

# STUDENTI INFERMIERI E DEONTOLOGIA

## *Una ricerca qualitativa*

“In che modo gli studenti del terzo anno di corso di laurea in infermieristica descrivono le modalità con cui hanno appreso i principi etici e deontologici della professione?”



Gruppo di lavoro:

Daniela Mosci, Valeria Vannini, Stefania Bandini, Viviana Cormons, Patrizia Fabbri, Catia Biavati, Barbara Bergami, Eleonora Conti, Agnese Fabbri, Loredana Gaccione, Barbara Loli, Daniela Bendanti, Celeste La Riccia, Alessia Di Cecco, Luana Gattafoni, Ada Simmini, Rosaeugenia Pesci, Danilo Cenerelli, Cristiana Forni, Maria Grazia Bedetti

# La ricerca qualitativa nel nursing. L'avvio di un percorso di ricerca

L'erogazione di interventi infermieristici di comprovata efficacia, ossia di una assistenza basata sulle evidenze è un presupposto ormai assodato, anche alla luce di quanto disposto dall'articolo 11 del codice deontologico del 2009.

I modelli che descrivono le modalità con cui, a fronte di specifici quesiti, debba essere consultata la letteratura biomedica, generalmente descrivono tra le fonti consultabili studi di carattere quantitativo. Questi sono studi che misurano e quantificano i fenomeni, come i benefici derivanti da un intervento di prevenzione o di trattamento, piuttosto che la pericolosità di fattori di rischio o la capacità di fattore prognostico di cambiare la storia di una patologia.

Pur essendo una fonte fondamentale di conoscenze per la professione infermieristica, la ricerca quantitativa manca completamente di cogliere le esperienze ed i significati che le persone che sperimentano la malattia o le condizioni di interesse infermieristico, vivono e sperimentano. Mancano cioè della possibilità di cogliere altri punti di vista e informazioni, che pure sono estremamente importanti, per realizzare una assistenza infermieristica finalizzata ad ottimizzare gli esiti degli assistiti e a valutare la complessità del caring infermieristico.

E' questo l'enorme e fondamentale contributo che la ricerca qualitativa riesce ad assicurare all'assistenza infermieristica, fornendo una prospettiva ricca all'interno dei comportamenti umani (Guba & Lincoln 1988) e focalizzandosi sulle testimonianze dei soggetti, che possono cogliere aspetti importanti della esperienza umana, piuttosto che sulle misurazioni dei parametri biologici (Lipscomb 2012).

Solo uno studio qualitativo potrà dirci cosa significa per una persona affetta da una patologia cronica fronteggiare la propria condizione e quale sia il ruolo che in questa esperienza riveste l'infermiere di riferimento (Fox & Chesla, 2008). Allo stesso modo nessuno studio epidemiologico potrà fornirci il punto di vista di un paziente che viene isolato e assistito utilizzando le precauzioni per contatto, dopo l'insorgenza di una

infezione correlata all'assistenza, sostenuta da un microrganismo multifarmaco resistente e come sia cambiata la vita dopo quel riscontro (Skyman et al, 2010). Nessuno studio di coorte ci potrà informare, oltre a dimostrare quale sia l'incidenza delle cadute accidentali dei pazienti anziani, e quali sono le caratteristiche di

coloro che cadono con maggiore frequenza, di quali siano i sentimenti generati da una caduta in un anziano e nella sua famiglia (Faes et al, 2010), e di cosa significhi vivere nella consapevolezza del rischio di cadere (Berlin Haltrup et al, 2009). Conoscere questa prospettiva da parte di chi l'ha vissuta ci può fare comprendere ad esempio perché i pazienti, ri-

coverati in ospedale, che ricevono indicazioni specifiche rispetto alla necessità di chiamare per andare in bagno, invece si avventurano da soli, correndo pericoli e talvolta cadendo.

La ricerca qualitativa può fornire importanti informazioni non solo agli infermieri impegnati nella attività clinica, ma anche a coloro che svolgono ruoli di coordinamento e direzione, come lo studio di Stayt (2008) che ha indagato quali siano le difficoltà vissute dagli infermieri di terapia intensiva nel supportare i caregiver dei pazienti morenti, piuttosto lo studio che ha indagato come realizzare strategie per integrare maggiormente all'interno delle equipe assistenziali infermieri che svolgono solo turni notturni (Powel 2013). Allo stesso modo la ricerca qualitativa fornisce importanti spunti anche a coloro che svolgono attività formative, come nel caso dello studio di Foley et al (2012), in cui i ricercatori hanno affrontato il tema del tutoraggio a studenti infermieri che appartengono ad una generazione diversa rispetto ai loro tutor.

Proprio alla luce delle potenzialità offerte dalla ricerca infermieristica, rispetto alla crescita dei saperi disciplinari, che è stato deciso nel corso del mandato 2012-2014 del Consiglio direttivo del Collegio IPASVI di Bologna, di realizzare uno studio qualitativo.

