

SUPSI

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale – DEASS

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

LAVORO DI TESI

(BACHELOR THESIS)

di

Cosentino Sara

I BENEFICI DELLA PRATICA MINDFULNESS NELLA PREVENZIONE DEL BURNOUT NEGLI INFERMIERI ALL'INTERNO DEL REPARTO DI ONCOLOGIA

Direttore di tesi

Piasentin Sergio

Anno Accademico 2021-2022
Manno, 31 luglio 2022

SUPSI

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale – DEASS

Corso di Laurea in Cure Infermieristiche

LAVORO DI TESI

(BACHELOR THESIS)

di

Cosentino Sara

I BENEFICI DELLA PRATICA MINDFULNESS NELLA PREVENZIONE DEL BURNOUT NEGLI INFERMIERI ALL'INTERNO DEL REPARTO DI ONCOLOGIA

Direttore di tesi

Piasentin Sergio

Anno Accademico 2021-2022

Manno, 31 luglio 2022

“L'autrice è l'unica responsabile dei contenuti del lavoro di Tesi”

ABSTRACT

BACKGROUND

Il *burnout* è un fenomeno che mette a rischio il settore sanitario, soprattutto in ambito oncologico, dove gli infermieri si trovano a lavorare a stretto contatto con le sofferenze e le frustrazioni altrui, andando incontro a difficoltà psicologiche importanti, in grado di compromettere la propria carriera e la corretta erogazione delle cure. Il cambiamento di paradigma che offre la *mindfulness* può essere capace di prevenire le sofferenze psicologiche negli infermieri, aiutandoli nella ricerca di significato.

OBIETTIVI

Lo scopo del seguente lavoro sarà analizzare i benefici della *mindfulness* all'interno dei reparti di oncologia, e l'impatto che quest'ultima ha sulle dimensioni del *burnout*.

METODOLOGIA

Il quesito di ricerca è stato indagato tramite una revisione della letteratura attraverso le banche dati: PubMed, Medline (Ovid) e CINAHL (EBSCO). In seguito sono stati selezionati dalla ricerca 7 articoli.

RISULTATI

I risultati emersi hanno indicato come la *mindfulness* possa essere una pratica in grado di favorire negli infermieri una sensazione di rilassamento e soddisfazione a lavoro. Sono stati riscontrati nei diversi studi dei cambiamenti positivi anche a livello fisico e nelle interazioni con il personale e i pazienti. La *mindfulness* risulta in grado di diminuire i livelli di *compassion fatigue* e favorire l'insorgenza di *compassion satisfaction*, fattore protettivo per l'insorgenza del *burnout*.

CONCLUSIONI

L'allenamento alla consapevolezza ha portato benefici nella maggior parte dei campioni selezionati dagli articoli, manifestando in alcuni infermieri oncologici il bisogno e il desiderio di continuare autonomamente la pratica una volta terminato lo studio. Ciò nonostante, lo stato attuale della ricerca suggerisce ulteriori approfondimenti futuri nell'ambito specifico dell'infermiere in oncologia.

PAROLE CHIAVE

Oncology, mindfulness, burnout, nursing.

INDICE

1.0 MOTIVAZIONE	5
2.0 QUADRO TEORICO	6
2.1. Mindfulness e i suoi meccanismi	6
2.1.1 Assioma I. Intenzione	6
2.1.2 Assioma II. Attenzione	6
2.1.3 Assioma III. Atteggiamento.....	7
2.1.4 L'incontro tra occidente ed oriente	7
2.1.5 Cambio di paradigma.....	8
2.2. Burnout	9
2.2.1 Organizzazione lavorativa e stress	9
2.2.2 Fattori stressanti sul lavoro.....	10
2.2.3 Fattori individuali nello stress lavorativo.....	10
2.2.4 Dallo stress lavorativo al <i>burnout</i>	10
2.2.5 <i>Burnout</i> : termine ed evoluzione.....	11
2.2.6 <i>Burnout</i> : costrutti teorici	11
2.2.7 <i>Helping professions</i>	14
2.3. L'infermiere in oncologia.....	14
3.0 METODOLOGIA DELLA RICERCA.....	15
3.1 Revisione della letteratura.....	15
3.1.1 Formulazione PIO	16
3.1.2 Obiettivi e domanda di ricerca	16
3.1.3 Stringa di ricerca	16
3.1.4 Diagramma di flusso	17
3.1.5 Criteri di inclusione.....	17
3.1.6 Organizzazione della revisione	17
3.2 Tavole estrazione dati	18
4.0 DISCUSSIONE	38
4.1 Analizzare i benefici della <i>mindfulness</i> negli infermieri oncologici.	38
4.2 Analizzare l'impatto della <i>mindfulness</i> sulle dimensioni che costituiscono il <i>burnout</i>.....	39
4.3 Limiti.....	40
4.4 Sviluppi futuri.....	40
5.0 CONCLUSIONE	41
6.0 RINGRAZIAMENTI	42
7.0 BIBLIOGRAFIA.....	43

“Stanchezza:
entrando in una locanda
i glicini”
di Matsuo Bashō (Dal Pra, 2017).

1.0 MOTIVAZIONE

Per il mio lavoro di Bachelor ho scelto di parlare dei benefici che la pratica della *mindfulness* può dare agli infermieri che lavorano in un reparto complesso ed impegnativo come quello oncologico, al fine di prevenire il *burnout*, favorire la relazione infermiere-paziente e migliorare l'erogazione delle cure.

Alla nostra figura professionale viene spesso attribuita molta responsabilità e fiducia da parte dei nostri pazienti e in momenti di vulnerabilità capita che tendiamo a reagire allo stress invece che rispondere allo stress, compromettendo il nostro benessere e successivamente anche il livello di comunicazione infermiere – paziente.

Durante il mio percorso universitario SUPSI, sono rimasta affascinata ed incuriosita dalla tematica della *mindfulness*, una pratica in grado di cambiare gli occhiali con i quali guardiamo il mondo e trasformare così il modo con cui osserviamo e rispondiamo alle cose.

Ho avuto modo di assistere, all'interno degli stage praticati, ad episodi dove l'emotività dei professionisti sanitari diventava tale da guidare pensieri ed emozioni, facendo in modo che si identificassero così in un determinato stato d'animo in grado di generare la reazione automatica allo stress.

Ho notato momenti nei quali le lenti dell'infermiere si distoglievano dal paziente, creando difficoltà nel mantenere il focus e le motivazioni che lo avevano portato fino a lì, a praticare quella professione.

Gli ambienti entro i quali operiamo, dando il nostro soccorso, non sempre riescono ad essere gestiti nel migliore dei modi. Vi sono momenti in cui il carico di lavoro supera le risorse dell'operatore sanitario, portandolo in una situazione di carico che negli anni ha preso il nome di “Sindrome di Burnout”.

Ho individuato in particolar modo un reparto specifico: oncologia. Reparto dove, oltre le tecniche complesse da esercitare, si è coinvolti in un ambiente dove permane un clima sofferente, dove si è confrontati spesso con diagnosi difficili riguardanti tutte le fasce d'età e dove l'accoglienza dei familiari non è sempre di facile gestione.

Tutti fattori che spesso portano un infermiere ad un sovraccarico emotivo nel lavoro, il quale potrebbe portare a frequenti perdite di attenzione, aumentando il rischio di gravi conseguenze come errori terapeutici, mancato riconoscimento di segni e sintomi potenzialmente letali e altri problemi essenziali per la sicurezza del paziente.

E qui emerge la pratica della *mindfulness*, un ottimo mezzo per evadere da questa situazione di scomodità.

Penso che avere la consapevolezza di sé, imparare ad essere qui ed ora realmente, possa aiutare gli infermieri a prendersi cura dei propri pazienti, a non limitarsi di evitare lo stress ma istruirsi nel nuotare all'interno del fiume delle difficoltà, accrescendo le proprie risorse. La consapevolezza di noi stessi è in grado di farci attraversare con più presenza le nostre emozioni, rendendoci sempre attenti al fatto che non sempre potranno essere facili da gestire. In questo modo è in grado di istruirci anche sulle emozioni dell'altro, permettendoci di essere presenti nella relazione con il paziente così da creare un'aderenza terapeutica capace di soddisfare maggiormente le cure.

2.0 QUADRO TEORICO

2.1. Mindfulness e i suoi meccanismi

Mindfulness, un termine che al giorno d'oggi potremmo ritenere di comune utilizzo ma anche strumentalizzato al punto di osservarne le tracce ovunque. Nel gergo comune "fare *mindfulness*" nella maggior parte dei casi, equivale a sedersi a gambe incrociate, magari invocando il dio della resistenza "Ohm" mentre il pollice e l'indice comunicano nel segno che sia tutto ok, ma non si tratta di questo.

Secondo Jon Kabat-Zinn (2016), uno dei massimi esponenti in materia, *mindfulness*, da *mindful*, è avere il focus sulla consapevolezza del presente, prestare attenzione in modo particolare, di proposito, nel momento presente. Non si tratta quindi di vivere meno momenti negativi, ma di allenare la propria mente all'attenzione, migliorando la capacità di tornare prima ad una condizione di benessere.

Sebbene associata in maniera diretta alla meditazione, la *mindfulness* è più di una tecnica o pratica, può essere uno stato o un'esperienza immediata di essere presente (Jazaieri & Shapiro, 2017). La *mindfulness* è spesso considerata in termini di **attenzione**, per il motivo per il quale si presta attenzione (**intenzione**), e il come si presta attenzione (**atteggiamento**). Shapiro e colleghi (2017) offrono un modello che integra il perché ed il come dell'attenzione, proponendo tre elementi fondamentali della consapevolezza: intenzione, attenzione ed atteggiamento (IAA).

La definizione data da Kabat-Zinn alla *mindfulness*, incarna i tre assiomi della presenza mentale: prestare attenzione, di proposito (intenzione), in modo particolare (atteggiamento).

L'intenzione, l'attenzione e l'atteggiamento non si riferiscono a processi o fasi distinte: si tratta di aspetti intrecciati di un singolo processo clinico che si verificano simultaneamente rappresentando la consapevolezza momento per momento (Shapiro et al., 2006).

2.1.1 Assioma I. Intenzione

L'intenzione corrisponde al motivo per il quale stiamo prestando attenzione (Shapiro et al., 2006). Shapiro (2006) pone l'assioma dell'intenzione come componente centrale della *mindfulness*, ritenendolo di fondamentale importanza per comprendere il processo dei tre assiomi nel suo insieme, quando spesso invece viene trascurato in altre definizioni (Shapiro et al., 2006).

Riflettere esplicitamente sulla nostra intenzione, ci aiuta a capire cosa vogliamo veramente per noi stessi (Jazaieri & Shapiro, 2017). L'intenzione porta i nostri valori al momento presente, permettendoci di decidere, in maniera consapevole, se questi stessi valori siano o meno qualcosa di perseguibile (Jazaieri & Shapiro, 2017). L'intenzione non consiste nel diventare orientati all'obiettivo o attaccarsi ad un risultato specifico, l'intenzione è semplicemente una riflessione sul perché stiamo agendo, ciò che, in definitiva, è più importante per noi (Jazaieri & Shapiro, 2017).

2.1.2 Assioma II. Attenzione

Una seconda componente fondamentale della consapevolezza è l'attenzione (Shapiro et al., 2006). All'interno del contesto della consapevolezza, imparare a prestare attenzione non significa solo accorgersi del mondo che ci circonda, ma anche prestare attenzione ai contenuti della nostra stessa coscienza (Jazaieri & Shapiro, 2017). L'attenzione è l'assioma della consapevolezza che facilita una maggiore concentrazione, discernimento e capacità di notare ciò che sorge nel nostro campo d'esperienza, in grado di riportare la

nostra mente nel momento presente quando vaga nel passato o nel futuro (Jazaieri & Shapiro, 2017).

2.1.3 Assioma III. Atteggiamento

Anche il modo in cui partecipiamo è essenziale (Shapiro et al., 2006). La qualità con la quale si presta attenzione è stata riferita come la base attitudinale della consapevolezza (Shapiro et al., 2006). Questo assioma afferma come l'atteggiamento che si porta all'attenzione sia essenziale (Shapiro et al., 2006). Ad esempio, l'attenzione con la quale potremmo essere confrontati potrebbe avere una qualità fredda e critica, oppure una qualità compassionevole ed affettuosa in grado di trasmettere interesse ed una presenza aperta e amichevole (Shapiro et al., 2006).

In riferimento a questo, è utile notare come i caratteri giapponesi che compongono la parola *mindfulness* rappresentano due figure interattive: mente e cuore (Shapiro et al., 2006). Pertanto, una traduzione dal giapponese più accurata potrebbe essere la consapevolezza del cuore. Questo termine sottolinea l'importanza di includere le qualità sentimentali del "cuore" nella pratica attentiva della consapevolezza (Shapiro et al., 2006).

2.1.4 L'incontro tra occidente ed oriente

Fu questa la disciplina che negli ultimi anni ebbe una certa rilevanza fino a rappresentare un punto di convergenza nel dialogo tra occidente ed oriente (Didonna, 2016). È un dialogo all'interno del quale la mente viene spesso analizzata attraverso due prospettive differenti.

La scienza occidentale con la sua prospettiva meccanicistica da una parte, e le discipline orientali meditative dall'altra, focalizzate in primis sulla mente e sulla coscienza umana tanto da considerarle la fonte della gioia e della sofferenza, come la sorgente di tutti i fenomeni in grado di avere un impatto sulla comprensione del resto del mondo (Didonna, 2016).

In poche parole, la scienza occidentale ha impostato il proprio focus sull'esterno per controllare la mente che di per sé rappresenta un fattore interno e soggettivo, arrivando alla realizzazione, in questo modo, della chirurgia, della farmacologia e della chimica come intenzione di comprendere e domare il mondo esterno al fine di adattarlo ai bisogni umani (Didonna, 2016). La scienza moderna occidentale segue una direzione entro la quale regge le redini ed è quindi in grado di creare potenzialità tecnologiche esterne per migliorare il sé interno, non dando molto spazio alle potenzialità presenti all'interno di ognuno di noi (Didonna, 2016).

