



Maria Grazia De Marinis, Daniela Tartaglini, Maria Matarese, Michela Piredda, Paola Binetti

Modelli per la formazione clinica nel diploma universitario per infermiere

Nella formazione infermieristica il tirocinio costituisce l'elemento di saldatura tra il sapere speculativo e il sapere pratico e rappresenta l'elemento caratterizzante di tutto il processo formativo. Il tirocinio ha avuto sempre una valenza centrale nel curriculum infermieristico, perché permette la trasmissione di una cultura professionale legata ad una pratica in evoluzione. Si tratta di un percorso definito da obiettivi che integrano, arricchiscono, verificano gli apprendimenti teorici, ma è anche occasione di esperienze formative non necessariamente programmate, che scaturiscono dalla contingenza degli eventi assistenziali. Il tirocinio, inteso come momento in cui il sapere acquisito si traduce in un sapere esperienziale, è un problema aperto, comune a molte professioni. Prima tra tutte la stessa professione medica, il cui recente ordinamento mette in risalto, come elemento fortemente innovativo, proprio il tirocinio. Nel commento ai principi generali che fa la Guida all'applicazione dell'ordinamento, elaborata dalla Conferenza dei Presidenti di Consiglio di laurea, si dice espressamente che: "Il Tirocinio non può essere e non è un periodo in cui lo studente mette in pratica ciò che ha appreso in teoria, quanto piuttosto una fase di ulteriore maturazione professionale, e di acquisizione di un maggior grado di confidenza con la professione...". Il tirocinio permette sia di affrontare nuovi contenuti che di acquisire *clinical e communication skills* non altrimenti acquisibili. Il tirocinio quindi può considerarsi una forma di apprendimento che, in particolar modo, permette allo studente di:

- verificare da un punto di vista applicativo le conoscenze acquisite
 - anticipare nell'esperienza cose che approfondirà successivamente
 - integrare la conoscenza teorico-pratica
 - maturare capacità diagnostiche, attraverso la formulazione di ipotesi
 - verificare le ipotesi diagnostiche, alla luce dei principi dell'Evidence Based Nursing
 - sviluppare capacità decisionali
 - acquisire competenze operative e capacità relazionali
 - accrescere l'attitudine al lavoro in équipe.
- Riflettere sulla qualità dell'esperienza di tirocinio serve a garantire allo studente situazioni significative per la sua formazione. Il monte ore destinato al tirocinio clinico, molto elevato nel Diploma Universitario, va interpretato come occasione per l'assimilazione critica degli aspetti etici, cognitivi, relazionali e psicomotori dell'assistenza infermieristica. La prassi o la mera fattualità non bastano a costruire un'esperienza significativa sotto il profilo professionale. Occorre rinunciare

**M.G. De Marinis,
D. Tartaglini,
M. Matarese,
M. Piredda**

*Docenti discipline
infermieristiche Libera
Università Campus
Bio Medico di Roma*

P. Binetti

*Direttore Centro di
Educazione Medica
Libera Università
Campus Bio Medico
di Roma*

all'idea che la lunga permanenza degli studenti nell'area clinica, senza attività formative strutturate, garantisca prima o poi la costruzione degli abiti professionali. È vero al contrario che la mancata programmazione può vanificare le potenzialità di un momento così privilegiato per l'apprendimento. L'apprendimento dall'esperienza si inserisce nel filone tipico dell'apprendimento degli adulti, che va costruito all'interno della loro storia culturale e personale, avendo particolarmente presente i loro saperi significativi già interiorizzati. Il punto cruciale del tirocinio è costituito dall'acquisizione di una serie di abilità mentali quali: la capacità di porre e porsi domande, la capacità di riflettere e di elaborare nuove conoscenze. Non si tratta di una mera applicazione di schemi concettuali ed operativi già acquisiti, ma piuttosto della loro problematicizzazione in funzione di nuovi obiettivi.

Il tempo che lo studente deve dedicare al tirocinio in una determinata area per acquisirne le abilità specifiche è strettamente collegato alla solidità della sua preparazione di base, alla assimilazione effettiva delle competenze chiave sotto il profilo del ragionamento clinico e al suo interesse per i nuovi obiettivi proposti. Ma è anche funzione della effettiva chiarezza degli obiettivi del servizio, della loro condivisibilità alla luce della esperienza precedentemente acquisita dallo studente, della competenza e della disponibilità dei tutori.