Il tema scelto è stato l'ambito formativo ed il quesito specifico dello studio era comprendere come gli studenti infermieri apprendono ed interiorizzano i valori

***La ricerca qualitativa  
può fornire importanti  
informazioni anche a  
coloro che svolgono  
ruoli di coordinamento  
e direzione***

**Tabella 1- Risultati parziali dello studio**

CATEGORIE	ETICHETTE
<b>Motivazione</b>	Tra le motivazioni date dagli studenti nella scelta del corso di studi sono stati citati: <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'aspetto pratico della professione</li> <li>• l'aspetto umano e i rapporti con gli altri</li> <li>• l'esperienza diretta</li> <li>• il poter essere d'aiuto</li> <li>• l'autorealizzazione e le opportunità lavorative</li> <li>• le materie di studio</li> </ul>
<b>Aspettative</b>	Dalle interviste fatte sono emersi due tipi di aspettative che gli studenti hanno <ul style="list-style-type: none"> <li>• rispetto alla professione: <ul style="list-style-type: none"> <li>- di essere d'aiuto</li> <li>- di crescita professionale ma anche personale</li> <li>- di rispettare e concretizzare il codice deontologico</li> <li>- di poter scegliere l'ambito lavorativo</li> </ul> </li> <li>• rispetto al corso di laurea: <ul style="list-style-type: none"> <li>- minori contenuti teorici, rispetto a quelli presenti</li> <li>- impegno per lo studio e per il tirocinio, superiori alle aspettative</li> <li>- attività pratiche</li> </ul> </li> </ul>
<b>Contesti di apprendimento</b>	Gli studenti hanno riferito di aver appreso i valori della professione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• in modo innato</li> <li>• a scuola dalle prime esperienze scolastiche sino al corso di laurea</li> <li>• in famiglia</li> <li>• dagli amici o dal proprio vissuto personale</li> <li>• dai contesti di tirocinio</li> </ul>
<b>Elementi favorevoli l'apprendimento dei valori</b>	Tutor Infermieri e Docenti sono le figure che gli studenti hanno individuato come fondamentali nell'apprendimento dei valori attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• i laboratori relazionali</li> <li>• la disponibilità e il buon esempio che viene dato loro durante il tirocinio</li> <li>• l'apprendimento che scaturisce dai propri errori e durante l'osservazione</li> <li>• turni coincidenti con quelli del tutor o infermiere di riferimento</li> </ul>
<b>Elementi ostacolanti l'apprendimento dei valori</b>	Sono stati descritti come ostacolo all'apprendimento dei valori : <ul style="list-style-type: none"> <li>• il cattivo esempio dato da Tutor e/o Infermieri incontrati durante le esperienze di tirocinio</li> <li>• la carenza della funzione tutoriale</li> <li>• l'efficientismo così come il tecnicismo nelle attività infermieristiche</li> <li>• il sentirsi valutati e l'eccesso di disciplina</li> <li>• un ambiente che non si conosce</li> </ul>
<b>Fattori favorevoli la messa in pratica dei valori</b>	Sono stati individuati dagli studenti come fattori che aiutano ad applicare i valori nella pratica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la funzione tutoriale come sostegno, aiuto, protezione</li> <li>• un clima che trasmetta fiducia</li> <li>• l'autonomia e l'acquisizione delle competenze</li> </ul>
<b>Fattori ostacolanti la messa in pratica dei valori</b>	Sono stati indicati come ostacoli per agire i valori della professione infermieristica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la carenza della funzione tutoriale</li> <li>• la mancanza informazioni relative ai setting assistenziali, ma anche l'inesperienza.</li> <li>• ambiti clinici particolari come igiene mentale, rianimazione o sala operatoria e peculiarità caratteriali di alcuni pazienti.</li> </ul>
<b>Strategie per mettere in pratica i valori</b>	Per riuscire a porre in essere i valori appresi e migliorare il rapporto con i pazienti e loro caregiver gli studenti hanno raccontato di aver avuto vantaggi da: <ul style="list-style-type: none"> <li>• il dialogo con i famigliari</li> <li>• i setting assistenziali facilitanti</li> <li>• l'essere stimolati dai professionisti e dai docenti anche attraverso il dialogo e facendosi consigliare</li> <li>• il confronto con i membri dell'equipe assistenziale ed il senso di appartenenza alla stessa</li> <li>• l'essere autentici, ma anche dire piccole bugie.</li> </ul>
<b>Valori</b>	La categoria valori è quella che ha ricevuto maggiori contributi, raccogliendo sia i valori propri della professione, che quelli che ne esprimono l'identità deontologica come: competenza e responsabilità, imparzialità, i valori che si manifestano nella relazione di aiuto come l'ascolto, il rispetto, la pazienza o la disponibilità e l'aiuto
<b>Disvalori</b>	In contrapposizione ai valori gli studenti hanno anche visto agire e descritto come negativi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la mancanza di caring e/o di rispetto per il paziente</li> <li>• aggressività verso pazienti ma anche nei confronti di colleghi e studenti</li> <li>• superficialità, pregiudizi, indifferenza</li> <li>• pratiche scorrette che mettono a rischio il paziente</li> <li>• ostilità laterali e espressioni di malessere</li> </ul>
<b>Valori in pratica</b>	Gli studenti hanno descritto i momenti in cui hanno visto applicati i valori nelle attività infermieristica attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'empatia, l'umanità e l'advocacy,</li> <li>• la relazione con il paziente e i suoi caregiver, comprendendone i bisogni e dando sostegno, anche emotivo</li> <li>• la competenza tecnico professionale</li> </ul>



della professione infermieristica durante il percorso di studio.

