

Convegno SIPO Veneto  
Società Italiana di Psiconcologia

La cultura dell'accoglienza del paziente oncologico

**Valutazione della self-efficacy di caregivers di malati oncologici:  
validazione italiana del questionario Caregiver Inventory**

16-17 dicembre 2016

Negrar, Verona

Dott.ssa Giorgia Tosin  
U.O.S. Psiconcologia  
I.O.V.- I.R.C.C.S. Padova

# Il *caregiving* oncologico

- AIOM-AIRTUM, 2015 → cancro 2<sup>a</sup> causa di morte in Italia
  - 365.000 nuovi casi l'anno
  - Italia è uno dei Paesi in Europa con più elevato tasso sopravvivenza

Umanizzazione delle cure

Riduzione spesa Sanità pubblica



deospedalizzazione precoce



***Informal Caregiver***

82,5% dei malati di tumore ha un *caregiver* (Censis, 2011)

92% è assistito da *caregiver* negli ultimi mesi di malattia (Giorgia Rossi et al., 2007)

Caratteristiche socio –  
demografiche  
(età, sesso, istruzione,...)

Caratteristiche patologia  
(tipo, stadiazione, sintomi)



***Informal Caregiver***

*Self-efficacy*



**Bookwala (1998):** bassi livelli di senso di competenza predicono alti livelli di *strain* e depressione

**Nijboer e colleghi (2001):** livello di efficacia influenza nel tempo i sintomi depressivi dei *caregivers*

**Hendrix (2011):** training per incrementare competenza, migliorano qualità di vita *caregivers*

# Il Caregiver Inventory (CGI)

L'auto-efficacia del *caregiver* e il ruolo della self-care

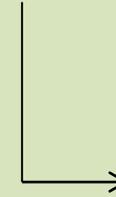
➤ 21 item

➤ Scala Likert 1-9:

- Per niente fiducioso → da 1 a 3
- Moderatamente fiducioso → da 4 a 6
- Totalmente fiducioso → da 7 a 9

➤ 4 fattori:

1. Gestire informazioni mediche: item 1, 14, 19
2. Prendersi cura del paziente: item 1, 6, 7, 8, 13, 18, 21
3. Prendersi cura di sé stessi: item 3, 9, 11, 15, 16
4. Gestire le interazioni/emozioni difficili: item 4, 5, 10, 12, 17, 20



**Lu e Wykle (2007):** training per incrementare comportamenti di auto-cura, portano a una riduzione dello stress del *caregiver*.

**Merluzzi et al. (2011):** L'abilità di *self-care* è essenziale per proteggere il *caregiver* da *stress* e *burden*

# Lo studio

Multicentrico, osservazionale, cross-sectional

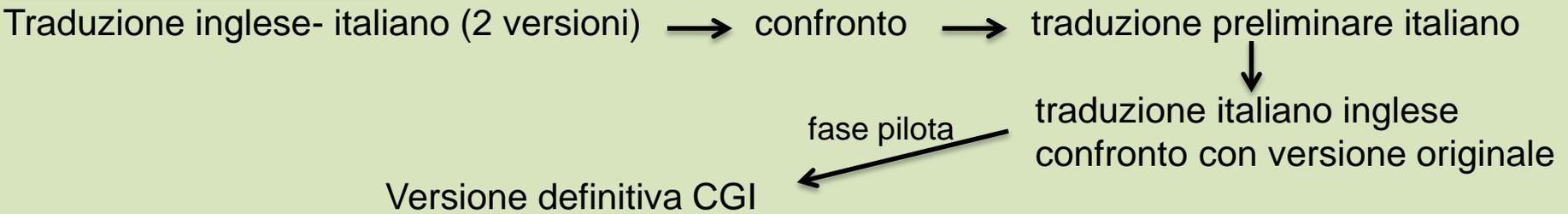


UO di Psiconcologia

- UOC Oncologia, Az. Osp. Cosenza
- Ospedale Classificato Equiparato "Sacro cuore – Don Calabria", Verona
- Polo della Salute della Donna e del Bambino, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli – Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma
- UOSD di Psicologia, Az. Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

## Caregiver Inventory (Merluzzi et al., 2011)

### Procedura di traduzione



 Stesura protocollo sperimentale  
Approvazione Comitato Etico I.O.V.

