

# ORNAC Journal

# Revue de L'AIISOC

The Official Publication of the Operating Room Nurses Association of Canada

---

Fall 2025 Volume 42, Issue 2

ISSN: 2561-4657

ISSN-L: 1927-6141

## IN THIS ISSUE

Transforming from victim to survivor—Part 2: Fixing the systems that enable disruptive intraoperative behaviour • De victime à survivant — Partie 2 : Corriger les systèmes qui permettent les comportements perturbateurs en salle d'opération

Using game-based learning to teach orthopaedics to perioperative nurses: A real game changer • Utilisation de moyens ludiques pour enseigner la chirurgie orthopédique à du personnel infirmier en soins périopératoires : quand jouer change la donne

Cultivating mutual mentorship: Reimagining relational leadership in perioperative nursing • Cultiver le mentorat mutuel : repenser le leadership relationnel en soins infirmiers périopératoires

ORNAC

AIISOC

[www.ornac.ca](http://www.ornac.ca)

Mastering Blood Flow Control since 1985.

# Why 20 000 surgeries every day trust a true Canadian invention.

**Controlling Blood Flow is our DNA.** For over 40 years, we have developed safe innovations that have forever changed the industry. Engineered for superior safety and reliability in every surgical setting - without damaging soft tissues and nerves. With a price tailored for the Canadian healthcare providers. Compatible with all major tourniquet instruments.

See all our products at [delfimedical.com](http://delfimedical.com).



**Delfi Surgical Tourniquets.**

Manufactured, designed, developed, and invented in Canada.

 **Delfi**

Mastering Blood Flow Control.®

[delfimedical.com](http://delfimedical.com)

# ORNAC Journal

## Revue de L'AIISOC



Operating Room Nurses  
Association of Canada

Association des infirmières et infirmiers  
de salles d'opération du Canada

**The Official Publication of the Operating Room Nurses Association of Canada**

**ORNAC President:**

Tanya Vandale, president@ornac.ca

**ORNAC Secretary:**

Laura-Lynne Funnelle, secretary@ornac.ca

**ORNAC Treasurer:**

Alex Bogle, treasurer@ornac.ca

**ORNAC Executive Director:** Kara Gillies

**Journal Editor:**

Linda M. Verde, editor@ornac.ca

**Journal Lead:**

Angelina Lomoro, journal@ornac.ca

**Managing Editor:** Heather Coughlin,

Pappin Communications,  
heather@pappin.com

**Design and Layout:** Sherri Keller,

Pappin Communications,  
sherri@pappin.com

**Editorial Board**

Tanya Vandale, RN, BScN, CPN(C),  
ORNAC President  
Jennifer Sutton, MN, BN, RN  
Linda M. Verde, BA(Hons), Journal Editor  
Angelina Lomoro, MN, RN, CPN(C)  
Marilyn Morson, MSN, BA, BNSc, RN  
Sharon Hollett, RN, BN, CPN(C)  
Audrey Cook, RN, BN, BSc, BA, CPN(C)  
Leah Lowe, RN, BN, MN, CPN(C)  
Niki Deneault, RN, BScN, CPN(C)

**Translation Services**

Sylvie Beauregard, RN, BScN  
Traductions Hermès,  
<https://traductionshermes.com/>

**Advertising Sales**

Heather Coughlin  
Pappin Communications  
Tel: 613-633-1938  
E-mail: heather@pappin.com  
Rate card : [www.pappin.com](http://www.pappin.com)

The *ORNAC Journal* is the peer-reviewed journal of the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). It is an open access journal that is published twice a year and can be accessed at <https://ornacjournal.ca/index.php/ornac>

We welcome unsolicited manuscripts that contribute to the scholarship and knowledge bank of perioperative nursing. For more information, see **Write For Us** in this issue or visit **Author Guidelines** on our website. Please submit manuscripts online to [journal@ornac.ca](mailto:journal@ornac.ca).

**ISSN: 2561-4657**

**ISSN-L: 1927-6141**

**ORNAC Journal**

PO Box 307  
Bath, ON K0H 1G0  
Canada

**Copyright Notice and Disclaimer**

© 2025 The Operating Room Nurses Association of Canada. This publication, including all content, text, images, graphics, trademarks, and other material within this publication, is the intellectual property of the Operating Room Nurses Association of Canada ("ORNAC"), unless otherwise stated and is protected under international intellectual property laws.

Unless otherwise stated, all articles in this publication are licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International Public License (CC BY-NC-ND 4.0), which allows anyone to copy and distribute the article for non-commercial purposes provided appropriate attribution is given, and if you remix, transform, or build upon the material, you may not distribute the modified material. For more details regarding the terms of this license, please see: <https://creativecommons.org/licenses/by-ncnd/4.0/>

ORNAC, the editors, and authors have made every effort to ensure that the information contained in this publication is correct and up to date. However, as nursing, medicine, and available medications and technologies continue to change, none of ORNAC, the editors, authors, or publisher warrant that the presented information is in every respect accurate and current. This publication may contain inaccuracies and other errors and the content is provided on an "as is" basis. ORNAC, the editors, authors, and publisher disclaim any warranty as to accuracy, quality, completeness, or currency of this publication.

Without limiting the generality of the foregoing, ORNAC, the editors, authors, and publisher shall not be responsible for the accuracy or currency of this publication, for any errors or omissions contained in this publication, or for any injury, loss, or damages allegedly arising out of the use, implementation, or any other action taken on the basis of any information contained in this publication. ORNAC, the editors,

authors, and publisher disclaim all liability for any direct or indirect damages resulting from the use or misuse of the information contained in this publication.

This publication is intended for Canadian perioperative nurses, who retain full responsibility for the care and treatment of their patients and who should exercise their own clinical judgment and expertise when using this publication. This publication does not constitute an exclusive course of action or standard of care and does not exclude other methods of care.

This publication reflects the best available data at the time it was prepared, but the contents of this publication may be revised from time to time in future to reflect new information and data. Canadian perioperative nurses should refer to a variety of sources to confirm that the information contained in this publication is correct. Each Canadian perioperative nurse is responsible to make the ultimate judgment regarding the appropriate course of action or method of care for each patient in light of all the clinical circumstances presented by each case.

ORNAC accepts no responsibility for the success or failure of any treatment, method of care or course of action detailed in this publication. This publication is for informational and educational purposes only. It is not intended to provide nursing, medical, or healthcare advice, diagnosis, treatment, or a healthcare service of any kind, and does not substitute for professional healthcare advice, diagnosis, or treatment. No procedure, process, or guideline set out in this publication should be carried out except on the basis of the reader's own professional knowledge and experience, and should be independently verified by other reputable sources.

**Présidente:**

Tanya Vandale, president@ornac.ca

**Secrétaire:**

Laura-Lynne Funnelle, secretary@ornac.ca

**Trésorière:**

Alex Bogle, treasurer@ornac.ca

**Directeur exécutif:** Kara Gillies

**Rédacteur en chef:** Linda M. Verde,

editor@ornac.ca

**Journal Lead :** Angelina Lomoro,

journal@ornac.ca

**Éditeur:** Heather Coughlin, Pappin Communications, heather@pappin.com

**Conception et design:** Sherri Keller, Pappin Communications, sherri@pappin.com

**Comité de rédaction**

Tanya Vandale, inf., B. Sc. inf., CSP(C)

Jennifer Sutton, Inf., M. Sc. inf.

Angelina Lomoro M. Sc. inf, Inf., CPN(C)

Linda M. Verde, B. A. (Hons)

Marilyn Morson Inf., M. Sc. inf., B. A., B.Sc.

Sharon Hollett Inf., B. Sc. inf., CSP(C)

Audrey Cook Inf., B. Sc. inf., B. A., CSP(C)

Leah Lowe: Inf., B. Sc. inf., M. Sc. Inf., CSP(C)

Niki Deneault, inf., B. Sc. inf., CSP(C)

**Services de traduction**

Sylvie Beauregard inf., B. Sc. inf.

Traductions Hermès,

<https://traductionshermes.com/>

**Publicité**

Heather Coughlin, Pappin

Communications,

T : 613-633-1938

Courriel : heather@pappin.com

Publicité : [www.pappin.com](http://www.pappin.com)

La Revue de l'AIISOC est la revue de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC). Il s'agit d'une revue en libre accès qui est publiée deux fois par an et qui peut être consultée à l'adresse <https://ornacjournal.ca/index.php/ornac>

Nous accueillons les textes non publiés qui contribuent à la banque de connaissances et de formations sur les soins infirmiers périopératoires. Pour plus d'informations, consultez **Write For Us** dans ce numéro ou consultez **les directives de l'auteur** sur notre site Web. Veuillez soumettre vos textes en ligne à

[journal@ornac.ca](mailto:journal@ornac.ca).

**ISSN: 2561-4657**

**ISSN-L: 1927-6141**

**ORNAC Journal**

PO Box 307

Bath, ON K0H 1G0

Canada

**Avis de droit d'auteur et clause de non-responsabilité**

© 2025 L'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada. Cette publication, y compris tout le contenu, le texte, les images, les graphiques, les marques de commerce et tout autre matériel qu'elle contient est la propriété intellectuelle de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (« AIISOC »), sauf indication contraire, et est protégée en vertu des lois internationales sur la propriété intellectuelle.

Sauf indication contraire, tous les articles de cette publication sont sous licence Creative Commons Attribution-Non-Commercial-NoDerivatives 4.0 International Public License (CC BY-NC-ND 4.0) qui permet à quiconque de copier et de distribuer l'article à des fins non commerciales à condition qu'une attribution appropriée soit donnée et si vous modifiez, transformez ou construisez sur le matériel, vous ne pouvez pas distribuer le matériel modifié. Pour plus de détails concernant les termes de cette licence, veuillez consulter : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

L'AIISOC, les rédacteurs et les auteurs ont tout mis en oeuvre pour s'assurer que les informations contenues dans cette publication sont correctes et à jour. Cependant, à mesure que les soins infirmiers, la médecine et les médicaments et technologies disponibles continuent d'évoluer, ni l'AIISOC, ni les rédacteurs, ni les auteurs, ni l'éditeur ne garantissent que l'information présentée est à tous égards exacte et à jour. Cette publication peut contenir des inexactitudes et d'autres erreurs et le contenu est fourni « tel quel ». L'AIISOC, les rédacteurs, les auteurs et l'éditeur déclinent toute garantie quant à l'exactitude, la qualité, l'exhaustivité ou l'actualité de cette publication.

Sans limiter la généralité de ce qui précède, l'AIISOC, les rédacteurs, les auteurs et l'éditeur ne peuvent être tenus responsables de l'exactitude ou de l'ac-

tualité de cette publication, des erreurs ou des omissions contenues dans cette publication, ou de tout préjudice, perte ou dommage découlant prétendument de l'utilisation, de la mise en oeuvre ou de toute autre mesure prise sur la base de toute information contenue dans cette publication. AIISOC, les rédacteurs, les auteurs et l'éditeur déclinent toute responsabilité pour tout dommage direct ou indirect résultant de l'utilisation ou de la mauvaise utilisation des informations contenues dans cette publication.

Cette publication s'adresse aux infirmières en soins périopératoires canadiens, qui conservent l'entière responsabilité des soins et du traitement de leurs patients et qui devraient exercer leur propre jugement clinique et leur expertise lorsqu'ils utilisent cette publication. Cette publication ne constitue pas un plan d'action exclusif ou une norme de pratique et n'exclut pas d'autres méthodes de soins. Cette publication reflète les meilleures données disponibles au moment de sa préparation, mais le contenu de cette publication pourrait être révisé de temps à autre à l'avenir pour tenir compte de nouveaux renseignements et données. Les infirmières en soins périopératoires du Canada devraient se référer à diverses sources pour confirmer que l'information contenue dans cette publication est exacte. Chaque infirmière en soins périopératoires du Canada a la responsabilité de porter un jugement ultime sur le plan d'action ou la méthode de soins appropriée pour chaque patient, à la lumière de toutes les circonstances cliniques présentes par chaque cas.

L'AIISOC décline toute responsabilité quant au succès ou à l'échec d'un traitement, d'une méthode de soins ou d'un plan d'action détaillé dans cette publication. Cette publication est fournie à titre informatif et éducative seulement. Il n'est pas destiné à fournir des conseils infirmiers, médicaux ou de santé, des diagnostics, des traitements ou un service de soins de santé de quelque nature que ce soit, et ne remplace pas les conseils, diagnostics ou traitements professionnels en matière de soins de santé. Aucune procédure, aucun processus ou aucune directive énoncés dans cette publication ne doit être mis en oeuvre si ce n'est sur la base des connaissances et de l'expérience professionnelles du lecteur, et doit être vérifié de manière indépendante par d'autres sources fiables.

# ORNAC Journal

## Revue de L'AISOC



Operating Room Nurses  
Association of Canada

Association des infirmières et infirmiers  
de salles d'opération du Canada

The Official Publication of the Operating Room Nurses Association of Canada

Fall 2025 Volume 42, Issue 2

### ARTICLES

- 11** Transforming from victim to survivor—Part 2: Fixing the systems that enable disruptive intraoperative behaviour  
Alison Forest, Brett Adams, Owen Krestow, Lesia Yasinski, and Alexander Villafranca
- 20** De victime à survivant — Partie 2 : Corriger les systèmes qui permettent les comportements perturbateurs en salle d'opération  
Alison Forest, Brett Adams, Owen Krestow, Lesia Yasinski et Alexander Villafranca
- 32** Using game-based learning to teach orthopaedics to perioperative nurses: A real game changer  
Rachelle Lesy
- 40** Utilisation de moyens ludiques pour enseigner la chirurgie orthopédique à du personnel infirmier en soins périopératoires : quand jouer change la donne  
Rachelle Lesy
- 49** Cultivating mutual mentorship: Reimagining relational leadership in perioperative nursing  
Jennifer Dunn
- 57** Cultiver le mentorat mutuel : repenser le leadership relationnel en soins infirmiers périopératoires  
Jennifer Dunn
- 66** Guest Editorial  
Katherine Corneau
- 67** Éditorial invité  
Katherine Corneau
- 68** Spotlight on Practice  
Erin Robertson
- 69** Pleins feux sur la pratique  
Erin Robertson

#### ORNAC Peer Reviewers

Erin Bryant, MSN, RN  
Brittany Clancey, RN, BScN  
Audrey Cook, RN, BN, BSc, BA, CPN(C)  
Niki Deneault, RN, BScN, CPN(C)  
Sylvia Doran, BA, BScN, RN  
Jennifer Dunn, MN, RN  
Sharon Hollett, RN, BN, CPN(C)  
Angelina Lomoro, MN, RN, CPN(C)  
Leah Lowe, RN, BN, MN, CPN(C)  
Marilyn Morson, MSN, BA, BNSc, RN  
B Sulochana, PhD, MScN, MBA, PCBSN  
Jennifer Sutton, MN, BN, RN  
Tanya Vandale, RN, BScN, CPN(C)  
Konstantin Voronchikhin, MN, CNOR, BScN

#### Réviseurs de l'AISOC

Erin Bryant, inf., M. Sc. inf.  
Britney Clancey, inf., B. Sc. inf.  
Audrey Cook, Inf., B. Sc. inf., B. A., CSP(C)  
Niki Deneault, inf., B. Sc. inf., CSP(C)  
Sylvia Doran, inf., B. A., B. Sc. inf.  
Jennifer Dunn, inf., M. Sc. inf.  
Sharon Hollett, Inf., B. Sc. inf., CSP(C)  
Angelina Lomoro M. Sc. inf, Inf., CSP(C)  
Leah Lowe, Inf., B. Sc. inf., M. Sc. Inf., CSP(C)  
Marilyn Morson Inf., M. Sc. inf., B. A., B. Sc. inf.  
B Sulochana, inf., B. Sc. inf., M. Sc. inf. Ph. D.  
Jennifer Sutton, Inf., M. Sc. inf.  
Tanya Vandale, inf., B. Sc. inf., CSP(C)  
Konstantin Voronchikhin, inf., M. Sc. inf., B. Sc. inf., CSP(C)

# Editor's Message

I love the fall season with its beautiful colours and cooler temperatures. The rhythm of the seasons brings life and growth as the years march forward, often all too quickly with the busyness of our professional lives. It is important to take time to step away from the daily grind, to nurture ourselves, and to feed our thirst for knowledge. We can help you with that as you flip through the pages of our fall issue.

We have three original peer-reviewed articles for you. In the spring issue, we published the first part of a two-part series, by **Alexander Villafranca** and colleagues, on the impact of disruptive behaviour in the perioperative setting, looking at solutions from an individual perspective. The second part, headed up by **Alison Forest**, focuses on the systems in place that allow such behaviour to continue and how to make changes to mitigate its negative effects. Hiring processes, education, mentorship, and policymaking are four avenues with potential to contribute positively to managing disruptive behaviour. Working together, it is possible to create a better work environment with a more harmonious culture in the operating room.

We have an article, by **Rachelle Lesy**, about using game-based learning to improve knowledge and skills in the perioperative setting. Gaming has become a very popular pastime, allowing players to work through challenging scenarios. So, why not use that to teach nursing skills and disseminate knowledge? One particularly effective model is an escape room designed to familiarize staff with specific orthopaedic surgery scenarios. Whether it is instrumentation or procedures, game-based learning has proven to be more memorable and a fun way to boost your competence and your confidence. You don't have to be a gamer or tech-savvy to learn from this article.

Mentorship, traditionally, has been the more experienced and knowledgeable professionals advising the less-experienced ones. **Jennifer Dunn** introduces the concept of mutual mentorship in which the participants share knowledge and learn from each other. Breaking down the hierarchical relationship to one of equality allows a relationship that is more receptive to learning, and one that goes both ways. As a mentor or mentee, you will find a lot to think about in this insightful article.

Many new nurses give up nursing within the first two years of practice. Take a look at our **Guest Editorial** from Katherine Corneau, announcing a new resource to make the transition from nurse grad to entry-to-practice professional. Nursing the Future is a program designed to help alleviate the stress and lack of confidence that can be overwhelming for new nurses. Instead, they are supported through a successful transition, as they start their professional career.

In our **Spotlight on Practice** column, Erin Robertson, Coordinator Lead for the 18th edition of the ORNAC Guidelines, explains the hows and whys of the Model for Canadian Perioperative Nursing Practice (©ORNAC, 2025) that was introduced in the guidelines. A must-read for all perioperative nurses.

This third issue since the journal's relaunch will close out the first quarter century of the millennium. Best wishes for a wonderful holiday season and keep those manuscripts coming.



**Linda M. Verde**  
Journal Editor

## ORNAC Membership – Join Today!

**Are you a Registered Nurse (RN), Licensed Practical Nurse (LPN), Registered Practical Nurse (RPN), or Nurse Practitioner (NP) working in perioperative care?**

Become part of a national group dedicated to advancing perioperative nursing practice!

Sign up for or renew your ORNAC Membership and enjoy exclusive benefits, including

- discounts on conference fees
- discounts on the purchase of the **ORNAC Guidelines for Perioperative Nursing Practice in Canada**
- valuable networking opportunities across Canada
- access to monthly educational webinars & virtual education days
- educational opportunities at the provincial level

- support for Canadian Nurses Association (CNA) perioperative nursing certification
- eligibility to nominate or be nominated for ORNAC awards
- opportunities to apply for committee involvement
- participation in member contests with chances to win prizes
- opportunities to apply for board director positions to advance perioperative nursing nationally.

Take full advantage of the resources, connections, and opportunities ORNAC provides to support your professional growth.

Learn more and join today: <https://www.ornacmembers.ca/benefits.phtml>

# Message de la rédactrice

J'aime la saison d'automne avec ses magnifiques couleurs et ses températures plus fraîches. Le rythme des saisons apporte vie et croissance, alors que les années passent trop vite, souvent emportées par le tourbillon de nos vies professionnelles. Il est important de prendre le temps de s'éloigner du quotidien, de se ressourcer et de nourrir notre soif de connaissances. Nous pouvons vous aider dans cette démarche en feuilletant les pages de notre numéro d'automne.

Nous vous proposons trois articles évalués par les pairs. Dans le numéro du printemps, nous avons publié la première partie d'une série en deux volets, par Alexander Villafranca et ses collègues, sur l'impact des comportements perturbateurs en contexte périopératoire, en examinant les solutions d'un point de vue individuel. La deuxième partie, dirigée par Alison Forest, se concentre sur les systèmes en place qui permettent à de tels comportements de persister, ainsi que sur les changements nécessaires pour en atténuer les effets négatifs. Les processus d'embauche, la formation, le mentorat et l'élaboration de politiques sont quatre avenues susceptibles de contribuer positivement à la gestion des comportements perturbateurs. En travaillant ensemble, il est possible de créer un meilleur environnement de travail et une culture plus harmonieuse en salle d'opération.

Nous présentons également un article de Rachelle Lesy sur l'utilisation de l'apprentissage par le jeu pour améliorer les connaissances et les compétences en milieu périopératoire. Le jeu est devenu un passe-temps très populaire, permettant aux participants de relever des scénarios difficiles. Alors, pourquoi ne pas s'en servir pour enseigner des compétences de soins infirmiers et diffuser des savoirs? Un modèle particulièrement efficace est une salle d'évasion conçue pour familiariser le personnel avec des scénarios spécifiques en chirurgie orthopédique. Qu'il s'agisse d'instruments ou de procédures, l'apprentissage par le jeu s'avère plus mémorable et constitue une façon ludique d'accroître à la fois votre compétence et votre confiance. Pas besoin d'être joueur ou féru de technologie pour tirer profit de cet article.

Traditionnellement, le mentorat consistait à ce que les professionnels plus expérimentés et plus compétents conseillent ceux qui le sont moins. Jennifer Dunn présente le concept de mentorat mutuel, où les participants partagent leurs connaissances et apprennent les uns des autres. En brisant la relation hiérarchique pour établir un rapport d'égalité, on crée un climat plus propice à l'apprentissage, et ce, dans les deux sens. Que vous soyez mentor ou mentoré, vous trouverez dans cet article éclairant de nombreuses pistes de réflexion.

Beaucoup de nouvelles infirmières quittent la profession dans les deux premières années de pratique. Consultez notre éditorial invité signé par Katherine Corneau, qui annonce une

nouvelle ressource pour faciliter la transition des diplômés en soins infirmiers vers la pratique professionnelle. *Nursing the Future* est un programme conçu pour atténuer le stress et le manque de confiance qui peuvent accabler les nouvelles infirmières. Au lieu de cela, elles bénéficient d'un soutien qui favorise une transition réussie au début de leur carrière professionnelle.

Dans notre rubrique « Mise en lumière sur la pratique », Erin Robertson, coordonnatrice de la 18<sup>e</sup> édition des Lignes directrices de l'AIISOC, explique le Modèle de la pratique infirmière en soins périopératoires au Canada (©AIISOC, 2025), introduit dans les lignes directrices. Une lecture incontournable pour toutes les infirmières de soins périopératoires.

Ce troisième numéro depuis la relance de la revue vient clôturer le premier quart de siècle de ce millénaire. Meilleurs vœux pour une belle saison des Fêtes, et continuez à nous envoyer vos manuscrits!



Linda M. Verde  
Rédactrice en chef

## Protect your patients with everything you've got

**Plus Antibacterial Sutures.**

- Dependable antibacterial protection without affecting handling or performance<sup>1-8</sup>
- Backed by a large body of clinical evidence<sup>13-14</sup>
- Vast portfolio<sup>6, 9-12</sup>

**28%** Triclosan-coated sutures have been shown in multiple meta-analysis to reduce the risk of SSIs by 28%\*

**Johnson & Johnson MedTech** | Surgery

\*SSI reduction for triclosan-coated sutures is in comparison to non-triclosan coated sutures. The reported percentage reduction is based on the findings of multiple meta-analysis but may not reflect all available data. Some meta-analyses on the same topic may report smaller or larger reductions.

1. Ming X, Rothenburger S, Yang D. In vitro antibacterial efficacy of MONOCRYL plus antibacterial suture (Poliglecaprone 25 with triclosan). *Surg Infect (Larchmt)*. 2007;8(2):201-207. 2. Ming X, Nichols M, Rothenburger S. In vivo antibacterial efficacy of MONOCRYL plus antibacterial suture (Poliglecaprone 25 with triclosan). *Surg Infect (Larchmt)*. 2007;8(2):208-214. 3. Ming X, Rothenburger S, Nichols MM. In vivo and in vitro antibacterial efficacy of PDS plus (polydioxanone with triclosan) suture. *Surg Infect (Larchmt)*. 2008;9(4):451-457. 4. Rothenburger S, Spangler D, Bhende S, Burkley D. In vitro antimicrobial evaluation of Coated VICRYL Plus Antibacterial Suture (coated polyglactin 910 with triclosan) using zone of inhibition assay. *Surg Infect (Larchmt)*. 2002;3(suppl 1):S79-S87. 5. Storch ML, Rothenburger SJ, Jacinto E. Experimental efficacy study of coated VICRYL plus antibacterial suture in guinea pigs challenged with *Staphylococcus aureus*. *Surg Infect (Larchmt)*. 2004;5(3):281-288. 6. de Jonge SW, Atema JJ, Solomkin JS, Boemeester MA. Meta-analysis and trial sequential analysis of triclosan-coated sutures for the prevention of surgical-site infection. *Br J Surg*. 2017;104(2):218-e133. 7. FDA 510(k) documentation for Coated VICRYL™ Plus Antibacterial (polyglactin 910) Suture, MONOCRYL™ Plus Antibacterial (poliglecaprone 25) Suture, PDS™ Plus Antibacterial (polydioxanone) Sutures, STRATAFIX™ Plus Knotless Tissue Control Devices, et al. 2003-2020. Johnson & Johnson MedTech, Inc. 8. Ford HR, Jones P, Gaines B, Reblock K, Simpkins DL. Intraoperative handling and wound healing: controlled clinical trial comparing coated VICRYL plus antibacterial suture (coated polyglactin 910 suture with triclosan) with coated VICRYL suture (coated polyglactin 910 suture). *Surg Infect (Larchmt)*. 2005;6(3):313-321. 9. Wound Closure Manual. 2021. Johnson & Johnson MedTech, Inc. 10. Coated VICRYL™ Plus Antibacterial Suture Instructions for Use. Johnson & Johnson MedTech, Inc. 11. MONOCRYL™ Plus Antibacterial Suture Instructions for Use. Johnson & Johnson MedTech, Inc. 12. PDS™ Plus Antibacterial Suture Instructions for Use. Johnson & Johnson MedTech, Inc. 13. Plus Sutures for preventing surgical site infection. National Institute for Health and Care Excellence. June 28, 2021. Accessed January 31, 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/mtg59/resources/plus-sutures-for-preventing-surgical-site-infection-pdf-64372f2464224514>. Supporting documentation – Committee papers. National Institute for Health and Care Excellence. April 28, 2021. Accessed January 31, 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/mtg59/documents/supporting-documentation>. 2025. Johnson & Johnson MedTech LLC. All rights reserved. CA\_ETHWOUN3440301EN



**“The EBSI PICC dressing change kit comes in a nice, compact package. It’s easy to find in a chaotic and busy supply room.”**

**Jocelyn Hill**  
Clinical Nurse Specialist, Vascular Access  
Vancouver, B.C, Canada

[Learn more](#)

Click for more information about Medline’s kitting capabilities or call 1-800-268-2848

# President's Message – November 2025

As 2025 draws to a close, I am filled with gratitude and pride in reflecting on what has been a remarkable year for Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). This success is the result of the dedication and tireless efforts of our Board of Directors and the commitment of our members across the country. Together, we have accomplished an extraordinary amount in just twelve months.

This year brought significant change and progress, beginning with the implementation of our new by-laws. This important governance update strengthens our structure, ensures clarity in our operations, and sets the stage for continued growth and sustainability. One of the most notable changes has been the inclusion of Licensed Practical Nurses (LPNs) and Registered Practical Nurses (RPNs) as full members of the association. This expansion reflects our commitment to inclusivity and the recognition of the vital roles all perioperative nurses play in patient care.

Our collaborative spirit also has been a defining feature of 2025. ORNAC has strengthened relationships with provincial and specialty groups and special interest organizations, creating opportunities to share expertise, align efforts, and serve perioperative nurses better nationwide. These partnerships reflect the unity of our profession and our shared commitment to patient safety, professional development, and excellence in perioperative practice.

A highlight of the year was our 29th National Conference, which brought perioperative nurses from across Canada together, to learn, share, and inspire one another. The energy and engagement at the conference were truly inspiring and I want to thank everyone who attended, presented, exhibited, and contributed to organizing the conference and making it such a success.

In addition, 2025 saw the much-anticipated release of the 17th Edition of the *ORNAC Guidelines for Perioperative Practice in Canada*. This comprehensive resource continues to be an essential reference for perioperative nurses, supporting safe, high-quality care in every setting.

We also launched multiple membership initiatives to support and engage our community further:

- membership funding incentives for referring new members;
- CNA Certification funding to encourage and support members pursuing this professional designation;
- conference education sessions and monthly webinars; and
- the release of our third issue of the open access *ORNAC Journal*.

We also have increased our social media presence significantly to reach more members, promote perioperative practice, and highlight the work of the association. Our social media campaigns have helped raise awareness of our initiatives, shared valuable educational content, and strengthened connections within our national community.

The achievements of 2025 are a direct result of the work of an engaged and motivated volunteer Board of Directors, who have given countless hours of their time and expertise to ensure ORNAC's continued success. Their dedication, combined with the enthusiasm of our members, has set us on a strong path forward.

As we look toward 2026, we encourage every member to consider ways to get involved at the national level. There are many ways to participate:

- engage with ORNAC on our multiple social media platforms;
- sign up to be a peer reviewer for the Guidelines or the Journal;
- submit an article manuscript or editorial for publication in the *ORNAC Journal*;
- attend our virtual education sessions;
- apply for funding to put toward the CNA Perioperative Nurse Certification; or
- put your name forward to serve on the Board of Directors.

Participation at the national level strengthens our profession and demonstrates leadership and pride in perioperative nursing.

I look forward to seeing many of you step forward in 2026, to help shape the future of ORNAC and our profession. Together, we will continue to grow, lead, and inspire.

**Warm regards,  
Tanya Vandale  
President, ORNAC**

## Follow ORNAC on Socials

### Did you know...

ORNAC hosts monthly webinars... Keep an eye on your emails, ORNAC social media, and the website for upcoming webinars.

Stay connected with ORNAC! We love your engagement!



## Suivez l'AIISOC sur les réseaux sociaux

### Saviez-vous ...

L'AIISOC organise des webinaires mensuels... Gardez un œil sur vos courriels, les réseaux sociaux de l'AIISOC et le site Web pour les prochains webinaires.

Restez branchés avec l'AIISOC ! Nous aimons votre engagement !

# Message de la présidente – Novembre 2025

**A**lors que 2025 tire à sa fin, je ressens une immense gratitude et une grande fierté en réfléchissant à ce qui a été une année remarquable pour l'AIISOC (Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada). Ce succès est le fruit du dévouement et des efforts inlassables de notre conseil d'administration, ainsi que de l'engagement de nos membres à travers le pays. Ensemble, nous avons accompli des réalisations extraordinaires en seulement douze mois.

Cette année a été marquée par des changements et des progrès importants, à commencer par la mise à jour de nouveaux règlements administratifs. Cette mise à jour essentielle de notre gouvernance renforce notre structure, assure la clarté de nos opérations et prépare le terrain pour une croissance et une pérennité continue. L'un des changements les plus notables a été l'inclusion des infirmiers auxiliaires comme membres à part entière de l'Association. Cette expansion reflète notre engagement envers l'inclusivité et la reconnaissance du rôle vital que jouent tous les professionnels en soins périopératoires dans les soins aux patients.

Notre esprit de collaboration a également été un élément marquant de 2025. L'AIISOC a renforcé ses relations avec les groupes provinciaux, les associations spécialisées et les organisations d'intérêt particulier, créant ainsi des occasions de partager l'expertise, d'aligner nos efforts et de mieux soutenir les infirmières et infirmiers périopératoires à l'échelle nationale. Ces partenariats reflètent l'unité de notre profession et notre engagement commun envers la sécurité des patients, le développement professionnel et l'excellence en pratique de soins périopératoires.

Un moment fort de l'année fut notre 29<sup>e</sup> Conférence nationale, qui a réuni des infirmières en soins périopératoires de tout le Canada pour apprendre, partager et s'inspirer mutuellement. L'énergie et l'engagement qui se sont dégagés de la conférence furent véritablement inspirants, et je tiens à remercier toutes celles et ceux qui ont participé, présenté, exposé et contribué à l'organisation de cet événement afin d'en assurer le succès.

En outre, 2025 a marqué la sortie tant attendue de la 17<sup>e</sup> édition des *Lignes directrices de l'AIISOC pour la pratique périopératoire au Canada*. Cette ressource complète demeure une référence essentielle pour les infirmières en soins infirmiers périopératoires, soutenant des soins sécuritaires et de grande qualité dans tous les milieux.

Nous avons également lancé plusieurs initiatives d'adhésion pour soutenir et mobiliser davantage notre communauté :

- des incitatifs financiers pour le parrainage de nouveaux membres;
- un financement pour la certification de l'AIIC afin d'encourager et de soutenir les membres poursuivant cette désignation professionnelle;

- des séances éducatives en conférence et des webinaires mensuels; et
- la parution du troisième numéro de la *revue de l'AIISOC*, en libre accès.

Nous avons aussi considérablement accru notre présence sur les médias sociaux afin de rejoindre davantage de membres, de promouvoir la pratique de soins périopératoire et de mettre en valeur le travail de l'association. Nos campagnes en ligne ont permis de mieux faire connaître nos initiatives, de partager du contenu éducatif pertinent et de renforcer les liens au sein de notre communauté nationale.

Les réalisations de 2025 sont le résultat direct du travail d'un conseil d'administration bénévole engagé et motivé, qui a consacré d'innombrables heures de son temps et de son expertise pour assurer le succès continu de l'AIISOC. Leur dévouement, combiné à l'enthousiasme de nos membres, nous a placés sur une trajectoire solide pour l'avenir.

Alors que nous tournons notre regard vers 2026, nous encourageons chaque membre à envisager des façons de s'impliquer au niveau national. Plusieurs possibilités s'offrent à vous :

- interagir avec l'AIISOC sur nos différentes plateformes de médias sociaux;
- s'inscrire comme évaluatrice pour les Lignes directrices ou la Revue;
- soumettre un texte ou un éditorial pour publication dans la Revue de l'AIISOC;
- assister à nos séances de formations éducatives virtuelles;
- demander un financement pour la certification en soins infirmiers périopératoires de l'AIIC; ou
- proposer votre candidature pour siéger au conseil d'administration.

La participation à l'échelle nationale renforce notre profession et démontre le leadership et la fierté en soins infirmiers périopératoires.

J'ai hâte de voir plusieurs d'entre vous s'engager en 2026 pour contribuer à façonner l'avenir de l'AIISOC et de notre profession. Ensemble, nous continuerons de croître, de diriger et d'inspirer.

**Avec mes salutations les plus chaleureuses,**

**Tanya Vandale**

**Présidente, AIISOC**

**Advertise with the *ORNAC Journal***

For advertising rates, visit:

<https://pappin.com/wordpress/ornac-journal/>

**Faire de la publicité avec le journal**

Pour les tarifs publicitaires consultez :

<https://pappin.com/wordpress/ornac-journal/>

# Transforming from victim to survivor—Part 2: Fixing the systems that enable disruptive intraoperative behaviour

Alison Forest<sup>1</sup>, Brett Adams<sup>2</sup>, Owen Krestow<sup>2</sup>, Lesia Yasinski<sup>3</sup>, and Alexander Villafranca<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Northwestern Polytechnic, Grande Prairie, Alberta

<sup>2</sup> University of the Fraser Valley, Chilliwack, British Columbia

<sup>3</sup> Winnipeg Regional Health Authority, Winnipeg, Manitoba

\*Corresponding author: Alexander Villafranca, Associate Professor, University of the Fraser Valley, Chilliwack, British Columbia. CEP A3422, 45201 Caen Ave, Chilliwack, BC, V2R 0N3, [alexander.villafranca@ufv.ca](mailto:alexander.villafranca@ufv.ca)

## Abstract

Disruptive intraoperative behaviour is prevalent and consequential. It undermines patient care, sets a poor example for medical students, and erodes clinician wellbeing. Part 1 of this article series emphasized the importance of micro-level solutions, including proper appraisals and behavioural responses by victims and witnesses. However, focusing exclusively on clinician-level strategies puts undue responsibility on those individuals already affected. Part 2 focuses on the broader systems that allow disruptive behaviour to persist and, more importantly, how they can be changed. Specifically, this article explores how systems of hiring, education, mentorship, and cultural reinforcement shape the clinical environment and can either enable or prevent unprofessional conduct. Hiring practices should include candid discussions about professional expectations and anticipated challenges, while selecting candidates aligned with organizational values. Educational programs should explicitly teach clinicians the values and soft skills needed to avoid and mitigate disruptive behaviour and then engrain these skills using simulation. Mentorship systems should match new clinicians with good models of professionalism and should leverage advancements in professionalism education to hasten cultural change. Finally, organizations should create clear policies, enforce behavioural expectations consistently and fairly, create confidential reporting mechanisms, adjust working conditions to reduce stress and burnout, and supply supports to clinicians in need. Complex social issues like disruptive behaviour require both individual action and systems reform. Ultimately, combining these micro

and macro-level solutions can mitigate the negative impacts of disruptive behaviour and shift organizational culture toward professionalism and safety.

Keywords: teamwork, incivility, bullying, professionalism, mentorship, simulation

## Introduction

Multiple studies confirm the ubiquity of disruptive behaviours in the operating room (Cochran & Elder, 2014; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017), including acts of physical and psychological abuse (Villafranca et al., 2019; Villafranca, Hamlin, Jacobsohn et al., 2017). This behaviour undermines patient care, sets a poor example for medical students, and has deleterious physical and psychological consequences for healthcare professionals (Goh et al., 2022; Pogue et al., 2022; Rehder et al., 2020). At the system level, disruptive behaviour jeopardizes how efficient institutions function, by increasing the risk of adverse events, employee grievances, absenteeism, and subsequent staff turnover (Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017). Although research identifying the problem is widely available and referenced, disruptive behaviour remains a current and pressing issue that is underreported to management (Fast et al., 2020). This article series presents practical actions both individual clinicians and managers can use to prevent and mitigate the issue. Part 1 of this article series focused on micro-level solutions to disruptive behaviour—actions that individual clinicians can take in response to disruptive behaviour (Villafranca et al., 2025). These responses can mitigate or exacerbate consequences, and current responses are suboptimal (Villafranca et al., 2024). Micro-level solutions are critical to helping clinicians manage their current work environment and empowering them to affect outcomes. However, overemphasizing these solutions risks placing undue burden on individual clinicians to

**Suggested citation:** Forest, A., Adams, B., Krestow, O., Yasinski, L., & Villafranca, A. (2025). Transforming from victim to survivor—Part 2: Fixing the systems that enable disruptive intraoperative behaviour. *ORNAC Journal*, 42(2), 11–19. <https://doi.org/10.5737/ornac16381>

control the damage caused by unprofessional colleagues. It also rests on the hope that cumulative individual action will generate broader cultural change. Equal responsibility must be placed on management and leadership, since they can produce widespread and lasting cultural change by modifying systems. Management includes individuals in formal leadership roles who oversee unit operations, while leadership includes a broader range of influential people who span formal roles, such as educators or clinical coordinators, and informal roles, such as unit staff who volunteer to help develop strategies or projects (Jibreal, 2021). Ideally, management works with both formal and informal leaders to develop and improve perioperative systems.

It is these systems, as they currently function, that have allowed disruptive behaviour to thrive (Campos et al., 2022; Peisah et al., 2023; Rogers et al., 2013). Integrating individual interventions with systemic reforms creates a more sustainable culture of civility and safety. This article, Part 2, shifts the conversation toward system change by reviewing systems of hiring, systems of education, systems of mentorship and socialization, and systems of culture reinforcement and maintenance.

### **Systems of hiring**

Hiring is a time-consuming and stressful duty borne by health-care managers. This responsibility is complicated by staffing shortages, resource constraints, and frequent staff turnover; all of which are exacerbated by disruptive behaviour (Hastie et al., 2020; Higgins et al., 2013; Potts et al., 2020). Moreover, many managers report lacking the confidence and skills necessary to make good hiring decisions, and this challenge does not reliably lessen with experience (Kester et al., 2022). Nevertheless, this responsibility remains an essential gatekeeping action that shapes organizational culture. Hiring practices that fail to assess candidates for professionalism, or do not establish cultural expectations up front, can introduce individuals who are predisposed to bring disruptive behaviour into the organization. Whereas hiring practices that succeed in this regard, support safety culture, which is a system of shared values, behavioural expectations and professional attitudes that aim to overcome inherent problems within the operative environment (Hedsköld et al., 2021).

Commonly, hiring decisions are guided by mission statements and initiatives developed at the regional and societal level (Alberta Health Services, 2025; Ontario Health, 2025; Reese et al., 2021; Shubeck et al., 2020). New hires should share the vision and philosophy of the organization (Rosenstein, 2015) and be the candidates best positioned to contribute to its short-term goals and broader mission. Additionally, hires should fill the specific needs of individual units. For instance, if a unit is experiencing high levels of disruptive behaviour, interviews should incorporate questions that probe the candidate's views and skills related to professionalism. Broaching the

topic of disruptive behaviour provides the hiring team valuable insights into whether the candidate could immediately make a positive contribution to the unit's culture or would need additional support to take on that role. Furthermore, the interview acts as a key initial conversation allowing interviewers to state behavioural expectations at the outset, and outline the aspirational vision they have for the culture of the unit. Too often, new hires face a "hidden curriculum" characterized by a disconnect between what is taught during formal education and what is observed in practice (D'Eon et al., 2007; Gofton & Regehr, 2006; Ludwig et al., 2018). This can, ultimately, lead them to abandon the standards established in training and, instead, copy the disruptive behaviour modeled by senior staff, or at least tolerate and enable it (Alshareef & Flemban, 2025; Doherty et al., 2025). By discussing current initiatives during the interview process, organizations can ensure that new hires realize efforts to change the culture are in process. This can prepare hires to encounter disruptive behaviour from the odd recalcitrant clinician without abandoning all hope. Establishing expectations at this early stage can be equally important when hiring occurs in a union-based environment, where clinicians may be hired based on seniority and may have already adopted dysfunctional behaviours that were tolerated in their previous roles. In addition to being a vetting process, interviews should be seen as an initial contact, setting the tone for relationships between new hires and various parties, including other team members, patients, and management.

