

EDUCAZIONE MEDICA  
MEDICAL EDUCATION

## Formazione al caring in infermieristica: correlazione tra i comportamenti degli studenti e la loro percezione del tutor clinico

*Caring nursing education: correlation between the nursing students' behaviors and their perception of their clinical instructor*

ELISA FENIZIA<sup>1</sup>, SARAH SCOLLO<sup>2</sup>, ANGELO GAMBERA<sup>2</sup>, MARINE CASTAING<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"; <sup>2</sup> Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Catania; <sup>3</sup> Registro Tumori Integrato Catania-Messina-Siracusa-Enna. Azienda sanitaria provinciale di Siracusa

**Premessa.** Il caring è un valore fondamentale nella formazione infermieristica. Gli studenti percepiscono il caring del loro tutor clinico come outcome educativo. È stato studiato l'impatto di tale outcome sui comportamenti di caring degli studenti in tirocinio, attraverso due questionari validati. L'associazione tra i livelli di caring di infermieri e studenti è poco descritta in letteratura.

**Materiali e metodi.** Lo studio quantitativo analizza le associazioni tra i comportamenti di caring degli studenti con le caratteristiche sociodemografiche e con la percezione del caring del loro tutor clinico. I questionari I-NSPIC Italian Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring e Italian Caring Behaviors Inventory (CBIIta), basati sulla teoria del Transpersonal Caring di J. Watson, sono stati compilati da 383 studenti di due università italiane nel 2018 (marzo-maggio). I software utilizzati per le analisi dei dati sono: SPSS per le statistiche descrittive, Mplus per l'analisi fattoriale esplorativa, MedCal per le associazioni tra le diverse variabili.

**Risultati.** La probabilità che lo studente sviluppi comportamenti di caring è associata significativamente con le seguenti variabili: età, sesso, anno di corso e percezione di caring del tutor clinico. Il sesso femminile e la fiducia del tutor sono associate ad una probabilità doppia di sviluppare caring in entrambe le dimensioni l'essere/expressive caring e il fare/instrumental caring.

**Conclusioni.** L'associazione significativa tra il caring di infermieri e studenti evidenzia il valore educativo della loro relazione. Ulteriori analisi di questa relazione, dal punto di vista del caring, potrebbero orientare un miglior sviluppo dell'identità e della qualità professionale degli studenti e degli infermieri.

**Parole chiave:** Comportamenti, Tirocinio clinico, Formazione infermieristica, Sondaggi e questionari, Scienza del caring

**Introduction.** *Caring is a core value in nursing education. The students' perception of caring of their clinical instructor is an educational outcome. The impact of this outcome on the students' caring behaviours during their clerkship have been studied by using two questionnaires. There is a literature gap concerning the association of caring levels with clinical instructors and students' caring behaviours.*

**Materials and methods.** *The study is a descriptive cross sectional survey analysing the association between the socio*

Indirizzo per la corrispondenza  
Address for correspondence

Elisa Fenizia  
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"  
via Montpellier 1, 00133 Roma  
e-mail: elisa.fenizia@outlook.it



demographic students' characteristics, the clinical instructor and nursing students' caring levels. The questionnaires Italian Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring (I-NSPIC) and Italian Caring Behaviors Inventory (CBIIta), both based on the Transpersonal Caring Theory by Jean Watson, were filled in by 383 undergraduate nursing students at two Italian universities in 2018 (March-May). SPSS, Mplus and MedCal software were used, respectively for descriptive statistics, exploratory factor analysis and variable associations.

**Results.** The nursing students' caring behaviours development is associated with many variables: age, sex, year of course and feeling of trust. The feminine sex and the clinical tutor trusting generate a twice probability of developing expressive caring and instrumental caring behaviour.

**Conclusions.** The significant association between the nurses and nursing students' caring highlights the educational value of the clinical nurses and students' relationship. Further analysis of this relationship may suggest how to improve nurses and students' professional identity and quality from the caring framework.

**Key words:** Behaviours, Clinical practice, Nursing education, Surveys and questionnaires, Science of caring

## Premessa

Il *caring* è un valore fondamentale della formazione infermieristica (Tanner, 1990; Cook e Cullen, 2003) perché rappresenta la natura delle relazioni professionali dell'infermiere, tanto tra infermiere e paziente quanto tra professore e studente (Watson, 1988).

La teoria del nursing del *Transpersonal Caring* della Watson (2008), considerata una dei percorsi della Scienza del Caring (Watson e Smith, 2002), permette di creare strumenti di valutazione del caring che ne misurino alcune manifestazioni nella pratica infermieristica (Watson, 2009; Di Napoli et al., 2010). Il nursing è inteso come processo di caring a partire dai 10 *carative factors*<sup>1</sup>, ne sono esempio lo "sviluppare un rapporto di aiuto-fiducia" (n. 4) e il "promuovere l'insegnamento e l'apprendimento interpersonale" (n. 7) (Watson, 1979). Si tratta di un prendersi cura con fiducia, rispetto e amorevole gentilezza (Lapia et al., 2017) per attualizzare una buona relazione di cura, un buon nursing (Mortari e Saiani, 2013). Si deduce che la relazione tra l'infermiere e gli altri è all'apice dei valori della pratica infermieristica (Watson, 2012).

Il testo del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche esplicita che "nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e

il dialogo. [...] Il tempo di relazione è tempo di cura" (FNO-PI, 2019). La persona del tutor clinico ha un ruolo chiave nell'educazione del futuro professionista proprio attraverso la relazione di cura che è una relazione di fiducia ed è uno di quegli elementi formativi che passano attraverso il rapporto interpersonale tra lo studente e gli infermieri-tutor durante il tirocinio. Lo studente non solo osserva tale rapporto tra infermiere e paziente, ma lo sperimenta anche nei propri confronti (Binetti et al., 2004). La relazione studente-docente è di grande impatto sull'apprendimento clinico (Gillespie, 2002). Questo meccanismo è vera e propria alleanza formativa (Binetti et al., 1999) assumendo un ruolo chiave per lo sviluppo del caring negli studenti (Wade e Kasper, 2006). Gli studenti che percepiscono il clima di formazione come caring, imparano un modo di essere professionisti e questa percezione è un outcome formativo positivo da valutare in quanto tale (Wade e Kasper, 2006). Il tutor clinico è un infermiere che svolge la funzione di "modello di ruolo" (Fratini, et al., 2010) e docente allo stesso tempo (McClure e Black, 2013). È un ruolo complesso da armonizzare con la routinaria attività clinica e per svolgerlo al meglio è necessaria intenzionalità e motivazione (Bottio et al., 2011); inoltre – nonostante in Italia il tutorato sia stato istituito giuridicamente (L. 341/1990; CRUI, 1995) e le modalità di realizzazione siano descritte in non pochi testi e regolamenti universitari (Binetti et al., 1999; Binetti et al., 2007; Binetti e Alloni, 2004; UniBO; UCMB; UniCT; UniTO) – spesso ci si trova a realizzarlo senza una preparazione specifica e senza un riconoscimento ufficiale (Alvaro, 2009; Pellegatta, 2010; McClure e Black, 2013).

La relazione formativa nei confronti degli studenti motiva l'infermiere tutor clinico ad assumere comportamenti di caring che si manifestano in presenza, condivisione, supporto, fiducia, e competenza (Wade e Kasper, 2006). Tali comportamenti promuovono attenzione alle necessità dei pazienti, coesione tra colleghi, stile di coordinamento supportivo, autonomia (Watson, 2008). Tuttavia i comportamenti non sono interpretati sempre allo stesso modo a motivo della valenza socioculturale (Li et al., 2013; Labrague et al., 2015a);

<sup>1</sup> "The 10 carative factors (satisfaction of certain human needs, core for professional nursing practice):

1. Humanistic-altruistic system of values.
2. Installation of faith and hope.
3. Cultivation of sensitivity to self and others.
4. Developing a helping trusting relationship.
5. Promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings.
6. Systematic use of the scientific problem-solving method for decision making.
7. Promotion of interpersonal teaching and learning.
8. Attending to a supportive mental, physical, societal, and spiritual environment.
9. Assistance with gratification of human needs.
10. Allowance for existential phenomenological forces (Watson 1979 in Turkel, Watson e Giovannoni 2018, p. 69, Table II)".

il caring, infatti, in quanto realtà concreta talvolta non viene adeguatamente manifestato nella pratica clinica infermieristica di conseguenza può non essere percepito (Tanner, 1990; Swanson, 1991; Watson, 2002; Wade e Kasper, 2006).

Esistono molte variabili che influenzano il caring degli studenti, ma in letteratura i risultati non sono univoci. Favoriscono il caring lo sviluppo della propria interiorità, non necessariamente correlato ad un credo religioso (Kim e Patterson, 2016) e le pregresse esperienze personali di caring (Loke et al., 2015). Pareri discordanti sono riportati per quanto riguarda il sesso (Watson e Lea, 1997; Khademian e Vizeshfar, 2008; Aupia et al., 2018), l'età e gli anni di lavoro (Vandenhouten et al., 2012). Un'ultima variabile che interessa segnalare è l'area clinica (Lea e Watson, 1999; Salgado et al., 2015): per alcuni autori sembra probabile che ad una maggior tecnologizzazione corrisponda minor *expressive caring* con una relativa diminuzione dei livelli di caring totali (Loke et al., 2015).