Durante il precedente triennio, il gruppo di ricerca ha steso il protocollo (che si riporta in allegato) e dato avvio alle interviste, dalla cui sbobinatura ed analisi sono scaturiti i primi risultati che sono stati presentati durante il seminario del 29 novembre 2014 (tabella 1).

Dall'analisi dei dati, è emerso chiaramente che lo studio non possa ritenersi completato, in quanto non è ancora stata raggiunta la saturazione dei dati, condizione che si realizza quando ogni nuova intervista riprende temi già trattati e che indica che il campionamento può dirsi concluso.

Dopo le elezioni del nuovo Consiglio Direttivo, il gruppo è stato riconvocato e sono ripresi i lavori, con l'obiettivo di terminare il lavoro entro il primo semestre dell'anno.

## BIBLIOGRAFIA

Berlin Hallrup L, Albertsson D, Bengtsson Tops A, Dahlberg K, Grahn B. (2009) Elderly women's experiences of living with fall risk in a fragile body: a reflective lifeworld approach. *Health Soc Care Community*. Jul;17(4):379-87.

Faes MC, Reelick MF, Joosten-Weyn Banningh LW, Gier Md, Esselink RA, Olde Rikkert MG (2010). Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers: foundations for an intervention to prevent falls. *Aging Ment Health*. Sep;14(7):834-42.

Fox S, Chesla C (2008) Living with chronic illness: A phenomenological study of the health effects of the patient-provider relationship. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20 (2008) 109-117

Guba E.G. & Lincoln Y.S. (1998) Competing paradigms in qualitative research. In: *The Landscape of Qualitative Research: Theories and Issues* (eds Q. Research, N.K. Denzin & Y.S. Lincoln), pp. 195-220. Sage, London.

Lipscomb M. (2012) Questioning the use value of qualitative research findings. *Nursing Philosophy*, 13, pp. 112-125.

Skyman E, Sjöström HT, Hellström L. (2010) Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scand J Caring Sci*. Mar;24(1):101-7.

Stayt LC. (2009) Death, empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *J Clin Nurs*. May;18(9):1267-75.

Powell I. (2013) Can you see me? Experiences of nurses working night shift in Australian regional hospitals: a qualitative case study. *Journal of Advanced Nursing* 69(10), 2172-2184.

Foley VC, Myrick F, Yonge O. A phenomenological perspective on preceptorship in the intergenerational context. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2012 Jun 3;9.

## Protocollo di ricerca

Gli studenti infermieri e i principi etici e deontologici professionali: uno studio qualitativo.

### QUESITO DI RICERCA

“In che modo gli studenti del terzo anno di corso di laurea in infermieristica descrivono le modalità con cui hanno appreso i principi etici e deontologici della professione?”

### BACKGROUND & RAZIONALE DELLO STUDIO (REVISIONE DELLA LETTERATURA)

Le norme che disciplinano il campo di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie stabiliscono che esso è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di formazione nonché degli specifici Codici Deontologici, avvalorando così un'interpretazione della pratica assistenziale non soltanto come prassi fondata su un insieme di conoscenze tecnico-scientifiche, ma anche come insieme di regole comportamentali di ispirazione etica e sociale.

Il Codice Deontologico è il documento, emanato dall'organo di rappresentanza professionale, in cui sono riportate le regole di condotta e di indirizzo etico a cui il singolo professionista è chiamato a conformare i propri comportamenti perché condivise dalla comunità professionale a cui appartiene e dalla comunità sociale in cui si trova ad operare.

Compito precipuo dell'infermiere è “prendersi cura” della persona in difficoltà con professionalità ed empatia. Per poter operare in modo professionalmente efficace, è indispensabile agire queste attitudini che possono essere “innate”, ma anche sviluppate durante il corso di studi. Chi si accinge alla professione non deve solo conoscere i principi deontologici ma anche, saperli applicare

L'acquisizione e l'approfondimento dei modelli etico/professionali è un elemento imprescindibile nella formazione dell'infermiere.

Il Decreto 2 aprile 2001 *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie*, prevede che il raggiungimento delle competenze professionali, si attui *attraverso una formazione teorica e pratica che includa anche l'acquisizione di competenze comportamentali e che venga conseguita nel contesto lavorativo specifico*.