Dall'altra parte vi è la tradizione buddhista che pone il proprio focus sulla scienza della mente definendola come la "regina" di tutte le scienze, in grado di essere sviluppata grazie alla pratica della meditazione (Didonna, 2016).

Negli ultimi anni le strade opposte di queste due scienze, hanno cercato un punto di convergenza, incontrandosi e tentando di comprendere l'una le ragioni dell'altra (Didonna, 2016). Le tecnologie occidentali arrivarono a dimostrare, grazie a degli studi rigorosi, come la meditazione messa in atto dai monaci buddhisti, sia in grado di modificare l'attività cerebrale ed influire in modo positivo sullo stato di salute mentale e fisica dell'individuo (Didonna, 2016).

A sostenere l'efficacia della meditazione sono intervenute le neuroscienze, le quali avvicinarono del tutto l'antico sapere orientale con la scienza occidentale (De Simone, 2015). L'incontro tra buddhismo e scienza diede vita ad un'organizzazione indipendente "*Mind and Life Institute*", un progetto di ricerca che coinvolge praticanti di meditazione

buddhista e i più autorevoli esponenti del mondo della fisica, della biologia, della psicologia e della neurologia (De Simone, 2015).

Gli strumenti di ricerca dei quali si serve la ricerca neuroscientifica comprendono l'Elettroencefalogramma EEG, considerato il meno invasivo e quindi più popolare, in grado di misurare con una risoluzione temporale in millisecondi i potenziali elettrici sul cuoio capelluto, permettendo così di esplorare nel dettaglio la dinamica temporale dei processi neurali (De Simone, 2015).

La risonanza magnetica funzionale fMRI prende il secondo posto come tecnica più usata in grado di misurare i cambiamenti nel flusso sanguigno di specifiche regioni cerebrali, dando così una misura indiretta delle aree coinvolte nell'azione in corso (De Simone, 2015).

Altre due tecniche di osservazione dell'attività cerebrale sono la tomografia ad emissione di positroni (PET) e la tomografia ad emissione di fotoni singoli (SPECT), che misurano l'attività neuronale registrando l'attività di un isotopo radioattivo iniettato nel sangue dei soggetti esaminati (De Simone, 2015).

Grazie alle numerose ricerche effettuate negli anni e tutt'ora in convincente sviluppo, è aumentata la credibilità nei confronti di questa disciplina da parte dell'occidente.

2.1.5 Cambio di paradigma

Questi differenti modi di confrontarsi con la *mindfulness* all'origine, fanno emergere l'aspetto fondamentale della rilevanza che viene attribuita all'unità mente-corpo (Didonna, 2016). Questa unità nella cultura occidentale non è evidente come in quella orientale, partendo dal fatto che il dualismo Cartesiano ha influenzato molto l'occidente con l'introduzione nel XVII secolo della suddivisione dell'essere umano in entità separate: il corpo e la mente (Didonna, 2016). Da qui la visione dell'occidente della salute e della malattia come entità che appartengono o al corpo o alla mente e non come in oriente considerate entità interconnesse ed interdipendenti (Didonna, 2016).

A provocare questo pensiero dualistico, ci pensarono anche le grandi scoperte ottenute con l'arrivo degli antibiotici, grazie i quali la scienza avrebbe dimostrato come per ogni problema fisico vi è una propria causa (Didonna, 2016). Il fatto, quindi, che in occidente si tenda ad ignorare l'interno del corpo e i suoi processi, deriva in primis dal nostro modo di approcciarci alla malattia (Didonna, 2016).

Come disse Thurman (1991), in occidente la nostra capacità di influenzare la realtà esterna ha largamente superato il potere che abbiamo su noi stessi, dando in questo modo alla malattia le sembianze di un'entità che ci invade, che va combattuta attraverso mezzi esterni alle volte anche invasivi (Didonna, 2016).

“Normalità”: con questa parola l'occidente definisce il proprio punto di arrivo ad una situazione di assenza di patologie; la stessa parola viene rappresentata dall'oriente come punto d'inizio, da dove partire per imparare a praticare quei principi che conducono alla liberazione della sofferenza (Didonna, 2016).

Il rapporto con noi stessi e con il mondo non arriva altro che dai nostri modi di pensare, in grado di determinare come percepiamo ed interpretiamo la realtà (Kabat-Zinn, 2013). Dagli studi effettuati negli anni, emerge come il rapporto mente-corpo sia interconnesso e non due entità separate. Tra le numerose ricerche vi è lo studio della dottoressa Kobasa, la quale si occupò di studiare persone con vite e lavori particolarmente frenetici (Kabat-Zinn, 2013). La dottoressa Kobasa fece emergere come delle specifiche caratteristiche mentali di alcuni individui, alle quali diede il nome di “resistenza psicologica” fossero fondamentali per la salute degli stessi, a differenza dell'altro gruppo dove queste caratteristiche non emersero (Kabat-Zinn, 2013).

Il semplice divenire consapevoli di ciò che accade intorno a noi e, soprattutto, dentro di noi, è l'inizio della liberazione dalle preoccupazioni mentali e dalle emozioni difficili da gestire (Didonna, 2016). In questo modo avremo la possibilità di ridirezionare l'attenzione, regolando il modo in cui sentiamo e non controllando o sopprimendo le proprie emozioni (Didonna, 2016). Non si tratta, quindi, di sollevarsi dal peso delle emozioni, al contrario, si tratta di praticare l'osservazione consapevole dei contenuti della mente, delle nostre emozioni in maniera più nitida e piena (Didonna, 2016).

Dalla definizione di *Mindfulness* emergono tre elementi correlati: consapevolezza dell'esperienza presente con accettazione (Germer et al., 2005). L'esperienza diretta che offre questa pratica è molto più complessa da cogliere in confronto alla definizione offerta. Al giorno d'oggi trascorriamo più della metà del nostro tempo a vagare in ricordi del passato o a proiettarci verso un fantasioso futuro dove la nostra mente viaggia lasciando indietro il nostro corpo. Anche in questo momento, durante la lettura di questi versi potremmo essere in grado di pensare: "Ma quanto ci sarà ancora da leggere?" "Avrei potuto fare qualcosa di più interessante" o "Cosa mangerò per pranzo?". Una riflessione onesta ci porterebbe alla conclusione che o cerchiamo di attraversare la nostra esperienza di vita oppure cerchiamo di liberarcene.

La pratica della *mindfulness* consiste nell'allenare la nostra mente ad essere consapevoli di ciò che stiamo pensando mentre pensiamo (Didonna, 2016). Questa pratica non deve essere intesa come una ricerca della felicità o un'assenza totale di dolore, ma come un mezzo in grado di orientarci verso noi stessi, in grado di renderci introspettivi; questo ci renderà più attenti non solo a noi stessi, ma anche al mondo entro il quale viviamo (Didonna, 2016).

2.2. Burnout

2.2.1 Organizzazione lavorativa e stress

Prima di parlare in modo più approfondito del *burnout*, è lecito fare qualche passo indietro tornando all'ambiente entro il quale questa sindrome si manifesta: l'ambito lavorativo.

Per ogni essere umano, il lavoro rappresenta un'attività fondamentale per la propria vita, sia da un punto di vista economico, che sociale e psicologico (Baiocco et al., 2004). Per questo motivo è un ambito entro il quale è possibile non solo esprimere le proprie potenzialità e capacità lavorative, ma anche crescere ed essere in grado di potersi realizzare (Baiocco et al., 2004).

Il lavoro è in grado di dare all'individuo un senso di padronanza sul proprio ambiente tale da far accrescere la propria stima e contribuisce ad acquisire un senso di valore personale che rinforza la sua identità e motivazione a fare sempre meglio (Baiocco et al., 2004).

Quando in questo stesso ambiente si manifestano delle situazioni fisiologicamente stressanti, corrispondenti a delle difficoltà che l'individuo è chiamato ad affrontare, lo stesso lavoro potrebbe essere la causa di sofferenze psicologiche e psichiche, di sofferenza e fatica (Baiocco et al., 2004).

La fatica, quando esprime un sovraccarico, prodotta da condizioni fisiche o da inibizioni psichiche oppure da tensione sociale, si manifesta sottoforma di un segnale di allarme. Così come può essere un meccanismo in grado di regolare lo sforzo ed equilibrare le energie per un buon mantenimento dell'omeostasi (Baiocco et al., 2004).

Bisogna considerare che il tempo lavorativo impegna la maggior parte della vita di ciascuno di noi, per questo motivo sarà opportuno prendere in considerazione le correlazioni che intercorrono tra gli aspetti psicologici dello stress e i diversi ambiti che facilitano il disagio e la malattia (Baiocco et al., 2004). In tal modo, si potrebbe cogliere il peso dello stress lavorativo nella misura in cui si manifesta come una "condizione

emozionale, fisica e mentale di esaurimento, con sintomi di depersonalizzazione, conseguenti ad una prolungata esposizione a stress lavorativo” (Baiocco et al., 2004).

In letteratura lo stress lavorativo (*occupational stress o work stress*) viene definito: “l’interazione delle condizioni lavorative con le caratteristiche psicologiche del lavoratore”, si manifesta quando le richieste dell’organizzazione superano le risorse dell’individuo oppure quando i bisogni dello stesso individuo oltrepassano le opportunità offerte dall’organizzazione (Baiocco et al., 2004).

Si tratta di un fenomeno che interagisce con la soggettività dell’individuo, ragion per cui diventa difficile potergli attribuire una categorizzazione. Tuttavia esistono dei rischi oggettivamente identificabili all’interno di uno specifico ambiente di lavoro che sono correlati all’insorgenza di questo fenomeno (Ferrari, 2010).

2.2.2 Fattori stressanti sul lavoro

In letteratura vengono definiti in tre grandi gruppi i fattori potenzialmente stressanti: i fattori materiali, i fattori organizzativi e i fattori immateriali e psico-sociali (Ferrari, 2010). La singola presenza o l’interazione tra questi fattori può contribuire a creare una condizione di stress lavorativo.

I fattori materiali possono corrispondere ad un ambiente lavorativo rumoroso, alla postura che implica il proprio lavoro, agli sbalzi termici o anche ai fattori inquinanti nell’aria (Ferrari, 2010).

I fattori organizzativi dipendono invece in parte dalle scelte aziendali e in parte da dinamiche che tendono a ripetersi all’interno dell’organizzazione, quali, turni lavorativi, monotonia, carichi e ritmi di lavoro (Ferrari, 2010).

Mentre per fattori psico-sociali si intende il rapporto con l’ambiente di lavoro e il contenuto del lavoro, dovuti all’eventuale carenza di motivazione, di cultura e comunicazione all’interno dell’organizzazione (Ferrari, 2010).

2.2.3 Fattori individuali nello stress lavorativo

Come precedentemente accennato, la qualità degli eventi stressanti viene valutata da un individuo, e quindi, sarà molto soggettiva. Questo dipende dalla struttura di personalità e dalle abilità che ogni persona ha per far fronte agli eventi (Baiocco et al., 2004).

Nell’ambito lavorativo sociale, la motivazione personale e la percezione positiva del proprio lavoro sono essenziali per creare un’immagine ideale a cui aspirare, ma, quella stessa energia, può tramutarsi in frustrazione ed esaurimento emotivo nella misura in cui l’operatore si sia posto degli obiettivi irrealizzabili (Baiocco et al., 2004).

L’ambiente, in questo caso, assume le sembianze di un carattere stressante e patogeno per la persona (Baiocco et al., 2004).

Sono tratti come l’instabilità emotiva, la labilità emozionale, l’introversione oppure il *locus of control* ad essere spesso confrontati con la capacità di adattamento e risposta alle situazioni di stress lavorativo (Baiocco et al., 2004).

2.2.4 Dallo stress lavorativo al *burnout*

Lo stress lavorativo ed il *burnout*: due costrutti differenti tra di loro. Mentre lo stress lavorativo è stato definito come uno squilibrio tra le risorse disponibili e le richieste esterne ed interne, il *burnout* si riferisce ad un insuccesso nel processo di adattamento accompagnato da un malfunzionamento cronico (Baiocco et al., 2004).

Nel *burnout*, lo stress dell’individuo risponde alle tensioni accumulate all’interno della propria professione di aiuto, manifestando anche dei comportamenti di distacco emozionale e pressione psicologica dovuta al contatto estenuante con le esigenze ed i bisogni degli altri (Baiocco et al., 2004).

È il risultato di una risposta inadeguata allo stress in determinate condizioni, si presenta come “una sindrome derivante dallo stress lavorativo, che si distingue per il suo carattere difensivo e disadattivo con cui l’operatore si protegge da una condizione lavorativa diventata emotivamente troppo spossante” (Baiocco et al., 2004).

Si tratta di una sindrome che riguarda in particolar modo gli operatori che lavorano nel settore sanitario, questo perché lavorare in reparti ospedalieri, dove si è confrontati ogni giorno con la sofferenza e la frustrazione, può creare una difficoltà psicologica significativa (Ferrari, 2010).

2.2.5 Burnout: termine ed evoluzione

Il termine *Burnout* appare per la prima volta nel 1930, dove veniva utilizzato in ambito sportivo per indicare l’incapacità di un atleta di ottenere risultati positivi. Prima di arrivare all’utilizzo di questo termine nell’ambito sociosanitario, negli anni ’60 il *burnout* passa a descrivere la condizione di chi abusa di stupefacenti, di chi si sente “bruciato” dalla loro presenza tanto da non avere motivazione ed energia, ritrovandosi del tutto senza risorse. Arriva il 1974 ed il termine *Burnout*, grazie a Herbert J. Freudenberger (1974), compare nell’ambito socio-sanitario come il “fallire, l’esaurirsi a causa di un’eccessiva richiesta di energia e risorse” (Maslach, 2003).

Questo concetto venne ripreso dalla psicologa sociale americana Maslach (1982;1997), come vera e propria “Sindrome del *burnout*” in cui i sintomi evidenziano l’insorgere di una patologia a carico di tutte le professioni ad elevata implicazione personale (Maslach, 2003). Tra queste professioni spiccò una specifica tipologia di lavoratori: i professionisti dell’aiuto (*Helping professions*) (Maslach, 2003). Si tratta di professioni dove, oltre ad essere presenti competenze tecniche e professionali, sono richieste anche delle abilità sociali e relazionali, dove il rapporto con il paziente è una parte fondamentale in termini di significato e di lavoro su sé stessi.