Per quanto riguarda la variabile tempo, intesa come il trascorrere degli anni universitari, è stata riscontrata una diminuzione significativa dei livelli di caring dal primo all'ultimo anno; tali studi danno spazio a ipotesi di associazione tra le variabili sopraindicate e i livelli di caring, suggerendo di estendere le ricerche a campioni più ampi e di diversi contesti culturali (Murphy et al., 2009; Labrague et al., 2015<sup>a</sup>; Loke et al., 2015) al fine di ottimizzare la formazione al caring degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica (CLI) durante tutti gli anni universitari (Khademian e Vizeshfar, 2008).

Da sempre il tirocinio clinico è stato considerato di grande importanza per lo sviluppo della formazione dell'identità professionale dello studente infermiere. Alcuni tutor clinici non riescono ad interagire con gli studenti trasmettendo loro fiducia perché mancano delle competenze educative necessarie (Dougnac et al., 2016), o perché non conoscono gli obiettivi di tirocinio degli studenti, oppure non sono presenti, *face to face*, nei momenti determinanti per la crescita professionale dello studente (McClure e Black, 2013). Essendo il tirocinio un periodo cruciale per la formazione, richiede ulteriori sforzi da parte sia dello studente che del tutor nell'ottica del raggiungimento degli obiettivi previsti (Ismail et al., 2015). Potrebbe essere efficace in tal senso, sviluppare una maggiore cooperazione tra la facoltà e l'ambiente clinico (Melender et al., 2013; Macale, 2016). Inoltre, una maggior autovalutazione durante il tirocinio permetterebbe agli studenti di partecipare più attivamente al loro processo formativo agevolando il raggiungimento degli obiettivi formativi (Alvaro, 2009).

È necessario coinvolgere sia i docenti che gli infermieri tutor clinici nella ricerca e attuazione di strategie formative efficaci, anche alla luce dell'associazione tra il caring e le variabili sociodemografiche (Aupia et al., 2018). Un ambito di ricerca ancora da definire è l'analisi dell'associazione tra i comportamenti di caring dei tutor e i comportamenti di caring degli studenti (Labrague et al., 2015<sup>b</sup>). Labrague et al., hanno analizzato la correlazione tra queste due variabili

da un punto di vista quantitativo attraverso due questionari il *Caring Behavior Inventory* (CBI) (Wolf, 1986) e il *Nursing students perceptions of Instructor Caring* (NSPIC) (Wade e Kasper, 2006), i paesi coinvolti nello studio sono stati Grecia, Filippine, India e Nigeria (Labrague et al., 2015b). Sarebbe molto utile replicare uno studio analogo, usufruendo dei due questionari già validati in italiano: *Italian Caring Behavior Inventory* (CBI<sub>Ita</sub>) per studenti (Fenizia et al., 2019 in press) e *Italian Nursing students perceptions of Instructor Caring* (I-NSPIC) (Arrigoni et al., 2017).

Lo studio si propone di evidenziare le correlazioni e le associazioni tra la percezione che lo studente ha dei propri comportamenti di caring e quelli che percepisce come agiti dal tutor clinico, soprattutto nei propri confronti. Come obiettivo secondario si propone di rilevare le associazioni tra le dimensioni del caring e le caratteristiche sociodemografiche del campione.

## Materiali e metodi

*Disegno di studio.* Studio descrittivo trasversale. I dati sono stati raccolti tra marzo e maggio 2018, Nello studio saranno descritte le correlazioni e le associazioni tra i comportamenti di caring degli studenti di infermieristica e quelli dei loro tutor clinici, le associazioni tra i comportamenti di caring e le variabili sociodemografiche.

*Campionamento.* Sono stati arruolati consecutivamente gli studenti iscritti al corso di laurea triennale di infermieristica di due università italiane (Catania e Roma), presenti in aula al momento della distribuzione dei questionari. Il progetto è stato presentato durante le ore di lezione, con una partecipazione volontaria: il consenso informato era implicito nella compilazione. Nel compilare il questionario sul tutor clinico bisognava far riferimento ad un unico infermiere, quello a cui lo studente era stato affiancato per maggior tempo durante l'ultimo tirocinio. Inoltre, è stato chiesto agli studenti di compilare una scheda con le proprie caratteristiche demografiche: sesso, età, anno di corso, università di provenienza, area clinica del tirocinio, religione, status (sposato, single, partner), esperienze precedenti di caring. Il criterio di esclusione è stato il non aver realizzato tirocinio clinico.

*Strumenti.* Gli strumenti utilizzati sono i due questionari *Caring Behavior Inventory*, (CBI) (Wolf, 1986) e *Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring*, (NSPIC) (Wade e Kasper, 2006), costituiti rispettivamente da 42 e 31 affermazioni (items). Le risposte si basano su una scala Likert di 6 punti (CBI: mai, quasi mai, occasionalmente, abitualmente, quasi sempre, sempre; NSPIC: forte disaccordo, moderato disaccordo, leggero disaccordo, leggero accordo, moderato accordo, forte accordo).

Il CBI misura i comportamenti degli infermieri, percepiti dal paziente o auto-percepiti. Il NSPIC raccoglie affermazioni che descrivono le percezioni degli studenti rispetto al

caring del tutor clinico nei loro confronti e nei confronti dei pazienti.

Entrambi i questionari sono stati validati in italiano: Tomietto et al., (2014) hanno validato in italiano la versione ridotta del CBI, 24 items (Wu et al., 2006) analizzando due campioni, uno di pazienti e uno di infermieri (Tomietto et al., 2014). Questa versione, detta *Italian Caring Behavior Inventory* (CBIIta), è stata nuovamente sottoposta ad analisi psicometriche per validarne l'uso con studenti italiani (Fenizia et al., 2019 in press). Il risultato della validazione su studenti ha portato a mantenere invariato il numero degli items (24) e dei fattori (4), ma non la relativa distribuzione e di conseguenza è risultato opportuno distinguere la denominazione dei fattori: "Essere con" (F1) (*Being with*), "Fare con competenza" (F2) (*Doing with competence*), "Rispondere alle necessità individuali" (F3) (*Responding to individual needs*) e "Fornire assistenza effi-

cace" (F4) (*Providing effective care*) (Fenizia et al., 2019 in press) (Tab. I).

Arrigoni et al. (2017) hanno validato la *Italian Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring* (I-NSPIC). Anche in questo caso la versione italiana ha mantenuto tutti gli item (31) e le dimensioni (5), ma con una distribuzione diversa (Arrigoni et al., 2017) rispetto alla versione originale (Wade e Kasper, 2006), in entrambi i casi le dimensioni sono state così denominate: "Instills Confidence Through Caring" (F1W), "Supportive Learning Climate" (F2W), "Appreciation of Life's Meanings" (F3W), "Control Versus Flexibility" (F4W), "Respectful Sharing" (F5W) (Wade e Kasper). Nel presente studio, le analisi fattoriali sono state ripetute secondo quanto suggerito dai precedenti autori italiani (Favaretto et al, 2010; Arrigoni et al., 2017). Successivamente verrà usata la codifica FnW per la soluzione fattoriale originaria e FnA per quella che risulterà nel presente studio.

**Tabella I.**  
CBIIta, soluzione fattoriale della versione per studenti (Fenizia et al., 2019 in press).

Item (factor loadings)
<b>F1 = Essere con</b>
1. Ascoltare con attenzione il paziente (0,55)
2. Dare informazioni o consigliare il paziente (0,65)
3. Relazionarsi al paziente come persona (0,53)
4. Trascorrere del tempo con il paziente (0,69)
5. Supportare il paziente (0,53)
6. Essere empatici ovvero identificarsi con il paziente (mettersi nei panni del paziente) (0,58)
7. Aiutare il paziente a gestire la sua situazione di salute (0,41)
14. Coinvolgere il paziente nella pianificazione della sua assistenza (0,38)
16. Recarsi dal paziente senza essere chiamati (0,42)
17. Parlare con il paziente (0,37)
<b>F2 = Fare con competenza</b>
8. Dimostrarsi pazienti e non affaticati con il paziente (0,30)
9. Sapere come somministrare iniezioni, infusioni, ecc. (0,41)
10. Dimostrarsi sicuri con il paziente (0,72)
11. Dimostrare conoscenza ed abilità professionale (0,89)
12. Gestire presidi e materiali con abilità (0,52)
<b>F3 = Rispondere alle necessità individuali</b>
13. Permettere al paziente di esprimere le proprie emozioni in merito alla malattia e al trattamento (0,46)
15. Trattare i dati del paziente nel rispetto della riservatezza (0,44)
18. Incoraggiare il paziente a chiamare se dovessero esserci problemi (0,52)
19. Venire incontro ai bisogni espressi e non espressi del paziente (0,43)
20. Rispondere rapidamente alla chiamata del paziente (0,55)
22. Mostrare interesse per il paziente (0,59)
<b>F4 = Fornire assistenza efficace</b>
21. Aiutare a ridurre il dolore del paziente (0,65)
23. Somministrare al paziente le terapie nei tempi corretti (0,62)
24. Alleviare i sintomi del paziente (0,76)
F = fattore o dimensione; IV = intravenous

La corretta interpretazione dei questionari scelti richiede un approccio psicometrico, analogo a quello che si usa in psicologia. Bisogna quindi analizzare le risposte raggruppando i valori degli item secondo la soluzione fattoriale propria del questionario in relazione al contesto culturale e alla tipologia del campione. I fattori o dimensioni sono le variabili latenti che sottostanno al gruppo di affermazioni che costituiscono i questionari (Barbaranelli e Ingoglia, 2013).

