'umorismo, risate, umorismo verbale, trovare umorismo nella vita di tutti i giorni, autoironia e umorismo sotto stress. Esistono evidenze scientifiche che provano che l'umorismo possa aumentare il benessere generale delle persone. L'umorismo può inoltre servire come strategia di coping nel modello transazionale di Lazarus e Folkman (citato da Bartzik et al., 2021). Infatti esso può essere utilizzato come strategia di coping attraverso la valutazione cognitiva e il comportamento che ne deriva; l'uso dell'umorismo crea emozioni positive che sono incompatibili con lo stress e che di conseguenza portano al coping.

#### *1.5 La spiritualità*

La spiritualità è diversa dalla religione e spesso non è incentrata su una comunità di fede specifica e non richiede nemmeno un'istituzione o una

comunità per esprimersi (Wong et al., 2005 citati da Akanni, Olashore & Oderinde, 2021).

Ci riferiamo alla religione quando ci troviamo davanti a credenze, pratiche e rituali specifici legati al sacro condivisi all'interno di un gruppo sociale, il fatto che essa nasca da radicate tradizioni condivise è un aspetto centrale nella sua definizione. Nella maggior parte dei casi infatti la religione è praticata all'interno di una comunità, nonostante possa essere praticata anche da soli in privato.

La spiritualità risulta più difficile da definire poiché non ha delle basi sempre condivise e oggettive per tutti. Essa viene considerata più personale, libera dalle regole, dai regolamenti e dalle responsabilità che associamo alla religione classica. Risulta infatti in aumento il numero di persone che si definiscono spirituali, ma negano qualunque riferimento alla religione, vedendo la spiritualità esclusivamente in termini individualistici (Koenig, 2009). Koenig infatti ha descritto la spiritualità come una ricerca personale per comprendere nel miglior modo gli interrogativi ultimi sul significato della vita e sul rapporto con ciò che è sacro o trascendente, che potrebbero essere nati o derivare dallo sviluppo di rituali religiosi e dalla formazione di una comunità (Koenig, McCullough, M. E., & Larson, 2001; Saucier & Skrzypinska, 2006 citati da Akanni et al., 2021). La spiritualità risulta quindi essere privata e soggettiva. Il termine spiritualità si è andato sempre più ad ampliare nei contesti sanitari per risultare più inclusivo e rispondere ai bisogni sia delle persone religiose che di quelle non religiose.

I costrutti di spiritualità e religione verranno affrontati poiché diversi studi su soggetti in contesti diversi (medici, psichiatrici e sulla popolazione in generale), di diversa etnia, di diversa età e in diverse parti del mondo hanno fatto emergere che il coinvolgimento religioso in generale è correlato ad una migliore gestione dello stress e ad una minore depressione.

### *1.6 La resilienza*

La resilienza psicologica è la capacità di adattarsi al contesto senza esserne sopraffatto. Essa è stata riconosciuta per secoli dalle civiltà di tutto il mondo come un elemento centrale dello sviluppo e della crescita umana e della sua

evoluzione (Masten & Wright, 2010; Nicoll & Zerboni, 2020 citati da Tsai & Fredland, 2022). È fondamentale sottolineare che la resilienza non può essere concettualizzata senza collegarla alle avversità, poiché si dimostra solo di fronte ad esse, che possono essere di ogni tipo e influenzare gli individui in modo diverso. La resilienza può essere definita come il processo di adattamento e di crescita di fronte ad avversità, stress o traumi (American Psychological Association, 2014). Alcuni individui sono più resilienti di altri e gli individui possono diventare più resilienti nel tempo (Fogle et al., 2020; Isaacs et al., 2017; Zolkoski & Bullock, 2012 citati da Tsai et al., 2022). Gli eventi complessi nella vita di ognuno richiedono resilienza per essere superati, ed essa è importante per il funzionamento ottimale della salute fisica e mentale.

La pandemia del coronavirus 2019 (COVID-19) ha messo in evidenza l'importanza della resilienza in un momento di incertezza e minacce per la vita e il benessere umani. C'è stata una preoccupazione diffusa per il declino della salute fisica e mentale durante la pandemia di COVID-19 insieme all'aumento della disoccupazione, delle dipendenze, dei senzatetto e di altri problemi psicosociali (Tsa, J., Pietrzak, R. H. & Southwick, 2021; Tsai & Wilson, 2020; Vindegaard & Benros, 2020; Yao, H., Chen, J. H., & Xu, 2020 citati da Tsai et al., 2022). Gli psicologi della salute possono avere una responsabilità speciale nell'applicare la loro esperienza per migliorare i comportamenti sanitari e affrontare le disparità di salute durante la pandemia e nelle sue conseguenze (Freedland et al., 2020 citati da Tsai et al., 2022).

La resilienza nel caso specifico degli operatori sanitari può essere definita come “un processo complesso e dinamico che, se presente e prolungato, consente agli infermieri di adattarsi positivamente ai fattori di stress sul posto di lavoro, evitare danni psicologici e continuare a fornire cure sicure e di alta qualità ai pazienti” (Cooper et al., 2020 citati da Lambrague, 2021). Essa fa parte delle risorse personali del modello JD-R.

## Capitolo 2

### Studi e letteratura a sostegno delle risorse personali

#### 2.1 Senso dell'umorismo e senso di apprezzamento

Tra i diversi autori per affrontare la risorsa personale del senso dell'umorismo ho scelto lo studio di Bartzik, Aust e Peifer del 2021 dal titolo "Gli effetti negativi sugli infermieri causati dalla pandemia COVID-19 possono essere ridotti dal senso dell'umorismo e dal senso di apprezzamento". È risultato per me essere molto valido per la varietà delle variabili coinvolte.

##### 2.1.1 Ipotesi

1. Gli infermieri segnaleranno un aumento dello stress percepito durante la pandemia COVID-19 rispetto a prima della pandemia.
2. Gli infermieri hanno sperimentato un flusso/esperienza ottimale meno frequente durante la pandemia di COVID-19 rispetto a prima della pandemia.
3. Gli infermieri riferiranno una minore:
  - a. soddisfazione per il lavoro;
  - b. soddisfazione per la vita;
  - c. per le prestazioni lavorative;
  - d. soddisfazione per quanto riguarda il benessere.
4. Il senso dell'umorismo, come strategia di coping, può fungere da cuscinetto, che riduce gli effetti negativi della pandemia di COVID-19 su:
  - a. stress percepito;
  - b. frequenza dell'esperienza di flusso;
  - c. soddisfazione per il lavoro;
  - d. soddisfazione per la vita;
  - e. soddisfazione per le prestazioni lavorative;
  - f. soddisfazione per il benessere.
5. L'apprezzamento percepito tra gli infermieri migliora durante la pandemia.

6. L'apprezzamento può fungere da cuscinetto che riduce gli effetti negativi della pandemia di COVID-19 su:
- a. stress percepito;
  - b. frequenza dell'esperienza di flusso;
  - c. soddisfazione per il lavoro;
  - d. soddisfazione per la vita;
  - e. soddisfazione per le prestazioni lavorative;
  - f. soddisfazione per il benessere.

### 2.1.2 Metodo

#### *Partecipanti*

Il campione è stato reclutato tramite pubblicazioni sui social network, in particolare in gruppi con infermieri di sanità pubblica e infermieri geriatrici. Sono state poi contattate direttamente via e-mail le istituzioni con all'interno infermieri e infermieri geriatrici e gli è stato chiesto di divulgare le informazioni riguardanti il sondaggio. In totale 299 partecipanti hanno iniziato a compilare il questionario, ma 125 sono stati esclusi per non averlo completato. Il campione finale è quindi formato da 174 infermieri registrati (161 donne e 13 uomini). Tra questi 85 lavorano come infermieri della sanità pubblica e 89 come infermieri geriatrici. L'età media era di 40,65 anni e variava tra i 18 e i 62 anni. Due partecipanti hanno però saltato la domanda sulla loro età e 27 non hanno risposto per quanto riguarda la loro esperienza lavorativa. In media l'esperienza lavorativa dei partecipanti nella loro professione risulta essere di 18.65 anni, variabile da un anno a 43 anni.

#### *Procedura*

È stato creato un questionario online suddivisibile in 5 parti:

1. sezione demografica (età, sesso, esperienza lavorativa...);
2. domande riguardanti il loro senso dell'umorismo;
3. domande sulla loro esperienza soggettiva prima della pandemia di COVID-19 all'inizio di febbraio 2020;

4. domande sulla loro esperienza soggettiva durante la pandemia di COVID-19;
5. 3 domande sulle preoccupazioni relative alla pandemia di COVID-19.