### **Systems of education**

While clinical education starts with professional entrance-to-practice programs at the post-secondary level, it continues throughout the clinician's career (Healthcare Quality Council of Alberta, 2013; Nes et al., 2022). Hospitals offer mandatory annual education, as well as specific programming, to advance various knowledge and skills. This represents an opportunity for managers and leadership to provide clinical cohorts with education that will enable them to handle disruptive behaviour. To that end, topics, such as conflict resolution and interpersonal skills, must be prioritized. Programs that do not ingrain the importance of civility and teamwork within the interdisciplinary context can produce clinicians who do not recognize the harm caused by disruptive behaviour (Moreira et al., 2019; Moreno-Leal et al., 2021). Ideally, educational opportunities address knowledge gaps, increase skills, and establish or strengthen values needed within the operative environment. Clinicians should be educated to identify disruptive behaviour and appreciate its antecedents and consequences.

As with other forms of hospital-based education, this content could be delivered using various modalities. Simulation-based training, however, is particularly well-suited to educating clinicians about disruptive behaviour, due to its many advantages. It aligns well with best practices in adult education and offers experiential opportunities for individuals or teams to practise

communication and conflict-resolution skills in true-to-life scenarios (Elendu et al., 2024; Farina et al., 2024; Saleem & Khan, 2023). While simulation is often associated with refining “hard” (i.e., technical) skills, it is equally suited for developing the “soft” skills needed to address disruptive behaviour. These include practising assertive communication, navigating team hierarchies, and responding to incivility during team-based scenarios that may involve role-play and guided observation exercises (Aggarwal et al., 2010; Lynch, 2020). Simulation has also been well studied, to the degree that best practices have been established for its use in healthcare environments (Lame & Dixon-Woods, 2020; Watts et al., 2021). Furthermore, simulation is flexible, allowing leaders to tailor learning goals to interpersonal challenges they are seeing on the unit and, subsequently, to adapt scenarios as requirements change. The use of simulation is also becoming more accepted in clinical training. As simulation becomes increasingly commonplace in professional education, new professionals arrive to the workplace well-versed in simulation protocol and procedures. At the same time, experienced staff increasingly recognize the benefits of simulation, leading to greater and more enthusiastic participation in simulation-based educational offerings (Abas & Juma, 2016; Okuda et al., 2009; Shandiz et al., 2021). In fact, simulation represents a learning experience that many clinicians find exciting. It presents challenging and engaging problems within an environment that poses no risk to patients. Because of this, students can be actively encouraged to experiment with different responses to disruptive behaviour. When paired with structured debriefing models, such as Plus-Delta, in which participants reflect on what went well before suggesting what might be done differently, simulation can make the learning process reflective and concrete, thereby increasing the likelihood of lasting culture change (Cheng et al., 2021; International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning [INACSL] et al., 2025; Lateef, 2010; Oh et al., 2021).

Having extolled the benefits of simulation for teaching soft skills to clinicians, we must stress that its effectiveness depends on its proper implementation. Unit leadership must follow best practices for designing, facilitating, and evaluating simulations. Ideally, this would include having facilitators complete formal simulation training, such as that provided by the Canadian Association of Schools of Nursing. Minimally, simulations should be developed using guidelines produced by reputable organizations, such as the INACSL (Canadian Nurse Educators Institute, 2025; INACSL, 2021). While it is beyond the scope of this article to review all best practices and describe the range of available simulation types, readers are encouraged to consult the references provided herein as a starting point. Knowing and adhering to simulation best practices ensure students learn the intended content, and that the time and cost of the simulation is justified (Diaz-Navarro et al., 2024; Experiential Learning Hub, 2021; INACSL, 2021).

For instance, it is essential to ensure that the simulation occurs in a psychologically safe learning environment that normalizes vulnerability and avoids assigning blame (Somerville et al., 2023; Turner et al., 2023; Vaughn et al., 2024). Care must be taken to safeguard all participants, regardless of the roles they have played in conflicts involving disruptive behaviour outside of the simulation. Interpersonal dynamics must be considered ahead of time, to minimize the risk of triggering or retraumatizing clinicians who have experienced or witnessed disruptive behaviour. Precautions would include ensuring that scenarios are not overly similar to conflicts experienced by the group in real life, setting behavioural expectations for participants in advance, allowing participants to step away from a scenario without judgment if they become overwhelmed, and ensuring that all components, including a pre-brief (outlining procedures and behavioural expectations), the simulation scenario itself, and the structured debrief, remain confidential. It would also be wise to identify pathways for distressed participants to seek emotional support, if needed.

For leaders new to simulation, its implementation may seem daunting. Fortunately, helpful resources exist. First, there is a growing library of virtual simulations available online. These offer learners repeat access, flexible scheduling, and the ability to be completed individually or in groups (Verkuyl et al., 2024). We have not linked to specific simulations here, as the content of these libraries is continually changing. Nevertheless, we recommend searching for already developed simulations related to disruptive behaviour before designing your own, to save time and effort. These alternatively could be used as templates or sources of ideas if more tailored scenarios are required. Second, educators and affiliates who are well versed in simulation development and facilitation are an invaluable resource. In settings with fewer institutional educators or limited resources, leadership instead can rely on best practice standards (INACSL, 2021) and other published resources, to help design and implement simulations (Canadian Nurse Educators Institute, 2025; Experiential Learning Hub, 2021; Harrington & Simon, 2022; Tapia & Waseem, 2023). Critically, managers and leaders must understand and take seriously the complexities of simulation, its associated risks, and how those risks are best minimized, prior to attempting its implementation.

### **Systems of mentorship and cultural socialization**

Once a clinician is hired, they must be integrated properly into the unit with the goal of making them competent team members who display high levels of professionalism. The goal of integration into a unit with an appropriately professional culture, however, can be undermined by the new clinician’s fears of inadequacy, generalized anxiety, lack of confidence in their skills, and newfound awareness of their knowledge gaps, as well as difficulties in navigating their assigned workload or the health system more generally (Alharbi et al., 2023; Malau-Aduli et al., 2020; Piccuito & De Santis Santiago, 2023). These

factors can make new clinicians feel like outsiders, make the task of integration seem insurmountable, and can encourage poorer behaviour by increasing stress. Even clinicians transitioning to the operating room from other clinical areas can experience the same challenges.

In situations where the unit culture does not reflect a high level of professionalism, new clinicians should be introduced to management's vision for the unit culture. This goal should be framed as realistic and broadly shared by the clinical staff. Their initial experiences in the workplace can either support or undermine confidence in this vision. Exposure to negative role models is influential, and both students and new hires are at risk of becoming disillusioned when experiencing or witnessing disruptive behaviour, to the degree that they begin adopting these behaviours over time.

This range of concerns, including how students navigate the transition to clinical practice and how they react to negative role modelling, can be addressed through mentorship, in which an experienced clinician is formally assigned to support, guide, and constructively role-model for a novice within the operative area. (Burgess et al., 2018; Dirks, 2021; Gularte-Rinaldo et al., 2023; Venkatesa Perumal & Singh, 2022). Mentorship is of benefit when it occurs early in the clinician's career and extending the mentorship period to at least one year seems to offer additional benefits (Gularte-Rinaldo et al., 2023; Vázquez-Calatayud & Eserverrii-Ascoiti, 2023; Venkatesa Perumal & Singh, 2022). Mentorship has proved to be a remarkably flexible tool, given the range of positive outcomes it can produce. This includes making clinicians better versed in evidence-based practice, as well as increasing their capability of providing more compassionate care for patients and better support for peers (Hookmani et al., 2021; Melnyk et al., 2021; Murry et al., 2022). Given its flexibility, the focus of mentorship can be tailored to the needs of the unit, thereby easing the new clinician's transition to that specific setting (Vázquez-Calatayud & Eserverrii-Ascoiti, 2023). Beyond easing transitions, mentorship offers additional benefits for both mentors and mentees, including increased confidence, higher job satisfaction, stronger team cohesion, and a renewed passion for the profession (Burgess et al., 2018; Venkatesa Perumal & Singh, 2022).

However, selecting the right mentors is crucial; just as with hiring, mentors should be chosen based on merit. Mentorship that is inadequate or led by clinicians who act disruptively will transmit the behaviour to the new generation of clinicians, reinforcing the hidden curriculum and perpetuating the harms associated with disruptive behaviour. Recruiting qualified mentors remains a challenge, as busy clinicians can be reticent to take on the role, due to competing time pressures in the clinical environment. This is understandable and management should ideally frame mentorship as an honour and

privilege, rather than a burdensome duty (Abi-Rafeh & Nahai, 2025). Consequently, clinicians displaying exceptional levels of professionalism should be not only encouraged but, potentially, incentivized to serve as mentors. New hires should also be preferentially partnered with these clinicians. Leaders at all levels must model professionalism (The Royal College of Surgeons of England, 2021), and mentors should be routinely assessed to ensure they are transmitting the values of the organization. Framing mentorship as a privilege rather than a right also sets the expectation that access to the role of mentor must be earned and maintained through good performance. An appropriate mentor can help individual clinicians stay aligned with professional standards by modelling good behaviour and counteracting the new hire's incidental exposure to unprofessional behaviour from other clinicians. Over the long term, a well-run mentorship program can actively promote a culture of civility by shaping the shared professional norms of the next generation of clinicians.

### **Systems of culture reinforcement and maintenance**

Organizational systems that reinforce and maintain a culture of professionalism should be considered. Using systems that do not hold clinicians to account or do not provide adequate supports will allow even the most civil and collaborative culture to drift toward unprofessionalism. While we have reviewed the management of disruptive behaviour previously, several key strategies are essential to mention (Villafranca et al., 2018; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017).

Decades of commentary recommend that organizations should develop and rigorously enforce policies that define behavioural expectations, and outline consequences for disruptive actions of different severity and frequency (Barnsteiner et al., 2001; Hickson et al., 2007; Piffnerling, 1997, 1999; Piper, 2003; Swiggart et al., 2009; Ward, 2002). The document also should define the term "disruptive behaviour" explicitly to avoid confusion (Harolds, 2021). These policies should ideally be accompanied by a dedicated code of conduct outlining concrete examples of professional and unprofessional behaviour (Hastie et al., 2020; The Royal College of Surgeons of England, 2021). These policies and guiding documents must apply to all staff, including leadership, to ensure that everyone contributes to a culture of professionalism (Schwartz & Sullivan, 1993). For these policies to be effective, they must be consistently applied and properly enforced (Rosenstein, 2011).

Continuous monitoring is vital to detect when these policies must be enforced (The Royal College of Surgeons of England, 2021). This includes routine performance reviews using established metrics and various feedback channels. The goal of this monitoring would be to provide clinicians with ongoing feedback about their performance as an individual and as a team member. Regular monitoring helps identify any drift toward unprofessional conduct, enabling timely corrective action

before minor issues become systemic problems. This process should not be solely punitive or even remedial. It also should identify individuals displaying high levels of professionalism for recognition and rewards (be they positional, financial, or opportunity-based). In addition to routine monitoring, targeted monitoring of clinicians who have undergone corrective action for disruptive behaviour should occur, to confirm that the issue is resolved (Harolds, 2021).

Establishing reliable reporting mechanisms is critical (Tso et al., 2023). These channels should be confidential and easily accessible to encourage staff to report disruptive behaviour promptly and without fear of retaliation (Tso et al., 2023). Whistleblowers must be protected by establishing clear anti-retaliation policies and perhaps using reporting systems that are strictly anonymous, or at least confidential (Harolds, 2021). At the same time, the rights of accused clinicians should be protected by giving them opportunities to respond and access an appeals process (Harolds, 2021). Ideally, reporting systems could be supplemented by regularly surveying staff about their exposure to disruptive behaviour, using established tools that are freely available (Villafranca et al., 2021). These actions help ensure that management can promptly identify and address issues as they arise.

Leadership should recognize that organizational factors, including working conditions, can increase the risk that clinicians will act disruptively (Aunger et al., 2023; Chinene et al., 2022; Villafranca et al., 2018), primarily by increasing their stress, burnout, and depression (Brown et al., 2009; Houck, & Colbert, 2017; Wright, 2021). Clinicians in these states are less able to regulate their emotions and make sound judgements, thereby increasing the risk of unprofessional behaviour. If institutions do not make efforts to set up work environments that prevent disruptive behaviour, even the most well-intentioned clinicians may find themselves slipping into incivility. Workplace factors believed to increase the risk of disruptive behaviour include excessive workloads, poor scheduling practices, inadequate breaks and recovery time between stressful events, lack of supplies, role conflict, patient safety concerns, and insufficient psychological support for clinicians (Aunger et al., 2023; Campos et al., 2022; Houck & Colbert, 2017; Keller et al., 2020;).

Leaders should counter this risk actively by incorporating clinician well-being into their quality improvement evaluations (Houck & Colbert, 2017). Useful sources of information that can provide early warning signs would be climate survey results, burnout screening tools, and data that tracks mandatory overtime and missed breaks. Leaders can also do daily rounds to gain firsthand information about practitioner concerns and affect, which can help them to assess the risk for, and presence of, disruptive behaviour (Alberta Health Services, 2012). Working conditions should be adjusted, as possible, to mitigate issues before they begin.

It is equally important that managers provide supports for clinicians who are at risk of burnout, especially when they are exposed to disruptive behaviour (The Royal College of Surgeons of England, 2021). This would include Employee Assistance Programs and accessible counselling services for offenders, victims, and also witnesses. These resources enable clinicians to address personal and professional stressors before they contribute to disruptive behaviour and can help them resolve issues stemming from their exposure to the behaviour. Additional supports and guidance should be provided so there is a clear and safe path for disruptive clinicians to be reintegrated into the team, where possible (The Royal College of Surgeons of England, 2021).

## Conclusion

Over the course of this two-article series, we have examined a dual approach to addressing disruptive behaviour, which combines individual-level strategies with system reforms. On the micro level, clinicians need to manage their cognitive appraisals, avoid detrimental self-labeling, use adaptive coping strategies, and act as an upstander who responds assertively to disruptive behaviour, to protect their well-being and enhance patient safety. Concurrently, leadership should drive initiatives that reform hiring practices, educational curricula, mentorship programs, and organizational policies, to promote widespread and lasting cultural change. By integrating these immediate, micro-level responses with longer-duration, macro-level interventions, healthcare teams can create a culture of professionalism and safety. Ultimately, this dual strategy mitigates the negative impacts of disruptive behaviour and paves the way for more widespread improvements to OR culture.

## Author notes



*Alison Forest, BScN, MN, RN, CCCI, is a nurse educator teaching in the Bachelor of Science in Nursing program at Northwestern Polytechnic in Grande Prairie, Alberta. She holds a Bachelor of Science in Nursing from the University of Alberta, a Master's in Nursing from Athabasca University, and is a Canadian Certified Clinical Instructor. Her clinical background is focused on obstetrics and women's health where she developed a passion for perinatal bereavement and healthcare and nursing culture. Her latest project assesses teaching ethical and virtuous behaviour in nursing curriculum.*



*Brett Adams is a senior undergraduate student in the Psychology program at The University of Western Ontario and a research technician at the University of the Fraser Valley. He has a strong interest in human behaviour and has worked on research projects related to disruptive behaviour in healthcare. Brett plans to pursue graduate studies in psychology following graduation.*



Owen Krestow is a senior undergraduate student in the Bachelor of Kinesiology program at the University of the Fraser Valley. He has a strong interest in the management and rehabilitation of neurological disorders. Owen plans to pursue further studies in physiotherapy or medicine following graduation, aiming for a career in healthcare.



Lesia Yasinski, RN, BN, MSA, obtained her BN and a Nursing Administrative Certificate at the University of Manitoba, and a Master of Science in Health Care Administration at Central Michigan University. She has worked as a perioperative clinical nurse, clinical resource nurse, perioperative nurse educator, and nurse manager, and is currently the Nursing Professional Lead for the Winnipeg Health Region. Previously, Lesia acted as an executive member of the Manitoba Operating Room Nursing Association. Lesia is passionate about perioperative nursing and the role we play in providing excellent patient care.



Alexander Villafranca, PhD, is an Associate Professor at the University of the Fraser Valley. He studies interpersonal dynamics and moral reasoning in high-stress healthcare contexts and holds a PhD in Empirical Bioethics. His work has been cited more than 1,300 times and has gained attention on social media, with articles reaching Altmetric scores in the 95th to 97th percentile of over 20 million ranked studies. His research has also been featured by media outlets, including the Canadian Broadcasting Corporation, CTV News, and the Winnipeg Free Press.

## Conflicts of Interest

None declared.

## Funding

This project was supported by internal funding from the Faculty of Health Sciences at the University of the Fraser Valley.

## Contribution and CRediT Statement

**Alison Forest:** Conceptualized and designed the review, located relevant academic literature, reviewed and organized most of the source material, drafted the manuscript, helped address reviewer comments, reviewed and approved the final manuscript.

**Brett Adams:** Located relevant academic literature, reviewed and organized some of the source material, helped to develop the bibliography, critically edited the manuscript, reviewed and approved the final manuscript.

**Owen Krestow:** Located relevant academic literature, reviewed and organized some of the source material, helped to develop the bibliography, critically edited the manuscript, reviewed and approved the final manuscript.

**Lesia Yasinski:** Helped plan the review article, critically edited the manuscript for important intellectual content, reviewed and approved the final manuscript.

**Alexander Villafranca:** Created the idea for the review, developed the literature search strategy, provided supervision, reviewed and organized some of the source material, drafted one section of the paper, critically edited the manuscript for intellectual content and style, coordinated the timeline and submission process, helped address reviewer comments, and reviewed and approved the final manuscript.

## References

- Abas, T., & Juma, F. Z. (2016). Benefits of simulation training in medical education. *Advances in Medical Education and Practice*, 7, 399–400. <https://doi.org/10.2147/AMEPS110386>
- Abi-Rafeh, J., & Nahai, F. (2025). The unique privilege of mentorship: Mentor and mentee perspectives. *Aesthetic Surgery Journal*, 45(4), NP126–NP127. <https://doi.org/10.1093/asj/sjae247>
- Aggarwal, R., Mytton, O. T., Derbrew, M., Hananel, D., Heydenburg, M., Issenberg, B., MacAulay, C., Mancini, M. E., Morimoto, T., Soper, N., Ziv, A., & Reznick, R. (2010). Training and simulation for patient safety. *Quality & Safety in Health Care*, 19(Suppl 2), i34–i43. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.038562>
- Alberta Health Services. (2012, December 20). *Managing disruptive behaviour handbook for medical leaders*. <https://www.albertahealthservices.ca/hp/if-hp-phys-disruptive-behaviour-outline.pdf>
- Alberta Health Services. (2025). *Interview advice*. <https://www.albertahealthservices.ca/careers/Page12782.aspx>
- Alharbi, H. F., Alzahrani, J., Hamed, A., Althagafi, A., & Alkarani, A. S. (2023). The experience of newly graduated nurses during their first year of practice. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(14), 2048. <https://doi.org/10.3390/healthcare11142048>
- Alshareef, M. H., & Flemban, A. F. (2025). How preceptor behaviour shapes the future of medical professionals. *Advances in Medical Education and Practice*, 16, 135–144. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S481620>
- Aunger, J. A., Maben, J., Abrams, R., Wright, J. M., Mannion, R., Pearson, M., Jones, A., & Westbrook, J. I. (2023). Drivers of unprofessional behaviour between staff in acute care hospitals: A realist review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1326. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10291-3>
- Barnsteiner, J. H., Madigan, C., & Spray, T. L. (2001). Instituting a disruptive conduct policy for medical staff. *AACN Clinical Issues*, 12(3), 378–382. <https://doi.org/10.1097/00044067-200108000-00006>
- Brown, S., Goske, M., & Johnson, C. (2009). Beyond substance abuse: Stress, burnout, and depression as causes of physician impairment and disruptive behavior. *Journal of the American College of Radiology: JACR*, 6(7), 479–485. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2008.11.029>
- Burgess, A., van Diggele, C., & Mellis, C. (2018). Mentorship in the health professions: A review. *The Clinical Teacher*, 15(3), 197–202. <https://doi.org/10.1111/tct.12756>
- Campos, M., Lira, M. J., Mery, P., Calderón, M., Sepúlveda, M., Pimentel, E., & Zúñiga, D. (2022). Disruptive behavior in the operating room: Systemic over individual determinants. *International Journal of Surgery Open*, 43, Article 100492. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2022.100492>
- Canadian Nurse Educators Institute. (2025). *Simulation certificate program*. Canadian Association of Schools of Nursing. <https://cnei-icie.casn.ca/our-programs/certification-programs/simulation-certification-program/>

- Cheng, A. Eppich, W., Epps, C., Kolbe, M., Meguerdichian, M., & Grant, V. (2021). Embracing informed learner self-assessment during debriefing: The art of Plus-Delta. *Advances in Simulation (London, England)*, 6(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s41077-021-00173-1>
- Chinene, B., Sibiya, M. N., & Nkosi, P. B. (2022). Antecedents of disruptive behaviours involving radiographers at central hospitals in Harare Metropolitan Province, Zimbabwe. *Radiography (London, England: 1995)*, 28(3), 751–757. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2022.03.006>
- Cochran, A., & Elder, W. B. (2014). A model of disruptive surgeon behaviour in the perioperative environment. *Journal of the American College Surgeons*, 219(3), 390–398. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.05.011>
- D'Eon, M., Lear, N., Turner, M., Jones, C., & Canadian Association of Medical Education. (2007). Perils of the hidden curriculum revisited. *Medical Teacher*, 29(4), 295–296. <https://doi.org/10.1080/01421590701291485>
- Diaz-Navarro, C., Armstrong, R., Charnetski, M., Freeman, K. J., Koh, S., Reedy, G., Smitten, J., Ingrassia, P. L., Matos, F. M., & Issenberg, B. (2024). Global consensus statement on simulation-based practice in healthcare. *Advances in Simulation (London, England)*, 9(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s41077-024-00288-1>
- Dirks, J. L. (2021). Alternative approaches to mentoring. *Critical Care Nurse*, 41(1), e9–e16. <https://doi.org/10.4037/ccn2021789>
- Doherty, A., Urwin, R., McMullan, R. D., Tou, Y. Y., Westbrook, J. I., & Curruca, K. (2025). The hidden curriculum in which medical students learn to understand and manage unprofessional behaviour: A qualitative interview study. *Medical Science Educator*, 35(1), 415–423. <https://doi.org/10.1007/s40670-024-02208-4>
- Elendu, C., Amaechi, D. C., Okatta, A. U., Amaechi, E. C., Elendu, T. C., Ezech, C. P., & Elendu I. D. (2024). The impact of simulation-based training in medical education: A review. *Medicine*, 103(27), e38813. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038813>
- Experiential Learning Hub. (2021). *Simulation-based experiential learning: Faculty toolkit*. Queen's University. [https://www.queensu.ca/experientiallearninghub/sites/qelhwww/files/uploaded\\_files/Simulation%20Toolkit/Simulation%20EL%20Faculty%20Toolkit%20%20Final%20Final%20April%208.pdf](https://www.queensu.ca/experientiallearninghub/sites/qelhwww/files/uploaded_files/Simulation%20Toolkit/Simulation%20EL%20Faculty%20Toolkit%20%20Final%20Final%20April%208.pdf)
- Farina, C. L., Moreno, J., & Schneidereith, T. (2024). Using simulation to improve communication skills. *The Nursing Clinics of North America*, 59(3), 427–448. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2024.02.007>
- Fast, I., Villafranca, A., Henrichs, B., Magid, K., Christodoulou, C., & Jacobsohn, E. (2020). Disruptive behaviour in the operating room is under-reported: An international survey. *Canadian Journal of Anesthesia*, 67(2), 177–185. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01540-3>
- Gofton, W., & Regehr, G. (2006). What we don't know we are teaching: Unveiling the hidden curriculum. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 449, 20–27. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000224024.96034.b2>
- Goh, H. S., Hosier, S., & Zhang, H. (2022). Prevalence, antecedents, and consequences of workplace bullying among nurses—A summary of reviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8256. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148256>
- Gularte-Rinaldo, J., Baumgardner, R., Tilton, T., & Brailoff, V. (2023). Mentorship ReSPeCT study: A nurse mentorship program's impact on transition to practice and decision to remain in nursing for newly graduated nurses. *Nurse Leader*, 21(2), 262–267. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.07.003>
- Harolds, J. A. (2021). Quality and safety in healthcare, Part LXXIII: Introduction to disruptive behavior in physicians and other healthcare workers. *Clinical Nuclear Medicine*, 46(12), 989–990. <https://doi.org/10.1097/RLU.00000000000003079>
- Harrington, D. W., & Simon L. V. (2022). Designing a simulation scenario. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547670/>
- Hastie, M. J., Jalbout, T., Ott, Q., Hopf, H. W., Cevasco, M., & Hastie, J. (2020). Disruptive behavior in medicine: Sources, impact and management. *Anesthesia and Analgesia*, 131(6), 1943–1949. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005218>
- Healthcare Quality Council of Alberta. (2013). *Managing disruptive behaviour in the healthcare workplace: Resource toolkit*. [https://hqca.ca/wp-content/uploads/2021/10/Disruptive\\_Behaviour\\_Toolkit\\_042413.pdf](https://hqca.ca/wp-content/uploads/2021/10/Disruptive_Behaviour_Toolkit_042413.pdf)
- Hedsköld, M., Sachs, M. A., Rosander, T., von Knorring, M., & Pukk Härenstam, K. (2021). Acting between guidelines and reality – An interview study exploring strategies of first line managers in patient safety work. *BMC Health Services Research*, 21(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06042-3>
- Hickson, G. B., Pichert, J. W., Webb, L. E., & Gabbe, S. G. (2007). A complementary approach to promoting professionalism: Identifying, measuring, and addressing unprofessional behaviors. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 82(11), 1040–1048. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815761ee>
- Higgins, J., Kuthy, J. E., Sadler, F., Gonzalez, R., & Biddle, D. A. (2013). Hiring right, every time. *Nursing Management*, 44(9), 51–53. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000431427.16206.3c>
- Hookmani, A. A., Lalani, N., Sultan, N., Zubairi, A., Hussain, A., Hasan, B. S., & Rasheed, M. A. (2021). Development of an on-job mentorship programme to improve nursing experience for enhanced patient experience of compassionate care. *BMC Nursing*, 20(175). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00682-4>
- Houck, N. M., & Colbert, A. M. (2017). Patient safety and workplace bullying: An integrative review. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(2), 164–171. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000209>
- International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning. (2021). *Healthcare simulation standards of best practice*. <https://www.inacsl.org/healthcare-simulation-standards>
- International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning, Decker, S., Sapp, A., Bibin, L., Chidume, T., Crawford, S. B., Fayyaz, J., Johnson, B. K., & Szydlowski, J. (2025). Healthcare simulation standards of best practice: The debriefing process. *Clinical Simulation in Nursing*, 105, 101775. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101775>
- Jibreel, S. (2021). A theoretical difference between leadership and management. *Journal of Social Sciences and Education*, 4(2), 278–286. <https://doi.org/10.53047/josse.959155>
- Kester, K. M., Engel, J., Fuchs, M. A., Alston, S., & Granger, B. B. (2022). A qualitative descriptive study of nurse manager decision-making associated with RN hiring. *The Journal of Nursing Administration*, 52(7–8), 406–412. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001173>
- Keller, S., Yule, S., Zagarese, V., & Henrickson Parker, S. (2020). Predictors and triggers of incivility within healthcare teams: A systematic review of the literature. *BMJ Open*, 10(6), e035471. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035471>
- Lame, G., & Dixon-Woods, M. (2020). Using clinical simulation to study how to improve quality and safety in healthcare. *BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning*, 6(2), 87–94. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2018-000370>
- Lateef, F. (2010). Simulation-based learning: Just like the real thing. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 3(4), 348–352. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.70743>
- Ludwig, B., Turk, B., Seitz, T., Klaus, I., & Löffler-Stastka, H. (2018). The search for attitude—A hidden curriculum assessment from a central European perspective. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 130(3–4), 134–140. <https://doi.org/10.1007/s00508-018-1312-5>

- Lynch, A. (2020). Simulation-based acquisition of non-technical skills to improve patient safety. *Seminars in Pediatric Surgery*, 29(2), 150906. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2020.150906>
- Malau-Aduli, B. S., Roche, P., Adu, M., Jones, K., Adele, F., & Drovandi, A. (2020). Perceptions and processes influencing the transition of medical students from pre-clinical to clinical training. *BMC Medical Education*, 20(1), 279. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02186-2>
- Melnyk, B. M., Tan, A., Hsieh, A. P., & Gallagher-Ford, L. (2021). Evidence-based practice culture and mentorship predict EBP implementation, nurse job satisfaction, and intent to stay: Support for the ARCC model. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(4), 272–281. <https://doi.org/10.1111/wvn.12524>
- Moreira, F. T. L. D. S., Callou, R. C. M., Albuquerque, G. A., & Oliveira, R. M. (2019). Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Revista gaúcha de enfermagem*, 40(spe), e20180308. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>
- Moreno-Leal, P., Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Jiménez-Ruiz, I., Ramos-Morcillo, A. J., Ruzafa-Martínez, M., & De Souza Oliveira, A. C. (2021). Disruptive behaviour at hospitals and factors associated to safer care: A systematic review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(1), 19. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010019>
- Murry, A. T., Barnabe, C., Foster, S., Taylor, A. S., Atay, E. J., Henderson, R., & Crowshoe L. L. (2022). Indigenous mentorship in the health sciences: Action and approaches of mentors. *Teaching and Learning in Medicine*, 34(3), 266–276. <https://doi.org/10.1080/10401334.2021.1912610>
- Nes, E., White, B. A. A., Malek, A. J., Mata, J., Wieters, J. S., & Little, D. (2022). Building communication and conflict management awareness in surgical education. *Journal of Surgical Education*, 79(3) 745–752. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2021.11.01>
- Oh, Y. J., Kang, H. Y., Song, Y., & Lindquist, R. (2021). Effects of a transformative learning theory-based debriefing in simulation: A randomized trial. *Nurse Education in Practice*, 50, 102962. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102962>
- Okuda, Y., Bryson, E. O., DeMaria, S., Jr., Jacobson, L., Quinones, J., Shen, B., & Levine, A. I. (2009). The utility of simulation in medical education: What is the evidence? *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York*, 76(4), 330–343. <https://doi.org/10.1002/msj.20127>
- Ontario Health. (2025). *Ontario health careers*. <https://www.ontariohealth.ca/careers>
- Peisah, C., Williams, B., Hockey, P., Lees, P., Wright, D., & Rosenstein, A. (2023). Pragmatic systemic solutions to the wicked and persistent problem of the unprofessional disruptive physician in the health system. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(17), 2455. <https://doi.org/10.3390/healthcare11172455>
- Pfifferling, J. H. (1997). Managing the unmanageable: The disruptive physician. *Family Practice Management*, 4(10), 76–92.
- Pfifferling, J. H. (1999). The disruptive physician. A quality of professional life factor. *Physician Executive*, 25(2), 56–61.
- Piccuito, C. M., & De Santis Santiago, R. R. (2023). New graduate respiratory therapists' perceptions of their transition to practice. *Respiratory Care*, 68(10), 1365–1376. <https://doi.org/10.4187/respcare.11004>
- Piper, L. E. (2003). Addressing the phenomenon of disruptive physician behavior. *The Health Care Manager*, 22(4), 335–339. <https://doi.org/10.1097/00126450-200310000-00007>
- Pogue, C. A., Li, P., Swiger, P., Gillespie, G., Ivankova, N., & Patrician, P. A. (2022). Associations among the nursing work environment, nurse-reported workplace bullying, and patient outcomes. *Nursing Forum*, 57(6), 1059–1068. <https://doi.org/10.1111/nuf.12781>
- Potts, J., Brouder, P., Helms, S., & Leach, K. (2020). Predictive hiring to maintain excellence in patient care. *The Journal of Nursing Administration*, 50(4), 232–236. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000873>
- Reese, S. M., Gilmartin, H., & Smathers, S. (2021). Challenges and opportunities in recruiting, hiring and training infection preventionists across facility settings. *American Journal of Infection Control*, 49(8), 973–977. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.05.001>
- Rehder, K. J., Adair, K. C., Hadley, A., McKittrick, K., Frankel, A., Leonard, M., Frankel, T. C., & Sexton, J. B. (2020). Associations between a new disruptive behaviours scale and teamwork, patient safety, work-life balance, burnout, and depression. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 46(1), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.09.004>
- Rogers, D. A., Lingard, L., Boehler, M. L., Espin, S., Schindler, N., Klingensmith, M., & Mellinger, J. D. (2013). Foundations for teaching surgeons to address the contributions of systems to operations room team conflict. *American Journal of Surgery*, 206(3), 428–432. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.03.002>
- Rosenstein, A. H. (2011). Managing disruptive behaviors in the health care setting: Focus on obstetrics services. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(3), 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.10.899>
- Rosenstein, A. H. (2015). Taking a new approach to reduce the incidence of physician disruptive behaviors. *Hospital Practice (1995)*, 43(4), 221–225. <https://doi.org/10.1080/21548331.2015.1083838>
- Royal College of Surgeons of England. (2021). *Managing disruptive behaviours in surgery: A guide to good practice*. <https://www.rcseng.ac.uk/-/media/files/rcs/standards-and-research/standards-and-policy/good-practice-guides/2021/rcs-england-managing-disruptive-behaviours-2021.pdf>
- Saleem, M., & Khan, Z. (2023). Healthcare simulation: An effective way of learning in healthcare. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 39(4), 1185–1190. <https://doi.org/10.12669/pjms.39.4.7145>
- Schwartz, R. H., & Sullivan, D. B. (1993). Managing diversity in hospitals. *Health Care Management Review*, 18(2), 51–56.
- Shandiz, M., Gholamreza, M., & Fahimeh, B. S. (2021). Benefits of simulation-based education in hospital emergency departments. *Journal of Education and Health Promotion*, 11, Article 40. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_558\\_21](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_558_21)
- Shubeck, S. P., Newman, E. A., Virous, C. A., Antunez, A. G., & Dossett, L. A. (2020). Hiring practices of US academic surgery departments – Challenges and opportunities for more inclusive hiring. *Journal of Surgical Research*, 254, 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.03.054>
- Somerville, S. G., Harrison, N. M., & Lewis, S. A. (2023). Twelve tips for the pre-brief to promote psychological safety in simulation-based education. *Medical Teacher*, 45(12), 1349–1356. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2214305>
- Swiggart, W. H., Dewey, C. M., Hickson, G. B., Finlayson, A. J., & Spickard, W. A., Jr. (2009). A plan for identification, treatment, and remediation of disruptive behaviors in physicians. *Frontiers of Health Services Management*, 25(4), 3–11.
- Tapia, V., & Waseem, M. (2023). Setup and execution of in situ simulation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551657/>
- Tso, H. H., White, C. Y., & Parikh, J. R. (2023). How breast radiologists can deal with the disruptive technologist. *Clinical Imaging*, 104, 109994. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2023.109994>
- Turner, S., Harder, N., Martin, D., & Gillman L. (2023). Psychological safety in simulation: Perspectives of nursing students and faculty. *Nurse Education Today*, 122, 105712. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105712>

- Vaughn, J., Ford, S. H., Killam, L., Sims, S., Arms, T., Roberto, A., & Dawkins, M. W. (2024). STEPS: A simulation tool to enhance psychological safety. *Clinical Simulation in Nursing*, 90, Article 101532. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101532>
- Vázquez-Calatayud, M., & Eserverri-Ascoiti, M. C. (2023). Retention of newly graduated nurses in the hospital setting: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19–20) 6849–6862. <https://doi.org/10.1111/jocn.16778>
- Venkatesa Perumal, R., & Singh, M. D. (2022). Mentorship in nursing in Canada – A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 65, 103461. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103461>
- Verkuyl, M., Violato, E., Harder, N., Southam, T., Lavoie-Tremblay, M., Goldsworthy, S., Ellis, W., Campbell, S. H., & Atack, L. (2024). Virtual simulation in healthcare education: A multi-professional, pan-Canadian evaluation. *Advances in Simulation (London, England)*, 9(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s41077-023-00276-x>
- Villafranca, A., Adams, B., Krestow, O., Forest, A., & Yasinski, L. (2025). Transforming from victim to survivor—Part I: Strategies for clinicians to safeguard themselves, colleagues, and patients from disruptive intraoperative behaviour. *ORNAC Journal*, 42(1), 56–64. <https://doi.org/10.5737/ornac14515>
- Villafranca, A., Fast, I., & Jacobsohn, E. (2018). Disruptive behavior in the operating room: Prevalence, consequences, prevention, and management. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 31(3), 366–374. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000592>
- Villafranca, A., Fast, I., Turick, M., & Jacobsohn, E. (2024). Clinician responses to disruptive intraoperative behaviour: Patterns and norms identified from a multinational survey. *Canadian Journal of Anesthesia*, 71(4), 490–502. <https://doi.org/10.1007/s12630-023-02670-5>
- Villafranca A., Hamlin, C., Enns, S., & Jacobsohn, E. (2017). Disruptive behaviour in the perioperative setting: A contemporary review. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 64(2), 128–140. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0784-x>
- Villafranca, A., Hamlin, C., Jacobsohn, E., & Intraoperative Behaviors Research Group (2017). Physical and psychological abuse in Canadian operating rooms. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, 64(2), 236–237. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0777-9>
- Villafranca, A., Hamlin, C., Rodebaugh, T. L., Robinson, S., & Jacobsohn, E. (2021). Development of survey scales for measuring exposure and behavioral responses to disruptive intraoperative behavior. *Journal of Patient Safety*, 17(7), e607–e614. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000423>
- Villafranca, A., Magid, K., Young, A., Fast, I., & Jacobsohn, E. (2019). Abusive behaviour in Canadian and US operating rooms. Comportements abusifs dans les salles d'opération canadiennes et américaines. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, 66(7), 795–802. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01334-7>
- Ward, S. (2002). What you as a manager can do to overcome verbal abuse of staff. *OR Manager*, 18(12), 1–15.
- Watts, P. I., Rossler, K., Bowler, F., Miller, C., Charnetski, M., Decker, S., Malloy, M. A., Persico, L., McMahon, E., McDermott, D., & Hallmark, B. (2021). Onward and upward: Introducing the healthcare simulation standards of best practice™. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.006>
- Wright, C. (2021). The disruptive physician and impact on the culture of safety. *Current Opinion in Anesthesiology*, 34(3), 387–391. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000968>



 solventum

3M™ Bair Hugger™ Temperature Monitoring System

The power of knowing - every degree

### Because knowing sooner means solving faster

Knowing a patient's critical vital signs at all times is key to making the right decisions that lead to better care and outcomes. The Bair Hugger Temperature Monitoring System provides continuous core temperature monitoring with a standardized, non-invasive system. With real-time data from a single modality, you get better insights, reducing variability and bridging gaps for consistency across the perioperative continuum. The more you know, the more you can do to help reduce unintended hypothermia for your patients.

BairHugger.com

© Solventum 2025. Solventum, the S logo, Bair Hugger and the Bair Hugger logo are trademarks of Solventum or its affiliates. Other trademarks are the property of their respective owners.



Le présent article, publié sur la plateforme Open Journal Systems, est diffusé sous la licence d'attribution Creative Commons BY-NC-ND/4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), laquelle n'autorise le téléchargement et le partage de l'article qu'à des fins personnelles. Il est interdit d'utiliser le présent article à des fins commerciales ou d'en modifier le contenu de quelque manière que ce soit. Le titre de l'article original doit être correctement cité.

# De victime à survivant — Partie 2 : Corriger les systèmes qui permettent les comportements perturbateurs en salle d'opération

Alison Forest<sup>1</sup>, Brett Adams<sup>2</sup>, Owen Krestow<sup>2</sup>, Lesia Yasinski<sup>3</sup> et Alexander Villafranca<sup>2</sup> \*

<sup>1</sup> Northwestern Polytechnic, Grande Prairie (Alberta)

<sup>2</sup> University of the Fraser Valley, Chilliwack (Colombie-Britannique)

<sup>3</sup> Responsable professionnelle – Soins infirmiers, Office régional de la santé de Winnipeg (Manitoba)

\* **Auteur-ressource** : Alexander Villafranca, professeur agrégé, University of the Fraser Valley, Chilliwack (Colombie-Britannique). CEP A3422, 45201, av. Caen, Chilliwack, (Colombie-Britannique) V2R 0N3, [alexander.villafranca@ufv.ca](mailto:alexander.villafranca@ufv.ca)

## Résumé

Les comportements perturbateurs observés en salle d'opération sont fréquents et leurs répercussions sont graves. Ils nuisent aux soins au patient, donnent un mauvais exemple à l'étudiant en médecine et minent le bien-être du clinicien. La première partie de cet article a mis en relief l'importance des solutions à adopter à petite échelle, notamment la tenue d'évaluations adéquates et l'examen des réactions comportementales des victimes et des témoins. Mais si on se concentre uniquement sur les stratégies que les cliniciens peuvent adopter, on fait porter une responsabilité trop lourde à des personnes déjà touchées. Dans la deuxième partie, on se penche sur les systèmes qui contribuent à la perpétuation de comportements perturbateurs et, plus important encore, sur les manières de les changer. De façon plus précise, le présent article vise à examiner comment les pratiques d'embauche, les programmes de formation et de mentorat, de même que le renforcement culturel façonnent le milieu clinique et peuvent favoriser ou empêcher l'adoption de comportements contraires à l'éthique professionnelle. Au cours de l'embauche, on devrait avoir de franches discussions sur les attentes professionnelles et les difficultés à prévoir et sélectionner des candidats qui adhèrent aux valeurs de l'établissement. Les programmes de formation devraient viser à enseigner expressément aux cliniciens les valeurs et les compétences générales nécessaires pour éviter ou atténuer des comportements perturbateurs, et à renforcer ces compétences à l'aide d'exercices de simulation. Les programmes de mentorat devraient permettre de jumeler les nouveaux

cliniciens à de bons modèles de professionnels et de tirer parti des progrès réalisés dans le domaine de l'enseignement du professionnalisme afin d'accélérer le changement de culture. Enfin, les établissements devraient établir des politiques claires, établir les attentes comportementales d'une manière cohérente et équitable, créer des mécanismes de signalement confidentiel, adapter les conditions de travail de façon à réduire le stress et l'épuisement professionnel, et fournir du soutien aux cliniciens qui en ont besoin. Les problèmes complexes d'ordre social, comme les comportements perturbateurs, nécessitent à la fois des interventions à l'échelle individuelle et une réforme systémique. En fin de compte, la combinaison des solutions à petite échelle et des solutions à grande échelle pourra atténuer les effets pervers des comportements perturbateurs et faire évoluer la culture organisationnelle vers le professionnalisme et la sécurité.