Entrambi i questionari sono stati elaborati sul riferimento della teoria del *Transpersonal Caring* di Jean Watson. Gli items sono stati elaborati a partire dalla riflessione sui 10 *caring factors* e revisionate dalla stessa Jean Watson per assicurare la loro coerenza con la relativa teoria infermieristica (Wolf, 1986; Wade e Kasper, 2006).

**Analisi dati.** I dati inizialmente sono stati sottoposti al test Shapiro-Wilk per valutarne la distribuzione di normalità. Successivamente sono stati calcolati gli indici di posizione media e mediana del campione. In relazione alle caratteristiche del campione e alla distribuzione degli item sono state identificate le analisi statistiche e i test più appropriati da utilizzare (test parametrici e non parametrici).

Prima di procedere ad ulteriori analisi sono state analizzate le dimensioni risultanti dai punteggi del questionario I-NSPIC. Sono stati calcolati i parametri di fattività fattoriale, la Misura di Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) di adeguatezza del campionamento e il Test di sfericità di Bartlett. È stata realizzata l'analisi fattoriale esplorativa (EFA), usando il metodo di massima verosomiglianza con rotazione obliqua GEOMIN. Sono stati calcolati gli indici di fit, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Comparative Fit Index (CFI), Tucker and Lewis Index (TLI), Standardized Root Mean Square Residual (SRMR).

Sono quindi state create le nuove variabili corrispondenti ai punteggi delle singole dimensioni (o fattori) per entrambi i questionari. Per i punteggi referenti il caring degli studenti sono state calcolate le mediane e gli intervalli di confidenza per descrivere i livelli di caring per dimensione e gruppo di popolazione (età; sesso; anno di corso; area clinica; con esperienze di caring precedenti) utilizzando il test non parametrico di Mann-Whitney (campioni indipendenti).

Al fine di utilizzare il metodo delle regressioni logistiche, tutte le variabili sono state rese dicotomiche attraverso il calcolo della mediana e la creazione di due sottogruppi, uno al di sotto e uno al di sopra del 50° percentile. Questo procedimento è stato realizzato sia per le variabili fattoriali che per le variabili sociodemografiche.

Sono state analizzate le associazioni delle diverse dimensioni tra di esse e con le caratteristiche demografiche.

È stata analizzata la regressione lineare dell'unica variabile continua, l'età, versus i punteggi totali del caring risultati da entrambi i questionari.

I software utilizzati sono stati: SPSS per le analisi descrittive, per il calcolo di nuove variabili e delle correlazioni, per l'analisi di regressione lineare, Mplus, versione 6.12, per l'a-

nalisi fattoriale esplorativa, MedCal per le associazioni tra le variabili dipendenti e le variabili indipendenti e per il calcolo dei livelli di caring dei diversi gruppi e per la relativa significatività.

**Aspetti etici.** È stata ottenuta l'approvazione dal comitato etico e dalle autorità accademiche competenti, l'autorizzazione degli autori all'uso dei questionari ed è stato garantito il trattamento dei dati in modo anonimo e nel rispetto della privacy.

## Risultati

Il campione è di 383 studenti, ovvero il 68% degli iscritti (558) ai tre anni del corso di laurea in infermieristica di due università italiane, Catania e Roma, di età compresa tra i 18 e i 42 anni. La percentuale di risposta dei presenti in aula idonei è stata del 100%. Le caratteristiche sociodemografiche del

**Tabella II.**

*Caratteristiche socio-demografiche degli studenti (n = 383).*

	n	%
<b>Sesso</b>		
Maschio	114	29,8
Femmina	267	69,7
Mancante	2	,5
<b>Età</b>		
Mediana (DS)	21	(3,68)
Mancante	10	
<b>Anno di corso</b>		
Primo	130	33,9
Secondo	137	35,8
Terzo	116	30,3
<b>Università</b>		
Catania	283	73,9
Roma	100	26,1
<b>Religione</b>		
Definita	298	77,8
Non definita	79	20,6
Mancante	6	1,6
<b>Area clinica del tirocinio</b>		
Area critica	66	17,2
Medicina	188	49,1
Oncologia	22	5,7
Chirurgia	98	25,6
Mancante	9	2,3
<b>Status</b>		
Sposato	5	1,3
Partner	113	29,5
Single	255	66,6
Mancante	10	2,6
<b>Esperienze precedenti di caring</b>		
No	151	39,4
Si	232	60,6
In famiglia	164	70,7
Al lavoro	32	13,8
Altro	36	15,5

DS: deviazione standard; in corsivo la specifica del "si".



campione sono riportate in Tabella II. Per quanto riguarda la variabile esperienze precedenti di caring i valori mancanti sono stati considerati come risposta negativa.

La distribuzione dei punteggi (1-6) degli items dei questionari non è normale, infatti, presenta valori di curtosi e asimmetria del 37% per il CBIta e del 25% per il I-NSPIC considerando come accettabili gli indici inclusi tra  $[-1,5]$  e  $[1,5]$ . L'item n. 18, Incoraggiare il paziente a chiamare se dovessero esserci problemi, presenta il valore di massima curtosi (10,75).

I risultati del questionario I-NSPIC sono stati sottoposti all'analisi fattoriale esplorativa dopo aver verificato la presenza dei parametri per la fattoriabilità (KMO = 0,941; Bartlett =  $p < 0,000$ ). La soluzione a 5 fattori presenta adeguati indici di fit (RMSEA = 0,062; CFI = 0,929; TLI = 0,897;

SRMR = 0,028) e saturazioni  $\geq 0,31$  di un solo item per ogni fattore (Tab. III). Le nuove 5 dimensioni, codificate con FnA, sono state denominate in relazione alla nuova distribuzione degli items e ai nomi delle dimensioni risultate dalle analisi della versione originale del questionario (Wade e Kasper, 2006), codificate con FnW. Dunque le dimensioni o fattori della versione italiana centro-sud sono: Trasmettere fiducia attraverso il caring (F1A), Condivisione di rispetto (F2A), Mancanza di fiducia (F3A), Ambiente di supporto personale e di apprendimento (F4A), Controllo versus flessibilità (F5A) (Tab. III).

Nella Tabella IV viene rappresentato il riepilogo dei livelli di caring, espressi in mediane e range interquartile poiché il test di normalità favoriva l'uso delle mediane, in relazione alle nove dimensioni; quattro per i fattori da F1 a F4 e cinque per i fattori

**Tabella III.**  
Soluzione analisi fattoriale esplorativa I-NSPIC N 383.

	F1A	F2A	F3A	F4A	F5A
1. Mostra un autentico interesse per i pazienti e per la loro assistenza	<b>0,401</b>	0,279	0,023	0,095	-0,113
3. Mi infonde speranza nel futuro	<b>0,557</b>	0,027	0,089	0,215	-0,078
4. Mi fa sentire che ho le capacità per avere successo	<b>0,607</b>	0,272	-0,140	0,001	0,038
5. Mi aiuta a immaginarmi come infermiere	<b>0,839</b>	0,016	-0,118	-0,010	0,018
21. Mi ispira a continuare nel mio sviluppo di conoscenze e di abilità	<b>0,317</b>	0,221	-0,044	0,258	-0,079
2. È gentile con me e con gli altri	0,129	<b>0,611</b>	-0,095	0,104	-0,018
8. Si prende cura di me come persona	0,142	<b>0,429</b>	0,008	0,242	0,013
9. Mi rispetta come persona	0,006	<b>0,848</b>	-0,116	-0,044	0,049
10. Quando comunichiamo mi presta attenzione	-0,107	<b>0,912</b>	0,025	0,023	-0,002
14. Si rende disponibile nei miei confronti	0,117	<b>0,598</b>	-0,023	0,109	-0,108
15. Comunica in modo chiaro le sue aspettative	0,269	<b>0,319</b>	0,038	0,214	-0,115
6. Mi fa sentire un fallimento	-0,005	-0,095	<b>0,845</b>	-0,055	0,010
7. Non crede in me	-0,019	-0,003	<b>0,735</b>	-0,095	0,096
11. Divulga inappropriatamente informazioni che riguardano il mio lato personale	-0,082	0,028	<b>0,396</b>	0,127	0,226
12. Non manifesta niente su di sé	0,055	0,044	<b>0,331</b>	-0,009	0,085
13. Riconosce i suoi limiti o errori	0,030	0,300	0,128	<b>0,336</b>	-0,235
16. È un riferimento affidabile per affrontare problemi personali	-0,031	0,083	0,036	<b>0,769</b>	-0,016
17. Offre il suo supporto nei momenti di stress	0,003	0,041	-0,033	<b>0,846</b>	-0,025
18. Accoglie i miei sentimenti negativi e mi aiuta a vedere il lato positivo delle cose	0,047	0,000	-0,106	<b>0,808</b>	-0,020
19. Mi permette di esprimere i miei sentimenti	-0,027	0,084	-0,150	<b>0,739</b>	0,085
27. Mi aiuta a trovare un significato personale alle mie esperienze	0,176	0,009	-0,006	<b>0,565</b>	0,037
28. Mi incoraggia a vedere la vita anche dal punto di vista degli altri	0,150	-0,014	-0,021	<b>0,585</b>	-0,062
29. Mi aiuta a comprendere le dimensioni spirituali della vita	0,158	-0,044	0,034	<b>0,530</b>	0,081
20. Scoraggia la risoluzione autonoma dei problemi	0,044	-0,058	0,120	0,087	<b>0,415</b>
22. In tirocinio clinico mi rende nervoso	-0,040	-0,228	0,276	0,054	<b>0,438</b>
23. In tirocinio clinico non si fida della mia capacità di giudizio	-0,049	-0,181	0,158	0,038	<b>0,599</b>
24. Sembra preso più dalle sue priorità, che dai miei bisogni	0,022	0,015	0,009	-0,293	<b>0,695</b>
25. Mi esige tale disponibilità di tempo da interferire con le mie necessità fondamentali	0,107	-0,072	0,022	-0,042	<b>0,581</b>
26. Si concentra sul completamento dei compiti assistenziali piuttosto che sui bisogni del paziente	-0,082	0,026	-0,023	-0,172	<b>0,591</b>
30. È rigido quando è messo di fronte a situazioni o avvenimenti inattesi	-0,040	0,125	0,032	-0,036	<b>0,407</b>
31. Utilizza i voti per mantenere il controllo sugli studenti	0,028	-0,003	0,278	-0,050	<b>0,355</b>

