

MODELLO DI EQUAZIONI STRUTTURALI PER L'ANALISI DEL RISCHIO PSICOSOCIALE

Maura Galletta, Igor Portoghese, Marcello Campagna

Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Università degli Studi di Cagliari, Cagliari

Introduzione

La qualità della formazione negli studenti delle facoltà di infermieristica dipende in larga parte dalla qualità dell'esperienza clinica inerente il curriculum universitario.

In letteratura (Del Prato *et al.*, 2011) è riportato che gli studenti di infermieristica, oltre ad affrontare elementi di stress durante il loro percorso di studio universitario sono anche sottoposti a fattori di stress legati alla pratica clinica durante la loro esperienza di tirocinio. In effetti, da una prospettiva formativa, i tirocini clinici possono offrire alla persona in formazione un ambiente di lavoro reale in cui è possibile applicare le conoscenze e le capacità professionali sviluppate teoricamente nel percorso di formazione (Newton *et al.*, 2010).

Da un punto di vista clinico, l'esperienza di apprendimento sviluppata sul campo permette di formare nuovi potenziali professionisti che si adattano perfettamente alla specifica area infermieristica in cui è avvenuta la formazione (Happel, 2008).

Tuttavia, sebbene il tirocinio clinico possa essere considerato la parte più importante della formazione dell'infermiere-studente, la letteratura (Del Prato *et al.*, 2011; Mahat, 1998; Beck & Srivaska, 1991) ha mostrato che gli studenti spesso vivono esperienze di tirocinio insoddisfacenti riferendo di "essere non graditi" e di "non sentirsi parte del team". Essi riferiscono di non ricevere sufficiente supporto e feedback costruttivo, e vivono con terrore la possibilità di commettere errori.

Dati questi presupposti, il tirocinio clinico potrebbe essere per gli studenti fonte di alto rischio psicosociale e dei conseguenti comportamenti disfunzionali sul lavoro, oltre ad essere motivo condizionante a voler proseguire gli studi universitari.

Sebbene moderate quantità di stress possono motivare e aumentare il benessere e la prestazione ovvero *eustress*, stress positivo riferito ad una risposta adattiva alla situazione stressogena (Gibbons *et al.*, 2007), la necessità di mitigare lo stress negativo, *distress*, con la creazione di ambienti di supporto permette di facilitare l'attività formativa ed è fondamentale per favorire il successo e la socializzazione professionale dei futuri infermieri.

L'obiettivo dello studio è quello di testare un modello esplorativo di relazioni tra variabili legate allo stress di ruolo, la relazione con il tutor, il rispetto percepito e la soddisfazione per la pratica clinica. Nello specifico, sulla base di un modello teorico Job Demand-Resources (JD-R) di Bakker e Demerouti (2007), sono stati considerati aspetti relativi al lavoro quali: conflitto e ambiguità di ruolo (spesso vissuti dai giovani in formazione e considerati fonti di stress mentale ed emozionale), relazione di supporto con il tutor e rispetto percepito. Tali aspetti sono stati considerati elementi protettivi dallo stress in grado di aumentare la soddisfazione dello studente (variabile di *outcome*).

Materiali e metodi

È stata realizzata un'indagine descrittiva e trasversale con compilazione di un questionario on-line. Lo studio ha coinvolto 287 studenti universitari sardi iscritti al secondo e terzo anno del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche. Gli studenti del primo anno non sono stati coinvolti perché al momento dello studio non era stata avviata l'attività di tirocinio.

Il questionario include una sezione socio-anagrafica e un insieme di scale validate presenti in letteratura. Per le scale in cui non era presente una validazione italiana è stata eseguita la procedura della *translation-back-translation* (Brislin, 1970). Per testare la relazione con il tutor sono stati utilizzati tre item adattati della scala di *Leader-Member Exchange* (Graen *et al.*, 1995) ($\alpha = 0,91$). L'ambiguità (quattro item, $\alpha = 0,70$) e il conflitto di ruolo (tre item, $\alpha = 0,74$) sono stati misurati attraverso le sottoscale della Scala di Stress di Ruolo (Rizzo *et al.*, 1970) e adattati allo studio. Il rispetto percepito è stato misurato utilizzando la sottoscala di tre item ($\alpha = 0,80$) del *Reward Component Esteem Scale* (Siegrist, 1996). Infine, la soddisfazione per la pratica clinica è stata misurata con tre item ($\alpha = 0,78$), della scala di Cortese (2001).

Le relazioni tra le variabili sono state testate attraverso un modello di equazioni strutturali, utilizzando il software AMOS 18.0.