### *Misurazioni*

Gli autori per la verifica delle ipotesi hanno utilizzato diverse scale di seguito descritte.

### *Stress*

Sono state utilizzate tre tipi di misurazioni diverse per lo stress mentale. Inizialmente è stato utilizzato un singolo item per misurare lo stress dei partecipanti (“Quanto ti sei sentito stressato?”). La scala di valutazione per verificare il livello di stress era a 5 punti da 1= per niente a 5= molto alto.

Lo stress poi è stato misurato con la sotto-scala dell’irritazione emotiva dell’Irritation Scale di Mohr e colleghi. I partecipanti hanno risposto ai 5 item su una scala a 7 punti da 1= per niente d’accordo a 7= completamente d’accordo (es. “Anche a casa penso spesso ai miei problemi sul lavoro”).

È stata poi utilizzata la sotto-scala dell’esaurimento emotivo nella versione tedesca (MBI-D) di Büssing e Perrar del Maslach Burnout Inventory. È stato quindi chiesto ai partecipanti di valutare 9 elementi su una scala a 7 è punti da 1= mai successo a 7= succede spesso (es. “Lavorare con le persone tutto il giorno è davvero uno sforzo per me”).

**Table 1** Means, minimum, maximum, and standard deviation of the COVID-19 pandemic items

Items	<i>n</i>	<i>Mean</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>SD</i>
Concerns about economic future	174	2.22	1.00	6.00	1.71
Concerns about the health of friends and family	174	4.17	1.00	6.00	1.75
Concerns about my own health	174	3.17	1.00	6.00	1.81

Note. COVID-19 pandemic items were measured on 6-point rating scale from 1 to 6

### *Flusso/esperienza ottimale*

Il flusso/esperienza ottimale è stata misurata con la Flow frequency Scale di Bartzik e Peifer. La scala è composta da 10 item e può essere divisa in tre sotto-scale che sono: assorbimento (es. “Quante volte hai sperimentato sul

lavoro l'essere completamente concentrato su ciò che stavi facendo?"), equilibrio percepito domanda-abilità (es. "Quante volte ti è successo che potessi utilizzare al massimo le tue competenze sul lavoro?) e divertimento (es. "Quante volte sul lavoro hai sperimentato gioia per quello che stavi facendo?"). I partecipanti hanno quindi valutato la frequenza di queste esperienze su una scala a 6 punti da 1= mai a 6= (quasi) sempre.

### *Soddisfazione*

La soddisfazione è stata misurata con 4 item singoli: soddisfazione per il lavoro, la vita, le prestazioni professionali e il benessere. I partecipanti hanno valutato la loro soddisfazione su una scala di valutazione a 7 punti da 1= estremamente insoddisfatto a 7= estremamente soddisfatto (es. "Tutto sommato, quanto sei soddisfatto del tuo lavoro?").

### *Senso dell'umorismo*

Per misurare il senso dell'umorismo è stata utilizzata la forma parallela della scala del senso dell'umorismo (SHS-P) di Ruch e Heitz. Questa versione è composta da 24 item su una scala di valutazione a 7 punti da 1= forte disapprovazione a 7= forte accordo. Oltre al valore complessivo della scala (senso dell'umorismo) si possono identificare sei sotto-scale: godimento dell'umorismo, risate, umorismo verbale, trovare umorismo nella vita di tutti i giorni, autoironia, umorismo sotto stress.

### *Apprezzamento*

Per valutare l'apprezzamento, sono stati scelti due item singoli: il primo si concentra sull'apprezzamento sperimentato dai pazienti, il secondo invece riguarda l'apprezzamento sperimentato dalla società. (es. "Quanto ti sei sentito apprezzato dalla società?"). La scala di valutazione è composta da 5 item da 1= per niente a 5= molto.



### *Item relativi alla pandemia di COVID-19*

Sono stati costruiti tre item per misurare le conseguenze soggettive della pandemia su una scala di valutazione a 6 punti da 1= per niente d'accordo a 6= totalmente d'accordo. (es. "Sono molto preoccupato per la mia salute durante la pandemia").

### *Carico di lavoro durante la pandemia*

È stato chiesto ai partecipanti il loro carico di lavoro effettivo durante la pandemia, l'item utilizzato è: "A causa della pandemia ho dovuto lavorare..." e la scelta poteva essere fatta tra 1= significativamente meno, 2= meno, 3= lo stesso, 4= di più, 5= significativamente di più.

#### 2.1.3 Risultati

##### *Ipotesi 1, 2, 3 e 5*

La pandemia di COVID-19 ha colpito i livelli di stress degli infermieri. Infatti hanno sperimentato più stress, hanno avuto valori più alti di irritazione emotiva e si sono sentiti più emotivamente esauriti durante la pandemia di COVID-19 rispetto al periodo precedente, questi risultati vanno quindi a confermare l'ipotesi 1. Gli infermieri inoltre hanno sentito meno flusso/esperienza ottimale durante la pandemia rispetto a prima, confermando anche l'ipotesi 2. Lo stesso tipo di risultato è stato trovato in tutte le sotto-scale. Assorbimento, equilibrio domanda-competenza percepito e godimento. Allo stesso modo anche soddisfazione per il lavoro, per la vita, per la prestazione lavorativa e per il benessere sono diminuiti durante la pandemia, confermando così anche l'ipotesi 3. Per quanto riguarda l'apprezzamento da parte dei pazienti e della società è stato identificato un modello che non è però del tutto in linea con l'ipotesi 5. Infatti gli infermieri hanno riferito di sentirsi più apprezzati dalla società, ma meno dai loro pazienti duramente quel periodo. (tab 3)

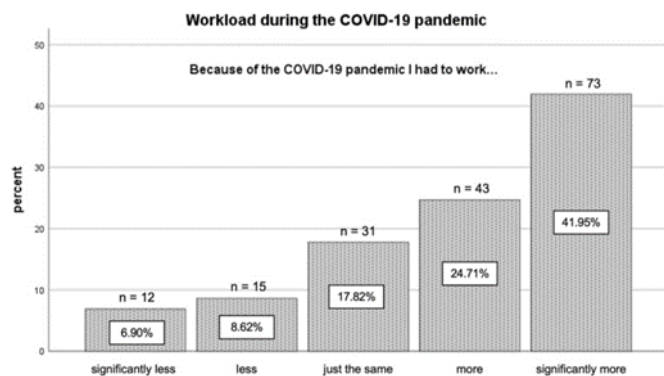


Fig. 1 Workload during the COVID-19 pandemic. Note. Above the bars the frequencies of the nominations are indicated.  $N = 174$

Table 3 Means, standard deviations, significance test and effect sizes before and during the COVID-19 pandemic

Scales	Scale Range	n	Before the pandemic		During the pandemic		t	p two-tailed	Cohen's $d_z$
			Mean	SD	Mean	SD			
Stress (single item)	1-5	174	3.16	0.98	3.46	1.09	3.14	<b>.002</b>	0.24
-Emotional irritation	1-7	172	2.55	1.39	3.12	1.65	4.63	<b>&lt; .001</b>	0.35
-Emotional exhaustion	1-7	173	3.12	1.36	3.97	1.59	8.08	<b>&lt; .001</b>	0.61
Flow	1-6	174	4.18	1.00	3.58	1.11	-7.67	<b>&lt; .001</b>	-0.58
-Absorption	1-6	170	4.54	0.90	4.05	1.09	-6.66	<b>&lt; .001</b>	-0.51
-Demand-skill balance	1-6	174	3.90	1.20	3.41	1.26	-5.38	<b>&lt; .001</b>	-0.41
-Enjoyment	1-6	173	4.15	1.08	3.42	1.24	-8.44	<b>&lt; .001</b>	-0.64
Satisfaction									
-Work	1-7	171	4.79	1.12	4.14	1.51	-5.91	<b>&lt; .001</b>	-0.45
-Life	1-7	170	5.09	1.27	4.32	1.50	-5.91	<b>&lt; .001</b>	-0.45
-Work performance	1-7	164	5.58	1.06	4.88	1.37	-6.69	<b>&lt; .001</b>	-0.52
-Well-being	1-7	167	4.74	1.29	3.97	1.48	-6.03	<b>&lt; .001</b>	-0.47
Appreciation									
-Patients	1-5	174	3.60	1.08	3.39	1.23	-2.72	<b>.007</b>	-0.21
-Society	1-5	167	2.01	0.99	2.37	1.23	3.54	<b>.001</b>	0.27