In queste professioni, è implicita una relazione diretta tra operatore e utente al punto che le capacità personali sono implicate più delle abilità professionali (Pellegrino, 2000). Questa espressione esprime con un’efficace metafora il “bruciarsi” dell’operatore sanitario ed il suo “cedimento psicofisico” rispetto alle difficoltà dell’attività professionale; esprime il malumore e l’irritazione quotidiana, il senso di delusione e di impotenza di molti operatori (Pellegrino, 2000).

2.2.6 Burnout: costrutti teorici

Il *burnout*, come condizione correlata allo stress, è stato studiato per molti anni e la sua concettualizzazione come sindrome tridimensionale è la più ampiamente accettata.

L’evoluzione del *burnout* compare nella letteratura attraverso differenti modelli, tra cui il principale, il modello di Christine Maslach.

La professoressa e psicologa sociale americana, pur non avendo coniato il termine, ha dato al *burnout* un’attenta definizione, parlando di un costrutto multifattoriale costituito da tre dimensioni tra loro indipendenti: “una sindrome di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale che può verificarsi tra gli individui che svolgono un lavoro a contatto con le persone” (Maslach, 2003). Può essere considerato un tipo di stress lavorativo in quanto rappresenta una risposta alla tensione emotiva cronica di trattare ampiamente con altri esseri umani, in particolar modo quando presentano problematiche (Maslach, 2003). Sebbene abbia alcuni effetti deleteri simili ad altre risposte allo stress, ciò che caratterizza e rende unico il *burnout* è il fatto che lo stress derivi dall’interazione sociale tra aiutante e destinatario (Maslach, 2003).

A seguire osserveremo le risposte al *burnout* secondo il modello Maslach.

Esaurimento emotivo: è la sensazione che si presenta dal momento in cui le richieste esterne vengono percepite come eccessive rispetto alle proprie risorse. Quando una

persona viene o si sente eccessivamente coinvolta emotivamente, inizierà ad esporsi arrivando a sentirsi sopraffatta dalle richieste delle persone (Maslach, 2003). Una volta che l'esaurimento emotivo entra in atto, le persone non si sentono più in grado di donarsi agli altri, come fossero svuotati emotivamente, in grado di non poter dar più nulla a livello emotivo (Maslach, 2003). Un modo in cui le persone cercano di uscire da questo fardello emotivo, è riducendo il proprio coinvolgimento con gli altri. Limitando il loro rapporto con le persone al minimo indispensabile per poter portare a termine il proprio lavoro, si trasformano in piccoli burocrati in grado di rispondere con una formula piuttosto che con una risposta specifica per individuo, con il pensiero "se evito di conoscere l'altra persona, non sarò coinvolto emotivamente" (Maslach, 2003). Questo li porterà ad allontanarsi dal punto di vista emotivo e cognitivo dalla propria professione, per far fronte al carico di lavoro (Maslach, 2003).

Si tratta di uno dei tanti modi in cui le persone cercano di allontanarsi psicologicamente da qualsiasi coinvolgimento emotivo con gli altri (Maslach, 2003). Quando l'innalzarsi di questo muro emotivo è combinato ad una genuina cura degli altri, si evolve in maniera efficace e si diventa in grado di gestire lo sforzo emotivo nell'ambiente lavorativo (Maslach, 2003).

Molti medici ritengono che la "preoccupazione distaccata" sia un ideale professionale e un prerequisito essenziale nella propria professione (Maslach, 2003). Ma come l'olio e l'acqua, questi due poli non sono facili da mescolare, ragion per cui diventa più semplice dover scegliere piuttosto che mantenere un equilibrio tra i due.

Vestendosi con l'armatura del distacco si può sperare di essere protetti dalla tensione dello stretto coinvolgimento con gli altri, ma si rischia che questa armatura sia così spessa da non far oltrepassare alcuna sensazione (Maslach, 2003).

Lo sviluppo di questa risposta distaccata, ci porta al secondo aspetto della sindrome di *burnout* secondo il modello Maslach: la depersonalizzazione (Maslach, 2003).

Ritrae il fattore interpersonale del *burnout*. All'interno di un luogo di lavoro sanitario dove la relazione rappresenta una particolare importanza, presenza il coinvolgimento emotivo. Le richieste di queste persone diventeranno richieste gestibili dal momento in cui verranno considerate oggetti impersonali, tramite un atteggiamento distaccato e freddo ed una risposta eccessivamente indifferente da parte dell'operatore nei confronti dell'utente. Non è raro che la depersonalizzazione provochi un senso di colpa nel sanitario in grado di portarlo a rinnegare le stesse motivazioni che lo indirizzarono verso questa professione (Maslach, 2003).

È come se l'operatore stesse guardando le altre persone attraverso degli occhiali color ruggine, con uno sguardo giudicante e pronto ad aspettarsi sempre il peggio dal prossimo (Maslach, 2003).

Seguendo questa strada, si arriva ad essere un altro tipo di persona, un individuo freddo ed indifferente a tutto (Maslach, 2003).

A seguire, il terzo fattore del modello Maslach, quello autoriflessivo, ovvero una sensazione di realizzazione personale ridotta (Maslach, 2003).

In seguito ai due fattori precedenti, l'operatore sanitario potrebbe manifestare un calo dell'autostima e della motivazione tali da portarlo a percepire una sensazione d'inadeguatezza e d'incompetenza sia a livello professionale che relazionale (Maslach, 2003).

Questo è dovuto al fatto di non sentirsi più in grado di relazionarsi con le persone; arrivati a questo punto, alcuni lavoratori cercheranno di percorrere una strada verso la consulenza o la terapia per indagare i problemi personali, mentre altri cambieranno lavoro, rinnegando qualsiasi altra occupazione che riguardi il contatto estenuante con le persone (Maslach, 2003).

Come si deduce dal modello presentato, i tre fattori si susseguono a partire dall'esaurimento emotivo, in grado di portare ad una ridotta realizzazione professionale, solo passando per una depersonalizzazione.

Fu Maslach a sviluppare una scala, *Maslach Burnout Inventory* (MBI), in grado di poter misurare il *burnout* e che divenne lo strumento a livello internazionale più utilizzato (Dall'Ora et al., 2020).

Secondo Maslach, il *burnout* rappresenta uno stato che potrebbe insorgere nel momento in cui avviene una prolungata discrepanza tra una persona ed almeno una delle sei dimensioni che andrò successivamente ad elencare:

1. Carico di lavoro: correlato a richieste eccessive che rendono difficile raggiungere il ripristino (Dall'Ora et al., 2020).
2. Controllo: i dipendenti non hanno un controllo sufficiente delle risorse necessarie per poter portare a termine il proprio lavoro (Dall'Ora et al., 2020).
3. Ricompensa: la mancanza di una ricompensa adeguata al lavoro svolto; può essere finanziaria, sociale o intrinseca (come per esempio l'orgoglio provato sul posto di lavoro) (Dall'Ora et al., 2020).
4. Comunità: inteso come il rapporto ostile nei confronti dei colleghi e dei dirigenti sul posto di lavoro. I dipendenti non percepiscono una connessione positiva con l'altro, il che causerà frustrazione e andrà a ridurre la probabilità di supporto sociale (Dall'Ora et al., 2020).
5. Equità: in questo caso la persona percepirà un'ingiustizia nell'ambiente lavorativo causata dalla mancanza di equità nella modalità di retribuzione e del carico di lavoro (Dall'Ora et al., 2020).
6. Valori: i dipendenti si sentiranno, costretti dal lavoro, ad andare contro i propri valori e le proprie aspirazioni o sperimenteranno conflitti tra i valori dell'organizzazione (Dall'Ora et al., 2020).

Maslach ha collocato il deterioramento della salute dei dipendenti e delle prestazioni lavorative come risultati derivanti dal *burnout* (Dall'Ora et al., 2020).

I modelli successivamente elencati si differenziano dal modello Maslach in quanto vedono la sindrome di *burnout* come un processo piuttosto che come uno stato ed inoltre non viene concettualizzato come una sindrome correlata esclusivamente al lavoro (Maslach, 2003).

Golembiewski (1986) pone come fattore antecedente, a differenza di Maslach, la depersonalizzazione, intesa come un distacco emotivo sano nei confronti del paziente e quindi un fattore protettivo di *burnout*, in quanto l'operatore viene meno coinvolto emotivamente. Golembiewski (1986) puntualizza il fatto che questo distacco potesse prendere una piega negativa, portando ad una ridotta realizzazione professionale e successivamente ad un esaurimento emotivo (Mordini et al., 2013).

Un terzo modello riportato dalla letteratura, è il modello Cherniss che definisce il *burnout* come una strategia di adattamento negativa allo stress lavorativo, da parte di operatori sprovvisti di risorse appropriate per fronteggiarlo (Mordini et al., 2013). Questo metodo d'approccio, secondo Cherniss (1980), è determinato sia da variabili riguardanti il lavoro in sé, come organizzazione e sia da elementi personali che portano a perdere la vocazione per la propria professione, trasformandola in un semplice lavoro (Mordini et al., 2013).

2.2.7 Helping professions

Il fenomeno del *burnout* comporta delle conseguenze negative soprattutto nei confronti delle professioni d'aiuto, professioni le quali contengono in forma implicita nel loro mandato la connotazione di rispondere alle numerose richieste da parte di persone bisognose (Baiocco et al., 2004).

La persona che lavora nelle *helping professions*, sceglie di dedicarsi agli altri per "vocazione", perché idealizza i valori della dedizione agli altri e le sembra importante e giusto agire (Baiocco et al., 2004).

La letteratura e le ricerche avvenute negli ultimi anni hanno confermato questo desiderio di porsi a disposizione dei bisogni altrui da parte delle professioni d'aiuto.

Secondo Freudenberg, sono "coloro che sono dedicati ed impegnati nel loro lavoro con l'eccessiva speranza idealistica di poter aiutare tutti, fino a sentirsi in colpa quando esauriscono questo loro entusiasmo" (Baiocco et al., 2004).

Per la Maslach queste persone "hanno dato e dato, fino al momento in cui non è rimasto più niente da dare. La teiera era vuota, la batteria prosciugata, il circuito saltato per sovraccarico: si erano bruciati ed esauriti" (Baiocco et al., 2004).

In queste professioni è allusiva una relazione diretta tra operatore ed utente al punto che le capacità personali sono più implicate rispetto a quelle professionali (Pellegrino, 2000). Si tratta di professioni che coinvolgono le persone a livello emotivo e sono quotidianamente in contatto con le difficoltà e la sofferenza della gente (Baiocco et al., 2004).

Con il termine *high-touch* (a contatto continuo), si esprimono i numerosi contatti diretti con le persone che si rivolgono a tali professioni, il che li rende continuamente sotto pressione in quanto, il loro aiuto, non si limiterà ad essere necessario, ma il più delle volte, diverrà urgente imponendo delle risposte immediate ai bisogni (Baiocco et al., 2004).

In questa categoria di professionisti rientrano anche gli infermieri, per i quali mi soffermerò particolarmente sul settore oncologico nel paragrafo successivo.

2.3. L'infermiere in oncologia

La letteratura ha evidenziato come il controllo del cancro nel mondo continua ad essere un problema sanitario prioritario nonostante i progressi tecnologici e scientifici dei quali siamo stati spettatori (Bakker et al., 2013).

I dati demografici di una popolazione che invecchia, la crescente incidenza e prevalenza dei casi di cancro e la tendenza verso la somministrazione di trattamenti contro il cancro in ambito ambulatoriale, portano ad aumentare anche la necessità delle conoscenze e delle abilità specialistiche degli infermieri oncologici (Bakker et al., 2013).

Pertanto rimane fondamentale il continuo reclutamento e mantenimento degli operatori specializzati per ottenere una cura di qualità, il che potrebbe contemporaneamente creare un carico lavorativo e psicologico nei confronti degli infermieri (Bakker et al., 2013).

Si è evidenziato negli anni come in questo settore le richieste dello staff oncologico hanno avuto il fine, non solo di soddisfare le richieste dei pazienti malati di cancro e la loro angoscia di morte, ma anche di supportare lo stesso staff medico e paramedico nel controllare lo stress derivante dall'assistenza dei pazienti oncologici (Pellegrino, 2000).

Spesso all'interno del reparto di oncologia avvengono episodi durante i quali i pazienti presentano manifestazioni di ira rivolte agli operatori sanitari che li assistono. Quella stessa ira che trova una manifestazione nei confronti dei componenti dell'equipe è, in realtà, diretta alla malattia (Pellegrino, 2000).

Il reparto di oncologia rappresenta quindi una specialità intrinsecamente impegnativa e complessa, dove lo stress lavorativo e il *burnout* sono evidenziati come i problemi di lavoro più diffusi per gli infermieri.

L'erogazione di cure di alta qualità incentrate sul paziente e familiari con una malattia potenzialmente pericolosa per la vita, come il cancro, può offrire agli infermieri un immenso livello di soddisfazione (Gribben & Semple, 2021b).

L'assistenza infermieristica in oncologia è una professione gratificante in grado di portare ad alti livelli di stimolazione intellettuale, in particolar modo grazie alle scoperte scientifiche in evoluzione che vengono costantemente tradotte nella pratica clinica (Gribben & Semple, 2021). Ciò nonostante, in letteratura sono comparsi numerosi articoli che sostengono come i professionisti in oncologia siano soggetti ad uno stress lavorativo maggiore rispetto agli operatori sanitari in qualsiasi altra specialità (Gribben & Semple, 2021).

L'oncologia è quel reparto entro il quale gli infermieri si occupano di coloro che ricevono una diagnosi di cancro, di conseguenza si trovano spesso nella posizione di comunicare cattive notizie, confrontati ogni giorno a supportare pazienti e parenti nel processo di lutto e coinvolti nel processo decisionale per situazioni eticamente complesse (Gribben & Semple, 2021). In concomitanza con la pressione psicologica, agli operatori sanitari si aggiunge la responsabilità di fornire cure complesse a pazienti malati. Tutti questi fattori possono contribuire allo stress cronico degli infermieri e possono provocare un significativo *burnout* (Gribben & Semple, 2021).

