

La relazione di cura con il paziente: come la immaginano gli studenti di Infermieristica, prossimi alla professione? Uno studio esplorativo attraverso l'utilizzo di scenario

Letizia Dal Santo¹, Adalgisa Battistelli², Luisa Saiani³

¹ Università degli studi di Verona, Scuola di Medicina e Chirurgia. E-mail: letizia.dalsanto@univr.it

² Università degli studi di Bordeaux (Francia), Laboratorio di Psicologia EA4139

³ Università degli studi di Verona, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica

ABSTRACT

Introduction: Our aim was to improve understanding of nursing students' perceptions about caring for the patient. In particular, we aim to highlight expectations and possible difficulties in providing care in students who are at the end of their studies and are approaching clinical work. **Participants:** We collected data from 72 students of a Nursing Studies University in a north region of Italy. **Design:** A qualitative method was used to interpret data. **Materials:** A vignette technique has been used: students had to write a tale inspired by the delivered picture. **Results:** Nursing students show a high caring orientation towards the patients and seem to be aware that this relationship elicits an emotional involvement. In order to manage with it, theoretical studies and previous practice have been considered the most important resources. On the contrary, relationships with colleagues, lack of time and patients and their families' anxiety have been perceived as obstacles. **Conclusion:** Future professional nurses need some resources to enter the professional world properly and to manage the relationship with patients adequately. Our research underlines the importance of implement knowledge about emotional regulation strategies, socialization processes and team work techniques.

Key-words: caring, emotions, socialization, scenario.

RIASSUNTO

Lo scopo di questo studio è quello di analizzare i vissuti degli studenti dell'ultimo anno di Infermieristica, rispetto alla relazione di cura con il paziente, attraverso l'utilizzo della tecnica dello scenario. Per tale obiettivo sono stati interpellati 72 studenti del terzo anno di Infermieristica di un Ateneo del Nord Italia. Lo studio evidenzia la necessità di fornire agli studenti che si accingono ad entrare nel mondo professionale degli strumenti che possano per aiutarli a professionalizzare, educandola, l'originaria motivazione a prendersi cura del paziente.

Parole chiave: relazione di cura, emozioni, scenario, socializzazione.

INTRODUZIONE

Il presente articolo si inserisce nel dibattito che da più di vent'anni anima le riflessioni sul tema della formazione degli studenti infermieri alla relazione di cura (Paterson & Crawford, 1994). Per anni oggetto invisibile alla letteratura specialistica, il *caring* sta (ri)conquistando dignità scientifica e rilevanza operativa, anche nei percorsi didattici (Chow & Kulisshuck, 2008). Da queste riflessioni si evince come la formazione del personale infermieristico non possa ridursi al sapere nozionistico ed al saper fare tecnico-operativo, ma debba aprirsi al saper essere, infuso nella pratica clinica (Mortari & Saiani, 2013). Esiste, infatti, una fondamentale differenza tra il "fare l'infermiere" e l' "essere infermiere": quest'ultima dimensione prevede qualcosa di più che la mera esecuzione di prestazioni volte al soddisfacimento dei bisogni della persona malata; essere infermiere implica la capacità di vedere l'umanità dell'altro con rispetto e di apprezzare la diversità e l'individualità di ciascun paziente (Pellegrini, 2010). Approfondire l'originario approccio dello studente alla relazione di cura, consentirebbe di (ri) pensare agli strumenti educativi e didattici più utili a professionalizzare l'incontro con il paziente. Nel mondo del lavoro assistenziale, infatti, la relazione, infatti, è praticata all'interno di un insieme di interazioni e prassi regolamentate e l'agire dell'infermiere è arginato da una serie di limiti, che possono giocare ruoli negativi nella motivazione dello studente (Mortari & Saiani, 2013). In uno studio (Smith, 2001) è stata identificata quella che viene definita dagli autori una "traiettoria di *caring*", secondo la quale gli studenti inizierebbero il percorso di studi con una visione idealistica, ansiosi di prendersi cura dei pazienti, per arrivare, al termine del percorso formativo, disillusi (Murphy et al., 2009). Questa disillusione può avere due effetti opposti: la caduta dell'idealizzazione può mantenere un'etica del *caring* realistica, ma può anche ingenerare strategie di auto-protezione (distacco, cinismo, tecnicizzazione...), senso di frustrazione e demotivazione (Mackintosh, 2006), elementi notoriamente correlati, prima nello studente e poi nel professionista infermiere, a burn out ed intenzioni di abbandonare la professione (Ko Sun et al., 2015). Poiché gli studenti infermieri sono i professionisti