Note. Significant results (two-tailed;  $p < .05$ ) are shown in bold face

## Ipotesi 4 e 6

### Effetto di mediazione del senso dell'umorismo

Nell'ipotesi 4 viene postulato che il senso dell'umorismo abbia un effetto tampone sulle diverse variabili di esito durante la pandemia di COVID19. Si presumeva che i partecipanti con un punteggio più alto nella scala del senso dell'umorismo fossero meno influenzati dalla pandemia rispetto ai soggetti con valori del senso dell'umorismo inferiori. È risultato che il senso dell'umorismo e le sotto-scale godimento dell'umorismo, trovare umorismo nella vita di tutti i giorni e umorismo sotto stress hanno tamponato gli effetti della pandemia sull'esaurimento emotivo. Gli infermieri che hanno ottenuto punteggi più alti sulle sfaccettature dell'umorismo infatti hanno avuto un minor aumento dell'esaurimento emotivo. La stessa conseguenza è stata trovata per quanto riguarda l'effetto del godimento dell'umorismo sull'irritazione emotiva. Inoltre, come era stato previsto, senso dell'umorismo, godimento dell'umorismo, trovare umorismo nella vita di tutti i giorni e umorismo sotto stress hanno avuto effetti

significativi sui punteggi di differenza di flusso. I partecipanti che hanno ottenuto un punteggio più alto infatti hanno mostrato una minore diminuzione dell'esperienza di flusso. La sotto-scala del godimento dell'umorismo ha poi avuto un effetto tampone sulla soddisfazione per il lavoro, mentre l'umorismo sotto stress ha avuto un effetto significativo sulla soddisfazione per il lavoro e sulla soddisfazione per la prestazione lavorativa.

**Table 2** Means, minimum, maximum, and standard deviation of the sense of humor

Scales	n	Mean	Min.	Max.	SD
Sense of humor	169	5.37	3.13	7.00	0.82
-Enjoyment of humor	169	4.99	1.75	7.00	1.24
-Laughter	168	6.03	3.25	7.00	0.93
-Verbal humor	170	5.14	2.00	7.00	1.15
-Finding humor in everyday life	169	5.27	2.50	7.00	1.03
-Laughing at yourself	170	5.63	3.00	7.00	1.05
-Humor under stress	173	5.17	1.75	7.00	1.35

Note. Sense of humor was measured on a 7-point rating scale from 1 to 7

### Effetto di mediazione dell'apprezzamento

Nell'ipotesi 6 è stato postulato che il cambiamento di apprezzamento sperimentato a causa della pandemia avrebbe avuto un effetto tampone su stress, irritazione emotiva, esaurimento emotivo frequenza dell'esperienza del flusso e soddisfazione. L'apprezzamento da parte dei pazienti ha avuto un effetto tampone sull'esaurimento emotivo, frequenza dell'esperienza del flusso, soddisfazione per il lavoro e soddisfazione con prestazione lavorativa. L'apprezzamento da parte della società, invece, ha influenzato solo la frequenza dell'esperienza di flusso. (tab 4)

**Table 4** Buffering effects of sense of humor and appreciation using difference scores

	Stress		Emotional Irritation		Emotional Exhaustion		Frequency of flow experience		Satisfaction - Work		Satisfaction - Life		Satisfaction - Work performance		Satisfaction - Well-being	
	R <sup>2</sup>	β	R <sup>2</sup>	β	R <sup>2</sup>	β	R <sup>2</sup>	β	R <sup>2</sup>	β	R <sup>2</sup>	β	R <sup>2</sup>	β	R <sup>2</sup>	β
Appreciation																
-Patients	.01	-.11	.01	-.09	<b>.06</b>	<b>-.25**</b>	<b>.09</b>	<b>.31**</b>	<b>.05</b>	<b>.22**</b>	.00	-.05	<b>.06</b>	<b>.23**</b>	.00	.02
-Society	.00	-.04	.00	-.03	.00	-.03	<b>.04</b>	<b>.19*</b>	.00	.06	.02	-.14	.00	.01	.00	.06
Sense of humor																
-Enjoyment of humor	.01	-.08	<b>.04</b>	<b>-.20*</b>	<b>.03</b>	<b>-.18*</b>	<b>.05</b>	<b>.23**</b>	<b>.05</b>	<b>.22**</b>	.01	.07	.01	.12	.01	.10
-Laughter	.01	-.09	.01	.10	.00	-.06	.00	.03	.00	.04	.01	-.11	.00	-.01	.01	-.11
-Verbal humor	.01	-.08	.00	.01	.02	-.13	.02	.12	.02	.13	.01	.11	.00	.01	.00	.01
-Finding humor in everyday life	.00	-.03	.01	.12	<b>.05</b>	<b>-.21**</b>	<b>.03</b>	<b>.16*</b>	.01	.08	.00	-.03	.00	.05	.00	-.02
-Laughing at yourself	.02	-.14	.01	.08	.00	-.07	.00	.02	.00	.01	.02	-.12	.01	-.11	.01	-.12
-Humor under stress	.02	-.13	.00	-.06	<b>.06</b>	<b>-.25**</b>	<b>.07</b>	<b>.26**</b>	<b>.06</b>	<b>.25**</b>	.01	.11	<b>.04</b>	<b>.20*</b>	.01	.07

Note. Significant results are shown in bold face; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .  $n$  varies due to the pairwise deletion of data between 152 and 169 (see Supplementary Material Table S5)

## 2.2 Spiritualità

Per affrontare il costrutto della risorsa personale della spiritualità ho scelto lo studio di Akanni, Olashore e Oderinde del 2021 dal titolo “La relazione tra spiritualità e ansia durante la pandemia di COVID-19: una ricerca sugli operatori di due ospedali terziari nigeriani”. Lo studio risulta molto interessante anche per capire quali risorse vengono più frequentemente utilizzate nelle varie parti del mondo.

### 2.2.1 Ipotesi

Lo studio intende identificare le differenze per quanto riguarda i livelli di ansia basati su gli elementi demografici, la conoscenza riguardo al COVID-19 e la spiritualità degli operatori sanitari.

1. Esiste una relazione inversa tra spiritualità e ansia per quanto riguarda gli operatori sanitari.
2. Gli operatori dei reparti Covid avranno un livello di ansia più alto rispetto agli altri reparti perché il pericolo viene percepito più vicino.
3. Gli operatori con una maggiore conoscenza della malattia avranno livelli di ansia più bassi, perché meglio equipaggiati per gestirla.
4. Essere una donna e avere un'età più avanzata è associato a livelli di ansia più alti.

### 2.2.2 Metodo

#### *Partecipanti*

Lo studio trasversale è stato condotto in due diversi ospedali della Nigeria, il Federal Neuropsychiatric Hospital e lo University of Benin Teaching Hospital che durante la pandemia è diventato uno dei centri di trattamento per i pazienti COVID-19 nel Paese. I partecipanti allo studio fanno tutti parte degli operatori che hanno uno stretto contatto con i pazienti (medici, infermieri ecc...).

Sono stati reclutati tutti i membri del personale dei due ospedali che hanno acconsentito alla somministrazione del questionario per un totale di 252 operatori.

## Strumenti

- Un foglio di raccolta dati auto-prodotto: è stato utilizzato per ottenere i dati clinici e socio-demografici (genere, età, stato familiare, livello di educazione, professione, credo religioso e presenza o meno di malattie croniche). È stato inoltre utilizzato per raccogliere i pareri riguardo alle cause, i trattamenti, la prevenzione e la fatalità del COVID-19 e il livello di preparazione degli ospedali.
- Ansia: è stata utilizzata la Anxiety Rating Scale di Komor per misurare i livelli dell'ansia. La scala è formata da 10 item con domande che si basano sui sentimenti di ansia provati nelle settimane precedenti alla somministrazione (es. "Mi sento teso, nervoso, stanco, o agitato", "Avrei voluto conoscere un modo per riuscire ad essere più rilassato", "Sono preoccupato per quello che potrebbe succedere a me o ai miei cari"). Questi sentimenti sono indicati come risultati al COVID-19.  
La scala di risposta è a 4 punti da 0 a 4 e i risultati delle risposte ad ogni item sono stati poi tra loro sommati. Più alto è il punteggio più alto sarà il livello dell'ansia (Olatunji et al., 2006 citati da Akanni et al., 2021).
- Spiritualità: la sotto-scala "senso di pace" della forma abbreviata dell'Ironson-Woods. Spirituality/Religiousness index (IWSRI) è stata applicata per analizzare la spiritualità dei partecipanti (Ironson et al., 2002 citati da Akanni et al., 2021). Questa scala è caratterizzata da una visione serena della vita, sensazione di avere un significato e avere una connessione con Dio o un alto potere. La scala è formata da 9 item con una scala di valutazione a 5 punti da 1= fortemente in disaccordo a 5= fortemente in accordo (es. "Quello in cui credo mi dà un senso di pace", "Quello in cui credo mi aiuta ad essere rilassato", "Quello in cui credo mi aiuta a provare una relazione/connessione con una più alta forma di esistere"). Punteggi più alti indicano un più alto livello di spiritualità.