Di conseguenza, questo porterà ad un forte impatto negativo sugli operatori sanitari andando a toccare il loro benessere, vita domestica, lavorativa e relazionale; provocando insonnia, irritabilità ed affaticamento (Gribben & Semple, 2021).

All'interno di un reparto come quello oncologico, questi effetti negativi non contribuiranno ad una buona erogazione delle cure e favoriranno l'insorgenza di maggiori errori di trattamento da parte degli infermieri; compromettendo l'assistenza e la sicurezza del paziente (Gribben & Semple, 2021).

3.0 METODOLOGIA DELLA RICERCA

3.1 Revisione della letteratura

La tesi in oggetto si basa su una revisione della letteratura, termine che corrisponde ad una sintesi dei lavori pubblicati riguardo un determinato argomento (Saiani & Brugnonli, 2010). L'obiettivo principale che si pone una revisione della letteratura è quello di integrare evidenze per far emergere conoscenze e lacune riguardo l'argomento scelto e poter porre le basi per altre ricerche future (Polit & Beck, 2014). Una revisione della letteratura finalizzata all'aggiornamento di uno specifico argomento assumerà, quindi, una funzione fondamentale in ambito sanitario (Saiani & Brugnonli, 2010).

Le revisioni della letteratura sono l'esempio più classico di quelle che sono definite "pubblicazioni secondarie", termine dovuto dal fatto che vengono redatte sulle basi di studi svolti in precedenza, da dove ne verranno riassunti i risultati dai quali si trarranno poi le conclusioni (Saiani & Brugnonli, 2010).

Le fonti primarie, ovvero gli studi condotti e descritti dagli stessi ricercatori, non dovrebbero essere sostituite dalle revisioni secondarie, in quanto, quest'ultime possono apparire non sufficientemente dettagliate e non interamente obiettive (Polit & Beck, 2014).

3.1.1 Formulazione PIO

Uno dei primi passi per la stesura di una revisione della letteratura, oltre che la scelta dell'argomento, riguarda la definizione del PI(C)O (Polit & Beck, 2014). Questo sistema permette di facilitare la ricerca grazie alla formulazione ben inquadrata del quesito. Il PICO viene utilizzato nel momento in cui si vogliono mettere a confronto degli elementi di ricerca, dove la lettera "C" rappresenta la componente del confronto. La forma più semplice, quindi, sarà rappresentata dal PIO:

- **P** → Infermieri che lavorano all'interno di un reparto oncologico.
- **I** → Utilizzo della pratica di *mindfulness*.
- **O** → prevenzione del *burnout*, percezione ridotta del carico di lavoro ed una migliore erogazione delle cure.

3.1.2 Obiettivi e domanda di ricerca

In seguito alla scelta dell'argomento e alla formulazione del PIO, è stata definita una domanda di ricerca dalla quale sono stati elaborati due obiettivi.

La domanda di ricerca che ha guidato questa revisione della letteratura è stata:

In che modo la *mindfulness* è in grado di prevenire il *burnout* negli infermieri oncologici?

Obiettivi di ricerca:

1. Analizzare i benefici della *mindfulness* negli infermieri oncologici.
2. Analizzare l'impatto della *mindfulness* sulle dimensioni che costituiscono il *burnout*.

3.1.3 Stringa di ricerca

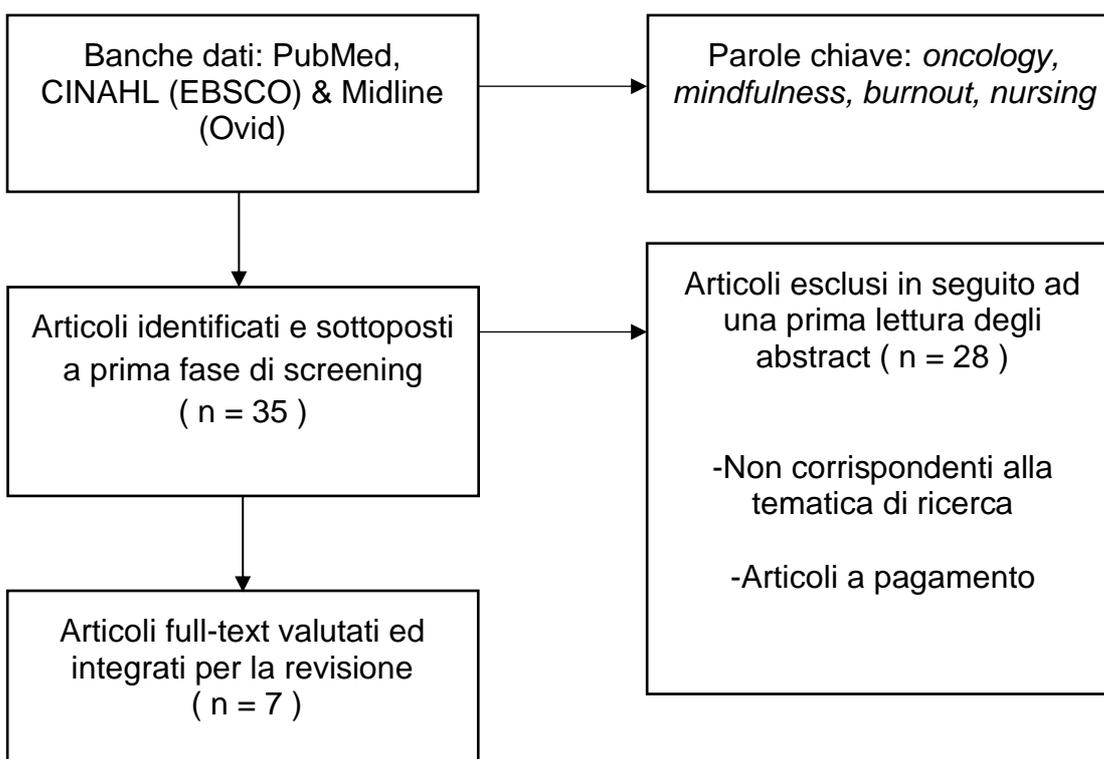
Tabella 1: rappresentazione strategia di ricerca.

Banche dati	Parole chiave di ricerca	Strategia di ricerca
PubMed Medline (Ovid) CINAHL (EBSCO)	<i>Mindfulness, burnout, oncology, nursing</i>	Termini liberi legati/avvicinati dall'operatore booleano "AND".

Per la stesura del mio lavoro di Bachelor sono state consultate le banche dati PubMed, Medline (Ovid) e CINAHL (EBSCO). All'interno di queste banche dati, sono state utilizzate le parole chiave di ricerca in lingua inglese: *oncology, mindfulness, burnout e nursing*.

La formulazione delle stringhe di ricerca è stata realizzata grazie all'utilizzo dell'operatore booleano "AND".

3.1.4 Diagramma di flusso



3.1.5 Criteri di inclusione

- Studi primari o studi pilota
- Anno di pubblicazione degli articoli: 2013 – 2022
- Infermieri che lavorano nei reparti di oncologia
- Articoli *full-text* o gratuiti grazie all'abbonamento universitario SUPSI

3.1.6 Organizzazione della revisione

In questa revisione della letteratura, al fine di organizzare le informazioni raccolte, si procederà di seguito con la realizzazione di tabelle riassuntive chiamate anche "tavole estrazione dati" (Saiani & Brugnolli, 2010). Una tavola simile permette di avere una visione schematica e generale, comprendente una grande quantità di informazioni, tra le quali: autore, anno, paese, numero di elementi, tipo di progetto, metodo per la misurazione delle variabili e risultati principali (Saiani & Brugnolli, 2010). Lo scopo finale sarà quello di ottenere una struttura in grado di condurre in modo lineare ai risultati di ogni singolo studio preso in considerazione in questa revisione della letteratura. Successivamente verranno riportate le tavole estrazione dati dei cinque articoli presi in considerazione in quanto rispettano i criteri di inclusione.

3.2 Tavole estrazione dati

Tabella 1. *Mindfulness for Outpatient Oncology Nurses: A Pilot Study*

Autore, anno, paese e tipo di studio	Materiali e metodi	Risultati principali
<p>Qualls et al., (2022)</p> <p>Rochester, New York</p> <p>Studio pilota</p>	<p>Obiettivi : determinare se l'intervento MBSR applicato su infermieri oncologici ambulatoriali può ridurre lo stress e portare ad un miglioramento a lungo termine della fatigue, <i>burnout</i> e soddisfazione personale. Determinare se l'intervento MBSR può ridurre in modo efficace i sintomi fisiologici correlati allo stress, tra i quali: frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e pressione sanguigna.</p> <p>Campione (e ambientazione) : è stato ottenuto un campione di 12 infermieri provenienti da due unità di oncologia ambulatoriale di un multi strutturato centro accademico urbano situato negli Stati Uniti nord-orientali. La partecipazione era autorizzata a tutti gli infermieri impiegati nelle unità pilota. Il solo criterio di esclusione adottato riguardava gli infermieri dimessi dalla posizione durante il corso dello studio. È stato utilizzato un metodo di campionamento di convenienza. I soggetti risultano prevalentemente di razza bianca (75%) e donne (91%). Non è stato utilizzato alcun criterio di restrizione all'iscrizione dei partecipanti basato sullo sfondo etnico o identità di genere.</p> <p>Materiali di studio : l'attrezzatura utilizzata durante questo studio includeva sei lettori MP3 all'interno dei</p>	<p>I risultati di questo studio confermano quanto afferma la letteratura, la quale fornisce prove in grado di sostenere l'efficacia del MBSR nel ridurre le misure psicologiche dello stress, quali: la fatigue e il <i>burnout</i>. Efficacia nel ridurre gli indici fisiologici attribuiti allo stress: frequenza cardiaca, pressione sanguigna e frequenza respiratoria.</p> <p>Risultati psicologici In seguito all'intervento, gli infermieri coinvolti hanno riportato i medesimi livelli di <i>compassion satisfaction</i> (moderato) e di <i>fatigue</i> (basso), mentre il loro punteggio medio nel sottoscala del <i>burnout</i> è diminuito notevolmente tanto da collocarli nell'intervallo di basso livello di <i>burnout</i>.</p> <p>Risultati fisiologici Da prima dell'intervento al post-intervento, gli infermieri hanno riportato: una diminuzione statisticamente significativa della pressione arteriosa sistolica in 5 delle 8 sessioni ed una diminuzione statisticamente significativa della pressione arteriosa diastolica in 3 delle 8 sessioni. Nell'interpretazione della pressione arteriosa media prima dell'intervento, essa soddisfa le linee guida nazionali per l'ipertensione di stadio I; in seguito, nel</p>

	<p>quali erano pre-caricate le meditazioni guidate insieme alle cuffie auricolari per ciascun partecipante. È stato utilizzato un monitor automatico della pressione sanguigna da polso serie OMRON-7 per estrapolare la pressione sanguigna e la frequenza cardiaca dei partecipanti. Le meditazioni guidate utilizzate nello studio hanno avuto origine dal Mindful Awareness Research Center dell'università della California, Los Angeles (UCLA), reperibili anche online gratuitamente.</p> <p>Modalità di reclutamento : l'attività è stata proposta attraverso l'uso di volantini collocati nelle sale del personale infermieristico all'interno dell'ospedale.</p> <p>Attività proposta : è stato chiesto di programmare le quattro settimane di lavoro successive selezionando due giorni alla settimana nei quali sarebbero stati disposti ad arrivare a lavoro circa 15 minuti prima dell'inizio del loro turno programmato. Nei 15 minuti precedenti all'inizio del loro turno programmato, i soggetti partecipavano alle meditazioni guidate fornite, della durata di 9 minuti e 31 secondi. Prima e dopo l'esercizio MBSR assegnato, agli infermieri veniva chiesto di valutare il loro attuale livello di stress attraverso una scala da 0 a 10.</p> <p>Durata : 4 settimane per 8 meditazioni nel corso del mese di marzo 2019.</p> <p>Partecipanti : 72 infermieri impiegati nelle 2 unità oncologiche ambulatoriali, dei quali 22 presero i pacchetti informativi e di cui 13 li restituirono e vennero</p>	<p>post-intervento, essa non soddisferà più quei criteri andando ad indicare un significato clinico.</p>
--	---	--

inclusi nelle analisi demografiche ed iniziarono l'intervento. Un'infermiera non consegnò il proprio pacchetto iniziale. Pertanto parteciparono 12 infermieri allo studio.

Scale utilizzate/risultati misurati : misurazione dello stress auto-riferito su una scala Likert a 10 punti prima e dopo l'intervento (scala da 0 a 10 dove 0 indica l'assenza di stress e 10 indica lo stress estremo).

Scala professionale sulla qualità della vita versione 5 ProQOL-V di 30 elementi ideata da Figley (1995) e rivisitata da Stamm (2009).

Indagine demografica di 16 voci con incluse le variabili: sesso, età, etnia, orientamento sessuale, stato di convivenza, livello di istruzione più alto (sia infermieristico che non infermieristico), anni di licenza come RN, durata del mandato nell'unità pilota, numero di ore di lavoro settimanali, durata del turno primario, se sono attualmente a scuola, se sono impiegati altrove, se hanno compiti di cura a casa, se si considerano spirituali e attività utilizzate per far fronte allo stress.

È stato inoltre sviluppato, con 3 item, MOON Experience Post-Survey per valutare l'esperienza dell'intervento MBSR al termine dello studio su una scala Likert a 4 punti (fortemente in disaccordo, in disaccordo, d'accordo e fortemente d'accordo).

