



UNIVERSITÀ

POLITECNICA

DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed
Ostetriche

**STRESS E STRATEGIE DI COPING
AL COVID-19 TRA GLI STUDENTI
INFERMIERI: UNO STUDIO
OSSERVAZIONALE.**

Relatore: Chiar.mo
Dott.ssa Fiorentini Rita

Tesi di Laurea di:
Ruotolo Rita

A.A. 2020/2021

INDICE

CAPITOLO 1

BACKGROUND.....PAG 2

CAPITOLO 2

OBIETTIVI.....PAG 18

CAPITOLO 3

MATERIALI E METODI.....PAG 18

CAPITOLO 4

RISULTATI.....PAG 23

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE.....PAG 43

CAPITOLO 6

CONCLUSIONI.....PAG 44

BIBLIOGRAFIAPAG 46

CAPITOLO 1.

Background

1.1. La pandemia e il suo inizio

Dicembre 2019, il coronavirus cinese fa la sua prima comparsa a Wuhan, metropoli da 11 milioni di abitanti, capoluogo della provincia di Hubei, dando il via a quella che nel giro di poche settimane è diventata un'epidemia in grado di varcare i confini nazionali. Il 31 dicembre 2019 le autorità cinesi informano l'Organizzazione Mondiale della Sanità che nella metropoli si sono verificati una serie di casi di polmoniti, la cui causa è però sconosciuta: il virus non corrisponde a nessun altro noto. Si comincia a indagare sull'origine della malattia. L'epicentro della diffusione del virus sconosciuto viene individuata nel mercato del pesce di Huanan, a Wuhan, dove negli stessi spazi si mescolavano persone e animali, anche selvatici, vivi e morti, in scarse condizioni di igiene. Il 7 gennaio le autorità cinesi confermano di aver identificato un nuovo tipo di virus, precisamente un coronavirus, la stessa famiglia di cui fanno parte, tra gli altri, l'influenza, la Sars e la Mers. Il nuovo coronavirus viene rinominato 2019-nCoV poi rinominato Sars-Cov-2, la malattia viene chiamata CoViD-19. L'11 gennaio viene confermata la prima vittima del coronavirus: si tratta di un uomo di 61 anni, morto di polmonite. A quel punto sono una quarantina i contagiati nel Paese, secondo le cifre diffuse dalla Cina. Il 13 gennaio il coronavirus provoca il primo decesso fuori dalla Cina: in Thailandia muore una donna cinese che era appena tornata da Wuhan. Il 30 gennaio l'OMS dichiara che il coronavirus è una "emergenza sanitaria globale". Sempre il 30 gennaio arriva la notizia dei primi due casi accertati anche in Italia: si tratta di due turisti cinesi che sono stati ricoverati in isolamento all'ospedale Spallanzani. L'11 marzo l'Oms dichiara che quella di Sars-CoV-2 è una pandemia. Sono oltre 165 i Paesi nel mondo dove si registrano contagi.¹

Il 9 settembre 2021 alle ore 17.40 sul sito del Ministero della Salute si registrano i seguenti dati:

- 222.406.582 casi di contagio confermati
- 4.592.934 decessi

Alla data del 06/09/2021 sono state somministrate 5.352.927.296 dosi di vaccino.

Gli infermieri restano in prima linea nella cura dei pazienti. La natura impegnativa dell'occupazione espone questa categoria di sanitari a un rischio maggiore di sviluppare stati mentali negativi come depressione, ansia e stress. Gli infermieri sperimentano regolarmente una varietà di fattori di stress legati alla professione: turni di lavoro estremamente lunghi, vincoli di tempo, cercare di soddisfare le esigenze dei pazienti, orari irregolari e mancanza di supporto professionale.²

In letteratura sono presenti moltissimi studi sulla prevalenza di stress, ansia e depressione provata e sopportata dagli infermieri, dai medici e da tutti quegli operatori sanitari che si sono trovati ad assistere i pazienti nei reparti Covid, dimostrando che questa prevalenza è molto elevata e che quindi occorre attivarsi per monitorare e sanare dove ci sia necessità.³

Questa situazione di emergenza sanitaria pubblica internazionale ha causato un'esperienza traumatica sugli infermieri di tutto il mondo arrivando alla conclusione che gli ospedali dovrebbero implementare efficaci programmi di promozione della salute mentale incentrati sulla sicurezza sul lavoro e sul supporto familiare per migliorare il benessere degli infermieri.⁴

Moltissimi studi stanno prendendo in considerazione anche gli esiti di questo stress prolungato da cui non si riesce a sfuggire a causa del virus ma anche per la mancanza cronica degli infermieri.

Infatti, un nuovo rapporto, "The State of the World's Nursing 2020", fornisce uno sguardo approfondito sulla più grande componente della forza lavoro sanitaria, gli infermieri rappresentano il 59% delle professioni sanitarie; i risultati identificano importanti lacune nella forza lavoro infermieristica e aree prioritarie dove indirizzare gli investimenti per la formazione infermieristica, nei posti di lavoro e nella leadership per rafforzare l'assistenza infermieristica in tutto il mondo e migliorare la salute per tutti.

Storicamente, così come oggi, gli infermieri sono in prima linea nella lotta contro epidemie e pandemie che minacciano la salute in tutto il mondo. In tutto il mondo stanno dimostrando la loro compassione, bravura e coraggio mentre rispondono alla pandemia di CoViD-19: mai prima d'ora il loro valore è stato dimostrato più chiaramente.

Il rapporto, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in collaborazione con l'International Council of Nurses (ICN) e Nursing Now, rivela che oggi ci sono poco meno di 28 milioni di infermieri in tutto il mondo. Tra il 2013 e il 2018, il numero di infermieri è aumentato di 4,7 milioni. Ma questo lascia ancora un deficit globale di 5,9 milioni, con le maggiori lacune riscontrate nei paesi dell'Africa, del sud-est asiatico e della regione del Mediterraneo orientale, nonché in alcune parti dell'America Latina, oltre l'80% degli infermieri del mondo lavora in paesi che ospitano metà della popolazione mondiale. L'invecchiamento della popolazione è l'altra minaccia alla forza lavoro infermieristica: si prevede che un infermiere su sei nel mondo andrà in pensione nei prossimi dieci anni.⁵

Da questo scenario apocalittico, che non è solo un ricordo ma continua a gestire le nostre abitudini e le nostre vite, è scaturito questo progetto di studio.

In questo panorama ricco di studi e ricerche, solo una piccola parte è dedicata allo stress e all'ansia provata dagli studenti di infermieristica che, pur non trovandosi a lavorare a contatto con pazienti Covid positivi, vivono una situazione altamente stressante.

Nell'isolamento sociale, alcuni diritti e libertà degli individui sono temporaneamente limitati a beneficio degli interessi della popolazione in generale.

In tali situazioni in cui aumenta la distanza sociale, si innescano una vasta gamma di problemi psicologici come disturbi da panico, ansia e depressione, specialmente nei giovani adulti che hanno bisogno di maggiore socializzazione. Soprattutto negli studenti di infermieristica che hanno un'elevata consapevolezza della salute e della malattia, è necessario valutare come la gravità della pandemia, la presenza di individui di età superiore ai 65 anni con malattie croniche nella famiglia e l'incertezza su quanto tempo il periodo di isolamento sociale continuerà, avrà ripercussioni su ansia, depressione e livelli di stress.³⁴

In un documento della Conferenza Permanente delle Classi di laurea delle Professioni Sanitarie si sostiene che il tirocinio professionale continua a rappresentare il cuore della preparazione professionale degli studenti dei Corsi di laurea delle Professioni Sanitarie e rimane una modalità formativa fondamentale per sviluppare competenze professionali, ragionamento diagnostico e pensiero critico. Tuttavia, sono ancora poche le pubblicazioni e le ricerche sulla qualità e sull'efficacia dei diversi modelli di tirocinio pur in presenza di un ricco sapere tacito non scritto o raccolto in documenti locali dei singoli corsi di laurea.

L'attività principale degli studenti durante il tirocinio è l'apprendere e non solo il fare; pertanto, le attività affidate devono avere un valore educativo. Il processo di formazione deve porre maggiore attenzione alle strategie di insegnamento e di apprendimento per agevolare l'integrazione della teoria e della pratica. Deve aiutare gli studenti ad essere discenti attivi e futuri professionisti riflessivi, in grado di affrontare i cambiamenti.

L'apprendimento per esperienza che ci si attende dal tirocinio presuppone le seguenti condizioni: l'immissione in un contesto lavorativo di "apprendimento"; l'osservazione e riflessione sulle attività svolte da professionisti esperti; la possibilità di sperimentarsi nelle attività in competenze professionali core con progressiva assunzione di responsabilità, la supervisione di un esperto che si assume la responsabilità di affiancare strettamente lo studente e attraverso i feedback lo aiuta nel processo di apprendimento.⁶

Alla luce di queste direttive si può comprendere come la situazione di sospensione di tirocini in presenza e l'utilizzo dell'e-learning abbia creato non poco stress agli studenti, che si sono visti allontanare la data della loro laurea oppure catapultare nel vortice della pandemia senza aver potuto terminare il loro iter di studi nel modo usuale, aggiungendo a questo lo stress del distanziamento sociale in soggetti in cui l'età richiede un continuo confronto e sostegno con i propri coetanei.

1.2. L'ansia

L'OMS definisce il concetto di salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia e d'infermità e chiede ai governi di adoperarsi responsabilmente, attraverso un programma di educazione alla salute, per la promozione di uno stile di vita consono allo sviluppo di condizioni pratiche in grado di garantire ai cittadini un alto livello di benessere. Negli ultimi anni si è sempre più diffusa l'attenzione al benessere psicofisico della persona nell'ambiente lavorativo.

Il termine ansia è largamente utilizzato per indicare un complesso di reazioni cognitive, comportamentali e fisiologiche che si manifestano in seguito alla percezione di uno stimolo ritenuto minaccioso e nei cui confronti non ci riteniamo sufficientemente capaci di reagire. L'ansia di per sé, tuttavia non è un fenomeno anormale. Si tratta di un'emozione di base, che comporta uno stato di attivazioni dell'organismo quando una situazione viene percepita soggettivamente come pericolosa. Un livello moderato di ansia è utile per evitare situazioni pericolose.

Dal punto di vista cognitivo i sintomi tipici dell'ansia sono:

- Il senso di vuoto mentale
- Un senso crescente di allarme e di pericolo
- L'induzione di immagini, ricordi e pensieri negativi
- La messa in atto di comportamenti protettivi cognitivi
- La sensazione marcata di essere osservati e di essere al centro dell'attenzione altrui.⁶

I segni somatici sono dunque un'iperattività del sistema nervoso autonomo e in generale della classica risposta del sistema simpatico di tipo "*combatti o fuggi*".

Si distingue dalla paura vera e propria per il fatto di essere aspecifica, vaga o derivata da un conflitto interiore.

La distinzione con il termine angoscia appartiene solo alle lingue di origine latina; infatti, in tedesco un termine usato sia per ansia, che per angoscia o paura è *Angst*.

Si pensa che i circuiti neurali che coinvolgono l'amigdala e l'ippocampo soggiacciano all'ansia. Quando i soggetti vengono sottoposti a stimoli spiacevoli e potenzialmente dannosi come odori o gusti ripugnanti, le scansioni PET eseguite su di loro mostrano flussi sanguigni aumentati nell'amigdala. In questi studi, i partecipanti riportarono anche un'ansia moderata. Questo potrebbe indicare che l'ansia sia un meccanismo protettivo progettato per prevenire comportamenti potenzialmente dannosi per l'organismo come nutrirsi di cibo avariato.⁷

Il DSM-5, (Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali), nato nel 1952 e diffuso a partire dalla terza edizione nel 1980 (DSM-III), è un progetto ambizioso con il difficile obiettivo di applicare alla psichiatria una metodologia di classificazione il più possibile condivisa per esigenze epidemiologiche, statistiche e cliniche, integrando e uniformando a livello globale quelle conoscenze che prima erano in balia di frammentarie e multiformi scuole di pensiero.

Attraverso questo lavoro il DSM-5 è riuscito a definire ed individuare i seguenti disturbi d'ansia: disturbo d'ansia da separazione, mutismo selettivo, agorafobia, l'ipocondria, fobie specifiche, il disturbo d'ansia generalizzata, il disturbo di panico, la fobia sociale disturbo d'ansia indotto da sostanze, disturbo d'ansia causato da altre situazioni mediche.⁸

1.3. La depressione

La depressione è un disturbo mentale comune che colpisce più di 264 milioni di persone in tutto il mondo. È caratterizzato da tristezza persistente e mancanza di interesse o piacere in attività precedentemente gratificanti o divertenti. Può anche disturbare il sonno e l'appetito; stanchezza e scarsa concentrazione sono comuni. La depressione è una delle principali cause di disabilità in tutto il mondo e contribuisce notevolmente al carico globale della malattia. Gli effetti della depressione possono essere di lunga durata o ricorrenti e possono influenzare notevolmente la capacità di una persona di funzionare e vivere una vita gratificante.

Le cause della depressione includono complesse interazioni tra fattori sociali, psicologici e biologici. Eventi della vita come le avversità dell'infanzia, la perdita e la disoccupazione contribuiscono e possono catalizzare lo sviluppo della depressione.