# Lo studio

43 *caregivers* afferenti all'ambulatorio di Cure Simultanee dello I.O.V

## Obiettivi:

1. Consistenza interna e affidabilità delle scale
2. Validità concorrente con altri questionari dello studio
3. Analisi dei dati socio-demografici
4. Osservazioni sul CGI

## Strumenti

- Scheda socio-demografica
- *Caregiver Inventory* (CGI)
- Questionario del *debriefing*
- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)
- *Family Strain Questionnaire – Short Form* (FSQ –SF)

## Analisi dei dati (Software R<sup>®</sup>)

- Reliability analysis
- Analisi correlazionale (coefficiente di Pearson)
- Analisi dei dati socio-demografici (ANOVA, t-test)

# Risultati

N. SOGGETTI	ETA'		SESSO	
			M	F
	RANGE	MEDIA (DS)	FR (%)	FR (%)
43	33 - 77	55,67 (12,022)	7 (16,3 %)	36 (83,7%)

La maggior parte dei *caregivers* :

- è sposato (67,44%)
- ha conseguito la licenza media inferiore (44,19%)
- ha un'occupazione (41,86%)
- vive con il paziente (58,14% )
- è alla prima esperienza in ambito oncologico (62,97%)

# Risultati

## Reliability analysis

$\alpha$ tot. = 0.83	Average-r	r-cor	r-drop
<b>F. 1 <math>\alpha = 0.60</math></b>			
CGI 1	0.45	0.42	0.33
CGI 14	0.23	0.65	0.51
CGI 19	0.34	0.54	0.40
	Tot. 0.34		
<b>F. 2 <math>\alpha = 0.71</math></b>			
CGI 2	0.28	0.52	0.42
CGI 6	0.32	0.33	0.26
CGI 7	0.29	0.47	0.35
CGI 8	0.30	0.46	0.33
CGI 13	0.23	0.76	0.65
CGI 18	0.25	0.65	0.56
CGI 21	0.27	0.59	0.48
	Tot. 0.27		
<b>F. 3 <math>\alpha = 0.79</math></b>			
CGI 3	0.43	0.61	0.53
CGI 9	0.39	0.79	0.69
CGI 11	0.41	0.72	0.63
CGI 15	0.36	0.80	0.73
CGI 16	0.53	0.37	0.30
	Tot. 0.42		
<b>F. 4 <math>\alpha = 0.54</math></b>			
CGI 4	0.19	0.32	0.24
CGI 5	0.14	0.69	0.43
CGI 10	0.18	0.44	0.30
CGI 12	0.20	0.33	0.24
CGI 17	0.14	0.67	0.40
CGI 20	0.23	0.26	0.18
	Tot. 0.18		

✓ Correlazioni inter-item: discreto grado d'interdipendenza e di omogeneità, soprattutto F3 (0.42).

✓ Correlazioni item-totale: range molto ampio 0.26 (item 20) – 0.80 (item 15).

✓ Nessun miglioramento se uno o più item esclusi.

$\alpha = 0.83 \rightarrow$  molto buono

$\alpha$  (F1) = 0.60  $\rightarrow$  accettabile

$\alpha$  (F2) = 0.71  $\rightarrow$  buono

$\alpha$  (F3) = 0.79  $\rightarrow$  molto buono

$\alpha$  (F4) = 0.54  $\rightarrow$  non accettabile 

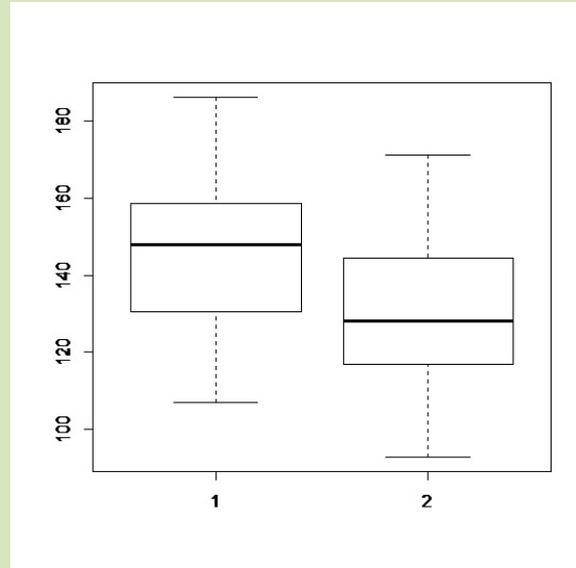
# Risultati

## *Validità concorrente*

- Correlazione negativa tra CGI e HADS →  
scala tot. ( $r = -0.56, p < 0.01$ )  
scala A ( $r = -0.43, p < 0.01$ )  
scala D ( $r = -0.55, p < 0.01$ )  
Buon senso di autoefficacia →  
minor vulnerabilità al distress  
e minor depressione.  
(Bandura, 1997; Bookwala, 1999;  
Nijboer et al., 2001)
  