Tabella 2. *The Relationship Between Present-Centered Awareness and Attention, Burnout, and Compassion Fatigue in Oncology Health Professionals*

Autore, anno, e tipo di studio	Materiali e metodi	Risultati principali
<p>Hegel et al., (2021)</p> <p>Aurora, Canada</p> <p>Articolo di giornale</p>	<p>Obiettivi : studio che mira a stabilire se la <i>mindfulness</i> e una delle sue componenti, l'attenzione focalizzata sul presente, possano essere associate univocamente al <i>burnout</i> e alla <i>compassion fatigue</i> nei professionisti sanitari che lavorano all'interno dei reparti di oncologia.</p> <p>Partecipanti : 216 professionisti sanitari che lavorano nella cura del cancro: oncologi medici, oncologi chirurgi, oncologi radioterapisti, infermieri, assistenti sociali, dietisti, psicologi, radioterapisti, educatori e altri interessati alle cure di supporto nel campo della cura del cancro.</p> <p>Campione : 118 professionisti sanitari (34 uomini e 84 donne). Campione internazionale di professionisti dell'oncologia controllato statisticamente in base ai punteggi di empatia, all'età, sesso, anni di esperienza ed ore settimanali a contatto con i pazienti.</p> <p>Età compresa tra i 22 e 68 anni (M = 42,93 anni; SD = 11,24).</p> <p>I partecipanti ricoprono 27 professioni e provengono da 26 paesi differenti. Più comunemente oncologi medici (n = 21), infermieri (n = 18) e radioterapisti (n = 16). Luoghi di provenienza più comune all'interno dello studio: Stati Uniti (n = 24), Australia (n = 21) e Regno Unito (n = 20). Una minoranza ha riferito di 40 o più ore a contatto con i pazienti settimanalmente (n = 26; 22.03%).</p>	<p>Risultati correlati al disimpegno: I dati di questo studio riportarono una diminuzione dei punteggi associati al disimpegno all'aumentare dei punteggi associati alla consapevolezza centrata sul presente (9% varianza). L'aggiunta dei punteggi di empatia nei partecipanti non ha tenuto conto di una notevole variante.</p> <p>Risultati correlati all'esaurimento emotivo: Per l'esaurimento emotivo (variabili di differenza individuali 11% varianza) l'aggiunta di empatia nel secondo blocco rappresentò un ulteriore 3% di varianza. L'aggiunta di punteggi associati alla consapevolezza centrata sul presente nel terzo blocco rappresentò circa l'8% di varianza. Pertanto, una maggiore consapevolezza focalizzata sul presente venne associata ad un minore esaurimento emotivo.</p> <p>Risultati correlati alla <i>compassion satisfaction</i>: le variabili di differenza individuali inserite nel primo blocco rappresentavano il 9% della varianza nella <i>compassion satisfaction</i>. L'aggiunta dei punteggi di empatia nel secondo blocco rappresentò un ulteriore 4% di varianza. Punteggi di empatia elevati vennero associati a punteggi di <i>compassion satisfaction</i> elevati. L'aggiunta della consapevolezza centrata sul presente nel terzo blocco rappresentò il 7% di differenza nei punteggi. Pertanto, sia l'empatia che la</p>

<p>17 dei partecipanti hanno riferito di avere 25 o più anni di esperienza.</p> <p>I criteri di inclusione del campione comprendono l'essere dei professionisti che lavorano nel campo della cura del cancro e la capacità di leggere e completare un questionario in inglese.</p> <p>Materiale di studio : sondaggio online</p> <p>Modalità di reclutamento : sono stati chiamati a partecipare allo studio i membri del forum di psico-oncologia online della Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) tramite un e-mail che includeva un breve riassunto dello studio ed un collegamento al sondaggio al quale avrebbero dovuto rispondere. Per migliorare i numeri di partecipazione, in due occasioni sono stati pubblicati inviti anche sulla piattaforma social media Twitter.</p> <p>Attività proposta : i partecipanti sono stati invitati a leggere un foglio informativo contenente il consenso informato da dover firmare per poter indicare la partecipazione volontaria allo studio e il mantenimento delle informazioni personali anonime. Al termine del completamento del questionario, i partecipanti sono stati invitati a fornire un indirizzo e-mail per ricevere un riepilogo dei risultati e partecipare a un'estrazione a premi.</p> <p>Durata : il tempo stimato per il termine del questionario è stato di circa 10-20 min.</p> <p>La raccolta dei dati è avvenuta in un periodo di 3 settimane a settembre del 2018.</p>	<p>consapevolezza centrata sul presente vennero correlate positivamente a punteggi di <i>compassion satisfaction</i> più elevati.</p> <p>Risultati correlati allo stress traumatico secondario: variabili differenze individuali del primo blocco corrispondenti al 16% di varianza. Un numero maggiore di ore settimanali a contatto con i pazienti è stato associato a punteggi di stress traumatico secondario più elevati.</p> <p>L'inclusione di empatia nel secondo blocco portò ad una differenza aggiuntiva del punteggio all'1%. Mentre la consapevolezza centrata sul presente inclusa nel terzo blocco incrementò la varianza del punteggio del 4%. Pertanto, i partecipanti con punteggi di consapevolezza centrata sul presente più elevati, avevano in media punteggi di stress traumatico secondario inferiori.</p> <p>Risultati correlati al <i>burnout</i>: differenze individuali del primo blocco corrispondenti al 16% di differenza del punteggio. L'inclusione dei punteggi di empatia nel secondo blocco diede punteggi simili al modello di stress traumatico secondario (1%). L'inclusione della consapevolezza centrata sul presente nel terzo blocco diede un'ulteriore variazione del 10% nei punteggi. Pertanto, i partecipanti con punteggi maggiori della consapevolezza centrata sul presente, riportavano punteggi di <i>burnout</i> inferiori.</p>
---	--

Scale utilizzate/risultati misurati :

-*Basic Empathy Scale* (BES): utilizzata per misurare l'empatia affettiva e cognitiva attraverso un'autovalutazione di 20 item. Ogni item è valutato su una scala Likert a 5 punti (da 1 = fortemente in disaccordo a 5 = fortemente d'accordo) riportati assieme ad un punteggio complessivo compreso tra 20 (deficit di empatia) a 100 (elevata empatia).

-*Professional Quality of Life Scale Version 5* (PROQOL5): misura d'autovalutazione di 30 elementi dei livelli di *compassion satisfaction*, *burnout* e stress traumatico secondario. Ogni item valutato su una scala Likert a 5 punti.

-*The Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI): misura di autovalutazione del disimpegno e del *burnout* in 16 voci (8 + 8). Ogni item è valutato su una scala Likert a 4 punti.

-*La Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS): composta da 15 voci, utilizzata per misurare la consapevolezza e l'attenzione all'esperienza presente. Ogni item è valutato su una scala Likert a sei punti.

Tabella 3. *Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study*

Autore, anno, e tipo di studio	Materiali e metodi	Risultati principali
<p>Duarte & Pinto Gouveia, (2016)</p> <p>Portogallo</p> <p>Studio non randomizzato</p>	<p>Obiettivi : questo studio mira ad esplorare l'efficacia di un intervento abbreviato basato sulla consapevolezza per infermieri dei reparti di oncologia.</p> <p>Partecipanti : 94 infermieri oncologici, uno dei quali si ritirò prima dell'intervento a causa di disagi. I partecipanti sono stati assegnati alle condizioni di confronto sperimentale (n = 45) e lista d'attesa (n = 48).</p> <p>I dati vennero ottenuti da 48 dei 93 iniziali, ovvero dal 52% dei partecipanti inizialmente reclutati (29 nel gruppo sperimentale e 19 nel gruppo di confronto in lista d'attesa).</p> <p>Campione : composto da 93 infermieri reclutati da due importanti ospedali oncologici nel nord e nel centro del Portogallo. Inizialmente il campione era composto da 82 infermiere (90,1%) e 9 infermieri (9,9%) con un età media di 41 anni compresa tra i 25 e i 56 anni. La maggioranza del campione era sposata o convivente (n = 61,67%), 19 erano single (20,7%) e 12 divorziati (13%). La media degli anni trascorsi di pratica era 17,90 mentre la media degli anni nella posizione attuale era 10,67. La maggior parte dei partecipanti lavorava 40 ore a settimana (68,5%).</p>	<p>Risultati : i dati di questo studio hanno riportato negli infermieri oncologici delle riduzioni significative di <i>burnout</i>, stress, <i>compassion fatigue</i> ed evitamento esperienziale. Inoltre, i risultati hanno indicato un aumento della soddisfazione per la vita, consapevolezza e <i>self-compassion</i> con effetti di dimensioni medio-grandi.</p> <p>Gli infermieri del gruppo di confronto non hanno presentato dei cambiamenti significativi di queste variabili.</p> <p>È stato individuato un alto grado di accettabilità dell'intervento.</p> <p>Risultati tra i due gruppi: I test hanno suggerito una significativa diminuzione di <i>compassion fatigue</i> dal pre al post-intervento nel gruppo sperimentale rispetto agli individui del gruppo di confronto.</p> <p>I risultati hanno mostrato diminuzioni significative del <i>burnout</i> e dello stress negli infermieri che hanno ricevuto la formazione sulla <i>mindfulness</i>, aumentando anche il livello di soddisfazione per la vita. Gli infermieri appartenenti al gruppo di confronto non hanno riscontrato dei cambiamenti significativi in queste ultime dimensioni.</p> <p>In merito ai processi psicologici, è stata riscontrata una significativa riduzione dell'evitamento esperienziale ed un aumento di <i>self-compassion</i> e della</p>

<p>Del campione totale, 10 partecipanti avevano sperimentato in precedenza una meditazione (3 nel gruppo di confronto e 7 nel gruppo sperimentale).</p> <p>Differenze di base tra i due gruppi : non sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi in merito all'età, gli anni di scolarizzazione, gli anni di pratica e gli anni nel ruolo lavorativo attuale. Il gruppo di confronto ha presentato livelli di osservazione significativamente più alti rispetto al gruppo di intervento. Non sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi rispetto ad esperienze meditative del passato.</p> <p>Materiale di studio : questionari, CD con esercizi di meditazione guidata, manuale esplicativo dell'attività per ogni partecipante.</p> <p>Modalità di reclutamento : uno dei ricercatori ha collaborato con gli uffici di formazione dei due ospedali oncologici in seguito all'approvazione dei consigli di amministrazione e dei comitati etici delle istituzioni. L'ufficio di formazione, in seguito, divenne il responsabile della pubblicità dello studio tra gli infermieri tramite internet, dell'assegnazione dei partecipanti al relativo gruppo (sperimentale o di confronto delle liste d'attesa) e della consegna e raccolta dei questionari. A causa dei vincoli di rotazione dei turni, i partecipanti non hanno potuto essere assegnati casualmente ai gruppi, ma auto-selezionati in base alle proprie esigenze.</p> <p>Attività proposta : programma suddiviso in sei sessioni ciascuna contenente una pratica ed un tema differenti svolte in gruppo. I partecipanti hanno ricevuto un CD</p>	<p>consapevolezza negli infermieri appartenenti al gruppo sperimentale dal pre-test al post-test con risultati medio-alti in tutte le analisi.</p> <p>Risultati in base alla quantità di pratica in relazione ai cambiamenti delle variabili : i risultati hanno inoltre suggerito come gli infermieri che praticavano di più durante l'attività, mostravano maggiori diminuzioni del <i>burnout</i> e della depressione e notevoli aumenti di <i>self-compassion</i> rispetto agli infermieri che praticavano meno.</p>
---	--

contenente esercizi di meditazione guidata di diversa durata da eseguire a casa almeno 15 minuti al giorno. Inoltre, ricevettero un manuale che riassumeva i punti chiave delle sessioni, chiariva i requisiti per i compiti e includeva una registrazione quotidiana della loro pratica per ogni settimana. I componenti del gruppo sperimentale hanno completato una batteria di questionari prima e dopo il programma di formazione di 6 settimane e al follow-up di 3 mesi. I componenti del gruppo di confronto hanno completato i questionari durante lo stesso periodo e non il follow-up a 3 mesi.

Al termine dell'attività, ai partecipanti è stato chiesto di completare e restituire i questionari progettati ai fini di questo studio per valutare la pratica eseguita a casa e il livello di accettazione del programma.

Durata : intervento di sei settimane. Sei sessioni di gruppo della durata di due ore.

Scale utilizzate/risultati misurati : per questo studio sono state utilizzate le scale:

- The Professional Quality of Life Scale versione 5 (ProQOL-5) come misura di self-report di 30 voci composta da 3 punti: *compassion satisfaction*, *burnout* e stress traumatico secondario. I partecipanti indicarono la frequenza con cui ogni elemento è stato sperimentato attraverso una scala Likert a 5 elementi (1 = "mai", 5 = "molto spesso").

- Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21) la quale comprende 3 punti contenenti ciascuna 14 voci in grado di misurare i sintomi di depressione, ansia e stress.

Utilizza una scala di valutazione a 4 punti (0 = non si applicava affatto a me, 3 = "si applicava molto a me").