Esistono trattamenti psicologici e farmacologici per la depressione moderata e grave. Tuttavia, nei paesi a basso e medio reddito, i servizi di trattamento e supporto per la depressione sono spesso assenti o sottosviluppati. Si stima che il 76-85% delle persone che soffrono di disturbi mentali in questi paesi non abbiano accesso alle cure di cui hanno bisogno.

La depressione e i disturbi mentali associati possono avere un effetto profondo su tutti gli aspetti della vita, compreso il rendimento scolastico, la produttività sul lavoro, le relazioni con la famiglia e gli amici e la capacità di partecipare alla comunità. La ricerca mostra anche forti relazioni tra depressione e salute fisica, comprese la tubercolosi e le malattie cardiovascolari. La depressione colpisce tutti i tipi di persone – giovani e anziani, ricchi e poveri – in tutti i paesi. Le donne hanno maggiori probabilità di soffrire di depressione rispetto agli uomini. L'OMS lavora con gli Stati membri e i partner per ridurre il carico di disturbi mentali come la depressione.

L'Assemblea mondiale della sanità ha approvato diverse risoluzioni relative alla prevenzione e al trattamento della depressione, inclusa una risoluzione del maggio 2013 che chiede una risposta completa e coordinata ai disturbi mentali a livello nazionale.

L'OMS ha sviluppato brevi manuali di intervento psicologico per la depressione che possono essere forniti da lavoratori laici. Un esempio è Problem Management Plus, che descrive l'uso di tecniche comportamentali, training di rilassamento, trattamento per la risoluzione dei problemi e come rafforzare il supporto sociale come mezzo per gestire la depressione.

Il manuale Terapia interpersonale di gruppo (IPT) per la depressione descrive un approccio di consulenza di gruppo che si concentra sull'identificazione e sull'affrontare le difficoltà interpersonali. Infine, Thinking Healthy copre l'uso della terapia cognitivo-comportamentale per la depressione perinatale.

Il programma d'azione per la salute mentale dell'OMS (mhGAP) si concentra sull'aiutare i paesi ad aumentare il supporto di prima linea per le condizioni di salute mentale attraverso la formazione di non specialisti. Ciò consente di colmare le lacune nei servizi e amplia la capacità complessiva del sistema sanitario di un paese.⁹⁻¹⁰

Il termine depressione viene utilizzato per indicare la presenza di umore triste, vuoto o irritabile, accompagnato da modificazioni fisiche, fisiologiche e cognitive che incidono in modo significativo sulla capacità di funzionamento dell'individuo.

L'episodio depressivo non coincide con la diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore (o depressione maggiore), perché molte persone possono avere oscillazioni del tono dell'umore, più o meno marcate, fino ad arrivare al vero e proprio disturbo bipolare, di cui la depressione può essere solo un sintomo, anche se solitamente è quello più sgradito al soggetto, che chiede aiuto in queste fasi.

Il disturbo depressivo maggiore, noto anche come depressione clinica, depressione maggiore, depressione endogena, depressione unipolare, disturbo unipolare o depressione ricorrente (nel caso di ripetuti episodi) è una patologia psichiatrica o disturbo dell'umore, caratterizzata da episodi di umore depresso accompagnati principalmente da una bassa autostima e perdita di interesse o piacere nelle attività normalmente piacevoli (anedonia). Questo gruppo di sintomi è stato identificato, descritto e classificato come uno dei disturbi dell'umore nell'edizione del 1980 del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) edito dall'American Psychiatric Association.

È una malattia invalidante che coinvolge spesso sia la sfera affettiva sia cognitiva della persona, influenzando negativamente in modo disadattivo sulla vita familiare, lavorativa, sullo studio, sulle abitudini alimentari e riguardo al sonno, sulla salute fisica con forte impatto sullo stile di vita e la qualità della vita in generale.

La diagnosi si basa sulle esperienze auto-riferite dal paziente, sul comportamento riportato da parenti o amici e un esame dello stato mentale.

Non esiste attualmente un test di laboratorio per la sua diagnosi. Il momento più comune di esordio è tra i 20 e i 30 anni, con un picco tra i 30 e i 40 anni.

Tipicamente i pazienti sono trattati con farmaci antidepressivi e spesso, in maniera complementare, anche con la psicoterapia. L'ospedalizzazione può essere necessaria quando vi è un auto-abbandono o quando esiste un significativo rischio di danno per sé o per altri. Il decorso della malattia è molto variabile: da un episodio unico della durata di alcune settimane fino a un disordine perdurante per tutta la vita con ricorrenti episodi di depressione maggiore. La comprensione della natura e delle cause della depressione si è evoluta nel corso dei secoli, anche se è tuttora considerata incompleta. Un uso a lungo termine e l'abuso di alcuni farmaci e/o sostanze, è noto per causare e peggiorare i sintomi depressivi. La maggior parte delle teorie biologiche si concentrano sui neurotrasmettitori monoamine come la serotonina, la norepinefrina e la dopamina che sono naturalmente presenti nel cervello per facilitare la comunicazione tra le cellule nervose.

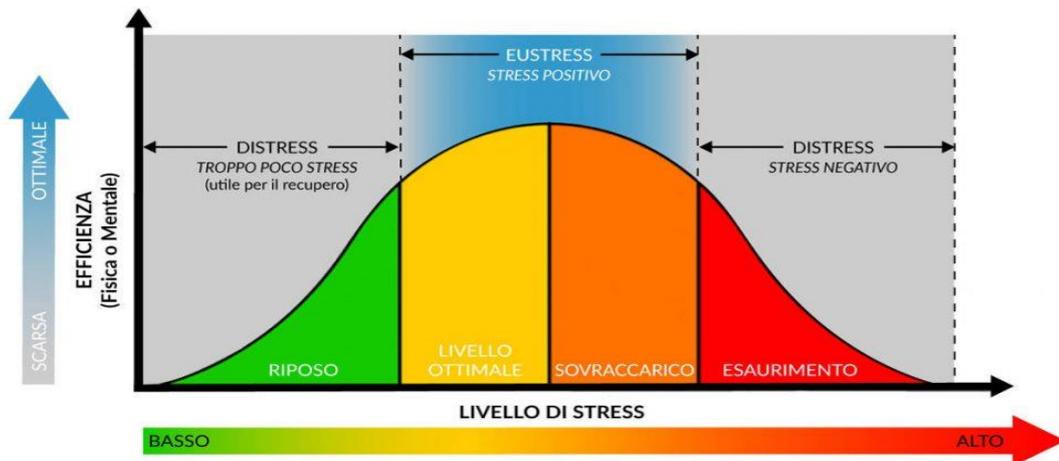
In Italia la depressione colpisce, secondo uno studio condotto congiuntamente dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) e dal Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa, circa undici milioni di persone, che quotidianamente assumono farmaci contro tale patologia. La percentuale di italiani che soffrono di depressione arriverebbe, dunque, secondo tale studio, quasi al 20 per cento della popolazione, con una incidenza di quattro volte la media europea.¹¹⁻¹²

1.4. Lo stress

“La completa libertà dallo stress è la morte. Contrariamente a quanto si possa pensare, noi non dobbiamo e non possiamo evitare lo stress, ma possiamo andargli incontro in modo efficace traendone vantaggio, imparando di più dai suoi meccanismi, e adattando a esso la nostra filosofia dell'esistenza”
(Hans Selye, 1973).

Il termine stress è stato preso in prestito dall'ingegneria, dove stava a indicare la tensione e lo sforzo a cui è sottoposto un materiale rigido in condizioni di sollecitazione. In psicologia compare per la prima volta nel 1932, a parlarne è Cannon e si riferisce ad esso come ad uno “stimolo-nocivo”. Nel 1936 Selye parla di “sindrome generale di adattamento”, definendo quindi lo stress come la risposta del nostro organismo in seguito ad una rottura dell'omeostasi organismo-ambiente; quindi, di per se lo stress non è patologico, ma semplicemente una risposta adattiva del sistema corpo -mente alla-rottura-di-un-equilibrio.¹³ Selye inoltre divide lo stress in due categorie: l'eustress (dal greco eu=buono) ed il distress (dal greco di=cattivo). L'eustress è uno stress positivo, indispensabile nella vita e induce l'organismo a reagire al meglio ad un evento esterno. Il distress è invece lo stress nocivo, correlato a emozioni e reazioni negative. (fig. 1)

CURVA DELLO STRESS



(fig. 1) Curva dello stress e sue componenti

Arnold Lazarus, psicologo sudafricano (creatore della Terapia Multimodale e considerato uno dei pionieri e dei maggiori esponenti della psicoterapia cognitivo-comportamentale), parlò di stress descrivendo l'interazione che intercorre tra l'organismo e l'ambiente nel momento in cui le richieste ambientali sono percepite dal soggetto come eccessive, mettendo a rischio il benessere individuale.¹⁴(fig.2) Negli anni '80 Arnold Lazarus e Susan Folkman introducono il concetto di stress psicologico: "una particolare relazione tra la persona e l'ambiente che è considerato dalla persona come gravoso e portatore di richieste che superano le proprie risorse e danneggiano il proprio benessere".

Quindi un evento stressante potrebbe essere pericoloso per la persona, qualora la stessa percepisca le proprie risorse non adeguate a evitare l'accadimento di esiti negativi.

Lo stress è una delle funzioni di cui l'organismo umano dispone per far fronte alle *pressioni* e alle *minacce* esterne e per adattarsi alle condizioni dell'ambiente di vita; perciò, è da intendersi come un elemento essenziale del vivere.

Tuttavia, in determinate condizioni, le sollecitazioni che generano stress possono divenire eccessive fino al punto di non essere più sopportabili dalla persona, con conseguenze negative per la salute dell'individuo.

In base al modello di Selye, il processo stressogeno si compone di tre fasi distinte:

1 – *fase di allarme*: il soggetto segnala l'esubero di doveri e mette in moto le risorse per adempierli;

2 – *fase di resistenza*: il soggetto stabilizza le sue condizioni e si adatta al nuovo tenore di-ricieste;

3 – *fase di esaurimento*: in questa fase l'organismo perde la sua omeostasi e le capacità di adattamento allo stress diminuiscono. È la fase che, se mantenuta nel tempo, favorisce la comparsa di sintomi psicofisici.¹⁵

Dalla definizione di Selye e Lazarus prende corpo quella di stress lavoro correlato, che può essere definito come la “*percezione di squilibrio avvertita dal lavoratore quando le richieste dell'ambiente lavorativo eccedono le capacità individuali per fronteggiare tali richieste*”.

La durata dell'evento stressante porta a distinguere lo stress in due categorie. Quello acuto, che si verifica una sola volta e in un lasso di tempo limitato; quello cronico, cioè quando lo stimolo è di lunga durata.

Gli stress cronici possono essere ulteriormente distinti in stress cronici intermittenti e stress cronici propriamente detti.

I primi si presentano ad intervalli regolari, hanno una durata limitata, e sono quindi più o meno prevedibili. I secondi sono invece rappresentati da situazioni di lunga durata che investono l'esistenza di una persona.

Diventano stressanti nel momento in cui rappresentano un ostacolo costante al perseguimento dei propri obiettivi.¹⁶

1.5. Il burnout

Questa sindrome deriva il proprio nome dall'espressione inglese «to burn out», ovvero «bruciarsi, esaurirsi». Il burnout è uno stato di esaurimento sul piano emotivo, fisico e mentale. L'OMS classifica questa sindrome come una forma di stress lavorativo che non si è in grado di gestire con successo. Il burn-out è definito come "una sindrome concettualizzata come conseguenza dello stress cronico sul posto di lavoro che non è stato gestito con successo”.

L'OMS è la prima organizzazione sanitaria a livello internazionale ad aver riconosciuto il burnout da lavoro come una sindrome, inserendola nel suo lungo elenco di disturbi medici. Il burnout è un vero e proprio esaurimento emotivo di cui è vittima il lavoratore. Di fatto è una forma cronica di stress lavoro-correlato che si presenta con un crescente senso di distacco dalle attività nelle quali il soggetto è coinvolto.

Il lavoro perde di significato e le conseguenze psico-fisiche possono essere drammatiche, con effetti decisivi anche sulla produttività.¹⁷

La gravità del fenomeno è confermata dal fatto che i fattori che facilitano l'insorgenza del burnout (es. cambiamenti organizzativi, cambiamenti di ruolo e mansione, conflitti e difficili interazioni con i colleghi, aumento di responsabilità e carico di lavoro etc.) sono sempre più connaturati al mondo del lavoro nella sua evoluzione attuale.

A tutto questo si è aggiunta anche l'emergenza pandemica legata alla diffusione del Covid-19. Infatti, secondo una ricerca pubblicata dal Global Culture Report 2021, nella quale sono stati intervistati 40.000 professionisti, il Coronavirus ha causato a livello internazionale un incremento del burnout pari al 15%.

Alcune attività lavorative, soprattutto se si tratta di lavori usuranti che richiedono nella quotidianità un certo impegno psichico, producono nei soggetti che le praticano stati di *stress*, a volte anche di elevato livello. Tra questi sono catalogate come fenomeni negativi del lavoro alcune forme di disagio che stanno emergendo in modo preoccupante nell'ultimo decennio, proprio nel settore della sanità.

