

L'impatto del burnout, ansia e disturbi del sonno sulla qualità della vita degli infermieri di area critica: un protocollo di ricerca

Relationship between anxiety, depression, burnout and critical care nurse quality of life: a study protocol

■ **LUCIANO CECERE¹, SALVATORE DE NOVELLIS², AGOSTINO GRAVANTE³, FRANCESCO GRAVANTE⁴, ROBERTO LATINA⁵**

¹ Infermiere - A.O.R.N. Antonio Cardarelli, Dipartimento Emergenza Accettazione - U.O.S.C. Cardiologia con U.T.I.C. ed Emodinamica

² Infermiere - A.O.U. Federico II, DAI di Emergenze Cardiovascolari, Medicina Clinica e dell'Invecchiamento - U.O.C di Cardiologia, Emodinamica, U.T.I.C.

³ Infermiere - A.O.R.N. Antonio Cardarelli, Dipartimento Emergenza Accettazione - U.O.C. Camera Operatoria di Chirurgia d'Urgenza

⁴ Infermiere - Azienda Sanitaria Locale di Caserta - Presidio Ospedaliero "San Giuseppe Moscati" di Aversa, Dipartimento di Anestesia e Rianimazione

⁵ Ricercatore MED/45 - Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Palermo, Dipartimento PROMISE "G. D'Alessandro"



RIASSUNTO

Introduzione: La Qualità della Vita, viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "La percezione dell'individuo della propria posizione nella vita nel contesto dei sistemi culturali e dei valori di riferimento nei quali è inserito e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi". In relazione alla categoria infermieristica emerge un dato poco incoraggiante dalla letteratura internazionale; soltanto il 3,6% di essa è soddisfatta della propria attività lavorativa e professionale, inoltre in larga misura gli infermieri ritengono che molti aspetti della propria qualità della vita siano poco soddisfacenti.

Materiale e metodi: Studio osservazionale multicentrico di tipo trasversale. Utilizzeremo la scala DASS per rilevare l'ansia e la depressione, il burnout verrà valutato attraverso la MBI, la privazione del sonno attraverso la PSQI, mentre la SQVI per il livello di qualità della vita degli infermieri. Sono esclusi gli infermieri con storia di alti livelli di stress.

Risultati: I risultati che emergeranno andranno a misurare l'impatto dei fenomeni lavoro-correlati sulla Qualità della vita degli infermieri di area critica.

Discussione: Potenziali limiti possono risiedere nel rischio di scarsa adesione al questionario ed al recall bias.

Conclusioni: Vista la complessità assistenziale del paziente di terapia intensiva ed essendo gli infermieri di area critica esposti ad una serie di fattori che possono influenzare la loro qualità della vita, l'analisi e la comprensione di queste variabili potrebbero ridurre gli outcomes negativi per il personale infermieristico, traducendosi in un aumento delle performance assistenziali.

Parole chiave: infermieri, area critica, qualità della vita, ansia, depressione, burnout, privazione del sonno.



ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization defines quality of life: "individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns". Only 3.6% of nurses are satisfied with their jobs, but many nurses report a low quality of life.

Instruments and methods: We will conduct a multicenter observational study. The primary aim of this study is to determine the level of nurse quality of life and relationship between anxiety, depression, burnout, and nurse quality of life. We used DASS to detect anxiety, depression, and burnout through MBI. The sleep deprivation will be detected with PSQI. Nurses' quality of life will be acquired with the SQVI tool. Any critical care nurses with a history of Burnout will be excluded. We will use a descriptive analysis and association between group will be evaluated with multi-parameter tests.

Results: The results will provide a general overview of the quality of life of nurses and the level of satisfaction with their quality of life.

Conclusion: Assessment of quality of life is an important concept for critical nurses because reduce intention to leave and mental health problem. Decision makers they should routinely monitor the satisfaction with the quality of life of critical nurses not only in the workplace but also in social, emotional, and physical areas.

Keywords: nurse, critical care, anxiety, depression, quality of life, burnout, sleep deprivation.

PROTOCOLLO DI RICERCA

 PERVENUTO IL 23/12/2021
 ACCETTATO IL 01/05/2022

Corrispondenza per richieste:

 Dott. Francesco Gravante,
fra.gravante83@gmail.com

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi. Questo studio non ha ricevuto finanziamenti.