In **grassetto** la saturazione massima per ogni item; F1A = Trasmettere fiducia attraverso il caring; F2A = Condivisione di rispetto; F3A = Mancanza di fiducia; F4A = Ambiente di supporto personale e di apprendimento; F5A = Controllo versus flessibilità.

**Tabella IV.**  
Livelli di caring degli studenti e dei tutor clinici.

Italian Caring Behavior Inventory (CBIa)		Italian Nursing Students' Perceptions of Instructor Caring (I-NSPIC)	
Dimensione	Mediana (IQR)	Mediana (IQR)	Dimensione
F1 = Essere con	5 (5-6)	5 (4-6)	F1A = Trasmettere fiducia attraverso il caring
F2 = Fare con competenza	5 (5-6)	5 (4,5-6)	F2A = Condivisione di rispetto
F3 = Rispondere alle necessità individuali	6 (6-6)	1 (1-2)	F3A = Mancanza di fiducia
F4 = Fornire assistenza efficace	5 (5-6)	4 (3-5)	F4A = Ambiente di supporto personale e di apprendimento
		2 (1-3)	F5A = controllo <i>versus</i> flessibilità

F = Fattore o Dimensione; IQR = Range interquartile (25°-75° percentile).

**Tabella V.**  
Livelli di caring degli studenti e significatività rispetto alle caratteristiche socio-demografiche espresso in mediane e calcolato con il test di Mann-Whitney per variabili indipendenti.

	F1 Mediana (IQR)	F2 Mediana (IQR)	F3 Mediana (IQR)	F4 Mediana (IQR)
<b>Età</b>				
18-21	5 (5-6)	5** (5-6)	6 (6-6)	5 (5-6)
22-42	5 (5-6)	5** (5-6)	6 (6-6)	5 (5-6)
<b>Sesso</b>				
Maschio	5 (5-6)	5** (5-6)	6 (5-6)	5** (5-6)
Femmina	5 (5-6)	5** (5-6)	6 (5-6)	5** (5-6)
<b>Anno di corso</b>				
Primo	5 (5-6)	5* (4-5)	6 (6-6)	5** (5-6)
Secondo	5 (5-6)	5* (5-6)	6 (6-6)	5 (5-6)
Terzo	5 (5-6)	5* (5-6)	6 (5-6)	6** (5-6)
<b>Area clinica del tirocinio</b>				
Area critica	5 (5-5,5)	5 (5-6)	6 (5-6)	6** (5-6)
Medicina	5 (4,5-5,5)	5 (5-6)	6 (5-6)	5 (5-6)
Oncologia	5,5 (5-6)	5,5 (5-6)	6** (6-6)	6 (5-6)
Chirurgia	5 (5-5,5)	5 (5-6)	6** (5-6)	5** (5-6)
<b>Esperienze precedenti di caring</b>				
No	5 (4,7-6)	5 (5-6)	6 (5-6)	5 (5-6)
Si	5 (5-6)	5 (5-6)	6 (6-6)	5 (5-6)

\* = significatività per  $p < 0,0001$ ; \*\* = significatività per  $p < 0,05$ ; F = Fattore o Dimensione; IQR = Range interquartile (25°-75° percentile); in grassetto la  $p < 0,05$ .

da F1A a F5A. I livelli maggiori del caring degli studenti riferiscono alle dimensioni relative all'essere (F1 e F3) piuttosto che al fare (F2 e F4), con il valore massimo nella dimensione F1. Per quanto riguarda la percezione che gli studenti hanno del caring del tutor clinico o dell'infermiere a cui sono stati affiancati, il valore più basso si riscontra nella dimensione F3A (Tab. IV).

La Tabella V presenta i punteggi del caring degli studenti, espressi in mediane e stratificati per gruppo a seconda delle caratteristiche sociodemografiche. Sono risultati significativi il 25% dei punteggi delle mediane calcolate (5,8%  $p < 0,0001$ ; 19,2%  $p < 0,05$ ), per tale calcolo i valori sono stati messi in relazione con quelli della stessa colonna, il secondo e terzo anno sono stati messi in relazione con il primo e ogni area clinica è stata messa in relazione con quella chirurgica. Da segnalare la differenza significativa in F4 tra il primo e il terzo anno rispettivamente con una mediana di 5 e un range interquartile (IQR) di 5-6 e con una mediana di 6 e un IQR di 5-6; in ultimo una differenza tra l'area clinica di chirurgia rispetto ai reparti di oncologia e area critica rispettivamente in F3 e F4.

L'analisi della *regressione lineare dell'età* rispetto ai punteggi totali del caring dei due questionari, essendo la  $r$  molto vicina a 0, dimostra un'assenza di correlazione, infatti per il CBIta  $r = 0,103$  per il I-NSPIC  $r = 0,084$ . Ecco perché l'età è stata inclusa nelle successive analisi di regressione logistica attraverso le quali si sono studiati i punteggi del caring con maggior dettaglio, per singola dimensione, come si illustra di seguito.

Le Tabelle VI e VII riportano rispettivamente le associazioni delle caratteristiche demografiche (variabili indipendenti) versus i livelli di caring degli studenti (variabile dipendente) e versus la percezione del caring del tutor clinico (variabile dipendente). La Tabella VIII riporta i valori della percezione del caring del tutor clinico (variabile indipendente) versus i livelli di caring degli studenti (variabile dipendente). Per analizzare la regressione logistica è stato necessario attribuire ai punteggi delle variabili un corrispettivo valore dicotomico. Sono state raggruppate le variabili che includevano più di due modalità, ovvero che non fossero dicotomiche, per esempio, la variabile status includeva tre modalità, partner, married e single. I gruppi sono stati creati nel seguente modo: i soggetti sposati ( $N = 5$ ) sono stati inclusi nel gruppo dei soggetti con partner, le aree cliniche si sono accorpate creando due macroaree, quella medica (medicina e oncologia) e quella chirurgica (*critical care unit e surgery*), gli anni di corso (I, II, III) si sono accorpate in due modalità, una vede insieme il secondo e il terzo anno, l'altra vede insieme il primo e il secondo anno, isolando rispettivamente il primo e il terzo anno. Per ogni variabile si sono, quindi, creati due sottogruppi, uno al di sotto e uno al di sopra del 50° percentile.

Per le variabili discrete (fattoriali) e per l'età il sottogruppo di punteggi  $\leq$  della mediana è stato codificato con il n.0, l'altro gruppo con il n.1. Per quanto riguarda le variabili demografiche si è attribuito il codice numerico 0 e 1 in modo da agevolare la comprensione dei risultati. È stata analizzata l'associazione di ogni singola variabile dipendente

**Tabella VI.**  
*Caratteristiche socio-demografiche e caring degli studenti (CBIta).*

	F1	F2	F3	F4
Numero di soggetti validi <i>Overall Model Fit</i>	N = 363 P = 0,016*	N = 363 P = 0,011*	N = 363 P = 0,028*	N = 363
Età 18-21 = 0/22-42 = 1	ns	P = 0,012* OR = 1,727	Ns	ns
Sesso M = 0/F = 1	P = 0,002* OR = 2,096	P = 0,019* OR = 1,760	P = 0,006* OR = 1,922	P = 0,012* OR = 1,843
Religione Definita/non definita	ns	ns	ns	Ns
Status Single/partner	ns	ns	ns	Ns
Numero di soggetti validi <i>Overall Model Fit</i>	N = 279	N = 279 P = 0,004*	N = 279;	N = 279; P = 0,042*
Esperienze precedenti di caring Si/No	ns	ns	ns	ns
Area clinica Medica/chirurgica	ns	ns	ns	ns
Anno di corso I = 0 / II e III = 1	ns	P = 0,004* OR = 2,398	ns	ns
Anno di corso I e II = 0 / III = 1	ns	ns	ns	P = 0,050 * OR = 2,026

P = p-value; \* = valore significativo; ns = non significativo; OR = Odd Ratio; F1 = Essere con; F2 = Fare con competenza; F3 = Rispondere alle necessità individuali; F4 = Fornire assistenza efficace.