Mots-clés : travail d'équipe, impolitesse, intimidation, professionnalisme, mentorat, simulation

## Introduction

Les résultats de nombreuses études confirment l'omniprésence de comportements perturbateurs dans les salles d'opération (Cochran & Elder, 2014; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017), y compris d'actes de violence physique et psychologique (Villafranca et al., 2019; Villafranca, Hamlin, Jacobsohn et al., 2017). Ces comportements nuisent aux soins aux patients, donnent un mauvais exemple aux étudiants en médecine et, en plus, ont des effets néfastes sur la santé physique et psychologique des professionnels de la santé (Goh et al., 2022; Pogue et al., 2022; Rehder et al., 2020). À l'échelle systémique, les comportements perturbateurs compromettent l'efficacité des établissements de soins de santé, font augmenter le risque d'événements indésirables, le nombre de griefs déposés par des membres du personnel, le taux d'absentéisme

**Manière suggérée de citer l'article** : Forest, A., Adams, B., Krestow, O., Yasinski, L., Villafranca, A. (2025). De victime à survivant — Partie 2 : Corriger les systèmes qui permettent les comportements perturbateurs en salle d'opération. *Revue de l'AIISOC*, 42(2), 20–29. <https://doi.org/10.5737/ornac16381>

et, par conséquent, le taux de roulement du personnel (Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017). Il existe de nombreux travaux de recherche sur le problème et leurs auteurs sont très souvent cités; pourtant les comportements perturbateurs restent une question d'actualité, un problème urgent à régler, et qui n'est pas toujours signalé à la direction de l'établissement (Fast et al., 2020). La présente série d'articles vise à exposer des solutions pratiques que les cliniciens et les gestionnaires peuvent adopter pour prévenir et atténuer le problème. La première partie du présent article servait surtout à présenter des solutions à petite échelle, c'est-à-dire des mesures que les cliniciens et les gestionnaires peuvent adopter pour prévenir et atténuer le problème (Villafranca et al., 2025). Les réactions actuelles atténuent parfois les conséquences, mais d'autres fois les aggravent, ce qui n'est pas optimal (Villafranca et al., 2024). L'adoption de solutions à petite échelle est essentielle pour permettre aux cliniciens d'intervenir sur leurs conditions de travail pour les améliorer. Mais si on insiste trop sur l'importance de ces solutions, on risque d'imposer aux cliniciens un fardeau trop lourd en leur demandant de limiter les préjudices causés par des collègues dont le comportement est contraire à l'éthique professionnelle. De plus, l'adoption de ces mesures se fonde sur l'espoir que l'effet cumulatif d'interventions individuelles mènera à un vaste changement de culture. Il incombe de faire porter une responsabilité équivalente aux leaders et aux dirigeants, car ces personnes peuvent favoriser un changement de culture généralisé et durable en intervenant sur les systèmes. Les dirigeants assument des fonctions formelles, supervisent les activités des services, alors que les leaders forment un éventail plus large de personnes influentes ayant des fonctions formelles, comme les formateurs ou les coordonnateurs cliniciens, ou informelles, comme les membres du personnel d'un service qui travaillent bénévolement pour aider à élaborer des stratégies ou à développer des projets (Jibreal, 2021). Idéalement, les dirigeants devraient travailler de concert avec les leaders ayant des fonctions officielles et les autres pour développer et améliorer le milieu de services périoopératoires.

Or, ce sont justement ces milieux, de la façon dont ils fonctionnent actuellement, qui permettent le développement de comportements perturbateurs (Campos et al., 2022; Peisah et al., 2023; Rogers et al., 2013). Lorsqu'une réforme systémique s'accompagne d'interventions personnelles, on assiste à la naissance d'une culture de civilité et de sécurité plus durable. Le présent article, le deuxième de la série, vise à orienter la discussion vers un virage systémique; il passe en revue les systèmes d'embauche, de formation, de mentorat et de socialisation, ainsi que les systèmes de renforcement et de maintien de la culture.

### **Systèmes d'embauche**

Le recrutement est une tâche laborieuse et stressante qui incombe aux gestionnaires des établissements de soins de santé. La pénurie de personnel, le manque de ressources et

un taux de roulement du personnel élevé seront tous exacerbés par les comportements perturbateurs (Hastie et al., 2020; Higgins et al., 2013; Potts et al., 2020). Plusieurs gestionnaires d'embauche indiquent manquer de confiance et ne pas avoir l'impression de posséder les compétences nécessaires pour prendre des décisions d'embauche éclairées; et l'expérience ne semble pas améliorer ce constat (Kester et al., 2022). Il n'en reste pas moins que le système d'embauche reste une mesure de contrôle essentielle qui façonne la culture organisationnelle. Si les pratiques d'embauche ne permettent pas d'évaluer le professionnalisme du candidat et néoncent pas clairement au point de départ les attentes, l'organisation risque de laisser entrer des personnes susceptibles d'avoir des comportements perturbateurs. À l'inverse, les pratiques d'embauche qui abordent ces éléments favoriseront une culture de la sécurité, c'est-à-dire un ensemble de valeurs communes, d'attentes comportementales et de conduites professionnelles qui aideront à surmonter les difficultés inhérentes au travail en salle d'opération (Hedsköld et al., 2021).

En règle générale, les décisions d'embauche sont guidées par les énoncés de mission et les objectifs des programmes développés à l'échelle régionale et au niveau de la société (Alberta Health Services 2025; (Ontario Health [Santé Ontario], 2025; Reese et al., 2021; Shubeck et al., 2020). Les nouveaux employés doivent adhérer à la vision et à la philosophie de l'établissement (Rosenstein, 2015) et être les candidats les mieux placés pour contribuer à l'atteinte des objectifs à court terme et aider l'établissement à remplir sa mission générale. Ils doivent aussi répondre aux besoins particuliers d'un service donné. Si, par exemple, si dans un service la fréquence de comportements perturbateurs est élevée, l'équipe d'embauche doit, durant l'entrevue d'emploi, poser des questions servant à sonder le point de vue du candidat sur le professionnalisme et à évaluer ses compétences professionnelles. En abordant la question des comportements perturbateurs, l'équipe peut juger si le candidat est apte à contribuer positivement à la culture du service, ou aura besoin d'encadrement pour bien jouer son rôle. L'entrevue d'emploi agit comme premier entretien essentiel pour énoncer d'entrée de jeu les attentes comportementales et les grandes lignes de la culture recherchée au sein du service. Trop souvent, les nouveaux employés observent un écart entre ce qui leur est enseigné durant le programme d'études et ce qui se passe dans la pratique (D'Eon et al., 2007; Gofton & Regehr, 2006; Ludwig et al., 2018). Ce clivage risque de les amener à rejeter les normes établies pendant leur formation pour plutôt calquer (ou au moins tolérer) le comportement perturbateur de leurs supérieurs (Alshareef & Flemban, 2025; Doherty et al., 2025). En présentant les initiatives en cours durant l'entrevue d'emploi, l'établissement s'assure que les nouveaux employés se rendent compte que des efforts sont déployés pour changer la culture, qui les aidera à affronter le comportement perturbateur de certains cliniciens récalcitrants sans pour autant

abandonner tout espoir. Il serait aussi important d'établir les attentes à cette étape préliminaire lorsqu'il s'agit d'un milieu de travail syndiqué, où certains cliniciens sont nommés à des postes selon leur ancienneté ou ont des comportements dysfonctionnels qui étaient tolérés lorsqu'ils occupaient leurs anciens postes. En plus d'être un mécanisme de sélection, l'entrevue d'emploi doit être considérée comme le premier contact qui donne le ton aux relations entre le nouvel employé et les diverses parties, en particulier avec les autres membres de l'équipe, les patients et la direction.

### **Programmes de formation**

La formation clinique commence par des programmes préparatoires à la pratique dans les établissements postsecondaires et se poursuit tout au long de la carrière du clinicien (Healthcare Quality Council of Alberta, 2013; Nes et al., 2022). Les hôpitaux ont de la formation annuelle obligatoire, et certains programmes particuliers visant l'enrichissement des connaissances et le perfectionnement des compétences. Ces programmes permettent aux dirigeants et aux leaders d'offrir aux cohortes de cliniciens une formation pour les aider à faire face aux comportements perturbateurs. Certains aspects, comme la résolution de conflits et les compétences interpersonnelles, doivent être abordés en priorité. Si ces programmes ne mettent pas l'accent sur la courtoisie et le travail d'équipe en contexte interdisciplinaire, les cliniciens risquent de ne pas reconnaître les préjudices causés par des comportements perturbateurs (Moreira et al., 2019; Moreno-Leal et al., 2021). Idéalement, les occasions de formation devraient combler les lacunes de connaissances, accroître les compétences, et énoncer et renforcer les valeurs à respecter en milieu de travail. Les cliniciens devraient apprendre à reconnaître les comportements perturbateurs et à mesurer les conséquences des épisodes passés.

Comme d'autres types de programmes de formation en milieu hospitalier, ces programmes pourraient se dérouler selon différentes modalités. La formation par simulation est particulièrement bien adaptée pour sensibiliser les cliniciens aux comportements perturbateurs. Plusieurs raisons l'expliquent. En effet, elle s'harmonise bien avec les pratiques exemplaires en matière d'éducation des adultes tout en permettant aux individus et aux équipes de mettre en pratique leurs aptitudes à communiquer et à résoudre des conflits dans des scénarios réalistes (Elendu et al., 2024; Farina et al., 2024; Saleem & Khan, 2023). La formation par simulation permet souvent de perfectionner des compétences techniques; mais elle permet aussi à perfectionner les compétences comportementales nécessaires pour faire face à des comportements perturbateurs. Elle consiste entre autres à s'exercer à communiquer avec assurance, à s'y retrouver dans les structures hiérarchiques des équipes et à réagir aux manques de politesse observés durant des scénarios de travail en équipe qui utilisent des jeux de rôle et des exercices d'observation guidée (Aggarwal et al., 2010; Lynch, 2020). La formation par simulation a fait l'objet

de nombreuses études, à tel point qu'on a établi des méthodes exemplaires pour utiliser cette méthode de formation dans des établissements de soins de santé (Lame & Dixon-Woods, 2020; Watts et al., 2021). Il s'agit d'une méthode souple, qui permet aux leaders d'adapter les objectifs d'apprentissage en fonction des difficultés interpersonnelles observées dans le service et, par la suite, d'adapter les scénarios à mesure que les besoins évoluent.

La simulation est une méthode de plus en plus répandue et acceptée pour la formation des cliniciens. Elle est maintenant monnaie courante dans la formation professionnelle. Les nouveaux professionnels arrivent en milieu de travail en connaissant bien les protocoles et les méthodes de simulation. Le personnel d'expérience reconnaît de plus en plus les mérites de la formation par simulation, ce qui suscite plus d'enthousiasme pour les programmes utilisant des scénarios de simulation et se traduit par une hausse le taux de participation à ces programmes (Abas & Juma, 2016; Okuda et al., 2009; Shandiz et al., 2021). De l'avis de nombreux cliniciens, la simulation est une formidable méthode d'apprentissage. Elle permet d'exposer des problèmes complexes et stimulants dans un contexte qui ne comporte aucun risque pour les patients. On peut encourager les apprenants à réagir de diverses façons à des comportements perturbateurs. Lorsqu'elle est associée à une séance de compte rendu structuré, comme le modèle Plus-Delta, au cours de laquelle les participants réfléchissent à ce qui fonctionne bien avant de recommander ce qu'on pourrait faire autrement, la simulation permet au processus d'apprentissage de devenir une expérience concrète qui stimule la réflexion; les chances de favoriser un changement de culture durable sont ainsi plus élevées (Cheng et al., 2021; International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning [INACSL] et al., 2025; Lateef, 2010; Oh et al., 2021).

Nous venons de vanter les mérites de la formation par simulation pour aider les cliniciens à acquérir des compétences comportementales. Mais il faut souligner un point important : cette méthode est efficace dans la mesure où elle est bien utilisée. Les leaders doivent suivre les méthodes exemplaires pour préparer, animer et évaluer les simulations. Idéalement, les animateurs devraient suivre une formation structurée sur le sujet, comme celle qui est offerte par l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières. Les simulations devraient être élaborées sur la base de lignes directrices établies par des organismes réputés, comme INACSL (Canadian Nurse Educators Institute [Institut canadien des infirmières et des infirmiers enseignants], 2025; INACSL, 2021). La revue de toutes les méthodes exemplaires et la description des types de simulation dépassent la portée du présent article. Le lecteur est invité à consulter les références fournies dans ce document comme point de départ. La connaissance et l'observation des méthodes exemplaires de simulation permettent de s'assurer que les étudiants apprennent le contenu prévu et que le temps

et le coût des simulations sont justifiés (Diaz-Navarro et al., 2024; Experiential Learning Hub, Queen's University, 2021; INACSL, 2021). Par exemple, il est essentiel de veiller à ce que les simulations se déroulent dans un milieu d'apprentissage sûr sur le plan psychologique, où la vulnérabilité est une chose normale et où on ne blâme personne (Somerville et al., 2023; Turner et al., 2023; Vaughn et al., 2024). Il faut protéger tous les participants, peu importe le rôle qu'ils ont pu jouer dans de réels conflits en dehors des simulations, au cours desquels des comportements perturbateurs se seraient produits. Il faut donc examiner en amont la dynamique relationnelle pour réduire le risque d'irriter ou de traumatiser de nouveau des cliniciens ayant déjà été victimes ou témoins de comportements perturbateurs. Les mesures de précaution consistent entre autres à s'assurer que les scénarios ne sont pas trop semblables aux conflits vécus par le groupe dans la vie réelle, à définir immédiatement les attentes comportementales, à permettre aux participants qui se sentent mal d'abandonner un scénario sans être jugés, et à s'assurer que toutes les étapes – la séance d'information préliminaire (qui sert à expliquer le déroulement et les attentes comportementales), la simulation en elle-même et la séance de compte rendu structurée – restent confidentielles. Il serait aussi judicieux d'identifier la façon dont des participants en détresse peuvent obtenir du soutien émotionnel, au besoin.

La simulation peut s'avérer difficile pour les leaders qui découvrent cette méthode de formation. Heureusement, il existe des ressources utiles. D'abord, il existe une collection croissante de simulations virtuelles en ligne. Les apprenants peuvent y assister à plusieurs reprises, selon un horaire variable, individuellement ou en groupe (Verkuyl et al., 2024). Nous ne fournissons ici aucun lien vers des simulations particulières étant donné que cette collection est en constante évolution. Cependant, il est recommandé de trouver des simulations de comportements perturbateurs qui existent déjà avant de créer les vôtres; vous gagnerez du temps et vous ménagerez vos efforts. Les simulations qui existent déjà peuvent servir de modèles ou d'idées lorsqu'il faut élaborer des scénarios adaptés. Deuxièmement, les formateurs et les assistants rompus au développement et l'animation de simulations constituent une ressource inestimable. Lorsqu'il y a peu de formateurs dans un établissement ou que les ressources y sont limitées, les leaders peuvent consulter des normes de méthodes exemplaires (INACSL, 2021) et d'autres ressources publiées pour concevoir et mettre en œuvre des simulations (Canadian Nurse Educator Institute [Institut canadien des infirmières et des infirmiers enseignants], 2025; Experiential Learning Hub, Queen's University, 2021; Harrington & Simon, 2022; Tapia & Waseem, 2023). Avant d'adopter cette méthode, les gestionnaires et les leaders doivent impérativement bien comprendre et prendre au sérieux la complexité de la simulation, les risques qui lui sont associés et la meilleure façon de les réduire.

### **Programmes de mentorat et de socialisation culturelle**

Une fois embauché, le clinicien doit bien s'intégrer au service, devenir un membre compétent de l'équipe et faire preuve d'un haut niveau de professionnalisme. Cependant, son intégration à un service où règne une culture professionnelle appropriée peut être compromise par un sentiment d'incapacité, une anxiété généralisée, un manque de confiance à l'égard des compétences, une récente prise de conscience des lacunes de connaissances, des difficultés à assumer la charge de travail ou, de façon plus générale, des difficultés à s'y retrouver dans le système de soins de santé (Alharbi et al., 2023; Malau-Aduli et al., 2020; Piccuito & De Santis Santiago, 2023). Ces facteurs qui accroissent le stress risquent de donner au nouveau clinicien le sentiment d'être intrus, peuvent faire sembler l'intégration insurmontable et pourraient mener à des comportements nuisibles. Les cliniciens qui transitent entre la salle d'opération et d'autres services cliniques peuvent eux aussi être confrontés aux mêmes difficultés.

Lorsque la culture au sein du service ne traduit pas un haut niveau de professionnalisme, il faut informer le nouveau clinicien de la vision de la culture projetée par la direction pour ce service. L'objectif devrait être présenté comme réaliste et être largement partagé parmi les cliniciens. Les premières expériences en milieu de travail peuvent renforcer la confiance qu'ils ont envers cette vision ou, au contraire, la miner. Le contact avec de mauvais modèles de clinicien a de graves conséquences; en étant témoins de comportements perturbateurs, les étudiants ou les nouveaux employés risquent de devenir désillusionnés au point d'adopter à leur tour ces comportements.

Ces problèmes, notamment la manière dont les étudiants abordent la transition vers la pratique clinique et la façon de réagir à de mauvais modèles, peuvent être abordés dans le cadre d'un mentorat au cours duquel un clinicien d'expérience sera officiellement mandaté pour soutenir, guider et servir de modèle édifiant à un nouveau venu dans la salle d'opération (Burgess et al., 2018; Dirks, 2021; Gulate-Rinaldo et al., 2023; Venkatesa Perumal & Singh, 2022). Le mentorat est bénéfique lorsqu'il se déroule au début de la carrière du clinicien; la prolongation du mentorat pendant au moins un an semble par ailleurs apporter des bénéfices supplémentaires (Gulate-Rinaldo et al., 2023; Vázquez-Calatayud & Esevenrii-Ascoiti, 2023; Venkatesa Perumal & Singh, 2022). Le mentorat s'est avéré un outil remarquablement souple, compte tenu des divers résultats positifs qu'il peut donner. Il permet entre autres aux cliniciens de mieux connaître les pratiques fondées sur des preuves, d'accroître leur capacité à soigner des patients avec plus de compassion et de mieux soutenir leurs pairs (Hookmani et al., 2021; Melnyk et al., 2021; Murry et al., 2022). Grâce à sa souplesse, le mentorat peut être adapté aux besoins du service, ce qui facilitera la transition du nouveau clinicien vers un milieu spécifique (Vázquez-Calatayud & Esevenrii-Ascoiti, 2023).

Mais en plus de faciliter les périodes de transition, le mentorat présente d'autres avantages autant pour les mentors que pour les mentorés; il accroît la confiance, procure un plus grand degré de satisfaction professionnelle, renforce la cohésion d'équipe et fait naître la passion pour la profession (Burgess et al., 2018; Venkatesa Perumal & Singh, 2022).

Il est cependant essentiel de savoir choisir de bons mentors. Comme pour l'embauche de cliniciens, les mentors doivent être choisis en fonction de leurs mérites. Lorsque le mentorat est inadéquat ou dirigé par des cliniciens adoptant des comportements perturbateurs, ces mêmes comportements se transmettent à la nouvelle génération de cliniciens, ce qui vient contrecarrer la formation et perpétue les préjudices causés par les comportements perturbateurs. Le recrutement de mentors qualifiés reste un défi de taille, car les cliniciens très occupés hésitent à accepter le mentorat en raison des contraintes de temps en milieu clinique. C'est compréhensible. Idéalement, la direction devrait présenter le mentorat comme un honneur et un privilège plutôt que comme une tâche fastidieuse (Abi-Rafeh & Nahai, 2025). Non seulement on devrait encourager les cliniciens faisant preuve d'un professionnalisme exceptionnel à devenir mentors, mais aussi on devrait leur offrir une prime. De préférence, on devrait jumeler les nouveaux employés à ces cliniciens. Les leaders de tous les échelons doivent faire preuve d'un professionnalisme exemplaire (The Royal College of Surgeons of England, 2021), et on devrait évaluer les mentors à intervalles réguliers pour être sûrs qu'ils transmettent les valeurs de l'établissement. Il faut présenter le mentorat comme un privilège, et non comme un droit. Cela permet de montrer que le rôle de mentor se mérite et se conserve grâce à un bon rendement. Un bon mentor peut aider les cliniciens à se conformer aux normes professionnelles en affichant de bons comportements et en empêchant de nouveaux employés d'être accidentellement en contact avec des cliniciens manquant de professionnalisme. À long terme, un programme de mentorat bien dirigé peut promouvoir activement une culture de politesse et façonner les normes professionnelles communes de la prochaine génération de cliniciens.

### **Systèmes de renforcement et de maintien de la culture**

Il convient d'envisager la mise en œuvre de systèmes organisationnels qui renforcent et maintiennent une culture du professionnalisme. Lorsque des systèmes ne rendent pas les cliniciens imputables ou ne leur fournissent pas un soutien adéquat, la culture de civilité et de collaboration même la plus poussée dérive vers l'absence de professionnalisme. Nous avons déjà revu les moyens de faire face à des comportements perturbateurs; mais plusieurs stratégies clés sont dignes de mention (Villafranca et al., 2018; Villafranca, Hamlin, Enns et al., 2017).

Depuis des décennies, on recommande aux organisations d'élaborer des politiques définissant les attentes comportementales et les faire respecter rigoureusement, de même

que d'expliquer les conséquences de comportements perturbateurs de gravité et de fréquence variables (Barnsteiner et al., 2001; Hickson et al., 2007; Piffnerling, 1997, 1999; Piper, 2003; Swiggart et al., 2009; Ward, 2002). Ces politiques doivent aussi définir explicitement ce qu'il faut entendre par « comportement perturbateur » pour éviter les risques de confusion (Harolds, 2021). Idéalement, elles devraient être accompagnées d'un code de conduite particulier, donnant des exemples concrets de comportements professionnels et de comportements contraires à l'éthique professionnelle (Hastie et al., 2020; The Royal College of Surgeons of England, 2021). Les politiques et documents d'orientation doivent viser tous les membres du personnel, y compris la direction, pour que chacun contribue à faire régner une culture du professionnalisme (Schwartz & Sullivan, 1993). Pour que ces politiques soient efficaces, il faut les faire respecter rigoureusement et de manière uniforme (Rosenstein, 2011).

Il est essentiel d'exercer une surveillance continue pour savoir si ces politiques doivent être renforcées (The Royal College of Surgeons of England, 2021). Il faut faire des évaluations du rendement à intervalles réguliers en utilisant des outils de mesure reconnus et diverses voies de rétroaction. La surveillance devrait permettre aux cliniciens d'obtenir une rétroaction continue sur leur rendement, autant à titre d'individu que de membre d'une équipe. Une surveillance régulière permet de déceler les écarts de conduite et de prendre des mesures correctives en temps opportun avant qu'un problème mineur ne devienne un problème généralisé. Il ne suffit pas de prendre des mesures punitives ou correctives. Il faut aussi reconnaître les personnes faisant preuve d'un niveau élevé de professionnalisme et les récompenser (en leur donnant une promotion, une récompense financière ou des occasions intéressantes). En plus d'une surveillance régulière, il faut exercer une surveillance particulière, qui vise les cliniciens pour lesquels des mesures correctives ont été prises en raison d'un comportement perturbateur, pour s'assurer que le problème est résolu (Harolds, 2021).

Il est primordial d'établir des mécanismes de signalement fiables (Tso et al., 2023). Pour inciter le personnel à signaler promptement les comportements perturbateurs, sans craindre des représailles, les voies de signalement doivent être faciles à utiliser et garantir la protection de la confidentialité (Tso et al., 2023). Il faut aussi protéger les dénonciateurs par des politiques de lutte contre les représailles claires et, éventuellement, par des mécanismes de signalement préservant l'anonymat, ou du moins, garantissant la confidentialité (Harolds, 2021). En même temps, les droits des cliniciens accusés doivent être protégés; on doit leur permettre de répondre à leurs accusations et de bénéficier d'un processus d'appel (Harolds, 2021). Les mécanismes de signalement pourraient devraient assortis d'enquêtes régulières auprès du personnel pour savoir s'il est témoin de comportements perturbateurs. Pour mener

ces enquêtes, on peut utiliser des outils offerts sans frais (Villafranca et al., 2021). Les mesures de ce genre permettent à la direction d'identifier et de traiter rapidement les problèmes dès qu'ils surviennent.

Par ailleurs, la direction doit être reconnaître que certains facteurs organisationnels, comme les conditions de travail, peuvent accroître le risque de comportements perturbateurs chez des cliniciens (Aunger et al., 2023; Chinene et al., 2022; Villafranca et al., 2018), principalement parce que ces facteurs augmentent leur stress et causent de l'épuisement professionnel et des dépressions nerveuses (Brown et al., 2009; Houck & Colbert, 2017; Wright, 2021). Les cliniciens touchés sont moins capables de maîtriser leurs émotions et de faire preuve de discernement, ce qui augmente le risque de comportements contraires à l'éthique professionnelle. Si les établissements ne déploient pas d'efforts pour maintenir des conditions de travail empêchant les comportements perturbateurs, des cliniciens, même ceux les mieux intentionnés, risquent de déraiser et de manquer de politesse. Parmi les facteurs liés au milieu de travail qui haussent le risque de comportements perturbateurs, notons les charges de travail trop lourdes, les méthodes déficientes pour établir les horaires de travail, les pauses et périodes de récupération trop courtes entre des événements stressants, le manque de fournitures, les conflits de fonctions, les inquiétudes liées à la sécurité des patients et un manque du soutien psychologique aux cliniciens (Aunger et al., 2023; Campos et al., 2022; Houck & Colbert, 2017; Keller et al., 2020).

Les leaders doivent lutter activement contre le risque de comportements perturbateurs en tenant compte du bien-être des cliniciens exprimé pendant les évaluations servant aux plans d'amélioration de la qualité (Houck & Colbert, 2017). Parmi l'information utile pouvant servir de signes avant-coureurs, citons les résultats des enquêtes sur le climat de travail, les outils de dépistage de l'épuisement professionnel et les données de suivi des heures supplémentaires et des pauses sautées. Les leaders peuvent aussi faire des tournées quotidiennes pour entendre les préoccupations des praticiens et vérifier comment ils se sentent, ce qui peut aider à évaluer le risque et la présence de comportements perturbateurs (Alberta Health Services, 2012). Autant que possible, il faut adapter les conditions de travail de manière à prévenir l'apparition des problèmes.

Il est tout aussi important que les gestionnaires offrent du soutien aux cliniciens susceptibles de souffrir d'épuisement professionnel, surtout lorsqu'ils sont en contact avec des personnes qui adoptent des comportements perturbateurs (The Royal College of Surgeons of England, 2021). Parmi les sources de soutien, mentionnons les programmes d'aide au personnel et les services de counseling aux contrevenants, aux victimes et aux témoins. Ces ressources aident les cliniciens à intervenir sur des facteurs de stress personnels et professionnels avant que ceux-ci ne contribuent à des comportements nuisibles. Ces ressources peuvent aussi aider les cliniciens à résoudre les problèmes qui

découlent du contact avec des personnes ayant ces comportements. Autant que possible, on devrait donner du soutien et des conseils supplémentaires pour montrer clairement aux cliniciens ayant des comportements perturbateurs qu'il existe une voie claire et sûre à suivre pour être réintégrés dans leurs équipes (The Royal College of Surgeons of England, 2021).

## Conclusion

Dans cette série de deux articles, nous avons examiné une méthode double associant des stratégies personnelles à des réformes systémiques pour réagir à des comportements perturbateurs. À petite échelle, les cliniciens doivent composer avec leurs perceptions de la situation, éviter de s'auto-identifier de façon négative, utiliser des stratégies d'adaptation et se comporter comme des observateurs qui réagissent avec assurance pour protéger leur bien-être et accroître la sécurité de leurs patients. En même temps, la direction doit lancer des initiatives visant à réformer les pratiques d'embauche, les programmes d'enseignement, les programmes de mentorat et les politiques organisationnelles, afin de favoriser un changement de culture généralisé et durable. En associant des interventions immédiates, prises à petite échelle, à des interventions à plus long terme prises à grande échelle, les équipes de soins de santé peuvent créer une culture de professionnalisme et de sécurité. En fin de compte, cette méthode double permet non seulement d'atténuer les effets néfastes des comportements perturbateurs, mais aussi d'ouvrir la voie à des améliorations étendues de la culture dans les salles d'opération.

## Présentation des auteurs



*Alison Forest, B.Sc.inf., M.sc.inf, inf. aut., ICIE, est infirmière enseignante au programme de baccalauréat en sciences infirmières de la Northwestern Polytechnic de Grande Prairie, en Alberta. Elle est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de l'Alberta et d'une maîtrise en sciences infirmières de l'Université d'Athabasca, et est également enseignante clinique certifiée. Son expérience clinique est axée sur l'obstétrique et la santé des femmes; elle a notamment un grand intérêt pour le deuil périnatal et la culture des soins de santé et des soins infirmiers. Son dernier projet consiste à évaluer l'enseignement des comportements éthiques et vertueux dans les programmes de sciences infirmières.*



*Brett Adams est étudiant de premier cycle en psychologie à l'Université Western Ontario et technicien de recherche à l'Université Fraser Valley. Il s'intéresse beaucoup au comportement humain et a travaillé sur des projets de recherche liés aux comportements perturbateurs dans le domaine de la santé. Il prévoit poursuivre des études supérieures en psychologie après l'obtention de son diplôme.*



Owen Krestow est étudiant de premier cycle en kinésiologie à l'Université Fraser Valley. Il s'intéresse particulièrement à la prise en charge et à la réadaptation en cas de troubles neurologiques. Il prévoit continuer ses études en physiothérapie ou en médecine après l'obtention de son diplôme, en vue de faire carrière dans le domaine de la santé.



Lesia Yasinski, inf. aut., B.sc.inf., M.Sc. de l'administration, est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières (Université du Manitoba), d'un certificat en administration des soins infirmiers (Université du Manitoba) et d'une maîtrise en administration des soins de santé (Central Michigan University). Elle a travaillé comme infirmière clinicienne en soins périopératoires, infirmière-ressource en soins cliniques, infirmière enseignante en soins périopératoires et infirmière gestionnaire. Elle est actuellement directrice professionnelle des soins infirmiers à la Régie régionale de la santé de Winnipeg. Par le passé, Lesia a été membre du comité de direction de la Manitoba Operating Room Nursing Association. Elle se passionne pour les soins infirmiers périopératoires et le rôle qu'ils jouent dans l'excellent des soins prodigués aux patients.



Alexander Villafranca, Ph.D., est professeur agrégé à l'Université Fraser Valley. Titulaire d'un doctorat en bioéthique empirique, il étudie la dynamique interpersonnelle et le raisonnement moral dans les milieux de soins où le stress est élevé. Ses travaux ont été cités plus de 1 300 fois et ont attiré l'attention dans les médias sociaux., certains articles atteignant des scores d'attention Altmetric entre le 95<sup>e</sup> et le 97<sup>e</sup> rang centile parmi plus de 20 millions d'études mises en comparaison. Ses recherches ont également été présentées dans les médias, notamment par la Canadian Broadcasting Corporation, CTV News et le journal Winnipeg Free Press.

## Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

## Financement

Le projet a reçu du financement interne de la Faculté des sciences de la santé de l'Université Fraser Valley.

## Contributions (taxonomie CRediT)

**Alison Forest** a conceptualisé et conçu le projet d'étude, cherché des articles universitaires pertinents, examiné et organisé la plupart des sources, rédigé la version provisoire, aidé à répondre aux commentaires des examinateurs, et revu et approuvé le document final.

**Brett Adams** a cherché des articles universitaires pertinents, examiné et organisé une partie des sources, aidé à rédiger la bibliographie, corrigé la version provisoire de manière critique, et examiné et approuvé le document final.

**Owen Krestow** a cherché des articles universitaires pertinents, examiné et organisé une partie des sources, aidé à élaborer la bibliographie, révisé de manière éclairée la version provisoire, et examiné et approuvé le document final.

**Lesia Yasinski** a aidé à préparer l'article de synthèse, revu de manière éclairée la version préliminaire pour vérifier le contenu intellectuel important, et révisé et approuvé le document final.

**Alexander Villafranca** a eu l'idée du sujet d'étude, élaboré la stratégie de recherche documentaire, supervisé le travail, revu et organisé une partie des sources, rédigé la version provisoire d'une partie de l'article, révisé de manière éclairée la version provisoire pour ce qui est du contenu intellectuel et du style, coordonné les échéances et le processus de présentation, aidé à répondre aux commentaires des examinateurs, et revu et approuvé le document final.

## Références

- Abas, T., & Juma, F. Z. (2016). Benefits of simulation training in medical education. *Advances in Medical Education and Practice*, 7, 399–400. <https://doi.org/10.2147/AMEPS110386>
- Abi-Rafeh, J., & Nahai, F. (2025). The unique privilege of mentorship: Mentor and mentee perspectives. *Aesthetic Surgery Journal*, 45(4), NP126–NP127. <https://doi.org/10.1093/asj/sjae247>
- Aggarwal, R., Mytton, O. T., Derbrew, M., Hananel, D., Heydenburg, M., Issenberg, B., MacAulay, C., Mancini, M. E., Morimoto, T., Soper, N., Ziv, A., & Reznick, R. (2010). Training and simulation for patient safety. *Quality & Safety in Health Care*, 19(Suppl 2), i34–i43. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.038562>
- Alberta Health Services. (2012, December 20). *Managing disruptive behaviour handbook for medical leaders*. <https://www.albertahealthservices.ca/hp/if-hp-phys-disruptive-behaviour-outline.pdf>
- Alberta Health Services. (2025). *Interview advice*. <https://www.albertahealthservices.ca/careers/Page12782.aspx>
- Alharbi, H. F., Alzahrani, J., Hamed, A., Althagafi, A., & Alkarani, A. S. (2023). The experience of newly graduated nurses during their first year of practice. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(14), 2048. <https://doi.org/10.3390/healthcare11142048>
- Alshareef, M. H., & Flemban, A. F. (2025). How preceptor behaviour shapes the future of medical professionals. *Advances in Medical Education and Practice*, 16, 135–144. <https://doi.org/10.2147/AMEPS481620>
- Auger, J. A., Maben, J., Abrams, R., Wright, J. M., Mannion, R., Pearson, M., Jones, A., & Westbrook, J. I. (2023). Drivers of unprofessional behaviour between staff in acute care hospitals: A realist review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1326. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10291-3>
- Barnsteiner, J. H., Madigan, C., & Spray, T. L. (2001). Instituting a disruptive conduct policy for medical staff. *AACN Clinical Issues*, 12(3), 378–382. <https://doi.org/10.1097/00044067-200108000-00006>
- Brown, S., Goske, M., & Johnson, C. (2009). Beyond substance abuse: Stress, burnout, and depression as causes of physician impairment and disruptive behavior. *Journal of the American College of Radiology: JACR*, 6(7), 479–485. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2008.11.029>
- Burgess, A., van Diggele, C., & Mellis, C. (2018). Mentorship in the health professions: A review. *The Clinical Teacher*, 15(3), 197–202. <https://doi.org/10.1111/tct.12756>
- Campos, M., Lira, M. J., Mery, P., Calderón, M., Sepúlveda, M., Pimentel, F., & Zúñiga, D. (2022). Disruptive behavior in the operating room: Systemic over individual determinants. *International Journal of Surgery Open*, 43, Article 100492. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2022.100492>

- Canadian Nurse Educators Institute. (2025). *Simulation certificate program*. Canadian Association of Schools of Nursing. <https://cnei-icie.casn.ca/our-programs/certification-programs/simulation-certification-program/>
- Cheng, A. Eppich, W., Epps, C., Kolbe, M., Meguerdichian, M., & Grant, V. (2021). Embracing informed learner self-assessment during debriefing: The art of Plus-Delta. *Advances in Simulation (London, England)*, 6(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s41077-021-00173-1>
- Chinene, B., Sibiyi, M. N., & Nkosi, P. B. (2022). Antecedents of disruptive behaviours involving radiographers at central hospitals in Harare Metropolitan Province, Zimbabwe. *Radiography (London, England: 1995)*, 28(3), 751–757. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2022.03.006>
- Cochran, A., & Elder, W. B. (2014). A model of disruptive surgeon behaviour in the perioperative environment. *Journal of the American College Surgeons*, 219(3), 390–398. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.05.011>
- D'Eon, M., Lear, N., Turner, M., Jones, C., & Canadian Association of Medical Education. (2007). Perils of the hidden curriculum revisited. *Medical Teacher*, 29(4), 295–296. <https://doi.org/10.1080/01421590701291485>
- Diaz-Navarro, C., Armstrong, R., Charnetski, M., Freeman, K. J., Koh, S., Reedy, G., Smitten, J., Ingrassia, P. L., Matos, F. M., & Issenberg, B. (2024). Global consensus statement on simulation-based practice in healthcare. *Advances in Simulation (London, England)*, 9(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s41077-024-00288-1>
- Dirks, J. L. (2021). Alternative approaches to mentoring. *Critical Care Nurse*, 41(1), e9–e16. <https://doi.org/10.4037/ccn2021789>
- Doherty, A., Urwin, R., McMullan, R. D., Tou, Y. Y., Westbrook, J. L., & Curruca, K. (2025). The hidden curriculum in which medical students learn to understand and manage unprofessional behaviour: A qualitative interview study. *Medical Science Educator*, 35(1), 415–423. <https://doi.org/10.1007/s40670-024-02208-4>
- Elendu, C., Amaechi, D. C., Okatta, A. U., Amaechi, E. C., Elendu, T. C., Ezeh, C. P., & Elendu I. D. (2024). The impact of simulation-based training in medical education: A review. *Medicine*, 103(27), e38813. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038813>
- Experiential Learning Hub. (2021). *Simulation-based experiential learning: Faculty toolkit*. Queen's University. [https://www.queensu.ca/experientiallearninghub/sites/qelhwww/files/uploaded\\_files/Simulation%20Toolkit/Simulation%20EL%20Faculty%20Toolkit%20Final%20Final%20April%202024.pdf](https://www.queensu.ca/experientiallearninghub/sites/qelhwww/files/uploaded_files/Simulation%20Toolkit/Simulation%20EL%20Faculty%20Toolkit%20Final%20Final%20April%202024.pdf)
- Farina, C. L., Moreno, J., & Schneidereith, T. (2024). Using simulation to improve communication skills. *The Nursing Clinics of North America*, 59(3), 427–448. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2024.02.007>
- Fast, I., Villafranca, A., Henrichs, B., Magid, K., Christodoulou, C., & Jacobsohn, E. (2020). Disruptive behaviour in the operating room is under-reported: An international survey. *Canadian Journal of Anesthesia*, 67(2), 177–185. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01540-3>
- Gofton, W., & Regehr, G. (2006). What we don't know we are teaching: Unveiling the hidden curriculum. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 449, 20–27. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000224024.96034.b2>
- Goh, H. S., Hosier, S., & Zhang, H. (2022). Prevalence, antecedents, and consequences of workplace bullying among nurses—A summary of reviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8256. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148256>
- Gularte-Rinaldo, J., Baumgardner, R., Tilton, T., & Brailoff, V. (2023). Mentorship ReSPeCT study: A nurse mentorship program's impact on transition to practice and decision to remain in nursing for newly graduated nurses. *Nurse Leader*, 21(2), 262–267. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.07.003>
- Harolds, J. A. (2021). Quality and safety in healthcare, Part LXXIII: Introduction to disruptive behavior in physicians and other healthcare workers. *Clinical Nuclear Medicine*, 46(12), 989–990. <https://doi.org/10.1097/RLU.00000000000003079>
- Harrington, D. W., & Simon L. V. (2022). Designing a simulation scenario. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547670/>
- Hastie, M. J., Jalbout, T., Ott, Q., Hopf, H. W., Cevasco, M., & Hastie, J. (2020). Disruptive behavior in medicine: Sources, impact and management. *Anesthesia and Analgesia*, 131(6), 1943–1949. <https://doi.org/10.1213/ANE.00000000000005218>
- Healthcare Quality Council of Alberta. (2013). *Managing disruptive behaviour in the healthcare workplace: Resource toolkit*. [https://hqa.ca/wp-content/uploads/2021/10/Disruptive\\_Behaviour\\_Toolkit\\_042413.pdf](https://hqa.ca/wp-content/uploads/2021/10/Disruptive_Behaviour_Toolkit_042413.pdf)
- Hedsköld, M., Sachs, M. A., Rosander, T., von Knorring, M., & Pukk Härenstam, K. (2021). Acting between guidelines and reality – An interview study exploring strategies of first line managers in patient safety work. *BMC Health Services Research*, 21(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06042-3>
- Hickson, G. B., Pichert, J. W., Webb, L. E., & Gabbe, S. G. (2007). A complementary approach to promoting professionalism: Identifying, measuring, and addressing unprofessional behaviors. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 82(11), 1040–1048. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815761ee>
- Higgins, J., Kuthy, J. E., Sadler, F., Gonzalez, R., & Biddle, D. A. (2013). Hiring right, every time. *Nursing Management*, 44(9), 51–53. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000431427.16206.3c>
- Hookmani, A. A., Lalani, N., Sultan, N., Zubairi, A., Hussain, A., Hasan, B. S., & Rasheed, M. A. (2021). Development of an on-job mentorship programme to improve nursing experience for enhanced patient experience of compassionate care. *BMC Nursing*, 20(175). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00682-4>
- Houck, N. M., & Colbert, A. M. (2017). Patient safety and workplace bullying: An integrative review. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(2), 164–171. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000209>
- International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning. (2021). *Healthcare simulation standards of best practice*. <https://www.inacsl.org/healthcare-simulation-standards>
- International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning, Decker, S., Sapp, A., Bibin, L., Chidume, T., Crawford, S. B., Fayyaz, J., Johnson, B. K., & Szydowski, J. (2025). Healthcare simulation standards of best practice: The debriefing process. *Clinical Simulation in Nursing*, 105, 101775. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2025.101775>
- Jibreal, S. (2021). A theoretical difference between leadership and management. *Journal of Social Sciences and Education*, 4(2), 278–286. <https://doi.org/10.53047/josse.959155>
- Kester, K. M., Engel, J., Fuchs, M. A., Alston, S., & Granger, B. B. (2022). A qualitative descriptive study of nurse manager decision-making associated with RN hiring. *The Journal of Nursing Administration*, 52(7–8), 406–412. <https://doi.org/10.1097/NNA.00000000000001173>
- Keller, S., Yule, S., Zagarese, V., & Henrickson Parker, S. (2020). Predictors and triggers of incivility within healthcare teams: A systematic review of the literature. *BMJ Open*, 10(6), e035471. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035471>
- Lame, G., & Dixon-Woods, M. (2020). Using clinical simulation to study how to improve quality and safety in healthcare. *BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning*, 6(2), 87–94. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2018-000370>
- Lateef, F. (2010). Simulation-based learning: Just like the real thing. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 3(4), 348–352. <https://doi.org/10.4103/0974-2700.70743>