1.6. II SARS-CoV-2

I Coronavirus (CoV) sono un'ampia famiglia di virus respiratori che possono causare malattie da lievi a moderate, dal comune raffreddore a sindromi respiratorie come la MERS (sindrome respiratoria mediorientale, *Middle East respiratory syndrome*) e la SARS (sindrome respiratoria acuta grave, *Severe acute respiratory syndrome*). Sono chiamati così per le punte a forma di corona che sono presenti sulla loro superficie. I coronavirus sono comuni in molte specie animali (come i cammelli e i pipistrelli) ma in alcuni casi, se pur raramente, possono evolversi e infettare l'uomo per poi diffondersi nella popolazione. I coronavirus umani conosciuti ad oggi, comuni in tutto il mondo, sono sette, alcuni identificati diversi anni fa (i primi a metà degli anni Sessanta) e alcuni identificati nel nuovo millennio.

Il 31 dicembre 2019, le autorità sanitarie cinesi hanno notificato un focolaio di casi di polmonite ad eziologia sconosciuta nella città di Wuhan (Provincia dell'Hubei, Cina). Molti dei casi iniziali hanno riferito un'esposizione al Wuhan's South China Seafood City market. Per questa ragione si ipotizzò il coinvolgimento di animali vivi nella catena di trasmissione.

Il 9 gennaio 2020, il China CDC (il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie della Cina) ha identificato un nuovo coronavirus (provvisoriamente chiamato 2019-nCoV) come causa eziologica di queste patologie. Le autorità sanitarie cinesi hanno inoltre confermato la trasmissione interumana del virus.

L'11 febbraio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha annunciato che la malattia respiratoria causata dal 2019-nCoV è stata chiamata CoViD-19 (*Corona Virus Disease*). Il Gruppo di Studio sul Coronavirus (CSG) del Comitato internazionale per la tassonomia dei virus (International Committee on Taxonomy of Viruses) ha classificato ufficialmente con il nome di SARS-CoV-2 il virus provvisoriamente chiamato dalle autorità sanitarie internazionali 2019-nCoV e responsabile dei casi di CoViD-19.

Il CSG - responsabile di definire la classificazione ufficiale dei virus e la tassonomia della famiglia dei Coronaviridae – dopo aver valutato la novità del patogeno umano e sulla base della filogenesi, della tassonomia e della pratica consolidata, ha associato formalmente questo virus con il coronavirus che causa la sindrome respiratoria acuta grave (SARS-CoVs, *Severe acute respiratory syndrome coronaviruses*) classificandolo, appunto, come *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2).

L'11 marzo 2020, l'OMS, dopo aver valutato i livelli di gravità e la diffusione globale dell'infezione da SARS-CoV-2, ha dichiarato che l'epidemia di COVID-19 può essere considerata una **pandemia**.

Il 30 gennaio 2020, dopo la seconda riunione del Comitato di sicurezza, il Direttore generale dell'OMS aveva già dichiarato il focolaio internazionale da SARS-CoV-2 un'*emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale* (Public Health Emergency of International Concern - PHEIC), come sancito nel Regolamento sanitario internazionale (International Health Regulations, IHR, 2005. Per "emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale" si intende: "un evento straordinario che può costituire una minaccia sanitaria per altri Stati membri attraverso la diffusione di una malattia e richiedere potenzialmente una risposta coordinata a livello internazionale". Ciò implica un evento grave, improvviso, insolito o inaspettato; comporta ricadute per la salute pubblica oltre il confine nazionale dello Stato colpito; e può richiedere un'azione internazionale immediata. Bisogna ricordare che il Comitato di emergenza del Regolamento Sanitario Internazionale sull'epidemia di CoViD-19 (CoViD-19 IHR Emergency Committee) si riunisce regolarmente per monitorare la situazione.¹⁷

SARS-CoV-2 è il terzo coronavirus umano più patogeno emerso negli ultimi due decenni, dopo la sindrome respiratoria acuta grave coronavirus (SARS-CoV) e la sindrome respiratoria mediorientale da coronavirus (MERS-CoV)

L'emergere e il rapido aumento del numero dei casi di malattia da coronavirus 19 (COVID-19), ha determinato una sfida per la salute pubblica globale.

Questo virus ha contagiato 198.234.951 persone in tutto il mondo, determinando la morte di 4.227.359 soggetti. In Italia il contagio ha riguardato 4.366.906 soggetti e la morte di 128.029 pazienti.¹⁸

Si può definire il coronavirus, dapprima non considerato pericoloso dai più ma ora temuto in modo esponenziale, un vero e proprio trauma collettivo. La persistente e totalizzante incertezza circa l'evolversi della situazione è accompagnata da un senso di impotenza e da un costante sentirsi "in balia di", in aggiunta alla precarietà ed alla limitazione delle proprie libertà.¹⁹

1.7. Gli studenti di infermieristica e lo stress

L'incertezza e l'isolamento sono fattori spesso collegati a problemi di salute mentale. L'incertezza che circonda la pandemia da CoViD-19 ha il potenziale per innescare, anche a lungo termine, ansia, stress e depressione.

In una prospettiva psicologica, lo stress non è considerato come una condizione assoluta che può colpire le persone, ma come un accadimento che diventa problematico solo qualora sottoponga un individuo a un dispendio di energie superiore al livello da lui considerato accettabile.

Fondamentale è il momento della valutazione del processo mentale, durante il quale un individuo dà ad un evento un significato soggettivo e personale.

La ricerca mostra che l'infermieristica è un'occupazione ad alto livello di stress. Vari aspetti dell'assistenza sono stati studiati in tutto il mondo negli ultimi decenni. Alcune ricerche riconoscono che lo stress è presente anche durante la formazione infermieristica, dove lo studente affronta situazioni difficili che spesso influenzano sia il suo processo di apprendimento che le condizioni di salute.

Durante il tirocinio, gli studenti affrontano un nuovo ambiente, diverso e distante dal loro contesto di vita; devono relazionarsi con molteplici figure; devono adattarsi alle diverse esigenze che possono recare stress e alterazioni neuroendocrine.²⁰

La formazione infermieristica concentra l'educazione professionale degli studenti sull'assistenza al paziente; ciò può portare alla conseguenza che il rapporto studente-infermiere-paziente sia basato su intensi stimoli emotivi. Ad esempio, il contatto intimo con il dolore e la sofferenza degli altri, l'assistenza ai pazienti nelle fasi terminali, la difficoltà di trattare pazienti in situazioni emotive alterate, contatti personali stretti e altri fattori possono creare un periodo di adattamento complesso durante il loro percorso di formazione. Lo stress prolungato o elevato può provocare effetti negativi sull'apprendimento, sulle prestazioni cliniche e accademiche degli studenti, nonché sulla salute psico-sociale e sul benessere.

In precedenti studi sono stati rilevati fattori di stress specifici per gli studenti infermieri quali: la sofferenza o la morte del paziente, la gestione delle emergenze in ambito clinico, i rapporti con lo staff clinico, la mancanza di conoscenze e abilità pratiche, atteggiamenti negativi del tutor e incomprensione del sovrannumero degli studenti tirocinanti, paura di commettere errori, il divario tra teoria e pratica e poca familiarità con l'ambiente ospedaliero.

Esistono prove empiriche significative che gli studenti infermieri percepiscono livelli più elevati di stress rispetto agli studenti di altri programmi di laurea, sia all'interno delle professioni sanitarie, sia rispetto a medicina, farmacia e ad altri programmi di laurea di indirizzo sociale.

Gli studenti non possono evitare i fattori di stress clinici e accademici ma possono, con i loro comportamenti di coping, attraversare questo periodo della loro crescita universitaria mantenendosi in un buono stato di salute psicofisica. Questa capacità di coping sarà indispensabile durante tutta la carriera infermieristica al fine di evitare possibili ricadute come il burout.²¹

A questa situazione si è aggiunta dal 2019, la pandemia da Sars-Cov-2, che ha aggiunto altri fattori stressanti quali: la non conoscenza della malattia, l'alta mortalità iniziale, la grande capacità di diffusione del virus e la scarsa capacità di contenimento dello stesso, che ha portato all'attuazioni di misure di restrizione che hanno interessato tutti gli aspetti della nostra vita e non di meno il mondo scolastico e universitario.

Nonostante le misure di lockdown il virus ha continuato a dilagare fino a far dichiarare all'OMS lo stato di pandemia.

La necessità di limitare ogni tipo di interazione umana non indispensabile ha determinato l'interruzione del percorso formativo nell'ambito dei tirocini in presenza, di migliaia di studenti: 15.069 solo gli iscritti all'anno accademico 2019/2020 del CdL di infermieristica.²²

Il 29 marzo 2020 le Conferenze Permanenti delle Facoltà e delle scuole di Medicina e Chirurgia, dei Presidenti del Corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, delle Classi di Laurea e Laurea Magistrali delle Professioni Sanitarie, l'Intercollegio di Area Medica ritengono indispensabile che vengano messi in atto provvedimenti urgenti, da adottare esclusivamente nel periodo dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, allo scopo di prevenire rallentamenti nei tempi di laurea e abilitazione di coloro che possono conseguirla in questo periodo, proponendo nuove misure da adottare per le specifiche tipologie di Tirocini per i quali sono state evidenziate criticità, la possibilità di espletare il Tirocinio Pratico Valutativo per gli Esami di Stato anche con tecniche a distanza. In seguito a questa proposta il 30 marzo 2020 la Conferenza Dei Rettori Delle Università Italiane stabilisce che debbano essere messi in atto tutte le misure necessarie affinché gli studenti possano espletare i vari tirocini in sicurezza.²³⁻²⁴

Il tirocinio in presenza è sempre stata la parte fondante della preparazione di ogni studente di infermieristica, medicina o qualunque professione sanitaria. Questa attività permette, non solo di acquisire manualità importanti per gli studenti in quanto infermieri, ma anche, e forse questo è l'aspetto più importante del tirocinio in presenza, la capacità di rapportarsi con il paziente, di entrare in sintonia con i suoi bisogni e di essere in grado di rispondere alle sue necessità. La parte più difficile del lavoro dell'infermiere è proprio riuscire ad unire alla professionalità e alle competenze quel tratto che lo distingue dal mero esecutore: l'empatia.

Empatia è il termine con cui si è soliti rendere in italiano quello tedesco di *Einfühlung* (anche tradotto con «simpatia simbolica»), usato in estetica e in psicologia per indicare la capacità di porsi nella situazione di un'altra persona con nessuna o scarsa partecipazione emotiva (quest'ultima è invece presente nel sentimento di simpatia).²⁵

Empatia che permette di entrare in contatto con la persona malata, che aiuta l'infermiere ad avvicinarsi senza essere invadente ma rispettando i tempi e gli spazi altrui.

Empatia che aiuta, inoltre, l'operatore a non rimanere intrappolato nelle emozioni arrivando poi a non riuscire a scindere il sentito personale da quello del malato.

Una figura che riveste un ruolo veramente centrale nella crescita dello studente è il Tutor: da lui dipende il passaggio da uno studente infermieristico a un infermiere professionista, percorso molto impegnativo che può portare ad ansia e frustrazione, che di conseguenza si traducono in insoddisfazione sul lavoro, bassa produttività e attrito.²⁶

È fondamentale trattenere gli infermieri sul posto di lavoro per affrontare la carenza infermieristica globale. I Tutor infermieristici svolgono un ruolo importante nell'educazione clinica, essi facilitano l'apprendimento clinico degli studenti attraverso il processo di socializzazione aiutando gli studenti a adattarsi alla loro cultura lavorativa e al loro ambiente e diventare membri funzionali dei loro gruppi. I livelli di competenza dei Tutor infermieristici influenzano direttamente la qualità dei futuri infermieri.

Per le università in ambito sanitario, un altro grande fattore di stress è stato la sospensione dei tirocini in presenza: questo ha determinato la necessità di trovare strade alternative, sempre attraverso l'e-learning, per raggiungere i discenti e cercare di dare loro lo stesso livello di preparazione che avrebbero avuto in presenza.

Nel panorama internazionale troviamo diverse realtà che sostengono l'adozione continua di nuovi approcci didattici che combinano modalità online e faccia a faccia per aumentare l'insegnamento in stile lezione, promuovere l'auto-direzione dello studente e aumentare le opportunità di apprendimento attivo nell'istruzione infermieristica universitaria.

L'implementazione di corsi e programmi di apprendimento misto di alta qualità richiede un'attenta pianificazione e progettazione didattica per garantire l'efficacia dell'apprendimento e supportare la transizione degli studenti verso nuovi approcci all'insegnamento e all'apprendimento.

L'educazione digitale comprende una varietà di concetti, metodi e tecnologie educative che, supportate da PC, tablet e smartphone hanno dimostrato di poter influire positivamente sulle conoscenze, sull'apprendimento, sulle abilità ed aumentare la fiducia nella scelta delle prestazioni da erogare, da parte degli studenti di infermieristica e degli infermieri stessi, che possono raggiungere le notizie e le informazioni necessarie in tempo reale²⁷

Mentre nel 2007 Bliuc et al. sostenevano che il blended learning era il nuovo bambino educativo del blocco informatico, nel contesto della pandemia Covid-19 è improvvisamente fondamentale per l'istruzione.

Il CoViD-19 e i conseguenti blocchi di emergenza globali hanno istigato un'improvvisa esigenza di apprendimento da fondere tra professioni e istituzioni a livello internazionale.