del futuro e numerosi studi sottolineano la continuità tra l'esperienza formativa e l'approccio al mondo del lavoro, risulta fondamentale occuparsi di questi aspetti, anche in un'ottica di prevenzione e di investimento (Rudman & Gustavsson, 2013). In tal senso, allora, approfondire l'immagine di cura ed i modelli rappresentazionali a cui gli studenti si ispirano, può essere d'aiuto per sostenere, indirizzandola ed educandola, l'originaria motivazione al prendersi cura, lavorando sui metodi didattici e i contesti organizzativi nei quali gli studenti trovano forse modelli di cura distanti dalla loro motivazione iniziale.

Questa crescente attenzione della letteratura specialistica alla necessità di integrare nei percorsi didattici, il sapere, il fare, e l' "essere con", ha ispirato il presente lavoro, che si pone come obiettivo generale quello di investigare le rappresentazioni, le aspettative e le emozioni dei futuri infermieri rispetto alla relazione con il paziente di cui saranno chiamati a prendersi cura.

METODOLOGIA

Partecipanti

La nostra indagine ha coinvolto 72 studenti dell'ultimo anno del corso di laurea in Scienze Infermieristiche di un ateneo del Nord Italia. Il 53% del campione è rappresentato da soggetti di sesso femminile, mentre il 47% da maschi. L'età media è di 23,6 anni e la provenienza geografica è per il 78% del Nord Italia.

Considerazioni etiche

Agli studenti è stato garantito l'anonimato e l'assicurazione che i dati raccolti sarebbero stati trattati solo in forma globale. Prima di procedere a tale inchiesta, erano state richieste, ed ottenute, l'autorizzazione e l'approvazione da parte del Coordinatore del Corso di Laurea.

Disegno

Per conseguire gli obiettivi dello studio è stata realizzata una ricerca attraverso l'uso di uno scenario (vedi allegato 1). Quest'ultimo prevede l'ammini-

strazione di *vignette*¹, in forma scritta o pittorica, che propongono esempi concreti di persone e/o di comportamenti rispetto ai quali, i partecipanti possono esprimersi liberamente (Schoenberg & Ravdal, 2000). Questa tecnica elicitava percezioni, opinioni, atteggiamenti e credenze e consente parimenti l'emersione di vissuti emotivi generati dal confronto con lo stimolo proposto (Hughes 1998). Inoltre, le *vignette* funzionano con esiti validati come strumenti non direttivi per l'analisi di *patients* di credenze, percezioni individuali, attitudini, codici morali, per indagare l'immaginario collettivo su un certo argomento lasciando lo spazio necessario ai rispondenti per definire la situazione con le loro parole (Lonardi, 2011, Barter & Renold, 2000). In più, alcuni ricercatori sono arrivati a concludere che gli intervistati sono meno propensi a rispondere secondo aspettative di desiderabilità sociale (Alexander & Becker, 1978; Finch, 1987; Hughes & Huby, 2004). L'uso delle *vignette* è stato utilizzato con vantaggio nei contesti sanitari ed assistenziali per investigare diversi aspetti (Evans et al., 2015). In particolare nella professione infermieristica e medica, gli studi hanno esaminato le credenze e gli atteggiamenti dei professionisti (Hughes & Huby, 2001), la percezione della qualità delle cure erogate ed i processi implicati nella presa di decisioni (Wainwright, Gallagher, Tompsett, & Atkins, 2010). Con queste premesse, l'uso della *vignette* pare particolarmente indicato allo scopo della nostra indagine, in quanto, come sostiene Hughes (1998) tale metodica consente ai partecipanti di definire la situazione-stimolo secondo i propri parametri di giudizio, permettendo l'emersione di contenuti non solo cognitivi, ma anche emotivo-affettivi. Nella progettazione della *vignette* da amministrare, l'emersione di tali contenuti è stata incentivata dalla raffigurazione piuttosto anonima del protagonista,

