

Studenti di infermieristica, tirocinio clinico in rianimazione e medicina narrativa: indagine qualitativa degli aspetti metacognitivi dell'apprendimento in una esperienza di assegnazione precoce in unità operative complesse

Carlo Alberto Camuccio¹, Natascia Bobbo², Ines Opportuni³, Marina Bottacin⁴

¹ Tutor didattico. Corso di laurea in Infermieristica – Sede di Venezia/Mestre, Università degli studi di Padova C/O Ulss 3 Serenissima. E-mail: alberto.camuccio@unipd.it

² Ricercatore confermato SSD M-PED/01. Dipartimento FISPPA (Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata), Università degli studi di Padova. E-mail: natascia.bobbo@unipd.it

³ Tutor didattico. Corso di laurea in Infermieristica – Sede di Venezia/Mestre, Università degli studi di Padova C/O Ulss 3 Serenissima. E-mail: ines.oppertuni@aulss3.veneto.it

⁴ Tutor didattico. Corso di laurea in Infermieristica – Sede di Venezia/Mestre, Università degli studi di Padova C/O Ulss 3 Serenissima. E-mail: marina.bottacin@aulss3.veneto.it

ABSTRACT

Background. The Intensive Care Unit is a clinical setting with high technical and complex care and with high emotional impact for operators. The emotional aspects could affect the clinical practice and the learning of the students during their internship. A group of 2nd-year nursing student have been assigned to the intensive care unit, although they didn't previously attend an intensive care course. The goal of this paper is the description of the emotional impact as experienced by students and its influence on students learning.

Methodology. It was adopted a qualitative methodology within a phenomenological hermeneutic speculative approach. The authors used some tools such as reflective journals and debriefings. All collected data were transcribed, analyzed and later processed on ATLAS.ti.

Results. Content analysis allowed us to highlight that the student initial reaction in front of the critically ill patient and in front of the complex clinical environment was characterized by feelings of fear and discomfort, and the knowledge gap seemed unbridgeable. Subsequently, due to the availability and support of clinical mentors, most of the students adopted a self-directed learning style to fill that gap, perceiving a personal and professional growth with an increase of satisfaction and self-efficacy feelings.

Conclusions. Intensive care proved to be an effective learning clinical environment, but further studies are needed to determine both personality characteristics, allowing a student to successfully deal with complex and stressful environments, and relational and teaching skills that distinguish the most effective clinical mentors in such complex clinical environments.

Key-words: Nursing education, Apprenticeship, Intensive care, Narrative Based Medicine, Learning Metacognitive Dimension, Clinical mentors.

RIASSUNTO

Premessa. La terapia intensiva è un contesto clinico ad alta complessità tecnico-assistenziale e ad alto impatto emotivo per gli operatori. Aspetti emotivi che possono andare ad influenzare la pratica clinica e l'apprendimento degli studenti in tirocinio. Sono stati assegnati in tirocinio in rianimazione/terapia intensiva un gruppo di studenti di infermieristica al del 2° anno di corso, che non avevano frequentato precedentemente lezioni di terapia intensiva. L'obiettivo del presente lavoro è la descrizione della qualità dell'impatto emotivo vissuto dagli studenti e la sua influenza sul piano dell'apprendimento.

Materiali e Metodi. È stata adottata una metodologia di tipo qualitativo all'interno di un approccio speculativo di tipo fenomenologico ermeneutico. Sono stati utilizzati alcuni strumenti come diari di bordo e debriefing. Tutto il materiale raccolto è stato trascritto, analizzato e successivamente elaborato in ATLAS.ti.

Risultati. L'analisi dei contenuti ha permesso di evidenziare che la reazione iniziale degli studenti di fronte alla criticità dei paziente e alla complessità dell'ambiente clinico è stata contraddistinta da sentimenti di paura e disagio, ed il gap di conoscenze sembrava incolmabile. Successivamente, grazie alla disponibilità e al supporto dei tutor clinici, la maggior parte degli studenti ha adottato uno stile di apprendimento auto diretto per colmare questo gap, e ha percepito una crescita personale e professionale con un incremento dei sentimenti di soddisfazione e di autoefficacia.

Conclusioni. La terapia intensiva si è dimostrato un ambiente clinico efficace per l'apprendimento, ma sono necessari ulteriori studi per individuare sia le caratteristiche di personalità che consentono ad uno studente di affrontare con successo ambienti complessi e stressogeni, sia le competenze relazionali e didattiche che contraddistinguono i tutor clinici più efficaci in tali ambienti clinici complessi.

Parole chiave: Educazione infermieristica, Tirocinio, Rianimazione, Medicina narrativa, Aspetti metacognitivi dell'apprendimento, Tutor clinico.

Premessa

Nel presente contributo si descrivono i risultati di uno studio qualitativo osservazionale relativo ad un'esperienza di tirocinio che ha visto l'assegnazione di un gruppo di studenti del secondo anno del corso di laurea triennale di infermieristica ad un reparto di terapia intensiva/rianimazione. Fatto questo non inedito, ma certo inusuale: generalmente, infatti, sono assegnati ai reparti di rianimazione gli studenti frequentanti il terzo anno di corso che, come tali, hanno già seguito insegnamenti di area critica e sono provvisti di un bagaglio teorico di conoscenze ed abilità maggiormente congruenti alle richieste specifiche di questo tipo

di contesti. Come è noto, una Unità Operativa di terapia intensiva o rianimazione, infatti, presenta caratteri di alta complessità, sia per quanto concerne le procedure che ivi debbono essere attuate, sia per la tipologia di pazienti presenti [1]. Gli studenti del secondo anno, come i soggetti del nostro studio, accedono al tirocinio del secondo anno con un background (quello del primo anno) di esperienza realizzata secondo un approccio rules-driven, solitamente in reparti dell'area medica generale a bassa valenza tecnologica e, per lo più, gli obiettivi assistenziali che sono assegnati loro sono focalizzati su pazienti a moderata complessità clinica.

Tradizionalmente dopo le lezioni in aula, segue il tirocinio formativo [2.3.4]; nel nostro corso di laurea le assegnazioni nei diversi contesti clinici rispettano una progressione che vede generalmente preferire le medicine o reparti con assistenza di base per gli studenti del primo anno, le chirurgie o medicine specialistiche per gli studenti del secondo e, infine, le rianimazioni/terapie intensive e il territorio per gli studenti del terzo. In questo stesso ordinamento, mediamente il tirocinio nella singola area dura 3-4 settimane. In altri corsi di laurea la frequenza in area intensiva è anticipata al secondo o anche al primo anno pur mantenendo le lezioni teoriche di area critica al 3° anno. Spesso, in questo caso si tratta di un tirocinio breve e orientato quasi esclusivamente all'apprendimento esperienziale di procedure assistenziali specifiche (ad esempio, gestione della cannula tracheostomica, o l'igiene in pazienti complessi).

L'inserimento di studenti del secondo anno in area critica non è molto diffuso, anche se alcuni autori infermieristici lo raccomandano fortemente anche durante le prime fasi della formazione clinica [5.6.7.8]. La letteratura è ancora scarna per poter trarre delle conclusioni sull'efficacia educativa di tali esperienze.

Il tirocinio formativo serve agli studenti di infermieristica per colmare il gap da loro percepito tra le conoscenze dichiarative e procedurali che il corso formale di studi offre nella didattica d'aula, e la possibilità stessa di mettere in gioco tali conoscenze sulla base delle richieste dei reali contesti clinici: in pratica il tirocinio serve agli studenti per raggiungere un più adeguato livello di expertise [9.10], verificando tra l'altro la profondità e stabilità della propria motivazione professionale [11.12]

Nel nostro studio l'assegnazione inusuale scaturiva di necessità da una serie di limiti logistici (il principale era la carenza di sedi di tirocinio per il 2° anno): di fronte a questa evidenza i docenti di infermieristica ed i tutor didattici del corso di laurea hanno esaminato la possibilità di mandare in tirocinio gli studenti del secondo anno in terapia intensiva. Tale scelta era supportata, nelle intenzioni di chi scrive, dall'idea di offrire agli studenti un'esperienza che, se opportunamente predisposta, avrebbe potuto costituire per i ragazzi un'occasione di apprendi-

mento significativo. Questo principalmente perché pur esponendoli ad un ambiente per il quale non erano specificatamente preparati da un punto di vista delle competenze teoriche, assistenziali e cliniche, tuttavia esso avrebbe potuto stimolare la loro motivazione ad apprendere: infatti, secondo alcuni autori dover affrontare un'esperienza per la quale non ci si sente preparati rappresenta uno dei fattori maggiormente motivanti per la ricerca autonoma di conoscenze ed abilità utili ad un suo positivo superamento [13.14], con una positiva ricaduta anche in termini di maturazione emotiva e rinforzo del senso di autoefficacia [15].