Risultati

Il campione di 287 studenti è così suddiviso per età: 53% tra 20-23 anni, 15% tra 24-27 anni, 26% tra 28-35 anni e 6% over 36 anni.

Il modello delle relazioni tra le variabili oggetto di studio ha mostrato una buona adattabilità: $\chi^2_{(97)} = 159,37$; *Incremental Fit Index* (IFI) = 0,97; *Comparative Fit Index* (CFI) = 0,97; *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) = 0,05. Tutti i coefficienti beta del modello sono risultati significativi ($p < 0,05$).

I risultati riportati in Figura 1 mettono in evidenza una relazione negativa e significativa tra la qualità delle relazioni di scambio e supporto con il tutor e l'ambiguità ($\beta = -0,63$, $p < 0,05$) e il conflitto di ruolo ($\beta = -0,46$, $p < 0,05$), così come è emersa una relazione positiva ($\beta = 0,38$, $p < 0,05$) con la soddisfazione per la pratica clinica, ossia il tirocinio.

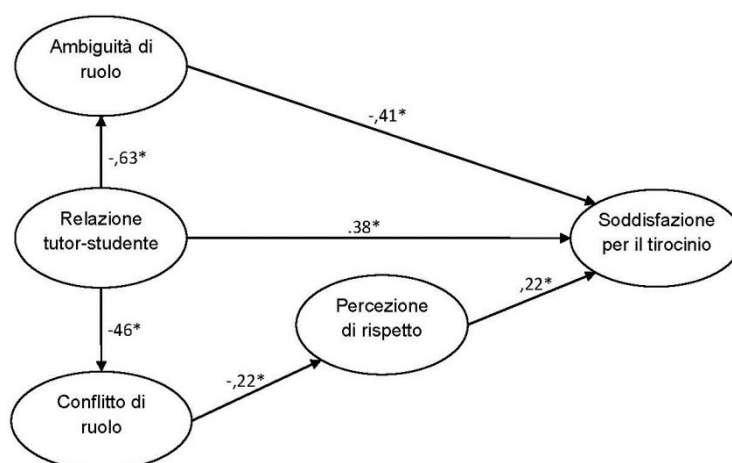


Figura 1. Modello di relazioni tra variabili con coefficienti beta (β) standardizzati

Inoltre, è risultata significativa la relazione negativa tra ambiguità di ruolo e soddisfazione per il tirocinio formativo ($\beta = -0,41$, $p < 0,05$). Il conflitto di ruolo è negativamente associato al rispetto percepito ($\beta = -0,22$, $p < 0,05$), che a sua volta, è positivamente associato alla soddisfazione con il tirocinio ($\beta = 0,22$, $p < 0,05$) giocando un importante ruolo di mediazione nel modello di regressione senza l'inserimento della variabile *rispetto percepito* (relazione tra conflitto di ruolo e soddisfazione: $\beta = -0,39$, $p < 0,001$); con l'inserimento del rispetto percepito come mediatore, il modello di relazione tra conflitto di ruolo e soddisfazione riporta un valore di $\beta = -0,09$, $p > 0,05$; con effetto di mediazione $\gamma = 0,61$, IC = 0,43–0,60, $p < 0,001$.

La varianza spiegata dal modello finale è risultata del 39% per l'ambiguità di ruolo, del 22% per il conflitto di ruolo, del 5% per il rispetto percepito e del 59% per la soddisfazione per il tirocinio.

Conclusioni

Guidati dal modello JD-R (Bakker *et al.*, 2007), lo studio ha esplorato il ruolo di alcuni potenziali fattori di benessere/malessere legati alla pratica clinica nel percorso di apprendimento dei futuri infermieri. I risultati hanno evidenziato che gli ambienti formativi caratterizzati da rispetto, fiducia e relazioni di qualità possono mitigare fattori negativi quali stress e ridurre il rischio psicosociale tra gli studenti infermieri.

Inoltre, è emerso che quando la relazione di scambio e di supporto tra il tutor e lo studente in formazione è di bassa qualità, c'è un rischio più alto che si verifichi ambiguità e conflitto di ruolo nello studente, che può portare a malessere mentale ed emotivo, oltre che ad una minore soddisfazione per la pratica clinica. Viceversa, quando la relazione tra tutor e studente è di supporto allo studente, anche la soddisfazione per la propria esperienza di tirocinio aumenta e questo atteggiamento è importante per il proseguimento degli studi universitari e per il consolidamento della professionalità del futuro infermiere. Infine, è stato trovato un effetto di mediazione del rispetto percepito sulla relazione tra conflitto di ruolo e soddisfazione. Questo significa che maggiore è la percezione di conflitto dello studente, minore è la percezione di rispetto da parte del sistema (relazione negativa), e questo a sua volta diminuisce (relazione positiva) la soddisfazione per il tirocinio stesso.

