

# INDICE

Introduzione

Abstract

1. Il cammino della medicina	1
1.1 la medicina disease centred	2
1.2 la “crisi della medicina”	9
1.3 la medicina patient centred	13
2. Evoluzione del nursing	17
2.1 sintesi dell’evoluzione storica del nursing moderno	18
2.2 panoramica della principali teoriche infermieristiche	25
2.3 le teoriche del care	37
2.3.1 Marie Collière	39
2.3.2 Madeleine Leininger	42
2.3.3 Joyce Travelbee	45
3. La teoria dell’human caring di Jean Watson	
3.1 Jean Watson	48
3.2 introduzione alla teoria dell’human caring	49
3.2.1 prima premessa: la formazione infermieristica	53
3.2.2 seconda premessa: bilanciare il modello biomedico e psicosociale	56
3.3 i dieci carative factors	58
3.3.1 primo carative factor: la formazione di un sistema di	

valori umanistico altruistico	58
3.3.2 secondo carative factor: l'infusione di fiducia e speranza	61
3.3.3 terzo carative factor: coltivare la sensibilità verso sé stessi e verso gli altri	65
3.3.4 quarto carative factor: lo sviluppo di una relazione di aiuto e di fiducia	68
3.3.5 quinto carative factor: la promozione e l'accettazione dell'espressione di sentimenti positivi e negativi	73
3.3.6 sesto carative factor: la sistematica adozione del metodo di problem-solving per prendere decisioni	75
3.3.7 settimo carative factor: la promozione di un insegnamento - apprendimento interpersonale	81
3.3.8 ottavo carative factor: la creazione di un ambiente mentale, fisico, socioculturale e spirituale che abbia natura di supporto	88
3.3.9 nono carative factor: aiuto nella soddisfazione dei bisogni umani di base	95
3.3.10 decimo carative factor: il riconoscimento dei fattori esistenziali fenomenologici	100
4. Strumenti per la valutazione e la misurazione del caring	
4.1 misurare il caring	103
4.2 la recente affermazione del caring nella disciplina infermieristica	107

4.3 la struttura dimensionale di una scala: approccio induttivo e deduttivo	110
4.4 il Care- Q e il Care-Sat (Larson 1984, Larson & Ferketich 1993)	112
4.5 C.B.I. Caring Behaviors Inventory (Wolf 1986, 2006)	114
4.6 C.A.T. Caring Assessment Tool (Duffy 1992,2001)	114
4.7 P.G.C.I.S. - Peer Group Caring Interaction Scale	115
4.8 O.C.C.Q. – Organization Climate for Caring Questionnaire (Hughes 1993)	116
4.9 C.E.S. - Caring Efficacy Scale (Coates 1996, 1997)	118
4.10 C.D.I. Caring Dimensions Inventory ( Lea et al. 1998, Watson et al 1999)	119
4.11 Caring Behavior Checklist e Client Perception of Caring (Mc Daniel, 1990)	120
4.12 C.A.I. - Caring Ability Inventory (Nkongho, 1990)	121
5. La ricerca	
5.1 introduzione	123
5.2 obiettivi	123
5.3 metodi e strumenti	123
5.4 risultati	128
Allegati	134
Conclusioni	142
Bibliografia	145

## Introduzione

Il codice deontologico rappresenta per l'infermiere una guida, un riferimento oltre ad essere uno strumento di controllo e di garanzia per l'esercizio professionale. L'articolo 1.3 del codice deontologico del 1999 recita: *“La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo”*. A partire da questo concetto guida, ho voluto indagare il vero significato del prendersi cura di qualcuno, e ho cercato nella letteratura un modello di riferimento che potesse aiutare gli infermieri a compiere a pieno la loro professione.

Nel primo capitolo ho voluto ripercorrere il cammino effettuato dalla medicina, e porre l'attenzione sul crescente interesse della scienza medica verso il paziente come “individuo” e non solo come “individuo malato”.