**Tabella VII.**  
Caratteristiche socio-demografiche degli studenti e caring dei tutor clinici percepito dagli studenti (I-NSPIC).

	F1A	F2A	F3A	F4A	F5A
Numero di soggetti validi Overall Model Fit	N = 363	N = 361	N = 361	N = 361 P = 0,019	N = 362
Età 18-21 = 0 /22-42 = 1	P = 0,026* OR = 1,619	ns	ns	P = 0,011* OR = 1,742	NS
Sesso M = 0 /F =1	ns	ns	ns	ns	P = 0,011* OR = 0,548
Religione Definita/non definita	ns	ns	ns	ns	ns
Status Single/Partner	ns	ns	ns	ns	ns
Numero di soggetti validi Overall Model Fit	N = 279	N = 279	N = 278 P = 0,019*	N = 279	N = 279
Esperienze precedenti di caring Si =1 /No =0	P = 0,041* OR = 1,918	ns	ns	ns	P = 0,026* OR = 2,136
Area clinica Medica/chirurgica	ns	ns	ns	ns	ns
Anno di corso I =0 / II e III=1	ns	ns	ns	ns	ns
Anno di corso I e II =0 / III=1	ns	ns	ns	ns	ns

P = p-value; \*= valore significativo; ns = non significativo; OR = Odds Ratio; F1A = Trasmettere fiducia attraverso il caring; F2A = Condizione di rispetto; F3A = Mancanza di fiducia; F4A = Ambiente di supporto personale e di apprendimento; F5A = controllo versus flessibilità.

**Tabella VIII.**  
Associazioni tra CBIta (Fn) e NSPIC (FnA).

	F1	F2	F3	F4
Numero di soggetti validi Overall Model Fit	N376 P < 0,0001*	N376 P < 0,0002*	N376 P < 0,0001*	N376 P < 0,0001*
F1A	ns	P = 0,015* OR = 1,990	P = 0,033* OR = 1,837	P = 0,012* OR = 2,063
F2A	ns	ns	ns	ns
F3A	ns	ns	ns	ns
F4A	ns	ns	ns	ns
F5A	ns	ns	ns	ns

F= Fattore: F1 = Essere con; F2 = Fare con competenza; F3 = Rispondere alle necessità individuali; F4 = Fornire assistenza efficace; F1A = Trasmettere fiducia attraverso il caring; F2A = Condizione di rispetto; F3A = Mancanza di fiducia; F4A = Ambiente di supporto personale e di apprendimento; F5A = controllo *versus* flessibilità; P = p-value; \*= valore significativo; ns = non significativo; OR = Odd Ratio; M= media; DS =Deviazione Standard; N= Numero di soggetti validi.

versus gruppi di variabili indipendenti, in modo da ponderare l'associazione tra più variabili indipendenti e la variabile dipendente.

#### Caring degli studenti (CBIta) associato ad età, sesso e anno di corso

Gli studenti di età compresa tra i 22 e i 42 anni hanno una probabilità doppia (Odds Ratio (OR) = 1,727; p = 0,012) di sviluppare caring nella dimensione F2 rispetto agli studenti di età compresa tra i 18 e i 21 anni; le studentesse hanno una probabilità di sviluppare caring in tutte le sue dimensioni

rispetto agli studenti di sesso maschile due volte superiore (OR compresa tra [2,096]; p compresa tra [0,002] e [0,019]); gli studenti del secondo e terzo anno hanno una probabilità maggiore (OR = 2,398; p = 0,004) di sviluppare caring nella dimensione F2 rispetto agli studenti del primo anno; gli studenti del terzo anno hanno la probabilità doppia (OR = 2,026; p = 0,050) di sviluppare caring nella dimensione F4 rispetto agli studenti del primo e del secondo anno (Tab. VI).

### *Percezione del caring dei tutor clinici (I-NSPIC) associato ad età, sesso ed esperienze precedenti di caring*

Rispetto ai livelli di caring dei tutor clinici percepiti dagli studenti le variabili età, sesso, esperienze precedenti di caring degli studenti sono risultate statisticamente significative. F1A – Trasmettere fiducia attraverso il caring – è associata significativamente, quindi favorita, sia dall'età (OR = 1,619 e  $p = 0,026$ ) sia dalle esperienze precedenti di caring (OR = 1,918 e  $p = 0,041$ ). Per quanto riguarda la dimensione F4A – Ambiente di supporto personale e di apprendimento – è risultata significativamente associata solo la variabile età (OR = 1,742;  $p = 0,011$ ). In ultimo, la dimensione F5A – Controllo versus flessibilità – risulta associata al sesso, gli studenti di sesso femminile hanno la probabilità del 50% (OR = 0,548;  $p = 0,011$ ) rispetto agli studenti di sesso maschile di sentirsi controllate, le studentesse percepiscono meno il controllo; inoltre F5A risulta fortemente associata anche a alle esperienze precedenti di caring che portano ad una probabilità doppia (OR = 2,136;  $p = 0,026$ ) di percepire controllo piuttosto che flessibilità rispetto a chi non ha avuto precedenti esperienze di caring (Tab. VII).

### *Caring degli studenti (CBIa) associato alla percezione del caring dei tutor clinici (NSPIC).*

I livelli di caring degli studenti sono stati analizzati come variabile dipendente dalla percezione che gli studenti hanno del caring dell'infermiere a cui sono stati affiancati durante il tirocinio. L'associazione della dimensione F1A, indicata come Trasmettere fiducia attraverso il caring, presenta indici di significatività versus F2, F3, F4 con valori di OR intorno al 2, rispettivamente di 1,990 ( $p = 0,015$ ), 1,837 ( $p = 0,033$ ), 2,063 ( $p = 0,012$ ). Dunque, gli studenti che percepiscono elevati livelli di fiducia attraverso il caring dei tutor hanno una probabilità doppia di sviluppare caring nelle dimensioni F2 Fare con competenza, F3 Rispondere alle necessità individuali, F4 Fornire assistenza efficace, rispetto agli studenti che non percepiscono fiducia da parte del tutor. Inoltre, essendo tutti significativi gli indici di fit del modello globale delle associazioni tra le dimensioni dei due questionari (Tab. VIII) sono stati calcolati anche i valori delle correlazioni comparando tra loro dimensioni dei due questionari. Queste correlazioni sono significative nel 100% dei casi, in senso positivo e negativo coerentemente al significato teorico di ogni dimensione. I valori di correlazione vanno da -0,245 a 0,340 (Tab. IX).

### *Limiti*

Un campione più ampio permetterebbe una maggior stratificazione del campione e un ricco confronto tra le variabili demografiche.

La diversità dei due strumenti utilizzati per il confronto, seppur nel risultato della significatività delle associazioni e correlazioni, rende auspicabile replicare anche in Italia

lo studio realizzato in Indonesia (Aupia et al., 2018) basato sull'uso del CBI sia per gli infermieri che per gli studenti.

È possibile la presenza di un bias di informazione: per quanto il ricercatore non fosse un docente, alcune risposte potrebbero essere state influenzate dalla desiderabilità sociale, analogamente a quanto avvenne nello studio di Favaretto (2010) durante il quale il 10% degli studenti non compilò il questionario probabilmente per evitare di esprimere giudizi negativi sul tutor clinico.

## **Conclusioni**

L'obiettivo dello studio è stato di descrivere la relazione tra i comportamenti di caring degli studenti di infermieristica e dei tutor clinici (relativamente al percepito dagli studenti). Inoltre, si è cercato di individuare le eventuali associazioni tra i livelli di caring e le caratteristiche demografiche degli studenti.

Un fondamento su cui lo studio si basava era la teoria del *Transpersonal caring* di Jean Watson secondo la quale il caring è quel valore essenziale nella formazione e nella professione infermieristica insito nella buona relazione di cura (Watson, 2008; Mortari e Saiani, 2013).

I risultati ottenuti hanno evidenziato delle associazioni e correlazioni significative tra i comportamenti di caring degli studenti e dei tutor clinici confermando la nostra ipotesi iniziale circa l'eventuale impatto tra l'outcome formativo costituito dal caring degli infermieri (Wade e Kasper, 2006) e l'acquisizione da parte degli studenti dello stesso, valore per altro correlato allo sviluppo dell'identità professionale (Guo et al., 2018).

Tale confronto si è basato sulle risposte degli studenti (I, II, III CLI di Rm e CT) a due questionari, il CBIa e l'I-NSPIC. La scelta del metodo quantitativo, tramite misurazione, è stata guidata dalla convinzione che la visibilità dell'insegnamento e dell'apprendimento ne aumenta la probabilità d'efficacia (Hattie, 2012).