Vorremmo soffermarci, in particolar modo, su alcuni elementi che si configurano come essenziali per la qualità del tirocinio in ambito universitario, e precisamente: la relazione tra tutore clinico e studente, l'integrazione teorica-pratica e l'orientamento verso esperienze di Assistenza Sanitaria di Base.

Formazione clinica e relazione tutoriale

Un punto chiave che rende il tirocinio un'esperienza significativa per la formazione dello studente è la relazione con il tutore clinico.

Il tutore ha la responsabilità di un lavoro che stimoli lo studente alla riflessività, alla decisionalità, alla responsabilità operativa e alla verifica dei risultati. Presso la nostra Università, la figura del tutore è intesa con una triplice funzione identificabile nella competenza clinica, nella competenza pedagogica, nonché nella capacità ad instaurare una significativa relazione personale con lo studente. La necessità del tutore di possedere una solida competenza clinica è facilmente intuibile se si pensa a quanto sia determinante l'apprendere attraverso qualcuno che è esper-

to. Le capacità cliniche di un tutore vanno intese come: competenza nella gestione di casi secondo modelli assistenziali esplicitamente definiti; attenzione costante ai risultati della ricerca in ambito infermieristico; interesse e coinvolgimento in programmi di ricerca. Ma non basta. Il tutore deve garantire la trasmissione del bagaglio di conoscenze e di esperienza di cui è portatore. Per questo gli è richiesto: di saper rendere esplicito il ragionamento clinico, di saper fondare le decisioni assistenziali, e di rendere chiari i principi che guidano la realizzazione degli interventi infermieristici. La competenza clinica del tutore comprende anche la capacità di dare risposte eticamente significative allo studente su sollecitazione dei problemi che emergono giorno per giorno dal contatto con il malato e dalla interfaccia con la struttura organizzativa ed amministrativa.

La competenza pedagogica del tutore clinico si esplicita nell'abilità di finalizzare le attività assistenziali quotidiane verso obiettivi differenziati per tempi e necessità di apprendimento dei singoli studenti; si evidenzia nella capacità di realizzare strategie differenziate di insegnamento/apprendimento dove ciascuno studente trova spazio per l'operatività e per la rielaborazione teorica dell'esperienza. Inoltre la figura del tutore assume una posizione di primo piano nella valutazione dello studente: non si tratta di definire soltanto i successi e gli insuccessi ottenuti, ma si tratta, soprattutto, di sollecitare gli studenti ad una continua ed incalzata autovalutazione per verificare se ciò che viene insegnato viene effettivamente interiorizzato. La valutazione, in molti casi, presuppone anche l'espressione di un giudizio sul percorso formativo condotto dal tutore e dagli stessi docenti.

Per valorizzare la funzione tutoriale degli infermieri, può rivelarsi di estrema utilità l'attivazione di una serie di iniziative di formazione che abbiano come caratteristica prevalente l'appartenenza di tutti gli infermieri ad un unico setting strutturato secondo vincoli culturali, organizzativi e relazionali. L'appartenenza ad una realtà di tipo unitario configura le situazioni sotto un preciso punto di osservazione: quello del problem solving, in cui i problemi vanno analizzati non in funzione di soluzioni ottimali ma utopistiche, bensì in funzione di soluzioni possibili. I corsi possono basarsi su metodologie interattive, con approfondimenti di problematiche pedagogiche relative: alla definizione degli obiettivi formativi; alla conoscenza di metodiche di insegnamento/apprendimento in area clinica; alla compren-

sione degli approcci valutativi degli studenti; alla gestione delle dinamiche di gruppo e all'analisi di temi assistenziali per una migliore comprensione del Nursing nei suoi aspetti metodologici, assistenziali e di ricerca.