- Ludwig, B., Turk, B., Seitz, T., Klaus, I., & Löffler-Stastka, H. (2018). The search for attitude—A hidden curriculum assessment from a central European perspective. *Wiener Klinische Wochenschrift*, *130*(3–4), 134–140. <https://doi.org/10.1007/s00508-018-1312-5>
- Lynch, A. (2020). Simulation-based acquisition of non-technical skills to improve patient safety. *Seminars in Pediatric Surgery*, *29*(2), 150906. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2020.150906>
- Malau-Aduli, B. S., Roche, P., Adu, M., Jones, K., Adele, F., & Drovandi, A. (2020). Perceptions and processes influencing the transition of medical students from pre-clinical to clinical training. *BMC Medical Education*, *20*(1), 279. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02186-2>
- Melnyk, B. M., Tan, A., Hsieh, A. P., & Gallagher-Ford, L. (2021). Evidence-based practice culture and mentorship predict EBP implementation, nurse job satisfaction, and intent to stay: Support for the ARCC model. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *18*(4), 272–281. <https://doi.org/10.1111/wvn.12524>
- Moreira, F. T. L. D. S., Callou, R. C. M., Albuquerque, G. A., & Oliveira, R. M. (2019). Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. *Revista gaúcha de enfermagem*, *40*(spe), e20180308. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>
- Moreno-Leal, P., Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Jiménez-Ruiz, I., Ramos-Morcillo, A. J., Ruzafa-Martínez, M., & De Souza Oliveira, A. C. (2021). Disruptive behaviour at hospitals and factors associated to safer care: A systematic review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *10*(1), 19. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010019>
- Murry, A. T., Barnabe, C., Foster, S., Taylor, A. S., Atay, E. J., Henderson, R., & Crowshoe L. L. (2022). Indigenous mentorship in the health sciences: Action and approaches of mentors. *Teaching and Learning in Medicine*, *34*(3), 266–276. <https://doi.org/10.1080/10401334.2021.1912610>
- Nes, E., White, B. A. A., Malek, A. J., Mata, J., Wieters, J. S., & Little, D. (2022). Building communication and conflict management awareness in surgical education. *Journal of Surgical Education*, *79*(3) 745–752. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2021.11.01>
- Oh, Y. J., Kang, H. Y., Song, Y., & Lindquist, R. (2021). Effects of a transformative learning theory-based debriefing in simulation: A randomized trial. *Nurse Education in Practice*, *50*, 102962. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102962>
- Okuda, Y., Bryson, E. O., DeMaria, S., Jr., Jacobson, L., Quinones, J., Shen, B., & Levine, A. I. (2009). The utility of simulation in medical education: What is the evidence? *The Mount Sinai Journal of Medicine, New York*, *76*(4), 330–343. <https://doi.org/10.1002/msj.20127>
- Ontario Health. (2025). *Ontario health careers*. <https://www.ontariohealth.ca/careers>
- Peisah, C., Williams, B., Hockey, P., Lees, P., Wright, D., & Rosenstein, A. (2023). Pragmatic systemic solutions to the wicked and persistent problem of the unprofessional disruptive physician in the health system. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *11*(17), 2455. <https://doi.org/10.3390/healthcare11172455>
- Pfifferling, J. H. (1997). Managing the unmanageable: The disruptive physician. *Family Practice Management*, *4*(10), 76–92.
- Pfifferling, J. H. (1999). The disruptive physician. A quality of professional life factor. *Physician Executive*, *25*(2), 56–61.
- Piccuito, C. M., & De Santis Santiago, R. R. (2023). New graduate respiratory therapists' perceptions of their transition to practice. *Respiratory Care*, *68*(10), 1365–1376. <https://doi.org/10.4187/respcare.11004>
- Piper, L. E. (2003). Addressing the phenomenon of disruptive physician behavior. *The Health Care Manager*, *22*(4), 335–339. <https://doi.org/10.1097/00126450-200310000-00007>
- Pogue, C. A., Li, P., Swiger, P., Gillespie, G., Ivankova, N., & Patrician, P. A. (2022). Associations among the nursing work environment, nurse-reported workplace bullying, and patient outcomes. *Nursing Forum*, *57*(6), 1059–1068. <https://doi.org/10.1111/nuf.12781>
- Potts, J., Brouder, P., Helms, S., & Leach, K. (2020). Predictive hiring to maintain excellence in patient care. *The Journal of Nursing Administration*, *50*(4), 232–236. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000873>
- Reese, S. M., Gilmartin, H., & Smathers, S. (2021). Challenges and opportunities in recruiting, hiring and training infection preventionists across facility settings. *American Journal of Infection Control*, *49*(8), 973–977. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.05.001>
- Rehder, K. J., Adair, K. C., Hadley, A., McKittrick, K., Frankel, A., Leonard, M., Frankel, T. C., & Sexton, J. B. (2020). Associations between a new disruptive behaviours scale and teamwork, patient safety, work-life balance, burnout, and depression. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *46*(1), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.09.004>
- Rogers, D. A., Lingard, L., Boehler, M. L., Espin, S., Schindler, N., Klingensmith, M., & Mellinger, J. D. (2013). Foundations for teaching surgeons to address the contributions of systems to operations room team conflict. *American Journal of Surgery*, *206*(3), 428–432. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.03.002>
- Rosenstein, A. H. (2011). Managing disruptive behaviors in the health care setting: Focus on obstetrics services. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *204*(3), 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.10.899>
- Rosenstein, A. H. (2015). Taking a new approach to reduce the incidence of physician disruptive behaviors. *Hospital Practice (1995)*, *43*(4), 221–225. <https://doi.org/10.1080/21548331.2015.1083838>
- Royal College of Surgeons of England. (2021). *Managing disruptive behaviours in surgery: A guide to good practice*. <https://www.rcseng.ac.uk/-/media/files/rcs/standards-and-research/standards-and-policy/good-practice-guides/2021/rcs-england-managing-disruptive-behaviours-2021.pdf>
- Saleem, M., & Khan, Z. (2023). Healthcare simulation: An effective way of learning in healthcare. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, *39*(4), 1185–1190. <https://doi.org/10.12669/pjms.39.4.7145>
- Schwartz, R. H., & Sullivan, D. B. (1993). Managing diversity in hospitals. *Health Care Management Review*, *18*(2), 51–56.
- Shandiz, M., Gholamreza, M., & Fahimeh, B. S. (2021). Benefits of simulation-based education in hospital emergency departments. *Journal of Education and Health Promotion*, *11*, Article 40. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_558\\_21](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_558_21)
- Shubeck, S. P., Newman, E. A., Virous, C. A., Antunez, A. G., & Dossett, L. A. (2020). Hiring practices of US academic surgery departments – Challenges and opportunities for more inclusive hiring. *Journal of Surgical Research*, *254*, 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.03.054>
- Somerville, S. G., Harrison, N. M., & Lewis, S. A. (2023). Twelve tips for the pre-brief to promote psychological safety in simulation-based education. *Medical Teacher*, *45*(12), 1349–1356. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2214305>
- Swiggart, W. H., Dewey, C. M., Hickson, G. B., Finlayson, A. J., & Spickard, W. A., Jr. (2009). A plan for identification, treatment, and remediation of disruptive behaviors in physicians. *Frontiers of Health Services Management*, *25*(4), 3–11.
- Tapia, V., & Waseem, M. (2023). Setup and execution of in situ simulation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551657/>
- Tso, H. H., White, C. Y., & Parikh, J. R. (2023). How breast radiologists can deal with the disruptive technologist. *Clinical Imaging*, *104*, 109994. <https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2023.109994>
- Turner, S., Harder, N., Martin, D., & Gillman L. (2023). Psychological safety in simulation: Perspectives of nursing students and faculty. *Nurse Education Today*, *122*, 105712. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105712>

- Vaughn, J., Ford, S. H., Killam, L., Sims, S., Arms, T., Roberto, A., & Dawkins, M. W. (2024). STEPS: A simulation tool to enhance psychological safety. *Clinical Simulation in Nursing*, 90, Article 101532. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101532>
- Vázquez-Calatayud, M., & Eserverri-Ascoiti, M. C. (2023). Retention of newly graduated nurses in the hospital setting: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19–20) 6849–6862. <https://doi.org/10.1111/jocn.16778>
- Venkatesa Perumal, R., & Singh, M. D. (2022). Mentorship in nursing in Canada – A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 65, 103461. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103461>
- Verkuyl, M., Violato, E., Harder, N., Southam, T., Lavoie-Tremblay, M., Goldsworthy, S., Ellis, W., Campbell, S. H., & Attack, L. (2024). Virtual simulation in healthcare education: A multi-professional, pan-Canadian evaluation. *Advances in Simulation (London, England)*, 9(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s41077-023-00276-x>
- Villafranca, A., Adams, B., Krestow, O., Forest, A., & Yasinski, L. (2025). Transforming from victim to survivor—Part I: Strategies for clinicians to safeguard themselves, colleagues, and patients from disruptive intraoperative behaviour. *ORNAC Journal*, 42(1), 56–64. <https://doi.org/10.5737/ornac14515>
- Villafranca, A., Fast, I., & Jacobsohn, E. (2018). Disruptive behavior in the operating room: Prevalence, consequences, prevention, and management. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 31(3), 366–374. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000592>
- Villafranca, A., Fast, I., Turick, M., & Jacobsohn, E. (2024). Clinician responses to disruptive intraoperative behaviour: Patterns and norms identified from a multinational survey. *Canadian Journal of Anesthesia*, 71(4), 490–502. <https://doi.org/10.1007/s12630-023-02670-5>
- Villafranca A., Hamlin, C., Enns, S., & Jacobsohn, E. (2017). Disruptive behaviour in the perioperative setting: A contemporary review. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 64(2), 128–140. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0784-x>
- Villafranca, A., Hamlin, C., Jacobsohn, E., & Intraoperative Behaviors Research Group (2017). Physical and psychological abuse in Canadian operating rooms. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, 64(2), 236–237. <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0777-9>
- Villafranca, A., Hamlin, C., Rodebaugh, T. L., Robinson, S., & Jacobsohn, E. (2021). Development of survey scales for measuring exposure and behavioral responses to disruptive intraoperative behavior. *Journal of Patient Safety*, 17(7), e607–e614. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000423>
- Villafranca, A., Magid, K., Young, A., Fast, I., & Jacobsohn, E. (2019). Abusive behaviour in Canadian and US operating rooms. Comportements abusifs dans les salles d'opération canadiennes et américaines. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, 66(7), 795–802. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01334-7>
- Ward, S. (2002). What you as a manager can do to overcome verbal abuse of staff. *OR Manager*, 18(12), 1–15.
- Watts, P. I., Rossler, K., Bowler, F., Miller, C., Charnetski, M., Decker, S., Malloy, M. A., Persico, L., McMahon, E., McDermott, D., & Hallmark, B. (2021). Onward and upward: Introducing the healthcare simulation standards of best practice™. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.006>
- Wright, C. (2021). The disruptive physician and impact on the culture of safety. *Current Opinion in Anesthesiology*, 34(3), 387–391. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000968>

**Baxter**

## Elevate the Way You Operate with Integrated Table Motion

Flexibility and control for robot-assisted procedures



Exclusively designed to interface with the **da Vinci Xi Surgical Robot**, Baxter's **TS7000dV Surgical Table** uses **Integrated Table Motion (ITM)** to allow patients to be dynamically repositioned intraoperatively – without disrupting the procedure.

In a study involving surgical teams, **ITM** was credited with greater workflow efficiency and time-savings: By eliminating undocking and redocking of the surgical robot, surgical teams reported saving **10 to 35 minutes per procedure**<sup>1</sup>.

**Discover how the TS7000dV with ITM can help take your OR to the next level.**

1. SUAZIO Consulting. "Workflow and Clinical Benefits of Using Gravity in Robot Assisted Surgery", 4 May. 2021, <https://suazio.com/workflow-and-clinical-benefits-of-using-gravity-in-robot-assisted-surgery/>.

hillrom.ca

da Vinci and da Vinci Xi are trademarks or registered trademarks of Intuitive Surgical, Inc.

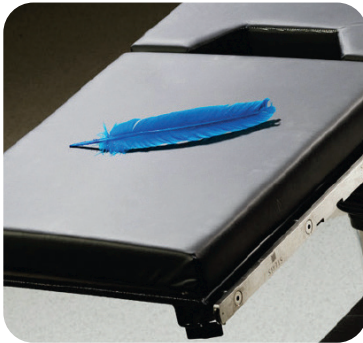
Baxter is a trademark of Baxter International Inc. or its subsidiaries.

CA-CS84-250005 (v1.0) 10/2025



# Cut the Strain, Boost your Efficiency

Enhance OR support with lightweight, power-assisted accessories that reduce strain, streamline patient positioning, and improve surgical team performance.



## Featherweight / Short Featherweight Leg Section

Available in 24-inch or 18-inch sizes, this durable carbon fibre leg section is perfect for imaging. Weighing just 14 lbs and 11 lbs respectively, both options remain within the AORN's 35 lbs safe lifting limit for the OR<sup>1</sup>.



## PowerLift Beach Chair

Powered beach chair positioning inclines from 0 to 90 degrees using a hand control, eliminating manual lift and reducing caregiver strain for patients up to 500 lbs.



## PowerLift Stirrups

Easily manage patient weight and adjust angles with our power-assist mechanism and grip handles. The silicone strap facilitates easy cleaning and helps prevent infection.



For more information or to discuss how we can partner in the **Operating Room**, contact your STERIS representative today.

<sup>1</sup> AORN Safe Patient Handling and Movement Guidelines. Association of Perioperative Registered Nurses. [www.aorn.org](http://www.aorn.org)

# Réduisez la tension, augmentez votre efficacité

Optimisez le bloc opératoire grâce à des accessoires légers et assistés, qui réduisent la fatigue, facilitent le positionnement du patient et améliorent la performance de l'équipe chirurgicale.



## Section de jambe légère/courte

Disponible en 24 ou 18 pouces, cette section de jambe en fibre de carbone durable est idéale pour l'imagerie. Pesant respectivement seulement 14 et 11 livres, ces deux options respectent la limite de levage sécuritaire de 35 livres fixée par l'AORN pour l'OR<sup>1</sup>.



## Chaise de plage PowerLift

Le positionnement de la chaise de plage motorisée s'incline de 0 à 90 degrés à l'aide d'une commande manuelle, éliminant ainsi le levage manuel et réduisant la tension du soignants. Conçue pour des patients allant jusqu'à 500 lb.



## Étriers PowerLift

Gérez facilement le poids du patient et ajustez les angles grâce à notre mécanisme d'assistance électrique et aux poignées de maintien. La sangle en silicone facilite le nettoyage et prévient les infections.



Pour en savoir plus ou discuter des possibilités de collaboration en salle d'opération, contactez dès aujourd'hui votre représentant STERIS.

<sup>1</sup> Directives de l'AORN pour la manipulation et les déplacements sécuritaires des patients.  
Association des infirmières autorisées en soins périopératoires. [www.aorn.org](http://www.aorn.org)

# Using game-based learning to teach orthopaedics to perioperative nurses: A real game changer

Rachelle Lesy<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Brandon Regional Health Centre, Brandon, Manitoba

<sup>2</sup>Prairie Mountain Health, Manitoba

<sup>3</sup>Athabasca University, Athabasca, Alberta

Address for correspondence: Rachelle Lesy, [rachellelesy@gmail.com](mailto:rachellelesy@gmail.com)

## Abstract

*Nursing shortages have been evident in perioperative nursing and healthcare organizations are adapting education to train more perioperative nurses in a timelier fashion. Many educators are blending online theory courses with hands-on learning, such as game-based learning (GBL) to combat this issue. Game-based learning can come in various forms, such as escape rooms, simulation games, and virtual reality, which accommodate the multi-generational, interprofessional culture of the perioperative setting. The use of GBL in the perioperative environment has been found to increase staff engagement, foster teamwork, enhance knowledge retention, and improve problem-solving and technical skills. This literature review explores the application of GBL techniques in the surgical specialty of orthopedics. Perioperative nursing in orthopedics presents unique challenges, such as complex instrumentation, high surgical demands, and low staff engagement. By incorporating GBL techniques into orthopedic perioperative education, perioperative nurses could improve their knowledge retention, enhance their technical skills, and improve teamwork.*

Keywords:

Game-based learning (GBL) is an innovative pedagogical tool that utilizes games as the medium that facilitates education delivery and learning comprehension (Ward & Anderson, 2022). There are many examples of GBL that can be used, such as board games, game shows, escape rooms, virtual reality, or digital games (Nisbet, 2024). A systematic literature review by Tavares (2022) found that students liked GBL and it fostered teamwork, improved relationships, improved short-term knowledge, and was more enjoyable than traditional

teaching methods. Previously popular in education, GBL has been introduced in nursing education due to the younger generations of learners who thrive on learning with interactive modalities and new modern technologies (Anastasiadis et al., 2018).

Perioperative nursing encompasses nurses who work in the preoperative, intraoperative, and postoperative phases of a patient's surgical journey in a variety of surgical specialties, such as gastrointestinal, gynecologic and obstetric, cardiac, vascular, orthopedics, neurosurgery, ophthalmology, and plastics (ORNAC, 2023; Rothrock, 2019). Perioperative nursing education focuses on teaching basic perioperative foundations, such as sterile technique, and focuses on general surgery for students to master the basic foundations (Li & Conway, 2024). Many nurses are left to learn such surgical specialties as orthopedics in real-life scenarios, watching experienced scrub nurses, reading technique guides, or watching videos, which can create a lot of anxiety and stress for the new perioperative nurse (Bracq et al., 2021). According to Clarke et al. (2021), the most common surgical specialty for perioperative nurses to learn is general surgery (42%), followed by orthopedic surgery (20%).

The demand for orthopedic surgery is increasing, due to the growing Canadian population over the age of 65 requiring joint replacement and fracture management (Canadian Institute for Health Information [CIHI], 2024). Two of the three top inpatient surgeries performed in Canada are knee and hip replacements, which require perioperative nurses to have extensive orthopedic knowledge and technical skills (CIHI, 2024; Rothrock, 2019). Arthritis is the most prevalent chronic health condition in Canada, plaguing 6,000,000 people, and the Arthritis Society (2021) predicts this number will rise to 9,000,000 by 2040, indicating an increased demand for orthopedic surgical procedures.

Game-based learning has been utilized in perioperative nursing as an innovative strategy to increase staff engagement, promote teamwork, enhance knowledge retention, and improve

**Suggested citation:** Lesy, R. (2025). Using game-based learning to teach orthopaedics to perioperative nurses: A real game changer. *ORNAC Journal*, 42(2), 32–39. <https://doi.org/10.5737/ornac16383>

problem-solving and technical skills. The perioperative specialty of orthopedics is a challenging field requiring mastery of high-demand procedures and complex instrumentation, which can lead to challenges of staff frustration, gaps in technical skills, and surgical inefficiencies. This literature review evaluates the effectiveness of game-based learning, specifically on enhancing knowledge, improving technical skills, and promoting teamwork in orthopedic perioperative nursing.

## Background

Healthcare organizations have been tasked with developing alternative teaching strategies to educate perioperative nurses in a quicker manner to help overcome the shortages of perioperative nurses caused by an increased number of retirements, lack of perioperative exposure in nursing undergraduate programs, as well as growing surgical waitlists caused by the aging baby boomer population and the delays of the COVID-19 pandemic (Li & Conway, 2024; Vortman et al., 2019). Historically, perioperative nursing education was offered by college-based programs. However, these were offered at limited times per year, were costly, and produced fewer perioperative nurses. Thus, many healthcare organizations have shifted to standardized online perioperative programs, to save money and produce more perioperative nurses in a timelier fashion (Li & Conway, 2024; Vortman et al., 2019). Many perioperative educators have created blended learning programs that incorporate online theory courses with hands-on learning through simulation, role-playing, or educational games. These programs have benefits for both students and teachers, including improved student satisfaction, increased applicability to practice, more flexibility, and facilitation of teaching technical aspects involved in perioperative nursing (Li & Conway, 2024). Because it allows nurses to gain skills and build confidence in a safe, fun environment, GBL has increased in nursing education over time (Nasiri et al., 2019).

### Theoretical background of game-based learning

Games have been an important part of society, engaging human beings, creating competition, developing critical thinking skills, building friendships, and providing a positive learning medium (Anastasiadis et al., 2018; Nisbet, 2024). A systematic review by Krath et al. (2021) revealed 118 different theories linked to GBL, with the two most popular being the self-determination theory that appeared in 82 studies and the experiential learning theory found in 40 studies.

### The Self-Determination Theory and GBL

The self-determination theory is a motivation theory that states human beings have three key psychological needs that build their growth and development: autonomy, competence, and relatedness (University of Rochester Medical Center, n.d.). Game mechanics can be designed to address one's autonomy by creating puzzles that allow the learner to make choices on their

own behalf (Krath et al., 2021). Competence can be improved by providing the learners with challenges that include specific goals, with awards for achievements and providing encouraging feedback. Relatedness results from providing a means for participants to feel connected as they collaborate toward the end goal (Krath et al., 2021; University of Rochester Medical Center, n.d.). When the self-determination model's three key psychological needs are met, learner motivation is increased, ultimately leading to improved engagement and a desire to achieve more (Krath et al., 2021). Engaging learners with GBL can motivate them intrinsically, with the enjoyment and the goal of learning, and extrinsically, by offering points, prizes, or praise. This results in their continued motivation to participate in GBL in the future (Brull & Finlayson, 2016; Krath et al., 2021).

### The Experiential Learning Theory and GBL

Experiential learning theory emphasizes that, instead of direct learning instruction, how one's knowledge is obtained through experiences and interactions: concrete experience, reflective observation, abstract conceptualization, and active experimentation (McCarthy, 2016). The concrete experience occurs as the learner takes initiative to participate in the game, followed by reflective observation as they reflect and debrief on their experiences and emotions (Ho et al., 2022). Abstract conceptualization occurs as the learner integrates new and old concepts creating a new idea, followed by the active experimentation stage where the learner uses these new ideas to progress to the final game goal (Ho et al., 2022).

The experiential learning theory demonstrates many of the mentioned GBL benefits, such as fostering teamwork, improving motivation, providing opportunity for reflection, and hands-on practice (The University of You, 2020). To improve team dynamics, games help teams apply their past experiences and newly acquired knowledge to real-world scenarios (Abraham et al., 2024). Games provide a safe place for learners to experiment with past experiences and reflect through new experiences as they navigate through game challenges (Cho, 2022).

## Methodology

For this review, a literature search was conducted in January 2025 using Science Direct, ProQuest, and Google Scholar. The literature search criteria included peer-reviewed scholarly articles, in English, and published between 2005 and 2025. Search words utilized were "perioperative nursing", "operating room nursing" and "game-based learning". Articles were selected if they demonstrated the use of GBL methods to teach perioperative nurses or the interprofessional perioperative team. Articles that used GBL outside of the perioperative setting or with undergraduate nursing students were excluded.

## Results

The literature search found 14 articles that analyzed GBL specifically in the perioperative setting and were found to support the premise that GBL is an innovative and effective educational strategy.

### GBL Increases Staff Engagement

Game-based learning in healthcare education increased in popularity following the COVID-19 pandemic, as it was an effective supplement to online teaching that enhanced student engagement (Tavares, 2022). Employee engagement is multidimensional, consisting of three different types of engagement: cognitive, behavioural, and emotional. Cognitive engagement occurs when employees use new learning strategies, search for new ideas, are creative, and employ their skills and knowledge effectively (Smith, 2025; Sutton, 2021). Healthcare organizations can promote cognitive engagement by offering continuous learning opportunities, such as GBL, to encourage problem-solving skills and innovative thinking (Smith, 2025). Behavioural engagement includes the employee's participation, effort, persistence, and attention to detail, and can be encouraged by using GBL to define expectations and provide the learner with feedback on their performance outcomes (Smith, 2025; Sutton, 2021). A systematic review by Nasiri et al. (2019) found that GBL can improve the emotional engagement of learners, by enhancing their feelings, motivation, interest, and attitude. Employees who are engaged in the workplace produce better outcomes, showcase a passion and energy for the organization's goals, have positive workplace relationships, and change jobs less frequently (Chandani et al., 2016).

Traditional learning methods, such as lectures or reading manuals, can be unengaging for the learner, especially for repetitive topics, such as annual policy reviews (Brull & Finlayson, 2016). Researchers have observed staff using their smart phones for non-work-related activities during presentations and policy updates, resulting in educator frustration, learner distractions, missed critical knowledge, and learner disengagement (Crowley-Barnett et al., 2020). Educational games can be tailored to review mandatory policies to improve proficiency, encourage self-development, and promote best practices (Paim & Goldmeier, 2017). After playing a game show that reviewed annual laser safety, perioperative nurse evaluations highlighted that the game was an enthusiastic and an engaging way to review laser safety versus reading safety standards (Castelluccio, 2011). When reviewing mandatory education content, such as cardiopulmonary resuscitation, 98% of participants found escape rooms an engaging, interactive teaching tool for reinforcing emergency situations (Borck et al., 2022).

Game-based learning can employ pleasing game elements, such as music, visual effects, and a narrative story, that help keep the education topic fresh and new (Ward & Anderson,

2022). During development of the digital game "Playing with Tweezers," developers adjusted game aesthetics to add nurse avatars with different facial expressions, background music, and 3D images to appeal to the learning perioperative nurses (Paim & Goldmeier, 2017). Utilizing participants in different roles, such as judge, scorekeeper, or timekeeper, can help orchestrate an engaging environment when hosting a game show-style GBL event (Fawcett & Dodd, 2009). Educational escape rooms are multi-sensory and incorporate a variety of props, such as blacklights, various styles of locks, and mirrors, to keep learners engaged in the learning process (Frederick & Reed, 2021).

### GBL Fosters Teamwork

The operating room is a fast-paced, complex environment that requires enhanced interprofessional teamwork to ensure safe, quality patient care (Paige et al., 2020; Rothrock, 2019). Game-based learning, such as escape rooms, is an innovative means to employ teamwork that encourages communication, while recognizing an individual's strengths and promoting collaborative decision making (Borck et al., 2022; Soares et al., 2023). Following participation in a perioperative escape room on emergency situations, 43.5% of participants indicated "teamwork" was the key learning experience from the interprofessional education session (Borck et al., 2022).

An educational interprofessional escape room developed to reinforce the safe surgical checklist was found to be a positive experience that offered an opportunity for the various professionals to collaborate, enhance communication skills, and problem solve as a team (Soares et al., 2023). Despite the safe surgical checklist being a well-known topic, the researchers found that utilizing an escape room raised the team's awareness of the weak points in the current process, and a debriefing offered opportunity for the team to identify strategies for improvement (Soares et al., 2023).

Kinlaw (2020) developed an escape room, versus traditional teaching methods, to teach perioperative nurses the principles of sterile technique. This GBL activity outlined specific rules, including "collaborate with your team" and "everyone must respect each person's contribution and ideas" (Kinlaw, 2020, p.494). Survey results revealed that 100% of perioperative nurses found this to be a fun learning activity that encouraged collaboration and teamwork (Kinlaw, 2020).

Educating perioperative nursing staff can be a challenging task with potentially four different generations in the team: from baby boomers to generation Z (Borck et al., 2022; Crowley-Barnett et al., 2020). Game-based learning encourages all generations to utilize their specific skills; for example, baby boomers' experiential knowledge or millennials' technology skills (Brull & Finlayson, 2016; Cho, 2022; Crowley-Barnett et al., 2020). Overall, this type of learning is an effective tool for younger nurses who thrive in a digital age and require

active engagement, reality, and entertainment to help them learn compared to traditional education modalities (Paim & Goldmeier, 2017).

### **GBL Increases Knowledge and Enhances Knowledge Retention**

While analyzing the literature, GBL has been proven to improve a learner's knowledge, enhance cognitive performance, and promote knowledge retention (Abraham et al., 2024; Akbari et al., 2022; Clarke et al., 2021; Crowley-Barnett et al., 2020; Kinlaw, 2020; Khorammakan et al., 2023). Following playing a game show that reviewed surgical attire and sterile technique, 97% of perioperative nurses agreed that the game helped them learn the subject content (Crowley-Barnett et al., 2020). Kinlaw (2020) found similar survey results following an escape room on sterile technique, where 100% of participants agreed that the escape room increased their knowledge.

A study by Akbari et al. (2022) split participants into a lecture-training group or a virtual game-training group to learn general surgery instrumentation. Following theoretical tests on the first and last day of training, researchers found that the game-training group had higher theoretical mean scores and had fewer errors than the lecture-training group (Akbari et al., 2022). A randomized controlled trial by Clarke et al. (2021) found that perioperative nurses who played the digital simulation game, "Periop Sim", prior to exposure to real surgical instruments were 23% quicker with a 93% accuracy in instrument recognition compared to perioperative nurses who had an 80% accuracy playing the game after real instrument exposure.

Puzzle-based games, another form of GBL, have been proven to improve knowledge and cognitive performance (Hosseini et al., 2023; Khorammakan et al., 2023). A puzzle game was designed to teach learners coronary artery bypass graft surgery instruments and the stages of the surgery (Khorammakan et al., 2023). Following a two-week post-game test, researchers found that knowledge mean scores increased from 2.68 to 5.75 and cognitive functions increased from 2.00 to 6.31, proving these puzzle games improved participants' knowledge (Khorammakan et al., 2023).

### **GBL Improves Problem-Solving and Technical Skills**

The perioperative setting has many practices and protocols that must be correctly mastered to ensure safe, quality patient care; one such is sterile technique (Rothrock, 2019). Game-based learning is an innovative strategy for encouraging the use of critical thinking skills while navigating through game challenges (Carifa & Goodin, 2011; Castelluccio, 2011). Escape rooms can enhance perioperative nurses' critical thinking skills as they solve puzzles related to such perioperative practices as sterile technique, wound closure, and patient safety (Frederick & Reed, 2021; Kinlaw, 2020).

Working in the operating room requires a high level of concentration, speed, and accuracy and well-developed skills in instrument identification, sterile field set-up, and patient positioning to ensure patient safety (Hosseini et al., 2023; Rothrock, 2019). Akbari et al. (2022) found that participants who played the virtual reality game, "PlaSurIn", had more accurate and efficient sterile instrumentation set-up times. Online puzzle games were also found to be an effective tool for enhancing problem-solving skills along with improved surgical instrument set-up times (Hosseini et al., 2023).

## **Discussion**

Traditionally, perioperative nurses are educated through college-based programs or online perioperative programs. However, these programs primarily focus on teaching perioperative basics and general surgery (Li & Conway, 2024). This leaves the perioperative nurses to learn surgical specialties, such as orthopedics, in real clinical settings on real patients (Clarke et al., 2021). As healthcare continues to change constantly to meet new innovations and society strains, education training also needs to be flexible and innovative to meet healthcare demands and challenges (Brull & Finlayson, 2016). As we have seen with previous literature, GBL has been successful in perioperative education and could have benefits in teaching orthopedics to perioperative nurses.

### **Enhancing Orthopedic Knowledge**

Orthopedic surgery is a complex surgical specialty requiring a vast knowledge of anatomy, physiology, orthopedic conditions, and surgical instrumentation (Rothrock, 2019). A learner's knowledge is improved when they can find relationships between different domains, e.g., anatomy and a surgical sequence, such as in the Khorammakan et al. (2023) study, where GBL was used to teach perioperative learners heart anatomy and surgical sequences in coronary artery graft bypass surgery. Game-based learning puzzles can link a perioperative nurse's knowledge together, e.g., connecting knowledge about orthopedic fractures, instrumentation, and orthopedic implants, to enhance knowledge comprehension.

Orthopedic equipment and instrumentation are ever-changing to keep up with the demands of society and as newer medical advances arise; thus, a perioperative nurse always must stay attentive to changing technology (Rothrock, 2019). Accordingly, perioperative educators need to use innovative learning approaches, such as GBL, to present new information and to stimulate critical thinking, especially in such stressful areas as orthopedic surgery (Paim & Goldmeier, 2017). Perioperative nurses can find orthopedic surgery a stressful environment due to there being multiple pans of complicated instruments that require the nurse to build specific cutting jigs and alignment guides, and assemble implants prior to surgeon use (Rothrock, 2019). When a nurse experiences anxiety,

learning can be difficult. However, if the learning is an enjoyable experience, the nurse is more likely to retain the new knowledge (Castelluccio, 2011). Using GBL to teach orthopedic instrumentation allows the nurse to learn through a hands-on experience in a safe, controlled environment that, ultimately, would decrease anxiety levels (Borck et al., 2022).

Some orthopedic education is mandatory and needs to be completed annually to ensure safe patient care, such as the use of power tools or mixing bone cement. However, annual in-services can be boring and unengaging (Brull & Finlayson, 2016). The use of GBL could reinforce current orthopedic knowledge on mandatory safety protocols to keep staff engaged, create a fun atmosphere, and instill positive competitive teamwork (Crowley-Barnett et al., 2020; Fawcett & Dodd, 2009).

### **Improving Technical Skills**

The second most common Canadian inpatient surgery is the total knee arthroplasty, which is achieved through a specific surgical sequence using complex orthopedic instrumentation (CIHI, 2024; Rothrock, 2019). Historically, teaching often was done using the “see one, do one, teach one model in the clinical care setting” (Koo et al., 2022, p.3). However, using GBL has allowed participants to learn skills prior to coming to the operating room. Virtual reality games have been developed to teach joint arthroplasty principles to surgical residents and have proven successful for enhancing their knowledge retention of the surgical sequence, decision-making skills, and troubleshooting abilities (Sabri et al., 2010). Creating virtual reality games on orthopedic procedures could be used as a GBL strategy to enhance perioperative nurses’ technical skills with orthopedic instruments, prior to working in the operating room.

Incorporating more orthopedic surgeries in GBL could improve nurse’s instrumentation set-up time and other surgical efficiencies. The Hosseini et al., (2023) study was the only article found that utilized GBL in a variety of surgical specialties, including orthopedic surgery that analyzed open reduction internal fixation of fractures and dynamic hip screw fixation, where nurses had to set up surgical instrumentation (Hosseini et al., 2023). The study found that game-trained students could set up instrumentation in a shorter time than conventionally trained students, proving that developing more GBL on orthopedic procedures could improve surgical efficiencies (Hosseini et al., 2023). Canadian joint replacement waitlists continue to rise due to the aging population, staff shortages, and cancelled surgeries during the pandemic, so improving surgical efficiencies continues to be a priority for many healthcare organizations (CIHI, 2024). By improving perioperative nurses’ technical skills in instrumentation and sterile field set-up, surgical efficiencies could improve and, in turn, result in a reduction in surgical waitlists.

### **Promoting Teamwork**

The literature has proven that GBL is an engaging teaching strategy that helps build teamwork. Orthopedic surgery requires the interprofessional team to work collaboratively to ensure safe patient care, as there are complex positioning equipment, various surgical positions, and complex instrumentation that can pose harm to patients and staff if not safely employed (Rothrock, 2019). For example, an entire interprofessional team is required to position and rotate a patient from a supine to prone position for posterior spine surgery, thus excellent teamwork is needed to execute the rotation in a safe manner (ORNAC, 2023). Surgical errors have negative consequences for patients, possibly causing longer hospital stays, higher complications, or mortality; thus, an interprofessional approach is used to prevent such errors (Santos & Jones, 2023). Game-based learning can provide a learning environment for teams to enhance their teamwork, communication skills, and decision making, which contribute to reducing potential errors (Borck et al., 2022; Soares et al., 2023).

Adverse surgical events, such as wrong-site surgery or a retained surgical item, unfortunately can occur, and most often during the intraoperative phase (Canadian Patient Safety Institute, [CPSI], 2016). The World Health Organization developed the Surgical Safety Checklist, which is utilized in more than 70% of countries worldwide, purposely to prevent adverse surgical events (Urban et al., 2021). This checklist is a low-cost tool that aims to improve communication and teamwork in the operating room. However, there is often a lack of training for medical professionals to engage together in practising its use (Urban et al., 2021). After developing an educational escape room to review the Surgical Safety Checklist, Soares et al. (2023) found the escape room provided a fun training environment for developing teamwork and communication between the various professionals. This same strategy could be applied specifically to orthopedic surgery, putting an emphasis on the Surgical Safety Checklist’s features for preventing wrong-site surgery or incorrect implant selection.

Effective teamwork is not just about patient safety. It is also about the safety of the surgical team. Orthopedic surgery involves the use of complex equipment, such as nitrogen power tools, bone saws, and high-speed drills that can cause harm to the surgical team if not handled properly (ORNAC, 2023). Effective operating room teamwork results in efficient work done in a safe and timely manner. Utilizing GBL to teach orthopedic surgery can be an effective way for teams to function and work together, with escape rooms particularly serving as a great means to improve teamwork and collaboration (Borck et al., 2022; Frederick & Reed, 2021; Kinlaw, 2020; Soares et al., 2023). Consider how creating an escape room with orthopedic-themed puzzles would encourage orthopedic perioperative teams to collaborate, gain trust, and cooperate toward the end goal.

## Challenges to Implementing GBL to Orthopedic Perioperative Education

Game-based learning does come with challenges that must be considered. Games such as escape rooms can be very labour intensive to develop and expensive in terms of cost and educator wage. Yet, once developed, they can be reused or adjusted in the future (Borck et al., 2022; Carifa & Goodin, 2011). Some digital GBL relies on expensive equipment and programs; however, after games are purchased, they can be seen as a cost savings in staff education and can decrease the burden on educators (Clarke et al., 2021; Nasiri et al., 2021).

Another challenge to using GBL is that it does not appeal to all types of learners. Some learners get anxious working in a competitive nature or fear not knowing the correct answer in front of their peers (Borck et al., 2022). Some GBL that use various technologies may not work well for those people who are not as savvy about technology, and the gaming activity would create frustrations or anxiety (Crowley-Barnett et al., 2020).

A final challenge in using GBL to teach orthopedic surgery is to keep the game content up to date. Orthopedic surgical instrumentation is always advancing to higher quality products to deliver best standards of care (Rothrock, 2019). Healthcare organizations also change vendors of orthopedic instrumentation in accordance with provincial contracts (ORNAC, 2023); thus, educators would need to update their GBL on a regular basis to accommodate the changing of various vendors, instruments, and protocols.

## Future research

This literature review analyzed how GBL has been implemented in perioperative nursing education; however, most of these articles and studies are on basic perioperative principles. Only one study by Hosseini et al. (2023), studied surgical instrumentation set-up in a variety of surgical specialties, including orthopedics. A virtual game “PlaSurIn” was developed to help teach novice perioperative nurses how to set up basic surgical instruments. Because of its success, researchers feel this game serves as a foundation for future game development in other surgical specialties (Nasiri et al., 2021). Crowley-Barnett et al. (2020) found 95% of nurses agreed they would like to see more GBL applied to a variety of perioperative topics.

A lack of confidence in a highly demanding environment, such as the operating room, can lead to nursing anxiety and stress regarding providing safe, competent patient care (Borck et al., 2022; Paim & Goldmeier, 2017). Exposure to GBL can increase nursing confidence and enhance skill levels, which could alleviate some of the anxiety and stress (Castelluccio, 2011). To date, there is no evidence of research conducted to analyze perioperative nursing anxiety and stress levels before or after

using GBL. Future long-term studies to analyze GBL’s impact on improving perioperative nurses’ confidence and decreasing their anxiety and stress levels would be beneficial.

## Conclusion

Game-based learning is a valuable and increasingly popular education strategy in perioperative nursing education. This tool has proven effective for developing staff engagement, team collaboration, enhanced knowledge, and improved problem-solving skills. So far, the majority of GBL in the perioperative setting has focused on perioperative foundations, such as sterile technique and general surgery, without addressing the specific requirements of orthopedic surgery. However, the surgical specialty of orthopedics is growing in demand due to a combination of the aging baby boomer population and increasing rates of osteoarthritis. Now, orthopedic surgery is in high demand, yet it is a comprehensive specialty for perioperative nurses to master, due to complex instrumentation and equipment, which can cause anxiety and stress. This literature review has shown that GBL could be a valuable tool for teaching surgical specialties—orthopedics and others—to improve knowledge, foster teamwork, and advance technical skills.