L'ambiente culturale e formativo influisce sulla comprensione e attualizzazione del caring (Labrague et al., 2015a; Loke et al., 2015). Per questo, prima di analizzare i livelli di caring risultati dai questionari, si è ritenuto opportuno ripetere le analisi psicometriche sul questionario NSPIC già usato in italiano (Favaretto et al., 2010), ma validato solo su un campione di studenti del centro e nord Italia come I-NSPIC (Arrigoni et al., 2017). Il risultato dell'analisi fattoriale ha portato a definire 5 dimensioni di cui una nuova, "Mancanza di fiducia" (F3A) (*Failing trust*) (Tab. III). Le altre quattro sono analoghe a quelle già descritte dalle autrici del questionario (Wade e Kasper, 2006). L'insieme degli item di queste quattro dimensioni ha un significato simile a quello dell'insieme americano ma una distribuzione diversa delle affermazioni. Per questo la denominazione di tre dimensioni è rimasta invariata, '*Instills confidence through caring*' (F1W = F1A), '*Respectful sharing*' (F5W = F2A), '*Control vs*

*flexibility*' (F4W = F5A) (Tab. III). Diversamente è risultato opportuno unire due denominazioni che in precedenza erano separate: 'Supportive learning climate' (F2W) e 'Appreciation of Life's Meanings' (F3W) (Wade e Kasper, 2006) creando la denominazione 'Ambiente di supporto personale e di apprendimento' (F4A) (*Supportive learning and life climate*) (Tab. III). La differenza concettuale, così come si evince dall'analisi fattoriale del nostro studio (Tab. III), è che lo studente italiano percepisce come un unicum ciò che altrove è percepito separatamente, il supporto all'apprendimento e il supporto come persona, nel cogliere il senso e l'apprezzamento della vita, evidenziando l'influenza del contesto culturale circa il caring. Questo potrebbe essere il motivo per cui gli studenti italiani hanno descritto la sensibilità per i loro problemi come un indice di qualità formativa (Macale et al., 2016). La distribuzione degli item riscontrata dalla presente analisi (Tab. III), permettendo di differenziare le dimensioni che manifestano la presenza di caring (F1A, F2A, F4A) da quelle che ne manifestano la carenza (F3A e F5A), valorizza un aspetto importante della cornice teorica del questionario: non ci sono comportamenti indifferenti rispetto ad un valore essenziale per l'essere umano come il caring.

I livelli di caring sono risultati elevati sia negli studenti che nei tutor clinici (Tab. IV), come già evidenziato in altri studi (Khademian e Vizesfar, 2008; Loke, 2015; Labrague, 2015a; Aupia et al., 2018), sottolineando come il caring sia un valore comune a tante professioni, ma il professionista infermiere non ne può fare a meno se vuole essere coerente con la natura del nursing (Smith, 2013). Lo studio evidenzia come il nursing contribuirà a preservare la dignità umana in questo momento di rapido sviluppo tecnologico che spesso rischia di limitare la persona al suo corpo e a intendere quest'ultimo come una macchina (Watson, 2008; Watson, 2012).

È di grande interesse la differenza di punteggio a seconda delle aree cliniche di tirocinio (Tab. V): gli studenti della chirurgia hanno livelli più bassi rispetto a quelli dell'Area Critica in due dimensioni (F3, F4) (Tab. V). La causa potrebbe essere il rapporto quantitativo inferiore tra infermiere e paziente nell'Area Critica e il conseguente maggior tempo da poter dedicare ad ogni paziente. La percezione del caring pare modificarsi in relazione all'area clinica in cui si lavora così come dimostrato da Lea e Watson, 1999.

Le associazioni tra i livelli di caring degli studenti e le diverse caratteristiche demografiche (Tab. VI) hanno dimostrato l'influenza dell'età e del sesso. Le studentesse hanno mostrato maggiori livelli di caring e una probabilità doppia di sviluppare caring in tutte le dimensioni (Tab. VI); mentre altrove gli studenti (di sesso maschile) avevano mostrato maggiori livelli di caring in quanto alle dimensioni 'Assurance', 'Knowledge and skill', 'Attentiveness' (Aupia et al., 2018).

Le associazioni significative tra l'anno di corso e i livelli di caring (Tab. VI) mostrano che gli studenti del terzo anno hanno una probabilità doppia di sviluppare caring rispetto a quelli degli anni precedenti nelle dimensioni del fare (II e III per F2 e solo III vs I e II per F4), anche per la maggior responsabilità attribuita agli studenti degli ultimi anni rispetto all'*instrumen-*

*tal caring*' (Loke et al., 2015). Nello studio di Aupia et al. 2018 il risultato è analogo seppur espresso in relazione alle settimane di tirocinio e non all'anno di corso, la dimensione *Knowledge and skill* ha punteggi più alti in quanti hanno realizzato più tirocinio; inoltre, sempre con il progredire del tirocinio, aumenta il livello di caring rispetto alla dimensione 'Connectendess', aspetto dell'essere, 'expressive caring' (Aupia et al., 2018). In linea con Aupia et al. (2018) l'ipotesi è che ciò sia dovuto al fatto che avendo vissuto più ore a contatto col malato possa essere stata maggiore la condivisione di esperienze di vita forti, come assistere ad un decesso. Di conseguenza aumenta l'umiltà e la capacità di relazionarsi col paziente a cui dedica tempo e attenzione. Gli studenti con minor tempo di tirocinio probabilmente riflettono un minor livello qualitativo di caring perché limitati sia dall'ansia, causata dalla poca familiarità con l'ambiente clinico o con situazioni complesse dei pazienti, sia dalla paura di fare errori ed essere giudicati dai docenti.

Nel confronto tra il I e il II anno e successivamente il III appare un netto aumento (OR > 2) dei comportamenti di 'instrumental caring' (F2 e F4) a conferma che lo studente deve imparare "a fare" tutto (Tab. VI). Nel passaggio dal I al II anno e successivamente al III non è significativo l'aumento dell'*expressive caring*' (F1 e F3) (Tab. VI) che riguarda la sfera propria dell'essere e quindi richiede tempi molto più lunghi e modalità più complesse per uno sviluppo adeguato. La relazione con il tutor sembra indicare un percorso e un processo più idonei allo sviluppo del saper essere.

Nel presente studio si usa il questionario I-NSPIC per descrivere, quanto e come il caring del tutor si trasmette allo studente. È di grande interesse capire quali studenti percepiscono con più facilità il caring rispetto a quelli che invece percepiscono maggiormente le carenze di caring. Nel nostro campione è risultata significativa l'associazione con l'età, il sesso e le precedenti esperienze di caring (Tab. VII). Gli studenti più maturi per età ed esperienze precedenti colgono il valore positivo della relazione di cura apprezzando nel tutor anche la capacità di riconosce i propri limiti. La capacità didattica, di trasmissione di qualità, rientra nel profilo del formatore. Non è quindi sufficiente possedere conoscenze, competenze e qualità ma bisogna riuscire a trasmetterle e a comunicarle allo studente. Attraverso il presente studio, inoltre, si cerca di trovare elementi per migliorare la relazione tra studente e docente, nel nostro caso l'infermiere. La qualità della relazione tra studente e tutor migliora in funzione del parametro fiducia, se il tutor si fida e trasmette fiducia le prestazioni di caring dello studente migliorano in modo significativo: raddoppiano (Tab. VIII). I comportamenti di caring dei tutor hanno un impatto positivo sullo sviluppo dei comportamenti di caring degli studenti se accompagnati da manifestazioni di fiducia. È il risultato statisticamente significativo sulla percezione di un 'Trasmettere fiducia attraverso il caring', tale percezione è associata ad un livello doppio di comportamenti di caring degli studenti in tre delle quattro dimensioni del CBIta (F2 = Fare con competenza, F3 = Ri-

spondere alle necessità, F4 = Fornire assistenza efficace) (Tab. VIII).

Le correlazioni tra le dimensioni dei due questionari CBIIta e I-NSPIC sono risultate significative (Tab. IX), confermando la coerenza interna di entrambi i questionari e il significato attribuito alle soluzioni fattoriali del CBIIta per studenti (Fenizia et al., 2019 in press) e del I-NSPIC del presente studio (Tab. III). Nel primo caso, infatti, la correlazione più elevata è quella tra F1 e F3 e sottolinea l'importanza degli item rappresentativi della variabile latente che riferisce all'essere, *expressive caring*. Nel secondo caso le correlazioni negative di F3A e F5A confermano la consistenza della mancanza di caring, la relazione di cura si può conoscere e apprendere anche per la sua carenza (Tab. IX).

La variabilità nella trasmissione e nell'acquisizione del caring nel nostro studio sembra in linea con i risultati presenti in letteratura sugli effetti della formazione infermieristica (Khademian e Vizeshtar, 2008): non è sufficiente realizzare dei corsi formativi al caring. Occorre cercare e saggiare metodi efficaci che permettano una comprensione e un'applicazione del caring anche sul piano culturale del modello formativo (Guo et al., 2018). Un elemento che sembra utile è la promozione di un clima di *caring* nella formazione infermieristica, cercando chi può trasmettere questo valore 'contagioso' (Beck, 2001). Beck (2001) usa un termine '*trickling down effect*' per descrivere una sorta di effetto domino del caring in senso orizzontale (docenti-docente; studente-studente), verticale (docenti → studenti) e trasversale (studenti → pazienti → familiari e amici; amministrativi → docenti e studenti). Per questo, sarebbe appropriato usare il termine educare, più che trasmettere o insegnare il caring. Il caring dovrebbe divenire un modo di essere (Beck, 2001) sia per i docenti che per gli studenti di infermieristica; il docente è quindi un educatore, di conseguenza, ogni infermiere che instauri un rapporto interpersonale con lo studente durante il tirocinio dovrebbe formarsi anche alle competenze pedagogiche (Collière, 1992).