In nessun momento della storia c'è stata una transizione così massiccia e improvvisa verso l'apprendimento misto²⁸

1.8. Coping: cos'è? Quali sono le strategie?

Il concetto di coping - traducibile letteralmente dall'inglese con "far fronte", "fronteggiare", "tenere testa" - è impiegato in psicologia per indicare una serie di comportamenti messi in atto dagli individui per cercare di tenere sotto controllo, affrontare e/o minimizzare conflitti e situazioni o eventi stressanti. Per questa ragione, in psicologia si parla più precisamente di "strategie di coping" o talvolta di "abilità di coping" con riferimento, appunto, a quei meccanismi di adattamento e di risposta che una persona può adottare quando si trova in condizioni di stress di varia natura e/o particolarmente conflittuali.²⁹

Va precisato, tuttavia, che ciascun individuo reagisce alle situazioni problematiche in maniera molto soggettiva e che non sempre le strategie da esso messe in pratica sono positive. A tal proposito, si precisa che le strategie che mirano a ridurre lo stress vengono definite come "adattive", mentre quelle che, invece, tendono ad aumentarlo vengono definite "disadattive" o di "non coping".

Il comportamento adottato di fronte a problemi ed eventi stressanti e/o conflittuali - quindi anche il tipo di strategie di coping messe in atto - dipendono da diverse variabili, quali: tipo ed entità del problema o dell'evento stressante; circostanze in cui si verifica lo stress; caratteristiche dell'individuo.

Come si può facilmente intuire, quindi, le combinazioni di risposte che si possono attuare sono veramente molte e dipendono in parte sia dalla personalità dell'individuo che dall'ambiente sociale. Nel corso degli anni, diversi psicologi hanno tentato di classificare le diverse strategie di adattamento in macrogruppi in modo da fornire una sorta di categorizzazione. Alla luce della teoria di Lazarus e Folkman, è possibile distinguere due diverse strategie di coping:

- strategia focalizzata sul problema (*problem-focused coping*), per cui la persona esplora le proprie capacità di affrontare e dominare l'evento, compiendo delle azioni per intervenire direttamente sul problema;
- strategia centrata sull'emozione (*emotion-focused coping*), ovvero tentativi regolativi di modificare l'impatto emozionale negativo dell'evento.

Le strategie di coping sono, dunque, le modalità che definiscono il processo di adattamento alla situazione stressante. Tuttavia, esse possono assumere una valenza funzionale o disfunzionale.

Se la strategia è funzionale, può mitigare e ridurre la portata stressogena dell'evento, se invece è maladattiva può aggravare la situazione. Diversi studi hanno identificato alcuni presupposti psicologici utili sia come strategie di coping che come risorse di coping:

- ottimismo, ossia coltivare aspettative di buon esito nelle situazioni e nelle difficoltà
- senso di padronanza (mastery), dato dalla percezione di poter esercitare un certo controllo e regolare i propri stati mentali e comportamenti. È collegato alle convinzioni di autoefficacia.
- buona autostima
- supporto sociale, definito come la percezione di essere apprezzati e di far parte di una rete sociale su cui far affidamento.

Queste risorse di coping connoterebbero l'individuo resiliente, ossia la persona in grado di superare le difficoltà e trarne un arricchimento in termini di risorse e crescita personale. La definizione e le caratteristiche del coping potrebbero sembrare molto vicine al concetto di resilienza. Pur avendo diversi elementi in comune, questi costrutti sono però distinti, in quanto le strategie di coping si inseriscono nel più ampio fenomeno della resilienza.

La resilienza costituisce infatti la capacità di affrontare e superare gli eventi stressanti, continuando ad incrementare le proprie risorse e riorganizzando positivamente la propria esperienza.

L'evento stressante viene quindi affrontato e superato efficacemente, mentre il concetto di coping rimanda alla messa in atto di strategie nel tentativo di far fronte all'evento, con la possibilità che queste non portino a una risoluzione positiva (coping funzionale e disfunzionale).

Il più recente e innovativo costrutto di antifragilità rappresenta, invece, la capacità di fronteggiare l'imprevedibile, traendo vantaggio proprio grazie agli eventi negativi e all'incertezza.

È proprio di antifragilità che si parla in relazione al difficile periodo della pandemia da CoViD-19 che sta connotando questi ultimi mesi.³⁰ Nassim Nicholas Taleb, saggista matematico libanese naturalizzato statunitense, esperto di matematica finanziaria e teoria della probabilità, già nel 2012, anno di pubblicazione del suo libro intitolato "Antifragile", conia questo termine per rappresentare l'opposto della fragilità.

Ma Antifragile è qualcosa più della robustezza o della resilienza, perché ciò che è robusto o resiliente regge bene i colpi e non subisce danni quando viene sottoposto agli stress, mentre ciò che è antifragile addirittura migliora. Sono Antifragili tutte quelle cose che traggono vantaggio dagli scossoni, che prosperano quando sono esposte alla volatilità, al caso, al disordine e ai fattori di stress.³¹

CAPITOLO 2.

Obiettivo

Lo studio presentato si propone di indagare il livello di stress, depressione, ansia e la tipologia di coping messa in atto degli studenti che frequentano i tre anni di corso del CdL di Infermieristica del Polo Didattico di Macerata.

CAPITOLO 3.

Materiali e Metodi

3.1. Disegno di studio

Questo studio osservazionale cross-sectional, no profit è rivolto alla popolazione di studenti frequentanti i tre anni del CdL in infermieristica.

3.2. Campionamento e campione

Mediante campionamento di convenienza sono stati reclutati tutti gli studenti del CdL in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, nella sede di Macerata.

La popolazione di riferimento è costituita da un totale di 150 studenti. L'indagine ha ottenuto un response-rate di 118 studenti, assumendo un margine di errore del 5% e un livello di confidenza del 95%.

Lo strumento di indagine utilizzato è stato un questionario creato con la piattaforma Google Moduli, utilizzando la scala Dass-21³⁷ e le domande estrapolate dal COPE/NVI³⁶.

3.3. Fasi dello studio

La prima fase è stata incentrata sulla ricerca bibliografica attraverso i database "Pub-Med", "Google Scholar", "CINAHAL", "Elsevier-Embase", utilizzando le seguenti keyword: (anxiety[title] AND depression [title] AND covid-19[title]) AND (nurs* OR medic* student), nel periodo che va da febbraio a maggio 2021. Con questa stringa di ricerca vengono reperiti 87 articoli.

Analizzando gli articoli viene reperita la scala DASS-21 versione tradotta in italiano, che successivamente, viene somministrata agli studenti per rilevare lo stress, la depressione e l'ansia percepita; le domande vengono variate nella forma dei termini per adattarsi alla pandemia pur mantenendo il significato originale della stessa e il modulo di appartenenza.

In questo periodo viene reperita anche la definizione della Canadian Mental Health Association per caratterizzare gli stili di coping e quindi, estrapolare dal questionario

COPE/NVI (Coping Orientation to the Problem Experienced)³⁶, le domande riguardanti le strategie messe in atto dai soggetti dello studio.

Lo strumento COPE/NVI, nella nuova versione contiene 60 item e valuta 5 aree quali: sostegno sociale, strategie di evitamento, attitudine positiva, orientamento al problema, orientamento trascendente. Si sono voluti selezionare solo quattro quesiti in maniera da evitare che il questionario risultasse troppo lungo e limitasse il response-rate.

Sono state rispettate le norme della privacy e l'anonimato del compilatore informandolo dei contesti nei quali sarebbero state utilizzate le informazioni ricavate.

La seconda fase dello studio è rappresentata dalla somministrazione del questionario Dass-21.

Tale questionario è stato arricchito di quattro domande riguardanti gli stili di coping e successivamente, lo stesso viene somministrato tramite Google Moduli.

Il campione utilizzato è rappresentato dai 150 studenti, frequentanti lezioni e tirocinio, del CdL di Infermieristica, della sede UNIVPM polo di Macerata.

Il questionario è stato somministrato nel periodo che va dal 19 agosto al 10 settembre 2021. Dopo tale data si è provveduto ad estrapolare i risultati della ricerca.

3.4. Elaborazione del quesito clinico

La prima parte dello studio è stata concentrata sulla ricerca bibliografica attraverso banche date che ha permesso di arrivare a stabilire il seguente quesito clinico:

“Cosa rivela la letteratura scientifica sull’ansia, lo stress percepito e le strategie di coping messe in atto dagli studenti di infermieristica nel periodo della pandemia CoViD-19?”

3.5. Domanda di ricerca

La domanda di ricerca è stata posta utilizzando il modello PICO che include la popolazione oggetto dello studio (P), l'intervento valutato (I), il confronto (C) e gli outcome di interesse (O).

La tabella sottostante descrive il PICO modello alla base della ricerca. (tabella.1)

Questo studio indaga principalmente lo stress, l'ansia e la depressione percepita dagli studenti del Corso di Laurea infermieristica durante il periodo della pandemia ed anche le strategie di coping messe in atto dagli stessi per fronteggiare tali situazioni.

In questo caso non è stato possibile indagare un possibile confronto.

P = POPOLAZIONE	Studenti in Infermieristica frequentati
I = INTERVENTO	Somministrazione questionario DASS-21 e strategie di coping
C = CONFRONTO	NON APPLICABILE
O = OUTCOME	Misurazione dello stress percepito e tecniche per affrontarlo

Tabella 1. Modello PICO

3.6. Criteri di inclusione ed esclusione degli articoli selezionati

Criteri di inclusione:

- Studi primari
- Studi che riguardano studenti di infermieristica, stress e coping
- Completezza del testo, versione full-text
- Studi pubblicati dal 2020 al 2021
- Studi in lingua inglese
- Studi con un campione numericamente sufficiente per avere validità scientifica

Criteri d'esclusione:

- Studi secondari
- Studi che riguardavano solo personale infermieristico, medico o popolazione
- Numero del campione numericamente insufficiente per avere una rilevanza scientifica

Sono stati estrapolati 87 articoli; dopo lettura degli abstract ne vengono eliminati 83.

Quattro studi si rivelano utili al lavoro di ricerca.

3.7. Descrizione degli strumenti di raccolta dati

Raccolta informazioni generali

Attraverso un questionario si è provveduto a raccogliere informazioni demografiche concernenti le caratteristiche di base dei partecipanti, quali sesso, età, stato civile e numero dei figli e l'anno di corso del CdL di infermieristica frequentato.

3.8. Raccolta informazioni specifiche

A. risposte emotive

Attraverso la somministrazione del questionario validato che utilizza la scala di DASS-21 sono state raccolte informazioni riguardanti la depressione, l'ansia e lo stress.

La Depressione è un disturbo dell'umore. Generalmente chi presenta i sintomi della depressione mostra e prova frequenti e intensi stati di insoddisfazione e tristezza e tende a non provare piacere nelle comuni attività quotidiane (anedonia). Le persone che soffrono di depressione vivono in una condizione di costante malumore e con pensieri negativi e pessimisti circa sé stessi e il proprio futuro.

L'ansia è l'anticipazione apprensiva di un pericolo o di un evento negativo futuro, accompagnata da sentimenti di disforia o da sintomi fisici di tensione. Gli elementi esposti al rischio possono appartenere sia al mondo interno che a quello esterno. L'ansia è un'emozione caratterizzata da sensazioni di tensione, minaccia, preoccupazioni e modificazioni fisiche, come aumento della pressione sanguigna. L'ansia, infatti, è uno stato caratterizzato da sentimenti di paura e di preoccupazione non connessi, almeno apparentemente, ad alcuno stimolo specifico, diversamente dalla paura che presuppone un reale pericolo.

Lo stress è una risposta psicofisica a compiti anche molto diversi tra loro, di natura emotiva, cognitiva o sociale, che la persona percepisce come eccessivi.

Lo strumento utilizzato per misurare il grado di stress, ansia e depressione degli studenti durante questa pandemia è la scala di DASS, ideata da un gruppo di ricercatori guidati dal professor Peter Lovibond, docente dell'università New South Wales di Sydney.

La DASS è un insieme di tre scale di autovalutazione, è stata costruita non solo come un'altra serie di scale per misurare gli stati emotivi definiti convenzionalmente, ma per favorire il processo di definizione, comprensione e misurazione degli stati emotivi onnipresenti e clinicamente significativi solitamente descritti come depressione, ansia e stress.

Ognuna delle tre scale DASS contiene 14 elementi, suddivisi in sottoscale di 2-5 elementi con contenuto simile. La scala della depressione valuta disforia, disperazione, svalutazione della vita, autoironia, mancanza di interesse/coinvolgimento, anedonia e inerzia. La scala dell'ansia valuta l'eccitazione autonoma, gli effetti sui muscoli

scheletrici, l'ansia situazionale e l'esperienza soggettiva dell'affetto ansioso. La scala dello stress è sensibile ai livelli di eccitazione cronica non specifica. Valuta la difficoltà a rilassarsi, l'eccitazione nervosa e l'essere facilmente turbati/agitati, irritabili/iperreattivi e impazienti. A ciascuna di queste valutazioni viene assegnato un punteggio su una scala Likert a 4 punti, da 0 a 3. I punteggi per la depressione, l'ansia e lo stress vengono calcolati sommando i punteggi per gli elementi pertinenti. Oltre al questionario base di 42 voci, è disponibile una versione breve, la DASS-21, composta sempre dalle tre scale che valutano ansia, depressione e stress, composte da 7 item ognuna, che è il questionario somministrato in questo lavoro.

B. Strategie di Coping

La Canadian Mental Health Association individua tre stili di coping:

- task-oriented: è caratteristico dei soggetti che tendono ad analizzare la situazione e ad affrontarla in maniera diretta;
- emotion-oriented: caratterizza i soggetti che affrontano, invece della situazione, le proprie reazioni emotive e cercano un supporto sociale;
- distraction-oriented: è propria di coloro che si immergono nel lavoro, nelle attività, per non pensare alla situazione stressante.