BACKGROUND

Nel corso degli anni diverse organizzazioni hanno provato a definire il concetto della qualità della vita (Qdv). L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), definisce il costrutto della Qdv come "La percezione dell'individuo della propria posizione nella vita nel contesto dei sistemi culturali e dei valori di riferimento nei quali è inserito e in relazione ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi"^[1]. Nel 2011, Wu e colleghi, identificano le sottodimensioni della Qdv elencandoli in: (1) fisica, (2) funzionale, (3) emozionale, (4) sociale e familiare^[2]. I dati presenti in letteratura mostrano come la mancanza di stabilità tra la sfera privata e quella personale possa influire negativamente sulla Qdv^[3], in particolare, tale fenomeno è diffuso nelle professioni che fondano il proprio costrutto nella relazione d'aiuto, come la professione infermieristica. Tutto ciò è riconducibile all'aumento dei livelli di stress, a tal punto, da indurre un esaurimento emotivo e distress negli infermieri^[4].

Solo il 3,6% degli infermieri sono soddisfatti del loro lavoro^[5] e un maggior numero di essi ritengono che molti aspetti della loro Qdv non sia soddisfacente^[6]. I fattori che impattano sullo stato di salute e di riflesso anche sulla qualità di vita lavorativa sono con tutta probabilità da ricercare nel contesto politico e socio economico (governance, politiche sociali e macro-economiche, valori culturali e sociali), nella posizione socio-economica (reddito, istruzione, occupazione, classe sociale, genere, razza/etnia), nelle condizioni di vita e di lavoro, nei fattori psico-sociali, nella coesione sociale, nei comportamenti individuali e nei fattori biologici, nel sistema sanitario. Inoltre, in letteratura viene descritto come il genere impatta sulla Qdv fisica, mentre, l'età, gli anni di servizio e la tipologia di reparto influisce sulla sfera della Qdv lavorativa^[7]. Sebbene gli infermieri siano stati formati per fornire assistenza ai pazienti e migliorare la qualità della vita dei loro pazienti, i loro bisogni sono stati in gran parte sottovalutati^[8,9].

L'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (ANARTI) definisce gli aspetti dell'area critica, che vengono caratterizzati da: (1) criticità dei trattamenti, (2) instabilità della persona, (3) complessità nell'applicazione degli interventi infermieristici volti a soddisfare i bisogni assistenziali^[10]. Gli infermieri di area critica ritengono che la loro Qdv non sia soddisfacente^[11], essendo poi, esposti ad un notevole livello di stress^[12] ansia e alterazione

del sonno^[13]. Lo stress, l'ansia e le alterazioni del sonno, influiscono direttamente sulla Qdv lavorativa provocando la diminuzione della qualità delle cure erogate^[14,15]. Ipotizziamo che sia una relazione diretta tra l'ansia, lo stress e l'alterazione del sonno e la qualità della vita degli infermieri di area critica. Pertanto, analizzando la letteratura esistente, si nota la scarsa quantità di informazioni sull'impatto e la correlazione tra il burnout, l'alterazione del sonno, l'ansia e la depressione sulla qualità di vita del personale infermieristico operante nel setting assistenziale critico campano.

DOMANDA E IPOTESI DI RICERCA

La domanda di ricerca sarà implementata secondo il modello PICO (Popolazione-Intervento-Confronto-Outcome). Nel caso specifico la popolazione sarà rappresentata dagli infermieri di area critica, mentre l'intervento dall'esposizione ad alti livelli di stress, ansia e deprivazione del sonno. Nella nostra domanda di ricerca non sarà previsto il confronto, mentre l'outcome da misurare è il livello di qualità della vita degli infermieri di area critica.

In effetti la domanda che guiderà la nostra ricerca sarà: "Come possono influire lo stress, l'ansia, la depressione e la deprivazione del sonno sulla qualità della vita degli infermieri di area critica? Inoltre, quali sono i fattori sociodemografici che ne determinano un impatto negativo su di essa?"

Dalla stesura di questa domanda ipotizziamo che lo stress, l'ansia, la depressione e la deprivazione del sonno possono impattare in qualche modo sulla qualità della vita degli infermieri di area critica essendo comunque assegnati in reparti ad alta complessità assistenziale.