Possono essere considerati contenuti irrinunciabili dei corsi di formazione per tutori: la pianificazione degli obiettivi; il realismo pedagogico; il monitoraggio costante dei risultati parziali e dei processi; il coinvolgimento degli studenti nella valutazione dei processi formativi ed assistenziali. Nei corsi, la valenza tutoriale può essere espressa anche attraverso l'offerta formativa fatta ad ogni infermiere tutore nel poter disporre di un proprio supporto tutoriale per analizzare difficoltà ed aspettative personali. Lo staff docente deve manifestare in tutti i modi la propria disponibilità nei confronti delle persone coinvolte e delle attività svolte individualmente ed in gruppo. I docenti possono partecipare alle sessioni di briefing e debriefing per raccogliere il vissuto degli infermieri ed effettuare una lettura delle ragioni che sottendono i vari tipi di intervento, facilitando così la concettualizzazione delle esperienze che devono via via spogliarsi della loro episodicità ed acquisire lo spessore tipico di una riflessione più matura e più capace di orientare il cambiamento.

L'integrazione teorico-pratica

La collocazione organica del tirocinio all'interno del curriculum formativo differenzia il tirocinio dai modelli di apprendistato o di addestramento, perché rende "il fare in situazioni reali" un apprendimento complesso che sollecita una risposta di tipo globale sia da parte dello studente che da parte del tutore. L'integrazione tra obiettivi teorici ed obiettivi di tirocinio dà allo studente la possibilità di comprendere la logica del percorso formativo e di cogliere costantemente la continuità tra contenuti del tirocinio ed i quadri teorici di riferimento che precedono e seguono l'esperienza clinica. Il procedere diversamente crea una situazione di grossa incertezza per lo studente che apprende cose su cui non lavora, e lavora su cose che non fa in tempo a rielaborare intellettualmente. Tuttavia uno dei punti più problematici della formazione infermieristica è stato, da sempre, quello della analogia tra l'approfondimento teorico del Nursing clinico e la realtà assistenziale concretamente vissuta nei reparti.

Lo scarto esistente tra le due situazioni fa sì che, spesso, gli studenti siano indotti a sottovalutare, aff e rmare, criticare, rifiutare ora un modello ora l'altro,

mentre si sente l'esigenza di un'attività concordemente programmata tra responsabili dell'insegnamento teorico e dell'insegnamento clinico, per far sì che l'uno sia a rotazione completamente dell'altro. Il gap teorico-pratico appare a volte evidente già nell'orientamento degli infermieri docenti e degli infermieri clinici. Mentre l'infermiere docente punta ad uno studio teorico dei modelli infermieristici ricavati dalle migliori esperienze internazionali, ma non sempre sperimentabili e applicabili sul campo, l'infermiere clinico risponde al pressing crescente di un modello direttivo che dà indicatori di qualità più legati all'efficienza che alla qualità soggettivamente percepita.