In tal senso è in particolare durante il tirocinio che, attraverso i modelli professionali che nelle diverse funzioni lo studente incontra, si sostanzia la trasmissione delle norme etiche e deontologiche che la comunità professionale ha fatto proprie mettendole in pratica. È importante considerare che nella formazione infermieristica di base, tutti i modelli professionali che nelle diverse funzioni lo studente incontra, possono influenzare in maniera importante l'acquisizione di



una coscienza etico/deontologica e sostenere e stimolare gli studenti nel percorso formativo accompagnandoli nella riflessione e nell'analisi delle questioni deontologiche incontrate e vissute, per incoraggiarli a proporre soluzioni ed esprimere dubbi e guidarli nella comprensione del processo decisionale etico.

Diverse sono le teorie che hanno affrontato la tematica dello sviluppo del senso morale. La concezione moderna dell'apprendimento si basa sulle premesse del costruttivismo, un paradigma fondato da Piaget che si occupa della natura della conoscenza nonché dell'apprendimento (Auvinen, 2004). Tale costrutto è stato applicato nella teorizzazione dello sviluppo del giudizio morale da Kohlberg (1981). Questa teoria prevede che le persone possano sviluppare il proprio giudizio morale attraversando 6 fasi, divise in 3 livelli: pre-convenzionale (fase 1 e 2), convenzionale (fase 3 e 4) e post-convenzionale (fase 5 e 6). Kohlberg (1981, 1984) ipotizza che quando gli individui compiono questo processo si muovono sequenzialmente tra le fasi. Non tutti gli individui arrivano alle fasi post convenzionali in cui essi cercano di sviluppare principi che sono universali e che rimangono costanti tra le culture. Kohlberg (1981) sostiene che uno dei motivi per cui un individuo tiene un comportamento non etico è l'incapacità di sviluppare moralità, non mettendo in discussione il proprio ragionamento etico. Se la modalità di ragionamento degli studenti di infermieristica non viene messa in dubbio da persone

che hanno raggiunto un livello più elevato di ragionamento morale (es. docenti, tutor), essi non si mettono in discussione e non passano alla fase successiva di ragionamento. Lo sviluppo del giudizio morale può essere quindi incoraggiato attraverso la formazione (Schlaefli et al, 1985; Duckett e Ryden, 1944).

Una posizione diversa è stata assunta da Gilligan (1982), che afferma nella sua teoria che il comportamento non etico in ambito clinico è direttamente collegato al conflitto interno degli studenti tra l'assistenza e l'integrità personale, la compassione e l'autonomia personale: secondo questa autrice, si può ipotizzare che la frustrazione di assistere gli altri mentre vengono ignorati i propri bisogni individuali, possa determinare un comportamento non etico da parte degli studenti. La stessa tesi è sostenuta da Boughn e Lentini (1997), che hanno affermato che "prendersi cura degli altri in un clima di scarso o nessun interesse per la propria condizione si traduce alla fine in esaurimento e frustrazione". Gilligan (1982) ha osservato anche che l'etica nell'assistenza si sviluppa solo quando gli individui cominciano a comprendere che le relazioni umane e le interazioni sociali sono fondamentali e determinanti in ogni situazione e che gli individui con cui interagiscono sono tra loro interdipendenti. Quanto detto implica che gli studenti di infermieristica si comportano in maniera non eticamente corretta perché non comprendono che la loro esperienza si colloca all'interno di relazioni e in un contesto sociale. Rest (1986, 1994) ha integrato la teoria di Kohlberg

(1981) con quella di Gilligan (1982) affermando che l'abilità cognitiva degli individui e l'affettività influenzano la loro moralità. Lo studente deve avere un certo livello di conoscenza nell'affrontare un dilemma, per interpretarlo, per definire ciò che è moralmente giusto e per assegnare le priorità ai propri valori morali e poi agire. Il motivo per cui un individuo assume un comportamento non etico, secondo Rest, è la mancanza di capacità di conoscere la situazione.

Lo stesso autore ha sviluppato un test che misura la capacità di comprensione e le attitudini che si riferiscono alle diverse fasi dello sviluppo morale di Kohlberg. Questo strumento, il *Defining Issues Test* (DIT), è il più frequentemente usato negli studi sulla formazione morale (Rest e Narvaz, 1994).

Altri ricercatori, applicando la teoria di Kohlberg (Mustapha e Seybert, 1989; Duckett e Ryden, 1994; Krawczyk, 1997; Duckett et al, 1997; Siverg, 1998) hanno studiato (valutato, cercato di comprendere) come la formazione infermieristica contribuisca allo sviluppo del giudizio morale degli studenti. Mustapha e Seybert (1989) hanno analizzato il livello di ragionamento morale in tre gruppi di studenti, due dei quali impegnati in materie umanistiche ed uno in infermieristica. Il primo gruppo seguiva un piano di studi che enfatizzava la capacità decisionale, mentre il secondo gruppo e gli studenti di infermieristica seguivano un programma di studi tradizionale. Il livello più elevato di giudizio morale è stato osservato nel primo gruppo, a dimostrazione che una formazione che promuove le capacità decisionali contribuisce ad un maggiore livello di sviluppo morale. Duckett e Ryden (1994) hanno confrontato il livello di giudizio morale degli studenti che avevano seguito programmi di etica diversi. Ogni gruppo raggiungeva punteggi più alti alla fine del percorso formativo, per cui i ricercatori hanno concluso che lo sviluppo del giudizio morale non può essere attribuito a un particolare programma di studi, ma alla formazione in sé. Questa suggestione è stata confermata da un successivo lavoro di Duckett e colleghi (1997) che hanno condotto uno studio longitudinale sullo sviluppo del giudizio morale durante la formazione infermieristica, arrivando ad affermare che il livello di giudizio morale è significativamente superiore alla fine della formazione piuttosto che all'inizio.