OBIETTIVI DELLO STUDIO
Obiettivo primario

L'obiettivo primario di questo studio è quello di valutare la Qdv degli infermieri di terapia intensiva nel contesto campano e di descrivere l'impatto del burnout, ansia, depressione e qualità del sonno sugli stessi.

Obiettivo secondario

L'obiettivo secondario è quello di individuare i fattori sociodemografici che influiscono negativamente sulla Qdv, ansia, depressione e qualità del sonno degli infermieri di area critica nel contesto campano.

METODI E STRUMENTI
Disegno dello studio

Verrà condotto uno studio osservazionale multicentrico di tipo trasversale, tipologia di ricerca quantitativa.

Setting e Campione

I centri individuati in questa tipologia di ricerca sono collocati all'interno del Servizio Sanitario Regionale della Campania, in particolare modo nelle aziende sanitarie A.O.R.N. Antonio Cardarelli di Napoli, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Federico II" di Napoli, Istituto Nazionale Tumori IRCCS "Fondazione G. Pascale" di Napoli. Il campione oggetto di studio si comporrà di infermieri assegnati nei reparti di terapia intensiva di entrambi i sessi, che abbiano superato il periodo di prova. Verranno esclusi gli infermieri con una storia di alti livelli di stress.

Raccolta dati e strumenti

La raccolta dati riguarderà i coordinatori ed il personale infermieristico in servizio ed operante nei reparti afferenti all'area critica (terapie intensive, sia quelle polivalenti che specialistiche), e sarà condotta mediante l'utilizzo di un format online tramite il servizio di storage Google moduli, previa lettura di una lettera di presentazione iniziale e successivo rilascio del consenso informato, senza il quale non sarà possibile proseguire nella compilazione. Tale modulo verrà inviato ad ogni partecipante utilizzando un indirizzo di posta elettronica, che successivamente verrà cancellato e si assegnerà un codice alfanumerico per impedire di risalire a chi compila. Il questionario si suddivide in due parti: la prima parte riguarda i fattori sociodemografici, la seconda parte invece è dedicata all'utilizzo di scale di valutazione, validate in letteratura scientifica internazionale: Scala di Valutazione della Qualità di Vita degli Infermieri^[7], *Maslach Burnout Inventory*^[16], *Depression Anxiety Stress Scales-21*^[17] e *Pittsburgh Sleep Quality Index*^[18].

Fattori sociodemografici

Nella prima parte del questionario, i dati che verranno analizzati, riguarderanno le variabili sociodemografiche degli infermieri e dei coordinatori infermieristici. Nello specifico, le variabili riguarderanno il genere di chi compila (maschio o femmina), età anagrafica, anni di servizio, anni di servizio in terapia intensiva, titoli di studio (Diploma di Scuola Regio-

nale, Diploma Universitario per Infermiere, Laurea in Infermieristica, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, almeno un titolo di formazione post-base: Master di I livello, Master di II livello, Corso di Perfezionamento Universitario, Corso di Alta formazione), l'unità operativa di appartenenza (Rianimazione D.E.A., Terapia Intensiva Post-Operatoria, Terapia Intensiva Trapianti di Fegato, Terapia Intensiva Grandi Ustionati, Unità di Terapia Intensiva Coronarica, Terapia Intensiva Ematologica, Terapia Intensiva Neonatale, Terapia Intensiva Covid dei padiglioni "M" ed "H" dell'A.O.R.N. Antonio Cardarelli - Unità di Terapia Intensiva Coronarica, Cardiocirurgia con Terapia Intensiva Cardiocirurgica, Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Federico II" di Napoli - Anestesia e Rianimazione dell'Istituto Nazionale Tumori IRCCS "Fondazione G. Pascale" di Napoli), tipologia di contratto lavorativo (dipendente a tempo indeterminato o a tempo determinato), profilo orario lavorativo (se trattasi di profilo orario "turnista" con articolazione della turnistica in sequenza mattina-pomeriggio-notte, oppure con profilo orario "diurnista" con articolazione della turnistica in sequenza mattina-pomeriggio), frequentazione di corsi volti alla prevenzione dello stress (attraverso risposta dicotomica "sì" o "no"), eventuale supporto psicologico per le situazioni ad alto contenuto di stress (attraverso risposta dicotomica "sì" o "no"), lo status familiare (se sposato/a, vedovo/a, divorziato/a, separato/a, celibe, nubile), domande sull'abitudine al fumo di sigaretta, consumo di alcolici regolarmente, praticare sport, cambio di professione (risposte dicotomiche "sì" o "no").