Lo studio multicentrico di Loke et al. (2015) fornisce numerosi spunti di studio rilevando che in alcuni paesi certe azioni riferite alla dimensione dell'essere caring, '*expressive caring behaviours*', ci si aspetta che vengano realizzate da amici o parenti del paziente. Lo stesso studio osserva che è positivo il fatto che si riesca a preservare l'elevato livello di caring di chi, grazie ad una buona formazione pre-universitaria, aveva ele-

vati livelli iniziali, ovvero tali livelli diminuiscono ma restano alti. Condividiamo che la possibile causa della diminuzione all'ultimo anno sia dovuta al fatto che aumentando la complessità e le responsabilità correlate al caring strumentale venga inficiato il caring espressivo. Questo non toglie, affermano Loke e gli altri che la formazione infermieristica dovrebbe comunque essere efficiente anche negli aspetti umanistici che sono importanti tanto quanto quelli della produttività e dell'efficienza nel sistema sanitario (Loke, 2015).

La significatività riscontrata nel nostro studio in relazione a determinate variabili è un passo importante sul quale costruire successive analisi future e proposte concrete di formazione ed educazione. La significatività dei risultati del nostro studio conferma la consistenza dell'alleanza formativa che si può creare tra lo studente di infermieristica e il suo tutor clinico (Binetti et al., 1999). I due questionari utilizzati costituiscono strumenti utili per la riflessione sui comportamenti che manifestano la presenza o carenza di caring (Li et al., 2013).

L'importanza del caring, sia nell'assistenza che nella formazione/educazione, rende fondamentale il ruolo che l'infermiere ha nello sviluppo dell'ambiente nel quale si trovano sia i pazienti che gli studenti (Beck, 2001; Guo, 2018). Il ruolo di tutor clinico mantiene il suo valore anche se non è ufficializzato e se non si è ricevuta una specifica formazione (Bottio et al., 2011; McClure e Black, 2013). In questo senso il suo rapportarsi agli studenti, trasmettendo loro fiducia, risulta essere un elemento chiave per facilitare allo studente non solo l'apprendimento tout court, ma quello che passa dalla definizione di un'identità professionale marcata e di qualità: un infermiere che domani saprà unire l'essere e il fare per il bene proprio, del paziente e dell'ambiente. Il *caring*, essendo l'essenza dell'infermieristica è come una forza centripeta che facilita lo sviluppo armonico delle competenze. L'essere sinceramente attento all'altro diventa un modo di essere infermiere che potenzia l'identità e la qualità professionale.

Sembra opportuno tornare alla teoria di riferimento degli strumenti utilizzati, il *Transpersonal caring* e in particolare al 7° dei suoi 10 *carative factors* come la promozione di apprendimento e insegnamento transpersonale (Watson, 2008). Colui che insegna, sia ad un paziente che uno studente, sarà più efficace nella misura in cui si mette in gioco, accettando la dinamicità della relazione che permette il cambiamento da entrambe le parti (Binetti, 2004). Il tutor può valorizzare le conoscenze ed esperienze che trasmette inserendole in un contesto esistenziale significativo e ricco di valori umani generosi e appassionanti. Il primo strumento di tutorato è la persona del tutor (Fenizia et al., 1994).

Nella professione infermieristica non trasmettere caring è come omettere un elemento terapeutico che è sinergico con tutti gli altri. Questo ragionamento è valido tanto nell'assistenza quanto nella formazione infermieristica. La relazione intersoggettiva con gli studenti in tirocinio è inevitabile e il non adoperarsi perché diventi una relazione di fiducia è fallimentare: un rispettoso feedback, positivo o negativo, da

**Tabella IX.**  
Correlazioni di Pearson a due code tra CBIIta (Fn) e NSPIC (FnA).

FATTORI	F1	F2	F3	F4
F1A	0,340*	0,219*	0,307*	0,206*
F2A	0,253*	0,224*	0,267*	0,176*
F3A	-0,157*	-0,205*	-0,212*	-0,142*
F4A	0,307*	0,176*	0,261*	0,189*
F5A	-0,245*	-0,241*	-0,227*	-0,170*

\* = significativa a livello 0,01; corsivo = correlazioni negative.



parte dell'infermiere-tutor fa sentire lo studente oggetto di attenzione, al contrario l'indifferenza fa sentire abbandonati a se stessi, creando sfiducia, imbarazzo nel chiedere aiuto, ecc. Future ricerche che possano agevolare la sinergia tra le istituzioni e gli infermieri che desiderano essere professionisti a tutto tondo saranno auspicabili in un immediato futuro.

Dunque, rielaborando le nostre conclusioni in vista di un cambiamento nella formazione/educazione degli studenti, avendo distinto tra *instrumental caring* ed *expressive caring*, rileviamo che il primo migliora significativamente nel passaggio dal primo al terzo anno, mentre i miglioramenti riferiti al secondo non appaiono particolarmente significativi, pur trattandosi di un parametro di riferimento molto importante. Detto in altro modo, nel *caring* del "fare" le *technical skills* crescono nel tempo, mentre nell'*expressive caring*, a cui fanno riferimento tutte le *relations skills*, ossia la relazione con il tutor e a cascata la relazione con i pazienti, stentano a decollare. Ne deduciamo che l'insegnamento dell'*instrumental caring* è più efficace e meglio correlato con le attuali tecniche di insegnamento. Alla fine dei tre anni lo studente ha imparato a fare molte cose, le fa bene e le fa in modo responsabile. Ma questo non significa che le sue performance comunicative, la sua stessa identità infermieristica siano fondate adeguatamente sul *transpersonal caring*.

Questo secondo pacchetto di competenze, che hanno molto a che vedere con lo stile professionale dell'infermiere e con la sua umanizzazione, dipendono dalla sua relazione con il tutor clinico e dalla stessa qualità del tutor clinico, che comprende la semplicità di riconoscere limiti ed errori, la capacità di osservazione e riflessione dello studente, la capacità di rielaborare anche gli aspetti più minuti della relazione del tutor clinico con i pazienti, con i colleghi e con gli altri studenti. Non basta un'elevata qualità formativa del tutor clinico, occorre che lo studente sappia riflettere, porsi delle domande adeguate, parlarne con il tutor, confrontare risposte e comportamenti, quindi valutare.

Appaiono due punti deboli dell'intero sistema formativo anche nel mondo infermieristico. I tutor clinici sono pochi, poco formati alla relazione con lo studente, più attenti ad insegnare che non a imparare, attraverso lo sviluppo di una riflessività consapevole. Il fare infermieristico rischia di limitarsi a saper applicare tecniche e procedure, mentre la sua eccellenza sta piuttosto in un fare fortemente umanizzato, che tiene insieme competenza tecnica e qualità relazionale. E solo un buon tutor clinico può accompagnare lo studente in questo itinerario, con l'esempio, necessario, ma non sufficiente, e con l'invito a rielaborare di giorno in giorno le sue esperienze. Ciò che rende significativo un processo di apprendimento non è la ripetitività delle esperienze, che comunque conferisce abilità nel fare, ma la profondità con cui si indaga senso e significato di questa ricaduta nella vita personale e professionale. In questo dialogo dello studente con il tutor e con se stesso prende forma quel *transpersonal nursing* che permette di apprendere dall'altro non per imitazione, ma per convinzione e assimilazione.

In conclusione, la formazione del tutor clinico resta centrale in un buon sistema di apprendimento del Nursing a 360 gradi. E come tale va riconosciuta e in un certo senso pretesa da chi lavora in un campo composito come quello in cui assistenza e formazione sono due facce di una stessa medaglia. Nei *teaching Hospital*, dove si formano medici e infermieri, le *teaching skills* rappresentano un mix armonico di *technical skills*, *relation skill* ed *ethical values* e dovrebbero rappresentare una sorta di *Hidden curriculum*, in cui gli studenti prima contemplano poi assumono come orizzonte valoriale lo stile relazionale dei professionisti preposti alla loro formazione.

## Ringraziamenti

Gli autori sono lieti di ringraziare la professoressa Jean Watson per l'instancabile contributo teorico alla pratica e alle scienze infermieristiche, la professoressa Zane Wolf e la professoressa Gail Wade per l'elaborazione dei questionari e per l'autorizzazione al loro utilizzo, la dott.ssa Sonia Vazzano per la premurosa attività di assistenza redazionale, la dott.ssa Eleonora Cella e il professor Massimo Ciccozzi per l'assistenza nelle analisi statistiche. Inoltre, ringraziano i colleghi infermieri che realizzano ricerca sul caring, in particolare gli italiani. Un grazie speciale agli studenti che, pur rimanendo nell'anonimato, hanno reso possibile il presente lavoro compilando i questionari.