per favorire l'opportunità che ciascun soggetto potesse ritrovarsi nel personaggio raffigurato (vedi allegato 1). Per perseguire questi scopi ai partecipanti è stata presentata una *vignette* (in bianco e nero), che raffigura un infermiere in una corsia di un'unità operativa ospedaliera. Dalla porta semi-aperta si può intravedere un letto occupato da una sagoma umana attaccata ad una flebo. Sopra l'immagine compare il titolo della raffigurazione: "Il primo giorno di lavoro come infermiere professionista". I soggetti sono stati invitati a scrivere un racconto liberamente ispirato dall'immagine che avevano davanti ai loro occhi. Nella progettazione della *vignette* ci si è ispirati alle caratteristiche del "real world scenario" (Artzmuller & Steiner, 2010). Questa espressione ben evidenzia che lo scopo di tale strumento non è quello di rappresentare i comportamenti "reali" dei partecipanti, ma di raccogliere i possibili predittori di tali condotte nelle circostanze approssimate dall'immagine presentata. (Wallander, 2012). La rappresentazione grafica di elementi che potessero richiamare il contesto della cura in cui gli intervistati saranno chiamati ad operare (corsia di un ospedale, stanza del paziente, flebo ...) è stata adottata, infatti, per facilitare l'immedesimazione dell'intervistato nello scenario proposto; stimolando l'emersione di atteggiamenti, pensieri e credenze stimulate dal tema focalizzato dalla *vignette*. Inoltre, la scelta di rappresentare il protagonista in modo neutrale, con caratteristiche fisiche vaghe ed ambigue (non sono riconoscibili né il genere, né l'età del protagonista) risponde alle raccomandazioni proposte da diversi autori (Wallander 2009; Evans et al., 2015; Kim, 2012) per incentivare l'identificazione del partecipante con il protagonista e la conseguente partecipazione. In più, la richiesta di far scrivere ai partecipanti un racconto sulla base dello scenario amministrato e del titolo corrispondente, è stata motivata dalla necessità di indagare tematiche particolarmente delicate in modo meno invasivo rispetto, ad esempio, alla somministrazione di domande dirette (Lonardi, 2011).

Procedura

Al termine di un incontro di *debriefing* successivo all'ultimo tirocinio pratico, è stato proposto agli

1 "Si fa uso di una traduzione in italiano della parola inglese *vignette* per evitare quanto più possibile la confusione tra il termine italiano vignetta (che rimanda al mondo dei fumetti o a disegni satirici o umoristici, con o senza parole, pubblicati su giornali o riviste) e la parola inglese, che invece indica ciò che qui è chiamato scenario" (Lonardi, 2011, p.47)

studenti interessati, di scrivere un racconto sulla base di uno scenario proposto in forma cartacea. L'invito riguardava la semplice esposizione senza specifiche richieste sullo stile narrativo o sulla lunghezza del testo. Gli studenti sono stati informati che gli elaborati sarebbero serviti per un progetto di ricerca e non per finalità di valutazione. Non sono stati applicati criteri di inclusione e/o di esclusione. Sono da ritenersi dunque volontari che i soggetti che hanno messo a disposizione le loro storie, nelle quali si rintracciano differenti forme stilistiche. Il tempo concesso per l'esecuzione della prova è stato di 40 minuti.

Gli elaborati sono stati numerati secondo l'ordine cronologico di consegna. Una volta raccolto tutto il materiale, esso è stato trattato attraverso un'analisi del contenuto qualitativa. Seguendo le indicazioni di tale paradigma, il materiale raccolto è stato preparato per una prima codifica iniziale. In tale fase il testo è stato letto e trascritto da ogni autore e successivamente frammentato con lo scopo di ricavarne le prime etichette concettuali.

Successivamente i dati emersi da ciascuna analisi sono stati confrontati fra loro. Tale comparazione ha messo a confronto le diverse prospettive per evidenziare gli aspetti differenti emersi dallo stesso testo e, successivamente, per individuare l'*intercode agreement*. Il risultato di tale confronto è stato poi organizzato secondo un sistema di codifica focalizzata, in cui, attraverso un processo di astrazione, sono state individuate 4 macrocategorie. La codifica teorica e la successiva nomina delle macro-categorie hanno prodotto quattro relativi quesiti: "Come mi sento davanti al paziente?", "Che cosa posso fare per il paziente?", "Quali risorse posso utilizzare per meglio gestire la relazione con il paziente?" "Quali sono i possibili ostacoli nella relazione con il paziente?". Nella prima categoria sono stati inclusi tutti i sentimenti e le emozioni che il contatto con il paziente, elicitava. La seconda categoria identificata riguarda il "fare per il paziente", qui sono stati inclusi quegli elementi sia di tipo tecnico-operativo, sia di tipo supportivo-relazionale, che i rispondenti hanno individuato come utili per gestire l'incontro con il paziente. La terza categoria prende in esame le risorse personali ed organizzative che i partecipanti individuano come fonda-

mentali nella cura dell'assistito. La quarta categoria riguarda invece le difficoltà, sia di ordine personale, sia relazionale-organizzativo, che i rispondenti hanno ravvisato come potenzialmente ostacolanti la relazione di cura.