Tutti noi saremmo caratterizzati da uno di questi stili, anche se, in funzione delle circostanze, possiamo adottarne uno o l'altro (o entrambi) o adottarli in tempi diversi avendo, il coping, anche un aspetto temporale.

Richard Lazarus e Susan Folkman (1984) definiscono il coping come gli sforzi costanti, sia cognitivi che comportamentali, di cambiare o gestire specifiche domande interne o esterne che sono valutate come gravose o eccessive per le risorse della persona, i processi di valutazione cognitiva delle strategie da adottare sono essenzialmente due: la valutazione primaria e secondaria. La valutazione cognitiva primaria si focalizza sul significato dello stressor e la decisione della rilevanza di esso sul benessere; la valutazione secondaria ha come oggetto le proprie abilità e risorse di coping per farvi fronte.

Questi autori differenziano due tipi di coping: quello *centrato sul problema* e quello *centrato sull'emozione*. Nel processo di coping centrato sul problema l'individuo analizza il problema per capirlo meglio, lo elabora e segue un piano di azione. In questo contesto, la persona chiede anche consiglio a persone amiche o familiari e talvolta anche a persone specializzate come uno psicologo.

Nel coping centrato sull'emozione, il soggetto cerca di rimuovere il problema o di osservarne soltanto il lato positivo; rivaluta positivamente tutta la faccenda e si rifiuta di pensarci eccessivamente.

I processi di coping possono, quindi, aiutare gli individui a mantenere l'adattamento psicosociale durante le condizioni di difficoltà che sono fondamentali per resistere allo stress.

Questa capacità è il potere o l'abilità di ritornare alla forma di composizione originale dopo essere stati piegati, schiacciati o sottoposti a forti tensioni.²⁹

3.9. statistiche

Per rispondere all'obiettivo di studio, i dati raccolti sono stati sottoposti ad elaborazione statistica. Lo strumento di raccolta dei dati è stato Excel, attraverso il quale è stato creato un data-base per l'inserimento e l'elaborazione dei dati raccolti, le analisi descrittive e statistiche sono state effettuate tramite il software statistico SPSS.

Capitolo 4.

Risultati

4.1. Dati Sociodemografici

Sono stati disponibili per l'analisi statistica un totale di 118 questionari, il campione è composto da 84 femmine (71,1%) e 34 Maschi (28.8%).

L'età dei partecipanti è compresa per l'83,5% (98) tra i 20-25 anni, per il 6.7% (8) tra i 26-30 e per l'10,1% (12) tra i 31-40 anni.

Risultano coniugati 3 studenti (2,5%) e non coniugati 115 (97,4%).

Nel 96,6% (114) dei casi vivono in famiglia, 4 (3,3%) dei soggetti risultano vivere soli. Il 94,9 % (112) di loro non ha figli, mentre 6 (5,8%) si.

Risultano frequentanti il primo anno 40 studenti (33.3%); 13 studenti per il secondo anno (11.01) e 55 frequentano il terzo anno (46.6%). (Vedi Tabella 2)

Tabella n.2 descrizione dei dati sociodemografici del campione

Variabili	Opzioni di risposta	N°	%
Genere	Maschile	34	28,8
	Femminile	84	71,1
Età	20-25	98	83,05
	26-30	8	6,7
	31-40	12	10,1
Coniugato	SI	3	2,5
	NO	115	97,4
Vive da solo	SI	4	3,3
	NO	114	96,6
Ha figli	SI	6	5,08
	NO	112	94,9
Anno di Università frequentato	PRIMO	40	33,8
	SECONDO	13	19,5
	TERZO	55	46,6

4.2. DASS 21- Il Questionario

Il questionario Dass-21 è composto da 21 item che vanno ad indagare l'area dello stress, della depressione e dell'ansia. Questi item prevedono risposte attraverso una scala Likert con valori che vanno da 0 a 3. Il risultato delle risposte del questionario sono riportati nella tabella 3.

ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
1 - Mi accorgo di avere repentini cambi di umore			MODULO STRESS
0 - MAI	18	15,2	
1 - A VOLTE	60	50,8	
2 - SPESSO	38	32,2	
3 - SEMPRE	2	1,7	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
2 - Di fronte a notizie legate al Coronavirus tendo ad agitarmi			MODULO ANSIA
0 - MAI	27	22,8	
1 - A VOLTE	58	49,1	
2 - SPESSO	23	19,5	
3 - SEMPRE	10	8,4	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
3 - Ho continuamente la sensazione di essere sotto pressione			MODULO STRESS
0 - MAI	16	13,5	
1 - A VOLTE	50	42,3	
2 - SPESSO	30	25,4	
3 - SEMPRE	16	18,6	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
4 - Ho difficoltà a riconoscere i miei stati d'animo			MODULO DEPRESSIONE
0 - MAI	43	36,4	
1 - A VOLTE	53	44,9	
2 - SPESSO	21	17,7	
3 - SEMPRE	1	0,8	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
5 - Ho difficoltà a condividere i miei stati d'animo			MODULO DEPRESSIONE

0 - MAI	26	22	
1 - A VOLTE	43	36,4	
2 - SPESSO	33	27,9	
3 - SEMPRE	16	13,5	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
6 - Ho difficoltà ad addormentarmi e svegliarmi			MODULO DEPRESSIONE
0 - MAI	25	21,1	
1 - A VOLTE	46	38,9	
2 - SPESSO	25	21,1	
3 - SEMPRE	22	18,6	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
7 - Credo che gli altri vivano con più serenità questa emergenza			MODULO DEPRESSIONE
0 - MAI	45	38,1	
1 - A VOLTE	53	44,9	
2 - SPESSO	12	10,6	
3 - SEMPRE	8	6,7	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
8- Mi capita di avere pensieri ossessivi sul tema Coronavirus			MODULO DEPRESSIONE
0 - MAI	70	59,3	
1 - A VOLTE	41	34,7	
2 - SPESSO	7	5,9	
3 - SEMPRE	0	0	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
9 - In casa mi irrita con facilità anche su fatti banali			MODULO STRESS
0 - MAI	30	25,4	
1 - A VOLTE	50	42,3	
2 - SPESSO	27	22,8	
3 - SEMPRE	11	9,3	

ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
10 – Di fronte a questa emergenza legata al Coronavirus mi pongo con ottimismo			MODULO DEPRESSIONE
0 - MAI	22	18,6	
1 – A VOLTE	43	36,4	
2 - SPESSO	40	33,8	
3 - SEMPRE	13	11	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
11 – In questo periodo di isolamento penso costantemente alle attività didattiche (esami, lezioni, tirocini)			MODULO STRESS
0 - MAI	8	6,7	
1 – A VOLTE	37	31,3	
2 - SPESSO	39	33,5	
3 - SEMPRE	33	27,9	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
12 - Mi sento escluso dalla mia cerchia sociale			MODULO ANSIA
0 - MAI	38	32,2	
1 – A VOLTE	47	39,8	
2 - SPESSO	25	21,1	
3 - SEMPRE	8	6,7	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
13 – Mi sento imbarazzato quando parlo delle mie emozioni			MODULO ANSIA
0 - MAI	42	35,5	
1 – A VOLTE	52	44	
2 - SPESSO	17	14,4	
3 - SEMPRE	7	5,9	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO

14 – Mi sento preso nella morsa degli eventi			MODULO STRESS
0 - MAI	41	34,7	
1 – A VOLTE	52	44,06	
2 - SPESSO	18	15,2	
3 - SEMPRE	7	5,9	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
15 – In casa, nel rapporto con gli altri conviventi tendo ad essere aggressivo			MODULO STRESS
0 - MAI	52	44,06	
1 – A VOLTE	50	42,3	
2 - SPESSO	11	9,3	
3 - SEMPRE	5	4,2	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
16 – Riesco a concentrarmi come dovrei			MODULO ANSIA
0 - MAI	26	22,03	
1 – A VOLTE	66	55,9	
2 - SPESSO	24	20,3	
3 - SEMPRE	2	1,6	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
17 – Sento di essere capace di gestire il mio tempo			MODULO STRESS
0 - MAI	24	20,3	
1 – A VOLTE	53	44,9	
2 - SPESSO	31	26,2	
3 - SEMPRE	10	8,4	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
18 -Nell'espore la mia idea su questo periodo storico non temo di essere criticato			MODULO ANSIA
0 - MAI	37	31,3	
1 – A VOLTE	47	39,8	

2 - SPESSO	22	18,6	
3 - SEMPRE	12	10,1	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
19 – Quando parlo con qualcuno in questo momento storico mi preoccupa dell'impressione che può farsi di me			MODULO ANSIA
0 - MAI	51	44,08	
1 – A VOLTE	49	41,5	
2 - SPESSO	4	3,3	
3 - SEMPRE	13	11,01	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
20 – Mi rendo conto che in questa situazione tendo ad avere pensieri catastrofici			MODULO DEPRESSIONE
0 - MAI	51	43,2	
1 – A VOLTE	48	40,6	
2 - SPESSO	14	11,8	
3 - SEMPRE	5	4,2	
ITEM	FREQUENZA	TOTALE CAMPIONE %	AREA DI RIFERIMENTO
21-Mi sono accorto di avere la bocca secca			MODULO ANSIA
0 - MAI	54	45,7	
1 – A VOLTE	43	36,4	
2 - SPESSO	20	16,9	
3 - SEMPRE	0	0	

Tabella 3: risposte e percentuali del questionario DASS-21

Per ottenere i risultati del questionario occorre sommare i punti ottenuti per ogni modulo e moltiplicarli per due.

4.3. L'analisi dei risultati

Nella tabella 4 sono indicati i valori di riferimento che definiscono normale, leggera, moderata, severa o estremamente severa l'area psicologica indagata.

VALUTAZIONE	ANSIA	DEPRESSIONE	STRESS
NORMALE	da 0 a 7	da 0 a 9	da 0 a 14
LEGGERA	da 8 a 9	da 10 a 13	da 15 a 18
MODERATA	da 10 a 14	da 14 a 20	da 19 a 25
SEVERA	da 15 a 19	da 21 a 27	da 26 a 33
ESTREMAMENTE SEVERA	20 +	28 +	37 +

Tabella 4: valori di riferimento per le risposte al questionario Dass-21

Nella "Tabella 5" si riportano i numeri ottenuti dai questionari per il modulo stress suddivisi tra le varie scale di valutazione

MODULO STRESS	NUMERO RISPOSTE	PERCENTUALE
NORMALE 0-14	50	42,3
LEGGERA 15-18	19	16,1
MODERATA 19-25	29	24,5
SEVERA 26-33	20	16,9
ESTREMAMENTE SEVERA > 33	0	0

Tabella 5: risultati delle risposte del modulo stress divisi per scala di valutazione.

Si può osservare che il 42.3 % degli intervistati presenta un normale livello di stress, il 16.1 % presenta una leggera forma di stress, il 24.5 % presenta una forma moderata e il 16.9% degli intervistati ha una forma severa di stress. Nessuno degli intervistati presenta una forma estremamente severa di stress.

Nella “Tabella 6” si riportano i numeri ottenuti dai questionari per il modulo depressione suddivisi tra le varie scale di valutazione.

MODULO DEPRESSIONE	NUMERO RISPOSTE	PERCENTUALI
NORMALE 0 - 9	29	24,5
LEGGERA 10 - 13	37	31,3
MODERATA 14 - 20	34	28,8
SEVERA 21 - 27	14	11,8
ESTREMAMENTE SEVERA > 28	4	3,3

Tabella 6: risultati delle risposte riguardanti il modulo depressione divise per scale di valutazione.

Per quanto riguarda il modulo depressione possiamo osservare che il 24.5% degli studenti ha una forma normale di depressione, il 31.3% presenta una forma leggera; il 28.8% presenta una forma moderata, l'11.8 degli intervistati presenta una forma severa di depressione e il 3.3 presenta una forma estremamente severa.

Nella “Tabella 7” vengono riportati i valori ottenuti dai questionari inerenti al modulo ansia.

MODULO ANSIA	NUMERO RISPOSTE	PERCENTUALI
NORMALE 0 - 7	20	16.9
LIEVE 8 - 9	15	12.7
MODERATA 10 - 14	42	35,5
SEVERA 15 - 19	25	21.1
ESTREMAMENTE SEVERA > 20	16	13.5

Tabella 7: risultati delle risposte riguardanti il modulo ansia divise per scale di valutazione.

In merito alle risposte ottenute per quanto riguarda il modulo ansia possiamo osservare che il 16.9% ha una forma normale di ansia, il 12.7% ha una forma lieve, il 35,5 % ha una forma moderata; il 21.1 presenta una forma severa e il 13,5% presenta una forma estremamente severa di ansia.

Volendo confrontare i punteggi relativi allo stress, alla depressione e all'ansia tra i tre anni di corso si riportano nella "Tabella 8", il numero di soggetti per gruppo, la media dei punteggi per ogni anno di corso, con la relativa deviazione standard.

MODULO	ANNO DI CORSO	N	Media	Dev.Std.
STRESS	I ANNO	40	9.55	3.33
	II ANNO	23	6.74	2.34
	III ANNO	55	7.62	3.33
DEPRESSIONE	I ANNO	40	7.65	3.51
	II ANNO	23	4.83	2.20
	III ANNO	55	6.25	3.12
ANSIA	I ANNO	40	6.38	2.58
	II ANNO	23	6.61	1.67
	III ANNO	55	6.73	2.30

Tabella 8: statistica descrittiva relativa ai punteggi ottenuti nei rispettivi moduli per ogni anno di corso di Infermieristica.