Krawczyk (1997), invece, ha valutato l'influenza dei programmi di etica sul giudizio morale degli studenti di infermieristica. I risultati hanno dimostrato che è più utile insegnare l'etica come una disciplina a sé stante piuttosto che all'interno di altre discipline o secondo la volontà degli studenti. Auvinen (2004) ha esaminato, attraverso il DIT, gli effetti dell'insegnamento dell'etica sullo sviluppo del giudizio morale tra gli studenti di Infermieristica del primo anno e dell'ultimo anno in Finlandia. I suoi risultati hanno dimostrato che gli studenti che avevano affrontato problemi

etici durante il tirocinio avevano un giudizio morale più elevato rispetto agli altri e gli studenti dell'ultimo anno avevano un giudizio morale superiore rispetto agli studenti del primo anno. Le differenze rilevate erano statisticamente significative. Una critica mossa rispetto ai risultati conseguiti da questi studi riguarda il fatto che la valutazione del giudizio morale fornisce informazioni sulla costruzione del pensiero all'interno di un processo decisionale etico, ma non permette di acquisire nessuna conoscenza circa il modo in cui lo studente agisce.

La formazione e la prassi promuovono l'etica, che è parte essenziale del piano di studi infermieristico universitario in molti paesi (Leino-Kilpi, 2001). Hamric (2001) ha dichiarato la necessità di "superare la retorica sull'importanza della formazione etica verso provvedimenti concreti per includere questa dimensione cruciale nelle prassi cliniche dei nostri studenti". Doane (2002) sostiene che "l'etica è vissuta e praticata in ogni momento dell'attività infermieristica ed è quindi uno degli aspetti più importanti della formazione infermieristica". La formazione etica deve quindi essere incorporata nelle attività quotidiane degli infermieri, con particolare attenzione al loro sviluppo dal punto di vista morale all'interno delle influenze contestuali e relazionali che li formano (Doane, 2004). I risultati della maggior parte degli studi suggeriscono che gli studenti, così come gli infermieri, trovano difficoltà nell'esprimere la dimensione etica nelle loro pratiche assistenziali (Dierckx de Casterlè, 1997). Ketejian (2001) in una meta analisi ha rilevato che esiste una relazione positiva, moderata e significativa tra la formazione e la prassi etica. Più elevato è il livello di istruzione, maggiore è la prassi etica. Non è del tutto chiaro, tuttavia, come i programmi didattici promuovano o influiscano sui processi coinvolti nella prassi etica. L'obiettivo della formazione etica è quello di formare un infermiere moralmente responsabile e qualificato per individuare e reagire ai problemi etici durante l'assistenza (Hamric, 2001). Hunink (2009) in uno studio quali-quantitativo ha valutato la capacità degli studenti infermieri di individuare gli aspetti morali durante l'assistenza infermieristica quotidiana. Gli studenti hanno scritto documenti che riflettevano le discussioni affrontate durante gli incontri con i tutor. I risultati indicano che raramente gli studenti (<13%) identificano gli aspetti etici problematici delle situazioni sperimentate durante il loro tirocinio. Si deve concludere quindi che gli studenti dovrebbero acquisire maggior competenza nell'esplicitare e riflettere sui problemi etici. Si rendono necessarie ulteriori ricerche sulla condotta morale degli studenti, al fine di stabilire se essi possiedono le competenze morali previste (Hunink, 2009), poiché lo sviluppo della sensibilità morale degli studenti è fondamentale. Gastmans, 2002, propone tre linee guida al riguardo. Il comportamento etico degli studenti è stato spesso affrontato



con disegni quantitativi: Numminen (2009), infatti, in uno studio trasversale ha cercato di rispondere a quesiti come ad esempio “quali sono gli aspetti del codice etico che gli studenti percepiscono siano stati insegnati e in che misura?” o “quale percezione hanno gli studenti della propria conoscenza del codice etico e della capacità di applicarlo nella pratica?”