Scala di Valutazione della Qualità di Vita degli Infermieri

La Scala di Valutazione della Qualità di Vita degli Infermieri (SQVI), è uno strumento adattato e creato esclusivamente per valutare la qualità della vita degli infermieri nelle dimensioni: fisica, emotiva, lavorativa e sociale. Si chiede agli intervistati di esprimere, indicando il loro livello di soddisfazione, quanto le affermazioni riportate negli item influenzano la loro qualità di vita. Gli item sono stati ancorati ad una scala tipo Likert a 4 passi: da 1 = "per nulla soddisfatto" a 4 = "molto soddisfatto". Gli items della scala sono costituiti da informazioni riguardanti quantità di sonno, qualità del sonno, qualità dell'alimentazione, comportamento alimentare, benessere fisico, aspetto fisico, mobilità fisica, livello di attività fisica, resistenza allo stress, tono dell'umore, efficienza mentale, stabilità emozionale, fiducia in sé stessi, abilità di problem solving, autonomia psicologica, autocontrollo, tipo di lavoro, organizzazione del lavoro, ruolo professionale, rendimento lavorativo, rapporto con i colle-

ghi, situazione economica, frequenza dei rapporti sessuali, qualità dei rapporti sessuali, rapporto di coppia, ruolo familiare, rapporto con altri familiari, rapporto con amici. l'alpha di Cronbach che è risultata elevata Qdv fisica=0,84; Qdv Sociale=0,81; Qdv Emotiva=0,89; Qdv Lavorativa=0,81.

Maslach Burnout Inventory

Il Maslach Burnout Inventory (MBI), è uno strumento elaborato da Christina Maslach, uno dei ricercatori pionieristici in questo ambito e da Susan E. Jackson nel 1981, e validato in lingua italiana nel 1988. Il MBI è un questionario validato costituito da 22 item in base al quale il soggetto definisce la frequenza e l'intensità con cui sperimenta sintomi, effetti, stati emotivi connessi al lavoro. Gli item, valutabili con la scala Likert con un punteggio da 0 a 6 (per un totale di 7 punti), misurano le tre dimensioni: esaurimento emotivo (EE), depersonalizzazione (DP) e realizzazione personale (RP). Maslach definisce infatti il burnout come "una sindrome di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale che può insorgere in coloro che svolgono una qualche attività lavorativa di aiuto". Lo stato di esaurimento emotivo si caratterizza per la mancanza dell'energia necessaria ad affrontare la realtà quotidiana, con sentimenti di apatia e distacco emotivo nei confronti del lavoro. La depersonalizzazione indica un atteggiamento di ostilità, che coinvolge primariamente la relazione professionale d'aiuto, vissuta con fastidio, freddezza, cinismo: di conseguenza l'operatore tenta di sottrarsi al coinvolgimento, limitando la quantità e qualità dei propri interventi professionali. Infine, l'ambito della realizzazione personale si riferisce ad una sensazione di fallimento, con la percezione della propria inadeguatezza al lavoro, sofferta dalla consapevolezza del disinteresse verso la sofferenza degli altri. Alpha di Cronbach EE=0.87, DP=0.68 e RP=0.76.

Depression Anxiety Stress Scales

La Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) è una versione semplificata in lingua italiana, di una misura di autovalutazione originariamente sviluppata per fornire la differenziazione tra sintomi depressivi e ansiosi. È una scala che consente di rilevare tre costrutti: depressione, ansia e stress. La depressione e l'ansia sono delle condizioni altamente comorbide, caratterizzate da entrambe caratteristiche comuni e distintive.