Per ogni modulo, si sono confrontati i punteggi medi per ogni anno di corso. Relativamente allo stress si può affermare che le differenze riscontrate nei punteggi medi per ogni anno di corso nel campione sono statisticamente significative nella popolazione in studio ($p=0.001$). Attraverso i confronti multipli si può concludere che il primo anno ha un punteggio medio dello stress statisticamente maggiore rispetto agli studenti del II anno ($p=0.003$) e del III anno di corso ($p=0.012$); tuttavia non vi sono differenze significative tra il I e III anno ($p=0.797$).

Analizzando i punteggi medi del modulo relativo alla depressione, attraverso il test ANOVA a una via si può affermare che i tre gruppi ottengono punteggi medi statisticamente diversi tra loro ($p=0.03$). Ricercando le differenze specifiche tra i tre gruppi si procede con i confronti multipli.

Si può concludere che gli studenti del I anno sono più depressi rispetto al II anno ($p=0.002$). Non risultano differenze significative tra il I e il III anno ($p=0.099$) e tra il II e III gruppo ($p=0.202$).

Per il modulo dell'ansia non si riscontrano differenze significative tra i punteggi medi dell'ansia tra gli studenti dei tre anni di corso di Infermieristica ($p=0.761$).

Nel "Grafico 1" si mettono a confronto i punteggi medi ottenuti dai tre anni di corso relativamente ai tre moduli.

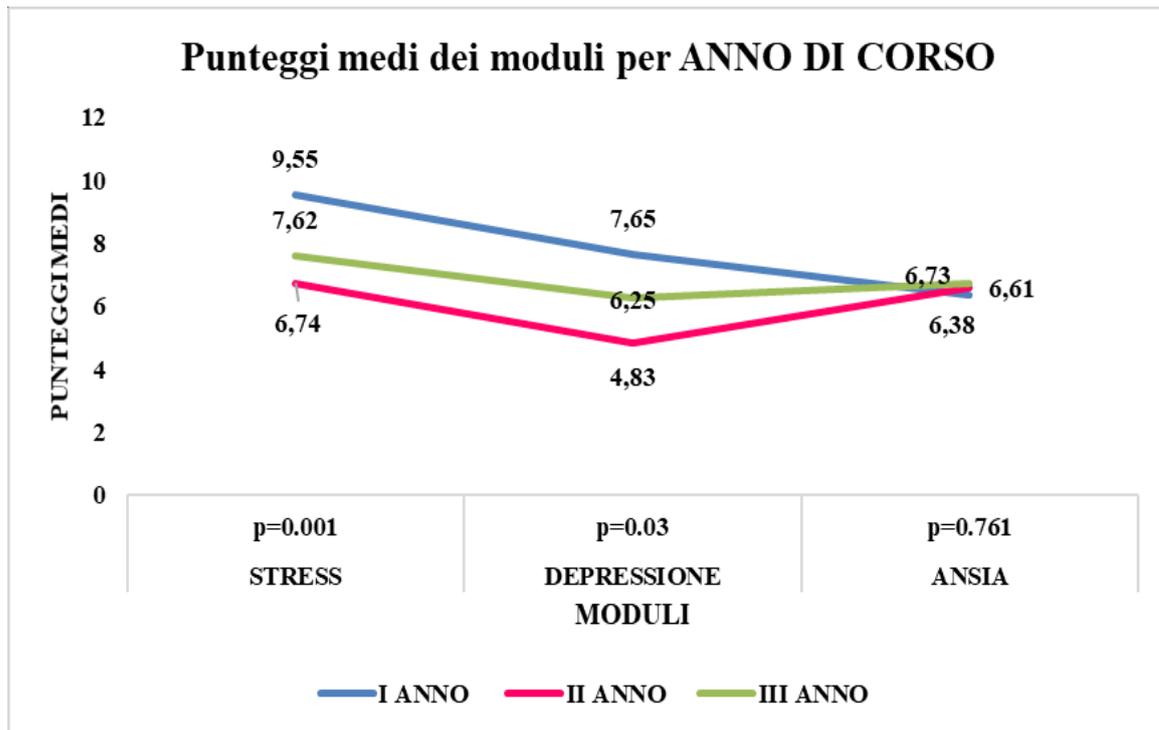


Grafico 1: grafico a linee relativo ai punteggi medi dei moduli per ogni anno di corso

Si riporta la "Tabella 9" che descrive il numero di soggetti per i maschi e le femmine, la media dei punteggi ottenuti con la relativa deviazione standard.

MODULO	SESSO	N	Media	Dev.Std.
STRESS	MASCHIO	34	6.24	2.30
	FEMMINA	84	8.86	3.38
DEPRESSIONE	MASCHIO	34	4.24	2.54
	FEMMINA	84	7.35	3.08
ANSIA	MASCHIO	34	6.26	1.83
	FEMMINA	84	6.71	2.44

Tabella 9: statistica descrittiva relativa ai punteggi ottenuti nei rispettivi moduli tra i maschi e le femmine.

Per ogni modulo, si sono confrontati i punteggi medi tra i due sessi. Tramite la statistica test (T di Student) si può affermare che le femmine sono statisticamente più stressate ($p < 0.001$) e più depresse ($p < 0.001$) rispetto ai maschi. Non si riscontrano differenze statisticamente significative per quanto riguarda i punteggi medi ottenuti nel modulo ansia ($p = 0.335$).

Nel “*Grafico 2*” sotto riportato si mettono a confronto i punteggi medi ottenuti dai tre anni di corso relativamente ai tre moduli.

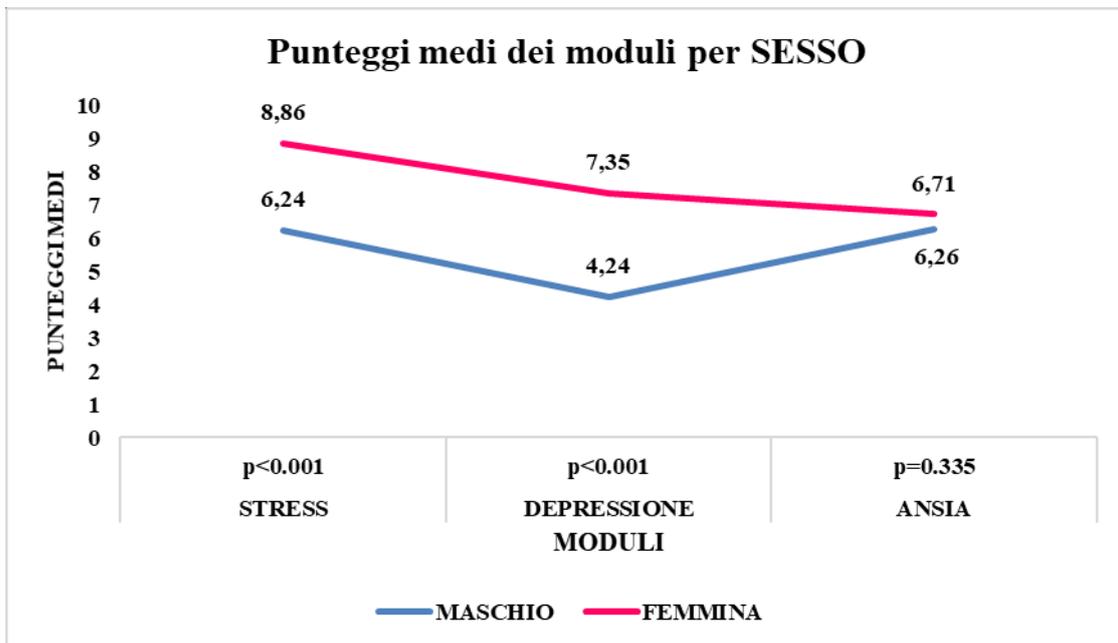


Grafico 2: statistica descrittiva relativa ai punteggi ottenuti nei rispettivi moduli tra i maschi e le femmine

Si sono effettuati gli stessi confronti tra i punteggi medi ottenuti tra i moduli stress, depressione e ansia per le fasce di età degli studenti del campione analizzato.

Nella “*Tabella 10*” si riporta la statistica descrittiva relativa alle classi di età.

MODULO	CLASSE DI ETA' (anni)	N	Media	Dev.Std.
STRESS	20-25	98	8.35	3.25
	26-30	8	5.50	3.21
	31-40	12	7.83	3.49
DEPRESSIONE	20-25	98	6.70	3.21
	26-30	8	5.38	2.83
	31-40	12	5.08	3.63
ANSIA	20-25	98	6.54	2.25
	26-30	8	5.38	1.77
	31-40	12	7.75	2.53

Tabella 10: statistica descrittiva relativa ai punteggi ottenuti nei rispettivi moduli tra le classi di età selezionate per lo studio.

Tramite la statistica analitica è stato possibile affermare che le differenze riscontrate nei punteggi medi per le classi di età rispetto al modulo stress ($p=0.062$), depressione ($p=0.166$) e ansia ($p=0.066$) non possono essere generalizzate alla popolazione di riferimento.

Per questo si può concludere che lo stress, la depressione e l'ansia non sono influenzate dall'età degli studenti.

Nella “Tabella 11” si riporta la statistica descrittiva confrontando i moduli tra i soggetti sposati e non sposati del campione.

MODULO	SPOSATO	N	Media	Dev.Std.
STRESS	Sì	3	6.00	1.00
	No	115	8.16	3.34
DEPRESSIONE	Sì	3	4.67	2.89
	No	115	6.50	3.26
ANSIA	Sì	3	4.00	1.00
	No	115	6.65	2.27

Tabella 11: statistica descrittiva relativa ai punteggi ottenuti nei rispettivi moduli tra le classi di età selezionate per lo studio.

Come è evidente i due gruppi risultano numericamente non uniformi per cui tale aspetto si pone come limite per i risultati dell’analisi statistica. Tenendo in considerazione questo limite importante, tramite il T test si può affermare che non vi sono differenze statisticamente significative tra i punteggi medi dei moduli stress ($p=0.269$) e depressione ($p=0.338$) tra il gruppo degli sposati e dei non sposati, mentre i soggetti sposati risultano statisticamente più ansiosi rispetto ai soggetti non sposati ($p=0.047$).

Nella “Tabella 12” si riporta la statistica descrittiva confrontando i tre moduli tra i soggetti che vivono da soli e quelli che vivono in famiglia del campione indagato.

MODULO	VIVE DA SOLO?	N	Media	Dev.Std.
STRESS	Sì	4	10	2.00
	No	114	8.04	3.34
DEPRESSIONE	Sì	4	7.75	3.50
	No	114	6.40	3.25
ANSIA	Sì	4	9.50	1.00
	No	114	6.48	2.25

Tabella 12: statistica descrittiva relativa ai punteggi ottenuti nei rispettivi moduli tra chi vive solo e chi vive in famiglia.

Come è evidente anche in questo caso i due gruppi risultano numericamente non uniformi per cui anche questo aspetto indagato, si pone come limite per i risultati dell'analisi statistica. Tenendo in considerazione questo limite importante si può affermare, attraverso il T test, che non ci sono differenze statisticamente significative tra i punteggi medi dei moduli stress ($p=0.247$) e depressione ($p=0.418$) tra il gruppo di chi vive solo e chi vive in famiglia; mentre per quanto riguarda il terzo modulo, si può sostenere che chi vive solo è statisticamente più ansioso ($p=0.009$).

Nella "Tabella 13" si riporta la statistica descrittiva inerente ai tre moduli per la variabile "Ha figli?"

MODULO	HA FIGLI?	N	Media	Dev.Std.
STRESS	Sì	6	10	4.427
	No	112	8.00	3.247
DEPRESSIONE	Sì	6	8.67	4.803
	No	112	6.33	3.132
ANSIA	Sì	6	6.67	3.502
	No	112	6.58	2.225

Tabella 13: statistica descrittiva relativa ai punteggi ottenuti nei rispettivi moduli tra chi ha figli e chi non ne ha.

Anche nel caso della variabile indagata "ha figli?" i due gruppi risultano numericamente non uniformi per cui anche questo altro aspetto si pone come limite. Tenendo in considerazione ciò si può affermare attraverso il test T di Student che non esistono differenze statisticamente significative nei tre moduli rispetto all'avere o no figli. Il modulo stress ha ottenuto una $p=0.152$; il modulo depressione ha ottenuto una $p=0.086$; e il modulo ansia ha ottenuto una $p=0.929$.

4.4. Strategie di coping: il questionario

Nella “Tabella 14” sotto riportata si conteggiano i risultati delle risposte alle domande sullo stile di coping.