## Bibliografia

- Alvaro R, Vellone E, Fierro A, et al. *Strumenti e metodi per migliorare il tirocinio clinico degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica: esperienza dell'Università di Roma Tor Vergata*. Professioni Infermieristiche 2009;62:32-40.
- Arrigoni C, Puci M, Grugnetti AM, et al. *Italian version of Nursing Students' Perception of Instructor Caring (I-NSPIC): assessment of reliability and validity*. BMC Med Educ 2017;1:1-8.
- Aupia A, Lee TT, Liu CY, et al. *Caring behavior perceived by nurses, patients and nursing students in Indonesia*. J Prof Nurs 2018;34:314-9.
- Barbaranelli C, Ingoglia S. *I modelli di equazioni strutturali: temi e prospettive*. Edizioni Universitari di Lettere Economia Diritto 2013.
- Beck CT. *Caring within nursing education: a metasynthesis*. J Nurs Edu 2001;40:101-9.
- Binetti P, Pontalti I, Santini D. *Il tutorato, modelli ed esperienze nella didattica universitaria DUAS*. Roma: SEU 1999.
- Binetti P, Pellegrino P, Anziolotti P, Eds. *Manuale del tutor*. Dipartimento per la Ricerca Educativa e Didattica Università Campus Bio-Medico di Roma, 2007. pp. 56-66.
- Binetti P, Alloni R. *Modi e modelli del tutorato, la formazione come alleanza*. Roma: Magi 2004.
- Bottio C, Guerrieri C. *Il tutor clinico. Manuale per lo sviluppo delle competenze*. Milano: FrancoAngeli 2011.
- Collière MF. *Aiutare a vivere. Dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica*. Milano: Sorbona 1992.
- Cook PR, Cullen J. *Caring as an imperative for nursing education*. Nurs Educ Perspect 2003;24:192-7.
- Conferenza rettori università italiane (CRUI). *Orientamento e tutorato*, 1995.



- Di Napoli PP, Nelson J, Turkel M, et al. *Measuring the caritas process: caring factor survey*. Int J Human Caring 2010;14:15-20.
- Dougnac A, Santelices L, Chávez, A. *Tutoría y razonamiento clínico. Sus desafíos pedagógicos*. Ediciones Universidad Finis Terrae, Santiago (Cile) 2016.
- Favaretto A, Fanton E, Zampieron A. *Student nurses' perceived evaluation toward on clinical tutors*. Professioni Infermieristiche 2010;63:93-8.
- Fenizia E, Marchetti A, Biagioli V, et al. *Psychometric testing of the Caring Behaviors Inventory for nursing students*. 2019 (In press).
- Fenizia R, Pasquino F, Spasiano M. *Il tutorato: esperienze universitarie*. Napoli: E.di.s.u 1994.
- Fрати L, Dimonte V, Saiani L. *Conferenza permanente dei corsi di laurea delle professioni sanitarie*, 2010
- Gillespie M. *Student-teacher connection in clinical nursing education*. J Adv Nurs 2002;37:566-76.
- Guo YJ, Yang L, Ji H, et al. *Caring characters and professional identity among graduate nursing students in China-A cross sectional study*. Nurse Educ Today 2018;65:150-5.
- Hattie JAC. *Visible learning for teacher*. London: Routledge 2012.
- Ismail LM-N, Aboushady RMN, Abeer Eswi A. *Clinical instructor's behavior: Nursing student's perception toward effective clinical instructor's characteristics*. J Nurs Educ Practice 2016;6:96-105.
- Khademian Z, Vizeshfah F. *Nursing students' perceptions of the importance of caring behaviours*. J Adv Nurs 2008;61:456-62.
- Kim M-S, Patterson KT. *Teaching and practicing caring in the classroom*. Journal of Christian Nursing 2016;33:E23-6.
- Labrague LJ, Mcenroe-Petitte DM, Papathanasiou IV, et al. *Nursing students' perceptions of their own caring behaviors: a multicountry study*. Int J Nurs Knowl 2015a;26:1-8.
- Labrague LJ, Mcenroe-Petitte DM, Papathanasiou IV, et al. *Impact of instructors' caring on students' perceptions of their own caring behaviors*. J Nurs Scholarsh 2015b;1:338-46.
- Lapia L, Signoriello G, Masera G, et al. *Lo Human Caring nella realtà sanitaria napoletana: risultati di un'indagine conoscitiva sul personale infermieristico attraverso l'uso della scala di valutazione delle cure (Survey 13, CFS-CPV)*. Rivista L'Infermiere 2017;5.
- Lea A, Watson R. *Perceptions of caring among nurses: the relationship to clinical area*. J Clin Nurs 1999;8:617-8.
- Li J, Zho, L, Zhu D, et al. *Chinese version of the nursing students' perception of instructor caring (C-NSPIC): Assessment of reliability and validity*. Nurse Educ Today 2013;33:1482-9.
- Loke JCF, Lee KW, Lee BK, et al. *Caring behaviours of student nurses: effects of pre-registration nursing education*. Nurse Educ Pract 2015;15:421-9.
- Macale L, Vellone E, Scialò G, et al. *The experience of educational quality in undergraduate nursing students: a phenomenological study*. Prof Inferm 2016;69:244-51.
- Melender HL, Jonsen E, Hilli Y. *Quality of clinical education – comparison of experiences of undergraduate student nurses in Finland and Sweden*. Nurse Educ Pract 2013;13:256-61.
- McClure E, Black L. *The role of the clinical preceptor: an integrative literature review*. J Nurs Educ 2013;52:335-41.
- Mortari L, Saiani L. *Gesti e pensieri di cura*. Milano: McGraw-Hill Education 2013.
- Murphy F, Jones S, Edwards M, et al. *The impact of nurse education on the caring behaviours of nursing students*. Nurse Educ Today 2009;29:254-64.
- Pellegatta C. *Tutor clinico tra Università e Azienda sanitaria: ruolo o funzione per il professionista infermiere?* L'infermiere 2010;54:45-8.
- Salgado J, Valenzuela S, Sáez K. *Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado*. Ciencia y Enfermería 2015;21:69-79.
- Smith MC. *Caring and the discipline of nursing*. In: Smith MC, Turkel MC, Wolf ZR, Eds. *Caring in nursing classics: an essential resource*. New York: Springer 2013 pp. 1-8.
- Swanson KM. *Empirical development of a middle range theory of caring*. Nurs Res 1991;40:161-6.
- Tanner CA. *Caring as a value in nursing education*. Nursing Outlook 1990;38:70-2.
- Tomietto M, Papastavrou E, Efstathiou G, et al. *Misurare la percezione di caring in pazienti e infermieri: validazione italiana del Caring Behaviors Inventory (CBIIta)*. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia 2014;36:38-44.
- Turkel MC, Watson J, Giovannoni J. *Caring science or science of caring*. Nurs Sci Q 2018;31:66-71.
- Vandenhouten C, Kubsch S, Peterson M. et al. *Watson's theory of transpersonal caring: factors impacting nurses professional caring*. Holist Nurs Pract 2012;26:326-34.
- Wade GH, Kasper N. *Nursing students' perceptions of instructor caring: an instrument based on Watson's Theory of Transpersonal Caring*. J Nurs Educ 2006;45:162-8.
- Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boston (MA): Little, Brown & Company 1979.
- Watson J. *Human caring as moral context for nursing education*. Nursing and Health Care 1998;9:423-5.
- Watson J, Smith MC. *Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development*. J Adv Nurs 2002;37:52-61.
- Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring (Revised ed)*. Reprinted by arrangements. Colorado: University Press 2008.
- Watson J. *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. New York: Springer 2009.
- Watson J. *Human caring science. A theory of nursing*. Sudbury (MA): Jones & Barlett Learning 2012.
- Watson R, Lea A. *The caring dimensions inventory (CDI): content validity, reliability and scaling*. J Adv Nurs 1997;25:87-94.
- Wolf ZR. *The caring concept and nurse identified caring behaviors*. Top Clin Nurs 1986;8:84-93.
- Wu Y, Larrabee JH, Putman HP, et al. *Caring behaviors inventory a reduction of the 42-item instrument*. Nursing Res 2006;55:18-25.

## Sitografia

- Alma Mater Studiorum Università di Bologna (UniBO), polo scientifico-didattico di Rimini CLI. *Percorso formativo e regolamento per l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico*.  
<https://corsi.unibo.it/laurea/Infermieristica/>
- Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) *Codice deontologico dell'infermiere*. 2019 ([www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/2629/11%20testo%20definitivo%20Codice%20Deontologico%20degli%20Ordini%20delle%20Professioni%20Infermieristiche%202019.pdf](http://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2629/11%20testo%20definitivo%20Codice%20Deontologico%20degli%20Ordini%20delle%20Professioni%20Infermieristiche%202019.pdf)).
- Legge del 19 novembre 1990 n. 341*. Gazzetta Ufficiale n. 274 del 23-11-1990 ([http://www.fnopi.it/archivio\\_news/leggi/154/L191190n341.pdf](http://www.fnopi.it/archivio_news/leggi/154/L191190n341.pdf)).
- Università Campus Bio-Medico, Roma (UCBM). *Statuto e Regolamenti* (<https://www.unicampus.it/ateneo/statuto-e-regolamenti>).
- Università di Catania, Catania (UniCT). Scuola "Facoltà di medicina" (<http://www.medicina.unict.it>).
- Università degli Studi di Torino (UniTO). *Corso di Laurea in Infermieristica* (<http://infermieristicaiva.campusnet.unito.it>).