## About the author



*Rachelle Lesy, MN, RN, CPN(C), is the Orthopedic Clinical Resource Nurse in Brandon, Manitoba.*

*Over the past 10 years, she has managed the joint arthroplasty, arthroscopy, spine, and orthopedic trauma program and trained perioperative nurses*

*in orthopedic surgical nursing. In May 2025, she completed her Masters of Nursing with an education focus at Athabasca University. Rachelle is an active member of the Manitoba Operating Room Nurses Association (MORNA) and serves as the current President Elect. Aside from her work schedule, Rachelle has served on five volunteer medical missions with Operation Walk Manitoba, travelling to Nicaragua to perform joint arthroplasty. Rachelle has a passion for perioperative nursing and especially for improving orthopedic protocols and practices, reducing surgical wait times, and engaging others in orthopedics.*

## Conflicts of interest

*There are no conflicts of interest to be declared.*

## Funding

*There was no funding for this project.*

## References

- Abraham, P., Dubois, N., Rimmele, T., Lilot, M., & Balanca, B. (2024). Enhancing perioperative care through decontextualized simulation: A game-changer for non-technical skills training. *Journal of Clinical Anesthesia*, 94, Article 111428. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2024.111428>

- Akbari, F., Nasiri, M., Rashidi, N., Zonoori, S., Amirmohseni, L., Eslami, J., Torabizadeh, C., Havaeji, F. S., Shamloo, M. B. B., Paim, C. P. P., Naghibeiranvand, M., & Asadi, M. (2022). Comparison of the effects of virtual training by serious game and lecture on operating room novices' knowledge and performance about surgical instruments setup: A multi-center two-arm study. *BMC Medical Education*, 22, Article 268. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03351-5>
- Anastasiadis, T., Lampropoulos, G., & Siakas, K. (2018). Digital game-based learning and serious games in education. *International Journal of Scientific Research and Engineering*, 4(12), 139–144. <https://doi.org/10.31695/IJASRE.2018.33016>
- Arthritis Society. (2021, June). *The wait: Addressing Canada's critical backlog of hip and knee replacement surgeries*. [https://arthritis.ca/getmedia/63f2646b-0c7a-4064-98cf-c1ac8460c326/ArthritisSociety\\_WaitTimesReport\\_EN.pdf](https://arthritis.ca/getmedia/63f2646b-0c7a-4064-98cf-c1ac8460c326/ArthritisSociety_WaitTimesReport_EN.pdf)
- Borck, J., Meyer, D., Gettrust, L., & Novalija, J. (2022). Escape to the OR: A novel teaching strategy to promote interprofessional learning and teamwork. *Nursing Management*, 53(2), 28–35. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000805020.58001.28>
- Bracq, M., Michinov, E., Duff, M. L., Arnaldi, B., Gouranton, V., & Jannin, P. (2021). Training situational awareness for scrub nurses: Error recognition in a virtual operating room. *Nurse Education in Practice*, 53, Article 103056. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103056>
- Brull, S., & Finlayson, S. (2016). Importance of gamification in increasing learning. *The Journal of Continuing Education*, 47(8), 372–375. <https://doi.org/10.3928/00220124-20160715-09>
- Canadian Institute for Health Information. (2024, October 24). *More surgeries being done but wait times are still long*. <https://www.cihi.ca/en/taking-the-pulse-measuring-shared-priorities-for-canadian-health-care-2024/health-workforce-and-surgeries/more-surgeries-being-done-but-wait-times-are-still>
- Canadian Patient Safety Institute. (2016). *Detailed analysis surgical safety in Canada: A 10-year review of CMPA and HIROC medico-legal data*. [https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/research-and-policy/system-and-practice-improvement/SSC\\_Detailed\\_Analysis\\_Report-e.pdf](https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/research-and-policy/system-and-practice-improvement/SSC_Detailed_Analysis_Report-e.pdf)
- Carifa, L., & Goodin, H. J. (2011). Using games to provide interactive perioperative education. *AORN Journal: The Official Voice of Perioperative Nursing*, 94(4), 370–376. <https://doi.org/10.1016.j.aorn.2011.01.018>
- Castelluccio, D. L. (2011). Laser safety: The game is on. *AORN Journal: The Official Voice of Perioperative Nursing*, 94(2), 152–157. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.12.027>
- Chandani, A., Mehta, M., Mall, A., & Khokhar, V. (2016). Employee engagement: A review paper of factors affecting employee engagement. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(15) 1–7. <https://doi.org/10.17485/ijst/2016/v9i15/92145>
- Cho, A. (2022). Gamification to teach nurses critical thinking. *Dissector*, 50(2), 27–30.
- Clarke, D. B., Galilee, A. I., Kureshi, N., Hong, M., Fenerty, L., & D'Arcy, R. C. N. (2021). Knowledge transfer and retention of simulation-based learning for neurosurgical instruments: A randomised trial of perioperative nurses. *BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning*, 7(3), 146–153. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2019-000576>
- Crowley-Barnett, J., Pagano, T., & Kent, M. (2020). Engaging perioperative learners using online game-based education. *AORN Journal: The Official Voice of Perioperative Nursing*, 112(5), 447–456. <http://doi.org/10.1002/aorn.13206>
- Fawcett, D. L., & Dodd, C. (2009). Periopardy: The 21<sup>st</sup> century. *AORN Journal: The Official Voice of Perioperative Nursing*, 89(3), 565–571. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2008.09.017>
- Frederick, A. N., & Reed, J. A. (2021). Operation outbreak: A Periop 101 exam review escape room. *Simulation & Gaming*, 52(1), 88–95. <https://doi.org/10.1177/1046878120948922>
- Ho, S. J., Hsu, Y. S., Lai, C. H., Chen, F. H., & Yang, M. H. (2022). Applying game-based experiential learning to comprehensive sustainable development-based education. *Sustainability*, 14, 1172. <https://doi.org/10.3390/su14031172>
- Hosseini, M. M., Manzari, Z. S., Gazerani, A., Hosseini, S. T. M., Gazerani, A., & Rohaninasab, M. (2023). Can gamified surgical sets improve surgical instrument recognition and student performance retention in the operating room? A multi-institutional experiment crossover study. *BMC Medical Education*, 23, Article 907. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04868-z>
- Kinlaw, T. S. (2020). Escape to create an interactive and engaging learning experience. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 51(11), 493–495. <https://doi.org/10.3928/00220124-20201014-02>
- Khorammakan, R., Omid, A., Mirmohammadsadeghi, M., & Ghadami, A. (2023). Puzzle game-based learning: A new approach to promote learning of principles of coronary artery bypass graft surgery. *BMC Medical Education*, 23, Article 241. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04156-w>
- Koo, A., Almeida, B. A., Kerluku, J., Yang, B., & Fufa, D. (2022). Teaching in orthopaedic surgery: Effective strategies for educating the modern learner in a modern surgical practice. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 7(3), e22.00005. <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.OA.22.00005>
- Krath, J., Shurmann, L., & Von Korfflesch, H. F. O. (2021). Revealing the theoretical basis of gamification: A systematic review and analysis of theory in research on gamification, serious games and game-based learning. *Computer in Human Behaviour*, 125, 106963. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.106963>
- Li, J. S., & Conway, A. (2024). Implementation of a blended-learning perioperative nursing education program in Canada. *AORN Journal: The Official Voice of Perioperative Nursing*, 119(4), 248–260. <https://doi.org/10.1002/aorn.14112>
- McCarthy, M. (2016). Experiential learning theory: From theory to practice. *Journal of Business and Economics Research*, 8(5), 131–140. <https://doi.org/10.19020/jber.v8i5.725>
- Nasiri, M., Amirmohseni, L., Mofidi, A., Paim, C. P. P., Shamloo, M. B. B., & Asadi, M. (2019). Educational games developed for students in perioperative nursing: A systematic review and appraisal of the evidence. *Nurse Education in Practice*, 37, 88–96. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.05.002>
- Nasiri, M., Eslami, J., Rashidi, N., Paim, C. P. P., Akbari, F., Torabizadeh, C., Havaeji, F. S., Goldmeier, S., & Abbasi, M. (2021). “Playing with Surgical Instruments (PlaSurIn)” game to train operating room novices how to set up basic surgical instruments: A validation study. *Nurse Education Today*, 105, 105047. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105047>
- Nisbet, J. (2024, December 12). *Game-based learning: Pros, cons & implementation tips for educators*. Prodigy. <https://www.prodigygame.com/main-en/blog/game-based-learning/>
- Operating Room Nurses Association of Canada (2023). *The ORNAC standards, guidelines, and position statements for perioperative registered nurses* (16<sup>th</sup> ed).
- Paige, J. T., Garbee, D. D., Bonanno, L. S., & Kerdolff, K. E. (2020). Qualitative analysis of effective teamwork in the operating room (OR). *Journal of Surgical Education*, 78(3), 967–979. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.09.019>
- Paim, C. P. P., & Goldmeier, S. (2017). Development of an educational game to set up surgical instruments on the mayo stand or back table: Applied research in production technology. *JMIR Serious Games*, 5(1), e1. <https://doi.org/10.2196/games.6048>

- Rothrock, J. C. (2019). *Alexander's care of the patient in surgery (16<sup>th</sup> ed.)*. Elsevier Inc.
- Sabri, H., Cowan, B., Kapralos, B., Porte, M., Backstein, D., & Dubrowskie, A. (2010). Serious game for knee replacement surgery procedure education and training. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 3483–3488.
- Santos, G., & Jones, M. W. (2023, May 29). Prevention of surgical errors. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37276278/>
- Smith, G. (2025, February 5). *Exploring 3 types of employee engagement: Which one fits your organization*. ThriveSparrow. <https://www.thrivesparrow.com/blog/types-of-employee-engagement>
- Soares, R. V., Barel, P. S., Leite, C. C., Santos, L. L., Junior, F. C. S., Carvalho, E. R., Gianotto-Oliveira, R., & Cecilio-Fernandes, D. (2023). Implementation of escape room as an educational strategy to strengthen the practice of safe surgery. *Journal of Surgical Education*, 80(7), 907–911. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2023.04.016>
- Sutton, E. (2021, March 3). *Student engagement: Why it's important and how to promote it*. Branching Minds. <https://www.branchingminds.com/blog/student-engagement-remote-in-person>
- Tavares, N. (2022). The use and impact of game-based learning on the learning experience and knowledge retention of nursing undergraduate students: A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 117, 105484. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105484>
- The University of You. (2020, June 8). *Experiential learning theory*. <https://www.wgu.edu/blog/experiential-learning-theory2006.html>
- University of Rochester Medical Center. (n.d.). *Self-determination theory*. <https://www.urmc.rochester.edu/community-health/patient-care/self-determination-theory>
- Urban, D., Burian, B. K., Patel, K., Turley, N. W., Elam, M., MacRobie, A. G., Merry, A. F., Kumar, M., Hannenberg, A., Haynes, A. B., & Brindle, M. E. (2021). Surgical teams' attitudes about surgical safety and the surgical safety checklist at 10 years: A multinational survey. *Annals of Surgery Open: Perspectives of Surgical History, Education, and Clinical Approaches*, 2(3), e075. <https://doi.org/10.1097/AS9.0000000000000075>
- Vortman, R., Bergen, M. D., Baur, K., & Floyd, V. (2019). Nurse retention in the operating room after perioperative core curriculum completion. *ORNAC Journal*, 37(3), 13–27.
- Ward, B., & Anderson, W. (2022, July 13). *Engaging with purpose: Game-based learning*. Edge Education. <https://edgeeducation.com/engaging-with-purpose-game-based-learning/>



## Safety & Efficiency in Healthcare

We offer innovative technologies for the OR, Hybrid Room, ER, CSSD, ICU, Labor & Delivery departments, exam rooms and much more. Each of our product lines work together to give you exactly what you need: efficiency, versatility, reliability, and cost savings.

- Surgical Tables, Lights, and Booms
- Table Accessories
- Lighting Accessories
- Clinical Essential Stainless
- Warming Cabinets



**Putting Patient Outcomes First... In Everything We Do**

**email: [skytron@tribemedical.com](mailto:skytron@tribemedical.com)**

Le présent article, publié sur la plateforme Open Journal Systems, est diffusé sous la licence d'attribution Creative Commons BY-NC-ND/4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), laquelle n'autorise le téléchargement et le partage de l'article qu'à des fins personnelles. Il est interdit d'utiliser le présent article à des fins commerciales ou d'en modifier le contenu de quelque manière que ce soit. Le titre de l'article original doit être correctement cité.

# Utilisation de moyens ludiques pour enseigner la chirurgie orthopédique à du personnel infirmier en soins périopératoires : quand jouer change la donne

Rachelle Lesy<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Centre régional de santé de Brandon, Brandon, Manitoba

<sup>2</sup>Prairie Mountain Health, Manitoba

<sup>3</sup>Université Athabasca, Athabasca, Alberta

Coordonnées de l'auteur : Rachelle Lesy, [rachellelesy@gmail.com](mailto:rachellelesy@gmail.com)

## Résumé

La pénurie de personnel infirmier est particulièrement aiguë dans le domaine des soins périopératoires, ce qui pousse les établissements de santé à adapter leurs programmes de perfectionnement pour attirer et former rapidement des infirmières et des infirmiers dans cette discipline. Face à la pénurie actuelle, on constate l'existence de nombreux cours théoriques en ligne accompagnés d'activités pratiques ayant un caractère ludique, notamment des jeux d'évasion, de simulation et de réalité virtuelle adaptés à la culture interprofessionnelle et multigénérationnelle du milieu périopératoire. Il a été démontré que les activités d'apprentissage ludiques dans les environnements périopératoires renforcent l'engagement, l'esprit d'équipe, la rétention des connaissances, les capacités de résolution de problèmes et les compétences techniques. Cette revue de la littérature examine l'efficacité des activités d'apprentissage ludiques dans le domaine de la chirurgie orthopédique. Le secteur des soins infirmiers périopératoires orthopédiques est confronté à des défis particuliers, tels que la complexité des instruments, les exigences élevées des soins périopératoires et un degré d'engagement du personnel plutôt faible. L'intégration d'activités ludiques dans la formation périopératoire orthopédique peut aider les infirmières et les infirmiers en soins périopératoires à mieux retenir les connaissances, à améliorer leurs compétences techniques et à renforcer leur esprit d'équipe.

**Mots-clés :** apprentissage ludique, soins infirmiers périopératoires, formation périopératoire, chirurgie orthopédique

**Suggestion de citation :** Lesy, R. (2025). Utilisation de moyens ludiques pour enseigner la chirurgie orthopédique à du personnel infirmier en soins périopératoires : quand jouer change la donne. *Revue de l'AIISOC*, 42(2), 40–48. <https://doi.org/10.5737/ornac16388>

L'apprentissage ludique est une méthode pédagogique innovante qui utilise le jeu comme vecteur de transmission et d'assimilation de connaissances (Ward & Anderson, 2022). Les exemples d'activités d'apprentissage ludiques ne manquent pas : jeux de société, jeux de questions-réponses, jeux d'évasion, jeux de réalité virtuelle, jeux numériques, etc. (Nisbet, 2024). Une revue de littérature systématique réalisée par Tavares (2022) a révélé que les étudiants apprécient l'apprentissage ludique, car il favorise le travail d'équipe, améliore les relations, renforce les connaissances à court terme et est plus agréable que les méthodes d'enseignement traditionnelles. Utilisées dans le domaine de l'éducation depuis longtemps, les activités d'apprentissage ludiques ont récemment fait leur apparition dans la formation infirmière, car les jeunes générations d'apprenants sont friandes d'apprentissage interactif et de technologies modernes (Anastasiadis et al., 2018).

Les soins infirmiers périopératoires englobent les soins prodigués avant, pendant et après une intervention chirurgicale dans diverses spécialités, telles que la chirurgie gastro-intestinale, gynécologique et obstétrique, cardiaque, vasculaire, orthopédique, neurochirurgicale, ophtalmologique et plastique (ORNAC, 2023; Rothrock, 2019). La formation infirmière périopératoire se concentre sur l'enseignement des bases des soins périopératoires, par exemple la technique stérile, et privilégie la chirurgie générale afin que les étudiants maîtrisent bien tous les fondamentaux (Li & Conway, 2024). Beaucoup d'infirmières et d'infirmiers doivent apprendre les spécialités chirurgicales (comme l'orthopédie) sur le tas, par l'observation d'infirmières et infirmiers expérimentés, la lecture de guides techniques ou le visionnement de vidéos, ce qui peut être source d'anxiété et de stress pour celles et ceux qui entrent dans le domaine des soins périopératoires (Bracq et al., 2021). Selon Clarke et collaborateurs (2021), les spécialités opératoires les plus couramment enseignées aux infirmières et infirmiers en soins périopératoires sont la chirurgie générale (42 %), suivie de la chirurgie orthopédique (20 %).

La demande en chirurgie orthopédique est en hausse, en raison de l'augmentation de la population canadienne âgée de plus de 65 ans qui nécessite des prothèses articulaires et des soins de gestion des fractures (Canadian Institute of Health Information [CIHI; Institut canadien d'informations sur la santé], 2024). Les remplacements articulaires du genou et de la hanche figurent parmi les trois interventions chirurgicales les plus fréquentes au Canada. Or, ces chirurgies exigent des infirmières et infirmiers en soins périopératoires ayant des connaissances approfondies et des compétences techniques en orthopédie (CIHI, 2024; Rothrock, 2019). L'arthrite est la maladie chronique la plus répandue au Canada (6 millions de personnes touchées). La Société de l'arthrite du Canada (2021) prévoit que ce nombre passera à 9 millions d'ici 2040, ce qui laisse présager une augmentation de la demande en chirurgie orthopédique.

Des activités d'apprentissage ludiques sont utilisées de manière innovante dans le domaine des soins infirmiers périopératoires pour stimuler l'engagement du personnel, promouvoir le travail d'équipe, améliorer la rétention des connaissances et renforcer les compétences techniques et de résolution de problèmes. La spécialité des soins périopératoires orthopédiques est un domaine exigeant qui nécessite la maîtrise de procédures complexes et d'instruments sophistiqués, ce qui peut entraîner des frustrations chez le personnel, des lacunes sur le plan technique et des inefficacités dans les blocs opératoires. Cette revue de la littérature évalue l'efficacité de l'apprentissage ludique, particulièrement en ce qui concerne l'amélioration des connaissances, le perfectionnement des compétences techniques et la promotion de l'esprit d'équipe dans le domaine des soins infirmiers périopératoires orthopédiques.

## Contexte

Des établissements de santé ont été sollicités pour développer de nouvelles stratégies pédagogiques permettant de former plus rapidement des infirmières en soins périopératoires afin de pallier la pénurie de personnel dans ce domaine, causée par l'augmentation du nombre de départs à la retraite, le manque d'exposition des soins périopératoires dans les programmes de premier cycle en sciences infirmières et l'allongement des listes d'attente pour les interventions chirurgicales en raison du vieillissement des baby-boomers et des retards liés à la pandémie de COVID-19 (Li & Conway, 2024; Vortman et al., 2019). Traditionnellement, la formation infirmière en soins périopératoires est principalement dispensée dans le cadre de cours magistraux, mais ces programmes ne sont proposés qu'à certaines périodes de l'année, sont coûteux et produisent peu de personnel infirmier spécialisé en soins périopératoires. Par conséquent, afin de réduire les coûts et de former relativement rapidement un plus grand nombre d'infirmières et d'infirmiers en soins périopératoires, de nombreux établissements de santé ont opté pour des programmes de formation standardisés en ligne pour cette spécialité (Li & Conway,

2024; Vortman et al., 2019). Plusieurs endroits ont développé des programmes mixtes qui combinent des cours théoriques en ligne et un apprentissage pratique par le biais de simulations, de jeux de rôle et de jeux éducatifs. Ces programmes présentent des avantages tant pour les étudiants que pour les professeurs. On a relevé entre autres une plus grande satisfaction des étudiants, une meilleure application dans la pratique, une plus grande souplesse dans la formule, et un enseignement facilité des aspects techniques des soins infirmiers périopératoires (Li & Conway, 2024). Puisqu'elles permettent aux infirmières et infirmiers d'acquérir des compétences et de renforcer leur confiance dans un environnement sécurisé et agréable, les activités d'apprentissage ludique ont progressivement gagné en popularité dans les programmes de formation infirmière (Nasiri et al., 2019).

## Fondements théoriques de l'apprentissage ludique

Les jeux ont toujours occupé une place importante dans la société, car ils stimulent l'intérêt, créent de la compétition, développent l'esprit critique, renforcent les liens d'amitié et constituent un moyen d'apprentissage positif (Anastasiadis et al., 2018; Nisbet, 2024). Une revue de littérature systématique réalisée par Krath et collaborateurs en 2021 a recensé 118 théories différentes liées à l'apprentissage ludique, les deux plus populaires étant la théorie de l'autodétermination, qui apparaît dans 82 études, et la théorie de l'apprentissage par l'expérience, qu'on retrouve dans 40 études.

## Théorie de l'autodétermination et apprentissage ludique

La théorie de l'autodétermination repose sur l'idée que les êtres humains ont trois besoins psychologiques essentiels qui déterminent leur croissance et leur développement : l'autonomie, la compétence et l'appartenance (University of Rochester Medical Centre [Centre médical de l'université de Rochester], n.d.). Des activités ludiques peuvent développer l'autonomie au moyen d'énigmes qui poussent les apprenants à faire des choix par eux-mêmes (Krath et al., 2021). La compétence peut être améliorée par des défis assortis d'objectifs particuliers, par la récompense des réussites et par des commentaires encourageants. Enfin, l'appartenance peut être renforcée par des activités qui demandent aux participants de collaborer pour atteindre un objectif commun (Krath et al., 2021; University of Rochester Medical Centre [Centre médical de l'université de Rochester], n.d.). Lorsque les trois besoins psychologiques clés du modèle d'autodétermination sont satisfaits, la motivation des apprenants augmente, ce qui se traduit finalement par un engagement accru et un désir d'accomplir davantage (Krath et al., 2021). Lorsque des apprenants participent à des activités d'apprentissage ludiques, ils peuvent être motivés à la fois intrinsèquement (par le plaisir et par le désir d'apprendre) et extrinsèquement, notamment par des points, des récompenses ou des félicitations qui les incitent à participer à d'autres activités d'apprentissage ludiques (Brull & Finlayson, 2016; Krath et al., 2021).

## **Théorie de l'apprentissage par l'expérience avec activités ludiques**

La théorie de l'apprentissage par l'expérience favorise l'acquisition de connaissances par le biais d'expériences et d'interactions, plutôt que par un enseignement théorique direct, et comprend des phases d'expérience concrète, d'observation réfléchie, de conceptualisation abstraite et d'expérimentation active (McCarthy, 2016). L'expérience concrète se produit lorsque l'apprenant prend l'initiative de participer au jeu, puis vient une phase d'observation réflexive au cours de laquelle la personne réfléchit et fait le point sur ce qui s'est passé et sur ses émotions (Ho et al., 2022). La conceptualisation abstraite se produit lorsque l'apprenant intègre des concepts nouveaux et anciens pour créer de nouvelles idées. Vient enfin une phase d'expérimentation active au cours de laquelle l'apprenant utilise ces nouvelles idées pour progresser vers l'objectif final du jeu (Ho et al., 2022).

La théorie de l'apprentissage par l'expérience présente de nombreux avantages associés à l'apprentissage ludique, tels que la promotion de l'esprit d'équipe, le renforcement de la motivation, des occasions de réflexion et la mise en pratique de nouvelles connaissances (The University of You, 2020). Les jeux aident à améliorer la dynamique d'équipe, car ils encouragent les participants à appliquer leurs expériences passées et leurs nouvelles connaissances dans des scénarios réels (Abraham et al., 2024). De plus, les jeux offrent aux apprenants un environnement sécurisé où ils peuvent mettre en pratique leurs connaissances du passé et se projeter dans de nouvelles expériences à travers les défis du jeu (Cho, 2022).

## **Méthodologie**

Pour cette revue de la littérature, une recherche documentaire a été effectuée en janvier 2025 dans les bases de données Science Direct, ProQuest et Google Scholar. Les critères de recherche ciblaient les articles universitaires en anglais, évalués par des pairs, publiés entre 2005 et 2025. Les mots-clés utilisés pour la recherche étaient « perioperative nursing » (soins infirmiers périopératoires), « operating room nursing » (soins infirmiers en salle d'opération) et « game-based learning » (apprentissage ludique). Les articles trouvés étaient retenus s'ils traitaient de l'utilisation de méthodes d'apprentissage ludique pour former du personnel infirmier en soins périopératoires ou des équipes interprofessionnelles de soins périopératoires. Les articles traitant d'activités d'apprentissage ludique en dehors du contexte périopératoire ou dans un programme collégial ou de baccalauréat en sciences infirmières ont été exclus.

## **Résultats**

La recherche documentaire a permis de trouver 14 articles portant précisément sur l'apprentissage ludique dans un contexte périopératoire, lesquels confirment l'hypothèse selon laquelle l'apprentissage ludique est une stratégie pédagogique innovante et efficace.

## **L'apprentissage ludique renforce l'engagement du personnel**

L'apprentissage ludique dans le secteur de l'enseignement médical a gagné en popularité durant la pandémie de COVID-19, car il s'est avéré être un complément efficace à l'enseignement en ligne pour susciter l'engagement des étudiants (Tavares, 2022). L'engagement du personnel est un concept multidimensionnel comprenant trois formes distinctes d'engagement : l'engagement cognitif, l'engagement comportemental et l'engagement émotionnel. L'engagement cognitif est stimulé lorsque le personnel utilise de nouvelles stratégies d'apprentissage, recherche de nouvelles idées, fait preuve de créativité et utilise efficacement ses compétences et ses connaissances (Smith, 2025; Sutton, 2021). Les établissements de santé peuvent favoriser l'engagement cognitif à travers des activités de formation professionnelle qui font appel à l'apprentissage ludique pour développer les compétences de résolution de problèmes et la pensée innovante (Smith, 2025). L'engagement comportemental se manifeste par la participation, par les efforts, par la persévérance et par le souci du détail des employés. Il peut être encouragé par des activités d'apprentissage ludiques qui définissent les attentes ou fournissent aux apprenants des pistes d'évaluation de leurs résultats (Smith, 2025; Sutton, 2021). Une revue de littérature systématique réalisée par Nasiri et collaborateurs (2019) conclut que l'apprentissage ludique peut renforcer la motivation, l'intérêt et l'attitude des apprenants, ce qui correspond à un plus grand engagement émotionnel. Les employés qui sont engagés dans leur milieu de travail obtiennent de meilleurs résultats, sont enthousiastes envers les objectifs de l'organisation, entretiennent des relations positives au travail et changent moins souvent d'emploi (Chandani et al., 2016).

Les méthodes pédagogiques traditionnelles (cours magistraux et lecture de livres, par exemple) sont moins attrayantes pour les apprenants, particulièrement lorsque le contenu suit un format récurrent, comme les examens annuels des politiques (Brull & Finlayson, 2016). Des chercheurs ont vu des employés utiliser leur téléphone à des fins non professionnelles durant certaines présentations et durant des exposés sur des politiques internes, ce qui engendre de la frustration chez les enseignants et des distractions chez les apprenants, qui développent moins de connaissances et perdent leur motivation (Crowley-Barnett et al., 2020). Des jeux éducatifs bien conçus sur des politiques obligatoires peuvent améliorer des compétences, encourager le développement personnel et promouvoir des pratiques exemplaires (Paim & Goldmeier, 2017). Après avoir participé à un jeu de questions-réponses comprenant une revue annuelle des consignes de sécurité associées aux appareils laser, les infirmières et infirmiers participants ont souligné que ce jeu constituait un moyen attrayant et stimulant de réviser les normes de sécurité, au lieu de simplement en faire la lecture (Castelluccio, 2011). Lors de la revue de contenus pédagogiques obligatoires, notamment sur la réanimation cardio-pulmonaire, 98 % des

participants ont déclaré que le jeu d'évasion constituait un outil pédagogique interactif captivant pour renforcer les connaissances sur les situations d'urgence (Borck et al., 2022).

Les activités d'apprentissage ludiques peuvent intégrer des supports attrayants – musique, effets visuels, narration, etc. – afin de maintenir l'intérêt envers le sujet enseigné (Ward & Anderson, 2022). Les développeurs du jeu numérique « Jouer avec des pinces » ont amélioré l'esthétique du jeu au moyen d'avatars d'infirmières ayant différentes expressions faciales, d'une musique de fond et d'images en 3D en vue de plaire aux infirmières et aux infirmiers en formation de soins périopératoires (Paim & Goldmeier, 2017). L'utilisation de rôles occupés par des participants (p. ex. pour juger, marquer les points ou chronométrer) peut contribuer à créer un environnement stimulant dans le cadre d'un événement d'apprentissage ludique de type jeu télévisé (Fawcett & Dodd, 2009). Les jeux d'évasion éducatifs peuvent faire appel à plusieurs sens et intégrer divers accessoires pour maintenir l'intérêt des apprenants, tels que des lampes à lumière noire ou différents types de serrures et de miroirs (Frederick & Reed, 2021).

### **L'apprentissage ludique renforce l'esprit d'équipe**

Un bloc opératoire est un environnement complexe où tout va très vite, et où une équipe multidisciplinaire doit agir de manière parfaitement concertée pour que les patients reçoivent des soins sûrs et de qualité (Paige et al., 2020; Rothrock, 2019). Les activités d'apprentissage ludiques (p. ex. jeux d'évasion) constituent des moyens novateurs de promouvoir l'esprit d'équipe, la communication, la reconnaissance des forces individuelles et la prise de décision collaborative (Borck et al., 2022; Soares et al., 2023). Après avoir participé à un jeu d'évasion mettant en scène une situation d'urgence périopératoire, 43,5 % des participants ont indiqué que le « renforcement de l'esprit d'équipe » était le principal résultat de cet exercice de formation interprofessionnelle (Borck et al., 2022).

Un jeu d'évasion éducatif interprofessionnel développé pour renforcer la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale s'est avéré être une expérience positive qui a permis aux différents professionnels de collaborer, d'améliorer leurs compétences en communication et de résoudre des problèmes en équipe (Soares et al., 2023). Même si la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale est un sujet bien connu, les chercheurs ont constaté que le jeu d'évasion avait sensibilisé l'équipe aux points faibles de leur fonctionnement habituel et que la discussion de bilan leur avait permis d'établir des stratégies d'amélioration (Soares et al., 2023).

Kinlaw (2020) a créé un jeu d'évasion aux antipodes des méthodes d'enseignement traditionnelles qui visait à enseigner au personnel infirmier en soins périopératoires les principes de la technique stérile. Cette activité d'apprentissage ludique comprenait des règles particulières, comme « l'obligation de collaborer avec votre équipe » et « chacun doit respecter la

contribution et les idées des autres » (Kinlaw, 2020, p. 494). Un sondage a révélé que 100 % des infirmières et infirmiers en soins périopératoires ont trouvé cette activité d'apprentissage agréable, ajoutant qu'elle encourageait la collaboration et le travail d'équipe (Kinlaw, 2020).

La formation du personnel infirmier en soins périopératoires peut s'avérer complexe, car jusqu'à quatre générations différentes (des baby-boomers à la génération Z) peuvent être présentes dans une équipe (Borck et al., 2022; Crowley-Barnett et al., 2020). Les activités d'apprentissage ludiques encouragent toutes les générations à mettre à profit leurs compétences particulières, par exemple les connaissances empiriques des baby-boomers et les compétences technologiques de la génération Y (Brull & Finlayson, 2016; Cho, 2022; Crowley-Barnett et al., 2020).

Dans l'ensemble, ce type d'activité d'apprentissage constitue un outil efficace pour les jeunes infirmières et infirmiers qui ont grandi à l'ère numérique et qui ont besoin d'une dynamique active, de concret et d'éléments ludiques pour apprendre, par opposition aux méthodes d'enseignement traditionnelles (Paim & Goldmeier, 2017).

### **L'apprentissage ludique augmente la quantité de connaissances acquises et renforce leur rétention**

La revue de la littérature a démontré que l'apprentissage ludique améliore les connaissances des apprenants, renforce les fonctions cognitives et favorise la rétention des connaissances (Abraham et al., 2024; Akbari et al., 2022; Clarke et al., 2021; Crowley-Barnett et al., 2020; Kinlaw, 2020; Khorammakan et al., 2023). En effet, 97 % des infirmières et infirmiers en soins périopératoires ayant participé à un jeu portant sur les tenues chirurgicales et la technique stérile ont déclaré que ce jeu les avait aidés à acquérir des connaissances sur le sujet (Crowley-Barnett et al., 2020). Kinlaw (2020) a obtenu des résultats similaires dans un sondage réalisé à la suite d'un jeu d'évasion sur la technique stérile, où 100 % des participants ont déclaré que le jeu avait renforcé leurs connaissances.

Dans l'étude réalisée par Akbari et collaborateurs (2022), les participants ont été répartis en deux groupes : le premier a suivi une formation sous forme de cours magistraux, tandis que le second a suivi une formation sous forme de jeu virtuel sur l'utilisation des instruments de chirurgie générale. Les tests théoriques réalisés le premier et le dernier jour de la formation ont révélé que le groupe ayant suivi la formation sous forme de jeu avait obtenu sur la théorie des notes moyennes plus élevées et fait moins d'erreurs que le groupe ayant suivi la formation sous forme de cours magistraux (Akbari et al., 2022). Dans un essai contrôlé randomisé de Clarke et collaborateurs (2021), des infirmières en chirurgie qui avaient joué au jeu de simulation numérique « Periop Sim » avant d'être exposées à de véritables instruments chirurgicaux ont été 23 % plus rapides et

ont atteint une précision de 93 % dans la reconnaissance des instruments, par rapport à d'autres infirmières en chirurgie qui ont plutôt joué au jeu après avoir été exposées à de véritables instruments et dont la précision de reconnaissance a alors été de seulement 80 %.

Les jeux de défis progressifs constituent une autre forme d'apprentissage ludique dont il est connu qu'elle améliore les connaissances et les performances cognitives (Hosseini et al., 2023; Khorammakan et al., 2023). Un jeu de défis progressifs a été conçu pour enseigner à reconnaître les instruments du pontage coronarien et les étapes de l'intervention chirurgicale (Khorammakan et al., 2023). Deux semaines plus tard, les chercheurs ont demandé aux participants de remplir un test et ont constaté que les notes moyennes sur les connaissances étaient passées de 2,68 à 5,75, et que les fonctions cognitives étaient passées de 2,00 à 6,31, ce qui prouve que le jeu de défis progressifs a amélioré les connaissances (Khorammakan et al., 2023).

### **L'apprentissage ludique améliore les compétences techniques et la capacité de résolution de problèmes**

Les milieux périopératoires exigent l'exécution rigoureuse de plusieurs pratiques et protocoles pour que les patients bénéficient de soins sûrs et de qualité, dont la technique stérile (Rothrock, 2019). L'apprentissage ludique est une stratégie innovante qui encourage l'utilisation des capacités de réflexion critique dans une situation de jeu (Carifa & Goodin, 2011; Castelluccio, 2011). Les jeux d'évasion peuvent améliorer les capacités de réflexion critique des infirmières et infirmiers en soins périopératoires, par exemple s'ils demandent de résoudre des énigmes liées à des pratiques périopératoires telles que la technique stérile, la fermeture des plaies et la sécurité des patients (Frederick & Reed, 2021; Kinlaw, 2020).

Le travail en salle d'opération exige beaucoup de concentration, de rapidité et de précision ainsi que des compétences avancées de reconnaissance des instruments, de mise en place du champ stérile et de positionnement du patient qui doit être bien protégé (Hosseini et al., 2023; Rothrock, 2019). Akbari et collaborateurs (2022) ont constaté que les participants au jeu de réalité virtuelle « PlaSurIn » étaient plus précis et efficaces dans la préparation des instruments stériles. Les jeux de défis progressifs en ligne se sont également révélés efficaces pour améliorer les compétences de résolution de problèmes et réduire le temps de préparation des instruments chirurgicaux (Hosseini et al., 2023).

## **Discussion**

Traditionnellement, les infirmières et infirmiers en soins périopératoires sont formés au moyen de cours magistraux ou de formations en ligne spécialisées, mais ces programmes se concentrent principalement sur l'enseignement des fondamentaux des soins périopératoires et de la chirurgie générale (Li & Conway, 2024), de sorte que les connaissances des

spécialités chirurgicales telles que l'orthopédie doivent être acquises en milieu clinique sur de vrais patients (Clarke et al., 2021). Face à la mutation constante du secteur de la santé, qui doit s'adapter aux innovations et aux pressions sociales, la formation doit également faire preuve de flexibilité et innover pour répondre aux exigences et aux défis d'aujourd'hui (Brull et Finlayson, 2016). Comme nous l'avons constaté dans la revue de la littérature, l'apprentissage ludique a fait ses preuves dans la formation du personnel de soins périopératoires en général et pourrait donc avoir des avantages dans l'enseignement de connaissances d'orthopédie aux infirmières et infirmiers exerçant dans cette spécialité.

### **Renforcement des connaissances en orthopédie**

La chirurgie orthopédique est une spécialité complexe qui nécessite des connaissances approfondies en anatomie, en physiologie, en pathologies orthopédiques et en instrumentation chirurgicale (Rothrock, 2019). Les connaissances d'une personne s'améliorent lorsqu'elle découvre des liens entre différents domaines, par exemple l'anatomie et une procédure chirurgicale. C'est ce que nous avons constaté dans l'étude de Khorammakan et collaborateurs (2023) où une activité d'apprentissage ludique a été utilisée pour enseigner à des professionnels des soins périopératoires des connaissances d'anatomie cardiaque ainsi que des protocoles chirurgicaux de pontage coronarien. Les jeux de défis progressifs en apprentissage ludique peuvent encourager une infirmière en soins périopératoires à établir des liens entre ses connaissances, par exemple sur les fractures orthopédiques, les instruments et les implants orthopédiques, et ainsi renforcer sa compréhension globale du sujet.

Les équipements et instruments orthopédiques évoluent constamment en fonction des besoins de la société et des avancées médicales, de sorte qu'une infirmière en soins périopératoires doit toujours se tenir informée des dernières innovations technologiques (Rothrock, 2019). En conséquence, la formation en soins périopératoires doit recourir à des approches pédagogiques innovantes, comme l'apprentissage ludique, pour transmettre de nouvelles informations et stimuler la pensée critique, en particulier dans un domaine aussi stressant que la chirurgie orthopédique (Paim & Goldmeier, 2017). Il est normal que des infirmières en soins périopératoires trouvent la chirurgie orthopédique stressante, en raison des nombreux plateaux d'instruments complexes qui exigent qu'elles réalisent des gabarits de coupe spéciaux et des guides d'alignement, et assemblent des implants avant leur utilisation par le chirurgien (Rothrock, 2019). Une infirmière qui éprouve de l'anxiété peut avoir des difficultés à apprendre, mais si l'apprentissage est une expérience agréable, il devient plus probable que les nouvelles connaissances soient assimilées (Castelluccio, 2011). Des activités d'apprentissage ludiques sur l'utilisation des instruments orthopédiques permettent aux infirmières d'apprendre de façon concrète dans un environnement sûr et contrôlé, ce qui réduit le degré d'anxiété (Borck et al., 2022).

Certaines formations en orthopédie sont obligatoires et doivent être suivies chaque année afin que les patients bénéficient toujours de soins sûrs, notamment en ce qui concerne l'utilisation d'outils électriques ou le mélange de ciment osseux, mais les formations annuelles et répétitives peuvent s'avérer ennuyeuses et peu motivantes (Brull & Finlayson, 2016). Des activités d'apprentissage ludiques pourraient renforcer les connaissances orthopédiques existantes sur les protocoles de sécurité obligatoires, dans un cadre stimulant et agréable, ainsi que développer un esprit d'équipe compétitif et positif (Crowley-Barnett et al., 2020; Fawcett & Dodd, 2009).

### **Amélioration des compétences techniques**

La deuxième intervention chirurgicale la plus courante chez les patients hospitalisés au Canada est l'arthroplastie totale du genou, une procédure chirurgicale qui exige des instruments orthopédiques complexes (CIHI, 2024; Rothrock, 2019). Traditionnellement, cette procédure et ces instruments sont enseignés par « observation et exécution dans un milieu clinique » (Koo et al., 2022, p. 3), mais des activités d'apprentissage ludiques récemment mises au point ont permis à des infirmières d'acquérir des compétences avant d'entrer en salle d'opération. Des jeux de réalité virtuelle développés pour enseigner les principes de l'arthroplastie articulaire à des résidents en chirurgie ont amélioré la rétention des connaissances sur la procédure chirurgicale, les compétences décisionnelles et les capacités de résolution de problèmes (Sabri et al., 2010). La création de jeux de réalité virtuelle sur les procédures orthopédiques pourrait constituer une stratégie d'apprentissage ludique efficace pour renforcer les compétences techniques de manipulation des instruments orthopédiques chez des infirmières en soins périopératoires avant qu'elles les utilisent en salle d'opération.

L'intégration dans un programme d'apprentissage ludique d'un plus grand nombre d'interventions chirurgicales orthopédiques pourrait réduire le temps nécessaire à la préparation des instruments par les infirmières et améliorer l'efficacité chirurgicale. L'étude de Hosseini et collaborateurs (2023) est la seule trouvée qui traite de l'utilisation d'activités d'apprentissage ludique dans diverses spécialités chirurgicales, y compris la chirurgie orthopédique, où on a analysé des opérations de fixation interne de fractures par réduction ouverte et de fixation dynamique de la hanche par vis où les infirmières devaient préparer les instruments chirurgicaux (Hosseini et al., 2023). L'étude a révélé que les étudiants formés à l'aide de jeux pouvaient installer les instruments en moins de temps que ceux formés de manière conventionnelle, prouvant ainsi que la création d'un plus grand nombre d'activités d'apprentissage ludique sur les procédures orthopédiques pouvait améliorer l'efficacité chirurgicale (Hosseini et al., 2023). Les listes d'attente pour les remplacements articulaires continuent de s'allonger au Canada en raison du vieillissement de la population, de la pénurie de personnel et des annulations d'interventions chirurgicales pendant la pandémie. L'amélioration de l'efficacité chirurgicale

constitue donc toujours une priorité pour de nombreux établissements hospitaliers (CIHI, 2024). Un renforcement des compétences techniques des infirmières en soins périopératoires dans le domaine de l'instrumentation et de la mise en place du champ stérile pourrait accroître l'efficacité chirurgicale et, par conséquent, réduire les listes d'attente pour des interventions chirurgicales.