Lo stress invece, è caratterizzato da irritabilità, impazienza, tensione ed eccitazione persistente^[19]. Lo strumento si compone di 21 items valutati da ciascun intervistato attraverso una scala di Likert a quattro punti (0 - 3): 0 = "non mi è mai accaduto" a 3 = "mi è capitato quasi sempre", con l'intenzione di enfa-

tizzare gli stati sui tratti. DASS-21 è risultata essere una misura robusta per valutare ansia e depressione. All'interno dell'articolo di validazione della scala, sono stati utilizzati degli strumenti statistici per descrivere consistenza interna e coefficienti di correlazione: l'alpha di Cronbach stress=0.85, ansia=0.74, depressione=0.82.

Pittsburgh Sleep Quality Index

La Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) è uno strumento che valuta la qualità del sonno. La versione italiana fornisce una buona differenziazione tra gruppi normali e patologici, con maggiori punteggi ripartiti da persone caratterizzate da disabilità e qualità del sonno valutata oggettivamente. Grazie alla sua semplicità, PSQI può essere facilmente compreso e risposto anche da pazienti affetti da demenza. Lo strumento è composto da 19 item. La modalità di risposta è differente per i diversi item. Gli item da 1 a 4 richiedono specifiche informazioni che devono essere compilate a mano, come l'orario in cui il paziente si dispone a letto, quanto tempo impiega per addormentarsi, a che ora si alza al mattino e quante ore dorme per notte. Le domande dalla 5 alla 8 sono valutate su una scala di tipo Likert da 0 a 3, dove 0 rappresenta l'assenza del disagio nell'ultimo mese e la risposta 3 rappresenta la presenza del sintomo tre o più volte la settimana. L'item 5 si divide in 11 domande. Alla domanda 6, il paziente deve rispondere su una scala di tipo Likert 0-3, dove lo 0 rappresenta la qualità del sonno nell'ultimo mese come "molto buona" e 3 come "molto cattiva", alla domanda 9 nella quale si chiede se la persona ha avuto problemi ad avere energie sufficienti per concludere le sue normali attività, le alternative di risposta vanno da "per niente" (0) a "molto" (3). I 19 item sono raggruppati in 7 item composti, che rappresentano le componenti del questionario, ovvero la qualità soggettiva del sonno, la latenza di sonno, la durata del sonno, l'efficacia abituale del sonno, i disturbi del sonno, l'uso di farmaci ipnotici e i disturbi durante il giorno. Ogni componente, è calcolata sul punteggio di un item o la somma di più item. Un punteggio più alto indica una gravità maggiore in quella componente^[20]. I punteggi delle varie componenti vengono poi sommati per calcolare il punteggio globale del PSQI, che va da 0 a 21, indicando con i punteggi più elevati una maggiore compromissione della qualità del sonno. Un punteggio del PSQI globale superiore a 5 è considerato indicativo di presenza di disturbi del sonno con una sensibilità del 98,7% e una specificità dell'84,4% rispetto al disturbo di insonnia^[21]. Alpha di Cronbach =0.83.

Analisi statistica

L'analisi dei dati verrà condotta attraverso

so il software IBM ©SPSS (Statistical Package for Social Science). L'analisi descrittiva delle variabili categoriali sarà fornita attraverso frequenze assolute e percentuali, mentre quelle numeriche sarà fornita in media e deviazione standard, mediana e intervallo IQR. Le associazioni tra gruppi verranno valutate attraverso test non parametrici. Il livello di significatività per i test utilizzati sarà fissato a $P < 0.05$.

ASPETTI ETICI E TRATTAMENTO DELLA PRIVACY

Il presente protocollo verrà sottoposto a valutazione del comitato etico del centro di riferimento A.O.R.N. "Antonio Cardarelli".

I ricercatori assicureranno che lo studio sarà condotto in piena conformità a quanto stabilito alla normativa internazionale [Dir. EU 2001/20/EC] ed al suo recepimento nazionale [D.M. 15 Luglio 1997; D.lgs. 211/2003; D.L. vo 200/2007] in merito alla sperimentazione clinica ed ai principi della Dichiarazione di Helsinki, allo scopo di assicurare la massima protezione dei soggetti coinvolti. I ricercatori principali si impegnano affinché lo studio sia condotto in conformità a quanto scritto in questo protocollo ed alle *Good Clinical Practice* (GCP). Il promotore dello studio si impegnerà alla tutela dei dati personali sensibili dei soggetti coinvolti nello studio secondo quanto stabilito in materia dalla normativa nazionale [Nuovo Codice Privacy 2018 (D.lgs. 196/2003 coordinato con il D.lgs. 101/2018)].