La necessità di identificare una categoria con una domanda, pareva rispondere meglio all'esigenza di tradurre in forma verbale non solo i contenuti emersi dai racconti degli studenti, ma anche il tono degli stessi. Nella maggioranza dei racconti, infatti, emergeva chiaramente come i partecipanti avessero trasferito sul protagonista della vignetta, i vissuti del "neofita" allor quando sperimenta una situazione nuova, che mobilita dubbi, quesiti, perplessità, che sono stati tradotti nel sistema categoriale sotto forma interrogativa. Una volta individuate le macro categorie, esse sono state analizzate in modo da distinguerne delle sotto dimensioni per meglio dettagliarne gli elementi caratterizzanti.

RISULTATI

La prima categoria "Quali emozioni provo davanti al paziente?" è caratterizzata dalla presenza di emozioni eterogenee. Esse sono state differenziate in emozioni positive ed emozioni negative. Nella prima sottodimensione appaiono stati d'animo caratterizzati da entusiasmo ed eccitazione nel momento in cui si incontra il paziente, per la prima volta da professionisti.

"L'infermiere Mario è appena entrato in reparto come primo giorno di lavoro. Sicuramente è agitato interiormente, ha paura ma non lo dimostra; anzi sembra calmo e rilassato, pronto per iniziare una nuova avventura in questo reparto. E' consapevole che questo incontro sarà unico ed irripetibile e che lo farà diventare una persona nuova e diversa, più ricca interiormente. Buon inizio di viaggio, Mario!" (R13).

"... Il timore e l'eccitazione si scoprono facce della stessa medaglia, che mantengono la tensione verso l'entusiasmo e la ricchezza che questo lavoro può dare" (R46)

La dimensione delle emozioni negative è, invece caratterizzata da stati animo quali la paura, l'ansia ed il panico, unitamente a vissuti di preoccupazione e timore di non essere all'altezza del compito:

"L'infermiera entra in stanza e trova un paziente criti-

co e complesso. Il panico la assale e crede di non poter gestire da sola la situazione. Cade in un momento di sconforto, chiedendosi se la scelta di quel lavoro era veramente il suo destino” (R63).

Emergono inoltre vissuti di tristezza e sensazioni di solitudine ed isolamento:

“Sembra solo, nessuno gli va incontro, è come se si dovesse arrangiare. L’immagine emana tristezza e solitudine. E’ come se si spaventasse da solo al pensiero di andare avanti ed infatti si accosta alla camera di un paziente, evitando di farsi vedere...” (R14).

Nella seconda categoria (Cosa posso fare per il paziente?) si rintracciano due sottodimensioni: modalità supportivo-relazionali e prassi tecnico-operative. Nella prima, l’analisi dei racconti ha messo in evidenza azioni di caring:

“L’infermiere entra nella stanza e trova un nuovo paziente, agitato, che vuole andare a casa ed inizia ad insultare l’infermiere. L’infermiere si presenta, comunica il suo ruolo e gli chiede se può sedersi un momento accanto a lui. Il paziente si tranquillizza e chiede se è venuto a fargli un po’ di compagnia. L’infermiere gli risponde che al momento c’è tranquillità e che vuole conoscerlo meglio, visto che l’ha preso in carico. Da quel momento si instaura una conversazione per lo più guidata dal paziente: fa domande e si interessa anche dell’infermiere, il quale ascolta, chiede e partecipa...” (R58). “Suona il campanello. E’ la camera della paziente a cui hanno diagnosticato un tumore, ma lei non lo sa. Io entro, non mi sogno nemmeno di tornare indietro. Sono qui per esserci, per dare una mano, offrire aiuto, conforto, ascolto e cura. Sono un’infermiera e di qualsiasi cosa lei abbia bisogno, io ci provo!” (R9).