Il secondo capitolo ripercorre l'evoluzione del nursing, dalle sue origini fino ad arrivare alle teoriche del care, le quali si propongono di soddisfare l'intero articolo 1.3 del codice deontologico dell'infermiere.

Nel terzo capitolo verrà illustrata la teoria dell'Human Caring di Jean Watson, che nel 1979 pubblicò il libro: “Infermieristica: filosofia e scienza del caring” (Nursing: the philosophy and science of caring”).

Il volume pone l'accento sul "core" della teoria cioè, sui 10 carative factor che rappresentano il nucleo fondante e l'insieme dei valori a cui l'infermieristica deve rifarsi per costruire una propria identità.

L'Autrice partendo dalla relazione tra il prendersi cura (caring) degli esseri umani e il prestare assistenza infermieristica, arrivò a formulare la teoria dello human caring ("The Theory of human caring" Watson 1997).

Nel quarto capitolo, sempre rifacendomi a Jean Watson, ho voluto presentare i principali strumenti di valutazione e di misurazione del caring tra quelli presenti in letteratura.

Nel quinto, e ultimo capitolo, verrà descritta la mia ricerca, nella quale utilizzando il C.A.T. (Caring Assessment Tool) di Duffy ho cercato di individuare l'integrazione tra il Cure e il Care all'interno di un reparto di degenza. La ricerca è stata effettuata somministrando il medesimo questionario sia agli infermieri che ai pazienti.

Successivamente verranno presentate le conclusioni del mio elaborato.

## **ABSTRACT**

**INTRODUZIONE E OBIETTIVI:** Il tema della cura e del come prendersi cura risulta essere un argomento più che mai attuale nelle professioni sociali, sanitarie ed educative. La teoria dell'Human Caring di Jean Watson si pone come modello di riferimento per l'infermiere e lo guida nella sua professione indicando 10 punti salienti, i carative factors, necessari per prendersi cura dell'Altro.

**MATERIELI E METODI:** Ho condotto una ricerca bibliografica mediante la consultazione di varie banche dati (pubMed, Cinhal, Ovid, Medline) e tra i risultati ottenuti ho voluto approfondire la teoria della Watson. Ho selezionato una scala di valutazione con lo scopo di individuare l'integrazione tra il Cure e il Care all'interno di un reparto di degenza.

**RISULTATI:** Dai dati emersi risulta che il livello di Care elargito dagli infermieri non si discosta molto dal livello di Care percepito dai pazienti, ciò significa che i comportamenti e gli atteggiamenti messi in atto dagli infermieri nei confronti dei pazienti sono stati da loro correttamente percepiti.

**Keywords:** care, Theory of Human caring, 10 carative factors, caring strumenti di misura, Caring Assessment Tool.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION AND TARGET:** theme to cure and to take care it's an very actual arguments into the social ,educative and health professions.

The theory of "human caring" by jean Watson it's like a reference model for the nurses and it leads into his/her profession with 10 salient points .the carative factors, that he need to take care to the "other".

**MATERIALS AND METHODS :**I've lead a bibliographic research by using many data banks(pubMed, Cinhal, Ovid, Medline),by results gained with this research I've decided to study the watson's theory.

I choised a value stair that show the integration between cure and care in a degency ward

**RESULTS :**by discovered data results that the level of given care by nurses it's not so different by the level of care gained by patients ,its means that behaviours and attitude used by nurses concerned to patients was correctly feels

**Keywords:** care, Theory of Human caring, 10 carative factors, caring utility, Caring Assessment Tool.

# **PARTE I**

## **IL CAMMINO DELLA MEDICINA**

In questo primo capitolo vorrei porre l'attenzione sull'oggetto proprio della medicina, noteremo come l'interesse si sposta progressivamente dalle malattie all'uomo malato. La medicina come scienza di cause - effetti- terapia conosce solo quadri clinici che chiama "malattie" e ha limiti evidenti. Non riesce a dare una spiegazione se il sintomo morboso non può essere ricondotto eziologicamente ad alterazioni corporee; non spiega neppure il decorso delle malattie, anche organiche, diverso secondo le varie persone. Tutto il settore della soggettività rimane tagliato fuori dalla medicina: il modo in cui l'uomo, in una situazione per lui significativa, reagisce alla malattia, e come la elabora personalmente. Questo percorso ci condurrà al modello centrato sul paziente, dove la malattia e il paziente malato sono posti sullo stesso piano, e vengono considerati con uguale importanza le alterazioni di un organo, di un tessuto (la malattia in sé) e la sfera soggettiva del paziente, con le sue paure, le sue esperienze passate, la sua idea di malattia ecc...