### 2.2.3 Risultati

I 252 operatori sanitari analizzati sono risultati essere 92 uomini (36,5%) e 160 donne (63,5%) con un'età media di 40 anni. Gli infermieri sono risultati essere

la metà del personale totale (50,4%), la maggioranza degli operatori inoltre hanno dimostrato di avere un'educazione come minimo di terzo livello (92,4%), gli operatori di fede Cristiana risultano essere l'87,7% e infine quelli sposati il 77,4%. Nei due ospedali l'unica differenza mostrata tra i partecipanti è la loro fede (tab 1).

**Table 1.** Socio-demographic characteristics of participants from the two hospitals.

Variables	Total	UBTH	FNPB	$\chi^2$	p-value
Gender				1.15	.28
Male	92 (36.5)	49 (39.8)	43 (33.3)		
Female	160 (63.5)	74 (60.2)	86 (66.7)		
Age (t test)				.20	.84
Mean (SD)		39.76 (6.78)	39.96 (8.49)		
Educational status				.02	.90
Sec & below	19 (7.5)	9 (7.3)	10 (97.8)		
Ter& above	233 (92.5)	114 (92.7)	119 (92.2)		
Marital status				3.46	.06
Married	195 (77.4)	89 (72.4)	106 (82.2)		
Others	57 (22.6)	34 (27.6)	23 (17.8)		
Religion				6.95	.01
Christianity	121 (87.7)	101 (82.1)	120 (93.0)		
Others	31 (12.3)	22 (17.9)	9 (7.0)		
Profession				11.32	.00
Doctor	29 (11.5)	19 (15.4)	10 (7.8)		
Nurse	127 (50.4)	49 (39.8)	78 (60.5)		
*Others	96 (38.1)	55 (44.7)	41 (31.8)		

\*Others are pharmacist, laboratory scientist, health attendant, medical record officer etc.

Il livello di ansia medio risulta essere di 9.32 in entrambi gli ospedali, senza differenze significative nei punteggi d'ansia tra le variabili delle istituzioni e le variabili socio-demografiche (tab 2).

**Table 2.** Participants' anxiety and their socio-demographics.

Variables	Characteristics	Frequency	Ranked mean anxiety	MWU	p-value
Hospital*	UBTH	123	122.00	7384.50	.92
	FNPB	121	123.00		
Gender*	Male	90	116.88	6424.50	.34
	Female	154	125.78		
Marital status*	Married	189	122.84	5132.50	.89
	Others	55	121.32		
Educational status*	Sec & below	19	144.32	1723.00	.16
	Ter & above	225	120.66		
Religious affiliation*	Christianity	214	123.91	2909.00	.40
	Others	30	112.47		
Profession*	Doctor	28	104.39	2.43 <sup>^</sup>	.30
	Nurse	124	127.09		
	Others	92	121.82		
Chronic illness*	Absent	186	117.31	4429.50	.76
	Present	49	120.60		

\*Missing values, WMU – Mann Whitney U Test, <sup>^</sup>Chi Square Test, Sec – secondary, Ter – tertiary

In modo simile gli item riguardo le opinioni e la conoscenza del COVID-19 non sono associati significativamente con l'ansia (tab 3).

**Table 3.** Association between anxiety and participants' knowledge and opinion of COVID-19.

Variables	Characteristics	Frequency	Ranked mean anxiety	MWU	p-value
Death rate*	Correctly low	142	108.24	5217.00	.08
	Incorrectly high	85	123.62		
Cause*	Spiritual	23	135.89	2233.50	.33
	Medical	221	121.11		
Prevention*	Yes	206	119.20	3235.00	.09
	No/uncertain	38	140.37		
Treatment*	Spiritual	18	117.39	1942.00	.77
	Medical	225	122.37		
Hospital preparedness*	High	143	121.95	7142.50	.88
	Low	101	123.28		

\*Missing values.

Esiste invece una significativa relazione negativa tra ansia e spiritualità (tab 4).

**Table 4.** Spearman's inter-correlation of spirituality and anxiety.

Measures	1	2	3
1. Age	1		
2. Spirituality	.13*	1	
3. Anxiety	.09	-.45**	1

\*Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

\*\*Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

L'analisi di correlazione parziale mostra come la spiritualità è significativamente e fortemente legata all'ansia dopo aver controllato le variabili genere ed età.

Lo studio quindi rivela che l'ansia è presente tra gli operatori sanitari, ma il livello riportato è più lieve se messo a confronto con altri studi (Emery & Clayton, 2009; Hu et al., 2020; Pappa et al., 2020 citati da Akanni et al., 2021). Esso può essere attribuito a fattori personali, organizzativi e naturali. La maggior parte degli operatori è ben informata riguardo al basso tasso di mortalità della malattia in Nigeria rispetto agli altri continenti, infatti una valutazione realistica di una situazione riduce l'ansia (Folstein & Van Petten, 2008 citati da Akanni et al., 2021). Un altro fattore che ha aiutato questa riduzione può essere il metodo con il quale l'organizzazione ospedaliera è stata modificata per ridurre la diffusione della malattia all'interno delle strutture sanitarie. Inoltre, è possibile che un processo di desensibilizzazione naturale abbia avuto effetto a causa della costante esposizione alla minaccia della malattia; è possibile che l'ansia abbia raggiunto il picco all'inizio della pandemia e che si sia poi attenuata.

L'uso della strategia di coping della spiritualità può spiegare il modesto livello di ansia riportato risultando una correlazione negativa tra le due all'interno dello studio, in linea con l'ipotesi iniziale. La spiritualità è inversamente correlata all'ansia tra gli infermieri (Kim, 2013 citato da Akanni et al., 2021) e altri lavoratori non sanitari (Davis, T. L., Kerr, B. A. & Kurpius, 2003; Johnson et al., 2011; Mann et al., 2008; McCoubrie & Davis, 2006 citati da Akanni, 2021). La spiritualità è una risorsa istintiva che aiuta la capacità di coping, infatti la connessione con qualcosa di superiore può portare alla promozione di percezioni di sé positive (es. autostima), messa a disposizione di risorse di coping specifiche (es. risorse cognitive adattive o comportamentali allo stress) e generazione di altre emozioni positive (es. amore e perdono) (Koenig &

Skrzypinska, 2006 citati da Akanni et al., 2021). Inoltre la sotto-scala della spiritualità di IWSRI ha mostrato prove che misurano la sicurezza, il significato, la pace e il rilassamento di fronte all'ansia (Koenig, 2009; Lee et al., 2013 citati da Akanni 2021).

Il livello di ansia registrato risulta indipendente in questo caso dalle opinioni/convinzioni riguardo al COVID-19, così come dalle differenze di sesso ed età, così da portare alla negazione delle ipotesi precedenti. Questi risultati però possono essere dovuti alle misure di mitigazione della gestione degli ospedali (riprogrammazione del lavoro per far sì che si abbia un giorno in più libero dal lavoro, fornire supporti/servizi psicosociali e aumento delle indennità di rischio) che potrebbero aver fatto sì che tutti gli operatori vivessero la stessa situazione, non risultano quindi indicativi per la popolazione in generale.

### *2.3 La resilienza*

Per analizzare il tema della resilienza ho ritenuto particolarmente significativo in rapporto all'attuale situazione riguardo al COVID-19 lo studio di Labrague del 2021 dal titolo "L'affaticamento causato dalla pandemia e la salute mentale degli infermieri clinici, qualità del sonno e soddisfazione per il lavoro durante la pandemia di COVID-19: il ruolo di mediazione della resilienza".

#### *2.3.1 Ipotesi*

La resilienza funge da mediatrice per:

1. la stanchezza da pandemia;
2. la salute mentale;
3. la qualità del sonno;
4. la soddisfazione per il lavoro.

#### *2.3.2 Metodo*

##### *Partecipanti*

Lo studio quantitativo e trasversale coinvolge tramite un questionario online gli infermieri clinici che lavorano in prima linea nella regione centrale delle Filippine. La regione comprende 50 ospedali pubblici e 25 privati, con circa



3000 infermieri. In questo studio sono stati reclutati infermieri provenienti da 14 ospedali selezionati in modo casuale (7 pubblici e 7 privati). Per essere coinvolti gli infermieri dovevano possedere le seguenti caratteristiche: essere attualmente un infermiere clinico, essere infermieri registrati e autorizzati, avere almeno 6 mesi di esperienza nella loro attuale organizzazione. Hanno partecipato allo studio 255 infermieri.