	<ul style="list-style-type: none">- Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II): composto da 7 voci di rigidità psicologica/evitamento esperienziale. Le risposte comprendono 7 punti da 1 = “mai vero” a 7 = “sempre vero”. L’ottenimento di un punteggio alto in questa scala andrà ad indicare una maggiore riflessione e pensiero riflessivo.- Ruminative responses Scale-Short (RRS): scala composta da 10 voci rispetto alle originali 22. Essa comprende due fattori: “riflessione” e “rimuginare” sui quali sono state poste delle domande.- The Five Faces of Mindfulness Questionnaire (FFMQ): questionario composto da 39 item che valutano 5 aspetti della mindfulness. Gli item sono valutati su una scala Likert che va da 1 (mai o molto raramente vero) a 5 (molto spesso o sempre vero). I fattori includono: osservazione, descrizione, non giudicare l’esperienza interiore e non reattività all’esperienza interiore.- Self-Compassion Scale (SCS): scala di autovalutazione sviluppata per valutare sei componenti, tra i quali l’auto-gentilezza, umanità comune, auto-giudizi, consapevolezza e sovra identificazione.- Satisfaction with Life Scale (SWL): scala composta da 5 voci progettata per misurare i giudizi cognitivi globali sulla propria soddisfazione nella vita. è stato chiesto ai partecipanti di indicare quanto sono d’accordo o in disaccordo con ciascuna delle 5 voci attraverso una scala a 7 punti (7 = fortemente d’accordo, 1 = fortemente in disaccordo).	
--	---	--

Tabella 4. *A Qualitative Study of a Compassion, Presence, and Resilience Training for Oncology Interprofessional Teams*

Autore, anno, paese e tipo di studio	Materiali e metodi	Risultati principali
<p>Nissim et al., (2019)</p> <p>Toronto, Ontario, Canada</p> <p>Studio pilota qualitativo</p>	<p>Obiettivi : l'obiettivo di questo studio è di chiarire l'esperienza soggettiva degli operatori sanitari che lavorano in oncologia sottoposti a CPR-T e la percezione che loro hanno in merito ai suoi benefici, rischi o sfide.</p> <p>Partecipanti : 30 operatori sanitari oncologici registrati ai gruppi pilota CPR-T dei quali vennero raggiunti solo 16.</p> <p>Campione : il campione di questo studio è composto da 10 operatori sanitari di due distinti team di oncologia interprofessionale in un grande ospedale di Toronto (4 appartenenti al primo gruppo pilota e 6 al secondo gruppo).</p> <p>Materiale di studio : registratori per le interviste.</p> <p>Modalità di reclutamento : i partecipanti hanno ricevuto un'e-mail che li invitava a prendere parte alle interviste e che sarebbero stati contattati da un assistente di ricerca per discutere dello studio.</p> <p>Attività proposta : sono state audio registrate e trascritte testualmente le interviste ai due gruppi in grado di esplorare la propria esperienza con il CPR-T attraverso nove domande generali (proposte dal protocollo di intervista) riguardanti i benefici o le sfide percepite durante ed in seguito all'attività. Per ciascun gruppo è stata predisposta una copertura aggiuntiva per garantire</p>	<p>Risultati :</p> <ul style="list-style-type: none"> -i partecipanti allo studio hanno riportato la capacità di sostituire alcune delle proprie azioni abituali allo stress con risposte più utili grazie alla nuova prospettiva acquisita dello stress, nell'essere in grado di riconoscerlo, e quindi, di controllarlo, aiutandoli in questo modo a sviluppare un'attenzione attiva e responsabilità verso i propri bisogni. -I partecipanti hanno descritto più presenza ed empatia nelle proprie interazioni con pazienti e colleghi. -I partecipanti sono diventati consapevoli di tendenze come il perfezionismo e l'autocritica, riuscendo a sostituirli con l'accettazione di sé e <i>self-compassion</i>. -I risultati hanno dimostrato l'importanza del supporto organizzativo durante l'esecuzione del CPR-T e di consentire ai partecipanti di assistere alle sessioni durante l'orario lavorativo. -I risultati di questo studio hanno suggerito come la CPR-T sia utile nell'incrementare la sicurezza psicologica all'interno dei gruppi interprofessionali di oncologia, la quale viene associata a sua volta ad un apprendimento efficace e all'attuazione di nuove pratiche cliniche. -Le micro-pratiche suggerite sono state facilmente integrate nella routine lavorativa rispetto alla pratica formale di meditazione seduta, la quale venne percepita difficile da sostenere per i partecipanti.

	<p>la partecipazione alle sessioni durante il normale orario lavorativo. I partecipanti hanno anche avuto la possibilità di svolgere delle micro-pratiche facilmente intrecciabili nelle attività lavorative. Le interviste si sono concluse una volta raggiunta la saturazione dei dati.</p> <p>Durata : il CPR-T è stato svolto nell'arco di 8 settimane in sessioni di 1,5 ore settimanali. Le interviste ebbero una durata dai 30 ai 90 minuti. La raccolta dati si è protratta da 1 a 5 mesi dal completamento del CPR-T.</p> <p>Scale utilizzate/risultati misurati : per questo studio è stato utilizzato il CPR-T (Compassion, Presence, Resilience Training): un intervento basato sulla consapevolezza e basato sul team per gli operatori sanitari che lavorano nell'ambito oncologico. Sviluppato da due degli autori dell'articolo, è un programma di formazione che utilizza una serie di pratiche di <i>mindfulness</i> e discussioni guidate. Progettato per essere erogato sul posto di lavoro, per coltivare compassione, reattività e cura di sé; rafforzare la presenza, l'attenzione focalizzata e l'accettazione non giudicante; costruire resilienza, resistenza, equilibrio e la capacità di affrontare circostanze stressanti con equanimità.</p>	<p>LIMITI DELLO STUDIO</p> <ul style="list-style-type: none">- Il campione dello studio comprende più tipologie di operatori sanitari di oncologia.
--	--	---

Tabella 5. *Evaluation of a Meditation Intervention to Reduce the Effects of Stressors Associated with Compassion Fatigue Among Nurses*

Autore, anno, paese e tipo di studio	Materiali e metodi	Risultati principali
<p>Hevezi, (2016)</p> <p>Stati Uniti d'America</p> <p>Studio pilota non randomizzato</p>	<p>Obiettivi : l'obiettivo di questo studio è valutare se meditazioni strutturate della durata di meno di 10 minuti possano ridurre la <i>compassion fatigue</i> (FC) migliorando la <i>compassion satisfaction</i> (CS) negli infermieri oncologici.</p> <p>Partecipanti : inizialmente 17 partecipanti.</p> <p>Campione : 15 infermiere auto-identificate dell'unità pilota, tutte di sesso femminile.</p> <p>Materiale di studio : CD audio contenente tecniche di meditazione, PowerPoint stampato al fine educativo, sondaggio ProQOL 5.</p> <p>Modalità di reclutamento : in seguito all'approvazione del comitato di revisione istituzionale dell'Università della California di San Diego, gli infermieri registrati nell'unità pilota sono stati invitati a partecipare allo studio tramite e-mail, annunci di riunioni del personale e passaparola.</p> <p>Attività proposta : a ciascun partecipante è stata consegnata una cartella contenente un PowerPoint stampato educativo che descriveva FC, CS, <i>burnout</i>, cura di sé e <i>mindfulness</i>. Inoltre, la cartella conteneva un CD audio realizzato dall'autore il cui contenuto comprendeva una tecnica di respirazione consapevole (4 minuti) per la riduzione dello stress in relazione ad uno</p>	<p>I risultati estrapolati dai costrutti ProQOL, hanno rivelato che l'attività ha dimostrato un aumento statisticamente significativo dei punteggi CS ed una diminuzione del <i>burnout</i> nonostante il campione ridotto.</p> <p>Tutti i partecipanti hanno riferito una maggior sensazione di rilassamento, sviluppo del senso di <i>self-compassion</i>, cambiamenti positivi nelle reazioni fisiche, emotive e mentali allo stress nelle domande supplementari. Il campione ha riferito un'alta probabilità di incorporare la meditazione nei loro piani futuri per la cura di sé stessi.</p>

	<p>scenario tipico lavorativo, una meditazione di respirazione (8 minuti) per il rilassamento, ed una meditazione LKM (4 minuti) progettata per coltivare la <i>self-compassion</i>. Il contenuto della cartella comprendeva anche delle informazioni in merito agli esercizi nel CD e allo studio stesso.</p> <p>I partecipanti si sono impegnati nel praticare le meditazioni per 5 giorni a settimana per 4 settimane. È stato chiesto agli infermieri di completare il ProQOL 5 prima di iniziare le meditazioni, per poi essere interrogati in modo casuale durante l'attività su come stesse procedendo. Infine, venne ricordato ai partecipanti di completare il post-ProQOL e le domande supplementari contenute nelle proprie cartelle.</p> <p>Durata : studio di 6 mesi (2014)</p> <p>Scale utilizzate/risultati misurati :</p> <ul style="list-style-type: none">- Sondaggio ProQOL versione 5: completato prima e dopo l'attività proposta dallo studio. Scala di tipo Likert composta da 30 domande dove le risposte vanno da 1 = mai a 5 = molto spesso. Nella ProQOL post-intervento sono state completate quattro domande soggettive supplementari e un'opportunità per una risposta di testo libero.	
--	---	--

Tabella 6. *Helping the helpers: mindfulness training for burnout in pediatric oncology--a pilot program*

Autore, anno, paese e tipo di studio	Materiali e metodi	Risultati principali
<p>Moody et al., (2013)</p> <p>Studio pilota RCT</p> <p>Stati Uniti d'America e Israele</p>	<p>Obiettivi : questo studio valuta l'efficacia di un corso basato sulla <i>mindfulness</i> nella riduzione del <i>burnout</i> in un gruppo multidisciplinare di membri del personale di oncologia pediatrica.</p> <p>Partecipanti : dei 156 operatori sanitari reclutati, ne parteciparono 48.</p> <p>Campione : comprende 48 operatori sanitari (24 in ciascuna delle due sedi), tra i quali infermieri, assistenti sociali, medici, psicologi e specialisti pediatrici. L'80% del campione totale è di sesso femminile. Il 53% dei partecipanti sono infermieri. I gruppi di controllo e di intervento sono bilanciati per genere, disciplina, anni di pratica e stato civile. Nel gruppo di intervento vi erano più persone religiose auto dichiarate. I criteri di inclusione della popolazione comprendono un minimo di un anno di esperienza nella pratica oncologica pediatrica e l'impegno a completare il corso per tutta la sua durata.</p> <p>Materiale di studio : CD contenenti le registrazioni delle pratiche del programma MBC.</p> <p>Modalità di reclutamento : il personale clinico di oncologia è stato reclutato da due programmi di ematologia ed oncologia pediatrica accademici urbani in due paesi occidentali differenti per testare l'applicabilità di questo</p>	<p>Risultati riguardanti il <i>burnout</i> : quasi il 100% dei partecipanti ha soddisfatto i criteri con alti livelli di <i>burnout</i> nelle categorie di realizzazione personale (PA) e depersonalizzazione (DP). Questi risultati sono apparsi in entrambi i gruppi in tutte le fasi dello studio. Nella categoria dell'esaurimento emotivo (EE), più del 95% dei partecipanti di entrambi i gruppi, nelle diverse fasi dello studio ha mostrato livelli di <i>burnout</i> moderati o alti.</p> <p>Risultati riguardanti lo stress percepito : non vi sono differenze significative tra i due gruppi dello studio. I punteggi medi di entrambi i gruppi hanno suggerito una percezione dei livelli di stress superiore alla media del gruppo dello studio.</p> <p>Risultati in base alla depressione : la depressione era quasi assente in entrambi i gruppi dello studio. Non vi sono stati cambiamenti significativi prima e dopo l'intervento ed alcuna differenza significativa tra i due gruppi. Questi risultati hanno fatto in modo che la depressione venisse esclusa come comorbidità in grado di influenzare i risultati del corso MBI.</p> <p>I risultati hanno evidenziato un'adesione alla pratica quotidiana significativamente migliore nei partecipanti</p>

	<p>studio in culture diverse e poter consentire il raggiungimento di risultati più generalizzabili.</p> <p>Attività proposta : è stato chiesto, all'interno di questo studio, di partecipare al corso basato sulla consapevolezza (MBC) in un gruppo intervento e un gruppo controllo. Un corso di formazione strutturato erogato in un ambiente di gruppo all'interno del rispettivo ospedale. Il corso prevedeva una sessione iniziale di 6 ore, 6 sessioni di follow – up settimanali della durata di un'ora ed un'ultima sessione di conclusione di 3 ore (15 ore di lezione in totale).</p> <p>Una volta fornito il consenso informato, i partecipanti sono stati suddivisi in base alle rispettive professioni e assegnati in modo casuale ai due gruppi, utilizzando uno schema di numeri casuali generato dal computer in blocchi di 10. I partecipanti si ritrovarono ad appartenere, da una parte, ad un gruppo entro il quale avrebbero partecipato ad un corso basato sulla consapevolezza (intervento) e dall'altra ad un gruppo senza alcun intervento (controllo).</p> <p>Inoltre, ai partecipanti dello studio sono stati fornite delle brevi registrazioni della durata di 10-20 minuti contenenti le pratiche introdotte nel corso con lo scopo di potersi esercitare quotidianamente. I partecipanti sono stati incoraggiati a portare le qualità di consapevolezza sviluppate attraverso la formazione nella propria vita personale e professionale.</p> <p>Inoltre, venne chiesto ai partecipanti dello studio di tenere un diario da compilare quotidianamente con i sentimenti provati a lavoro e a casa riguardanti la propria esperienza al MBC.</p>	<p>statunitensi rispetto al gruppo israeliano in tutte le fasi dell'attività.</p> <p>Risultati dei dati qualitativi : i partecipanti durante le interviste rivelarono una maggiore pace interiore, calma, gioia, diminuzione dello stress e dell'ansia e migliore capacità di gestire le situazioni stressanti (compreso il dolore fisico) con l'avanzare del corso. Risultò una maggiore consapevolezza, auto-consapevolezza e capacità di concentrarsi tra i partecipanti. Emerse dalle interviste anche un maggior apprezzamento, una maggior gratitudine e compassione sia nel lavoro che a casa.</p> <p>Venne rivelata anche la presenza di maggior stress legato alla partecipazione ai corsi dello studio da parte di 5 partecipanti, mentre tutti gli altri partecipanti riportarono esperienze positive in successione al corso offerto.</p> <p>Risultati complessivi dello studio : lo studio non mostra alcun effetto dell'allenamento alla <i>mindfulness</i> sui punteggi oggettivi riguardanti il burnout, stress percepito o depressione. Emerge l'ipotesi per la quale questa mancanza di beneficio potrebbe essere dovuta alla gravità riguardante il reparto di oncologia pediatrica. I dati qualificativi suggeriscono la presenza di beneficio del corso <i>mindfulness</i> tra i partecipanti, ma non abbastanza significativi da ridurre i sintomi del <i>burnout</i>.</p> <p>Criteri di esclusione : studio effettuato nel 2013</p>
--	---	--

	<p>Durata : corso di 8 settimane.</p> <p>Scale utilizzate/risultati misurati :</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Maslach Burnout Inventori (MBI)</i>- <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i>- <i>Perceived Stress Scale (PSS)</i> <p>Tutti e tre le scale sono state somministrate ad entrambi i gruppi dopo l'MBC di otto settimane.</p> <p>Inoltre, ai partecipanti è stato chiesto di completare anche un'indagine demografica di base che includeva domande relative alle precedenti esperienze di <i>mindfulness</i> e di strategie di medicina alternativa.</p>	
--	--	--