Questo percorso fatto nel tempo dalla medicina, ci porterà sempre più verso una medicina che si prende cura dei suoi pazienti.



*“Ciò che deve essere messo al primo posto nella pratica medica è il benessere del paziente; e tra tutti i modi possibili per farlo stare bene dovrebbe essere scelto il meno fastidioso”*

Ippocrate (Medico, "padre" della Medicina, 460-377 a.C.)

Spinanti, in “Curare e prendersi cura”, sostiene che negli ultimi decenni il ceppo dell’ippocratismo è tornato a germogliare. Il maestro Ippocrate, sotto il platano dell’isola di Cos, insegnava ai suoi discepoli a mettere in relazione diretta i fatti del microcosmo con quelli del macrocosmo. L’organismo era concepito come un’unità, in rapporto con l’ambiente naturale. Il medico non poteva studiare il singolo paziente senza considerare l’ambiente geografico, il clima e le stagioni. I dati ambientali condizionano l’igiene, l’alimentazione, le abitudini di vita. Ambiente è anche la vita sociale, con i suoi riflessi sulle condizioni di lavoro, sulla vita familiare, sulla psicologia del singolo individuo. Sarà sicuramente diverso, sosteneva Ippocrate, un paziente schiavo da uno libero, un paziente che vive in una società monarchica e così via. Questa consapevolezza andrà persa per molti secoli nella storia della medicina.

## **1.1 La medicina disease-centred**

La medicina come insieme di interventi terapeutici per ristabilire la salute è antica quanto l’uomo; anche in quanto scienza, per quanto riguarda l’Occidente, va fatta risalire almeno alla medicina greca. Quel che risulta relativamente recente è la medicina concepita come scienza della natura, che si è formata in Germania nella prima metà

del XIX sec. Il programma definito da uno dei suoi padri fondatori, Rudolf Virchow, nel 1847 nel primo articolo comparso sul “Archiv fur pathologische Anatomie” recitava: *“il punto di vista che noi intendiamo mantenere è semplicemente quello delle scienze della natura. L’ideale al quale tendiamo, per quanto le nostre forze ce lo permetteranno, è la medicina pratica come fisiologia teorica applicata, e la medicina teoretica come fisiologia patologica”*. La medicina assunse lo statuto epistemologico delle scienze naturali, procedeva in modo empirico adeguandosi a quella forma particolare di conoscenza che è fondata sulla razionalità e si acquista con l’osservazione o l’esperimento, seguendo una metodologia “critica”. La malattia non è più qualcosa che capita all’uomo nel suo insieme, ma qualcosa che succede ai suoi organi, ai suoi tessuti, alle sue cellule. Lo studio delle cause della malattia si restringe alla ricerca di mutamenti locali nei tessuti e tutto il resto, compreso il paziente come individuo inserito nel suo ambiente, passano in secondo piano, la malattia viene spogliata di ogni carattere storico e personale. Il modello teorico alla base, che esplicita e giustifica gli obiettivi della pratica professionale medica, è il modello biomedico. Si tratta di un modello rigorosamente biologico, radicato nella fisicità degli agenti patogeni, delle alterazioni d’organo, della farmacologia, un modello che si è fatto strada attraverso l’applicazione rigorosa di un metodo scientifico. Esso identifica chiaramente l’oggetto della medicina e indica gli scopi che devono, di conseguenza, caratterizzare ogni intervento sanitario. Il modello sostiene che la medicina si debba occupare delle malattie, intese come *“alterazioni di variabili*