### *Strumenti*

- Pandemic Fatigue Questionnaire: è stato utilizzato per valutare l'affaticamento mentale e fisico associato alla pandemia di COVID-19 (Lambrague & Ballard, 2021 citato da Lambrague, 2021). La scala unidimensionale è composta da 10 item a cui si risponde tramite una scala Likert a 6 punti da 0= mai a 5= sempre. Più alto risulta essere il punteggio più alta sarà la presenza di resilienza.
- Brief Resilience Scale: è stata utilizzata per valutare la capacità di ripresa degli infermieri da eventi stressanti e indesiderabili causati dalla pandemia e dalle misure per controllarne la trasmissione (Smith et al., 2008 citati da Lambrague, 2021). La scala formata da 5 item riceve risposta tramite una scala Likert a 6 punti da 0= non mi descrive per niente a 5= mi descrive perfettamente. Più alto sarà il punteggio più alta sarà la resilienza.
- Job Contentment scale: è stata utilizzata per misurare la soddisfazione per il lavoro degli infermieri durante la pandemia da coronavirus (Taunton et al., 2004 citati da Lambrague, 2021). La scala è composta da 7 item valutati su una scala Likert a 5 punti da 1= fortemente in disaccordo a 5= fortemente d'accordo. Punteggi medi più alti significano più alti livelli di soddisfazione sul lavoro.
- La qualità del sonno degli infermieri è stata misurata utilizzando un item singolo (Snyder et al., 2018 citati da Lambrague, 2021) gli infermieri hanno valutato la qualità del loro sonno degli ultimi 7 giorni tramite una scala Likert da 0= molto scarsa a 10= eccellente.

### 2.3.3 Risultati

Un totale di 255 infermieri clinici ha risposto al questionario. L'età media risulta essere di 31.9 anni, mentre l'esperienza infermieristica media risulta di 8.8 anni. La maggioranza del campione risulta essere donna, non sposata, in possesso di una laurea BSN, con lavoro a tempo pieno, lavoravano in strutture di medie o grandi dimensioni. La stragrande maggioranza inoltre si era sottoposto al vaccino contro il COVID-19, mentre meno del 50% aveva seguito un corso di formazione relativo al COVID-19. Circa il 70% percepiva almeno sufficienti i dispositivi medici disponibili, mentre meno della metà dei partecipanti percepiva sufficiente il livello del personale (tab1).

TABLE 1  
Nurse characteristics and its correlation with pandemic fatigue (n = 255)

Variables	Category	n	%	Mean	SD	Test statistic	p value
Age				31.956	7.402	0.016	.818
Years of experience in nursing				8.799	6.753	-0.023	.744
Years of experience in the organisation				5.434	5.352	0.038	.587
Gender	Male	68	26.67	3.075	0.975	-0.090	.928
	Female	187	73.33	3.090	0.939		
Marital status	Married	87	34.12	3.021	0.965	-0.748	.456
	Unmarried	165	64.71	3.124	0.934		
Education	BSN	209	81.96	3.055	0.949	-1.203	.230
	MSN	46	18.04	3.286	0.908		
Job status	Fulltime	219	85.88	3.089	0.936	0.128	.898
	Part time	36	14.12	3.054	1.107		
Job role	Staff nurse	183	71.76	3.055	0.929	-0.750	.454
	Nurse manager	72	28.24	3.164	0.984		
Facility size	Small	77	30.20	3.224	1.007	1.400	.249
	Medium	88	34.51	2.953	0.884		
	Large	90	35.29	3.103	0.943		
Attendance in COVID-19-related trainings	Yes	103	40.39	3.105	1.018	0.229	.819
	No	152	59.61	3.074	0.896		
Vaccination Status	Vaccinated	210	82.35	2.982	0.903	-3.677	.001
	Not vaccinated	45	17.65	3.615	0.987		
Personal Protective Adequacy				2.466	0.824	0.122	.080
	Very insufficient	21	8.24				
	Insufficient	57	22.35				
	Sufficient	112	43.92				
	Very sufficient	65	25.49				
Staff Adequacy				2.937	0.850	-0.225	.001
	Very insufficient	31	12.16				
	Insufficient	103	40.39				
	Sufficient	84	32.94				
	Very sufficient	37	14.51				
Mental Health				3.893	0.957		
Job Contentment				3.432	0.907		

### *Predittori dell'affaticamento da pandemia*

Tra le variabili, la vaccinazione e l'adeguatezza degli operatori sono risultate essere predittori significativi. Infatti gli infermieri che avevano ricevuto il vaccino e che percepivano un buon livello di adeguatezza dello staff che li circondava mostravano livelli più bassi di affaticamento (tab 2).

TABLE 2

Predictors of pandemic fatigue

Variables	B	SE	Beta	t	p	95.0% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	5.313	0.483				4.361	6.265
Vaccination status (R: Vaccinated)							
Not vaccinated	0.587	0.165	0.231	3.564	.001	0.262	0.912
Staffing adequacy	-0.212	0.074	-0.185	-2.844	.005	-0.358	-0.065

### *Correlazione tra affaticamento da pandemia, salute mentale, soddisfazione per il lavoro e qualità del sonno*

L'affaticamento da pandemia è stato correlato negativamente in modo significativo con: salute mentale, soddisfazione per il lavoro e qualità del sonno (tab 3).

TABLE 3

Correlations between key study variables

Variables	1	2	3	4	5
Mental Health	1				
Job Contentment	0.486 <sup>a</sup>	1			
Sleep Quality	0.513 <sup>a</sup>	0.430 <sup>a</sup>	-0.091	1	
Pandemic Fatigue	-0.559 <sup>a</sup>	-0.420 <sup>a</sup>	-0.166 <sup>b</sup>	-0.381 <sup>a</sup>	1

### *L'effetto di mediazione della resilienza nell'associazione tra affaticamento da pandemia e salute mentale, soddisfazione per il lavoro e qualità del sonno*

L'analisi è stata condotta per testare le correlazioni ipotizzate tra affaticamento da pandemia e salute mentale, soddisfazione per il lavoro e

qualità del sonno. I risultati indicano che l'affaticamento da pandemia ha un effetto diretto sulla salute mentale degli infermieri clinici, sulla loro qualità del sonno e sulla soddisfazione per il lavoro. Inoltre, i risultati evidenziano che l'affaticamento da pandemia ha un effetto diretto sulla resilienza degli infermieri. Le analisi statistiche dimostrano poi come la resilienza medi parzialmente l'associazione tra affaticamento da pandemia e salute mentale, qualità del sonno e soddisfazione per il lavoro degli infermieri. Si può quindi dire che gli infermieri con punteggi bassi nella scala di affaticamento da pandemia potrebbero avere alti livelli di resilienza che quindi porterebbero ad una migliore salute mentale, qualità del sonno e soddisfazione per il lavoro. Vengono quindi confermati i significativi effetti di mediazione della resilienza.

TABLE 4

Mediating effects of resilience on the relationship between pandemic fatigue and nurse outcomes

Model	B	SE	$\beta$	t	p	95.0% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Direct effects							
Pandemic fatigue →mental health	-0.566	0.059	-0.559	-9.624	.001	-0.682	-0.450
Pandemic fatigue →job contentment	-0.403	0.061	-0.420	-6.606	.001	-0.523	-0.283
Pandemic fatigue →sleep quality	-0.918	0.156	-0.381	-5.879	.001	-1.226	-0.610
Resilience →mental health	0.653	0.104	0.402	6.262	.001	0.447	0.858
Resilience →job contentment	0.304	0.106	0.197	2.870	.005	0.095	0.512
Resilience →sleep quality	1.143	0.259	0.295	4.412	.001	0.632	1.654
Pandemic fatigue →resilience	-0.160	0.042	-0.257	-3.803	.001	-0.243	-0.077
Indirect effects							
Pandemic fatigue →resilience → mental health	-0.494	0.058	-0.488	-8.552	.001	-0.608	-0.380
Pandemic fatigue →resilience → job contentment	-0.380	0.063	-0.395	-6.027	.001	-0.504	-0.255
Pandemic fatigue →resilience → sleep quality	-0.787	0.158	-0.326	-4.981	.001	-1.099	-0.476

Gli individui caratterizzati da maggiore resilienza, quindi, gestiscono lo stress, l'ansia e altri problemi di salute mentale dovuti alla pandemia meglio rispetto agli individui caratterizzati da un livello più basso della stessa (Lambrague, & de los santo, 2020; Roberts et al., 2021; Yoruk & Guler, 2021 citati da Lambrague, 2021).