Tuttavia si era consapevoli che l'impatto con una realtà che presentasse richieste eccessive rispetto alle reali capacità dei soggetti, avrebbe potuto sortire effetti potenzialmente traumatici, perché il sentimento di inadeguatezza ed insicurezza avrebbe potuto minare alla base il senso di autoefficacia degli studenti, inibendo ogni loro tentativo di reazione positiva e propositiva [15.16].

La rianimazione/terapia intensiva, come è noto, infatti è un ambiente altamente tecnologico che richiede un'assistenza complessa, con alti livelli di competenza [1]. Rappresenta un'unità operativa dove il paziente, spesso intubato e in stato di coma, è in una condizione critica che pone la sua stessa esistenza in bilico tra la vita e la morte [17.18]. Ciò richiede la messa in atto di tutta una serie di azioni di ordine assistenziale e terapeutico che debbono essere svolte con particolare perizia e competenza, proprio perché trattasi di pazienti con funzioni vitali instabili. Lo stato di incoscienza o i presidi per la respirazione assistita che li caratterizzano rendono difficile e complessa la comunicazione [19.20.21.22], i loro corpi sono soventi invasi di presidi medico-terapeutici capaci di alterare o deformare l'immagine stessa di un corpo umano. La nudità, necessaria a limitare i tempi di intervento in caso di crisi, aumenta l'alienazione di questi corpi che sembrano trasformarsi in materia senza vissuto. Le frequenti condizioni di emergenza, che richiedono interventi adeguati e coerenti, provocano uno stato di allerta continuo, che per esser gestito richiede equilibrio emotivo e autocontrollo [23.24]. L'ambiente stesso, molto diverso per caratteristiche ed organizzazione da qualsiasi altro reparto, può divenire oggetto

di ansia per coloro che non vi siano abituati [25.26]. Tutti elementi questi ultimi che avrebbero potuto indurre nei giovani studenti reazioni emotive intense [27].

Di conseguenza, gli obiettivi assistenziali ed educativi che sarebbero stati assegnati al gruppo di soggetti del nostro studio, di per sé già complessi ma coerenti a quelli del loro anno di corso, in questo caso sarebbero stati resi maggiormente difficili dalla presenza di un contesto clinico caratterizzato da pazienti ad alta complessità clinico-assistenziale, all'interno di un contesto assistenziale ad alta valenza tecnologica e ad elevato impatto emotivo [28.29]. L'esperienza appariva quindi non priva di criticità per quanto concerneva le possibili reazioni psicologiche degli studenti e quindi richiedeva necessariamente un monitoraggio specifico, che si è scelto di realizzare attraverso l'utilizzo di alcuni strumenti di tipo narrativo [26.30.31.32].

L'obiettivo di ricerca del presente studio si è quindi focalizzato sulla descrizione della qualità dell'impatto vissuto dagli studenti coinvolti sul piano delle emozioni, nonché la qualità delle azioni e reazioni metacognitive che tale impatto avrebbe indotto negli studenti sul piano degli apprendimenti autodiretti. In pratica, si voleva indagare l'influenza che l'esperienza avrebbe avuto sui soggetti in termini di reazioni psicologiche e comportamentali: in primo luogo inerenti la gestione delle loro emozioni, ed in secondo luogo inerenti la ricerca ed adozione di nuove strategie di apprendimento utili ad esprimere un adattamento efficace e soddisfacente alle richieste dell'ambiente.

Preme sottolineare come questa esperienza di tirocinio avesse, logicamente, quale obiettivo didattico prioritario la stimolazione di uno specifico apprendimento sul piano clinico assistenziale all'interno di un ambiente complesso ed emotivamente difficile: di fatto essa ha avuto alcuni risultati di apprendimento clinico apprezzabili ma che, tuttavia, non vengono presentati in questo contributo, in quanto non rispondenti al nostro quesito di ricerca. [33.34].

MATERIALI E METODI

Il presente studio è stato realizzato con l'impiego di una metodologia di tipo qualitativo, mutuata diret-

tamente dal paradigma della *Narrative Based Medicine* [35.36], all'interno di un approccio speculativo di tipo fenomenologico ermeneutico [37.38.39.40]. Concretamente sono stati utilizzati alcuni strumenti tipici della ricerca qualitativa e narrativa [41.42.43.44]: nello specifico diari di bordo e Focus Group (i.e. briefing) [45]. Secondo il paradigma adottato, i dati raccolti (pagine di diario e racconti degli studenti) ci avrebbero consentito di accedere ad una lettura e successiva interpretazione delle espressioni verbali emerse dagli studenti ed, insieme, al mondo soggettivo che descrivono [46]. Tale scelta appariva coerente alla nostra intenzione di andare oltre la descrizione oggettiva dell'esperienza stessa per giungere alla comprensione del significato che l'esperienza avrebbe assunto per gli studenti coinvolti. Infatti, come è noto, l'oggetto dello sguardo fenomenologico non è l'esperienza in sé ma l'esperienza vissuta da un soggetto in un preciso istante della sua vita e il significato personale che essa viene ad assumere per lui e per la sua storia di vita [47].

L'approccio narrativo individua nelle narrazioni prodotte dagli individui uno strumento mediante il quale il soggetto può trasformare in racconto la sua esperienza vissuta, rendendola per questo visibile, ascoltabile e conoscibile e quindi analizzabile in modo scientifico da altri [48.49], sulla base di un'identità strutturale che avvicina l'azione al testo [39]: nell'intreccio all'identità reale, percepita concretamente, viene a sostituirsi un'identità narrativa, frutto dell'intersezione tra la realtà concreta e fattuale e il ricordo, memoria deformante in senso interpretativo dei fatti [40]. In questo senso l'identità narrativa può essere più significativa di quella reale, perché in grado di esprimere la vera esperienza così come è stata vissuta dal soggetto [50.51].

Campione

Sono stati selezionati un gruppo di studenti appartenenti al secondo anno di corso. La selezione è avvenuta tenendo conto di alcuni criteri di inclusione/esclusione: i criteri di inclusione erano buoni risultati di apprendimento, motivazione alla ricerca e all'autoapprendimento ed infine equilibrio emotivo. La selezione è stata realizzata basandosi, in primis,

su quanto riportato nelle singole schede di valutazione e osservazione compilate negli anni precedenti dai tutor clinici. Successivamente coloro che risultavano includibili nello studio erano convocati per un colloquio tenuto dai tutor didattici che avevano seguito lo studente fin dal primo anno di corso.

In questi stessi colloqui ai soggetti selezionati è stato spiegato preventivamente il progetto ed è stato chiesto il consenso. Il progetto ha avuto l'approvazione del Coordinatore del Corso di Laurea, della Direzione Sanitaria e delle Professioni Sanitarie.

Tutto il personale infermieristico del reparto di rianimazione, luogo dell'assegnazione, è stato informato del progetto attraverso un incontro preliminare nel quale si sono esplicitati i livelli di competenza clinica, assistenziale e teorica posseduta dai ragazzi, nonché gli obiettivi del tirocinio del secondo anno, così come derivanti dall'ordinamento didattico.

I soggetti coinvolti in questa esperienza di tirocinio sono stati in tutto 16, 8 maschi e 8 femmine, tutti appartenenti al secondo anno di corso. Nessuno di loro aveva mai avuto esperienze in ambienti di area critica.

Strumenti utilizzati per lo studio

Agli studenti è stato chiesto di compilare durante la prima settimana di tirocinio quattro schede, che chiameremo diari di bordo (o narrativi): si tratta di strumenti testuali, costituiti da tre domande che chiedevano allo studente di raccontare:

- un'esperienza vissuta in quattro ambiti definiti (impatto con l'ambiente; impatto con il paziente; relazione con il personale; procedure apprese);
- le emozioni che tali esperienze avevano suscitato;
- la reazione concreta che essi avevano espresso di fronte all'esperienza stessa.