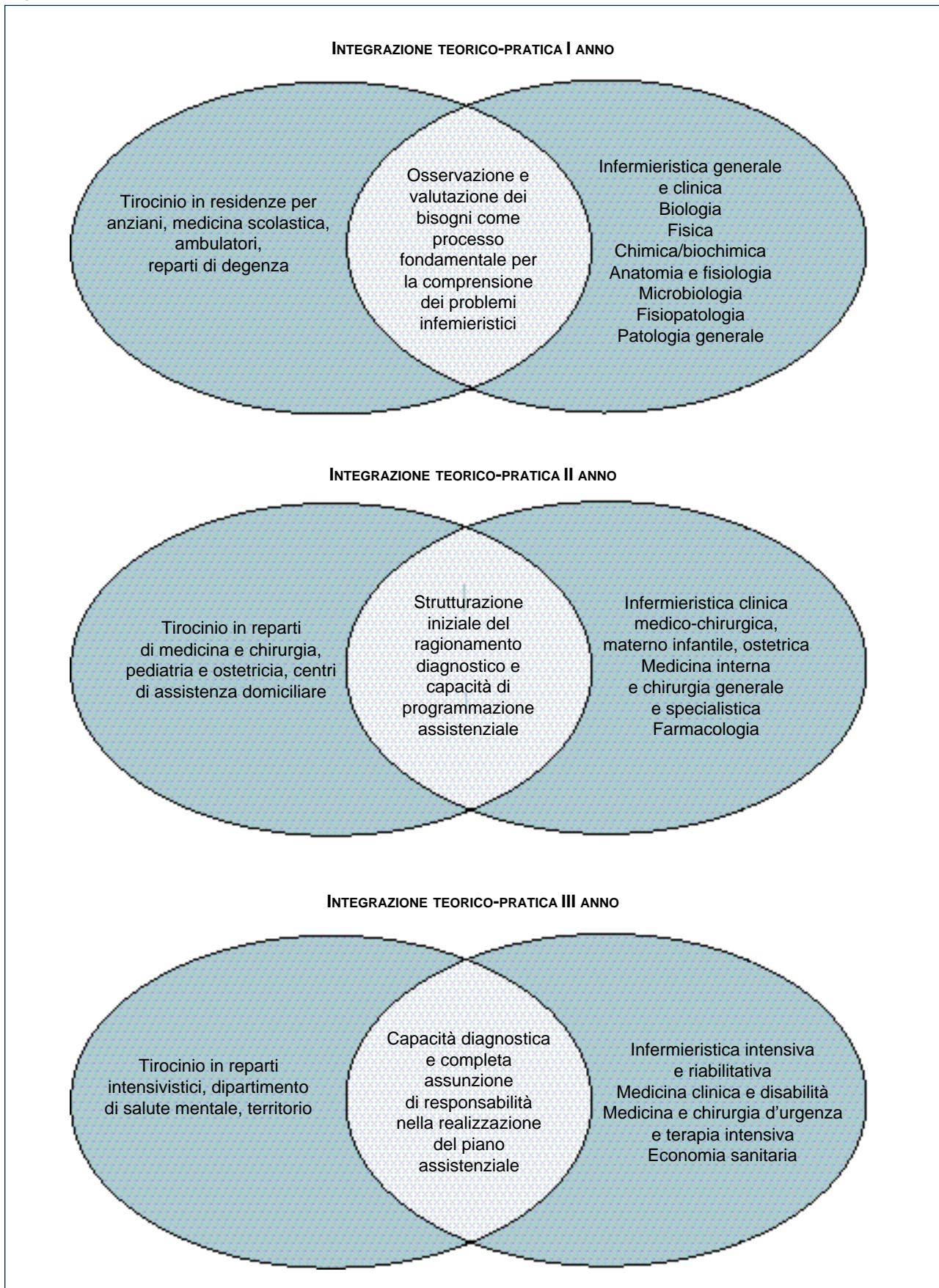
Nella nostra Università si sta cercando di focalizzare un lavoro di integrazione e di interdisciplinarietà tra docenti di Infermieristica, docenti delle aree cliniche e responsabili del tirocinio, per costruire l'unitarietà dell'esperienza formativa nel DU e per dare ai programmi una finalizzazione che risulti il più utile possibile alla comprensione dei contenuti della professione. Si sta cercando di individuare il contributo che ciascuna area di insegnamento può apportare alla definizione di quegli obiettivi teorici e pratici che, nei tre anni, devono costituire le necessarie tappe verso l'assunzione di competenza professionale. Tali tappe sono essenzialmente rappresentate dal progressivo ampliamento della capacità di rilevazione dati fino a giungere alla completa padronanza del ragionamento diagnostico e alla costruzione di capacità di intervento diretto sul problema.

Atitolo di esempio nella Figura 1 vengono riportate le aree di insegnamento teorico e di tirocinio che concorrono alla realizzazione di alcuni obiettivi generali del I, II, III anno di corso.

Il tirocinio può costituire anche un'occasione per verificare quale ricaduta hanno sull'attività clinica alcuni insegnamenti con un monte ore molto limitato. Ci riferiamo soprattutto alle discipline di base obbligate ad una sintesi di contenuti molto forte e costrette, per i tempi ridotti, a tralasciare un approccio più complesso che potrebbe dare maggiore spessore culturale all'insegnamento.

La risoluzione del gap tra teoria e pratica richiede un forte spostamento dell'attenzione dal contenuto culturale o dall'intervento assistenziale ai meccanismi di apprendimento dello studente e allo stile di insegnamento del docente. Non è la selezione del cosa studiare o del cosa fare che permette di uscire da questa dicotomia, ma un intervento attento alla metodologia di studio dei futuri infermieri, perché puntino con decisione verso una unità del sapere.

Figura 1.