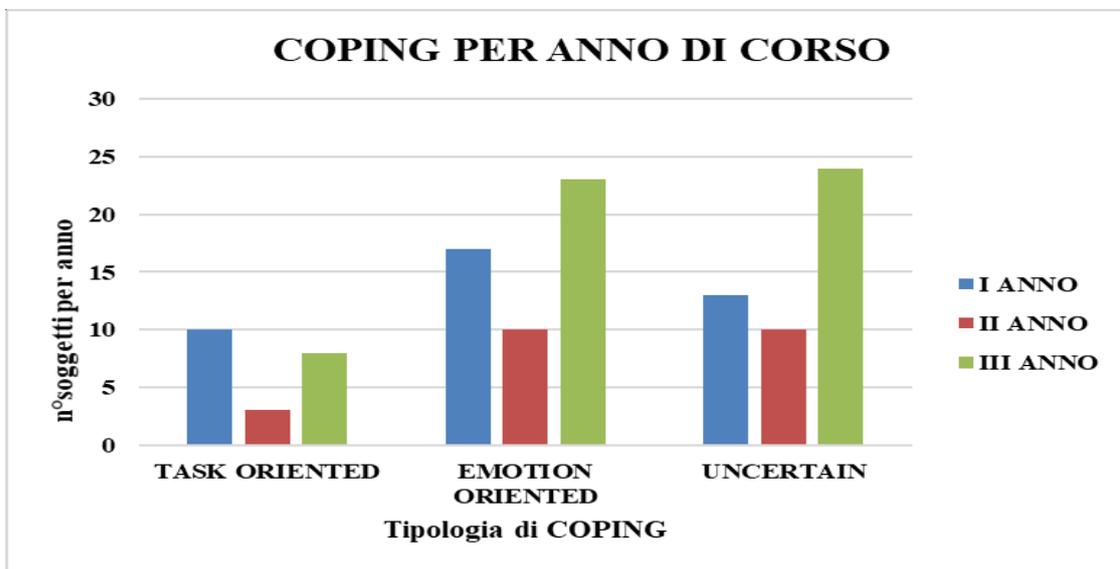
ITEM	RISPOSTE	STILE DI COPING	Frequenza	Totale campione %
1 - Quando affronto un problema agisco:	A- Mi focalizzo sulle emozioni per riuscire a controllarle	Emotion-oriented	32	45,7
	B - Lo affronto di petto cercando di agire sulla causa	Task-oriented	37	53,6
ITEM	RISPOSTE	STILE DI COPING	Frequenza	Totale campione %
2 – Quando sono preoccupato del mio futuro	A- Focalizzo le mie energie e attenzioni sulle opportunità che mi si presentano	Task-oriented	84	92,7
	B – Tengo un diario per non dimenticare idee e novità	Emotion-oriented	5	7,2
ITEM	RISPOSTE	STILE DI COPING	Frequenza	Totale campione %
3 – Di fronte all’ingiustizia della malattia reagisco mettendo in atto	A- Mi arrabbio anche se non c’è un obiettivo tangibile su cui sfogare la rabbia	Task-oriented	20	29,4
	B – Cerco di pensare positivo	Emotion-oriented	48	70,6
ITEM	RISPOSTE	STILE DI COPING	Frequenza	Totale campione%
4 – Quando il pensiero di vivere una pandemia mi angoscia cerco di:	A- Cambiare prospettiva	Emotion-oriented	37	53,6
	B – dialogare con gli altri	Task-oriented	32	46,4

Tabella 14: risultati delle domande sul coping

4.5. Analisi dei risultati

Nel grafico 3 possiamo vedere rappresentati il numero di soggetti per ogni anno di corso che sono predisposti alla tipologia di coping “Task Oriented” o “Emotion Oriented”. La terza tipologia “Uncertain” rappresenta coloro che hanno risposto in modo contrastante alle 4 domande presenti relative al coping, per cui in parte risultano Task Oriented, per altri aspetti Emotion Oriented.

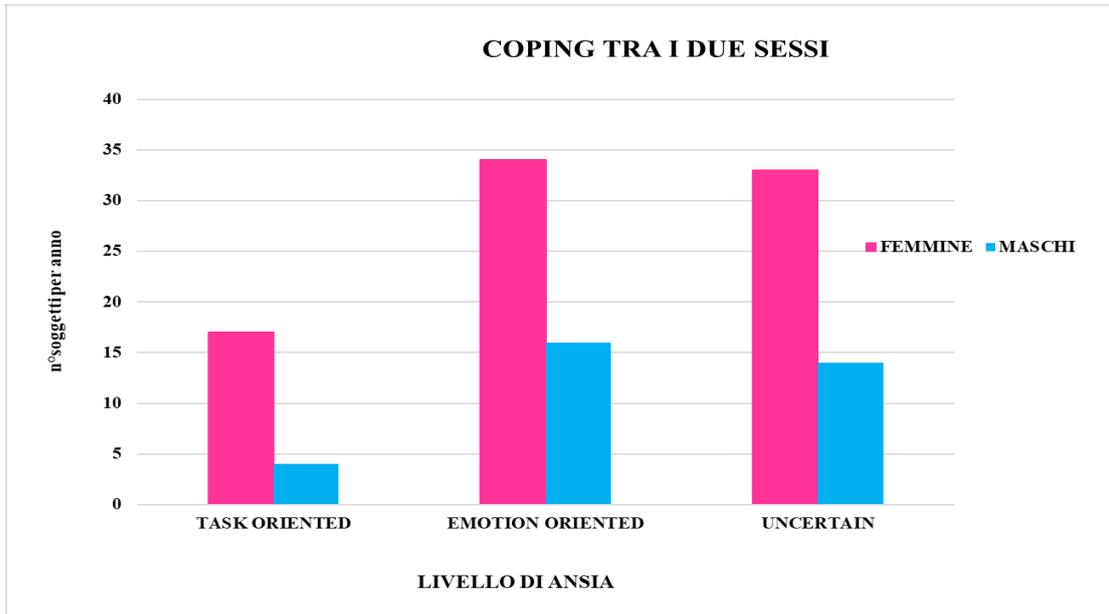
Volendo confrontare i tre gruppi attraverso la statistica Pearson Chi-Square non risulta una differenza statisticamente significativa rispetto alla tipologia di coping nei tre gruppi ($p=0.625$).



“Grafico 3”: grafico relativo alla tipologia di coping per ogni anno di corso

Nel grafico 4 vediamo rappresentati il numero di soggetti per i due sessi che sono predisposti alla tipologia di coping “Task Oriented” o “Emotion Oriented” o che si definiscono “Uncertain”.

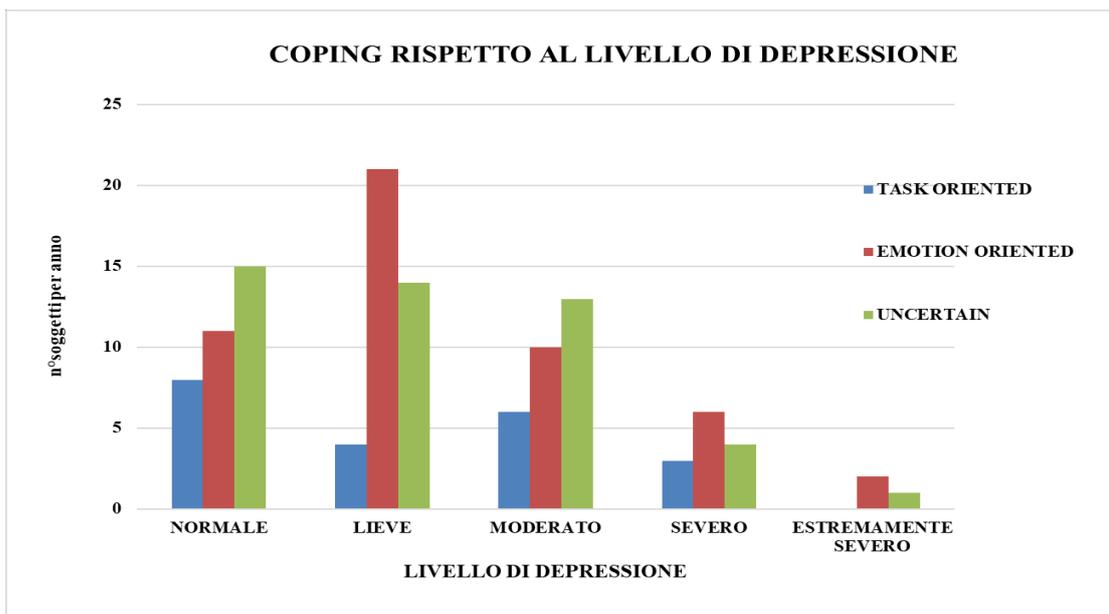
Volendo confrontare due gruppi attraverso la statistica Pearson Chi-Square non risulta una differenza statisticamente significativa rispetto alla tipologia di coping nei due sessi ($p=0.536$).



“Grafico 4”: grafico relativo alla tipologia di coping per i due sessi

Il “Grafico 5” rappresenta il numero di soggetti per livello di depressione che sono predisposti alla tipologia di coping “Task Oriented”, “Emotion Oriented” o “Uncertain”.

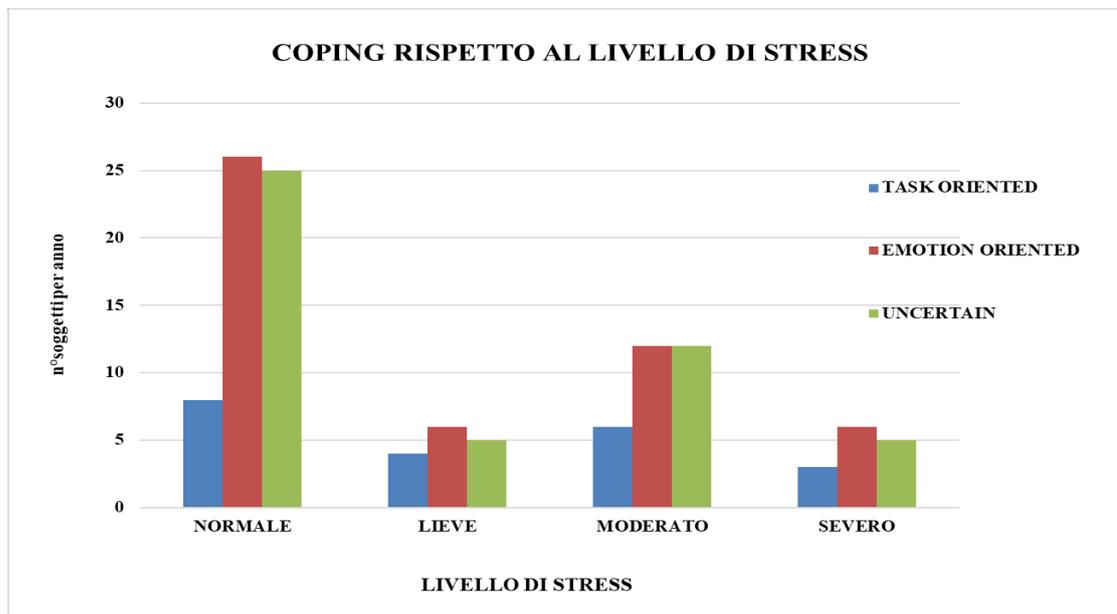
Volendo confrontare i cinque gruppi attraverso la statistica Pearson Chi-Square non risulta una differenza statisticamente significativa rispetto alla tipologia di coping nei 5 livelli di depressione ($p=0.598$).



“Grafico 5”: grafico relativo alla tipologia di coping in base al livello di depressione

Il “Grafico 6” rappresenta il numero di soggetti per livello di stress che sono predisposti alla tipologia di coping “Task Oriented”, “Emotion Oriented” o “Uncertain”.

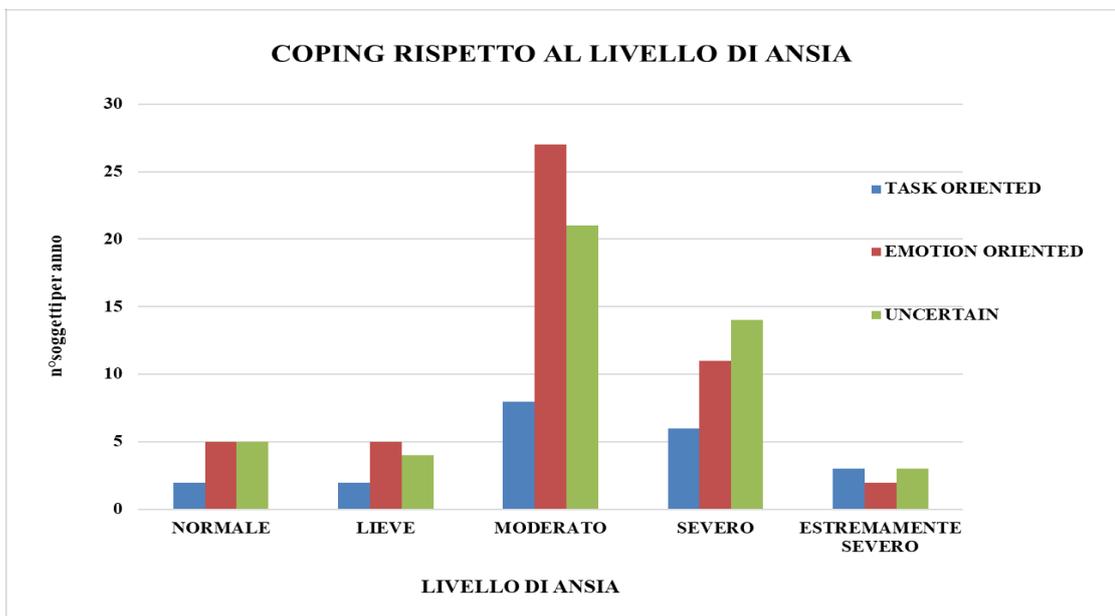
Volendo confrontare i cinque gruppi attraverso la statistica Pearson Chi-Square non risulta una differenza statisticamente significativa rispetto alla tipologia di coping nei livelli di stress ($p=0.932$).