In pratica domande che conducevano gli studenti a descrivere le loro esperienze vissute secondo una modalità coerente al paradigma di ricerca scelto per la nostra indagine [39.52]. A distanza di due settimane dalla conclusione dei tirocini, gli studenti sono stati convocati per piccoli gruppi (4-5 partecipanti per gruppo) per un briefing sull'esperienza realizzata, condotto a partire dagli stimoli derivanti dalla lettura dei diari ad opera dei tutor didattici,

secondo un protocollo semi-strutturato che riprendeva in parte la struttura stessa della consegna definita nei diari (quattro tipi esperienza descritti secondo le tre dimensioni che ne definiscono una percezione vissuta personalmente [52]).

Setting

Il tirocinio si è svolto presso la UO di Anestesia/rianimazione dell'ospedale civile SS Giovanni e Paolo di Venezia che ha 8 posti letto. Questo reparto si caratterizza per essere una rianimazione di natura prevalentemente medica e post chirurgica. Sono poco frequenti pazienti politraumatizzati, cardiochirurgici o neurochirurgici. L'indagine ha avuto luogo in 3 periodi di tirocinio di 5-6 settimane ognuno da gennaio a giugno 2012. Gli stessi tutor didattici, durante il periodo di tirocinio, visitavano gli studenti in reparto in media una volta alla settimana.

Trattamento e fase di analisi dei dati

Tutto il materiale raccolto (diari e dialoghi dei briefing registrati previo consenso degli studenti) è stato trascritto verbatim ed introdotto in ATLAS.ti (Scientific Software Development GmbH, Berlin, Germany), un programma informatico sviluppato per aiutare il processo di codifica nella ricerca qualitativa.

La fase preliminare all'attività di codifica si è realizzata seguendo un approccio deduttivo [53], sono state definite infatti, prima di ogni altra azione, le categorie di codifica: in questo caso le esperienze concretamente vissute e raccontate o descritte dagli studenti, le reazioni a tali esperienze dal punto di vista emotivo e le azioni concrete derivanti da tali emozioni, sentimenti o considerazioni.

Sulla base di queste categorie è stata creata una matrice di analisi e codifica, attraverso la strutturazione di una griglia nella quale venivano ad incrociarsi rispettivamente le unità di analisi con le tre categorie scelte (che da questo momento in poi chiameremo famiglie per coerenza con il software utilizzato). Si trattava a quel punto di leggere con attenzione tutte le trascrizioni e di codificare i dati in accordo con la matrice definita. Due ricercatori fra gli autori (BN e CCA) hanno proceduto insieme alla realizza-

zione delle codifiche. Contemporaneamente un ricercatore indipendente non legato quindi al gruppo di ricerca, svolgeva sullo stesso materiale la stessa operazione di codifica. Le risultanti 2 versioni (realizzate quindi su due distinti file o unità ermeneutiche) sono state fuse in un'unica Unità Ermeneutica (Atlas.it function: Merge HU).

Il passaggio successivo ha visto i tre ricercatori procedere in sezioni comuni ad un confronto -secondo una modalità coerente all'"art of texting" gadameriano [39.48.54], finalizzato alla creazione di alcuni networks che consentissero di mostrare le relazioni deducibili tra i codes alla luce dei quattro ambiti di interesse: accoglienza, ambiente, paziente e procedure.

RISULTATI

L'analisi delle trascrizioni dei contenuti dei diari e dei briefing ha permesso di individuare 115 codes, inscrivibili nei quattro elementi coerentemente alle consegne date agli studenti:

- impatto con l'ambiente (33 codes);
- impatto con il paziente (27 codes);
- relazione con il personale (27 codes);
- procedure apprese (28 codes).

Il software Atlas.ti permette di individuare legami (links) tra i codes individuati e questo ci consente di porre in relazione tutti gli aspetti riscontrati. In particolare si sono evidenziati alcuni legami significativi in ordine a due tipologie di esperienze che appaiono particolarmente influenti sui vissuti dei soggetti coinvolti. Nello specifico:

- esperienze di comunicazione e relazione con il paziente e di impatto psicologico emotivo (Fig. 2 e Fig. 3).
- esperienze di procedure tecnico-assistenziali e di influenza dell'impatto psicologico emotivo sugli apprendimenti (Fig.1).

Esperienze di comunicazione e relazione con il paziente

Dalle Figure 1 e 2 è possibile notare come gli studenti si siano dovuti confrontare con pazienti caratterizzati da una intensa richiesta di assistenza e,

contestuale, un bisogno di relazione e di comunicazione esacerbato dalla condizione critica in cui si trovavano. Il tutto in un contesto complesso, nel quale diveniva difficile orientarsi. Questo ha provocato all'inizio dell'esperienza, come risulta dai diari, negli studenti sentimenti di paura e disagio, ma anche di tenerezza, scatenando dubbi e perplessità sui livelli di coinvolgimento auspicabili.

"appena entrato nella U.O. mi sembrava di non capire nulla e che mai avrei capito qualcosa, che sarebbe stato tutto difficile, che non avrei mai raggiunto i miei obiettivi. Ero perso, mi definirei un pesce fuor d'acqua ..."

"capisci quanto sei piccolo a questo mondo, vedere persone in certe condizioni ti fa riflettere molto..."

"sensazione claustrofobica, impossibile vedere la luce del sole e il cielo, tutto è chiuso, tutto è in acciaio e di colore scuro. Mi sembrava di stare dentro ad un grande organismo, mi sentivo un elemento estraneo, un corpo estraneo. Ho provato paura, mi tremavano le mani, avevo voglia di fuggire, il mio istinto mi diceva di scappare..."

"...subito dopo siamo stati catapultati in modo cruento tra i pazienti, senza alcuna introduzione..."

"Purtroppo la maggior parte dei pazienti in rianimazione per la loro condizione critica o per la presenza del tubo sono impossibilitati o non hanno la capacità di parlare, di farci capire cosa non va o di cosa hanno bisogno...troppi cavi, collegamenti..."

"la situazione era difficile e imbarazzante, si esprimeva con versi ma io continuavo a non capire. A quel punto mi sentivo incapace perché non riuscivo a dare l'aiuto che occorreva..."

In questi casi gli studenti raccontano di essersi spesso affidati ai tutor che diventavano ai loro occhi modelli di riferimento. Dall'analisi dei briefing (fig. 2, 3) appare evidente come qualora i professionisti si siano dimostrati competenti, sensibili e accurati anche nel gestire l'aspetto relazionale dell'assistenza, gli studenti abbiano provato sentimenti di ammirazione e sorpresa; sentimenti che li hanno supportati nell'imitare i loro tutor.

"...grazie anche all'aiuto del personale infermieristico e all'acquisizione di una maggior sicurezza sono riuscita a trovare dei metodi "alternativi" per comunicare con i pazienti..."