La dimensione concreta del sapere è nello stesso tempo causa efficiente e causa finale, punto di arrivo di qualsiasi ragionamento speculativo che voglia conservare la propria aderenza agli obiettivi specifici che lo caratterizzano. La generalizzazione del sapere rappresenta invece il tentativo di creare una epistemologia rigorosa del Nursing, per fondamentarne la intrinseca dignità nell'ambito delle scienze. In questa visione, il gap teorico-pratico si riduce se il docente è capace di affrontare i diversi problemi nel quadro di una cultura professionale specifica. Il vecchio problema tra generalisti e disciplinari comuni ad altre scienze, tra cui la stessa pedagogia, ricorda in modo inequivocabile che la scienza che fonda un sapere ha bisogno del sapere specifico, e solo quando un docente ha la preparazione necessaria e sufficiente per *muoversi top-down e down-top*, allora lo studente riesce ad operare delle sintesi armoniche ed efficaci, che riducono alla base il rischio di un approccio dicotomico. È la preparazione clinica del tutore docente e la preparazione scientifica del tutore clinico che rende un falso problema lo scollamento tra teoria e pratica. In questo approccio integrato si esorcizzano due rischi molto concreti: quello della routine, che svuota piano piano il senso del proprio lavoro, e quello di una cultura puramente nozionistica perché costruita alle spalle della realtà.

Gli ambiti della formazione clinica

Il tirocinio ospedaliero ha costituito da sempre per gli infermieri l'ambito privilegiato di esperienza pratica. Questo orientamento è stato supportato da una visione infermieristica indirizzata ad attività di cura e poco rivolte a problematiche di prevenzione e riabilitazione. Il nuovo profilo professionale ha riconosciuto, come funzioni proprie dell'infermiere, la prevenzione, l'assistenza e l'educazione sanitaria. Tale definizione richiede una visione degli obiettivi educativi non più centrati solo sullo sviluppo di competenze assistenziali da svolgere in ambiente ospedaliero, ma richiede un deciso indirizzo territoriale delle esperienze formative: il programma, la scelta dei mezzi e dei metodi d'insegnamento devono tenere presente le problematiche dell'Assistenza Sanitaria di Base e le competenze necessarie per affrontarle.

C'è da sottolineare che il tirocinio sul territorio può divenire interessante occasione di arricchimento culturale e professionale sia per l'Università, come istituzione formativa, che per i servizi territo-

riali. Il confronto che si realizza attraverso l'uso integrato di strumenti e di risorse peculiari apporta senz'altro un notevole contributo nello sviluppo delle funzioni specifiche di ciascun settore. L'esperienza di tirocinio territoriale condotta con gli studenti del Diploma Universitario per Infermieri del Campus Bio-Medico si è orientata prevalentemente verso i seguenti obiettivi:

- *sensibilizzare gli studenti a problematiche socio sanitarie* che influiscono ormai in modo determinante sulle condizioni di salute della popolazione, come la povertà, l'immigrazione, la tossicodipendenza, ecc., e che richiedono complessi ed integrati interventi di prevenzione e riabilitazione. Il recente piano socio-sanitario, elaborato in attuazione della legge delega 419/98 dal Ministero della Sanità per il prossimo triennio e certamente in sintonia con le direttive OMS, coglie molto bene la stretta relazione che lega i problemi di salute con il quadro sociale di riferimento ed è importante che le nuove generazioni formino la giusta sensibilità per operare in équipe multiprofessionali, in cui assistenti sociali e sociologi convivono con medici ed infermieri per elaborare risposte globali ed integrate per i bisogni di salute delle persone e delle comunità. All'inizio del corso universitario, i ragazzi hanno una visione molto parziale delle potenzialità di funzioni e di attività che gli infermieri possono esplicare all'interno dei servizi socio sanitari del territorio; inoltre il concetto di salute che essi hanno è un concetto correlato alla malattia con una visione del tutto passiva dell'utente che riceve cure sanitarie. Il contatto precoce con i servizi territoriali offre l'opportunità agli studenti di confrontarsi con una serie di problemi di notevole spessore umano, sociale e sanitario che diventano oggetto di approfondimento antropologico, scientifico e professionale. Inoltre, nei servizi territoriali, gli studenti iniziano a delineare nuove aree operative dell'infermiere in vista di un suo maggior contributo nell'ambito della prevenzione e della riabilitazione.