Nella sotto dimensione tecnica-operativa si rintracciano prassi ed azioni che caratterizzano i diversi protocolli operativi:

“Entra in stanza, controlla la flebo, ricerca informazioni e le confronta con i colleghi più esperti. Fa il giro dei pazienti e poi riprende da capo in base alle priorità. Attiva gli interventi che, si spera, abbia pianificato durante la consegna e durante l’osservazione di vari pazienti” (R64).

“Appena finito consegna, l’infermiera entra nella stanza del paziente al quale, il collega del turno prima l’ha avvisata, bisogna fare una lastra. Mette la cartella ed

i documenti necessari sul letto prima che il paziente venga portato via” (R38).

Nella terza categoria “Quali risorse posso utilizzare per meglio gestire la relazione con il paziente?” sono presenti due sotto dimensioni: risorse di tipo personale e risorse organizzativo-relazionali.

Nel primo caso vengono descritte l’insieme di competenze teorico-pratiche conseguite dopo il percorso formativo universitario:

“Ok allora ripetiamo: entrare sorridere e si inizia. Ho già passato il concorso, il peggio è passato ... e invece no! Io sono quello nuovo, l’inesperto. Ma ce l’hanno fatta tutti, no? Sono stati tutti neo-laureati, no? Questo posto è familiare per me. Dopo tutti i tirocini so come funziona, non sarà diverso, no? Ci sono io, i pazienti, gli altri infermieri, gli oss, i medici e tutto il mondo dell’ospedale, il mio mondo, quello in cui ho sempre voluto entrare a far parte. Ed ora eccoci qui, vedo un letto, una flebo, un uomo. Un uomo che è lì in ansia, forse più di me, entriamo!” (R29).

“Ennio entra in stanza e si presenta alla paziente, fa un breve accertamento e controlla la flebo. Torna in stanza infermieri e consulta il suo quaderno appunti che si è preparato in tre anni di tirocinio all’università. Questi gli servono per controllare la terapia che la paziente sta facendo e dovrà fare (effetti, effetti diversi, interazioni ...)” (R71).

Nella sotto dimensione delle risorse organizzativo-relazionali compaiono il cercare aiuto e consigli dai colleghi esperti:

“... questo giovane infermiere ha subito il rifiuto di alcuni pazienti ad accettare le cure da lui; poi nello stanzino-infermieri chiederà ai colleghi più esperti delle strategie per adattarsi e creare un clima di fiducia con i pazienti” (R44).

L’ultima categoria prende in esame i possibili nodi critici che i rispondenti ravvisano come potenzialmente ostacolanti la gestione della relazione di cura con il paziente. In questa categoria compaiono tre sotto dimensioni: il gruppo di lavoro, le richieste del paziente e la gestione del tempo.

Nella prima sotto dimensione emerge che un fattore potenzialmente ostacolante la relazione con il paziente viene ravvisato nel rapportarsi con l’equipe multidisciplinare:

“Era il mio primo giorno di lavoro. Dovevo fare bella impressione, legare con l’equipe e reggere il confronto

con i medici e quest'ultima cosa mi preoccupava. Durante la visita con il medico mancava la cartella del paziente X e così sono corsa a prenderla. Rientrando in stanza mi sentivo molto preoccupata per le domande che il medico avrebbe potuto farmi. Speravo che non avesse "la luna storta" e si rivolgesse a me in modo tranquillo ... " (R53).

"Quest'infermiere cammina "in punta di piedi" perché è ancora estraneo al reparto, non ha ancora legato e conosciuto solo superficialmente i suoi colleghi; teme di non essere all'altezza e ha paura di eventuali attriti, mobbing e pressioni ... " (R12).

Nella seconda sotto-dimensione la situazione complessa del paziente, clinica, emotiva e caratteriale, viene vista come possibile elemento che rende ancora più complessa la già difficile presa in carico. Nello specifico i rispondenti temono di sentirsi rifiutati dal paziente per il fatto di essere giovani ed inesperti ed anche non in grado di reggere il carico emotivo che la relazione di cura comporta:

"L'infermiere entra in stanza per conoscere i pazienti, alcuni vedono una figura nuova e sembrano assumere un'espressione scontenta ... un infermiere neo-laureato suscita nei pazienti poca fiducia ... troverà rifiuto da parte di alcuni pazienti che gli preferiranno infermieri che hanno visto fin dall'inizio ... " (R44).