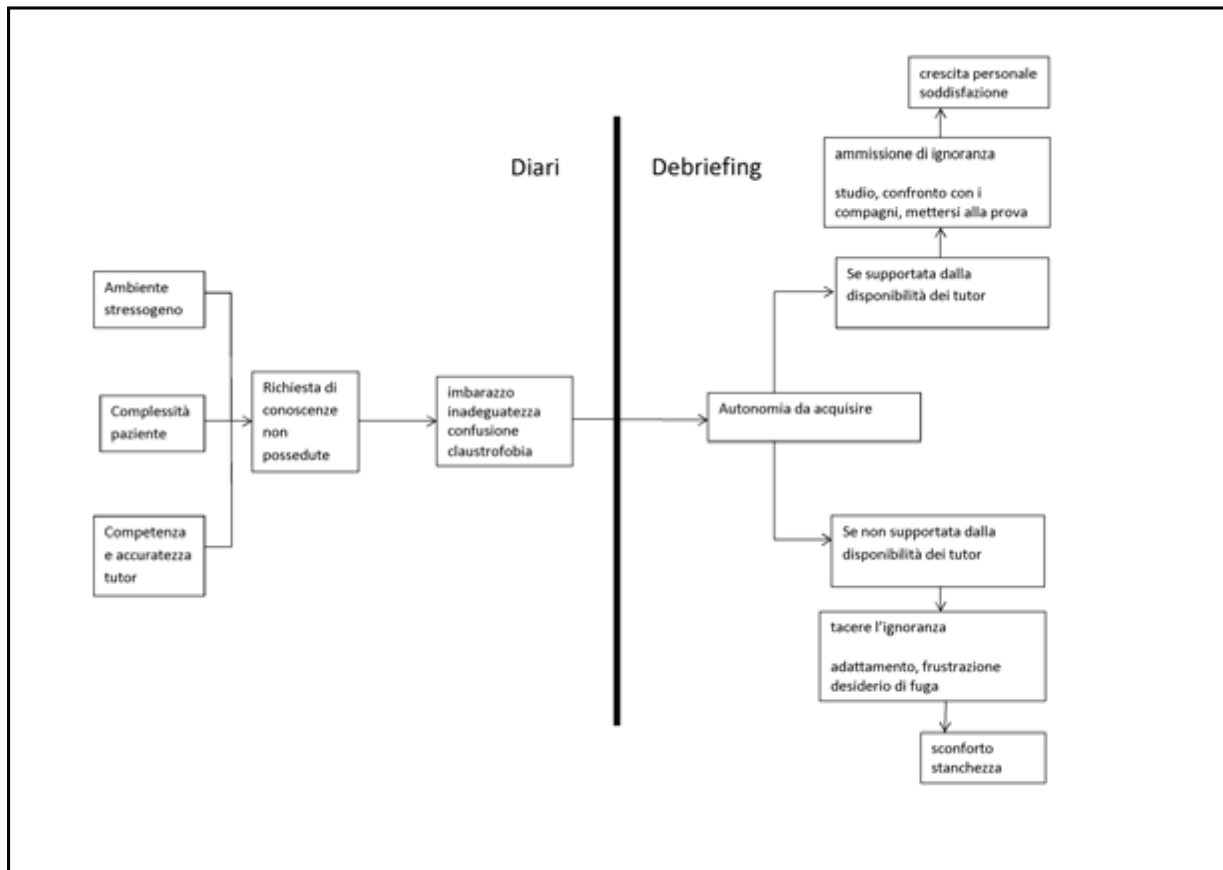


Figura 1. Codes' links: influenza dell'impatto emotivo sugli apprendimenti.

"...ho cercato di imparare e apprendere più possibile dal personale. Ho rubato qualsiasi tipo di modo, gesto, parola che mi sembrava più adatta e giusta..."

Questi stessi studenti sembrano dunque aver trovato una strategia di apprendimento personale, orientata a trovare (anche in modo originale -rubare-) modalità adeguate di comunicazione con il paziente. Ciò ha consentito loro di imparare il modo corretto di esprimere empatia e conforto con esiti di crescita personale e soddisfazione (Fig. 2).

"[la paziente] aveva scritto delle poesie e la signora le sapeva a memoria e io leggevo, dicevamo una parola a testa. Ero felice perché la vedevo contenta."

"... [all'inizio mi sono] sentita impotente e demoralizzata nel non riuscire a capire di cosa avesse bisogno."

Quando sono riuscita a scoprirlo ho avuto un forte senso di soddisfazione..."

L'analisi dei dati raccolti ci consente di affermare che alcuni tra i soggetti coinvolti nello studio, hanno trovato il modo (scegliendo o escogitando modalità personali di apprendimento -imitazione, modellamento, prove ed errori) di sperimentarsi in una assistenza globale, focalizzata in questo caso sui bisogni di ascolto. Esperienza questa che per alcuni poteva risultare inedita (non avendola vissuta nei tirocini precedenti) e che qui era stata favorita probabilmente dal basso rapporto infermieri – pazienti presente nelle rianimazioni.

Traspare, tuttavia soprattutto dai diari, scritti nella prima settimana di tirocinio, un ulteriore risultato: alcuni studenti riportano di aver osservato negli infermieri o nei medici comportamenti che essi leggono

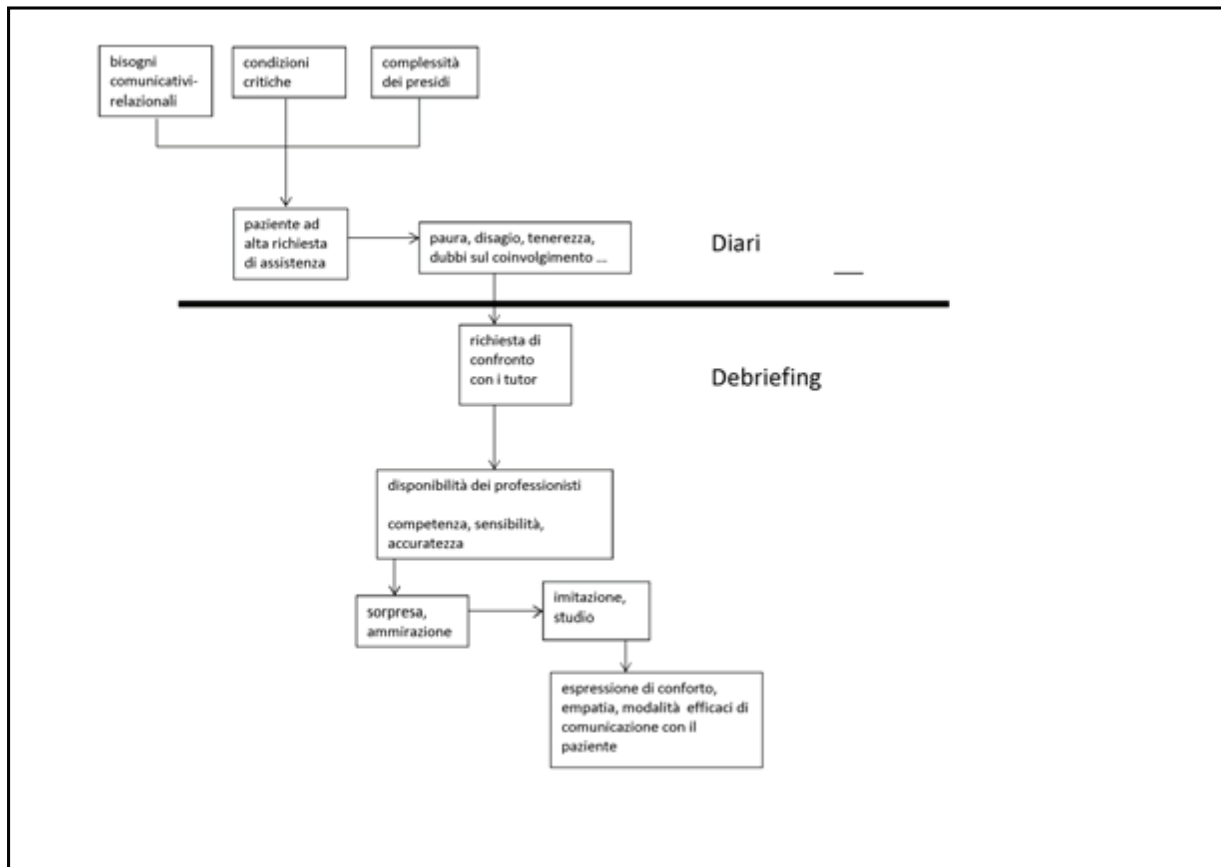


Figura 2. Codes' links: impatto psicologico-emotivo alla realtà di tirocinio (reazioni lineari).

come indifferenti o poco compassionevoli nei confronti dei pazienti (es. contenzione, mancata sedazione) e che ai loro occhi sembrano aumentare l'alienazione della persona ricoverata in quei contesti (Fig. 2).

“Dopo una settimana di tirocinio in rianimazione sono venuta a contatto con un paziente tenuto completamente in vita da macchinari e strumenti. Questa persona aveva 92 anni e l'unica cosa che faceva era soffrire...”
“...devono proprio rimanere tutti legati anche se non sembra necessario (polsi)? ...”

In questi casi l'emozione più frequente che essi segnalano nei diari è la rabbia, lo sconforto, l'impotenza.

“...mi sono sentita a impotente...”
“...perplexità, sconforto...”

“...in questa situazione mi sono trovata un a disagio perché non mi sono mai trovata nelle condizioni di dover tenere bloccata una paziente legandola alla spondina...”

A tali sentimenti segue, per alcuni, l'adattamento passivo alle richieste dei tutor, per paura della valutazione e l'attivazione di meccanismi psicologici difensivi e di distacco (Fig. 2).