“Grafico 6”: grafico relativo alla tipologia di coping in base al livello di stress

Il “Grafico 7” rappresenta il numero di soggetti per livello di ansia che sono predisposti alla tipologia di coping “Task Oriented”, “Emotion Oriented” o “Uncertain”.

Volendo confrontare i cinque gruppi attraverso la statistica Pearson Chi-Square non risulta una differenza statisticamente significativa rispetto alla tipologia di coping nei livelli di ansia ($p=0.863$).



“Grafico 7”: grafico relativo alla tipologia di coping in base al livello di ansia

CAPITOLO 5.

DISCUSSIONE

Le restrizioni alla circolazione e il blocco sono state misure adottate in molte nazioni a seguito della pandemia da SarsCov-2. Tutta la popolazione ha subito queste decisioni ma gli studenti sono stati gravati anche dal passaggio all'e-learning. Per questo ulteriore fattore di stress, aggiunto ad una situazione che già di suo è altamente stressante, sono stati effettuati diversi studi volti a riconoscere e misurare questa variabile. Il risultato ottenuto è che la percentuale di studenti universitari, anche di altre facoltà, che mostrano depressione e ansia è allarmante al punto che il consiglio è di monitorare la salute mentale di questa parte della popolazione.³¹ Un altro studio rivolto agli studenti di infermieristica durante la quarantena ha evidenziato che lo stress e la depressione possono essere correlate alla zona di residenza, alla copertura di internet disponibile ed anche al rinvio degli esami. Per questi motivi sono necessari studi su larga scala e l'integrazione di programmi di salute mentale, sia come intervento che come livello curricolare tra gli studenti, al fine di mantenerli in buona salute.³²

Altri studi sono arrivati alle conclusioni che le studentesse riportano stati di stress, depressione e ansia maggiori rispetto ai colleghi maschi, stati che hanno portato all'alterazione anche dei ritmi del sonno.³⁴

Anche nel presente studio le studentesse risultano più stressate e depresse rispetto agli studenti, ma risulta non esserci differenza tra i due gruppi per quanto riguarda l'ansia.

All'analisi iniziale dei risultati ottenuti dalla somministrazione del questionario contenente la scala Dass-21, si evidenzia che un buona percentuale di studenti presenta un forma di stress severa ed estremamente severa ed una forma di ansia sia che estremamente severa.

Analogamente troviamo altri studi che segnalano tra i risultati che gli studenti sono stati significativamente colpiti durante la pandemia e che i livelli di ansia sono anormali ed anche la depressione risulta essere a livelli elevati; anche il processo di apprendimento durante la pandemia viene messo a dura prova, come testimoniano gli studenti che giudicano non buono l'apprendimento dei corsi pratici espletati online. Durante l'attuale crisi globale le pressioni psicologiche ed economiche sono aumentate, colpendo anche la stabilità delle famiglie e degli individui, fattore che può incrementare il livello di ansia e stress degli studenti.³³

Allo stesso modo, lo studio che ha indagato gli effetti psicologici negativi del processo pandemico COVID-19 sugli individui ha concluso che vivere con la famiglia li protegge dagli effetti psicologici negativi.³⁴

Nel presente studio, anche tenendo conto dei limiti dovuti al fatto che i campioni non sono numericamente uniformi, è emerso che non ci sono differenze tra i gruppi per quando riguarda lo stress e la depressione, mentre chi vive solo risulta più ansioso.

Dall'analisi degli stili di coping, task-oriented o emotion-oriented, emerge che la percentuale maggiore di studenti utilizza un metodo emotion-oriented, ossia quel tipo di coping che caratterizza i soggetti che affrontano, invece della situazione, le proprie reazioni emotive cercando di controllarle e cercando un supporto sociale; ma elevata è anche la percentuale dei soggetti che utilizzano tutti e due gli stili di coping; infatti come si è evidenziato in precedenza, tutti noi saremmo caratterizzati da uno di questi stili, anche se, in funzione delle circostanze, possiamo adottarne uno o l'altro (o entrambi) o adottarli in tempi diversi avendo, il coping, anche un aspetto temporale.

Questo studio presenta alcune limitazioni. Con la metodologia online, determinata dalla situazione che viviamo, non è stato possibile controllare il tasso di risposta. La rappresentatività riguardo al sesso dei partecipanti è un altro limite in quanto le femmine rappresentano il 71% del campione, gli studenti non sposati risultano essere il 97.4%, quelli che vivono in famiglia sono il 96.6% e che non hanno figli rappresentano il 94.9%, tutto ciò potrebbe essere considerato un bias di selezione.

CAPITOLO 6.

CONCLUSIONI

Possiamo concludere dicendo che: nel campione studiato abbiamo riscontrato che il 42% degli studenti ha un livello normale di stress ma il 16.9 % ha un livello severo.

Il 24,5% degli studenti ha un livello di depressione normale ma l'11.8 ha un livello severo e il 3.3% ha un livello estremamente severo.

Il 16.9% degli studenti ha un livello di ansia normale ma il 21 % severo e 13.5% molto severo.

Il primo anno di corso di laurea è più stressato del secondo ma non ci sono differenze statisticamente significative tra il 1° e il 3° e tra il 2° e il 3°.

Per quanto riguarda la depressione il 1° anno è più depresso del 2° ma non ci sono differenze statisticamente significative nel confronto tra il 1° e il 3°, e tra il 2° e il 3°.

Per quanto riguarda l'ansia tra i tre gruppi di anno frequentato non si riscontrano differenze statisticamente significative.

Le studentesse sono più stressate e depresse rispetto ai colleghi maschi ma per quanto riguarda l'ansia non esistono differenze statisticamente significative.

La depressione, l'ansia e lo stress non sono influenzate dall'età.

Gli studenti sposati risultano più ansiosi dei colleghi non sposati mentre per quanto riguarda lo stress e la depressione non esistono differenze statisticamente significative.

Analogamente si può sostenere che chi vive solo è più ansioso ma non esistono differenze per quanto riguarda lo stress e la depressione.

Non esistono differenze statisticamente significative tra chi ha figli o no per tutti e tre i moduli analizzati.

Lo stile di coping più messo in atto è quello emotion-oriented ma è emerso che anche lo stile Uncertain, che utilizza tutti e due i modelli coping a seconda della situazione è ben rappresentato.

Rimangono molte domande aperte: quanto ha influito sulla preparazione di queste nuove generazioni di infermieri la necessità di lezioni online? Quanto ha influito sulla salute mentale degli studenti, questo periodo di isolamento sociale? Qual è il setting familiare migliore per sostenere uno studente che si trova a vivere una situazione così stressante? Quale può essere il modo migliore per ridurre l'incidenza di ansia, stress e depressione negli anni della formazione professionale?

Bibliografia

1. La storia del coronavirus: tutte le tappe del Covid-19 dalla comparsa in Cina a oggi. Viola R. 21/03/2020 (consultato il 25 marzo 2021, disponibile all'indirizzo: <https://www.wired.it/scienza/medicina/2020/03>)
2. Maharaj S, Lees T, Lal S. Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Dec 27;16(1):61.
3. Salari N, Khazaie H, Hosseini-Far A, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health*. 2020Dec 17;18(1):100.
4. Zheng R, Zhou Y, Fu Y, et al. Prevalence and associated factors of depression and anxiety among nurses during the outbreak of COVID-19 in China: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2021 Feb; 114:103809.
5. who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses. Comunicato stampa, Ginevra, 7 aprile 2020 (consultato il 15 aprile 2021, disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/news/item/07-04-2020>)
6. Saiani L, Bielli S, Marognolli O, Brugnolli A. 2009. Documento di indirizzo su standard e principi del tirocinio nei CL delle Professioni Sanitarie. *Med. Chir.* 47,2036-45
7. Ansia e disturbi d'ansia: sintomi, cause e cura, Melli G, (consultato il 28/maggio2021 disponibile all'indirizzo <https://www.ipsico.it/sintomi-cura/ansia>)
8. Ansia (consultato il 28 maggio 2021 disponibile all'indirizzo https://it.wikipedia.org/wiki/Ansia#cite_ref-1)
9. Temi di salute-La depressione (consultato il 28 aprile 2021 disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_3)
10. Depressione: aspetti principali (consultato il 28 aprile 2021 disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>)
11. Il DSM-5: l'edizione italiana; Biondi M, Bersani F S, Valentini M; marzo/aprile 2014 (consultato il 30 marzo 2021 disponibile all'indirizzo <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1461/articoli/16137>)
12. Disturbo depressivo (consultato il 28 maggio 2021 disponibile all'indirizzo: https://it.wikipedia.org/wiki/Disturbo_depressivo)
13. Lo stress, Bonanni E, 11/04/2013 (consultato il 28 maggio2021 disponibile all'indirizzo: <http://www.psicoclinica.it/lo-stress.html>)
14. Pancheri P., Stress, emozioni, malattia: introduzione alla medicina psicosomatica, Milano, Edizioni scientifiche e tecniche Mondadori. (1980): 130-50
15. Compare A., Grossi E. Stress e disturbi da somatizzazione: Evidence-Based practice in psicologia. Milano: Springer-Verlag.(2012): 220-30
16. Stress e disturbi da stress: sintomi e cura; Betti F (consultato il 28 maggio 2021 disponibile all'indirizzo <https://www.ipsico.it/sintomi-cura/stress-e-disturbi-da-stress>)

17. Oms, burn-out fenomeno di origine occupazionale, inserito in ICD-11, scritto da Redazione, 30 maggio 2019 (consultato il 15 luglio 2021 disponibile all'indirizzo: <https://www.quotidianosicurezza.it/approfondimenti/e-utile-sapere-che/bunr-out-classificato-oms-definizione-significato>)
18. Disturbo depressivo (consultato il 28 maggio 2021 disponibile all'indirizzo https://it.wikipedia.org/wiki/Disturbo_depressivo)
19. Tutto sulla pandemia di Sars-Cov-2; Punzo O, Bella A, Riccardo F, Pezzotti P, D'Ancona F P 16 gennaio 2020, aggiornato 25 febbraio 2021 (consultato il 28 maggio 2021 disponibile all'indirizzo <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2>)
20. Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 25;17(10):3740
21. Labrague L.J., McEnroe–Petitte D.M., De Los Santos J.A.A., Edet O.B., Examining stress perceptions and coping strategies among Saudi nursing students: A systematic review. *Nurse Education Today*, Volume 65, Pages 192–200, June 2018;
22. Test delle professioni sanitarie, iscritti (consultato il 13 luglio 2021 disponibile all'indirizzo <https://www.studenti.it/test-professioni-sanitarie-2019-numero-iscritti.html>)
23. Mozione CRUI, 001-198-GEN/2020 (30/03/3020)
24. Mozione CRUI
25. Empatia (consultato il 18 febbraio 2021 disponibile all'indirizzo http://www.treccani.it/enciclopedia/empatia_%28Dizionario-di-filosofia%29)
26. Aboshaiqah A, Qasim A. Nursing interns' perception of clinical competence upon completion of preceptorship experience in Saudi Arabia. *Nurse Educ Today*. 2018 Sep; 68:53–60.
27. Posey L, Pintz C. Transitioning a Bachelor of Science in nursing program to blended learning: Successes, challenges & outcomes.; *Nurse Educ Pract*. 2017; 26; 126-33.
28. Jowsey T, Foster G, Cooper-Ioelu P, Jacobs S. Blended learning via distance in pre-registration nursing education: A scoping review. *Nurse Educ Pract*. 2020; 44:102775.
29. Il coping: significato, strategie e risorse 08 luglio 2020 (consultato il 25 maggio 2021 disponibile all'indirizzo <https://www.giuntipsy.it/informazioni/notizie/il-coping-significato-strategie-e-risorse>)
30. Taleb N. N. Antifragile: un'introduzione. In: *Antifragile. Prosperare nel disordine*, Milano, Il Saggiatore, 2013: 45-55
31. Sazakli E, et al. Prevalence and associated factors of anxiety and depression in students at a Greek university during COVID-19 lockdown. *J Public Health Res*. 2021 May 7;10(3).
32. Yadav RK, Baral S, Khatri E, et. Anxiety and Depression Among Health Sciences Students in Home Quarantine During the COVID-19 Pandemic in Selected Provinces of Nepal. *Front Public Health*. 2021 Mar 1; 9:580561.
33. Basheti IA, Mhaidat QN, Mhaidat HN. Prevalence of anxiety and depression during COVID-19 pandemic among healthcare students in Jordan and its effect on their learning process: A national survey. *PLoS One*. 2021 Apr 5;16(4): e0249716.

34. Kalkan Uğurlu Y, Mataracı Değirmenci D, Durgun H, Gök Uğur H. The examination of the relationship between nursing students' depression, anxiety and stress levels and restrictive, emotional, and external eating behaviors in COVID-19 social isolation process. *Perspect Psychiatr Care*. 2021 Apr;57(2):507-516.
35. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, Zheng J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res*. 2020 May; 287:112934.
36. Sica C, Magnia C, Ghisib M, et al. Coping orientation to problems experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. Article in *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* · January 2008- Vol. 14 - n. 1 • 2008 (pp. 27-53)37
37. Gioia Bottesi, Marta Ghisi, Gianmarco Altoè, Erica Conforti, Gabriele Melli, Claudio Sica, The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples, *Comprehensive Psychiatry*, Volume 60,2015,Pages 170-181,