Tabella 7. *Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation*

Autore, anno, paese e tipo di studio	Materiali e metodi	Risultati principali
<p>Dos Santos et al., (2016)</p> <p>Brasile</p> <p>Studio pilota</p>	<p>Obiettivi : l'obiettivo dello studio mira nel valutare gli effetti di un programma di riduzione dello stress che includa la <i>mindfulness</i> tra gli infermieri che lavorano in un ambiente ospedaliero.</p> <p>Campione : composto da 13 volontari allo studio del personale infermieristico dell'Ospedale Universitario São Paulo. Età pari o superiore a 18 anni che non praticavano regolarmente la meditazione.</p> <p>Vennero esclusi dal campione gli infermieri con sintomi di depressione grave, valutati dal Beck Depression Inventory (BDI).</p> <p>Modalità di reclutamento : all'interno di questo studio, il personale infermieristico venne reclutato tramite l'invio di e-mail e la diffusione di poster nella Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).</p> <p>Attività proposta : è stato chiesto al personale infermieristico di partecipare al programma di riduzione dello stress (SRP). Le pratiche eseguite dagli infermieri all'interno di questo studio comprendono: attenzione e concentrazione inerenti al momento presente, focus sulle sensazioni corporee, consapevolezza del respiro, consapevolezza informale (concentrazione su attività di vita quotidiana), meditazione di gentilezza amorevole.</p>	<p>Risultati quantitativi : tra la fase pre-programma e post-programma c'è stata una significativa riduzione della depressione, dello stress percepito, del <i>burnout</i> e dell'ansia. Al contempo, c'è stato un aumento significativo dei domini fisici e psicologici della scala della qualità della vita.</p> <p>Tra la fase post – programma e la fase di follow – up c'è stato un calo significativo dei domini fisici e psicologici della scala della qualità di vita, sei settimane dopo la fine del programma. Nessuna delle altre variabili ha mostrato differenze significative tra i punteggi post – programma e follow – up.</p> <p>Risultati qualitativi : la maggior parte dei partecipanti allo studio ha riportato un miglioramento della propria reattività all'esperienza interiore, quindi la tendenza a permettersi di provare sensazioni, pensieri e sentimenti con maggiore reattività e apertura senza esserne influenzati. I risultati hanno mostrato miglioramenti nella percezione più attenta delle esperienze interne ed esterne ed una maggiore attenzione e consapevolezza delle azioni e degli atteggiamenti in ogni momento.</p> <p>MBSR sembrerebbe aver influenzato positivamente il lavoro infermieristico all'interno di questo studio, alterando le attività e le relazioni nell'ambiente</p>

	<p>I partecipanti hanno completato delle scale nell'arco di tre fasi: iniziale (prima del programma), sei settimane dopo (post-programma) e sei settimane dopo a partire dalla conclusione del programma (follow-up).</p> <p>Durata : programma di sei settimane, comprendente 24 sessioni di gruppo da 60 minuti.</p> <p>Scale utilizzate :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Beck Depression Inventory (BDI) -Self-Reporting Questionnaire (SRQ) -Questionario sociodemografico e clinico creato dal gruppo di ricerca di questo studio per definire i criteri di inclusione ed esclusione. Esso include domande per caratterizzare i candidati stessi ed alcuni aspetti clinici relativi all'uso di alcol, tabacco, droghe e uso di farmaci. -Perceived Stress Scale (PSS) -Maslach Burnout Inventory (MBI) -State-Trait Anxiety Inventory (STAI) -Satisfaction with Life Scale (SWLS) -La scala dell'auto – compassione (SCS) -WHOQOL – BREF -Workplace Stress Scale (WSS) - Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) <p>Raccolta ed analisi dati qualitativi : gli aspetti qualitativi sono stati raccolti al termine della partecipazione al programma SRP, ovvero al termine delle fasi post-programma, con il fine di registrare la reazione personale degli infermieri.</p> <p>La tecnica scelta per la raccolta dati è stata l'intervista di gruppo, per il suo costo basso, la sua ricchezza di dati e per la stimolazione dei partecipanti nel rivelare dettagli</p>	<p>ospedaliero, il che supporta il suggerimento dei partecipanti riguardo il continuare ad offrire questo programma all'interno dell'ospedale.</p> <p>L'allenamento alla consapevolezza ha migliorato i parametri fisici e psicologici e ha avuto un effetto positivo sulla prevenzione del <i>burnout</i>. MBSR è uno stile di coping positivo protettivo contro il <i>burnout</i> e livelli decrescenti di <i>burnout</i>, stress e depressione.</p> <p>Le modifiche sono state mantenute a sei settimane dopo l'intervento.</p> <p>Limiti allo studio : questo studio comprende un campione più ampio e meno specifico di operatori sanitari non provenienti unicamente da reparti di oncologia.</p>
--	---	---

	<p>importanti sulla loro percezione, interesse e significato del programma. Per analizzare i dati qualitativi è stata utilizzata la <i>Content Analysis</i> e la <i>Facets of Mindfulness Questionnaire</i>.</p>	
--	--	--

4.0 DISCUSSIONE

L'obiettivo di questa revisione della letteratura è di indagare in che modalità la *mindfulness* potrebbe prevenire il *burnout* negli infermieri impiegati presso un reparto oncologico.

Come riportato all'interno del quadro teorico, l'oncologia è un reparto entro il quale si è esposti ad uno stress lavorativo maggiore rispetto ad altre specialità da parte degli infermieri. Nonostante queste affermazioni, in letteratura, tutt'oggi, vi sono pochi articoli dedicati ad un miglioramento dell'assistenza infermieristica oncologica associati alla *mindfulness* e al *burnout*. Motivo per cui, in questa ricerca, sono stati selezionati alcuni articoli che comprendono non solo infermieri, ma una popolazione più vasta e varia di operatori sanitari come infermieri di differenti reparti ed equipe di oncologia interprofessionali. Tutte figure professionali che, nonostante rappresentino elementi non indispensabili per questa ricerca, si trovano a lavorare a stretto contatto con l'infermiere, influenzando così il suo benessere sul posto di lavoro. Dagli studi riportati, la *mindfulness* portò benefici anche nelle categorie che non si intendevano analizzare, rendendo la pratica della consapevolezza una valida e ampia modalità di prevenzione per il *burnout*. Le scale di misurazione utilizzate negli studi riportati rappresentavano nella maggioranza modalità di misurazione del *burnout*, come la Maslach *Burnout Inventory*, scale utilizzate per la depressione e lo stress. Nello studio degli autori Hegel et al () venne presa in considerazione anche la variabile empatica dei partecipanti con l'introduzione della scala Basic Empathy Scale (BES), mentre gli autori Nissim et al (2019) misurarono i risultati tramite la scala CPR-T, la quale risultò in grado di accrescere l'empatia nelle interazioni lavorative degli operatori sanitari.

Solo nello studio degli autori Moody et al (2013) non si sono ottenuti risultati significativi riguardo gli effetti della *mindfulness* in grado di influenzare il *burnout*, lo stress o la depressione del personale per lo più infermieristico. Questo studio si differenziava per comprendere all'interno del proprio campione, sì infermieri oncologici, ma attivi in un reparto di pediatria, il che fa sorgere l'ipotesi per la quale questa mancanza di beneficio del corso potrebbe essere correlata alla complessità del reparto pediatrico.

4.1 Analizzare i benefici della *mindfulness* negli infermieri oncologici.

Negli articoli selezionati, emergono molteplici benefici della *mindfulness*, sia dal punto di vista fisico che psichico del personale.

Negli studi degli autori Qualls et al (2022) e Dos Santos et al (2016), venne applicata la tecnica di riduzione dello stress basata sulla consapevolezza (MBSR) sugli infermieri, la quale portò a benefici sia fisici che psicologici. Nel primo studio emerse una diminuzione della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e respiratoria negli infermieri delle due unità di oncologia, in particolar modo emerse una riduzione della pressione sistolica. Anche nello studio di Dos Santos (2016) emerse un miglioramento dei medesimi parametri vitali, con la differenza che il campione preso in considerazione comprendeva infermieri non solo di oncologia, ma appartenenti a diversi reparti ospedalieri. Dati da considerare nella misura in cui il 75% delle malattie cardiache è attribuito a stress lavorativo (Fulcheri & Novara, 1992).

L'intervento di riduzione dello stress basata sulla consapevolezza (MBSR) applicato nello studio più recente, ha identificato come possa portare beneficio anche se praticato per breve tempo ma con costanza prima di ogni turno lavorativo (Qualls et al., 2022).

I benefici della *mindfulness* emersero anche negli studi dove il tempo dedicato da parte degli infermieri, risultava di pochi minuti. Lo studio di Hevezi (2016), confermò come una meditazione strutturata della durata di meno di 10 minuti per sei mesi, riportò una sensazione di rilassamento, uno sviluppo di *self-compassion* e cambiamenti positivi allo stress. Il fatto di poter trarre tali benefici in seguito a pochi minuti di pratica, ha portato i partecipanti infermieri a valutare la possibilità di incorporare la meditazione nei loro piani futuri (Hevezi, 2016). Nello studio degli autori Nissim et al (2019), gli operatori sanitari oncologici sono stati sottoposti al *compassion, presence and resilience training* (CPR-T), un programma di benessere innovativo che suggerisce anche delle micro-pratiche da poter integrare facilmente nella routine lavorativa rispetto alla pratica formale di meditazione, il quale diede come risultati un incremento della sicurezza psicologica all'interno dei *team* interprofessionali di oncologia. Questo esito dello studio venne associato in seguito ad un apprendimento efficace e allo sviluppo di pratiche cliniche innovative (Nissim et al., 2019).

Nonostante la pratica *mindfulness* risulti efficace anche in seguito a brevi pratiche, la quantità di tempo dedicato, risulta ad ogni modo significativa. Come emerso nello studio di Duarte e Pinto Gouveia (2016) dove i risultati suggerirono come gli infermieri che dedicavano più tempo alla pratica *mindfulness*, mostravano maggiori diminuzioni di depressione e *burnout* ed un aumento di *self-compassion* rispetto al gruppo di infermieri che praticava meno.

Uno studio afferma come l'allenamento alla consapevolezza possa essere in grado di ridurre livelli di stress negli infermieri in oncologia tramite lo sviluppo delle capacità di regolazione delle emozioni (Duarte & Pinto Gouveia, 2016). Diversi studi hanno chiarito in passato come l'allenamento alla *mindfulness* tramite la meditazione possa avere un grande effetto sulle aree cerebrali associate alla regolazione delle emozioni e alla regolazione dell'attenzione (Chiesa et al., 2013).

Pertanto, negli studi selezionati di Qualls et al (2022), Duarte & Pinto Gouveia (2016), Hevezi (2016) & Dos Santos et al (2016), gli infermieri che ricevettero la formazione sulla consapevolezza, riportarono diminuzioni significative del *burnout* e dello stress ed una maggiore soddisfazione per la vita a differenza degli infermieri che non ricevettero la formazione. Anche gli studi con campioni misti di personale sanitario di Hegel et al (2021), Nissim et al (2019) & Moody et al (2013) mostrarono punteggi di stress e *compassion fatigue* inferiori là dove vi era una maggiore consapevolezza. Nello studio degli autori Nissim et al (2019), i partecipanti comunicarono un'ulteriore presenza ed empatia nelle proprie interazioni sia con i pazienti che con i colleghi.

Negli studi selezionati è emersa l'importanza della formazione alla consapevolezza per promuovere il benessere dei professionisti della salute, dove per benessere si intende appagamento, funzionamento positivo, soddisfazione per la vita, presenza di emozioni positive e assenza di emozioni negative (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

4.2 Analizzare l'impatto della *mindfulness* sulle dimensioni che costituiscono il *burnout*.

Negli studi selezionati in questa ricerca, emerge come la *mindfulness* sia un fattore protettivo per l'insorgenza del *burnout*.

Lo studio degli autori Hegel et al. (2021), ha determinato il ruolo di una dimensione specifica della consapevolezza, ovvero, l'attenzione incentrata sul presente, affermando come la *mindfulness* è associata a tutte le componenti del *burnout* su un campione

composto da 118 professionisti sanitari. Da questo studio è emerso come una maggiore consapevolezza focalizzata sul presente sia associata ad un minore esaurimento emotivo, una delle dimensioni del *burnout* (Hegel et al., 2021). Quest'ultimo studio si equipara allo studio condotto dagli autori Nissim et al (2019) per l'inclusione dell'analisi dell'empatia, la quale venne anch'essa associata a punteggi elevati di compassion satisfaction insieme alla consapevolezza.

Hegel e colleghi (2021), ottennero dei risultati per i quali la consapevolezza venne associata positivamente a punteggi di compassion satisfaction più elevati. Gli studi selezionati, affermarono come la Compassion Satisfaction sia in grado di contrastare la compassion fatigue ed influenzare negativamente l'evoluzione del *burnout*. Come emerse anche da altri studi, la compassion fatigue risulta essere un fattore di rischio per lo sviluppo del *burnout* (Kim et al., 2021). Pertanto, la *mindfulness* risulta in grado, non solo di eludere le dimensioni del *burnout*, ma anche di favorire lo sviluppo di fattori protettivi che limitano l'insorgenza di fattori di rischio. Risultati simili si ottennero anche dove il campione risultava composto da soli infermieri come dimostrato negli studi di Duarte e Pinto Gouveia (2016) e Hevezi (2016), dove i test mostrarono una diminuzione significativa della compassion fatigue associata ad un aumento della compassion satisfaction in seguito al programma basato sulla consapevolezza.

Il programma di *mindfulness* ebbe un impatto differente sulle dimensioni del *burnout* secondo lo studio effettuato dagli autori Moody et al (2013), i quali presero in considerazione un campione di 48 membri del personale di oncologia pediatrica. I dati qualificativi di questo studio suggerirono la presenza di beneficio del corso *mindfulness*, ma essi non furono abbastanza significativi da ridurre le dimensioni di esaurimento emotivo, depersonalizzazione ed aumentare la realizzazione personale (Moody et al., 2013).