È utile sottolineare alcuni limiti dello studio. In primo luogo, la ricerca di tipo trasversale non ha permesso di stabilire un rapporto di causa-effetto tra le variabili osservate. Inoltre, la compilazione del questionario online non ha permesso un adeguato controllo degli studenti sull'adesione alla compilazione in assenza di fattori di disturbo. Inoltre, i questionari anonimi sono risultati spesso incompleti di intere sezioni o della scheda anagrafica, e ciò non consente di risalire alle caratteristiche degli studenti che hanno rifiutato la compilazione. Inoltre, il questionario sottoforma di *self-report* potrebbe avere condizionato le risposte degli studenti per via della desiderabilità sociale (Podsakoff *et al.*, 1986).

Uno sviluppo futuro dello studio è il ricorso a misure obiettive quali ad esempio valutazioni da parte dei tutor o valutazioni esterne della prestazione.

Infine, avendo condotto lo studio solo in una Università italiana, non è possibile effettuare confronti con altre realtà e quindi generalizzare i risultati. Tuttavia, la presente ricerca si riferisce ad uno studio pilota che pone le basi per un'indagine futura più ampia e accurata.

Data l'attuale carenza di personale infermieristico nelle strutture sanitarie (WHO, 2006; Aluttis *et al.*, 2014), i risultati dello studio possono avere importanti implicazioni per il reclutamento, la ritenzione dei giovani infermieri e lo sviluppo professionale. In questo senso, alcune strategie organizzative e di collaborazione tra Università e strutture ospedaliere

dovrebbero essere implementate per facilitare l'attinenza dei *curricula* universitari con i programmi di tirocinio e favorire l'apprendimento clinico.

Inoltre, le Università e le strutture ospedaliere dovrebbero collaborare e interfacciarsi per consentire la ricerca continua sui fattori dell'ambiente clinico così da facilitare e migliorare l'apprendimento sul campo. Infine, il tutor infermiere dovrebbe essere in grado di:

- fornire supporto allo studente per consentire un efficace inserimento nell'ambiente di apprendimento e ritagliare questo sulla base degli obiettivi clinici e del percorso formativo specifico;
- implementare modalità di coinvolgimento dello studente nei corsi clinici (seminari guidati e valutazione della performance) e valutare la loro efficacia sulla base degli obiettivi e dei risultati raggiunti per incrementare la fiducia e la confidenza degli studenti verso la professione attiva nella pratica clinica (D'Souza, 2013).

Bibliografia

- Aluttis C, Bishaw T, Frank MW. The workforce for health in a globalized context – global shortages and international migration. *Global Health Action* 2014;7:23611.
- Bakker AB, Demerouti E. The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology* 2007;22:309-28.
- Beck D, Srivaska R. Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education* 1991;30:127-33.
- Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross Cultural Psychology* 1970;1:185-216.
- Cortese CG. Prima standardizzazione del Questionario per la Soddisfazione per il lavoro (QSO). *Risorsa Uomo* 2001; 8:331–349.
- D'Souza MS, Venkatesaperumal R, Radhakrishnan J, Balachandran S. Engagement in clinical learning environment among nursing students: Role of nurse educators. *Open Journal of Nursing* 2013;3:25-32.
- Del Prato D, Bankert E, Grust P, Joseph J. Transforming nursing education: a review of stressors and strategies that support students' professional socialization. *Journal of Advances in Medical Education and Practice* 2011;2:109-16.
- Gibbons C, Dempster M, Moutray M. Stress and eustress in nursing students. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 61:282-90.
- Graen GB, Uhl-Bien M. Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level multidomain perspective. *Leadership Quarterly* 1995;6:219-47.
- Happel B. The importance of clinical experience for mental health nursing – part 1: undergraduate nursing students' attitudes, preparedness and satisfaction. *International Journal of Mental Health Nursing* 2008;17:326-32.
- Mahat G. Stress and coping: junior baccalaureate nursing students in clinical settings. *Nursing Forum* 1998; 33:11-12.
- Newton JM, Jolly BC, Ockerby CM, Cross WM. A clinical learning environment scale: a factor analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2010;66:1371-481.
- Podsakoff PM, Organ DW. Self-reports in organizational research: Problems and prospects. *Journal of Management* 1986;12:531-44.
- Rizzo J, House R, Lirtzman S. Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly* 1970;15:150-63.

Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1996;1:27-41.

World Health Organization. *The world health report – working together for health*. Geneva: WHO; 2006.