## *2.4 Fattori socio-demografici*

Per portare l'analisi di alcuni fattori socio-demografici legati alla maggiore o inferiore presenza di stress tra gli operatori sanitari ho scelto lo studio di Wan, Lian, Ma, Cai e Xianyu del 2022 dal titolo "Fattori associati al burnout tra gli infermieri cinesi durante l'epidemia di COVID-19: uno studio cross-sectional".

### *2.4.1 Obiettivi*

Questo studio ha l'obiettivo di analizzare e descrivere molti tra i fattori socio-demografici associati positivamente e negativamente al fenomeno del burnout.

### *2.4.2 Metodo*

#### *Partecipanti*

I partecipanti devono aver lavorato negli ospedali di Whuan per almeno una settimana dal diffondersi dell'epidemia, dopo aver consegnato il questionario il numero finale di partecipanti analizzabili risulta essere di 885 operatori.

#### *Strumenti*

- Elementi socio-demografici e del contesto lavorativo: i fogli per la raccolta dati sono auto-progettati.  
Includono: genere, età, stato civile, presenza o meno di fratelli, numero di figli, livello di educazione, titolo tecnico del team medico di appartenenza, condizione occupazionale, esperienza lavorativa, unità di lavoro, ore di lavoro giornaliera, numero di turni notturni a settimana, tipo di abitazione, conoscenza del COVID-19, essere circondato probabilmente o sicuramente da staff medico.
- Burnout: viene misurato tramite il Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS). Il questionario è formato da 15 item: 5 riguardanti l'esaurimento emotivo, 4 riguardo la depersonalizzazione e 6 sulla realizzazione personale. Ogni item ha risposta tramite una scala di valutazione a 7 punti da 0= mai a 6= ogni giorno. Più alto è il livello di esaurimento emotivo e depersonalizzazione, più alto è il livello di burnout.

- Ansia: è stata utilizzata la State-Trait Anxiety Inventory (STAI) sviluppata da Spielberg et al. e rivista da Li e Quian. In questa scala sono presenti due sotto-scale. La State Anxiety Inventoy (SAI) stabilisce lo stato attuale dell'ansia quando viene misurata, mentre la Trait Anxiety Inventory analizza quanto si può essere inclini all'ansia. Ogni sottoscala consiste in 20 item valutati su una scala da 1 a 4, così da far sì che la somma totale dei risultati risulti essere tra 20 e 80. Più alto è il punteggio più alto risulta essere lo stato di ansia.

### 2.4.3 Risultati

#### *Elementi socio demografici e del contesto lavorativo (tab 1)*

L'età media dei partecipanti era 30,96 di un'età compresa tra i 20 e i 53 anni. La maggior parte dei partecipanti è risultata essere donna, sposata e senza fratelli. Circa il 38% proveniva da squadre mediche di Whuan e l'82% era impiegato nei reparti di isolamento. Quasi tutti gli operatori avevano turni compresi tra le 5 e le 8 ore con almeno un turno di notte a settimana. La conoscenza del COVID-19 in generale risulta buona.

#### *Statistiche descrittive delle scale di ansia e burnout (tab 2)*

Prevalenza bassa, media e alta di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione personale (tab 3)

#### *Correlazione tra burnout e ansia*

La correlazione lineare tra le scale del burnout e i punteggi dell'ansia (tab 3).

Le scale dell'esaurimento emotivo, della depersonalizzazione e della realizzazione personale presentano correlazioni statisticamente significative con i punteggi delle scale SAI e TAI. È stata poi osservata una correlazione positiva significativa tra esaurimento emotivo e depersonalizzazione, ma nessuna significativa correlazione con la soddisfazione personale, mentre esiste una correlazione negativa tra depersonalizzazione e realizzazione personale (tab 4).

**Table 1** Social-demographic and work-related situations of participants [N (%)]

Variables	Mean (SD)	N (%)
Gender		
Male		35(4.0)
Female		850(96.0)
Age	30.96 (6.10)	
Marital status		
Single		326(36.8)
Married		545(61.6)
Divorced/widow		14(1.6)
No siblings		
Yes		252(28.5)
No		633(71.5)
N of Children		
0		373(42.1)
1		404(45.6)
2		100(11.3)
≥ 3		8(0.9)
Education level		
College and below		117(13.2)
Undergraduate		753(85.1)
Master and above		15(1.7)
Technical title		
Junior		613(69.3)
Intermediate		245(27.7)
Deputy Senior and above		27(3.1)
Medical team		
Wuhan		340(38.4)
Others		545(61.6)
Employment status		
Regular payroll		114(12.9)
Personnel agency		113(12.8)
Contract worker		583(65.9)
Hiring		75(8.5)
Work experience, y		
<5		290(32.8)
5~10		311(35.1)
11~20		203(22.9)
>20		81(9.2)
Current unit		
Fever clinics		51(5.8)
Isolation ward		729(82.4)
Ordinary ward		105(11.9)
Hours of daily work		
≤4		86(9.7)
5~8		700(79.1)
≥9		99(11.2)
N of night shifts weekly		
0		127(14.4)
1		120(13.6)

**Table 1** (continued)

Variables	Mean (SD)	N (%)
2		431(48.7)
≥3		207(23.4)
Dwelling place		
Hospital dormitory		267(30.2)
Hotel		441(49.8)
Home		138(15.6)
Other		39(4.4)
Knowledge level of COVID-19		
Best		129(14.6)
Better		573(64.7)
General		178(20.1)
Weak		5(0.6)
Confirmed or suspected medical staff around		
Yes		544(61.5)
No		341(38.5)

**Table 2** The descriptive statistics of burnout and anxiety scales (n = 885)

	Range	Lowest score	Highest score	Mean	SD
SAI	20-80	20	78	45.52	10.50
TAI	20-80	20	78	43.78	9.86
EE	0-30	0	30	11.50	7.51
Cynicism	0-24	0	24	6.02	5.58
PA	0-36	0	36	24.47	9.53

SD, Standard Deviation; SAI, State Anxiety Inventory; TAI, Trait Anxiety Inventory; EE, Emotional exhaustion, C, Cynicism, PA, Personal accomplishment

**Table 3** The prevalence of each dimension of burnout scale (n = 885, %)

	Mild	moderate	high
EE	685(77.40%)	129(14.58%)	71(8.02%)
C	563(63.62%)	181(20.45%)	141(15.93%)
PA	701(79.21%)	110(12.43%)	74(8.36%)

**Table 4** Correlation coefficients between burnout and anxiety (N = 885)

	SAI	TAI	EE	C	PA
SAI	1	0.883**	0.553**	0.494**	-0.275**
TAI		1	0.605**	0.547**	-0.319**
EE			1	0.729**	-0.042
C				1	-2.18**
PA					1

SAI State Anxiety Inventory, TAI/Trait Anxiety Inventory, EE Emotional exhaustion, C, Cynicism, PA, Personal accomplishment

\*\* P < 0.01

### *Fattori associati al burnout (tab 5)*

È stata fatta un'analisi di regressione lineare multipla per ciascuna dimensione della scala del burnout.

Per quanto riguarda l'esaurimento emotivo risultano essere predittori significativi: personnel agency, esperienza lavorativa inferiore a 5 anni, vivere nel dormitorio dell'ospedale, fare tre o più turni notturni a settimana, una buona o ottima conoscenza del COVID-19 e essere circondato da sicuri o probabili operatori sanitari.

Per quanto riguarda la depersonalizzazione risultano essere predittori significativi: avere un ruolo di media importanza, personnel agency, lavorare in un reparto di isolamento, vivere nel dormitorio dell'ospedale, fare tre o più turni notturni a settimana, un'ottima conoscenza del COVID-19 e essere circondato da sicuri o probabili operatori sanitari.

Per quanto riguarda la realizzazione personale risultano essere predittori significativi: non avere fratelli, provenire dall'equipe medica di Whuan, vivere in hotel, almeno 9 ore di lavoro al giorno, una buona o ottima conoscenza del COVID-19 e essere circondato da sicuri o probabili operatori sanitari.

**Table 5** Multivariate Linear Regression Analysis with step-wise methods with burnout subscales as dependent variables ( $n = 885$ )

	Emotional exhaustion		Cynicism		Personal accomplishment	
	$\beta$	SE	$\beta$	SE	B	SE
<b>Social-demographic factors</b>						
No siblings					-1.73*	0.69
Intermediate title			1.21**	0.40		
Personnel agency	-2.01**	0.74	-1.72**	0.55		
<b>Work-related factors</b>						
Work experience < 5 years	-1.75***	0.52				
Wuhan medical team					1.37*	0.69
Isolation ward			1.04*	0.47		
Hospital dormitory	-1.86***	0.54	-1.31***	0.40		
Hotel					-1.33*	0.66
$\geq 3$ night shifts weekly	2.43***	0.57	2.10***	0.42		
$\geq 9$ h of daily work					3.37***	0.99
Knowledge level of COVID-19	-3.24***	0.84	-1.83***	0.51	5.67***	1.07
Best	-1.25*	0.61			2.62***	0.78
Better confirmed or suspected medical staff around	2.05***	0.50	1.71***	0.37	-1.68**	0.65

\*\*\* $P < 0.001$ , \*\* $P < 0.01$ , \* $P < 0.05$

B, Regression Coefficient; SE, Standard Error of the Estimate

Da questo studio otteniamo anche quelli che risultano essere i fattori protettivi per il burnout.