4.3 Limiti

I limiti riscontrati nella stesura di questa revisione della letteratura hanno riguardato, in primis, la difficoltà nel reperire del materiale scientifico nella letteratura riguardante la figura dell'infermiere oncologico legato alla tematica trattata. Nonostante il tema della *mindfulness* stia diventando sempre più attuale con il passare negli anni, in letteratura sono ancora ridotte le ricerche riguardanti formazioni lavorative specifiche in determinati settori. In alcuni degli articoli selezionati, come negli studi di Hegel et al (2021), Nissim et al (2019) & Moody et al (2013), la ricerca venne estesa ad un campione più ampio di operatori sanitari rendendo i risultati meno specifici.

A seguire, un altro limite riscontrato riguarderebbe l'ampiezza dei campioni selezionati, alcuni dei quali comprendenti una popolazione molto ridotta come negli studi degli autori Qualls et al (2022) e Dos Santos et al (2016).

4.4 Sviluppi futuri

Attraverso questa revisione della letteratura si è andati ad analizzare i benefici della *mindfulness* attraverso le tecniche che la rappresentano per la prevenzione del *burnout* negli infermieri impegnati in reparti di oncologia. Risulta di rilevante importanza promuovere formazioni in grado di migliorare il benessere degli infermieri ed in seguito l'erogazione delle cure per ridurre le carenze del personale in ambito ospedaliero e limitare così il sovraccarico degli infermieri che rimangono operativi a lavoro. Questo perché, come dimostrato dagli studi selezionati, più ore a contatto con il paziente equivalgono a punteggi di stress più elevati negli infermieri, per tal motivo l'investimento

di corsi *mindfulness* salvaguarderebbe non solo il personale come persona, ma l'intera organizzazione ospedaliera, arrivando, probabilmente in un futuro, ad ottenere più profitto investendo su questi corsi formativi che confrontandosi costantemente con assenteismi e mancanza di personale in oncologia.

È auspicabile che in futuro vengano sviluppate ricerche in ambito infermieristico oncologico basate sulle evidenze comprendendo campioni più ampi. A tal proposito potrebbe essere necessario modificare la modalità di reclutamento dei partecipanti, attraverso campagne più coinvolgenti e in grado di non alleggerire troppo quella che è la problematica del *burnout* o proporre più programmi in grado di essere applicati anche durante il lavoro senza doverne impegnare troppo tempo dove vi è un lavoro già di per sé dispendioso.

5.0 CONCLUSIONE

L'elaborazione del mio lavoro di Bachelor mi ha reso attenta sulle complicità che possono minacciare e colpire gli infermieri durante il proprio percorso professionale. Il *burnout* è un termine spesso usato ma al quale non si dà sempre il giusto peso. Si insinua all'interno dei reparti colpendo in maniera silente il personale infermieristico oncologico, venendo spesso confuso con stanchezza passeggera o giornate negative associate alla complessità del reparto. Il lavoro dell'infermiere comprende l'attenzione nell'individuare i sintomi del paziente in modo da poter effettuare un piano di cura adeguato, ma a volte dimentichiamo di essere persone anche noi, e come tali, risulterebbe opportuno avere la stessa attenzione per noi stessi nel riconoscere la sintomatologia che potrebbe portarci a compromettere il nostro benessere.

Durante la redazione della mia tesi, hanno avuto spesso lo scettro i termini di *compassion fatigue* e *compassion satisfaction*, due termini non ampiamente conosciuti ed approfonditi come il *burnout* ma che ricoprono un ruolo importante nella sua manifestazione. È stato affermato in letteratura come la *compassion fatigue* abbia contribuito ad attuare dei cambiamenti nelle capacità lavorative del personale sanitario oncologico. In particolar modo, l'evitamento dei pazienti oncologici, soprattutto quelli gravi, causato da una bassa motivazione nell'impegnarsi con i pazienti per proteggersi dall'intensità emotiva del lavoro in oncologia (Kim et al., 2021). Tale distacco potrebbe a lungo andare avere un impatto sul processo decisionale relativo al proprio lavoro, andando a promuovere il *burnout*, con la manifestazione di mancanza di motivazione nel lavoro, sentimenti di impotenza, frustrazione, bassa soddisfazione sul lavoro fino al desiderio di lasciare la propria professione (Kim et al., 2021).

In seguito alle pratiche *mindfulness*, due elementi emersi da questa revisione della letteratura, sono stati la presenza e l'empatia. Due condizioni riconosciute come fattori protettivi contro il *burnout* e la *compassion fatigue* (Horowitz et al., 2003). Secondo questa affermazione, l'allenamento nello stimolare questi approcci nella pratica infermieristica, risulterebbe ottimale nel prevenire il *burnout* ancor prima che quest'ultimo si manifesti. In letteratura è noto come l'empatia e la presenza siano un contributo nella manifestazione della *compassion satisfaction* (Horowitz et al., 2003). Elementi che aiuterebbero gli infermieri in oncologia nella ricerca di significato del proprio lavoro quindi ad una maggiore soddisfazione in grado di allontanare le manifestazioni del *burnout*.

I programmi *mindfulness* proposti dagli studi selezionati, si differenziano anche per la loro durata, quindi il tempo richiesto da dedicarvi. Nello studio degli autori Moody et al (2013), è emerso, anche se in una minima parte della popolazione, come gli infermieri sentivano

stressante il fatto di dover dedicare del tempo al corso, oltre che al proprio lavoro. Per questo l'applicazione di programmi come il CPR-T o simili sono stati apprezzati dai partecipanti per la possibilità di poterli applicare durante l'orario lavorativo, ottenendo in questo modo dei risultati soddisfacenti nella diminuzione di *burnout*. Inoltre il programma CPR-T, come anche interventi simili basati sulla consapevolezza, è stato affermato che possa aiutare a contrastare il documentato declino dell'empatia negli infermieri, quindi aiutare notevolmente nella prevenzione del *burnout* (McFarland et al., 2017).

La ricerca condotta al fine di soddisfare lo scopo della revisione della letteratura, mi ha portata a risultati soddisfacenti nonostante il limite degli articoli ridotti all'interno delle banche dati. Ho scoperto interesse per la ricerca scientifica tramite l'indagine di articoli innovativi all'interno delle banche dati.

L'importanza di essere consapevoli delle nostre azioni, di essere presenti nel "qui ed ora" ponendo attenzione alle cose che ci circondano costantemente. Questo rappresenta la *mindfulness*, un cambio di occhiali in grado di non renderci giudicanti ma osservatori attenti ad ogni nostro passo durante il cammino. Ho deciso di aprire il mio lavoro di bachelor con un haiku, uno stile di poesia giapponese sprovvista di titolo, composta da poche parole ma in grado di rappresentare sempre un "qui ed ora". Esso è in grado di evocare nel lettore le sensazioni che equivalgono ad un'immagine, rappresenta le parole non dette, quelle a volte di maggior importanza. Scrisse il poeta giapponese Matsuo Bashō: "Stanchezza: entrando in una locanda, i glicini" (Dal Pra, 2017). Parole che esprimono la sensazione di stanchezza di un visitatore che si placa una volta varcata la porta della locanda, all'interno della quale, grazie alla mente già a riposo, si accorge della bellezza dei glicini e si dimentica della propria stanchezza. Si tratta del viaggio nella consapevolezza, l'attenzione al momento presente è capace di farci apprezzare anche dei semplici glicini e di farci provare una sensazione di soddisfazione e gratitudine, tale da dimenticarci della stanchezza ed evitare il *burnout*. Nella mia futura professione cercherò di apprezzare e ricordare il motivo per cui ho scelto di fare l'infermiera, ricordandomi di avere sempre un occhio di riguardo anche per me oltre che per il prossimo.

6.0 RINGRAZIAMENTI

Non mi rimane che concludere il mio lavoro di tesi ringraziando coloro che mi hanno accompagnato lungo il mio percorso formativo.

Un ringraziamento speciale al docente e relatore di tesi Sergio Piasentin, per la capacità che ha dimostrato di stimolare il mio interesse per l'argomento qui discusso, per la passione che è in grado di trasmettere a noi studenti durante le lezioni e per avermi guidata in questo ultimo step della mia formazione.

Ringrazio la mia famiglia per avermi supportato e sopportato. Ringrazio mia madre per essere sempre stata la mia fan numero uno, per aver creduto in me ancor prima che io credessi in me stessa e mio fratello per il suo supporto tecnico sempre di grande aiuto e per avermi alleggerito le giornate con pizza e serie tv.

Ringrazio le mie compagne di università e future colleghe, per aver condiviso i momenti più belli, i traguardi, le notti insonni e i kinder bueno.

Ringrazio i miei amici per avermi fatto distrarre sempre dove ce n'era bisogno, tirando per me il freno a mano in determinate situazioni.

7.0 BIBLIOGRAFIA

- Baiocco, R., Crea, G., Laghi, F., & Provenzano, L. (2004). *Il rischio psicosociale nelle professioni di aiuto*. Erickson.
- Bakker, D., Strickland, J., MacDonald, C., Butler, L., Fitch, M., Olson, K., & Cummings, G. (2013). *The Context of Oncology Nursing Practice: An Integrative Review*. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31824afadf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). *Health-related quality of life (HRQOL): Well-being concepts*. <https://www.cdc.gov/hrqol/wellbeing.htm>
- Dal Pra, E. (A c. Di). (2017). *Haiku. Il fiore della poesia giapponese da Bashō all'Ottocento*. Mondadori.
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- De Simone, M. (2015). *La mindfulness come pratica formativa nel contesto universitario*. <http://www.fedoa.unina.it/10718/1/tesi%20di%20dottorato%20versione%20definitiva.pdf>
- Didonna, F. (2016). *Manuale clinico di mindfulness*. Franco Angeli.
- Dos Santos, T. M., Kozasa, E. H., Carmagnani, I. S., Tanaka, L. H., Lacerda, S. S., & Nogueira-Martins, L. A. (2016). Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation. *EXPLORE*. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2015.12.005>
- Duarte, J., & Pinto Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, 64. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002>
- Ferrari, G. (2010). *Manuale di valutazione dello stress e dei rischi psicosociali*. FerrariSinibaldi.
- Fulcheri, M., & Novara, F. (A c. Di). (1992). *Stress e manager. Un riesame della letteratura e una ricerca sul campo*. <https://core.ac.uk/download/pdf/199687082.pdf>
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (A c. Di). (2005). *Mindfulness and psychotherapy* (1st ed). Guilford Press.
- Gribben, L., & Semple, C. J. (2021). Factors contributing to burnout and work-life balance in adult oncology nursing: An integrative review. *European Journal of Oncology Nursing*, 50, 101887. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101887>
- Hegel, J., Halkett, G. K. B., Schofield, P., Rees, C. S., Heritage, B., Suleman, S., Inhestern, L., Butler, T., Fitch, M. I., & Breen, L. J. (2021). The Relationship Between Present-Centered Awareness and Attention, Burnout, and Compassion Fatigue in Oncology Health Professionals. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01591-4>

Hevezi, J. A. (2016). Evaluation of a Meditation Intervention to Reduce the Effects of Stressors Associated with Compassion Fatigue Among Nurses. *Journal of Holistic Nursing*. <https://doi.org/10.1177/0898010115615981>

Horowitz, C. R., Suchman, A. L., Branch, W. T., & Frankel, R. M. (2003). What Do Doctors Find Meaningful about Their Work? *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-9-200305060-00028>

Jazaieri, H., & Shapiro, S. (2017). Mindfulness and Well-Being. In *The Happy Mind: Cognitive Contributions to Well-Being* (pagg. 41–58). https://doi.org/10.1007/978-3-319-58763-9_3

Kim, M. A., Yi, J., Molloy, J., & Choi, K. (2021). The Impact of Compassion Fatigue on the Well-Being of Oncology Social Workers in Korea. *Journal of Social Service Research*. <https://doi.org/10.1080/01488376.2020.1869140>

Maslach, C. (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. ISHK.

McFarland, D. C., Malone, A. K., & Roth, A. (2017). Acute empathy decline among resident physician trainees on a hematology–oncology ward: An exploratory analysis of house staff empathy, distress, and patient death exposure. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.4069>

Moody, K., Kramer, D., Santizo, R. O., Magro, L., Wyshogrod, D., Ambrosio, J., Castillo, C., Lieberman, R., & Stein, J. (2013). Helping the helpers: Mindfulness training for burnout in pediatric oncology--a pilot program. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*. <https://doi.org/10.1177/1043454213504497>

Mordini, V., Castellucci, V., Giardi, W., & Tripaldi, S. (2013). Burnout, empatia e regolazione emotiva: quali relazioni.

Nissim, R., Malfitano, C., Coleman, M., Rodin, G., & Elliott, M. (2019). A Qualitative Study of a Compassion, Presence, and Resilience Training for Oncology Interprofessional Teams. *Journal of Holistic Nursing*. <https://doi.org/10.1177/0898010118765016>

Pellegrino, F. (2000). *La sindrome del burn-out*. Centro Scientifico Editore.

Polit, D., & Beck, C. (2014). *Fondamenti di ricerca infermieristica*. McGraw-Hill Education.

Qualls, B. W., Payton, E. M., Aikens, L. G., & Carey, M. G. (2022). Mindfulness for Outpatient Oncology Nurses: A Pilot Study. *Holistic Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000487>

Saiani, L., & Brugnolli, A. (2010). *Come scrivere una revisione di letteratura*. Università degli studi di Verona. <https://medtriennialiao.campusnet.unito.it/html/RevisioneLetteratura.pdf>

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>

Suleiman Martos, N., Gomez Urquiza, J. L., Aguayo Estremera, R., Cañadas De La Fuente, G. A., De La Fuente Solana, E. I., & Albendín García, L. (2020). The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.14318>



Questa pubblicazione, *Titolo della tesi ...*, scritta da Nome Cognome, è rilasciata sotto Creative Commons Attribuzione – Non commerciale 4.0 Unported License.