Il contatto iniziale, da parte dell'Università, con alcuni servizi può nascere dall'interesse per il tipo di problematiche che questi ultimi affrontano, nonché per le modalità e per le caratteristiche degli interventi che vi si erogano. Tuttavia può risultare difficile avviare relazioni formative significative tra operatori e studenti perché la formazione non è un'esigenza direttamente sentita dai servizi territoriali. Diventa fondamentale, in questo caso, la pro-

grammazione del tirocinio da parte dei docenti: va particolarmente curata la fase preparatoria consistente nella trasmissione agli studenti di conoscenze propedeutiche al tirocinio e di tutte le informazioni e i compiti utili per lo svolgimento dell'esperienza. Successivamente, deve trovare ampio spazio l'analisi dell'esperienza attraverso l'utilizzo nei momenti teorici di spunti ed esempi ricavati dall'esperienza, e attraverso l'utilizzo programmato di materiale e conoscenze che gli studenti portano dal tirocinio;

- *sviluppare la competenza assistenziale a domicilio del paziente*, con approfondimento delle problematiche fisiche e psicologiche del paziente in stretta relazione alla famiglia ed all'ambiente che lo circonda. L'assistenza domiciliare sta diventando un ambito privilegiato di cure per pazienti che presentano caratteristiche particolari: vedi anziani, pazienti terminali o pazienti con malattie cronico degenerative. Le problematiche assistenziali che l'infermiere gestisce a domicilio sono molto diverse da quelle che si presentano in ambito ospedaliero e sono prevalentemente caratterizzate da un contesto familiare che va considerato essenzialmente come "problema-risorsa" e da condizioni operative senz'altro meno protette rispetto all'ospedale. L'assistenza domiciliare si colloca, nel progetto formativo, come approccio per porre gli studenti in situazioni in cui acquisiscono capacità di soluzione di problemi potenzialmente sempre nuovi. I problemi di salute del paziente non sono acriticamente scollegati da un contesto, ma il piano assistenziale assume senso solo se contestualizzato, discusso ed accettato dal paziente e dalle persone per lui significative: questo richiede luoghi e tempi appropriati, richiede capacità di dialogo, di spiegazione e comprensione. Lo studente viene inserito in dinamiche che gli offrono l'opportunità di acquisire una visione graduale della autonomia e della responsabilità professionale che devono essere costantemente sostenuti dal "sapere". Un sapere che, di conseguenza, diventa dovere impellente di ciascuno;
- *approfondire la complessità dei problemi di salute, sviluppare capacità professionali nella gestione di interventi educativi e preventivi, integrarsi nei gruppi multiprofessionali per ottenere risultati di qualità*. L'inserimento degli studenti in progetti di educazione sanitaria, di screening mirati, o di interventi riabilitativi all'interno di consultori, dipartimenti di salute mentale, medicine scolasti-

che, sollecita gli studenti ad acquisire quelle conoscenze e quelle competenze necessarie per fronteggiare le nuove esigenze imposte dalla realtà sanitaria. Li sollecita, in definitiva, ad individuare nuovi spazi dell'agire professionale. Inoltre, la ricchezza di professionalità espressa dagli operatori dei servizi offre l'occasione per cogliere un aspetto essenziale del lavoro in ambito sanitario: e cioè che ad essere determinante, per la soluzione di molti problemi, non è l'apporto di un unico professionista, ma le capacità dell'intero gruppo di operatori, la cui competenza risulta essere molto più che la semplice somma di singole professionalità.

Conclusione

Il tirocinio può rappresentare un punto determinante su cui giocare la qualità della formazione infermieristica, soprattutto se lo si considera parte integrante del progetto formativo a tal punto da non dover neppure distinguere tra ore di didattica formale ed ore di didattica interattiva, tra ore di tirocinio e ore di studio guidato. Il monte ore globale va suddiviso e commisurato al fabbisogno formativo reale dello studente, alla necessità che acquisisca tutte le competenze di cui ha bisogno, scomponendo i tempi in funzione non delle attività o delle metodologie, ma in funzione degli obiettivi e della maturità globale che deve raggiungere sotto il profilo professionale. Il cambiamento di setting è un fatto accidentale che disegna semplicemente tappe di un unico percorso, in cui lo studente è comunque e sempre sollecitato a dare risposte globali che lo coinvolgono in prima persona.