Infatti esso evidenzia come gli infermieri con meno di 5 esperienze lavorative risultavano avere un inferiore esaurimento emotivo. Ne risulta che sebbene risultassero ansiosi continuavano a lavorare con entusiasmo.

I membri del team di Whuan risultano inoltre avere un maggior senso di realizzazione personale probabilmente dovuto al maggior senso di responsabilità e protezione provato dagli infermieri in quanto autoctoni della zona più colpita.

Un'ottima conoscenza del COVID-19 risulta essere un altro fattore protettivo al burnout. Infatti studi precedenti sostengono che l'informazione e l'istruzione sull'eziologia delle nuove malattie infettive e le conseguenti indicazioni sulle



misure di controllo e prevenzione, aumentando le conoscenze del personale, li aiuterebbero ad avere una visione più positiva, una riduzione dell'ansia percepita, e un aumento della sicurezza personale.

Nonostante il numero elevato di turni notturni e l'alto numero di ore di lavoro influisca negativamente su esaurimento emotivo e depersonalizzazione è stato scoperto che gli infermieri che lavoravano per più di 9 ore al giorno risultavano avere un maggiore livello di realizzazione personale. Lavorando tutti insieme in un periodo storico molto difficile hanno infatti mostrato grande entusiasmo per sostenere la popolazione.

## Capitolo 3

### Ambiti di prevenzione e intervento

#### *3.1 Senso dell'umorismo e apprezzamento*

Le strategie di coping come il senso dell'umorismo e la percezione di apprezzamento sono risorse importantissime che aiutano gli infermieri a gestire l'emergenza COVID-19. La formazione sull'umorismo, la comunicazione, lo stress offrono un approccio per gestire le attuali difficoltà.

##### 3.1.1 Senso dell'umorismo

L'effetto di mediazione del senso dell'umorismo sullo stress, sulla frequenza dell'esperienza di flusso e sulla soddisfazione ci dimostra quanto potenziale abbia l'uso di questa strategia di coping nel settore sanitario. Oltre che nel suo utilizzo per la gestione dello stress è emerso che l'uso dell'umorismo da parte degli infermieri è particolarmente apprezzato dai pazienti, così da diventare fondamentale per il miglioramento della relazione infermiere-paziente, risultando essere quindi un fattore protettivo per il lavoro di tutti i giorni (Tanay, Wiseman, Roberts & Ream, 2014 citati da Bartzik et al., 2021). Un approccio promettente potrebbe essere quindi quello di far migliorare il senso dell'umorismo attraverso un intervento di formazione mirata agli infermieri. Un intervento esistente che ha mostrato risultati soddisfacenti è il "7 Humor Habits Program" di McGhee che mira a costruire e rafforzare l'umorismo nella vita di tutti i giorni. McGhee infatti ha sviluppato un programma di intervento sull'umorismo basato sull'evidenza che enfatizza il rafforzamento delle abitudini e delle abilità fondamentali dell'umorismo. I 7 punti consistono in: circondati di umorismo; ridi più spesso; creare il proprio umorismo verbale; cercare umorismo nella vita di tutti i giorni; avere autoironia; trovare umorismo in situazioni di stress. Questo programma si struttura in due approcci per rafforzare le abitudini umoristiche: "compiti di gioco a casa" e esercizi di "diario dell'umorismo". Infatti tenere un registro dell'umorismo è un importantissimo esercizio cognitivo che richiede ai partecipanti di pensare attivamente alle questioni relative al loro senso dell'umorismo. I compiti di gioco a casa come

esercitarsi a ridere più spesso e creare umorismo verbale invece sostengono le componenti comportamentali. L'efficacia di questo programma è stata largamente confermata e ci sono le prove che migliori anche l'umore quotidiano, l'ottimismo e la capacità di far fronte allo stress.

### 3.1.2 Senso di apprezzamento

È fondamentale far sì che aumenti l'apprezzamento per gli infermieri da parte dei pazienti e della società, di modo che, come abbiamo visto dai risultati dello studio, si vada a ridurre lo stress, aumentare l'esperienza di flusso e la soddisfazione. Il primo approccio per migliorare l'apprezzamento da parte dei pazienti è sicuramente l'utilizzo di una comunicazione trasparente riguardo la situazione di difficoltà, così da far accettare al paziente le restrizioni e non far sì che incolpino gli infermieri per la situazione stessa. Queste informazioni dovrebbero essere fornite in modo obiettivo, ma soprattutto empatico, servirebbe dunque una formazione diretta anche sulla comunicazione.

Per quanto riguarda invece l'apprezzamento da parte della società dovrebbero essere inserite campagne di sensibilizzazione e informazione affinché venga sottolineata l'importanza degli infermieri e del loro ruolo.

### 3.2 *Spiritualità*

La spiritualità è risultata essere un'ottima strategia di coping. Si consiglia infatti agli operatori sanitari di prestare maggiore attenzione alla loro personale spiritualità e di utilizzarla in modo funzionale così da raggiungere una buona salute mentale e affrontare lo stato di ansia in modo più efficace. Un'ulteriore implicazione clinica potrebbe inoltre essere quella di introdurre la spiritualità tra i pazienti che soffrono di problemi di ansia, così da permettergli un maggiore adattamento in momenti di crisi (McCoubrie, R. C. & Davies, 2006 citati da Akanni et al., 2021). Nello studio di Daaleman e VandeCreek (citati da McCoubrie et al., 2021) infatti viene riconosciuto come i malati terminali riconoscano un orientamento spirituale maggiore rispetto sia ai pazienti ricoverati in ospedale non terminali sia ai pazienti sani. Nonostante ci siano molteplici interpretazioni della spiritualità all'interno delle strutture sanitarie, costrutti di significato o una sensazione di avere uno scopo nella vita sono stati

suggeriti come componenti primarie. Ad esempio, nelle donne con carcinoma mammario avanzato, il mantenimento di uno scopo o di un significato nella vita è stato identificato come un aspetto fondamentale dell'auto-trascendenza e del benessere spirituale. Gli stati psicologici e gli esiti della qualità della vita sono stati i punti finali primari negli studi sull'assistenza di fine vita che hanno utilizzato il punto di vista della spiritualità. Ulteriori studi suggeriscono che la spiritualità è inoltre positivamente associata al benessere soggettivo e alla qualità della vita nella stessa misura del benessere fisico. È necessario quindi spingere chi possiede questa risorsa ad utilizzarla il più possibile e a non rifiutarne l'utilità.

La spiritualità quindi risulta essere uno strumento poco costoso che dimostra di avere il potenziale per essere una delle soluzioni all'ansia e al disagio psicologico durante periodi di difficoltà. Visti i risultati degli approcci spiritualmente integrati positivi i medici vengono quindi incoraggiati a migliorare le proprie abilità e conoscenze in questo ambito spesso poco sfruttato.

### *3.3 Resilienza*

La resilienza è un'abilità essenziale che può aiutare i professionisti sanitari ad adattarsi e riprendersi in modo efficace da danni fisici e psicologici ed inoltre aiuta ad adattarsi rapidamente alla pressione lavorativa.