“...di fatto non ho fatto nulla, non posso permettermi di dire la mia appena arrivato...”
“...la situazione era tale per cui non mi sono permessa di creare ulteriore tensione...”
“...vorrei dire che una prossima volta cercherei di affezionarmi di meno...”

Dai briefing fatti dopo l'esperienza di tirocinio, invece emerge (Fig. 2), più chiaro che nei diari, come

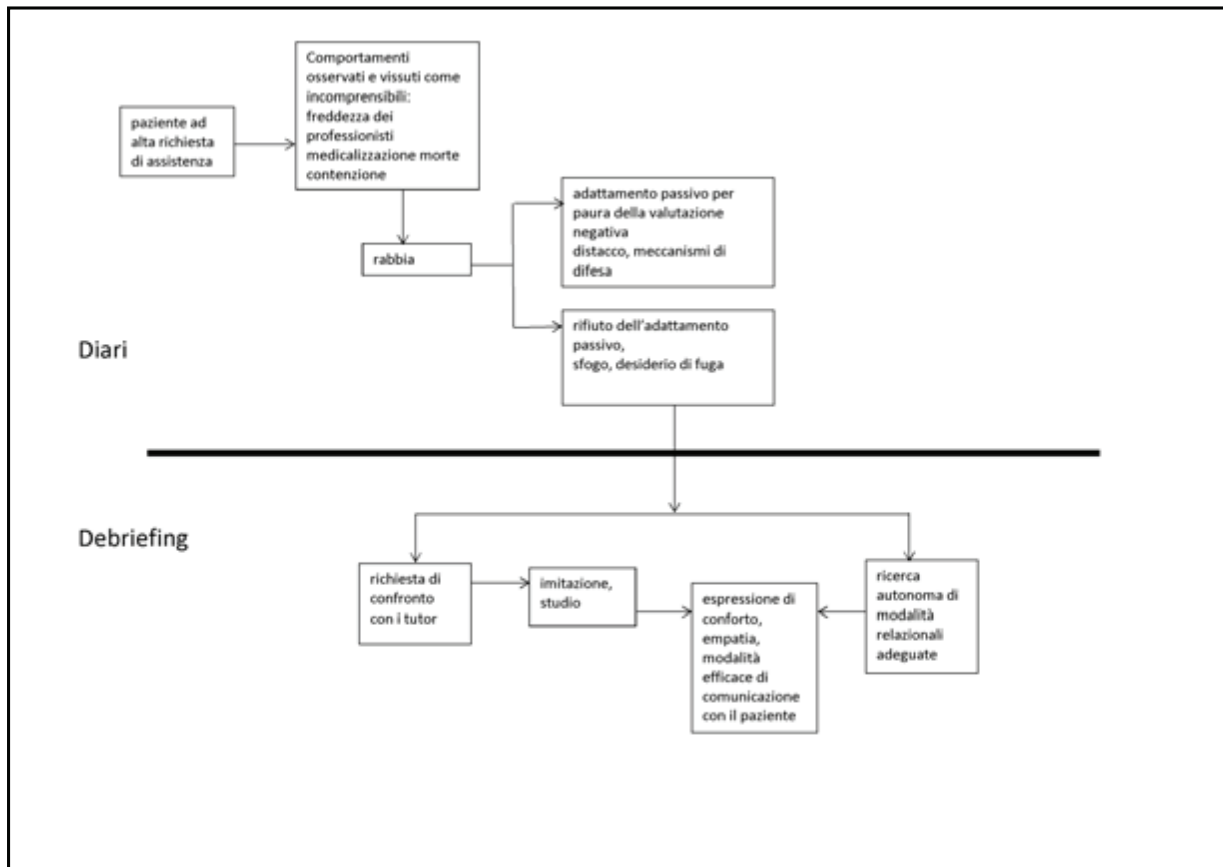


Figura 3. Codes' links: impatto psicologico-emotivo alla realtà di tirocinio (reazioni complesse).

in realtà questa prima reazione difensiva venga successivamente superata: alcuni studenti infatti attraverso passaggi di tipo metacognitivo giungono a modificare il proprio atteggiamento perché, non sentendosi a proprio agio nell'adozione di comportamenti difensivi o di adattamento passivo, scelgono di incanalare la rabbia e la confusione in una ulteriore richiesta di confronto con il tutor. Questo al fine di comprendere ciò di cui non capivano la ragione d'essere (come la contenzione). Altri studenti, invece, raccontano di aver cercato in autonomia modalità di gestione della relazione, della comunicazione con il paziente distaccandosi da un modello (quello del tutor clinico) che non condividevano. In entrambe i casi gli studenti affermano di avere avuto da tali scelte, derivanti da processi riflessione metacognitiva e di ricerca autonoma, risultati positivi e di aver quindi avuto un

riscontro di autoefficacia, con risvolti di soddisfazione (Fig. 2).

"...durante il giro visite ho cercato di capire dall'esame neurologico svolto dal medico se e come il paziente reagisse agli stimoli. Di conseguenza -pensavo- saprò come regolarmi cercando sempre di misurare le parole in presenza del paziente..."

"...durante le procedure di igiene ho chiesto se fosse possibile slegare il paziente quando ciò sembri ragionevole..."

"...Sono riuscita inoltre a scoprire che la maggior parte delle volte i pazienti avevano solamente bisogno di conforto, erano spaventati per il rumore dei monitor e delle pompe e semplicemente spiegando il problema si tranquillizzavano, o volevano scambiare due parole per interrompere la monotonia della giornata e per distrarsi dalla loro condizione, o volevano solamente dei chiari-

menti sull'uso di tutti quei tubi e cavi attaccati al loro corpo..."

Esperienze di apprendimento di procedure tecnico-assistenziali specifiche
Dalla analisi dei dati è stato possibile notare un'evoluzione delle percezioni e dei vissuti degli studenti, con cambiamenti significativi dei termini usati e delle descrizioni riportate nei diari riflessivi rispetto ai dialoghi registrati durante i briefing.

Nei diari traspare (Fig. 1), rilevante e frequente, la preoccupazione degli studenti per il gap percepito tra le conoscenze possedute e le richieste dell'ambiente.

"...confusione nel dover imparare in poco tempo nomi e funzioni del materiale e dove si trovassero nei magazzini, sorpresa nel vedere tutta quella tecnologia in una singola stanza del paziente..."

"...di primo impatto le pratiche infermieristiche mi sono sembrate complicate e articolate per l'enorme diversità che c'è nello svolgere qualsiasi procedura rispetto a quanto ho sperimentato nei precedenti reparti..."

La complessità e criticità del paziente, i modelli di accuratezza e competenza proposti dai tutor (Fig. 2) hanno fatto temere a questi soggetti di non poter mai raggiungere una certa autonomia nel contesto in oggetto: lo stress provocato da un ambiente ansiogeno sembrava quindi ridurre il loro senso di autoefficacia. La necessità di agire in autonomia, stimolata spesso dai tutor, li esponeva a sentimenti di imbarazzo, confusione, inadeguatezza (Fig. 1).

"...una paziente in arresto cardiaco e il medico di guardia di quell'unità operativa presente in stanza mi ha chiamato e mi ha detto «fai il massaggio cardiaco che io sono stanco»."

"...inizialmente ero piuttosto scoraggiata perché mi sentivo impacciata..."

Molti di questi sentimenti negativi però più tardi, nel corso dei briefing (Fig. 1, 2, 3), si attenuano. L'analisi dei contenuti ha permesso di evidenziare due situazioni: laddove la richiesta di mettersi alla prova venisse supportata dalla disponibilità coerente

e dalla fiducia dei tutor clinici, gli studenti raccontano di essere riusciti ad ammettere apertamente le loro lacune e di conseguenza di essersi sentiti motivati a studiare, ad approfondire e quindi a confrontarsi nuovamente con il tutor o fra studenti (Fig. 1). Dal punto di vista metacognitivo quindi gli studenti sono giunti alla consapevolezza (in modo più o meno eterodiretto) della necessità di chiedere, informarsi, cercare oltre ciò che viene fornito dai propri referenti didattici, per colmare le loro lacune che in quel contesto emergevano evidenti ai loro occhi. Il risultato, in questo caso, è una crescita in termini professionali percepita nettamente dagli studenti con risvolti di soddisfazione:

"All'inizio ero spaventata e pensavo quanto tempo ci vorrà, non ce la farò mai, poi mi sono convinta poco per volta che potevo farcela perché anche tutti erano molto disponibili, molto gentile e ci ripeteva sempre se avete bisogno ve lo spieghiamo..."