Acquisizione del consenso informato e trattamento dei dati

Sarà responsabilità dei ricercatori l'ottenimento del consenso informato alla partecipazione allo studio e al trattamento dei dati dei partecipanti dopo la presentazione dello studio. Tutte le persone che aderiranno allo studio lo faranno su base volontaria, dopo aver spuntato elettronicamente la flag del consenso informato appositamente preposto.

RISULTATI ATTESI

L'ipotesi alla base dello studio, e quindi in termini di risultati attesi, è quello di misurare l'impatto dei fenomeni lavoro-correlati sulla qualità della vita degli infermieri di area critica.

ASPETTI AMMINISTRATIVI

Finanziamenti dello studio

Questo studio è stato concepito indipendentemente da ogni organizzazione commerciale e sarà coordinato, gestito ed analizzato in forma indipendente. Non sono previsti finanziamenti e costi aggiuntivi.

Conflitto di interessi

Responsabile/i dello studio: nessun contributo, nessun conflitto di interesse.

RESPONSABILITÀ E POLITICHE DI PUBBLICAZIONE

Ruolo del promotore e dei ricercatori

In accordo alle The International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use-Good Clinical Practice (ICH-GCP), il promotore e i ricercatori si impegnano a seguire il disegno dello studio come descritto nel Protocollo, raccogliere e gestire i dati, a produrre un report, pubblicare tutti i dati raccolti e a garantire che i dati siano riportati responsabilmente e coerentemente.

Proprietà dei dati

La proprietà dei dati, trattandosi di studio indipendente ai sensi del D.M. 17 Dicembre 2004, appartiene al Promotore dello Studio e condivisa con i ricercatori (D.M. 17 Dicembre 2004, Art. 1, comma 2, lettera c).

IMPLICAZIONI FUTURE PER LA PROFESSIONE

Sulla base di queste motivazioni, l'analisi e la comprensione di queste variabili aiuteranno a ridurre eventuali outcomes negativi per il personale infermieristico anche attraverso programmi di monitoraggio, come indice di benessere lavorativo e di performance assistenziali. Il miglioramento della qualità della vita professionale degli infermieri di terapia intensiva potrebbe aumentare la loro capacità di cura, portando così a un'assistenza infermieristica migliore e più efficace^[22].

LIMITI

I limiti di questa ricerca sono da prevenire nella potenziale scarsa adesione al questionario dovuta alla volontarietà della partecipazione alla survey, alla lunghezza dei tempi di compilazione, e anche alla difficoltà di raggiungere una potenziale platea allargata. Altri possibili limiti, potranno risiedere nel recall bias per quanto riguarda i questionari sullo stress e sul sonno, in cui si chiedono informazioni circa uno stato precedente a quello attuale, e allo stato attuale.

BIBLIOGRAFIA

1. THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*. 1995;41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
2. WU SY, LI HY, TIAN J, ZHU W, LI J, WANG XR. *Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China*. *Ind. Health*. 2011; 49, 158-165.
3. LAWRENCE K. *Balancing life and work*. Canadian family physician *Medecin de famille canadien*. 2014;60(8), 761-762.
4. FARHADI P, SHARIFIAN R, FEILI A, & SHOKRPOUR N. *The effects of supervisors' supportive role, job stress, and work-family conflicts on the*

nurses' attitudes. *The health care manager*. 2013; 32(2), 107-122.