### **Promotion de l'esprit d'équipe**

La revue de la littérature montre bien que l'apprentissage ludique est une stratégie pédagogique stimulante qui contribue à renforcer l'esprit d'équipe. La chirurgie orthopédique exige une collaboration étroite au sein de l'équipe interprofessionnelle, car il faut utiliser des équipements de positionnement complexes, diverses positions chirurgicales et des instruments sophistiqués qui peuvent présenter un danger pour les patients et le personnel s'ils ne sont pas correctement utilisés (Rothrock, 2019). Par exemple, une vaste équipe interprofessionnelle parfaitement coordonnée est nécessaire pour positionner et faire pivoter un patient du décubitus dorsal au décubitus ventral durant une chirurgie de la colonne vertébrale postérieure (ORNAC, 2023). L'approche interprofessionnelle est importante pour éviter des erreurs chirurgicales coûteuses pour les patients, notamment des séjours hospitaliers prolongés et des complications graves, voire mortelles (Santos & Jones, 2023). Les activités d'apprentissage ludiques créent un environnement propice au renforcement de l'esprit d'équipe, des compétences de communication et des capacités décisionnelles, ce qui contribue à réduire le risque d'erreurs (Borck et al., 2022; Soares et al., 2023).

Il existe malheureusement un risque d'événements chirurgicaux indésirables, tels qu'une intervention chirurgicale sur le mauvais site ou un instrument chirurgical oublié, le plus souvent pendant la phase peropératoire (Canadian Patient Safety Institute [CPSI; Institut canadien pour la sécurité des patients], 2016). L'Organisation mondiale de la Santé a créé une liste de contrôle de la sécurité chirurgicale, qui est utilisée dans plus de 70 % des pays du monde pour prévenir les événements chirurgicaux indésirables (Urban et al., 2021). Cette liste de contrôle est un outil peu coûteux d'amélioration du travail d'équipe et de la communication en salle d'opération, mais les professionnels de la santé manquent souvent de temps de formation pour s'entraîner ensemble à l'utiliser (Urban et al., 2021). Soares et collaborateurs (2023) ont développé un jeu d'évasion axé sur cette liste de contrôle et ont constaté que le jeu offrait un environnement de formation ludique efficace pour développer le travail d'équipe et la communication entre les professionnels. Cette stratégie pourrait être adaptée à la chirurgie orthopédique et mettre l'accent sur les éléments de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale qui visent à prévenir les erreurs de site chirurgical ou de sélection d'implant.

L'efficacité du travail d'équipe n'est pas importante uniquement pour les patients, mais aussi pour la sécurité de l'équipe chirurgicale. La chirurgie orthopédique nécessite l'utilisation d'équipements complexes (p. ex. des outils électriques à azote, des scies

à os et des perceuses à grande vitesse) qui peuvent présenter un risque pour l'équipe chirurgicale s'ils ne sont pas manipulés correctement (ORNAC/AISOC, 2023). Une équipe chirurgicale sachant travailler de manière parfaitement coordonnée sera efficace, sûre et rapide. L'utilisation d'activités ludiques pour enseigner la chirurgie orthopédique peut renforcer la coordination des équipes; les jeux d'évasion se sont révélés particulièrement efficaces pour améliorer le travail d'équipe et la collaboration (Borck et al., 2022; Frederick & Reed, 2021; Kinlaw, 2020; Soares et al., 2023). On peut imaginer comment la création d'un jeu d'évasion comportant des énigmes sur le thème de l'orthopédie pourrait enseigner aux équipes périopératoires orthopédiques à collaborer, à développer une confiance collective et à coopérer pour atteindre un objectif final.

### **Difficultés liées à l'intégration d'activités d'apprentissage ludique dans un programme de formation en soins périopératoires orthopédiques**

L'apprentissage ludique présente des difficultés qu'il faut connaître. Par exemple, le développement de jeux d'évasion peut nécessiter beaucoup de travail et être coûteux (frais techniques et de rémunération des formateurs), mais une fois développés, ces jeux peuvent être facilement réutilisés et adaptés à différents contextes (Borck et al., 2022; Carifa & Goodin, 2011). Des chercheurs ont constaté que certaines activités d'apprentissage ludiques nécessitent des équipements et des programmes coûteux, mais une fois ces achats faits, elles génèrent des réductions de coûts de formation du personnel et allègent la charge de travail des enseignants (Clarke et al., 2021; Nasiri et al., 2021).

L'apprentissage ludique présente également l'inconvénient de ne pas convenir à tous les types d'apprenants. Certains apprenants sont anxieux dans un environnement compétitif ou craignent de paraître ridicules devant leurs pairs en cas de mauvaise réponse (Borck et al., 2022). Certaines activités d'apprentissages ludiques qui utilisent des outils technologiques peuvent s'avérer inefficaces avec des personnes connaissant mal ces outils, ce qui peut entraîner des frustrations et de l'anxiété (Crowley-Barnett et al., 2020).

Enfin, les activités d'apprentissage ludiques en chirurgie orthopédique présentent un autre défi : le maintien de la pertinence du contenu. Les instruments de chirurgie orthopédique sont fréquemment améliorés et de nouveaux outils apparaissent régulièrement (Rothrock, 2019). Les établissements hospitaliers changent parfois de fournisseurs d'instruments orthopédiques au gré de contrats provinciaux (ORNAC, 2023), ce qui force les formateurs à actualiser régulièrement leurs activités d'apprentissage ludiques en fonction des changements de fournisseurs et de protocoles.

### **Pistes de recherches futures**

Cette revue de la littérature avait pour but d'analyser l'intégration d'activités d'apprentissage ludiques dans la formation du personnel infirmier en soins périopératoires. Or, la plupart des

articles et des études portaient plutôt sur les fondamentaux des soins périopératoires. Une seule étude, réalisée par Hosseini et collaborateurs (2023), s'est intéressée aux instruments chirurgicaux de diverses spécialités chirurgicales, y compris l'orthopédie. Un jeu de réalité virtuelle intitulé « PlaSurIn » a été créé pour que les futurs infirmiers et infirmières en soins périopératoires sachent mieux comment préparer des instruments chirurgicaux de base. En raison de son succès, il semble que ce jeu pourrait servir de base à la création d'autres jeux dans d'autres spécialités chirurgicales (Nasiri et al., 2021). Crowley-Barnett et collaborateurs (2020) ont constaté que 95 % des infirmières souhaitent plus d'activités d'apprentissage ludiques dans les divers domaines de soins périopératoires.

Un manque de confiance dans un environnement aussi exigeant qu'une salle d'opération peut engendrer de l'anxiété et du stress pour le personnel infirmier, inquiet quant à ses compétences et de la sécurité des soins prodigués aux patients (Borck et al., 2022; Paim & Goldmeier, 2017). Nous avons vu que des activités d'apprentissage ludiques sont susceptibles de renforcer la compétence et la confiance du personnel infirmier, et donc d'atténuer l'anxiété et le stress (Castelluccio, 2011), mais aucune recherche n'a encore analysé les niveaux d'anxiété et de stress de cette profession en soins périopératoires avant et après des activités d'apprentissage ludiques. Il serait utile de réaliser des études à long terme analysant les effets de l'apprentissage ludique sur la confiance des infirmières en soins périopératoires ainsi que sur la réduction de leur anxiété et de leur stress.

### **Conclusion**

L'apprentissage ludique est une stratégie pédagogique intéressante et de plus en plus populaire pour la formation des infirmières et infirmiers en soins périopératoires. Cet outil s'est révélé efficace pour stimuler l'engagement du personnel, la collaboration au sein des équipes, le renforcement des connaissances et l'amélioration des compétences de résolution de problèmes. Jusqu'à présent, la majorité des activités d'apprentissage ludiques dans le domaine des soins périopératoires se sont concentrées sur les fondamentaux des soins périopératoires, tels que la technique stérile et la chirurgie générale, sans aborder les particularités de la chirurgie orthopédique, mais le vieillissement des baby-boomers et la croissance des cas d'arthrose entraîne une hausse de la demande en chirurgie orthopédique. Cependant, cette spécialité comporte de grandes difficultés pour les infirmières en soins périopératoires en raison de la complexité des instruments et des équipements, ce qui peut être source d'anxiété et de stress. Cette revue de la littérature a démontré que des activités d'apprentissage ludiques dans les domaines de spécialité tels que la chirurgie orthopédique peuvent améliorer les connaissances, favoriser le travail d'équipe et renforcer les compétences techniques.

## À propos de l'auteure



Rachelle Lesy, M. Sc., inf. aut., I.C.C. (C), est infirmière clinicienne en orthopédie à Brandon, au Manitoba. Au cours des dix dernières années, elle a géré le programme d'arthroplastie articulaire, d'arthroscopie, de soins de la colonne

vertébrale et de traumatologie orthopédique, et a formé des infirmières périopératoires aux soins infirmiers en chirurgie orthopédique. En mai 2025, elle a obtenu une maîtrise en sciences infirmières avec une spécialisation en éducation à l'Université Athabasca. Rachelle est membre active de l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Manitoba (MORNA) et en est actuellement la présidente élue. Outre son horaire, Rachelle a participé à cinq missions médicales bénévoles avec Opération Walk Manitoba, se rendant au Nicaragua pour effectuer des arthroplasties articulaires. Rachelle est passionnée par les soins infirmiers périopératoires, en particulier par l'amélioration des protocoles et des pratiques orthopédiques, la réduction des temps d'attente en chirurgie et l'engagement des autres en orthopédie.

## Conflits d'intérêts

L'auteure déclare ne pas être en conflit d'intérêts.

## Financement

L'auteure n'a reçu aucun financement pour la rédaction du présent article.

## Références

- Abraham, P., Dubois, N., Rimmle, T., Lilot, M., & Balanca, B. (2024). Enhancing perioperative care through decontextualized simulation: A game-changer for non-technical skills training. *Journal of Clinical Anesthesia*, 94, Article 111428. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2024.111428>
- Akbari, F., Nasiri, M., Rashidi, N., Zonoori, S., Amirmohseni, L., Eslami, J., Torabizadeh, C., Havaeji, F. S., Shamloo, M. B. B., Paim, C. P. P., Naghibeiranvand, M., & Asadi, M. (2022). Comparison of the effects of virtual training by serious game and lecture on operating room novices' knowledge and performance about surgical instruments setup: A multi-center two-arm study. *BMC Medical Education*, 22, Article 268. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03351-5>
- Anastasiadis, T., Lampropoulos, G., & Siakas, K. (2018). Digital game-based learning and serious games in education. *International Journal of Scientific Research and Engineering*, 4(12), 139–144. <https://doi.org/10.31695/IJASRE.2018.33016>
- Arthritis Society. (2021, June). *The wait: Addressing Canada's critical backlog of hip and knee replacement surgeries*. [https://arthritis.ca/getmedia/63f2646b-0c7a-4064-98cf-clac8460c326/ArthritisSociety\\_WaitTimesReport\\_EN.pdf](https://arthritis.ca/getmedia/63f2646b-0c7a-4064-98cf-clac8460c326/ArthritisSociety_WaitTimesReport_EN.pdf)
- Borck, J., Meyer, D., Gettrust, L., & Novalija, J. (2022). Escape to the OR: A novel teaching strategy to promote interprofessional learning and teamwork. *Nursing Management*, 53(2), 28–35. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000805020.58001.28>
- Bracq, M., Michinov, E., Duff, M. L., Arnaldi, B., Gouranton, V., & Jannin, P. (2021). Training situational awareness for scrub nurses: Error recognition in a virtual operating room. *Nurse Education in Practice*, 53, Article 103056. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103056>
- Brull, S., & Finlayson, S. (2016). Importance of gamification in increasing learning. *The Journal of Continuing Education*, 47(8), 372–375. <https://doi.org/10.3928/00220124-20160715-09>
- Canadian Institute for Health Information. (2024, October 24). *More surgeries being done but wait times are still long*. <https://www.cihi.ca/en/taking-the-pulse-measuring-shared-priorities-for-canadian-health-care-2024/health-workforce-and-surgeries/more-surgeries-being-done-but-wait-times-are-still>
- Canadian Patient Safety Institute. (2016). *Detailed analysis surgical safety in Canada: A 10-year review of CMPA and HIROC medico-legal data*. [https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/research-and-policy/system-and-practice-improvement/SSC\\_Detailed\\_Analysis\\_Report-e.pdf](https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/research-and-policy/system-and-practice-improvement/SSC_Detailed_Analysis_Report-e.pdf)
- Carifa, L., & Goodin, H. J. (2011). Using games to provide interactive perioperative education. *AORN Journal: The Official Voice of Perioperative Nursing*, 94(4), 370–376. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.01.018>
- Castelluccio, D. L. (2011). Laser safety: The game is on. *AORN Journal: The Official Voice of Perioperative Nursing*, 94(2), 152–157. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.12.027>
- Chandani, A., Mehta, M., Mall, A., & Khokhar, V. (2016). Employee engagement: A review paper of factors affecting employee engagement. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(15) 1–7. <https://doi.org/10.17485/ijst/2016/v9i15/92145>
- Cho, A. (2022). Gamification to teach nurses critical thinking. *Dissector*, 50(2), 27–30.
- Clarke, D. B., Galilee, A. I., Kureshi, N., Hong, M., Fenerty, L., & D'Arcy, R. C. N. (2021). Knowledge transfer and retention of simulation-based learning for neurosurgical instruments: A randomised trial of perioperative nurses. *BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning*, 7(3), 146–153. <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2019-000576>
- Crowley-Barnett, J., Pagano, T., & Kent, M. (2020). Engaging perioperative learners using online game-based education. *AORN Journal: The Official Voice of Perioperative Nursing*, 112(5), 447–456. <http://doi.org/10.1002/aorn.13206>
- Fawcett, D. L., & Dodd, C. (2009). Periopardy: The 21<sup>st</sup> century. *AORN Journal: The Official Voice of Perioperative Nursing*, 89(3), 565–571. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2008.09.017>
- Frederick, A. N., & Reed, J. A. (2021). Operation outbreak: A Periop 101 exam review escape room. *Simulation & Gaming*, 52(1), 88–95. <https://doi.org/10.1177/1046878120948922>
- Ho, S. J., Hsu, Y. S., Lai, C. H., Chen, F. H., & Yang, M. H. (2022). Applying game-based experiential learning to comprehensive sustainable development-based education. *Sustainability*, 14, 1172. <https://doi.org/10.3390/su14031172>
- Hosseini, M. M., Manzari, Z. S., Gazerani, A., Hosseini, S. T. M., Gazerani, A., & Rohaninasab, M. (2023). Can gamified surgical sets improve surgical instrument recognition and student performance retention in the operating room? A multi-institutional experiment crossover study. *BMC Medical Education*, 23, Article 907. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04868-z>
- Kinlaw, T. S. (2020). Escape to create an interactive and engaging learning experience. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 51(11), 493–495. <https://doi.org/10.3928/00220124-20201014-02>
- Khorammakan, R., Omid, A., Mirmohammadsadeghi, M., & Ghadami, A. (2023). Puzzle game-based learning: A new approach to promote learning of principles of coronary artery bypass graft surgery. *BMC Medical Education*, 23, Article 241. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04156-w>

- Koo, A., Almeida, B. A., Kerluku, J., Yang, B., & Fufa, D. (2022). Teaching in orthopaedic surgery: Effective strategies for educating the modern learner in a modern surgical practice. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 7(3), e22.00005. <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.OA.22.00005>
- Krath, J., Shurmann, L., & Von Korflesch, H. F. O. (2021). Revealing the theoretical basis of gamification: A systematic review and analysis of theory in research on gamification, serious games and game-based learning. *Computer in Human Behaviour*, 125, 106963. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.106963>
- Li, J. S., & Conway, A. (2024). Implementation of a blended-learning perioperative nursing education program in Canada. *AORN Journal: The Official Voice of Perioperative Nursing*, 119(4), 248–260. <https://doi.org/10.1002/aorn.14112>
- McCarthy, M. (2016). Experiential learning theory: From theory to practice. *Journal of Business and Economics Research*, 8(5), 131–140. <https://doi.org/10.19020/jber.v8i5.725>
- Nasiri, M., Amirmohseni, L., Mofidi, A., Paim, C. P. P., Shamloo, M. B. B., & Asadi, M. (2019). Educational games developed for students in perioperative nursing: A systematic review and appraisal of the evidence. *Nurse Education in Practice*, 37, 88–96. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.05.002>
- Nasiri, M., Eslami, J., Rashidi, N., Paim, C. P. P., Akbari, F., Torabizadeh, C., Havaeji, F. S., Goldmeier, S., & Abbasi, M. (2021). "Playing with Surgical Instruments (PlaSurIn)" game to train operating room novices how to set up basic surgical instruments: A validation study. *Nurse Education Today*, 105, 105047. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105047>
- Nisbet, J. (2024, December 12). *Game-based learning: Pros, cons & implementation tips for educators*. Prodigy. <https://www.prodigygame.com/main-en/blog/game-based-learning/>
- Operating Room Nurses Association of Canada (2023). *The ORNAC standards, guidelines, and position statements for perioperative registered nurses* (16<sup>th</sup> ed).
- Paige, J. T., Garbee, D. D., Bonanno, L. S., & Kerdolff, K. E. (2020). Qualitative analysis of effective teamwork in the operating room (OR). *Journal of Surgical Education*, 78(3), 967–979. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.09.019>
- Paim, C. P. P., & Goldmeier, S. (2017). Development of an educational game to set up surgical instruments on the mayo stand or back table: Applied research in production technology. *JMIR Serious Games*, 5(1), e1. <https://doi.org/10.2196/games.6048>
- Rothrock, J. C. (2019). *Alexander's care of the patient in surgery* (16<sup>th</sup> ed.). Elsevier Inc.
- Sabri, H., Cowan, B., Kapralos, B., Porte, M., Backstein, D., & Dubrowskie, A. (2010). Serious game for knee replacement surgery procedure education and training. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 3483–3488.
- Santos, G., & Jones, M. W. (2023, May 29). Prevention of surgical errors. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37276278/>
- Smith, G. (2025, February 5). *Exploring 3 types of employee engagement: Which one fits your organization*. ThriveSparrow. <https://www.thrivesparrow.com/blog/types-of-employee-engagement>
- Soares, R. V., Barel, P. S., Leite, C. C., Santos, L. L., Junior, F. C. S., Carvalho, E. R., Gianotto-Oliveira, R., & Cecilio-Fernandes, D. (2023). Implementation of escape room as an educational strategy to strengthen the practice of safe surgery. *Journal of Surgical Education*, 80(7), 907–911. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2023.04.016>
- Sutton, E. (2021, March 3). *Student engagement: Why it's important and how to promote it*. Branching Minds. <https://www.branchingminds.com/blog/student-engagement-remote-in-person>
- Tavares, N. (2022). The use and impact of game-based learning on the learning experience and knowledge retention of nursing undergraduate students: A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 117, 105484. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105484>
- The University of You. (2020, June 8). *Experiential learning theory*. <https://www.wgu.edu/blog/experiential-learning-theory2006.html>
- University of Rochester Medical Center. (n.d.). *Self-determination theory*. <https://www.urmc.rochester.edu/community-health/patient-care/self-determination-theory>
- Urban, D., Burian, B. K., Patel, K., Turley, N. W., Elam, M., MacRobie, A. G., Merry, A. F., Kumar, M., Hannenberg, A., Haynes, A. B., & Brindle, M. E. (2021). Surgical teams' attitudes about surgical safety and the surgical safety checklist at 10 years: A multinational survey. *Annals of Surgery Open: Perspectives of Surgical History, Education, and Clinical Approaches*, 2(3), e075. <https://doi.org/10.1097/AS9.0000000000000075>
- Vortman, R., Bergen, M. D., Baur, K., & Floyd, V. (2019). Nurse retention in the operating room after perioperative core curriculum completion. *ORNAC Journal*, 37(3), 13–27.
- Ward, B., & Anderson, W. (2022, July 13). *Engaging with purpose: Game-based learning*. Edge Education. <https://edgeeducation.com/engaging-with-purpose-game-based-learning/>



**RMAC Surgical Inc.**  
Keeping Safety in Check

**Why are you paying SO MUCH for your sterile medication label kits?**

**PharmaTags: Sterile Medication Label Kits**

Many kits come from the U.S.A.—PharmaTags™ are made here in Canada at our ISO13485 Registered facility. All other kits are imported from the USA by distributors.

Choose your own medication labels  
Fast delivery direct from the manufacturer  
Save money

Synthetic Waterproof Material    Smudge proof markers  
Residue free adhesive (on stainless steel bowls)

**RMAC Surgical Inc.**  
Samples available upon request. Ask about our line of surgical skin markers  
Toll Free: 1 888 299 2661    [www.PharmaTags.com](http://www.PharmaTags.com)

# Cultivating mutual mentorship: Reimagining relational leadership in perioperative nursing

Jennifer Dunn<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Alberta Children's Hospital, Calgary, Alberta

<sup>2</sup>University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan

Address for correspondence: [jennifer.dunn@mail.usask.ca](mailto:jennifer.dunn@mail.usask.ca)

## Abstract

*The perioperative environment is one of the most complex in healthcare, requiring technical precision, interdisciplinary coordination, and the capacity for adaptive leadership. Traditional mentorship models, which are often hierarchical and episodic, no longer meet the evolving needs of today's diverse surgical teams. This article presents a conceptual discussion of a Mutual Mentorship Model specifically designed for perioperative nursing. The model is informed by adult learning theory, transformational leadership, and Patricia Benner's Novice to Expert framework, emphasizing reciprocity, psychological safety, and shared accountability through co-mentorship, where both participants engage as learners and contributors.*

*The approach includes strategies such as cross-role matching, reflective dialogue, and mentorship cycles. These are supported by a set of modular resources currently in development. This paper outlines how they may eventually support integration within existing professional development systems. The model addresses skill development and the structural, emotional, and cultural challenges of perioperative work.*

*In addition, a proposed evaluation plan is included to explore potential outcomes, such as increased clinical confidence, improved retention, and strengthened professional identity. By shifting mentorship from a transactional process to one centred on relationships and shared growth, this model offers a framework for fostering connection, leadership, and long-term resilience in perioperative nursing.*

**Keywords:** mutual mentorship, perioperative nursing, relational leadership, adult learning theory, psychological safety, transformational leadership, nursing workforce development

**Suggested citation:** Dunn, J. (2025). Cultivating mutual mentorship: Reimagining relational leadership in perioperative nursing. *ORNAC Journal*, 42(2), 49–56. <https://doi.org/10.5737/ornac16385>

## Introduction

The perioperative setting demands vigilance, seamless coordination, and the ability to adapt to rapidly changing circumstances. While technical precision is essential, the quality of interpersonal relationships often plays an equally vital role in shaping clinical outcomes and team resilience (Rosen et al., 2018). Nurses working in this environment must navigate complex procedures and, at the same time, emotionally intense situations, fluctuating team dynamics, and the need for effective communication under pressure (Cooper et al., 2021; Frick et al., 2024). These relational dynamics are increasingly recognized as central to staff well-being, team cohesion, and retention (Turcotte et al., 2023). To support these needs, there must be intentional efforts to foster connection, shared growth, and mutual accountability.

Considering these challenges, this article introduces a Mutual Mentorship Model developed specifically for perioperative nursing. Informed by adult learning theory (Knowles et al., 2015), transformational leadership (Bass, 1985), and Benner's Novice to Expert framework (1984), this model positions mentorship as a reciprocal and evolving process. Unlike traditional hierarchical approaches, it promotes psychological safety, co-designed learning goals, and relational accountability. Nurses are encouraged to act as both learners and contributors, engaging in reflective and collaborative partnerships that develop over time.

Beyond theoretical foundations, the model is designed with practical implementation in mind. The overview that follows is conceptual, yet grounded in real clinical needs, offering foundational insights ahead of formal program rollout. The mentorship resources referenced are currently under development and will be introduced in future publications. The goal of this early exploration is to establish a flexible framework that can be adapted and refined within the diverse realities of perioperative teams.

The discussion begins by identifying the current needs of perioperative teams, especially those experiencing burnout, marginalization, or transition. It then outlines the model's core

components and potential applications in clinical practice. Lastly, it offers strategies for evaluation and reflects on how a relational approach to mentorship can shift professional culture toward connection, trust, and shared leadership.

### **Why mutual mentorship matters in the perioperative environment**

To situate this model within existing practice, it is first necessary to examine how mentorship has traditionally been structured in the perioperative environment, and why those approaches fall short of current needs. Mentorship in perioperative nursing often has been understood as a top-down exchange, where senior nurses instruct newer staff in tasks and routines, without fostering critical thinking or leadership capacity (Farlow & Ahmadmehrabi, 2021). This unidirectional model prepares nurses to function within existing systems, but often discourages questioning, adaptation, or improvement. It reinforces inherited hierarchies that position nurses as support staff rather than autonomous professionals, limiting both growth and voice (Hall, 2021; Salazar Maya, 2022). For a multigenerational workforce navigating burnout, equity gaps, and role transitions, such a static approach no longer fits (Proba, 2024). What's needed is not more instruction, but deeper connection.

Mutual mentorship offers a necessary redesign. Instead of relying on episodic check-ins or rigid seniority structures, it reframes mentorship as a continuous exchange in which each participant contributes unique insights shaped by background, experience, and generational perspective. A seasoned circulator, for example, may offer expertise in navigating procedural stress, while a newer nurse brings ideas about inclusive communication or documentation tools. This approach makes growth collaborative, reflective, and multidirectional.

To make this actionable, the model incorporates practical strategies, such as co-setting learning goals tied to clinical challenges, journaling to process emotionally complex cases, and brief debriefs to address interpersonal dynamics. These tools support mentorship as a living, relational practice that evolves alongside clinical work (Quayson, 2022).

Beyond the individual benefits of these strategies, the shift toward mutual mentorship is both timely and necessary. Nurses represent more than half the global healthcare workforce, yet they remain underrepresented in decisions about care structures and delivery models (Kim et al., 2022). When nurses are excluded from shaping policies or leading change, critical insights are lost. Reframing mentorship as a shared, reflective process restores both agency and voice, contributing to professional development and also to cultural transformation (O'Connor et al., 2025).

Furthermore, as experienced staff retire, the risk of losing institutional knowledge increases. Mutual mentorship, grounded in dialogue and storytelling, becomes a method for preserving

tacit clinical wisdom and transmitting values that are not written in manuals but are lived in relationships (Ronaldson et al., 2017). This approach helps ensure that knowledge and trust are passed on through meaningful conversation, rather than through assumption or omission. Without this shift, perioperative nursing risks losing technical expertise along with the relational culture that sustains teams. To safeguard both, mentorship must evolve beyond formal programs. It must become an everyday practice that fosters learning through relationships and recognizes nurses as experts, collaborators, and informal leaders.

### **Discussion**

These principles form the foundation for the following discussion, which reimagines mentorship within the cultural and operational dynamics of the operating room. Effective mentorship must reflect the realities of clinical practice, where success depends not only on procedural knowledge, but also on teamwork, real-time decision-making, and emotional intelligence to navigate unpredictable situations (Tørring et al., 2019). Traditional structures, often hierarchical or limited to brief orientation, rarely provide adequate support in high-demand clinical contexts (Kays et al., 2023). What is needed instead is a responsive system that integrates learning into daily workflows, builds interpersonal trust, and fosters reflective, team-based growth (Leclerc et al., 2022).

To meet these needs in practice, the Mutual Mentorship Model embeds reflective learning into daily clinical routines. This approach is grounded in reciprocity, shared learning, and psychological safety, principles that shape how nurses connect, grow, and collaborate (Hardie et al., 2022). Rather than treating mentorship as a one-way exchange, it invites nurses to co-create learning goals tied to clinical realities and to contribute insights regardless of tenure or title. Drawing on principles of mentorship sustainability and relationship-centred learning described in the literature (Mukhalalati & Taylor, 2019), these foundational ideas are applied to the perioperative setting.

Acknowledging that professional development is non-linear, the framework also accommodates the way nurses build judgment through experience, feedback, and reflection (Melin-Johansson et al., 2017). Learning is structured into flexible phases of goal setting, feedback, and shared reflection, each designed to adapt to changing needs and contexts (He et al., 2024). This structure allows insight to emerge from collaboration rather than from role-based instruction alone.

The framework further emphasizes informal, relational forms of leadership that arise through everyday clinical moments. For example, a nurse may demonstrate leadership by de-escalating tension during a high-stakes case or by offering emotional support to a peer after a difficult shift. These acts are not dependent on formal authority, but reflect the kind of

cultural impact that mentorship seeks to cultivate (Briciu et al., 2024; Lawson & Fleshman, 2020). As described earlier, mutual mentorship reinforces these behaviours, by creating space for trust, dialogue, and shared responsibility.

In addition to supporting individual growth, this strategy advances broader organizational goals, including inclusive development, staff engagement, and succession planning (Morrison et al., 2021; Sullens & Gonzalez, 2025). It addresses systemic inequities by creating deliberate space for underrepresented voices to shape culture and influence team dynamics (Davis, 2024; Iheduru-Anderson & Shingles, 2023).

This approach also plays a vital role in preserving experiential knowledge. Much of the clinical wisdom nurses carry, including how to manage team dynamics, read interpersonal cues, or respond to unspoken tension, is often passed on informally, if at all, and rarely benefits from structured reflection or dialogue (Cioffi, 2025). This tacit knowledge can disappear as experienced staff leave the workforce (Chyzy et al., 2025; Pullen, 2025). Mutual mentorship helps safeguard this knowledge by weaving it into daily relational practice.

To operationalize these principles, this mentorship model incorporates lightweight, adaptable resources designed for real-time clinical use. These include conversation starters, journaling prompts, and feedback templates that support meaningful reflection without adding burden. The resources are grounded in trauma-informed design and acknowledge the emotional and time-based constraints of perioperative work (Purkey et al., 2018).

Importantly, this model does not depend on costly infrastructure or external consultants. Instead, it relies on relational commitment: from leaders who model reflective learning, from educators who make space for mentorship, and from teams who engage with openness and intention. As discussed, its tools and processes are intentionally flexible and continue to evolve through frontline feedback and practice-based iteration (Brown-DeVeaux et al., 2025; Burgess et al., 2018).

At its core, mutual mentorship is about restoring human connection in clinical environments. When mentorship becomes a routine part of care, nurses feel grounded, supported, and empowered to thrive in complexity (Watson et al., 2025). Its strength lies in theory and, more importantly, in its capacity to translate shared values into everyday practice, where professional growth is sustained through trust, reflection, and mutual respect.

### **Conceptual framework**

Building on this foundation, the conceptual framework guiding this approach emphasizes practicality, relevance, and relationship-centred learning. Rather than presenting theory for its own sake, this mentorship model draws from lived clinical experience and the day-to-day realities of perioperative

nursing. It is based on the understanding that professional growth stems from reflection, dialogue, and relational learning integrated into real-time practice (Tørring et al., 2019).

Mutual mentorship is structured around three interrelated principles: reciprocity, where learning flows in both directions regardless of tenure; psychological safety, which allows nurses to speak openly without fear of judgment; and co-mentorship, which treats all participants as both contributors and learners. These foundational ideas shape how mentorship is experienced on the ground and embedded within team dynamics.

The first principle emphasizes the importance of treating nurses as capable, experience-based learners. Engagement tends to be higher when development is relevant, self-directed, and rooted in real challenges (Dion et al., 2025). In the high-demand setting of the OR, traditional top-down instruction often fails to connect meaningfully with staff (Frasier et al., 2019). This mentorship strategy invites nurses to identify their learning goals, reflect on emotionally complex moments, and build skills through lived experience. The process supports deeper knowledge retention, while fostering a strong sense of agency and professional ownership (Rinfret et al., 2023).

The second principle recognizes that clinical expertise evolves over time. Judgment is developed gradually through repeated exposure, thoughtful feedback, and accumulated insight (Dewitt et al., 2021). By encouraging partnerships across generations, roles, and experience levels, this framework creates space for mutual learning. A newer nurse may contribute fresh insights or digital fluency, while a seasoned colleague may offer procedural intuition and contextual knowledge. These reciprocal exchanges make the learning process richer and more adaptive (Hofler & Thomas, 2016).

The third principle focuses on the value of relational influence within teams. For example, when a nurse de-escalates a conflict, provides quiet support after a difficult shift, or calmly leads during a high-stakes moment, they are demonstrating the kind of everyday leadership that strengthens team cohesion (Lenssen et al., 2025). As introduced earlier, leadership can extend beyond formal title or tenure; this strategy sustains that perspective by reinforcing practices that nurture trust and psychological safety (Gottlieb et al., 2021). When combined, these principles shape a mentorship approach that becomes part of daily clinical routines, moving beyond the limits of orientation or reliance on a single preceptor (Moss et al., 2023).

The framework also anticipates common barriers to sustainable mentorship. Intentional pairings, such as connecting a clinical educator with a new team lead, help to expand access to development opportunities across roles (Burgess et al., 2018). Flexible resources allow teams to adapt the model to their own workflows and capacity (Lenssen et al., 2025). In this way, reflection becomes a routine element of care culture, rather than an optional or burdensome task.

Ultimately, mutual mentorship is a shared commitment to growth, connection, and trust. It comes to life not through formal programs alone, but through everyday moments, when two colleagues pause to debrief a case, ask for feedback, or develop a new process together. These relational encounters are where growth takes root and meaningful change begins.

### **Implementation strategy**

To ensure mentorship is intentional and sustainable, the framework is embedded into existing structures, such as orientation programs, performance reviews, and leadership development pathways. Research shows that initiatives integrated into routine workflows are more impactful than those treated as add-ons (Burgess et al., 2018). The goal is to build individual skills while fostering relationships and a culture of shared growth.

Implementation begins with cultivating shared ownership. Nurse educators, clinical leaders, frontline staff, and governance teams are engaged early through informal listening sessions, brief surveys, or focus groups (Bergstedt & Wei, 2020; Brown-DeVeaux et al., 2025). This ensures the structure reflects the real-world pressures, team dynamics, and opportunities unique to each perioperative unit.

Once input is gathered, mutual mentorship is introduced through low-burden, practice-based strategies, such as short learning sessions, scenario-based coaching, and peer-led activities, woven into daily tasks. For example, “huddle learn” prompts during shift transitions or shadowing-reflection moments during clinical downtime help contextualize mentorship within the existing workflow (Nelson, 2022; Ward et al., 2024).

The model aligns closely with perioperative practice, where critical skills are often transferred informally. Mutual mentorship makes these skills intentional by integrating them into structured yet flexible tools. For instance, a feedback guide can prompt reflection on how a nurse initiated a time-out or managed miscommunication, while a planning template helps pairs set OR-specific goals, such as practising closed-loop communication or debriefing critical incidents. Reflection prompts further discussion on conflict management and team resilience after adverse events. In this way, the resources operate not as generic paperwork, but as supports that surface and strengthen the situational judgment and communication required in daily OR practice.

Matching strategies remain flexible, ranging from self-selection and guided pairing to randomized approaches that promote equity and reduce bias (Ali & Patel, 2022). The process then unfolds across three phases—initiation, development, and closure—each marked by moments of reflection, feedback, or co-learning integrated into care delivery. To sustain momentum, some sites may appoint a mentorship lead to coordinate group check-ins, adapt resources, and track engagement with minimal administrative burden. By infusing mentorship into the ongoing dynamics of perioperative care, the model fosters

relational leadership, shared accountability, and lasting team cohesion (Aurilio, 2017; Watson et al., 2025). These outcomes are supported by a set of practical tools and resources that translate the model’s principles into everyday action.

### **Tools and resources**

The resources that support mutual mentorship are intentionally designed to be flexible, low-burden, and responsive to the fast-paced realities of perioperative care. To avoid redundancy, they are summarized here by phase and purpose. A comprehensive implementation manual (in development) will provide editable templates, coaching guides, and digital support for broader application.

#### **Initiation Phase – Establish expectations and trust**

- *Mentorship Partnership Agreement* clarifies roles, goals, and confidentiality.
- *Strengths Mapping Worksheet* identifies individual contributions and growth areas.
- *Goal-Setting Template* aligns objectives with real clinical challenges.

#### **Development Phase – Support reflection, relational growth, and shared learning**

- *Peer Case Dialogue Prompts* explore emotionally or ethically charged cases.
- *Monthly Reflection Logs* capture evolving insights and questions.
- *Feedback Framework Cards* guide constructive, reciprocal feedback.
- *Voice Note Reflections* provide verbal alternatives for busy clinicians.
- *Shadowing-to-Dialogue Template* structures observation followed by debrief.
- *Micro-Scenario Debrief Cards* prompt reflection on common dilemmas or tensions.

#### **Closure Phase – Reflect on progress and celebrate learning**

- *Mentorship Journey Map* helps visualize development and shared contributions.
- *Reciprocity Tracker* documents mutual support and key relational moments.
- *Psychological Safety Pulse Check* assesses trust and communication climate.
- *Co-Led Teaching Summary Sheet* captures joint teaching and knowledge exchange.

#### **Ongoing Use – Reinforce habits during daily practice**

- *Dialogue Starter Deck* sparks important but often unspoken conversations.
- *Values Alignment Checklist* explores alignment of individual and team values.
- *Mentorship Bites (audio/video)* deliver micro-skills in accessible formats.
- *Shift Change Prompts* encourage reflection at transition points.
- *Story Swap Cards* normalize learning through brief narratives.

### Optional Enhancements – Expand reach and sustainability

- *Co-Teaching Briefing Templates* support shared learning in real time.
- *Digital Dashboards* track engagement and progress lightly.
- *Asynchronous Microlearning Modules* offer self-paced access to topics.
- *Recognition Resources* celebrate mentorship behaviours and outcomes.
- *Peer Learning Cohort Toolkits* foster group reflection and shared practice.

Each resource is modular and adaptable across digital or in-person contexts. Designed with trauma-informed and user-centred principles, they reflect the emotional and time-sensitive realities of perioperative work (Purkey et al., 2018; Sauro & Lewis, 2016). Participation remains voluntary, and teams are encouraged to adapt tools to their specific needs and capacities (Rico et al., 2020). By emphasizing reflection, reciprocity, and equity, the toolkit transforms mentorship from an occasional event into a sustained practice where leadership is relational, learning is mutual, and resilience is collective (Choudhary et al., 2024; Zajac et al., 2025).

### Evaluation strategy (future oriented)

To move from aspiration to measurable impact, the next step involves evaluating how this approach performs in practice. As the framework evolves, a forward-looking, mixed-methods evaluation strategy is being developed to assess its feasibility, effectiveness, and sustainability in clinical environments. Grounded in implementation science and logic-model thinking, this plan maps how specific activities and resources contribute to outcomes at the individual, team, and organizational levels. The goal is to track progress through tangible metrics, while capturing participants' lived experiences and ensuring the model remains adaptable and rooted in day-to-day realities (Dahlberg & Byars-Winston, 2019). Feasibility assessments also will examine barriers, such as staffing constraints and limited time, to help ensure integration strategies stay practical and responsive to the operational demands of perioperative care (Pearson et al., 2020).

The evaluation will combine formative (during-program) and summative (post-program) assessments, an approach recommended for ensuring mentorship initiatives remain responsive and impactful throughout their lifecycle (Dahlberg & Byars-Winston, 2019). Quantitative data will be collected through pre- and post-program surveys using validated instruments, including the *Psychological Safety Scale*, which reliably measures team trust and learning behaviours in high-stakes environments (Plouffe et al., 2023), and the *NLN Mentorship Satisfaction Scale*, a well-established measure in nursing education and professional development contexts (Alharbi & Alharbi, 2022).

Alongside these instruments, metrics will be tailored to the perioperative context, to assess three key domains: individual

growth (e.g., clinical confidence and leadership readiness); relational dynamics (e.g., communication, team cohesion, and trust); and organizational impact (e.g., retention, promotion, and participation in leadership pathways). These are outcomes consistently linked to effective mentorship (Salim, 2021). Where possible, and with participant consent, data will be disaggregated by role, career stage, and demographic group, to identify equity-related trends and to ensure the initiative remains inclusive and accessible to nurses from diverse backgrounds. This focus on equity is essential to fostering excellence in contemporary nursing practice (Liang et al., 2023).

To complement these quantitative measures, qualitative insights will be gathered through reflective journals, open-ended prompts, and optional narrative testimonials. These tools allow nurses to share meaningful learning experiences, relational challenges, and moments of growth in their own words (Grant et al., 2023). The narrative data adds depth and context to survey findings, informs ongoing program refinement, and provides real-world examples to support institutional engagement (Lima & Ristum, 2025).

To support continuous responsiveness, real-time feedback checkpoints, such as mid-cycle and post-cycle reflections, will help mentorship leads monitor engagement, identify emerging needs, and adjust accordingly (Viswanath et al., 2019). In addition, facilitators may use digital dashboards or align evaluation tools with existing quality improvement systems to streamline data collection and reduce burden on staff.

The tools used in the mentorship process will also undergo structured evaluation. Each resource, from journaling prompts to feedback templates, will be piloted and refined through iterative cycles involving mentors, mentees, and implementation leads. Assessments will focus on usability, clarity, and alignment with mentorship goals, ensuring that tools remain both practical and relevant to perioperative realities (Khan et al., 2025).

In the longer term, broader institutional indicators, such as retention rates, internal advancement, and informal leadership development, will be tracked in collaboration with staffing and clinical education. These metrics, combined with regular feedback and quarterly stakeholder reviews, will guide updates to mentorship tools, training content, and implementation strategies (Chen et al., 2016).

Overall, this evaluation plan reflects a commitment to creating a mentorship model that is not only relationally meaningful, but also operationally sustainable. By combining quantitative outcomes with narrative insight and aligning tool development with frontline needs, the mutual mentorship framework aims to remain adaptable, relevant, and resilient over time. Ultimately, this adaptability positions the model to respond meaningfully to the urgent challenges facing perioperative nursing today.

## Conclusion

The challenges facing perioperative nursing, ranging from widespread burnout and workforce attrition to entrenched hierarchies and generational disconnect, demand more than surface-level interventions. They call for a reimagining of how professional relationships are built, sustained, and used to foster resilience in high-pressure environments. Mutual mentorship offers such a reimagining. It is not simply a strategy for skill development, but a framework for restoring trust, collaboration, and shared leadership at the heart of perioperative practice.