"Quello che mi ha sorpreso è che anch'io potevo fare alcune manovre agevolmente e gli infermieri si fidavano di noi e questo è stato positivo..."

"...nei primi momenti di difficoltà mi sono confrontata con i miei compagni e dopo aver constatato che gli ostacoli erano condivisi e grazie all'incoraggiamento e agli aiuti del personale e alla continua pratica, mi sono sentita più sicura e sciolta..."

"...poi mi sono tranquillizzato, quello che non capivo sono andato a chiedere, ogni minimo dubbio sono andata a chiedere anche una stupidata, ho trovato disponibilità, quando chiedevo non a volte darmi la risposta ma a farmi ragionare su quello che dovevo fare..."

"Era rassicurante che ci fosse e disponibile a dirmi qualsiasi cosa, non fare qualche cosa di sbagliato ero consapevole che ogni cosa che facevo era ragionata e ponderata..."

Se invece gli studenti non si sono sentiti sufficientemente supportati dai tutor e ha pesato su di loro, più rilevante, la paura di una valutazione negativa, essi raccontano di aver cercato di nascondere le loro mancanze di conoscenze e di aver cercato di adattarsi passivamente eseguendo meccanicamente le richieste dell'infermiere che li seguiva, con corollari di frustrazione. Gli esiti più frequenti sono la stanchezza come conseguenza dello stress vissuto

e lo sconforto per una caduta progressiva del senso di autoefficacia (Fig. 1).

“...io in questa situazione mi sono limitata ad eseguire l'ordine dell'infermiere semplicemente non sapendo come comportarsi per gestire le cose al meglio...”

“...devo stare attento ad evitare brutte figure e a non sembrare un incompetente... a volte la donna [la tutor clinica] ha reazione inconsulte anche per delle inezie, sarà il caso di girare al largo...”

“...io non ho avuto il coraggio di dire all'infermiera che non avevo mai gestito da solo il paziente...”

“...ho fatto quel che mi ha detto l'infermiera. Mi sono limitata a passarle quel che mi chiedeva e non me la sarei sentita di fare altro di più. Se succedesse di nuovo rifarei la stessa cosa...”

“...Mi sono rassegnata, mi sono detta che dovevo farlo e non c'erano alternative, ho provato rabbia all'inizio perché mi sembrava di dover resistere ad un castigo, ma poi mi sono lasciata trasportare dalla corrente e ho fatto del mio meglio, ho evitato di pensarci cercando di concentrarmi su quello che dovevo fare...”

CONCLUSIONI

Limiti

I limiti principali della nostra indagine sono forse individuabili nella limitatezza del numero dei soggetti coinvolti e nella brevità dei tempi di esperienza cui sono stati esposti: tuttavia si crede che, in particolare il primo di questi, possa non essere considerato un vero limite in una ricerca realizzata secondo un approccio di natura qualitativo-ermeneutica, ricerca che voleva indagare in profondità il significato di una esperienza vissuta da alcuni soggetti, piuttosto che cercare ricorrenze o correlazioni quantitative significative su campioni standardizzati, con risultati quindi generalizzabili ad altri contesti simili.

Il fatto che l'indagine sia stata fatta nel 2012 non influisce, a nostro parere, dato che il modello di tirocinio descritto in precedenza e tutt'ora in uso.

Un altro limite sarebbe potuto derivare dalla possibilità che gli studenti nei loro diari e nei Focus Group avessero temuto meccanismi di controllo/valutazione da parte dei tutor, possibilità che avrebbe inficiato la spontaneità e quindi la veridicità delle loro scritture e narrazioni. Proprio per evitare

questo tipo di problematica, tutto il materiale è stato raccolto, letto e analizzato da una docente (una degli autori, NB) del corso si laurea che aveva il suo insegnamento al primo anno e che quindi non avrebbe più potuto avere un ruolo valutativo nei loro confronti.

Gli stessi tutor clinici, che sapevano di trovarsi di fronte a studenti del 2° anno e non del 3°, potrebbero aver modificato il loro usuale comportamento verso gli studenti in tirocinio. Questo aspetto non è stato oggetto di nessun monitoraggio e quindi rappresenta di fatto un limite del nostro studio.

Discussione

La scelta di utilizzare degli strumenti narrativi in questo contesto, come i diari e la registrazione dei dialoghi dei briefing si è, a nostro parere, rivelata corretta, anche alla luce delle poche esperienze simili descritte [5.6]. Infatti l'analisi testuale dei diari tenuti dagli studenti, collegata alle trascrizioni dei briefing, nel nostro studio ha permesso di monitorare l'esperienza vissuta dagli studenti durante il tirocinio in rianimazione, consentendo ai tutor didattici di accedere ad informazioni che altrimenti sarebbero rimaste ignorate, riguardanti i risvolti emotivi e gli aspetti metacognitivi dell'apprendimento vissuti dagli studenti in questa esperienza.

I risultati ottenuti ci hanno permesso di evidenziare alcuni specifici fattori capaci di influenzare l'esperienza vissuta dal tirocinante: A) in primo luogo l'atteggiamento del tutor clinico nei confronti dello studente; B) in secondo luogo la consapevolezza (presente in tutti gli studenti) di stare facendo un'esperienza che sarebbe stata comunque oggetto di una valutazione certificativa; C) infine, un fattore di singolarità attinente alla personalità dello studente che emerge chiaramente dalle nostre analisi ma che, con i dati in nostro possesso, risulta ancora difficile da descrivere compiutamente.

Nello specifico, per quanto concerne le esperienze di apprendimento procedurale, si è evidenziato come a parità di condizioni (ambientali, di gap di conoscenza) gli studenti tendessero a comportarsi in maniera diversa: questo sembra dovuto in parte alla percezione di un atteggiamento facilitante o giudicante dei tutor che avevano a modello, in parte

alla loro capacità personale di evitare che il timore della valutazione inibisse il loro desiderio di esporsi e mettersi alla prova, ma piuttosto li spingesse a cercare modalità personali di gestire le situazioni problematiche.

L'analisi delle reazioni emotive, scaturite negli studenti soprattutto dall'esperienza di entrare in relazione con un paziente instabile e complesso (Fig. 2), fa emergere influenze derivanti dalla criticità del paziente e dalla complessità dei presidi che portano comunque a emozioni simili, ovvero "paura", "disagio".

Per quanto concerne invece le reazioni emotive scaturite dalle esperienze (spesso frustranti o avvertite come insormontabili) di apprendimento procedurale, come ipotizzato, è risultato significativo il rilievo assunto nelle percezioni di tutti gli studenti coinvolti del gap vissuto tra conoscenze possedute e richieste dell'ambiente.

Si è reso (Fig. 1) palese come questo stesso gap fosse, in tutti gli studenti, fortemente influenzato non solo dalla complessità del paziente ma anche contestualmente, da un ambiente definibile come stressogeno. Le emozioni derivanti sono state imbarazzo, "inadeguatezza", "confusione" o "claustrofobia". Tutti elementi che hanno poi avuto un'influenza significativa sui comportamenti reattivi o adattivi degli studenti rispetto alla necessità di colmare quel gap.

Farnell et al. [55] mettono in luce come la percezione di questo gap appare presente anche in infermieri con precedente esperienza lavorativa clinica che per la prima volta cominciano a lavorare in rianimazione. I sentimenti provati e descritti nel nostro studio, sono gli stessi espressi dagli infermieri professionisti di altre realtà analizzate, come sentirsi inadeguati o travolti dalla quantità di informazioni [55.56].

La rianimazione appare allora come un'area clinica particolarmente complessa che mette in difficoltà sia gli studenti, qualunque sia il loro livello di formazione [6.7.57], che gli stessi infermieri [55.56]. Area clinica che però viene reputata particolarmente efficace per l'apprendimento: coerentemente ad altri studi, di fatto appena per i nostri studenti è stato possibile colmare gradualmente le loro lacune sono emersi in loro sentimenti descritti con i termini

(Fig. 1) di "crescita personale", "soddisfazione" ed "autoefficacia" [6.7.57].