- Correlazione negativa tra CGI e FSQ-SF →  
( $r = -0.47, p < 0.01$ )  
Buon senso di autoefficacia →  
Minori livelli di strain  
(Boowala, 1999)
  
- In particolare, correlazione negativa tra :
  - Fattore 3 e HADS  
( $r = -0.62, p < 0.01$ )
  - Fattore 3 e FSQ-SF →  
( $r = -0.44, p < 0.01$ )  
Incrementare auto-cura →  
diminuire sintomatologia  
negativa  
(Lu e Wykle, 2007; Merluzzi et al.,  
2011)
  
  - Fattore 4 e HADS →  
( $r = -0.41, p < 0.01$ )  
Gestire emozioni/interazioni  
difficili → protegge da sintomi  
negativi  
(Merluzzi et al., 2011)

# Risultati

## *Dati socio-demografici*



1= precedente esperienza, 2=0 no precedente esperienza

Punteggi CGI più elevati per *caregivers* con precedente esperienza

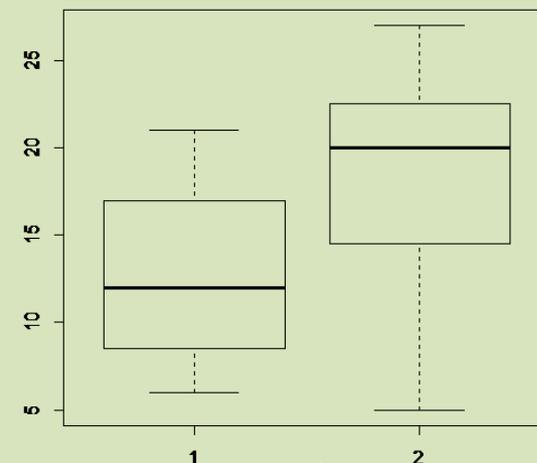
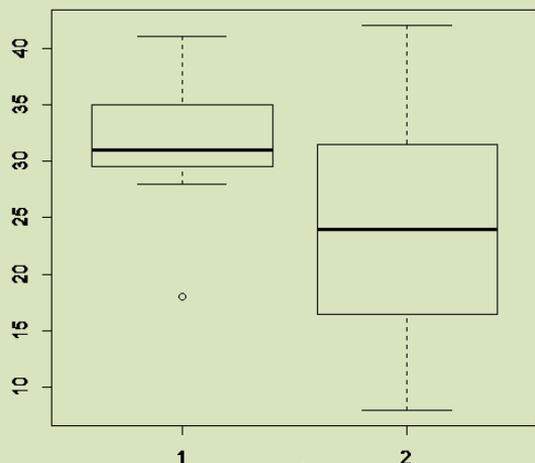
( $p < 0.05$ ) →

l'autoefficacia origina anche dalle esperienze personali

(Strecher, 1986)

# Risultati

## *Dati socio-demografici*



Donne riportano punteggi più bassi degli uomini nel Fattore 3

↓  
Dimensione culturale  
(Sepentini e Zanini, 2015)

Donne riportano punteggi notevolmente più elevati nell' HADS

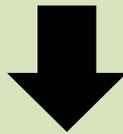
Donne riportano punteggi notevolmente più elevati nel FSQ-SF

↓  
Differenze di genere nel *caregiving* oncologico  
(Hagedoorn e coll., 2000, 2008; Langer, 2003; Perz et al., 2011)

# Risultati

## Questionario del *debriefing*

- Tempo medio impiegato → meno di 10 minuti
- Bisogno di aiuto → 15, 40%
- Domande confuse/difficili → 7,70%
- Domande imbarazzanti/ indiscrete → 0%
- Domande fuori luogo → 0%



Il questionario risulta chiaro e di facile compilazione

# Limiti della ricerca e sviluppi futuri

- Dimensione campionaria (N = 43)
- $\alpha$  (Fattore 4) = 0.54
- ❑ eventuali correlazioni CGI con altre variabili socio – demografiche e relative alla patologia.
- ❑ Importanza del fattore 3 ‘ Prendersi cura di sé stessi’

←  
Attività personali,  
hobbies, stile di  
vita sano

→ **Self-Compassion** (Neef, 2005)  
‘Non preoccuparsi di ciò che non si  
può controllare’ (item 3)

‘Gestire l’impotenza’ (item 16)  
(Serpentini, Capovilla e Merluzzi, 2016)



Necessità di programmi educazionali (equipe multidisciplinare) e di supporto psicologico per *caregivers*.

*«La malattia è un pò come se ce l'avessi  
anche io.*

*Niente per me è stato più come prima da  
quel*

*giorno, ma mi piace pensare che sia solo  
in*

*standby, che presto o tardi tornerà il  
sereno.»*