Oltre agli studi di natura quantitativa, occorrono ricerche qualitative per aggiungere significato e profondità ai risultati ottenuti. In letteratura, pochi studi qualitativi hanno valutato l'esperienza degli studenti in ambito assistenziale (Gunby, 1996; Jones, 1997; Landeen, 1995; Araujo Sandala, 1999; Yong, 1996) e analizzato le percezioni che essi hanno dell'etica o dei problemi dello sviluppo morale (Yong, 1996; Kelly, 1998). Lemonidou e colleghi (2004) hanno esaminato lo sviluppo dei principi etici negli studenti greci durante la pratica clinica all'inizio dei loro studi. In particolare, hanno esplorato le esperienze di etica vissute dagli studenti, le loro percezioni e la comprensione dei conflitti etici, attraverso l'analisi fenomenologica di quanto avevano riferito nei diari tenuti durante la sperimentazione. Lo sviluppo della coscienza morale degli studenti è stato concettualizzato attraverso una serie di temi, che comprendono l'identificarsi con il paziente e con gli infermieri, l'assumere una posizione morale, il diventare consapevoli dei propri valori e il mettere in evidenza una moralità professionale. I mezzi per migliorare l'empatia e insegnare agli studenti sono ancora poco chiari. Certamente, il compromesso morale, il distacco, la stanchezza e le emozioni negative sono stati identificati in studenti esposti a un'etica subottimale (Satterwhite, 2000; Bellini, 2002). Gli approcci per aumentare l'empatia negli studenti di medicina comprendono seguire i pazienti (Henry-Tilman, 2002) e permettere allo studente di fare un'esperienza come paziente ospedalizzato (Downie, 2002). Sebbene meno complesse, anche la narrazione e la riflessione potrebbero essere un modo per sviluppare empatia e moralità negli infermieri, come ipotizzato da Fairbairn (2002). L'impegno etico nell'assistenza al paziente impone una profonda integrità morale. Gli studenti devono sviluppare la consapevolezza morale allo scopo di prepararsi al loro futuro impegno assistenziale (Lemonidou et al, 2004).

In virtù di quanto detto precedentemente, al fine di comprendere come gli studenti di Infermieristica apprendono e mettono in pratica i principi etici della Professione si vuole condurre uno studio qualitativo, con descrizione interpretativa.

### **SCOPO**

Lo scopo di questo studio di descrizione interpretativa è quello di descrivere e comprendere le modalità attraverso le quali gli studenti del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica della sede formativa di Bologna 2 dell'Università degli Studi di Bologna, han-

no appreso ed agiscono i principi etici e deontologici della professione durante i tre anni di corso universitario.

I risultati di questa ricerca potrebbero consentire di comprendere eventuali criticità nella trasmissione di tali valori.

### **METODO**

#### **DISEGNO DI RICERCA**

Descrizione interpretativa: questa metodologia costituisce, nell'ambito della ricerca qualitativa, il tipo di studio più appropriato per fornire una descrizione “di base” di un fenomeno. Si prefigge di fornire un sommario completo di fatti o eventi, usando il linguaggio delle persone che vivono quei fatti o eventi. È il metodo migliore quando si vuole conoscere il “chi, cosa e dove di un evento”. Spesso i risultati di una descrizione interpretativa gettano le basi per ricerche successive, sia di tipo qualitativo che quantitativo.

**SETTING (la descrizione dettagliata del setting è un elemento fondamentale: sulla base di questi dati, coloro che leggeranno i risultati dello studio potranno valutare se questi possono o meno essere applicabili nel loro contesto)**

Il setting di questo studio è rappresentato da una delle sedi universitarie del Corso di Laurea in Infermieristica afferenti alla provincia di Bologna: Bologna2.

Il percorso universitario articolato in tre anni prevede, oltre alle lezioni teoriche, lo svolgimento di attività di tirocinio pratico per un totale di 1800 ore suddivise in 420 ore nel primo anno, 510 ore nel secondo anno e 870 ore nel terzo anno di corso.

Nel complesso il numero di studenti iscritti presso questa sede è di circa 370 individui (dati relativi all'anno accademico 2012/2013), con un tasso di abbandono medio pari all'8%.

Da un punto di vista del curriculum formativo, i contenuti etici vengono presentati durante i corsi di *Filosofia della disciplina infermieristica, Bioetica ed Etica e deontologia professionale* per un totale di 69 ore distribuite nei tre anni.

### **CAMPIONAMENTO**

La tipologia di campionamento che sarà adottata in questa ricerca prende il nome di snow ball sampling, campionamento a palla di neve. La logica di questo campionamento risiede nel voler reclutare i partecipanti che meglio possono descrivere il fenomeno oggetto di studio della ricerca. Questo è un approccio di campionamento utile ad individuare soggetti ricchi di informazioni o casi critici. Il processo comincia chiedendo ad una persona che sta vivendo l'esperienza in esame: “chi può dirci molto, rispetto a...”; “con chi dovrei parlare?”. Chiedendo di identificare diverse persone da intervistare, la palla di neve diventa sempre più grande, accumulando casi ricchi di informazioni. Du-

rante il processo di campionamento è possibile che più persone indichino gli stessi nomi: queste persone, riconosciute come valide da un numero di differenti informatori, assumono una speciale importanza (Patton 1990).