In questo scenario, uno dei fattori chiave capace di influenzare l'esperienza del tirocinante è apparso essere proprio l'atteggiamento del tutor clinico. Dall'analisi dei dati in nostro possesso, la fiducia in sé stessi, il senso di autoefficacia, la motivazione ad impegnarsi e a mettersi alla prova espressa dagli studenti sono sembrate sostenute, supportate, se non stimolate direttamente, dalla disponibilità coerente e dalla fiducia dimostrata nei loro confronti dai tutor clinici, chiamati a svolgere una funzione di facilitatori ed alleati nel processo di apprendimento [58]. Questo nostro risultato appare coerente con quanto emerge in letteratura infermieristica, che individua in queste figure una funzione fondamentale nel facilitare l'apprendimento nei contesti clinici [33.55.59.60.61]. Evidenze confermate anche recentemente nello studio di Falk et al. del 2016 [62]: anche in questo studio gli studenti "esposti" ad un gap di conoscenze rilevante (con un tirocinio anticipato), tendono ad avere un approccio allo studio maggiormente riflessivo e profondo e a considerare fondamentale la figura del tutor clinico dal quale proviene la conoscenza richiesta.

Tuttavia, per alcuni studenti lo scarto tra conoscenze possedute e quelle richieste è apparso come incolmabile: la non ammissione dei propri gap di conoscenza (tacere l'ignoranza) (Fig. 1) insieme con il timore di una valutazione negativa da parte dei tutor clinici, quando percepiti come giudici e non come facilitatori, ha di fatto frenato ogni loro slancio di apprendimento [63.64.65], con corollari di sfiducia in sé stessi e demotivazione, che si esprimono nella nostra analisi con i termini "sconforto" e "stanchezza". La consapevolezza, sempre presente nello studente, di stare svolgendo un'esperienza oggetto di valutazione, è un elemento che spesso ritorna nelle trascrizioni dei dialoghi così come nei diari compilati dai soggetti. Non appare facile tuttavia capire quali elementi siano in grado di convertire questa consapevolezza in motivazione ad apprendere e migliorare o viceversa, non presenti, trasformino questa consapevolezza in una minaccia inibente.

Oltre alla funzione tutoriale, le cui qualità nell'esperienza monitorata in questo studio, risultavano comuni per tutti gli studenti, risulta necessariamente

te esservi un ulteriore fattore di distinguo capace di rendere ragione di una maggiore o minore propensione dello studente ad una scelta di passività come strategia di difesa da una possibile valutazione negativa.

Tale fattore è presumibilmente individuabile in alcune specifiche caratteristiche di personalità che appartengono al singolo studente. Queste caratteristiche, quindi, sarebbero in grado di proteggere un soggetto (diversamente da un altro) dal timore della valutazione certificativa, e contestualmente indurlo a riconoscere i propri limiti e a cercare attivamente l'aiuto di altri per superarli: tutte reazioni riconducibili ad uno stile di apprendimento posseduto o sviluppato in senso autodiretto (Self-Directed Learning) [66.67]. Queste caratteristiche sono quelle individuabili anche nei diari e nelle trascrizioni dei briefing: vale a dire autocontrollo, autoefficacia, autostima, flessibilità, autocritica, creatività, metacognizione, impegno. In pratica, sono proprio quelle caratteristiche che (coincidendo con quelle identificate da Rothwell, Sensenig [66] e Knowles [67]) contraddistinguono i prerequisiti di uno stile di apprendimento autodiretto a proteggere gli studenti dal timore della valutazione certificativa e a sostenerli nell'evitare l'attivazione di meccanismi psicologici di distacco emotivo e di strategie di adattamento passivo [60.68.69.70]

Come affermato da Helminen et al. [71] nella loro revisione della letteratura sulla valutazione certificativa, c'è bisogno di maggiore ricerca su questo argomento che vede pochi studi validi [71.72] e di solito focalizzati su aspetti tecnici quali la struttura degli strumenti di valutazione, ma che non approfondiscono tuttavia proprio quegli aspetti interpersonali ed emotivi della relazione tutor-studente che sembrano probabilmente avere una significativa incidenza sulla valutazione finale. Questo aspetto emerge indirettamente, pur non avendo letteratura valida di supporto, nella revisione di Donaldson & Gray [72] quando affermano che spesso la valutazione diviene difficile perché molti studenti modellano il loro comportamento sulla base delle aspettative del tutor o adottano un approccio al tirocinio di tipo superficiale adattando il loro apprendimento alle abilità o tecniche da dimostrare durante l'esame o la valutazione [73]

Conclusione

In sintesi ci sembra opportuno sottolineare come la maggior parte degli studenti si siano dimostrati flessibili e sensibili alle richieste di un ambiente clinico complesso e che il gap di conoscenze, che ha attivato forti reazioni emotive, sia stato superato con risultati di crescita personale e di incremento del sentimento di autoefficacia nella maggior parte degli studenti.

Sono tuttavia necessari ulteriori studi per confermare o meno i nostri risultati e, soprattutto, per individuare con maggiore sicurezza le caratteristiche di personalità che consentono ad uno studente di affrontare con successo esperienze di stage (e in futuro lavorative) in ambienti complessi e stressogeni. Contestualmente, sarebbe utile procedere all'individuazione e descrizione sistematica di quelle competenze relazionali e didattiche che contraddistinguono i tutor clinici più efficaci nel loro compito formativo in tali ambienti clinici complessi.

Tuttavia, fermandoci a quanto abbiamo potuto trarre dal nostro studio, crediamo di poter sottolineare, in vista di un possibile miglioramento di esperienze future simili, la necessità, in tali contesti clinici complessi, di una preparazione specifica dei tutor clinici e didattici per la trasmissione di strategie di autocontrollo emotivo e di apprendimento autodiretto, utili a tutelare e supportare sia gli studenti tirocinanti nelle attività di tirocinio che gli infermieri professionisti nella loro futura attività lavorativa.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Riitta-Liisa A, Suominen T, Leino-Kilpi H. Competence in intensive and critical care nursing: A literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2008, Apr, 24(2), 78-89
- [2] Allan HT, Smith P. Are pedagogies used in nurse education research evident in practice? *Nurse Education Today*, 2010, 30, 476-479.
- [3] Wiggins L, Westwood S. Issues surrounding educational preparation for intensive care nursing in the 21st century. *Intensive Crit Care Nurs.*, 2000, Aug, 16(4), 221-227.
- [4] Jarvis P. Quality in practice: the role of education. *Nurse Education Today*, 1992, Feb, 12 (1), 3-10.