"Luca è un giovane paziente di tredici anni ricoverato presso l'U.O. di oncoematologia. E' ricoverato da sei mesi ... sono davanti alla sua porta e percepisco un disorientamento, tanti pensieri che, come una pentola dove l'acqua inizia a bollire, affiorano ed il più significativo di tutti è se mai riuscirò ad abituarli all'idea che una piccola vita possa essere ricoverata, starci tanto tempo e magari non uscire più ... " (R8).

L'ultima sotto-dimensione ravvisata come potenzialmente ostacolante la relazione di cura è rappresentata dal tempo. Nello specifico, i futuri infermieri temono di non riuscire a gestire il tempo a loro disposizione per creare, alimentare e gestire il rapporto di cura con il paziente:

"Suona il campanello della stanza numero tre e mi precipito dal paziente ... mi avvicino a lui, ma subito non capisco perché ha suonato. Il paziente è anziano e ha perso l'uso della parola a causa di una neoplasia cerebrale. Lui gesticola e dopo un po' io capisco che ha bisogno di andare in bagno ... mi chiedo se ho il tempo per aiutarlo ad alzarsi, accompagnarli in ba-

gno e riportarlo a letto o se forse non faccio prima a porgergli la padella o il pappagallo." (R69).

"L'infermiere del reparto di pediatria entra in stanza e trova un bambino con la mamma. Si ferma a parlare con loro, domandando come è andata la notte. Questo approccio lo riserva a tutti i suoi piccoli pazienti, ma quando arriva all'ultimo realizza di aver perso un sacco di tempo e comincia la somministrazione della terapia con un'ora di ritardo. Il collega in turno con lui lo scopre e lo richiama all'attenzione di questi dettagli con un fare un po' aggressivo" (R11).

DISCUSSIONE

Lo scopo di questo studio era di indagare le aspettative, le credenze ed i vissuti emotivo-affettivi rispetto al tema del prendersi cura degli studenti dell'ultimo anno di infermieristica, prossimi alla professione, attraverso l'utilizzo di una vignette che potesse elicitarne l'emersione di tali componenti. Dall'analisi dei racconti prodotti si evince che lo studente, prossimo ad affrontare la professione infermieristica, sia consapevole di come la relazione con il paziente, specialmente all'inizio della carriera professionale, possa mobilitare emozioni e vissuti intensi e complessi. In particolare, il nostro lavoro sottolinea come il futuro infermiere percepisca che la professione che ha scelto implichi un profondo "lavoro emozionale" (Hochschild, 1983), che implichi la gestione di affetti e sentimenti non sempre in linea con quelli prescritti dal ruolo professionale (Zapf, 2002).

Come in altre ricerche precedenti (Ko Sun et al., 2015), anche il nostro studio conferma che gli studenti intuiscono che l'assistenza infermieristica sia inscindibilmente legata al prendersi cura del paziente, in modo olistico ed integrato (Enzam Hines & Gaughan, 2017).

Inoltre, come già sottolineato altrove (Allan et al., 2016), gli studenti interpellati paiono cogliere la dimensione contestuale del caring, descrivendo come l'ambiente fisico e relazionale (colleghi, pazienti e familiari, équipe multidisciplinare) possa risultare una risorsa o un ostacolo per le azioni di cura.

In più, la nostra ricerca confermando osservazioni precedenti (Allan et al., 2016), sottolinea come gli

studenti siano consapevoli della criticità della gestione del tempo, cogliendo così la complessità organizzativa della professione. In particolare si evince come i futuri infermieri percepiscano come particolarmente difficile la conciliazione tra i tempi richiesti dal prendersi cura del paziente, con le tempistiche dettate dalle prassi e dai protocolli organizzativi.

Si può ipotizzare che le esperienze didattiche teorico-pratiche abbiano contribuito a formare, plasmare ed arricchire le rappresentazioni degli studenti prossimi alla professione, rendendole coerenti con il contesto in cui essi andranno ad operare.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

I risultati del nostro lavoro paiono avere delle implicazioni per la pratica. Esse vengono raccolte di seguito:

– La nostra ricerca sottolinea l'importanza di sostenere ed implementare quei progetti formativi che formano e sviluppano un approccio globale e competente alla relazione di cura nell'ambito del nursing. Numerose esperienze didattiche sottolineano la validità di quei percorsi teorici che propongono itinerari di approfondimento dei principi del caring attraverso lezioni attive, (testimonianze, filmati, laboratori) e di percorsi di tirocinio nella pratica clinica che possano prevedere la guida e la supervisione di professionisti adeguatamente formati. Infatti, si evince che i contesti offerti agli studenti per le esperienze di tirocinio professionale, si configurano come ambienti di apprendimento elettivo per formare e sviluppare un approccio globale e competente al caring infermieristico (Ko Sun et al., 2015).