### **NUMEROSITA' CAMPIONARIA**

Data la natura omogenea del campione per intensità e la focalizzazione dello studio sulla descrizione, si stima di raggiungere la saturazione dei dati con un campione di circa 20-25 studenti. Questo fornirà l'opportunità di ascoltare le descrizioni di molteplici modalità di apprendimento ed interiorizzazione.

### **CRITERI D'INCLUSIONE**

- studenti capaci di capire e parlare italiano;
- studenti del terzo anno di corso (AA 2012-2013), in corso.

### **RECLUTAMENTO**

Al fine di identificare i partecipanti che soddisfino i criteri di inclusione, si provvederà a un campionamento a palla di neve. Una volta identificati gli studenti, questi verranno contattati telefonicamente, o via mail, dalle intervistatrici per chiedere loro la disponibilità a partecipare allo studio e, nel caso di risposta affermativa, per definire la data dell'incontro per lo svolgimento dell'intervista. Il primo soggetto a cui verrà chiesta la disponibilità sarà uno studente del terzo anno riconosciuto rappresentativo.

### **RACCOLTA DATI**

In questo studio i dati verranno raccolti attraverso delle interviste individuali semi-strutturate. Queste sono generalmente organizzate intorno ad una serie pre-determinata di domande a risposta aperta, con altre che emergono dal dialogo tra intervistatore e intervistato. Uno degli aspetti più importanti per il buon svolgimento di un'intervista in profondità è lo sviluppo di una relazione di fiducia e rispetto tra l'intervistato e il ricercatore.

Per questo studio, ogni studente sarà invitato a partecipare ad una sola intervista faccia a faccia. Ogni intervista durerà circa 60 minuti e sarà condotta presso il Collegio IPASVI di Bologna. Sarà inoltre richiesto il permesso di registrare l'intervista. Per facilitare lo svolgimento dell'intervista è stata elaborata una specifica Guida (Allegato 2).

### **ANALISI DEI DATI**

Raccolta e analisi dei dati avverrà contemporaneamente. Ogni intervista registrata sarà trascritta parola per parola con precisione. Data la natura esplorativa di questo studio, i dati saranno analizzati mediante l'analisi qualitativa dei contenuti. Inizialmente sarà svolto un processo di codificazione di primo livello, o di linea per linea, in cui alle frasi chiave saranno asse-

gnati uno o più codici appropriati. Seguirà un secondo livello di codifica per identificare sub-categorie e per stabilire le relazioni tra le categorie. Infine, i temi chiave saranno sviluppati attraverso un processo di interpretazione delle risposte dei partecipanti.

### **MEMBERS CHECKING**

Il member checking è un accorgimento metodologico che permette al ricercatore di verificare la correttezza delle interpretazioni effettuate dal ricercatore durante l'analisi dei dati, rispetto ad ogni intervista condotta. Il member checking può avvenire mediante un ulteriore incontro o contatto con l'intervistato. Nel nostro studio, la sintesi della codifica di secondo livello verrà inviata per mezzo email ad ogni intervistato, per verificare la correttezza dell'analisi effettuata. Qualora fossero emerse nuove domande, importanti al fine dello studio, durante le interviste successive, il member checking sarà l'occasione per offrire la possibilità di rispondere a questi ulteriori quesiti.

### **ASPETTI ETICI**

#### **CONSENSO DEI PARTECIPANTI E PRIVACY**

Tutti i partecipanti allo studio riceveranno un documento contenente le informazioni descrittive dello studio e un modulo di consenso (Allegato 5) da firmare e restituire; la riservatezza di ogni partecipante sarà mantenuta.

La partecipazione allo studio è volontaria e i partecipanti possono scegliere di ritirarsi dallo studio o interrompere l'intervista in qualsiasi momento. Non ci sono danni o vantaggi noti per i soggetti che partecipano a questo studio qualitativo descrittivo.