- [5] Conneely A, Hunter D. Introducing first-year student placements in critical care. *Nurs Stand*. 2012, Feb, 8-14, 26(23), 35-40.
- [6] Doucette E, Brandys D, Canapi BK, Davis, A, Dinardo J, Imamedjian I. The intensive care unit as an untapped learning resource: a student perspective. *Dynamics*. 2011, 22(1), 19-23.
- [7] Cochrane J, Heron A, Lawlor K. Reflections on student nurse placements in the PICU. *Paediatr Nurs*. 2008, Feb, 20(1), 26-28.
- [8] Collins TJ, Price AM, Angrave PD. Pre-registration education: making a difference to critical care? *Nurs Crit Care*. 2006, Jan-Feb, 11(1): 52-57.
- [9] Margiotta U. Expertise. *Studium Educationis*, 1997, 1, n. 86, 169-172.
- [10] Haynes, R.B., Devereaux, P.J. and Guyatt, G.H.,. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evidence Based Medicine*, 2002 7(2), 36-38.
- [11] Eccles J S, Wigfield A. Motivational beliefs, values and goals. *Annual Review of Psychology*, 2002, 53, 109-132.
- [12] Jacobs P A, Newstead S E. The nature and development of student motivation. *British Journal of Educational Psychology*, 2000, Jun, 70 (Pt 2), 243-254.
- [13] Mezirow J. Transformative theory: critique and confusion. *Adult Education Quarterly*, 1992, 42(2), 250-252.
- [14] Jarvis, P. (1983). *Adult and continuing education: theory and Practice*. London, Croom Helm, 1983.
- [15] Gohery P, Meaney T. Nurses' role transition from the clinical ward environment to the critical care environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2013 Dec, 29(6), 321-328.
- [16] Blomberg K, Bisholt B, Kullén Engström A, Ohlsson U, Sundler Johansson A, Gustafsson M. Swedish nursing students' experience of stress during clinical practice in relation to clinical setting characteristics and the organization of the clinical education. *Journal of clinical nursing*, 2014, Jan 7.
- [17] Lakanmaa RL, Suominen T, Perttilä J, Puukka P, Leino-Kilpi H. Competence requirements in intensive and critical care nursing — Still in need of definition? A Delphi study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2012, Dec, 28(6), 329-336.
- [18] Gurses A P, Carayon P. Exploring performance obstacles of intensive care nurses. *Applied Ergonomics*, 2009, May, 40(3), 509-518.
- [19] Finke E H, Light J, Kitko L. A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of critical nursing*, 2008, Aug, 17(16), 2102-2115.
- [20] Patak L, Gawlinski A, Fung I, Doering L, Berg J, Hennen EA. Communication boards in critical care: patients' view. *Applied nursing Research*, 2006, Nov, 19(4), 182-190.
- [21] Alasad J, Ahamad M. Communication with critically ill patients. *Journal of advanced nursing*, 2005, 59(4), 356-362.
- [22] Happ M B. Interpretation of nonvocal behavior and the meaning of voicelessness in critical care. *Social Science and Medicine*, 2000, May 50(9), 1247-1255.
- [23] Topf M, Dillon E. Noise-induced stress as a predictor of burnout in critical care nurses. *Heart & Lung*, 1988, Sept, 17(5), 567-574.
- [24] Anderson CA, Basteyns M. Stress and the critical care nurse reaffirmed. *Journal of Nursing Administration*, 1981, 11, 31-34.
- [25] Gurses A P, Carayon P, Wall M. Impact of Performance obstacles on intensive care nurses' workload, perceived quality and safety care, and quality working life. *Health Serv Res*, 2009, Apr, 44 (2Pt1), 422-443.
- [26] Garrino L. La narrazione delle esperienze degli operatori sanitari come strumento di riflessione e formazione. *Tutor*, 2006, 6 (1-2), 22-26.
- [27] Allchin, L.,. Caring for the dying: Nursing student perspectives. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 2006 8(2), 112-117.
- [28] Tastan S, Iyigun E, Ayhan H, Hatipoglu S. Experiences of Turkish undergraduate nursing students in the intensive care unit. *Collegian*. 2015, 22(1), 117-123.
- [29] Eick S A, Williamson GR, Heath V. A systematic review of placement-related attrition in nurse education. *International Journal of Nursing Studies*, 2012, 49(10), 1299-1309.
- [30] Montagna L, Benaglio C, Zannini L. La scrittura riflessiva nella formazione infermieristica: background, esperienze e metodi. *Air*, 2010, 29(3), Luglio-Settembre.
- [31] Monrouxe LV. Negotiating professional identities: dominant contesting narratives in medical students' longitudinal diaries. *Current Narrative*, 2009, 1, 41-59.
- [32] Zannini, L. *Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina, 2008.
- [33] Marzano R. *Designing a new taxonomy of educational objectives*. Thousand Oaks, California, Corwin Press, 2011.
- [34] Costa A.L, Kallik B. *Assessment Strategies for self-directed learning*. California, Sage, 2004.
- [35] Bert G. (2007). *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*. Torino, Il Pensiero Scientifico, 2007.
- [36] Madrussan E. La rielaborazione dell'esperienza clinica attraverso i diari: breve ricognizione di un percorso formativo. *Tutor*, 2007, 7(2), Settembre.

- [37] Reinharz, S. Phenomenology as a dynamic process. *Phenomenology and Pedagogy*. 1983, 1(1).
- [38] Ricoeur, P. *Dal testo all'azione*. Milano, Jaca Book, 1983.
- [39] Gadamer, H.G., 1975. Truth and method (G. Barden & J. Cumming, Trans.). New York: Seabury, trad. It. A cura di Vattimo G. 2000, Ed Mondolibri, Milano.
- [40] Ricoeur, P. *Soi-meme comme un autre* (trad. it. *Sè come un altro*). Milano, Jaca Book, 1993.
- [41] Charon, R., 2001. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *Jama* 286(15), 1897-1902.
- [42] Charon, R. *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. 2008 Oxford University Press.
- [43] Saleebey, D. Culture, theory, and narrative: The intersection of meanings in practice. *Social work*, 1994, 39(4), 351-359.
- [44] Riessman, C.K. and Quinney, L.. Narrative in social work a critical review. *Qualitative Social Work*, 2005, 4(4), 391-412.
- [45] Kitzinger, J. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of health & illness*, 1994. 16(1), 103-121.
- [46] Goffman, E., *On face-work. Interaction ritual*, 1967. 5-45.
- [47] Mortari, L. *Cultura della ricerca e pedagogia*. 2007, Roma: Carocci.
- [48] Van Manen M. *Reserching lived Experience*. New York, State University of New York Press, 1990.
- [49] Ricoeur, P. *Filosofia della volontà*. 1990, Marietti, Genova.
- [50] Good B J. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino, Edizioni di Comunità, 1999.
- [51] Downe-Wamboldt B. Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 1992, 13(3), 313-321.
- [52] Dilthey, J. 1954. *Critica della ragione storica*. Einaudi, Torino.
- [53] Elo, S. and Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- [54] Fleming, V., Gaidys, U. and Robb, Y., 2003. Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nursing inquiry*, 10(2), 113-120.
- [55] Farnell, S., Dawson, D. 'It's not like the wards'. Experiences of nurses new to critical care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 2006, Mar, 43(3), 319-331.
- [56] Messmer PR, Jones SG, Taylor BA. Enhancing knowledge and self-confidence of novice nurses: The "Shadow-A-Nurse" ICU program. *Nurs Educ Perspect*, 2004, May-Jun, 25(3), 131-136.
- [57] Swinny B, Brady M. The benefits and challenges of providing nursing student clinical rotations in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Q.*, 2010, Jan-Mar, 33(1), 60-66.
- [58] Dale B, Leland A, Dale JG. What factors facilitate good learning experiences in clinical studies in nursing: bachelor students' perceptions. *ISRN Nurs*. 2013, Dec 17, 628679.
- [59] Houghton CE. 'Newcomer adaptation': a lens through which to understand how nursing students fit in with the real world of practice. *J Clin Nurs*. 2014 Aug, 23(15-16), 2367-2375.
- [60] Houghton CE, Casey D, Shaw D, Murphy K. Students experiences of implementing clinical skills in the real world of practice. *J Clin Nurs*. 2013, Jul, 22(13-14), 1961-1969.
- [61] Zannini, L. *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico* Milano, Guerini Scientifica, 2005.
- [62] Falk, K., H. Falk, and E. Jakobsson Ung. When practice precedes theory—A mixed methods evaluation of students' learning experiences in an undergraduate study program in nursing. *Nurse education in practice* 2016, 16(1), 14-19.
- [63] Chesser-Smyth PA, Long T. Understanding the influences on self-confidence among first-year undergraduate nursing students in Ireland. *J Adv Nurs*. 2013, Jan, 69(1), 145-157.
- [64] Sharif F, Masoumi S. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nurs.*, 2005 Nov, 9, 4, 6.
- [65] Löfmark A, Wikblad K. Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: a student perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, Apr, 34(1), 43-50.
- [66] Rothwell, W. J. and Sensenig, K. J. (Ed.): *The sourcebook for Self-Directed Learning*. HRD Press, Amherst Massachusetts: pp. 5-8 .
- [67] Knowles, M. *Self-directed learning: A guide for learners and teachers*. 1975 Association Press, New York.
- [68] Chan JC, Sit EN, Lau WM. Conflict management styles, emotional intelligence and implicit theories of personality of nursing students: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today*, 2014, Jun, 34 (6), 934-939.
- [69] Payne LK. Physiological differences during decision making between experienced nurses and nursing students: a pilot study. *J Nurs Educ*, 2013, Nov, 52(11), 649-652.
- [70] Sawatzky JA. Understanding nursing students' stress: a proposed framework. *Nurse Educ Today*, 1998 Feb, 18 (2), 108-115.
- [71] Helminen K, Coco K, Johnson M, Turunen H, Tossavainen K. Summative assessment of clinical practice of student nurses: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 2016, 53, 308-319.

- [72] Donaldson J, Gray M. Systematic review of grading practice: Is there evidence of grade inflation? *Nurse Education in Practice*, 2012, 12, 101-114.
- [73] Tiwari, Agnes, et al. Student learning in clinical nursing education: Perceptions of the relationship between assessment and learning. *Nurse Education Today* 2005, 25(4), 299-308.