By rejecting the limitations of traditional, top-down mentorship, this model centres on reciprocity, psychological safety, and collective reflection. It honours the contributions of all nurses, whether drawn from clinical wisdom, cultural perspective, or technological fluency, and channels those assets into partnerships in which both growth and leadership are mutual. In doing so, it translates organizational values like equity, inclusion, and autonomy into lived experience.

What brings these values to life is not theory, but daily practice. The strength of this model lies in its ability to embed mentorship into the natural rhythm of surgical work. Rather than functioning as an add-on or separate program, mutual mentorship becomes part of the way teams communicate, learn, and lead together. It shifts mentorship from task to culture—from role-based instruction to relational engagement.

Now is the time to invest in such a shift. Perioperative nurses cannot be expected to thrive within systems that fail to nurture them. Mutual mentorship offers a different path, one that builds professional skill, as well as collective strength. This is not just a project. It is a long-term commitment to change. Like any cultural transformation, it begins in practice, in relationship, and in the willingness to imagine something better, together.

## Author Note



Jennifer Dunn, MN, RN, is a doctoral student in Nursing at the University of Saskatchewan and has more than two decades of clinical experience. She holds a Bachelor of Nursing from the University of New Brunswick (2000) and a Master of Nursing from the University

of Lethbridge (2024), supported by the Alberta Graduate Excellence Scholarship (2022). Her research examines the experiences of perioperative nurses, focusing on how larger systemic forces shape their personal career journeys and daily work realities.

Jennifer's clinical expertise spans neonatal and paediatric perioperative care, having begun her career in the Neonatal Intensive Care Unit at the Janeway Children's Hospital before specializing in paediatric perioperative nursing at the

Alberta Children's Hospital. She has been recognized for her contributions to nursing scholarship, receiving the University of Saskatchewan's Doctoral Student Support Fund Award (2024–2025). She is also an active volunteer with Project Outreach, where she collaborates with multidisciplinary teams to support healthcare professionals in underserved regions, promoting sustainable, community-based health initiatives for children worldwide.

## Conflicts of Interest

The author has no conflicts of interest to declare.

## Funding

The author received no funding for the research or writing of this article.

## References

- Alharbi, K., & Alharbi, M. F. (2022). Nursing students' satisfaction and self-confidence levels after their simulation experience. *SAGE Open Nursing*, 8, 23779608221139080. <https://doi.org/10.1177/23779608221139080>
- Ali, N. A. M. A. C., & Patel, R. (2022). Diversity, equity, and inclusion in nursing education: Strategies and processes to support inclusive teaching. *Journal of Professional Nursing*, 42, 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.05.013>
- Aurilio, L. A. (2017). Creating an inclusive culture for the next generation of nurses. *Nurse Leader*, 15(5), 315–318. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2017.05.013>
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Free Press.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Bergstedt, K., & Wei, H. (2020). Leadership strategies to promote frontline nursing staff engagement. *Nursing Management (Springhouse)*, 51(2), 48–53. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000651204.39553.79>
- Briciu, B., Michel, S., & Chavez, R. (2024). Safe space for dialogue—A practice for connected consciousness and compassion. *Challenges*, 15(3), Article 36. <https://doi.org/10.3390/challe15030036>
- Brown-DeVeaux, D., Nolasco, Z., Rodney, P., & Agatep, J. (2025). Leading the way: Nurse leaders cultivating a culture of community through engagement and mentorship. *Nurse Leader*, 23(4), 102443. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2025.102443>
- Burgess, A., van Diggele, C., & Mellis, C. (2018). Mentorship in the health professions: A review. *The Clinical Teacher*, 15(3), 197–202. <https://doi.org/10.1111/tct.12756>
- Chen, Y., Watson, R., & Hilton, A. (2016). A review of mentorship measurement tools. *Nurse Education Today*, 40, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.020>
- Choudhary, P., Ali, I., Rehman, K., Sharma, K., Sharma, K., Borasi, M., & Bhargava, P. (2024). Enhancing mentorship through technology: A comprehensive review of current practices and future directions. *International Journal of Multidisciplinary Research and Growth Evaluation*, 5, 634–645.
- Chyzyy, B., Bookey-Bassett, S., Ziegler, E., Ronquillo, C., & Schwind, J. (2025). Supporting professional development for early career pre-tenure nursing faculty using Narrative Reflective Process. *Journal of Nursing Education and Practice*, 15(2), 73–81. <https://doi.org/10.5430/jnep.v15n2p73>

- Cioffi, J. (2025). Learning from experts: Capturing the tacit knowledge of nursing practice. *Nursing Times*, 121(2), 36–39.
- Cooper, A. L., Brown, J. A., & Leslie, G. D. (2021). Nurse resilience for clinical practice: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2629–2646. <https://doi.org/10.1111/jan.14763>
- Dahlberg, M. L., & Byars-Winston, A. (2019). *The science of effective mentorship in STEMM*. National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552763/>
- Davis, S. (2024). Making nursing excellence inclusive. *American Journal of Nursing*, 124(10), 22–23. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0001069512.01673.38>
- Dewitt, B., Persson, J., Wahlberg, L., & Wallin, A. (2021). The epistemic roles of clinical expertise: An empirical study of how Swedish healthcare professionals understand proven experience. *PLOS ONE*, 16(6), e0252160. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252160>
- Dion, P. M., Pan, A., Beckett, A., Singh, K., Greene, A., & Rizoli, S. (2025). Prehospital transfusion training in Canada: A national survey of critical care transport organizations. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 33, 114. <https://doi.org/10.1186/s13049-025-01435-x>
- Farlow, J. L., & Ahmadmehrabi, S. (2021). New age mentoring and disruptive innovation—Navigating the uncharted with vision, purpose, and equity. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 147(4), 389–390. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2021.0001>
- Frasier, L. L., Pavuluri Quamme, S. R., Ma, Y., Wiegmann, D., Levenson, G., DuGoff, E. H., & Greenberg, C. C. (2019). Familiarity and communication in the operating room. *Journal of Surgical Research*, 235, 395–403. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2018.09.079>
- Frick, S. L., Casey, V. F., Shore, B. J., & Waters, P. M. (2024). Building high-performance teams in pediatric orthopaedic surgery: The importance of psychological safety and creating a trusting environment. *Journal of the Pediatric Orthopaedic Society of North America*, 9, 100132. <https://doi.org/10.1016/j.jposna.2024.100132> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2768276524009581>
- Gottlieb, L. N., Gottlieb, B., & Bitzas, V. (2021). Creating empowering conditions for nurses with workplace autonomy and agency: How healthcare leaders could be guided by strengths-based nursing and healthcare leadership (SBNH-L). *Journal of Healthcare Leadership*, 13, 169–181. <https://doi.org/10.2147/JHL.S221141>
- Grant, N., Meyer, J. L., & Strambler, M. J. (2023). Measuring social and emotional learning implementation in a research-practice partnership. *Frontiers in Psychology*, 14, 1052877. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1052877>
- Hall, M. L. (2021). *Relationship between perioperative nurses' perception of empowerment, job satisfaction, and intent to stay* (Publication No. 2553797456) [Doctoral dissertation, University of Phoenix]. ProQuest Dissertations & Theses Global. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/relationship-between-perioperative-nurses/docview/2553797456/se-2>
- Hardie, P., O'Donovan, R., Jarvis, S., & Redmond, C. (2022). Key tips to providing a psychologically safe learning environment in the clinical setting. *BMC Medical Education*, 22(1), 816. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03892-9>
- He, X., Mao, Y., Cao, H., Li, L., Wu, Y., & Yang, H. (2024). Factors influencing the development of nursing professionalism: A descriptive qualitative study. *BMC Nursing*, 23(1), Article 283. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01945-6>
- Hofler, L., & Thomas, K. (2016). Transition of new graduate nurses to the workforce: Challenges and solutions in the changing health care environment. *North Carolina Medical Journal*, 77(2), 133–136. <https://doi.org/10.18043/ncm.77.2.133>
- Iheduru-Anderson, K. C., & Shingles, R. R. (2023). Mentoring experience for career advancement: The perspectives of Black women academic nurse leaders. *Global Qualitative Nursing Research*, 10, 1–12. <https://doi.org/10.1177/23333936231155051>
- Kays, M. N., Rupert, D. D., Negris, O., Thompson, B., Clayman, M. L., Mordell, L., Pendergrast, T., Bloomgarden, E., Bhayani, R. K., & Jain, S. (2023). Flattening hierarchical structures to empower women trainee leaders on social media teams. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e47800. <https://doi.org/10.2196/47800>
- Khan, H. F., Qayyum, S., Beenish, H., Khan, R. A., Iltaf, S., & Faysal, L. R. (2025). Determining the alignment of assessment items with curriculum goals through document analysis by addressing identified item flaws. *BMC Medical Education*, 25(1), Article 200. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06736-4>
- Kim, M. J., McKenna, H., Davidson, P., Leino-Kilpi, H., Baumann, A., Klopfer, H., Al-Gasseer, N., Kunaviktikul, W., Sharma, S. K., Ventura, C., & Lee, T. (2022). Doctoral education, advanced practice and research: An analysis by nurse leaders from countries within the six WHO regions. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100094. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100094>
- Knowles, M. S., Holton, E. F., III, & Swanson, R. A. (2015). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (8th ed.). Routledge.
- Lawson, D., & Fleshman, J. W. (2020). Informal leadership in health care. *Clinical Colon and Rectal Surgery*, 33(4), 225–227. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709439>
- Leclerc, L., Streng-McNabb, K. K., Thibodeaux, T., Campis, S., & Kennedy, K. (2022). Relational leadership: A contemporary and evidence-based approach to improve nursing work environments. *Nursing Management*, 53(7), 24–34. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000834580.84896.55>
- Lenssen, E., Nagtegaal, I., van Oostveen, C., Vreke, A., Miedema, H., & Bakker, A. (2025). Exploring nurses' leadership and resilience in a complex daily work environment: A qualitative study. *BMC Nursing*, 24, 173. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02761-2>
- Liang, P. S., Kwon, S. C., Cho, I., Trinh-Shevrin, C., & Yi, S. (2023). Disaggregating racial and ethnic data: A step toward diversity, equity, and inclusion. *Gastroenterology*, 164(3), 320–324. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2023.01.008>
- Lima, L. S., & Ristum, M. (2025, February). Narrative analysis: Methodological contributions to qualitative research in developmental psychology. *Trends in Psychology – A Journal of the Brazilian Society of Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s43076-025-00442-2>
- Melin-Johansson, C., Palmqvist, R., & Rönnerberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making: A mixed-studies review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 3936–3949. <https://doi.org/10.1111/jocn.13814>
- Morrison, V., Hauch, R. R., Perez, E., Bates, M., Sepe, P., & Dans, M. (2021). Diversity, equity, and inclusion in nursing: The Pathway to Excellence framework alignment. *Nursing Administration Quarterly*, 45(4), 311–323. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000494>
- Moss, P., Nixon, P., & Baggio, S. (2023). Turning strategy into action – Using the ECHO model to empower the Australian workforce to integrate care. *International Journal of Integrated Care*, 23(2), 7. <https://doi.org/10.5334/ijic.7036>
- Mukhalalati, B. A., & Taylor, A. (2019). Adult learning theories in context: A quick guide for healthcare professional educators. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 6, 2382120519840332. <https://doi.org/10.1177/2382120519840332>
- Nelson, A. (2022). Mentorship: A powerful tool for IPG success. *The Dissertation in Practice at Western University*, 289. <https://ir.lib.uwo.ca/oip/289>

- O'Connor, R., Barraclough, L., Gleadall, S., & Walker, L. (2025). Institutional reverse mentoring: Bridging the student/leadership gap. *British Educational Research Journal*, 51, 344–368. <https://doi.org/10.1002/berj.4078>
- Pearson, N., Naylor, P. J., Ashe, M. C., Fernandez, M., Yoong, S. L., & Wolfenden, L. (2020). Guidance for conducting feasibility and pilot studies for implementation trials. *Pilot and Feasibility Studies*, 6, 167. <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00634-w>
- Plouffe, R. A., Ein, N., Liu, J. J. W., St. Cyr, K., Baker, C., Nazarov, A., & Richardson, J. D. (2023). Feeling safe at work: Development and validation of the Psychological Safety Inventory. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(8), 1994–2006. <https://doi.org/10.1111/ijpsa.12434>
- Proba, J. (2024). *No longer eating their young but eating their own: Developing capacity to decrease lateral aggression among nurses and leaders* (Publication No. 416) [Doctoral dissertation, Western University]. The Dissertation in Practice at Western University. <https://ir.lib.uwo.ca/oip/416>
- Pullen, R. L., Jr. (2025). Developing nurse leaders through mentorship. *Nursing Management (Springhouse)*, 56(3), 58–62. <https://doi.org/10.1097/nmg.0000000000000230>
- Purkey, E., Patel, R., & Phillips, S. P. (2018). Trauma-informed care: Better care for everyone. *Canadian Family Physician*, 64(3), 170–172. <https://www.cfp.ca/content/64/3/170>
- Quayson, F. (2022). *Reflective practice, mentoring, and self-renewal in professional development for adult learners*. *The Interdisciplinary Journal of Advances in Research in Education*, 4, 1–8. <https://doi.org/10.55138/ma104284fxo>
- Rico, R., Gibson, C., Sanchez-Manzanares, M., & Clark, M. A. (2020). Team adaptation and the changing nature of work: Lessons from practice, evidence from research, and challenges for the road ahead. *Australian Journal of Management*, 45(3), 507–526. <https://doi.org/10.1177/0312896220918908>
- Rinfret, S. R., Young, S. L., & McDonald, B. D., III. (2023). The importance of mentorship in higher education: An introduction to the symposium. *Journal of Public Affairs Education*, 29(4), 398–403. <https://doi.org/10.1080/15236803.2023.2260947>
- Ronaldson, S., Macfarlane, K., & Thomas, D. (2017). Peer mentorship for the internationally educated nurse: An appreciative inquiry. *Athens Journal of Health*, 4(3), 211–226. <https://doi.org/10.30958/ajh.4-3-1>
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Salazar Maya, Á. M. (2022). Nursing care during the perioperative within the surgical context. *Investigación y Educación en Enfermería*, 40(2), e02. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>
- Salim, S. (2021). Effective mentoring: A guide for mentors and mentees. In C. Y. Weng & A. M. Berrocal (Eds.), *Women in ophthalmology* (pp. 377–383). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-59335-3\\_43](https://doi.org/10.1007/978-3-030-59335-3_43)
- Sauro, J., & Lewis, J. R. (2016). *Quantifying the user experience: Practical statistics for user research* (2nd ed.). Morgan Kaufmann.
- Sullens, S., & Gonzalez, K. (2025). Building the next generation of leaders through shared governance. *Nursing Management*, 56(1), 51–53. <https://doi.org/10.1097/nmg.0000000000000209>
- Tørring, B., Gittell, J. H., Laursen, M., & Rasmussen, B. S. (2019). Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: An ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 19, 528. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4362-0>
- Turcotte, M., Etherington, C., Rowe, J., Duong, A., Kaur, M., Talbot, Z., Mansour, F., Mohamed, J., Zahrai, A., Fournier, K., & Boet, S. (2023). Effectiveness of interprofessional teamwork interventions for improving occupational well-being among perioperative healthcare providers: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 37(6), 904–921. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2137116>
- Viswanath, K., Synowiec, C., & Agha, S. (2019). Responsive feedback: Towards a new paradigm to enhance intervention effectiveness. *Gates Open Research*, 3, 781. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.12937.2>
- Ward, L., Gordon, A., & Kirkman, A. (2024). Innovative and effective education strategies for adult learners in the perioperative setting. *AORN Journal*, 119(4), 291–303. <https://doi.org/10.1002/aorn.14079>
- Watson, A. L., Young, C., Whitham, A., Prescott, S., & Flynn, E. J. (2025). Enhancing nursing practice through peer support: Strategies for engagement in the nursing workforce. *Journal of Radiology Nursing*, 44(1), 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2024.06.003>
- Zajac, S. A., Williams, K. N., Patel, S. M., Lazzara, E. H., Keebler, J. R., Clemens, M. W., & Holladay, C. L. (2025). Understanding psychological safety in health care: A qualitative investigation and practical guidance. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jcq.2025.04.009>

**CONMED**

**PlumeSafe<sup>®</sup>**  
**X5<sup>™</sup>**

Our most powerful  
smoke evacuator yet

PlumeSafe<sup>®</sup>X5<sup>™</sup> eliminates surgical smoke plume through high flow evacuation, up to 33 CFM.<sup>1</sup>

 **REQUEST A DEMO**

Le présent article, publié sur la plateforme Open Journal Systems, est diffusé sous la licence d'attribution Creative Commons BY-NC-ND/4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), laquelle n'autorise le téléchargement et le partage de l'article qu'aux fins personnelles. Il est interdit d'utiliser le présent article à des fins commerciales ou d'en modifier le contenu de quelque manière que ce soit. Le titre de l'article original doit être correctement cité.

# Cultiver le mentorat mutuel : repenser le leadership relationnel en soins infirmiers périopératoires

Jennifer Dunn<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hôpital pour enfants de l'Alberta, Calgary, Alberta

<sup>2</sup>Université de la Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan

Coordonnées de l'auteur : [jennifer.dunn@mail.usask.ca](mailto:jennifer.dunn@mail.usask.ca)

## Résumé

Dans le domaine de la santé, l'environnement périopératoire est l'un des plus complexes. Il exige une précision technique, une coordination interdisciplinaire et une capacité de leadership adaptatif. Les modèles de mentorat habituels, souvent épisodiques et hiérarchiques, ne répondent plus aux besoins en constante évolution des équipes chirurgicales diversifiées d'aujourd'hui. Le présent article se veut une discussion conceptuelle sur un modèle de mentorat mutuel expressément conçu pour les soins infirmiers périopératoires. Ce modèle s'appuie sur la théorie de l'apprentissage des adultes, le leadership transformationnel et le cadre « De novice à expert » de Patricia Benner; il met l'accent sur la réciprocité, la sécurité psychologique et la responsabilité partagée grâce au co-mentorat, où les deux participants s'engagent à la fois comme apprenant et comme contributeur.

Cette approche prévoit des stratégies comme le jumelage des rôles, le dialogue introspectif et les cycles de mentorat, stratégies qui s'appuient sur un ensemble de ressources modulaires en cours d'élaboration. Le présent article décrit comment elles pourraient à terme s'intégrer aux systèmes de perfectionnement professionnel en place. Le modèle aborde le développement des compétences et les difficultés structurelles, émotionnelles et culturelles du travail périopératoire.

De plus, l'article propose un plan d'évaluation pour explorer les résultats éventuels de l'approche, comme l'augmentation de la confiance clinique, l'amélioration du maintien des effectifs et le renforcement de l'identité professionnelle. En faisant passer le mentorat d'un processus transactionnel à une démarche axée plutôt sur les relations et le perfectionnement partagé, ce modèle offre un cadre propice au développement des liens, du leadership et de la capacité d'adaptation à long terme des soins infirmiers périopératoires.

**Suggestion de citation :** Dunn, J. (2025). Cultiver le mentorat mutuel : repenser le leadership relationnel en soins infirmiers périopératoires, *Revue de l'AIISOC*, 42(2), 57–65. <https://doi.org/10.5737/ornac16385>

*Mots-clés :* mentorat mutuel, soins infirmiers périopératoires, leadership relationnel, théorie de l'apprentissage des adultes, sécurité psychologique, leadership transformationnel, perfectionnement du personnel infirmier

## Introduction

Le contexte périopératoire exige de la vigilance, une coordination sans faille et la capacité de s'adapter à des circonstances qui évoluent rapidement. Si la précision technique est essentielle, la qualité des relations interpersonnelles joue souvent un rôle tout aussi important dans les résultats cliniques et la résilience de l'équipe (Rosen et al., 2018). Les infirmières qui travaillent dans ce milieu doivent gérer des procédures complexes tout en ayant à composer avec des situations intenses sur le plan émotionnel, une dynamique d'équipe fluctuante et la nécessité de communiquer efficacement sous pression (Cooper et al., 2021; Frick et al., 2024). De plus en plus, on reconnaît que ces dynamiques relationnelles sont essentielles au bien-être du personnel, à la cohésion de l'équipe et au maintien des effectifs (Turcotte et al., 2023). Des efforts délibérés doivent être déployés afin de favoriser les liens, le perfectionnement partagé et la responsabilité mutuelle.

C'est la raison pour laquelle le présent article propose un modèle de mentorat mutuel spécialement conçu pour les soins infirmiers périopératoires. S'inspirant de la théorie de l'apprentissage des adultes (Knowles et al., 2015), du leadership transformationnel (Bass, 1985) et du cadre « De novice à expert » de Benner (1984), ce modèle fait du mentorat un processus réciproque et évolutif. Contrairement aux approches hiérarchiques conventionnelles, il favorise la sécurité psychologique, l'établissement conjoint d'objectifs d'apprentissage et la responsabilité relationnelle. Les infirmières sont encouragées à agir à la fois en tant qu'apprenantes et contributrices, en s'engageant dans des partenariats de réflexion et de collaboration qui se développent au fil du temps.

S'il repose sur des fondements théoriques, le modèle est conçu dans une optique de mise en œuvre pratique. La présentation

générale qui suit est conceptuelle, mais elle s'appuie sur des besoins cliniques réels et contient l'information de base à connaître avant le lancement officiel du programme. Les ressources de mentorat mentionnées dans l'article sont en cours d'élaboration et seront présentées dans de futures publications. L'objectif de cette première exploration est d'établir un cadre flexible pouvant être adapté et affiné en fonction des réalités variées des équipes périopératoires.

La discussion cernera d'abord les besoins actuels des équipes de soins périopératoires, en particulier celles qui vivent de l'épuisement professionnel, une certaine marginalisation ou une période de transition. Elle présente ensuite les éléments clés du modèle et ses applications possibles dans la pratique clinique. Enfin, elle propose des stratégies d'évaluation et réfléchit à la manière dont une approche relationnelle du mentorat peut faire évoluer la culture professionnelle vers la confiance, la qualité des relations et le leadership partagé.

### **Importance du mentorat mutuel dans l'environnement périopératoire**

Pour situer ce modèle dans la pratique actuelle, il est d'abord nécessaire d'examiner comment le mentorat est habituellement structuré dans l'environnement périopératoire et pourquoi l'approche en place ne répond pas aux besoins. Le mentorat en soins infirmiers périopératoires est souvent envisagé comme une transmission de connaissances « du haut vers le bas », dans laquelle les infirmières chevronnées enseignent aux nouvelles recrues les tâches et le travail courant, sans encourager la pensée critique ou les capacités de leadership (Farlow & Ahmadmehrabi, 2021). Ce modèle unidirectionnel prépare les infirmières à fonctionner dans les systèmes actuels, mais décourage souvent la remise en question, l'adaptation ou l'amélioration. Il renforce les hiérarchies déjà fixées qui positionnent les infirmières comme du personnel de soutien plutôt que comme des professionnelles autonomes, ce qui limite à la fois leur développement et leur voix (Hall, 2021; Salazar Maya, 2022). Pour une main-d'œuvre multigénérationnelle confrontée à l'épuisement professionnel, aux inégalités et aux transitions de rôles, ce genre d'approche statique n'est plus adapté (Proba, 2024). Ce qu'il faut, ce n'est pas donner plus d'instructions, mais approfondir les liens.

Une refonte est nécessaire, et c'est là qu'intervient le mentorat mutuel. Au lieu de s'appuyer sur des contrôles ponctuels ou des structures hiérarchiques rigides, cette approche redéfinit le mentorat comme un échange continu dans lequel chaque participant apporte ses propres idées façonnées par son parcours, son expérience et sa perspective générationnelle. Une infirmière en service externe chevronnée, par exemple, peut offrir son expertise en gestion du stress lié aux procédures, tandis qu'une infirmière nouvellement arrivée peut apporter un regard neuf sur la communication inclusive ou les outils de documentation. La croissance devient alors collaborative, réfléchie et multidirectionnelle.

Pour rendre possible l'application de cette approche, le modèle intègre des stratégies pratiques, comme la définition conjointe d'objectifs d'apprentissage en fonction des difficultés cliniques, la tenue d'un journal pour réfléchir aux cas ayant provoqué des émotions complexes, et de brèves séances de suivi pour aborder les dynamiques interpersonnelles. Ces outils soutiennent le mentorat en tant que pratique relationnelle active qui évolue parallèlement au travail clinique (Quayson, 2022).

Au-delà des avantages individuels de ces stratégies, le passage au mentorat mutuel est nécessaire et arrive à point nommé. Les infirmières forment plus de la moitié du personnel de santé dans le monde, mais elles restent sous-représentées dans les décisions concernant les structures de soins et les modèles de prestation (Kim et al., 2022). Lorsque les infirmières ne participent pas à l'élaboration des politiques ou à la direction que prendront les changements, il se perd alors de l'information essentielle. Le fait de recadrer le mentorat comme un processus d'échange partagé permet de restaurer à la fois l'autonomie et la voix des infirmières, contribuant ainsi à leur développement professionnel et à la transformation culturelle du milieu (O'Connor et al., 2025).

De plus, à mesure que le personnel expérimenté prend sa retraite, le risque de perdre les connaissances acquises dans l'établissement augmente. Le mentorat mutuel, fondé sur le dialogue et le récit, devient une méthode qui préserve la sagesse clinique implicite et permet de transmettre des valeurs qui ne sont pas écrites dans les manuels, mais qui se vivent dans les relations (Ronaldson et al., 2017). Cette approche permet de garantir que les connaissances et la confiance sont transmises dans le cadre de conversations empreintes de sens, plutôt que par supposition ou omission. Sans cette évolution, les soins infirmiers périopératoires risquent de perdre leur expertise technique ainsi que la culture relationnelle qui soutient les équipes. Pour sauvegarder ces deux aspects, le mentorat doit aller au-delà des programmes officiels formels et devenir une pratique quotidienne qui favorise l'apprentissage par les relations et qui reconnaît l'expertise, la qualité de collaboration et le rôle de leaders informels des infirmières.

### **Discussion**

La discussion qui suit se fonde justement sur ces principes, qui repensent le mentorat dans le cadre de la dynamique de culture et de fonctionnement de la salle d'opération. Pour être efficace, le mentorat doit tenir compte des réalités de la pratique clinique, où le succès dépend non seulement des connaissances procédurales, mais aussi du travail d'équipe, de la prise de décision en temps réel et de l'intelligence émotionnelle pour faire face à des situations imprévisibles (Tørring et al., 2019). Les structures d'apprentissage habituelles, souvent hiérarchiques ou limitées à une brève période d'orientation, offrent rarement un soutien adéquat dans les contextes cliniques très exigeants

(Kays et al., 2023). Ce qu'il faut plutôt, c'est un système réactif qui intègre l'apprentissage aux modes d'organisation quotidienne du travail, renforce la confiance interpersonnelle et favorise une croissance bilatérale et fondée sur le travail d'équipe (Leclerc et al., 2022).

Pour répondre à ces besoins dans la pratique, le modèle de mentorat mutuel intègre l'apprentissage réflexif aux routines cliniques quotidiennes. Cette approche repose sur la réciprocité, l'apprentissage partagé et la sécurité psychologique, principes qui façonnent l'évolution, la collaboration et la création de liens chez les infirmières (Hardie et al., 2022). Plutôt que de considérer le mentorat comme un échange à sens unique, il invite les infirmières à co-crée des objectifs d'apprentissage en lien avec la réalité clinique et à exprimer leur point de vue, indépendamment de leur ancienneté ou de leur titre. Ces idées fondamentales, qui s'appuient sur les principes de durabilité du mentorat et d'apprentissage centré sur les relations décrits dans la littérature (Mukhalalati & Taylor, 2019), sont ici appliquées au contexte périopératoire.

Comme le développement professionnel n'est pas linéaire, le cadre tient également compte de la manière dont le jugement professionnel des infirmières se bâtit grâce à l'expérience, à la rétroaction et à la réflexion (Melin-Johansson et al., 2017). L'apprentissage est organisé en étapes flexibles qui permettent de définir les objectifs, d'obtenir de la rétroaction et de transmettre les réflexions, chacune étant conçue pour s'adapter à l'évolution des besoins et des contextes (He et al., 2024). Cette structure met de l'avant la collaboration plutôt que l'enseignement fondé uniquement sur les rôles.

Le cadre met également l'accent sur les types de leadership informel et relationnel qui émerge dans le cadre des activités cliniques quotidiennes. Par exemple, une infirmière peut faire preuve de leadership en apaisant les tensions lors d'un cas à haut risque ou en offrant du soutien affectif à un ou une collègue après un quart de travail difficile. Ces actes ne dépendent pas d'une autorité formelle, mais reflètent justement ce que le mentorat cherche à modifier puis entretenir dans la culture de travail (Briciu et al., 2024; Lawson & Fleshman, 2020). Comme il en a été question précédemment, le mentorat mutuel renforce ce genre de comportements en créant un espace propice à la confiance, au dialogue et au partage des responsabilités.

En plus de favoriser la croissance individuelle, cette stratégie contribue à la réalisation d'objectifs organisationnels plus vastes, notamment le développement inclusif, l'engagement du personnel et la planification de la relève (Morrison et al., 2021; Sullens et Gonzalez, 2025). Elle s'attaque aux inégalités systémiques en créant un espace délibéré permettant aux voix sous-représentées d'influencer la culture ainsi que la dynamique d'équipe (Davis, 2024; Iheduru-Anderson & Shingles, 2023).

Cette approche joue également un rôle essentiel dans la préservation des connaissances empiriques. Une grande partie du savoir clinique des infirmières, notamment la manière de gérer la dynamique d'équipe, d'interpréter les signaux interpersonnels ou de réagir à des tensions implicites, est souvent transmise de manière informelle, voire pas du tout, et fait rarement l'objet d'une réflexion ou d'un dialogue structuré (Cioffi, 2025). Ces connaissances tacites peuvent disparaître lorsque le personnel expérimenté quitte le marché du travail (Chyzyy et al., 2025; Pullen, 2025). Le mentorat mutuel contribue à sauvegarder ces connaissances en les intégrant à la pratique relationnelle quotidienne.

Pour mettre en œuvre ces principes, le modèle de mentorat intègre des ressources simples et adaptables, conçues pour une utilisation clinique en temps réel, par exemple des suggestions de sujets de conversation ou encore de rédaction dans un journal, ainsi que de modèles de rétroaction qui favorisent une réflexion constructive sans alourdir la charge de travail. Ces ressources tiennent compte des possibles traumatismes ainsi que des contraintes émotionnelles et temporelles du travail périopératoire (Purkey et al., 2018).

Il est important de noter que le modèle ne repose pas sur des infrastructures coûteuses ou le recours à des experts-conseils externes. Il s'appuie plutôt sur un engagement relationnel : celui des dirigeants qui donnent l'exemple d'un apprentissage où les deux personnes se reflètent l'une et l'autre, celui des formateurs et enseignants qui font de la place au mentorat, et celui des équipes qui s'engagent dans la démarche avec ouverture et détermination. Comme il en a été question précédemment, tous ces outils et ses processus sont intentionnellement flexibles et continuent d'évoluer grâce à la rétroaction des intervenants de première ligne et à une approche itérative fondée sur la pratique (Brown-DeVeaux et al., 2025; Burgess et al., 2018).

À la base, le mentorat mutuel vise à rétablir les liens humains dans les milieux cliniques. Lorsque le mentorat fait partie intégrante des soins, les infirmières se sentent ancrées, soutenues et outillées pour s'épanouir dans un environnement complexe (Watson et al., 2025). Sa force réside dans ses fondements théoriques, mais plus important encore, dans sa capacité à traduire les valeurs communes dans la pratique quotidienne, où la croissance professionnelle est soutenue par la confiance, la réflexion et le respect mutuel.

### **Cadre conceptuel**

Pour guider l'approche de mentorat, le cadre conceptuel a été construit sur ces fondements; il met l'accent sur le côté pratique, la pertinence et l'apprentissage axé sur les relations. Le modèle ne se confine pas à la théorie : il s'inspire de l'expérience clinique vécue et de la réalité quotidienne des soins infirmiers périopératoires. Il repose sur la conviction que le perfectionnement professionnel dépend de la réflexion, du dialogue et de l'apprentissage relationnel intégrés à la pratique en temps réel (Tørring et al., 2019).

Le mentorat mutuel s'articule autour de trois principes interdépendants : la réciprocité, où l'apprentissage se fait dans les deux sens, indépendamment de l'ancienneté; la sécurité psychologique, qui permet aux infirmières de s'exprimer ouvertement sans crainte d'être jugées; et le co-mentorat, qui considère tous les participants à la fois comme des contributeurs et des apprenants. Ces notions primordiales façonnent l'expérience du mentorat sur le terrain et son intégration dans la dynamique de l'équipe.

Le premier principe souligne l'importance de traiter les infirmières comme des apprenantes compétentes et expérimentées. L'engagement tend à être plus profond lorsque l'apprentissage est pertinent, autodirigé et ancré dans des défis réels (Dion et al., 2025). Dans le contexte très exigeant du bloc opératoire, la transmission habituelle des connaissances « du haut vers le bas » ne parvient souvent pas à trouver écho chez le personnel (Frasier et al., 2019). La stratégie de mentorat proposée invite les infirmières à se fixer des objectifs d'apprentissage, à réfléchir à des moments où elles ont vécu des émotions complexes et à affiner leurs compétences en utilisant leur propre expérience. Ce processus favorise une meilleure rétention des connaissances, tout en renforçant le sentiment d'autonomie et la confiance professionnelle (Rinfret et al., 2023).

Le deuxième principe tient compte du fait que l'expertise clinique évolue avec le temps. Le jugement s'acquiert progressivement par l'exposition répétée, la rétroaction bien intentionnée et l'accumulation de connaissances (Dewitt et al., 2021). En encourageant les partenariats entre les générations, les rôles et les niveaux d'expérience, le cadre conceptuel crée un espace propice à l'apprentissage mutuel, où l'infirmière débutante apporte de nouveaux points de vue ou sa maîtrise des technologies numériques, tandis qu'une autre, plus expérimentée, met à profit son intuition concernant les procédures et sa connaissance du contexte. Ces échanges réciproques enrichissent le parcours d'apprentissage, qui gagne alors en adaptabilité (Hofler & Thomas, 2016).

Le troisième principe met l'accent sur la valeur de l'influence relationnelle au sein des équipes. Par exemple, lorsqu'une infirmière désamorce un conflit, apporte un soutien discret après un quart de travail difficile ou prend les rênes calmement dans une situation tendue, elle fait preuve d'un leadership quotidien qui renforce la cohésion de l'équipe (Lenssen et al., 2025). Comme il en a été question précédemment, le leadership ne se limite pas au titre officiel ou au poste occupé; en effet, la stratégie proposée insiste plutôt sur les pratiques qui favorisent la confiance et la sécurité psychologique (Gottlieb et al., 2021). Ensemble, ces principes forment une approche de mentorat qui s'intègre dans les habitudes cliniques quotidiennes et qui va bien au-delà de la seule période d'orientation ou du fait de dépendre d'une unique personne responsable de la formation (Moss et al., 2023).

Le cadre prévoit également les obstacles courants qui nuisent à la durabilité du mentorat. Le jumelage intentionnel, qui met par exemple en relation un enseignant clinique avec un nouveau chef d'équipe, contribue à élargir l'accès aux possibilités de perfectionnement, quel que soit le rôle occupé (Burgess et al., 2018). La flexibilité des ressources permet aux équipes d'adapter le modèle à leurs propres capacités et au flux d'organisation du travail (Lenssen et al., 2025). Ainsi, cet exercice de réciprocité s'imbrique naturellement dans la culture des soins, plutôt que d'être vu comme une tâche facultative ou fastidieuse.

En fin de compte, le mentorat mutuel est un engagement commun envers le perfectionnement, les relations et la confiance. Il n'est pas qu'une affaire de programmes formels, mais se vit plutôt à travers les moments du quotidien, lorsque deux collègues prennent le temps de discuter d'un cas, de demander de la rétroaction ou de réfléchir ensemble à un nouveau processus. C'est dans ces interactions que la croissance et les changements les plus importants prennent racine.

### **Stratégie de mise en œuvre**

Pour garantir que le mentorat soit intentionnel et durable, le cadre est intégré aux structures existantes (ex. programmes d'orientation, évaluations du rendement et parcours de développement du leadership). Des recherches montrent que les initiatives introduites dans l'organisation habituelle du travail sont plus efficaces que celles qui sont considérées comme des « à-côtés » (Burgess et al., 2018). L'objectif est d'enrichir les compétences individuelles tout en favorisant les relations et une ambiance de perfectionnement partagé.

La mise en œuvre commence par l'acquisition et le développement d'un sentiment commun de confiance professionnelle. Les infirmières enseignantes, les responsables cliniques, le personnel de première ligne et les équipes de gouvernance doivent participer au processus dès le début, en prenant part à des séances d'écoute informelles, à de brefs sondages ou à de groupes de discussion (Bergstedt & Wei, 2020; Brown-DeVeaux et al., 2025). Cela permet de vérifier que la structure tient bel et bien compte des pressions réelles, de la dynamique d'équipe et des possibilités propres à chaque unité périopératoire.

Une fois les commentaires recueillis, le mentorat mutuel est introduit à l'aide de stratégies pratiques et peu contraignantes, comme de courtes sessions d'apprentissage, des activités menées par les pairs et l'apprentissage par scénario, le tout intégré aux tâches quotidiennes. On peut, par exemple, organiser des moments d'apprentissage en groupe lors des transitions entre les quarts de travail ou des moments d'observation et de réflexion pendant les temps morts pour aider à contextualiser le mentorat dans le cadre de l'organisation du travail déjà en place (Nelson, 2022; Ward et al., 2024).

Le modèle s'arrime de près à la pratique périopératoire, où les compétences essentielles sont souvent transmises de manière

informelle. Le mentorat mutuel rend ces compétences intentionnelles en les intégrant dans des outils structurés, mais flexibles. Par exemple, un guide de rétroaction peut inciter une infirmière à réfléchir à la manière dont elle a pris l'initiative d'un temps d'arrêt préopératoire ou géré un malentendu, tandis qu'un modèle de planification aide les collègues à fixer des objectifs propres au bloc opératoire, comme pratiquer la communication en boucle fermée ou faire le bilan des incidents graves. Cette approche de réciprocité suscite d'autres discussions sur la gestion des conflits et la capacité d'adaptation de l'équipe après des événements indésirables. Ainsi, les ressources proposées ne constituent pas que de simples documents génériques, mais des outils qui mettent en évidence et renforcent le jugement situationnel et la communication nécessaires au quotidien en salle d'opération.

Les stratégies d'appariement sont flexibles, et vont de l'autosélection et du jumelage guidé à des groupements aléatoires qui favorisent l'équité et réduisent les préjugés (Ali & Patel, 2022). Le processus se déroule ensuite en trois étapes : mise en place, développement et clôture, chacune marquée par des moments de réflexion, de rétroaction ou de co-apprentissage intégrés à la prestation des soins. Pour maintenir l'intérêt envers le programme, certains établissements peuvent nommer un responsable du mentorat chargé de coordonner les rencontres de groupe, d'adapter les ressources et de surveiller le niveau d'engagement sans que cette responsabilité s'accompagne d'une charge administrative supplémentaire. En intégrant le mentorat en continu à la dynamique des soins périopératoires, le modèle favorise le leadership relationnel, la responsabilité partagée et la cohésion durable au sein de l'équipe (Aurilio, 2017; Watson et al., 2025). L'atteinte de ces objectifs est soutenue par un ensemble d'outils et de ressources pratiques qui traduisent les principes du modèle en actions quotidiennes.

### **Outils et ressources**

Les ressources sur lesquelles s'appuie le mentorat mutuel sont délibérément conçues pour être flexibles, peu contraignantes et adaptées à la réalité en constante évolution des soins périopératoires. Afin d'éviter toute redondance, elles sont résumées ici par étape et par objectif. Un manuel de mise en œuvre complet (en cours d'élaboration) fournira des modèles personnalisables, des guides d'accompagnement et une assistance numérique, ce qui permettra une application plus vaste du modèle.

### **Étape de mise en place – fixer les attentes et instaurer la confiance**

- *Entente de mentorat entre partenaires* – clarifier les rôles, les objectifs et la confidentialité.
- *Cartographie des forces* – déterminer les contributions individuelles et les domaines de perfectionnement.
- *Modèle de définition des objectifs* – arrimer les objectifs aux réalités cliniques.

### **Étape de développement – favoriser la réflexion, l'évolution relationnelle et l'apprentissage partagé**

- *Suggestions de dialogues entre pairs* – discuter de cas chargés sur le plan émotionnel ou éthique.
- *Journaux de réflexion mensuels* – consigner les réflexions et les questions au fur et à mesure qu'elles évoluent.
- *Cartes du cadre de rétroaction* – rendre la rétroaction constructive et réciproque.
- *Réflexions sous forme de notes vocales* – proposer une solution de rechange aux cliniciens très occupés.
- *Modèle d'observation rapprochée en milieu de travail suivie d'une discussion* – faire suivre la séance d'observation d'un compte rendu.
- *Cartes de micro-scénarios pour faire le bilan* – encourager la réflexion sur des situations tendues ou des dilemmes courants.

### **Étape de clôture – réfléchir aux progrès accomplis et célébrer l'apprentissage**

- *Carte du parcours de mentorat* – visualiser la progression et les contributions partagées.
- *Suivi de la réciprocité* – noter le soutien mutuel offert et les moments relationnels clés.
- *Évaluation de la sécurité psychologique* – évaluer le climat de confiance et de communication.
- *Fiche récapitulative de l'enseignement conjoint* – décrire l'enseignement conjoint et l'échange de connaissances.

### **Utilisation continue – renforcer les habitudes dans le cadre de la pratique quotidienne**

- *Jeu de cartes pour amorcer le dialogue* – discuter de sujets importants, mais souvent non abordés.
- *Liste d'harmonisation des valeurs* – explorer la correspondance entre les valeurs individuelles et collectives.
- *Bouchées de mentorat (audio/vidéo)* – transmettre des micro-compétences dans des formats accessibles.
- *Sujets de discussion pour les changements de quart* – encourager la réflexion lors des moments de transition.
- *Cartes d'échanges d'expériences* – normaliser l'apprentissage à l'aide de brefs récits.