– La relazione di cura viene percepita dagli studenti come emotivamente intensa. La formazione dovrebbe aiutare ad implementare quelle competenze emotivo-relazionali utili a salvaguardare e preservare da un coinvolgimento affettivo debordante. Andrebbero dunque implementate tecniche come il role playing o altri metodi didattici che prevedano la simulazione di situazioni (Stunden et al., 2015). In più, come dimostrano alcune ricerche, potrebbero essere avviati programmi di discussioni di gruppo tra pari (Yamashita, 2012). Essi offrono

la possibilità di condividere sensazioni e sentimenti, in un ambiente percepito come non giudicante e non valutativo.

– Il nostro lavoro sottolinea che gli studenti percepiscano il contesto organizzativo e la dimensione dell'équipe multidisciplinare come fattori potenzialmente ostacolanti la relazione di cura. Questa tendenza è spiegabile alla luce di una concezione della cura come prevalentemente individualistica, specialmente per il futuro infermiere, probabilmente influenzato da rappresentazioni sociali ed aspettative personali. Una proposta utile potrebbe essere quella di valorizzare la socializzazione anticipatoria (Tomietto et al., 2014). Nel corso della formazione infermieristica, infatti, avviene un'importante pre-conoscenza del proprio ruolo e delle organizzazioni in cui esso si esprime, che risulta fondamentale per la successiva comprensione dei processi di socializzazione organizzativa nell'infermiere neo-assunto (Bonetti, Destrebecq & Nocchi, 2008).

LIMITI DELLO STUDIO

La ricerca presenta numerosi limiti ed è da considerarsi un punto di partenza per strutturare indagini più mirate. Lo scopo, infatti, di questo lavoro non è quello di verificare ipotesi, bensì di indagare qualitativamente le rappresentazioni, i vissuti e le aspettative degli studenti, futuri infermieri neofiti, rispetto alla relazione con il paziente di cui saranno chiamati a prendersi cura. Lo studio, inoltre, permette di trarre delle considerazioni locali, avendo considerato soggetti provenienti prevalentemente da una regione del Nord Italia. Un ulteriore limite dello studio è insito nella scelta dello strumento utilizzato. Se da una parte, infatti, l'amministrazione di una vignetta presenta degli importanti vantaggi (emersione di contenuti ideativi ed emotivi meno condizionata da *bias* di desiderabilità sociale, maggiore libertà espressiva rispetto ad altri metodi più strutturati, minimizzazione di processi difensivi...), è indubbio che essa presenti anche delle criticità. Ad esempio la rilevanza pratica della *vignette* potrebbe essere limitata a causa del *gap* esistente tra la situazione rappresentata e la realtà (Burns & Rapee, 2006). Pare, quindi, opportuno problema-