Il tirocinio va interpretato come una situazione di profondo dinamismo formativo. Nella redistribuzione dei crediti è necessario aver presente che il tempo di preparazione al tirocinio, che comprende la definizione del contratto formativo esplicito e condiviso, e la valutazione dell'esperienza, filtrata sia dalle categorie emotive che da quelle etiche e tecno-scientifiche, sono parte integrante del tirocinio. Preparazione e valutazione rappresentano i due poli significativi della fondamentazione e della interiorizzazione del tirocinio, e come tali impegnano i crediti previsti dalle tabelle in una redistribuzione dei tempi ottimale per lo studente al fine di garantire gli obiettivi di una formazione di eccellenza.

Bibliografia

- Albano O., Bompiani A., Frigo G., Ghetti V. (a cura di): "La formazione universitaria nelle discipline

- Infermieristiche” Fondazione Smith Kline - Franco Angeli - Milano - 1992.
- Binetti et al “Tutorato al CBM” *Medic* 1998; 6:213-218.
 - Binetti P, De Marinis MG, Matarese M, Tambone V, Tartaglini D. Il corso di perfezionamento in tutorato clinico per infermieri della Libera Università Campus Bio Medico di Roma. *Igiene e sanità pubblica* 1998 2: 167-199.
 - Binetti P, De Marinis MG, Matarese M, Tartaglini D. Il tirocinio nella formazione universitaria dell’infermiere. *Difesa sociale* 1997 3: 35-83.
 - Bompiani A., Carinci P., Ghetti V. (a cura di): “Facoltà di Medicina e Servizio Sanitario Nazionale” Fondazione Smith Kline - Franco Angeli Ed. 1988.
 - Castellucci A., Saiani L., Sarchielli G., Marletta L.(a cura di): *Viaggi guidati: Il tirocinio tutoriale nelle professioni sociali e sanitarie.* F.Angeli, Milano, 1997.
 - Cinti S., Danieli G. Considerazioni sul Tutore universitario. *Med.Chir.*, 1993; 8: 271-272.
 - Clifford C.: “Clinical practice: where does the nurse teacher fit” *Br.J.Nurs.* 1993 sep 9-22; 2(16): 813-7.
 - Creedy D. “The implementation of problem-based learning changing pedagogy in nurse education” *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 20, 696-702.
 - Dale A.E. The theory-theory gap: the challenge for nurse teachers. *Journal of Advanced Nursing* 1994; 20(3): 521-524.
 - Garcia Hoz V..La educacion personalizada en la universidad. Ediciones Rialp, S.A., Madrid 1996.
 - Ghetti V. (a cura di): “Introduzione alla pedagogia medica II” Fondazione Smith Kline. Franco Angeli Milano 1993.
 - McCaugherty D.: “The theory-practice gap in nurse education: its causes and possible solution. Findings from an action research study”. *Jour. of Advanced Nurs.* 1991, 16, 1055-1061.
 - Neve E., Niero M. (a cura di): “Il tirocinio: modelli e strumenti dall’esperienza delle scuole di servizio sociale italiane” Collana Servizio Sociale e Formazione Franco Angeli Milano 1990.
 - Obermann M.: “Reforming nursing education for future practice” *J. Nurs. Educ.* 1994 May; 33(5): 215 -9.
 - Owen S. Identifying a role for the nurse teacher in the clinical area. *Journal of Advanced Nursing*, 1993; 18: 816-825.
 - Schweer J.E., Gebbie K.M.: “L’insegnamento creativo del Nursing Clinico” 1983 USES - Edizioni Scientifiche - Firenze.
 - Serio A., Crudele M., Tartaglini D.: “Sperimanetazione didattica mediante rilevazione di dati sulle disabilità in una comunità di anziani” *Atti dell’VIII Congresso Nazionale di Informatica Medica - Roma* 18-21 settembre 1994 - Istituto di Medicina Sociale Editore- Roma 1994.
 - White R., Ewan C. (1994) *Il Tirocinio. L’insegnamento clinico del Nursing.* Milano: Sorbona.
 - Wilson ME.: “Nursing student perspective of learning in a clinical setting” *J. Nurs. Educ.* 1994 Feb; 33(2): 81-6.