## BIBLIOGRAFIA

- Art. 1, Comma 1, Legge 10 agosto 2000 n. 251 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione
- Art.1, 1, D.M. 14 settembre 1994 n. 739 “..l’infermiere è l’operatore sanitario .. responsabile dell’assistenza generale infermieristica”
- Art. 3, Legge 29 ottobre 1954, Dpr 5 aprile 1950 n.221
- Art. 38 Dpr 5 aprile 1950 n.221
- Kennedy TJT, Lingard LA. Making sense of grounded theory in medical education. *Medical Education* 2006; 40: 101–108
- Patton M. *Qualitative evaluation and research methods*. Sage. Beverly Hills; 1990: pag.169-186
- Auvinen J, Suominen T, Leino-Kilpi H, Helkama K. The development of moral judgment during nursing education in Finland. *Nurse Educ Today*. 2004 Oct; 24(7):538-46.
- Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA*. 2002 Jun 19;287(23):3143-6.
- Boughn S, Lentini A. What women nursing students want & what nursing education owes them. *Nurs Health Care Perspect*. 1997 Nov-Dec;18(6):286-7.
- Dierckx de Casterlé B, Grypdonck M, Vuylsteke-Wauters M, Janssen PJ. Nursing students’ responses to ethical dilemmas in nursing practice. *Nurs Ethics*. 1997 Jan;4(1):12-28.
- Doane GH. In the spirit of creativity: the learning and teaching of ethics in nursing. *J Adv Nurs*. 2002 Sep;39(6):521-8.
- Doane GH, Pauly B, Brown H, McPherson G. Exploring the heart of ethical nursing practice: implications for ethics education. *Nurs Ethics*. 2004;11(3):240-53.
- Downie R. Towards more empathic medical students: a medical student hospitalization experience. *Med Educ*. 2002 Jun;36(6):504-5.
- Duckett L, Rowan M, Ryden M, Krichbaum K, Miller M, Wainwright H, Savik K. Progress in the moral reasoning of baccalaureate nursing students between program entry and exit. *Nurs Res*. 1997 Jul-Aug;46(4):222-9.
- Duckett L, Ryden M. (1994). *Education for Ethical Nursing Practice*. In Rest J R, Narvaez D., *Moral Development in the Professions*. Hillside, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fairbairn JG. Ethics, empathy and storytelling in professional development Learning in Health and Social Care 2002;1(1): 22–32.
- Gastmans C. A fundamental ethical approach to nursing: some proposals for ethics education. *Nurs Ethics*. 2002 Sep;9(5):494-507.
- Gilligan C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women’s Development*. London, UK. Harvard University Press.
- Gunby SS. The lived experience of nursing students in caring for suffering individuals. *Holist Nurs Pract*. 1996 Apr;10(3):63-73.
- Hamric AB. Ethics development for clinical faculty. *Nurs Outlook*. 2001 May-Jun;49(3):115-7.
- Henry-Tillman R, Deloney LA, Savidge M, Graham CJ, Klimberg VS. The medical student as patient navigator as an approach to teaching empathy. *Am J Surg*. 2002 Jun;183(6):659-62.
- Hunink G, Van Leeuwen R, Jansen M, Jochemsen H. Moral issues in mentoring sessions. *Nurs Ethics*. 2009 Jul;16(4):487-98.
- Jones MC, Johnston DW. Distress, stress and coping in first-year student nurses. *J Adv Nurs*. 1997 Sep;26(3):475-82.
- Kelly B. Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. *J Adv Nurs*. 1998 Nov;28(5):1134-45.
- Ketefian S. The relationship of education and moral reasoning to ethical practice: a meta-analysis of quantitative studies. *Sch Inq Nurs Pract*. 2001 Spring;15(1):3-18.
- Kohlberg L. (1981). *Essays on moral development: Vol 1. The philosophy of moral development: Moral stages and the idea of justice*. San Francisco: Harper & Row.
- Kohlberg L. (1984). *Essays on moral development: Vol 2. The philosophy of moral development*. San Francisco: Harper & Row.
- Krawczyk RM. Teaching ethics: effect on moral development. *Nurs Ethics*. 1997 Jan;4(1):57-65.
- Landein J, Byrne C, Brown B. Exploring the lived experiences of psychiatric nursing students through self-reflective journals. *J Adv Nurs*. 1995 May;21(5):878-85.
- Leino-Kilpi H. The need to research the teaching of ethics and the outcomes of such teaching. *Nurs Ethics*. 2001 Jul;8(4):297-8.
- Lemonidou C, Papathanassoglou E, Giannakopoulou M, Patiraki E, Papadatou D. Moral professional personhood: ethical reflections during initial clinical encounters in nursing education. *Nurs Ethics*. 2004 Mar;11(2):122-37.
- Mustapha SL, Seybert JA. Moral reasoning in college students: implications for nursing education. *J Nurs Educ*. 1989 Mar;28(3):107-11.
- Numminen OH, Leino-Kilpi H, Van der Arend A, Katajisto J. Nursing students and teaching of codes of ethics: an empirical research study. *nt Nurs Rev*. 2009 Dec;56(4):483-90.
- Rest JR. (1986). *Moral development: advances in research and theory*. New York: Praeger.
- Rest JR. (1994). Background: theory and research. In Rest JR & Narvaez D, *Moral Development in the professions*. (pp.1-26). Hillside, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rest JR, Narvaez D. (1994). *Moral Development in the professions*. Hillside, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sadala MLA. Taking care as a relationship: a phenomenological view. *J Adv Nurs*. 1999 Oct;30(4):808-17.
- Satterwhite RC, Satterwhite WM 3rd, Enarson C. An ethical paradox: the effect of unethical conduct on medical students’ values. *J Med Ethics*. 2000 Dec;26(6):462-5.
- Schlaefli A, Rest J, Thoma S. Does moral education improve moral judgment? A meta-analysis of intervention studies using the Defining Issues Test. *Review of Educational Research*.1985;55 (3)319-352.
- Sivberg B. Self-perception and value system as possible predictors of stress. *Nurs Ethics*. 1998 Mar;5(2):103-21.
- Yong V. ‘Doing clinical’: the lived experience of nursing students. *Contemp Nurse*. 1996 Jun;5(2):73-9.