5. NAYERI ND, SALEHI T, & NOGHABI A. *Quality of work life and productivity among Iranian nurses*. *Contemporary nurse*. 2011; 39(1), 106-118.
6. DARGAHI H, CHANGIZI V, & JAZAYERI GHARABAGH E. *Radiology employees' quality of work life*. *Acta medica Iranica* 2012; 50(4), 250-256.
7. SILI A, BIAGIOLI V, CARUSO R, & ZAGHINI F. *Misurare la Qualità di vita degli infermieri: adattamento del Satisfaction Profile (SAT-P)*. *PROFESSIONI INFERMIERISTICHE*. 2018;71(3).
8. ASHRAF M, FOROG S, ABBAS E, MOHAMMAD D, AF-SANEH R, FATEMEH A, & ZAHRA H. *Relationship between psychological problems and quality of work life of Intensive Care Units Nurses*. *Journal of Critical Care Nursing*, 4, 135-140. *Iran J Crit Care Nur*; 2011;4(3):135-40
9. HSU MY, & KERNOHAN G. *Dimensions of hospital nurses' quality of working life*. *Journal of advanced nursing*. 2006; 54(1), 120-131.
10. Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (ANIARTI, 1981). *Cos'è Aniarti* disponibile su: <https://pastsite.aniarti.it/it/pagine/coseaniarti#:~:text=L'area%20critica%20C3%A8%20,della%20complessi-t%C3%A0%20dell'intervento%20infermieristico>. Ultimo accesso: 09 dicembre 2021.
11. PEÑACOPA C, CATALA P, VELASCO L, CARMONA-MONGE FJ, GARCIA-HEDRERA FJ, & GIL-ALMAGRO F. *Stress and quality of life of intensive care nurses during the COVID-19 pandemic: Self-efficacy and resilience as resources*. *Nursing in critical care*. 2021 26(6), 493-500.
12. BINDA F, GALAZZI A, ROSELLI P, ADAMINI I, & LAQUINTANA D. *Stress lavorativo e burnout negli infermieri: analisi del fenomeno in terapia intensiva*. *Scenario*. 2018 35(2), 5-10.
13. SIMONETTI V, DURANTE A, AMBROSIA R, ARCADY P, GRAZIANO G, PUCCIARELLI G, SIMEONE S, VELLONE E, ALVARO R, & CICOLINI G. *Anxiety, sleep disorders and self-efficacy among nurses during COVID-19 pandemic: A large cross-sectional study*. *Journal of clinical nursing*. 2021; 30(9-10), 1360-1371.
14. HARWOOD L, RIDLEY J, WILSON B, & LASCHINGER HK. *Occupational burnout, retention, and health outcomes in nephrology nurses*. *CANNT Journal= Journal ACITN*. 2010; 20(4), 18-23.
15. LU L, LOK KI, ZHANG Q, ZHANG L, XIANG Y, UNGVARI GS, HALL BJ, AN FR, & XIANG YT. *Sleep disturbance and its association with quality of life among psychiatric nurses in China*. *PeerJ*. 2021; 9, e10659.
16. SIRIGATTI S, & STEFANILE C. *Adattamento e taratura per l'Italia*. In C. Maslach & S. Jackson, *MBI Maslach Burnout Inventory*. Ma-

- nuale. 1993 (pp. 33-42).
17. BOTTESI G, GHISI M, ALTOÈ G, CONFORTI E, MELLI G, & SICA C. *The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples*. Comprehensive psychiatry. 2015; 60, 170–181.
 18. CURCIO G, TEMPESTA D, SCARLATA S, MARZANO C, MORONI F, ROSSINI PM, FERRARA M, & DE GENNARO L. *Validity of the Italian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*. Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology. 2013; 34(4), 511–519.
 19. LOVIBOND SH, LOVIBOND PF, & PSYCHOLOGY FOUNDATION OF AUSTRALIA. *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney, N.S.W. 1995; Psychology Foundation of Australia.
 20. BUISSE DJ, REYNOLDS CF, MONK TH, BERMAN SR, KUPFER DJ. *Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research*. Psychiatry Research. 1989; 28, 193-213.
 21. BACKHAUS J, JUNGHANNS K, BROOCKS A, RIEMANN D, HOHAGEN F. *Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia*. Journal of Psychosomatic Research, 2002; 53, 737-740
 22. MOHAMMADI M, PEYROVI H, & MAHMOODI M. *The Relationship Between Professional Quality of Life and Caring Ability in Critical Care Nurses*. Dimensions of critical care nursing: DCCN. 2017; 36(5), 273–277.

CONTRIBUTI DEGLI AUTORI:**DISEGNO DELLO STUDIO:**

Cecere L, Latina R, Gravante A.

RACCOLTA DATI:Gravante A, de Novellis S,
Cecere L**ANALISI DEI DATI:**

Gravante F, de Novellis S

SCRITTURA MANOSCRITTO:

Cecere L, Gravante F, Latina R