Dati gli effetti negativi della stanchezza associata alla pandemia sulla salute mentale degli infermieri, sulla qualità del sonno e sulla contentezza del lavoro, è essenziale che le misure per contrastare la fatica da pandemia abbiano la priorità. Infatti essere in grado di garantire un adeguato supporto organizzativo (più infermieri alle unità COVID-19, fornire pause di riposo adeguate e orari di lavoro più brevi e fornire una programmazione flessibile può essere utile per ridurre l'affaticamento mentale e fisico associato alla pandemia negli infermieri (Rieckert et al., 2021 citati da Lambrague, 2021)), l'accesso ai servizi di salute mentale e fornire un ambiente di lavoro sicuro sosterrà meglio gli infermieri e promuoverà la loro salute e il loro benessere. Lo stato di vaccinazione è un altro fattore importante che aiuta a prevedere l'affaticamento da pandemia, gli amministratori ospedalieri infatti dovrebbero garantire che gli infermieri abbiano

accesso ai vaccini COVID-19. Questo garantirà che gli infermieri siano immunologicamente protetti dal virus, con la conseguente riduzione dell'affaticamento pandemico, prestazioni lavorative efficaci e una migliore fornitura di assistenza ai pazienti. È importante prevedere programmi di formazione basati sulla consapevolezza e auto-cura della consapevolezza (Badu et al., 2020 citati da Lambrague, 2021). Gli interventi possono essere di vario tipo: mindful self-care e resilienza (MSCR) (Craigie et al., 2016; Slatyer et al., 2018 citati da Badu et al., 2020), un intervento educativo basato sul lavoro per promuovere la resilienza personale (McDonald et al., 2013 citati da Badu et al., 2020), un programma per promuovere la resilienza degli adulti (Foster et al., 2018 citati da Badu et al., 2020), un programma per la riduzione dello stress basato sulla consapevolezza (Foureur et al., 2013 citati da Badu et al., 2020).

La resilienza negli infermieri in prima linea può essere supportata al meglio da un adeguato supporto organizzativo e da una leadership di supporto. Le pratiche che influenzano gli infermieri sul posto di lavoro a resistere a stati emotivi negativi persistenti includono feedback positivi da parte dei leader (Drury et al., 2014 citati da Badu et al., 2020), trattando il personale con rispetto e leader consapevoli di sé (Cope, V., Jones, B. & Hendricks, 2016; Drury et al., 2014 citati da Badu et al., 2020). Sarebbe utile inoltre inserire modelli di ruolo e tutor per fornire risorse di coaching clinico, consulenza e supporto manageriale agli infermieri. La modellazione dei ruoli e il supporto del tutoraggio aiutano infatti a migliorare l'ambiente di lavoro (Drury et al., 2014 citati da Badu et al., 2020).

Dev'essere inoltre inclusa l'implementazione di un ambiente di lavoro resiliente, un adeguato rapporto paziente-infermiere, orari di lavoro flessibili, forniture e attrezzature adeguate, informazioni aggiornate per quanto riguarda il virus e risorse per la salute mentale.

## Conclusione

Dal lavoro di tesi e dalle analisi effettuate è risultato come il COVID-19 abbia cambiato e sconvolto drasticamente e rapidamente le nostre vite e in particolare quelle degli operatori sanitari. Essi infatti sono stati colpiti da moltissimi elementi fonte di stress legati alla pandemia. Nonostante il forte stress e le difficilissime situazioni di lavoro, gli operatori spesso sono riusciti a far fronte alle problematiche e a mantenere efficace il loro lavoro. Molti fattori hanno fatto parte della riuscita di questo processo nonostante le numerose difficoltà fisiche e psicologiche. Negli studi appena descritti essi sono stati analizzati nello specifico.

Nel primo studio le strategie di coping del senso dell'umorismo e dell'apprezzamento vengono descritte come a grande sostegno degli operatori. Infatti la predisposizione al senso dell'umorismo aiuta sia direttamente gli operatori ad affrontare in modo più positivo la giornata di lavoro e il periodo di crisi, sia sostiene il miglioramento del rapporto col paziente. Inoltre il rapporto col paziente risulta essere molto importante per tutti gli operatori sanitari, poiché la sensazione di apprezzamento migliora il suo benessere; lo stesso processo vale per quanto riguarda l'apprezzamento da parte della società, che fa sì che ogni operatore si senta riconosciuto nel suo ruolo e per le difficoltà e gli sforzi che sta compiendo. Dallo studio è emerso che l'apprezzamento da parte della società per gli operatori è andato in crescendo durante la pandemia.

Il secondo studio si concentra sulla spiritualità e su come questo aspetto personale aiuti la gestione dell'ansia. Risulta infatti esserci una correlazione negativa tra ansia e presenza di spiritualità nell'individuo. Questa strategia di coping potrebbe venire maggiormente sfruttata vista la sua efficacia, sia dagli operatori sanitari per la gestione di periodi come quelli del COVID-19 sia dai pazienti che soffrono di disturbi che coinvolgono l'ansia.

Nel terzo studio viene analizzato il costrutto della resilienza. Questa strategia di coping fornisce la capacità di adattarsi al contesto senza esserne sopraffatto e risulta essere una qualità fondamentale per gli operatori sanitari e il

mantenimento del loro benessere. La resilienza è in grado di essere mediatrice per: stanchezza da pandemia, salute mentale, qualità del sonno e soddisfazione per il lavoro. Risulta infatti che gli infermieri con bassi livelli di affaticamento da pandemia abbiano alti livelli di resilienza che quindi portano ad una migliore salute mentale, qualità del sonno e soddisfazione per il lavoro.

Nel quarto studio vengono analizzati tutti i fattori socio-demografici protettivi o che potevano favorire la presenza del fenomeno del burnout. I fattori che risultano essere protettivi per l'insorgenza di questo fenomeno risultano essere: avere meno di 5 esperienze lavorative, portava ad un inferiore esaurimento emotivo, infatti nonostante risultassero ansiosi continuavano a lavorare con entusiasmo; far parte del team di Whuan portava ad avere un maggior senso di realizzazione personale per la sensazione di dover salvare la propria popolazione; avere ottima conoscenza del COVID-19 rendeva più consapevoli; lavorare per turni di più di 9 ore portava a percepire la situazione di particolare importanza e avere così un migliore livello di realizzazione personale.

L'analisi di questi risultati porta, quindi, a sviluppare strategie di prevenzione e di intervento per migliorare tutte quelle che possono essere le risorse personali dell'individuo. Interventi di formazione riguardo al miglioramento e il supporto delle strategie di coping di senso dell'umorismo, spiritualità e resilienza risultano molto utili come supporto agli operatori sanitari. Risulta poi fondamentale il continuo e duraturo supporto psicologico in situazioni difficili di crisi, che svolge un ruolo fondamentale per far sì che gli operatori abbiano la possibilità di essere sempre sostenuti. Oltre a questo servono inoltre interventi diretti al supporto pratico ed economico.

Il limite di tutti questi studi risulta essere la loro natura trasversale. Sarà quindi necessario condurre nuovi studi longitudinali per eseguire interventi psicologici mirati e riuscire così a formare gli operatori sanitari nel miglior modo possibile per riuscire ad affrontare al meglio le sfide future. Un ulteriore miglioramento consiste inoltre nell'utilizzo di scale di misurazione più oggettive rispetto a quelle di tipo self-report, che potrebbero per esempio essere sostituite da misurazioni fisiologiche. Risulterà inoltre fondamentale per rendere i risultati più

generalizzabili l'utilizzo di un approccio multi-metodo e che coinvolga contemporaneamente zone geografiche differenti così da riuscire ad ottenere risultati realistici e di più alta validità.



## Bibliografia

Akanni, Olashore & Oderinde (2021). Relationship between spirituality and anxiety during the COVID-19 pandemic: a survey of the staff of two Nigerian tertiary hospitals. *Mental health, religion and Culture*, 2021, vol. 24, no. 7, 647–658.

Badu, E., O'Brien, A. P., Mitchell, R., Rubin, M., James, C., McNeil, K., Nguyen, K., & Giles (2020). Workplace stress and resilience in the Australian nursing workforce: A comprehensive integrative review. *International Journal of Mental Health. Nursing*, 29(1), 5–34.

Bakker & Demerouti (2017). Job Demands–Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward. *Journal of Occupational Health*, 2017, Vol. 22, No. 3, 273–285.

Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, (2005). Job Resources Buffer the Impact of Job Demands on Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(2), 170–180.

Bartzik, Aust & Peifer (2021). Negative effects of the COVID-19 pandemic on nurses can be buffered by a sense of humor and appreciation. *BMC Nursing*.

Daaleman & VandeCreek (2000). Placing *Religion and Spirituality in End-Of-Life Care*. *Jama network*.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512.

Koenig (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283–291.

Lambrague (2021). Pandemic fatigue and clinical nurses' mental health, sleep quality and job contentment during the covid-19 pandemic: The mediating role of resilience. *Wiley Public Emergency Collection*.

Maeran R., Boccato A., Lavoro e psicologia. *Le persone nelle organizzazioni*. Milano: LED, 2016.

McCoubrie, R. C., & Davies (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Supportive Care in Cancer*, 14(4), 379–385.

McGhee (2010). *Humor as survival training for a stressed-out world: the 7 humor habits program*. Bloomington: AuthorHouse.

Wan, Lian, Hui Ma, Cai & Xianyu (2022). Factors associated with burnout among Chinese nurses during COVID-19 epidemic: a cross-sectional study. *BMC Nursing*.