tizzare questa distanza per avvertire che i risultati di una ricerca condotta con *vignette* possono non indicare con sufficiente accuratezza come i rispondenti agiranno in situazioni reali, quindi la loro rilevanza pratica potrebbe essere non sufficientemente precisa (Burns & Rapee, 2006). In altri termini: ciò che le persone dichiarano di credere e di fare in una certa situazione non corrisponde sempre e necessariamente a come si comporterebbero.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander C.S., Becker H.J. The use of vignette in survey research, *Public Opinion Quarterly*, 1978, 42(1): 93-104.
- Allan, H., Traynor, M., Kelly, D., Smith, P. *Understanding sociology in Nursing*. 2016. Sage, London.
- Atzmüller, C., Steiner, P.M., Experimental vignette studies in survey research methodology. *European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 2010, 6 :128-138,
- Barter C., Renold. E. I wanna tell you a story': Exploring the application of vignettes in qualitative research with children and young people, *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 200, 3(4): 307–324.
- Bonetti, L., Destrebecq, A., Nucchi, M. Relazione tra mentore e neofita: indagine fenomenologica sulla socializzazione del novizio infermiere in area critica. *Professione Infermiere*, 2008, 61(3): 149-157.
- Burns J.R., Rapee R.M. Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 2006, 29(2): 225–239.
- Chow, G., Kalischuck, R. Self care for caring practice: student nurses' perspectives. *International Journal of Nursing Caring*, 2008, 12(3): 31-37
- Finch J. The vignette technique in survey research. *Sociology*, 1987, 21: 105-11
- Enzam Hines, M., Gaughan, J. Advanced Holistic Nursing Practice Narratives: A View of Caring Praxis. *Journal of Holist Nursing*. 2017 Jul 1: 38-59
- Hochschild, A. R. *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press, 1983: 42-60
- Hughes R., Huby M. The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social Work and Social Sciences Review*, 2004, 11(1): 36–51
- Hughes, R. Considering the Vignette Technique and its Application to a Study of Drug Injecting and HIV Risk and Safer behavior. *Sociology of Health and Illness*, 1998, 20 (3), 381- 400.
- Kim, J. Scenarios in information seeking and information retrieval research: A methodological application and discussion. *Library & Information Science Research*, 2012, 34 (2012): 300-307
- Ko Sun, F., Long, A., Tseng, Y., Huang, H., You, H., Chiang, C. Undergraduate nurses lived experiences of anxiety during their first clinical practicum: a phenomenological study. *Nurse Education Today*, 2015, 37, 21-26.
- Lonardi, C. La tecnica delle *vignette*: un'opportunità per la *crosscultural comparability*. *Ricerca e sociologia della salute tra presente e futuro*. Bianchedi, R., Nievo, V., Tognetti Bordogna, M. (a cura di). Milano: Franco Angeli, 2011, 287-311.
- Mortari, L., Saiani, L. *Gesti e pensieri di cura*. Milano: McGrawHill, 2013: 50-72.
- Mackintosh, C. Caring: The socialisation of pre-registration student nurses: A longitudinal qualitative descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 2006, 43(8): 953-962.
- Murphy, J., Quillinan, B., Carolan, M. Role of clinical nurse leadership in improving patient care. *Nursing Management*, 2009, 16 (8): 26-28.
- Paterson, B., Crawford, M. Caring in nursing education: an analysis. *J Adv Nurs*. 1994, 19(1):164-73.
- Pellegrini, W. *Le radici del futuro. Human Caring: passaggio attraverso il cuore. Il senso della scienza infermieristica*. Villanova Mondovì (CN): Edizioni Medico Scientifiche, 2010.
- Rudman, A., Gustavsson, J.P. Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 2012, 49(8), 988-1001.
- Schoenberg, N., Ravdal, H. Using vignettes in awareness and attitudinal research. *International Journal of Social Research Methodology*, 2000, 3, 1, 63-74(12)
- Smith, C. Invited review of the book *Nurses taking the lead: Personal qualities of effective leadership*. *Nursing Leadership Forum*, 2001, 6(2): 56.
- Stark, M., Manning Walsh, D., Vliem, S. Caring for self while learning to care for others: a challenge for nursing students. *The Journal of Nursing Education*, 2005, 44(6): 266-270.
- Swanson, K.M. The effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being in the first year subsequent to loss. *Nursing Research*, 1999, 48(6): 288-298.
- Teddie, C., Fen, Y. Mixed Methods Sampling. A Typology With Examples. *Journal of Mixed Methods Research*, 2007, 1: 77-100.
- Tomietto, M., Rappagliosi, C.M., Sartori, R., Battistelli, A. Newcomer nurses' organisational socialisation and

- turnover intention during the first 2 years of employment. *Journal of Nursing Management*, 2014, 4(6): 220-231.
- Yamashita, K., Miwa, S., Takao, T. Stress and coping strategies in Japanese nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, 2012, 18, 489-496.
- Wainwright, P., Gallagher, A., Tompsett, H., Atkins, C. The use of vignettes within a Delphi exercise: a useful approach in empirical ethics? *Journal of Medical Ethics*, 2010; 36 641-641.
- Wallander, L. 25 years of factorial surveys in sociology: A review. *Social Science Research*, 2009, 38: 505-520.
- Wallander, L. Measuring social workers' judgments: Why and how to use the factorial survey approach in the study of professional judgments. *Journal of Social Work*, 2012, 12: 364-384,
- Wolf, Z. The caring concept and nurse identified caring behaviors. *Topics in clinical nursing*, 1986, 8(2): 84-93.
- Zapf, D. Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 2002, 12: 237-268.



Allegato I