### **Améliorations facultatives – élargir la portée et la durabilité**

- *Modèles de séances de compte rendu pour l'enseignement conjoint* – favoriser l'apprentissage partagé en temps réel.
- *Tableaux de bord numériques* – suivre facilement l'engagement et les progrès.
- *Modules de micro-apprentissage asynchrones* – accéder à des sujets que l'apprenant peut maîtriser à son propre rythme.
- *Ressources de reconnaissance* – souligner les initiatives de mentorat et leurs résultats.
- *Boîtes à outils pour l'apprentissage entre pairs* – favoriser la réflexion de groupe et l'échange de pratiques.

Les ressources sont toutes modulaires et adaptables à une utilisation numérique ou en personne. Conçues selon des principes tenant compte des traumatismes et centrés sur l'utilisateur, elles tiennent compte de la réalité affective et des contraintes de temps propres au travail périopératoire (Purkey et al., 2018; Sauro & Lewis, 2016). La participation reste volontaire, et les équipes sont encouragées à adapter les outils à leurs besoins et capacités spécifiques (Rico et al., 2020). En mettant l'accent sur la réflexion, la réciprocité et l'équité, la boîte à outils fait passer le mentorat d'une activité occasionnelle à une pratique durable où le leadership est relationnel, l'apprentissage, mutuel et la résilience, collective (Choudhary et al., 2024; Zajac et al., 2025).

### **Stratégie d'évaluation (orientée vers l'avenir)**

Pour que le modèle passe de l'aspiration à un effet mesurable, l'étape suivante consiste à en évaluer l'utilité dans la pratique. À mesure que le cadre évolue, une stratégie d'évaluation prospective, faisant appel à des méthodes mixtes, servira à juger de sa faisabilité, de son efficacité et de sa durabilité dans les milieux cliniques. Fondé sur la science de la mise en œuvre et la pensée par modèles logiques, le plan d'évaluation décrit comment certaines activités et ressources particulières améliorent les résultats au niveau individuel, mais au niveau de l'équipe et de l'organisation. L'objectif est de suivre les progrès à l'aide d'indicateurs tangibles, tout en rendant compte des expériences vécues par les participants et en veillant à ce que le modèle reste adaptable et ancré dans le quotidien (Dahlberg & Byars-Winston, 2019). Les évaluations de faisabilité examineront également les obstacles, comme les contraintes de personnel et de temps, afin de garantir que les stratégies d'intégration restent pratiques et adaptées aux exigences opérationnelles des soins périopératoires (Pearson et al., 2020).

L'évaluation combinera des évaluations formatives (pendant le programme) et sommatives (après le programme), une approche recommandée pour garantir que les initiatives de mentorat restent bien adaptées et efficaces tout au long de leur cycle d'utilisation (Dahlberg & Byars-Winston, 2019). Les données quantitatives seront recueillies au moyen de sondages menés avant et après le programme à l'aide d'instruments validés, notamment l'échelle de sécurité psychologique (Psychological Safety Scale), qui mesure de manière fiable la confiance au sein de l'équipe et les comportements d'apprentissage dans des environnements où les enjeux sont élevés (Plouffe et al., 2023), et l'échelle de satisfaction du mentorat de la NLN (NLN Mentorship Satisfaction Scale), une mesure bien établie dans le domaine de la formation et du perfectionnement professionnel en soins infirmiers (Alharbi & Alharbi, 2022).

Parallèlement à ces instruments, des indicateurs seront adaptés au contexte périopératoire afin d'évaluer trois domaines clés : le perfectionnement individuel (ex. confiance clinique

et préparation au leadership); la dynamique relationnelle (ex. communication, cohésion de l'équipe et lien de confiance); et les retombées organisationnelles (ex. maintien des effectifs, promotion et participation aux parcours de leadership). Ces résultats dénotent invariablement le succès du mentorat (Salim, 2021). Dans la mesure du possible, et avec le consentement des participants, les données seront ventilées par rôle, stade de carrière et groupe démographique pour comprendre les tendances en matière d'équité et garantir que l'initiative reste inclusive et accessible aux infirmières provenant de milieux divers. Cette attention portée à l'équité est essentielle pour favoriser l'excellence dans la pratique infirmière contemporaine (Liang et al., 2023).

En complément aux mesures quantitatives, des données qualitatives seront recueillies à l'aide de journaux de réflexion, de questions ouvertes et de témoignages narratifs facultatifs. Ces outils permettent aux infirmières de raconter, dans leurs propres mots, les expériences d'apprentissage qui les ont marquées, leurs difficultés relationnelles et leurs moments de croissance (Grant et al., 2023). Les données narratives ajoutent profondeur et contexte aux résultats du sondage, orientent les mesures visant à améliorer le programme et fournissent des exemples concrets pour soutenir l'engagement institutionnel (Lima & Ristum, 2025).

Pour pouvoir continuer d'ajuster le programme, les responsables doivent faire des suivis en temps réels, par exemple en fixant des moments de réflexion à mi-parcours et après le cycle de mentorat, pour surveiller le niveau d'engagement, détecter les besoins émergents et s'adapter en conséquence (Viswanath et al., 2019). En outre, les formateurs peuvent utiliser des tableaux de bord numériques ou choisir les méthodes d'évaluation en fonction des systèmes d'amélioration de la qualité existants afin de simplifier la collecte de données et de réduire la charge de travail du personnel.

Les outils utilisés dans le processus de mentorat feront également l'objet d'une évaluation structurée. Chaque ressource (des suggestions de réflexions à consigner dans un journal aux modèles de rétroaction) sera testée et affinée au cours de cycles successifs auxquels participeront les mentors, les mentorés et les responsables de la mise en œuvre. Les évaluations porteront sur la simplicité d'utilisation, la clarté et l'adéquation avec les objectifs du mentorat pour garantir que les outils demeurent à la fois pratiques et pertinents pour la réalité des soins périopératoires (Khan et al., 2025).

À long terme, des indicateurs institutionnels plus généraux, comme le taux de maintien des effectifs, la promotion à l'interne et le développement informel du leadership, seront pris en compte en collaboration avec les services de dotation en personnel et d'enseignement clinique. Ces mesures, combinées à de la rétroaction régulière et à des révisions trimestrielles

par les parties prenantes, guideront la mise à jour des outils de mentorat, du contenu de la formation et des stratégies de mise en œuvre (Chen et al., 2016).

Dans l'ensemble, ce plan d'évaluation exprime la volonté de créer un modèle de mentorat qui soit non seulement riche sur le plan relationnel, mais aussi viable sur le plan opérationnel. En combinant résultats quantitatifs et observations narratives, et en arrimant la conception des outils aux besoins des gens qui travaillent en première ligne, le cadre de mentorat mutuel vise à demeurer adaptable, pertinent et résilient au fil du temps. En fin de compte, cette adaptabilité permet au modèle de répondre correctement aux défis pressants des soins infirmiers périopératoires d'aujourd'hui.

## Conclusion

Les problèmes auxquels sont confrontés les soins infirmiers périopératoires vont de l'épuisement professionnel généralisé et de l'érosion des effectifs aux hiérarchies rigides et au fossé générationnel, une situation qui exige plus que des interventions superficielles. Il faut repenser la manière dont les relations professionnelles sont établies, entretenues et utilisées pour favoriser la capacité d'adaptation dans les milieux où la pression est forte. Le mentorat mutuel permet une telle réinvention. Il ne s'agit pas simplement d'une stratégie de développement des compétences, mais d'un cadre qui rétablit la confiance, la collaboration et le leadership partagé au cœur de la pratique périopératoire.

En rejetant les limites du mentorat conventionnel, où les connaissances se transmettent du haut vers le bas, le modèle préconisé met l'accent sur la réciprocité, la sécurité psychologique et la réflexion collective. Il honore la contribution de toutes les infirmières, qu'elles proviennent de leur sagesse clinique, de leur perspective culturelle ou de leur maîtrise des technologies, et canalise ces atouts vers des partenariats dans lesquels le perfectionnement et le leadership sont mutuels. Ce faisant, il traduit en expériences vécues les valeurs organisationnelles comme l'équité, l'inclusion et l'autonomie.

Ce n'est pas la théorie, mais la pratique quotidienne qui donne vie à ces valeurs. La force du modèle réside dans sa capacité à intégrer le mentorat au rythme naturel du travail chirurgical. Plutôt que de fonctionner comme un programme complémentaire ou distinct, le mentorat mutuel fait partie intégrante de la manière dont les équipes communiquent, apprennent et dirigent ensemble. Il fait passer le mentorat d'une tâche à une culture, d'un enseignement fondé sur les rôles à un engagement relationnel.

Le moment est venu d'investir dans ce changement. On ne peut pas attendre des infirmières périopératoires qu'elles s'épanouissent dans des systèmes qui ne les soutiennent pas. Le mentorat mutuel offre une voie différente, qui permet

non seulement d'acquérir des compétences professionnelles, mais aussi de renforcer la cohésion du groupe. Il ne s'agit pas seulement d'un projet. C'est un engagement à long terme en faveur du changement. Et comme toute transformation culturelle, elle commence dans la pratique, dans les relations et dans la volonté d'imaginer ensemble quelque chose de mieux.

## À propos de l'auteure



*Jennifer Dunn, inf. aut., M.Sc.inf., est doctorante en sciences infirmières à l'Université de Saskatchewan et possède plus de vingt ans d'expérience clinique. Elle est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick (2000)*

*et d'une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Lethbridge (2024); elle a reçu une bourse d'excellence de l'Université de l'Alberta pour les étudiants inscrits aux études supérieures (2022). Ses recherches portent sur le vécu des infirmières en soins périopératoires; elle s'intéresse à l'influence de certaines forces systémiques sur leurs parcours individuels et leurs réalités professionnelles quotidiennes.*

*Jennifer possède une expertise clinique en soins périopératoires néonataux et pédiatriques; en effet, elle a commencé sa carrière dans l'unité de soins intensifs néonataux de l'Hôpital pour enfants Janeway avant de se spécialiser en soins périopératoires pédiatriques à l'Hôpital pour enfants de l'Alberta. Ses travaux lui ont valu des bourses d'études en sciences infirmières, dont le prix du fonds de soutien aux doctorants de l'Université de la Saskatchewan (2024–2025). Elle est également une bénévole active du projet Outreach, au sein duquel elle collabore avec des équipes multidisciplinaires pour soutenir les professionnels de la santé dans les régions mal desservies, en faisant la promotion d'initiatives de santé communautaires durables pour les enfants du monde entier.*

## Conflits d'intérêts

*L'auteure déclare ne pas être en conflit d'intérêts.*

## Financement

*L'auteure n'a reçu aucun financement pour la rédaction du présent article.*

## Références

- Alharbi, K., & Alharbi, M. F. (2022). Nursing students' satisfaction and self-confidence levels after their simulation experience. *SAGE Open Nursing*, 8, 23779608221139080. <https://doi.org/10.1177/23779608221139080>
- Ali, N. A. M. A. C., & Patel, R. (2022). Diversity, equity, and inclusion in nursing education: Strategies and processes to support inclusive teaching. *Journal of Professional Nursing*, 42, 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.05.013>

- Aurilio, L. A. (2017). Creating an inclusive culture for the next generation of nurses. *Nurse Leader*, 15(5), 315–318. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2017.05.013>
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Free Press.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Bergstedt, K., & Wei, H. (2020). Leadership strategies to promote frontline nursing staff engagement. *Nursing Management (Springhouse)*, 51(2), 48–53. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000651204.39553.79>
- Briciu, B., Michel, S., & Chavez, R. (2024). Safe space for dialogue—A practice for connected consciousness and compassion. *Challenges*, 15(3), Article 36. <https://doi.org/10.3390/challe15030036>
- Brown-DeVeaux, D., Nolasco, Z., Rodney, P., & Agatep, J. (2025). Leading the way: Nurse leaders cultivating a culture of community through engagement and mentorship. *Nurse Leader*, 23(4), 102443. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2025.102443>
- Burgess, A., van Diggele, C., & Mellis, C. (2018). Mentorship in the health professions: A review. *The Clinical Teacher*, 15(3), 197–202. <https://doi.org/10.1111/tct.12756>
- Chen, Y., Watson, R., & Hilton, A. (2016). A review of mentorship measurement tools. *Nurse Education Today*, 40, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.020>
- Choudhary, P., Ali, I., Rehman, K., Sharma, K., Sharma, K., Borasi, M., & Bhargava, P. (2024). Enhancing mentorship through technology: A comprehensive review of current practices and future directions. *International Journal of Multidisciplinary Research and Growth Evaluation*, 5, 634–645.
- Chyzzy, B., Bookey-Bassett, S., Ziegler, E., Ronquillo, C., & Schwind, J. (2025). Supporting professional development for early career pre-tenure nursing faculty using Narrative Reflective Process. *Journal of Nursing Education and Practice*, 15(2), 73–81. <https://doi.org/10.5430/jnep.v15n2p73>
- Cioffi, J. (2025). Learning from experts: Capturing the tacit knowledge of nursing practice. *Nursing Times*, 121(2), 36–39.
- Cooper, A. L., Brown, J. A., & Leslie, G. D. (2021). Nurse resilience for clinical practice: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2629–2646. <https://doi.org/10.1111/jan.14763>
- Dahlberg, M. L., & Byars-Winston, A. (2019). *The science of effective mentorship in STEMM*. National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552763/>
- Davis, S. (2024). Making nursing excellence inclusive. *American Journal of Nursing*, 124(10), 22–23. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0001069512.01673.38>
- Dewitt, B., Persson, J., Wahlberg, L., & Wallin, A. (2021). The epistemic roles of clinical expertise: An empirical study of how Swedish healthcare professionals understand proven experience. *PLOS ONE*, 16(6), e0252160. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252160>
- Dion, P. M., Pan, A., Beckett, A., Singh, K., Greene, A., & Rizoli, S. (2025). Prehospital transfusion training in Canada: A national survey of critical care transport organizations. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 33, 114. <https://doi.org/10.1186/s13049-025-01435-x>
- Farlow, J. L., & Ahmadmehrabi, S. (2021). New age mentoring and disruptive innovation—Navigating the uncharted with vision, purpose, and equity. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 147(4), 389–390. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2021.0001>
- Frasier, L. L., Pavuluri Quamme, S. R., Ma, Y., Wiegmann, D., Levenson, G., DuGoff, E. H., & Greenberg, C. C. (2019). Familiarity and communication in the operating room. *Journal of Surgical Research*, 235, 395–403. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2018.09.079>
- Frick, S. L., Casey, V. F., Shore, B. J., & Waters, P. M. (2024). Building high-performance teams in pediatric orthopaedic surgery: The importance of psychological safety and creating a trusting environment. *Journal of the Pediatric Orthopaedic Society of North America*, 9, 100132. <https://doi.org/10.1016/j.jposna.2024.100132> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2768276524009581>
- Gottlieb, L. N., Gottlieb, B., & Bitzas, V. (2021). Creating empowering conditions for nurses with workplace autonomy and agency: How healthcare leaders could be guided by strengths-based nursing and healthcare leadership (SBNH-L). *Journal of Healthcare Leadership*, 13, 169–181. <https://doi.org/10.2147/JHL.S221141>
- Grant, N., Meyer, J. L., & Strambler, M. J. (2023). Measuring social and emotional learning implementation in a research-practice partnership. *Frontiers in Psychology*, 14, 1052877. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1052877>
- Hall, M. L. (2021). *Relationship between perioperative nurses' perception of empowerment, job satisfaction, and intent to stay* (Publication No. 2553797456) [Doctoral dissertation, University of Phoenix]. ProQuest Dissertations & Theses Global. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/relationship-between-perioperative-nurses/docview/2553797456/se-2>
- Hardie, P., O'Donovan, R., Jarvis, S., & Redmond, C. (2022). Key tips to providing a psychologically safe learning environment in the clinical setting. *BMC Medical Education*, 22(1), 816. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03892-9>
- He, X., Mao, Y., Cao, H., Li, L., Wu, Y., & Yang, H. (2024). Factors influencing the development of nursing professionalism: A descriptive qualitative study. *BMC Nursing*, 23(1), Article 283. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01945-6>
- Hofler, L., & Thomas, K. (2016). Transition of new graduate nurses to the workforce: Challenges and solutions in the changing health care environment. *North Carolina Medical Journal*, 77(2), 133–136. <https://doi.org/10.18043/ncm.77.2.133>
- Iheduru-Anderson, K. C., & Shingles, R. R. (2023). Mentoring experience for career advancement: The perspectives of Black women academic nurse leaders. *Global Qualitative Nursing Research*, 10, 1–12. <https://doi.org/10.1177/23333936231155051>
- Kays, M. N., Rupert, D. D., Negris, O., Thompson, B., Clayman, M. L., Mordell, L., Pendergrast, T., Bloomgarden, E., Bhayani, R. K., & Jain, S. (2023). Flattening hierarchical structures to empower women trainee leaders on social media teams. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e47800. <https://doi.org/10.2196/47800>
- Khan, H. F., Qayyum, S., Beenish, H., Khan, R. A., Iltaf, S., & Faysal, L. R. (2025). Determining the alignment of assessment items with curriculum goals through document analysis by addressing identified item flaws. *BMC Medical Education*, 25(1), Article 200. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06736-4>
- Kim, M. J., McKenna, H., Davidson, P., Leino-Kilpi, H., Baumann, A., Klopper, H., Al-Gasseer, N., Kunaviktikul, W., Sharma, S. K., Ventura, C., & Lee, T. (2022). Doctoral education, advanced practice and research: An analysis by nurse leaders from countries within the six WHO regions. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100094. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100094>
- Knowles, M. S., Holton, E. F., III, & Swanson, R. A. (2015). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (8th ed.). Routledge.
- Lawson, D., & Fleshman, J. W. (2020). Informal leadership in health care. *Clinical Colon and Rectal Surgery*, 33(4), 225–227. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709439>
- Leclerc, L., Strenge-McNabb, K. K., Thibodeaux, T., Campis, S., & Kennedy, K. (2022). Relational leadership: A contemporary and

- evidence-based approach to improve nursing work environments. *Nursing Management*, 53(7), 24–34. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000834580.84896.55>
- Lenssen, E., Nagtegaal, I., van Oostveen, C., Vreke, A., Miedema, H., & Bakker, A. (2025). Exploring nurses' leadership and resilience in a complex daily work environment: A qualitative study. *BMC Nursing*, 24, 173. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02761-2>
- Liang, P. S., Kwon, S. C., Cho, I., Trinh-Shevrin, C., & Yi, S. (2023). Disaggregating racial and ethnic data: A step toward diversity, equity, and inclusion. *Gastroenterology*, 164(3), 320–324. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2023.01.008>
- Lima, L. S., & Ristum, M. (2025, February). Narrative analysis: Methodological contributions to qualitative research in developmental psychology. *Trends in Psychology – A Journal of the Brazilian Society of Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s43076-025-00442-2>
- Melin-Johansson, C., Palmqvist, R., & Rönnerberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making: A mixed-studies review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 3936–3949. <https://doi.org/10.1111/jocn.13814>
- Morrison, V., Hauch, R. R., Perez, E., Bates, M., Sepe, P., & Dans, M. (2021). Diversity, equity, and inclusion in nursing: The Pathway to Excellence framework alignment. *Nursing Administration Quarterly*, 45(4), 311–323. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000494>
- Moss, P., Nixon, P., & Baggio, S. (2023). Turning strategy into action – Using the ECHO model to empower the Australian workforce to integrate care. *International Journal of Integrated Care*, 23(2), 7. <https://doi.org/10.5334/ijic.7036>
- Mukhalalati, B. A., & Taylor, A. (2019). Adult learning theories in context: A quick guide for healthcare professional educators. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 6, 2382120519840332. <https://doi.org/10.1177/2382120519840332>
- Nelson, A. (2022). Mentorship: A powerful tool for IPG success. *The Dissertation in Practice at Western University*, 289. <https://ir.lib.uwo.ca/oip/289>
- O'Connor, R., Barraclough, L., Gleadall, S., & Walker, L. (2025). Institutional reverse mentoring: Bridging the student/leadership gap. *British Educational Research Journal*, 51, 344–368. <https://doi.org/10.1002/berj.4078>
- Pearson, N., Naylor, P. J., Ashe, M. C., Fernandez, M., Yoong, S. L., & Wolfenden, L. (2020). Guidance for conducting feasibility and pilot studies for implementation trials. *Pilot and Feasibility Studies*, 6, 167. <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00634-w>
- Plouffe, R. A., Ein, N., Liu, J. J. W., St. Cyr, K., Baker, C., Nazarov, A., & Richardson, J. D. (2023). Feeling safe at work: Development and validation of the Psychological Safety Inventory. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(8), 1994–2006. <https://doi.org/10.1111/ijpsa.12434>
- Proba, J. (2024). *No longer eating their young but eating their own: Developing capacity to decrease lateral aggression among nurses and leaders* (Publication No. 416) [Doctoral dissertation, Western University]. The Dissertation in Practice at Western University. <https://ir.lib.uwo.ca/oip/416>
- Pullen, R. L., Jr. (2025). Developing nurse leaders through mentorship. *Nursing Management (Springhouse)*, 56(3), 58–62. <https://doi.org/10.1097/nmg.0000000000000230>
- Purkey, E., Patel, R., & Phillips, S. P. (2018). Trauma-informed care: Better care for everyone. *Canadian Family Physician*, 64(3), 170–172. <https://www.cfp.ca/content/64/3/170>
- Quayson, F. (2022). *Reflective practice, mentoring, and self-renewal in professional development for adult learners. The Interdisciplinary Journal of Advances in Research in Education*, 4, 1–8. <https://doi.org/10.55138/ma104284fxo>
- Rico, R., Gibson, C., Sanchez-Manzanares, M., & Clark, M. A. (2020). Team adaptation and the changing nature of work: Lessons from practice, evidence from research, and challenges for the road ahead. *Australian Journal of Management*, 45(3), 507–526. <https://doi.org/10.1177/0312896220918908>
- Rinfret, S. R., Young, S. L., & McDonald, B. D., III. (2023). The importance of mentorship in higher education: An introduction to the symposium. *Journal of Public Affairs Education*, 29(4), 398–403. <https://doi.org/10.1080/15236803.2023.2260947>
- Ronaldson, S., Macfarlane, K., & Thomas, D. (2017). Peer mentorship for the internationally educated nurse: An appreciative inquiry. *Athens Journal of Health*, 4(3), 211–226. <https://doi.org/10.30958/ajh.4-3-1>
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Salazar Maya, Á. M. (2022). Nursing care during the perioperative within the surgical context. *Investigación y Educación en Enfermería*, 40(2), e02. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n2e02>
- Salim, S. (2021). Effective mentoring: A guide for mentors and mentees. In C. Y. Weng & A. M. Berrocal (Eds.), *Women in ophthalmology* (pp. 377–383). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-59335-3\\_43](https://doi.org/10.1007/978-3-030-59335-3_43)
- Sauro, J., & Lewis, J. R. (2016). *Quantifying the user experience: Practical statistics for user research* (2nd ed.). Morgan Kaufmann.
- Sullens, S., & Gonzalez, K. (2025). Building the next generation of leaders through shared governance. *Nursing Management*, 56(1), 51–53. <https://doi.org/10.1097/nmg.0000000000000209>
- Tørring, B., Gittell, J. H., Laursen, M., & Rasmussen, B. S. (2019). Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: An ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 19, 528. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4362-0>
- Turcotte, M., Etherington, C., Rowe, J., Duong, A., Kaur, M., Talbot, Z., Mansour, F., Mohamed, J., Zahrai, A., Fournier, K., & Boet, S. (2023). Effectiveness of interprofessional teamwork interventions for improving occupational well-being among perioperative healthcare providers: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 37(6), 904–921. <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2137116>
- Viswanath, K., Synowiec, C., & Agha, S. (2019). Responsive feedback: Towards a new paradigm to enhance intervention effectiveness. *Gates Open Research*, 3, 781. <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.12937.2>
- Ward, L., Gordon, A., & Kirkman, A. (2024). Innovative and effective education strategies for adult learners in the perioperative setting. *AORN Journal*, 119(4), 291–303. <https://doi.org/10.1002/aorn.14079>
- Watson, A. L., Young, C., Whitham, A., Prescott, S., & Flynn, E. J. (2025). Enhancing nursing practice through peer support: Strategies for engagement in the nursing workforce. *Journal of Radiology Nursing*, 44(1), 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2024.06.003>
- Zajac, S. A., Williams, K. N., Patel, S. M., Lazzara, E. H., Keebler, J. R., Clemens, M. W., & Holladay, C. L. (2025). Understanding psychological safety in health care: A qualitative investigation and practical guidance. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2025.04.009>

# Guest Editorial

Katherine Corneau

## Nursing the future: A resource for supporting new graduate nurses' transition to practice

**A**cross Canada, newly graduated nurses are entering the workforce during one of the most complex and demanding times in healthcare history. Amid staffing shortages, rising patient acuity, and high workplace expectations, the transition from student to professional nurse can feel overwhelming. Without structured support, new nurses often experience significant stress, self-doubt, and uncertainty in their professional roles. Many leave the profession within the first two years.

**Nursing the Future (NTF)** was created to address this challenge. Founded in 2001 by professional role transition expert and researcher, Dr. Judy Boychuk Duchscher, NTF is a national initiative that supports early-career nurses as they navigate the realities of entering professional practice. Through a blend of mentorship, leadership development, resource sharing, and peer support, NTF helps new nurses build confidence, develop resilience, and establish a strong sense of professional identity.

Nursing the Future offers a comprehensive suite of resources grounded in the lived experience of new graduates. In addition to education series focused on the needs of new graduates, NTF offers a diverse range of interactive and accessible learning opportunities. These include live learning sessions, a career exploration series, question-and-answer panels, podcasts, interviews, and real-world stories shared directly from the field. Visitors are encouraged to explore the full suite of resources at [www.nursingthefuture.ca](http://www.nursingthefuture.ca), where students, new graduates, and educators can find tools that support both individual growth and successful integration into the healthcare workplace.

These resources help new nurses understand the emotional and cognitive transitions that come with stepping into the workforce. Topics, such as managing transition shock, navigating team dynamics, coping with ethical stress, and clarifying role expectations, are all addressed through accessible, evidence-informed content.

A key strength of NTF is its collaborative and responsive design. Programs are developed in consultation with students,

new graduates, and practising clinicians, to ensure they remain relevant and meaningful. This feedback-driven approach allows NTF to remain adaptable and effective in addressing the changing realities of healthcare. Beyond survival in the first year of practice, NTF places a strong emphasis on cultivating leadership and professional growth.

While NTF's central mission is to support early-career nurses, the organization also recognizes the important role of professional and specialty associations in creating opportunities for engagement, education, and advancement. The **Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC)**, for example, plays a key role in perioperative nursing by developing national practice guidelines, offering continuing education, and building a professional community for surgical nurses.

Perioperative settings are uniquely demanding, requiring nurses to master highly technical skills, adapt to complex team structures, and function under significant pressure. New graduates entering the operating room (OR) must integrate, quickly, the knowledge of sterile techniques, surgical protocols, and interprofessional communication. Many operating room leaders have noted that new nurses often enter these environments without adequate preparation or exposure during their undergraduate education.

Nursing the Future's strategies help bridge this gap by preparing new nurses with clinical insight and also with the tools to manage stress, seek mentorship, and actively engage in their own development. For specialties like the OR, where strong communication, situational awareness, and emotional resilience are essential, these supports are especially valuable.

When specialty organizations engage with new nurses early in their careers, everyone benefits. These relationships provide clear career pathways and reduce the barriers that can discourage new graduates from entering complex specialties. By helping new nurses feel supported and capable within demanding practice areas, such as the OR, NTF contributes to a more resilient and sustainable nursing workforce. Alignment between transition-focused initiatives, like NTF, and organizations, such as ORNAC, helps create a profession that is welcoming, inclusive, and better prepared for the future.

**Katherine Corneau, RN, BScN, MN**  
**Program Director, Nursing the Future**

# Éditorial invité

Katherine Corneau

## **Nursing the future (Soins infirmiers du futur) : Une ressource pour soutenir la transition des nouvelles infirmières diplômées vers la pratique**

Partout au Canada, de nouvelles infirmières entrent dans la profession à l'un des moments les plus complexes et exigeants de l'histoire des soins de santé. Dans un contexte de pénurie de personnel, d'augmentation de l'acuité des patients et d'attentes élevées en milieu de travail, la transition du rôle d'étudiante à celui d'infirmière peut sembler accablante. Sans soutien structuré, ces nouvelles infirmières vivent souvent un stress important, des doutes et une incertitude quant à leur rôle professionnel. Beaucoup quittent la profession dans les deux premières années.

*Nursing the Future* (NTF) a été créé pour répondre à ce défi. Fondé en 2001 par la chercheuse et experte en transition professionnelle, Dre Judy Boychuk Duchscher, NTF est une initiative nationale qui soutient les infirmières en début de carrière dans leur intégration à la pratique professionnelle. Par une combinaison de mentorat, de développement du leadership, de partage de ressources et de soutien par les pairs, NTF aide les nouvelles infirmières à renforcer leur confiance, développer leur résilience et établir une identité professionnelle solide.

*Nursing the Future* offre une gamme complète de ressources ancrées dans l'expérience vécue des nouvelles diplômées. En plus de séries éducatives axées sur leurs besoins, NTF propose un éventail diversifié d'occasions d'apprentissage interactives et accessibles : session d'apprentissage en direct, séries d'exploration de carrière, panels de questions-réponses, balados, entrevues et récits partagés de la vie quotidienne. Les visiteurs sont invités à explorer l'ensemble des ressources sur [www.nursingthefuture.ca](http://www.nursingthefuture.ca), où étudiants, nouvelles diplômées et éducatrices peuvent trouver des outils favorisant à la fois la croissance individuelle et l'intégration réussie dans les milieux de soins.

Ces ressources aident les nouvelles infirmières à comprendre les transitions émotionnelles et cognitives liées à l'entrée sur le marché du travail. Des thèmes tels que la gestion du changement, les dynamiques d'équipe, la gestion du stress et la clarification des attentes professionnelles y sont abordés dans un contenu accessible et fondé sur les données probantes.

Un atout clé de NTF est sa conception collaborative et réactive. Les programmes sont développés en consultation avec les étudiantes, les nouvelles diplômées et les cliniciennes en exercice afin d'assurer leur pertinence et leur signification. Cette

approche guidée par la rétroaction permet à NTF de demeurer adaptable et efficace face aux réalités changeantes des soins de santé. Au-delà de la simple survie durant la première année de pratique, NTF met un fort accent sur le développement du leadership et la croissance professionnelle.

Bien que la mission centrale de NTF soit de soutenir les infirmières en début de carrière, l'organisation reconnaît également le rôle important des associations professionnelles et spécialisées dans la création d'occasions d'engagement, d'éducation et d'avancement. L'Association des infirmières et des infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC) en est un exemple : elle joue un rôle clé en soins périopératoires en élaborant des lignes directrices nationales, en offrant de la formation continue et en construisant une communauté professionnelle pour les infirmières en soins périopératoires.

Les milieux périopératoires sont particulièrement exigeants : les infirmières doivent y maîtriser des compétences hautement techniques, s'adapter à des structures d'équipe complexes et travailler sous pression. Les nouvelles infirmières qui entrent au bloc opératoire doivent rapidement intégrer les notions liées aux techniques stériles, aux protocoles chirurgicaux et à la communication interprofessionnelle. Plusieurs leaders en soins périopératoires soulignent que les nouvelles infirmières arrivent souvent dans ces milieux sans préparation ni expositions suffisantes durant leur formation.

Les stratégies de NTF contribuent à combler cet écart en préparant les nouvelles infirmières non seulement sur le plan clinique, mais aussi en leur offrant des outils pour gérer le stress, chercher du mentorat et s'impliquer activement dans leur développement. Pour des spécialités comme les soins périopératoires, où la communication efficace, la conscience situationnelle et la résilience émotionnelle sont essentielles, ces soutiens sont particulièrement précieux.

Lorsque les associations spécialisées s'engagent auprès des nouvelles infirmières dès le début de leur carrière, tout le monde en profite. Ces relations offrent des parcours professionnels clairs et réduisent les obstacles qui peuvent décourager les diplômées d'entrer dans des spécialités complexes. En aidant les nouvelles infirmières à se sentir soutenues et compétentes dans des milieux exigeants, tels que la salle d'opération, NTF contribue à une main-d'œuvre en soins infirmiers plus résiliente et durable. L'alignement entre des initiatives axées sur la transition, comme NTF, et des organisations telles que l'AIISOC contribue à bâtir une profession accueillante, inclusive et mieux préparée pour l'avenir.

**Katherine Corneau, inf., B.Sc.inf., M.Sc.inf.**  
**Directrice de programme, *Nursing the Future***

# Spotlight on Practice

Erin Robertson

*Did you know...*

**A**s a perioperative nurse it is important to have a professional practice model that supports, strengthens, and guides our practice.

The 17<sup>th</sup> edition (2025) of the *ORNAC Guidelines for Perioperative Practice in Canada* introduced a new model for Canadian perioperative nursing practice. Aligning with and supporting ORNAC's mission, vision and values, the *Model for Canadian Perioperative Nursing Practice* (©ORNAC, 2025) is a visual representation of the perioperative nurse's contribution to the delivery of high-quality patient care and a framework that defines and guides perioperative nursing practice and supports professional development.

The concepts in the model were derived from the *Perceived Perioperative Competency Scale-Revised* (PPCS-R; Gillespie, 2012). The PPCS-R was developed to address gaps in the literature for perioperative practice competency. The scale is being used internationally and is scientifically developed and psychometrically validated for assessing perioperative nurses' competency.

The perioperative nurse, with their nursing foundational knowledge, begins to develop and refine their competencies related to their practice environment and patient population. The competencies include the following:

- leadership (including accountability and responsibility);
- communication (including nontechnical skills, empathy and psychological safety);
- knowledge (including research);
- skills (including proficiency);
- continuous professional development (including education); and
- collaboration.

The perioperative environment is dynamic in nature, where there is always a risk of complications and adverse events. The six competencies recognize the technical and nontechnical skills necessary for perioperative nurses to embody, to support safe practice and a safe perioperative environment for our surgical patients and colleagues.

These competencies have been used to build the foundational framework of ORNAC's Perioperative Nurse, Perioperative Nurse Manager, and Perioperative Nurse Educator core competencies. Knowing and understanding these competencies can support personal professional development, workforce and human resource planning, and the delivery of quality patient care.

## Author Note

*Erin Robertson, RN, BScN, MN, CPN(C) is the Coordinator/Lead for the 2027 18<sup>th</sup> edition of the ORNAC Guidelines. Erin has been a member of the Guidelines Committee since 2013 and is a passionate advocate of perioperative practices which support a safe perioperative environment for patients and all the members of the healthcare team.*

## Reference

Gillespie, B. M., Polit, D. F., Hamlin, L., & Chaboyer, W. (2012). *Perceived Perioperative Competence Scale—Revised* (PPCS-R) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t25567-000>



## Grow your perioperative nursing career in B.C.

We have exciting opportunities for perioperative nurses across diverse communities, from urban centres to small towns, the coast, and mountains.

Work on unique cases while growing your skills with a nursing team that values patient care and each other.



Scan the QR code  
or visit [vch.ca/careers](https://vch.ca/careers)

Vancouver  
CoastalHealth

# Pleins feux sur la pratique

Erin Robertson

*Saviez-vous que...*

**E**n tant qu'infirmière en soins périopératoires, il est important de disposer d'un modèle de pratique professionnelle qui soutient, renforce et guide notre pratique.

La 17<sup>e</sup> édition (2025) des *Lignes directrices de l'AIISOC pour la pratique de soins périopératoire au Canada* a introduit un nouveau modèle pour la pratique infirmière périopératoire canadienne. En harmonie avec la mission, la vision et les valeurs de l'AIISOC, le *modèle conceptuel en soins infirmiers périopératoires au Canada* (©AIISOC, 2025) constitue une représentation visuelle de la contribution de l'infirmière en soins périopératoires à la prestation de soins de grande qualité aux patients. Il offre un cadre qui définit et oriente la pratique infirmière périopératoire et soutient le développement professionnel.

Les concepts du modèle sont issus de *L'Échelle des compétences perçues en soins périopératoires – révisée* (Perceived Perioperative Competency Scale-Revised ou PPCS-R; Gillespie, 2012). Cette échelle a été élaborée pour combler des lacunes dans la littérature concernant les compétences en pratique périopératoire. L'échelle est utilisée à l'international et a été développée selon des bases scientifiques, avec une validation psychométrique, pour évaluer les compétences des infirmières en soins périopératoires.

L'infirmière en soins périopératoires, à partir de ses connaissances fondamentales en sciences infirmières, commence à développer et à perfectionner ses compétences en lien avec son environnement de pratique et la population de patients desservie. Ces compétences comprennent :

- le leadership (y compris la responsabilité et la reddition de comptes) ;
- la communication (y compris les habiletés non techniques, l'empathie et la sécurité psychologique) ;
- les connaissances (y compris la recherche) ;
- les habiletés (y compris la maîtrise technique) ;
- le développement professionnel continu (y compris la formation) ;
- la collaboration.

L'environnement périopératoire est par nature dynamique, avec un risque constant de complications et d'incidents indésirables. Les six compétences reconnues englobent les habiletés techniques et non techniques nécessaires aux infirmières en soins périopératoires pour assurer une pratique sécuritaire et un environnement périopératoire sûr pour les patients chirurgicaux et leurs collègues.

Ces compétences ont servi à bâtir le cadre fondamental des compétences de base des infirmières en soins périopératoires, des gestionnaires en soins périopératoires et des formateurs en soins périopératoires de l'AIISOC. La connaissance et la compréhension de ces compétences peuvent soutenir le développement professionnel individuel, la planification des effectifs et des ressources humaines ainsi que la prestation de soins de qualité aux patients.

## À propos de l'auteure

*Erin Robertson, Inf., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., CSP(C) est la coordonnatrice et responsable de la 18<sup>e</sup> édition (2027) des Lignes directrices de l'AIISOC. Membre du Comité des lignes directrices depuis 2013, Erin est une ardente défenseuse des pratiques périopératoires qui favorisent un environnement périopératoire sécuritaire pour les patients et pour l'ensemble des membres de l'équipe de soins.*

## Référence

Gillespie, B. M., Polit, D. F., Hamlin, L., & Chaboyer, W. (2012). *Perceived Perioperative Competence Scale—Revised (PPCS-R)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t25567-000>



**Proudly Canadian,  
like you.**

For 30 years, PRIMED has been trusted to protect those who protect others.

**Protecting with Purpose.**  
[30years.primed.com](https://30years.primed.com)

WRITE FOR US!

## Submit an article today!

Join the movement to advance perioperative nursing! Submit your work for consideration and share your expertise!

We invite perioperative professionals to contribute to the *ORNAC Journal*, your source for leading-edge thought and developments in the field of perioperative nursing. In the spirit of ORNAC's core values of knowledge and collaboration, you are encouraged to share your experiences and expertise. We welcome unsolicited manuscripts about clinical research that uses quantitative or qualitative data, or a mixture of both (mixed methods), presented in such forms as original research, literature or systematic reviews, retrospectives, randomized control trial reports or protocols, data analyses, or survey results and analyses, to name a few.

Our journal is now open access, so it has a global reach. Publishing with us lets you contribute to and expand the global knowledge bank about perioperative nursing for the benefit of both professionals and patients. If you have any questions, or are a first-time author and don't know where to begin, please get in touch with our Editor, Linda Verde at [editor@ornac.ca](mailto:editor@ornac.ca) who will be glad to help you with your next steps and through the publication process.

Send your manuscripts to [journal@ornac.ca](mailto:journal@ornac.ca) or [editor@ornac.ca](mailto:editor@ornac.ca)

**Deadline for manuscript submission for our next issue is December 31, 2025**

DEVENEZ UN AUTEUR !

## Soumettez un article dès aujourd'hui !

Joignez-vous au mouvement pour faire progresser les soins infirmiers périopératoires ! Soumettez vos articles et partagez votre expertise !

Nous invitons les professionnelles et professionnels en soins périopératoires à contribuer à la Revue de l'AIISOC, votre source de réflexion de pointe et d'avancées dans le domaine des soins infirmiers périopératoires. Dans l'esprit des valeurs fondamentales de l'AIISOC — savoir et collaboration — nous vous encourageons à partager vos expériences et votre expertise. Nous acceptons des articles portant sur la recherche clinique utilisant des données quantitatives, qualitatives ou mixtes, présentés sous forme de recherches originales, de revues de la littérature ou revues systématiques, d'études rétrospectives, de rapports ou protocoles d'essais randomisés contrôlés, d'analyses de données, ainsi que de résultats et analyses d'enquêtes, entre autres.

Notre revue est désormais en libre accès, ce qui lui confère une portée mondiale. Publier chez nous vous permet de contribuer à enrichir le capital mondial de connaissances sur les soins infirmiers périopératoires, au bénéfice des professionnelles et des patients. Si vous avez des questions, ou si vous êtes une auteure pour la première fois et ne savez pas par où commencer, veuillez communiquer avec notre rédactrice en chef, Linda Verde à

[editor@ornac.ca](mailto:editor@ornac.ca); elle se fera un plaisir de vous guider dans vos prochaines étapes et tout au long du processus de publication.

Envoyez vos articles à [journal@ornac.ca](mailto:journal@ornac.ca) ou à [editor@ornac.ca](mailto:editor@ornac.ca)

**La date limite de soumission des articles pour le prochain numéro : 31 décembre 2025**



**Medicom**  
Pride in Protection®

**Ensuring healthier lives and a safer world for all**

For those on the front lines of patient care, our proven, high-quality, single-use infection control solutions are expertly designed for the protection and comfort you deserve, and compliance you can count on.

**Lending peace of mind so you can focus on those you care for.**

[medicom.com](http://medicom.com)

©2025 AMD Medicom Inc. All rights reserved.

## Call for Peer Reviewers

The *ORNAC Journal* is seeking individuals to join our Reviewer Panel. We are looking for professionals with a penchant for improving perioperative practice and research. These professionals will share their expertise and contribute to the excellence and quality of our journal through engaging in a double-blind peer review process. We welcome both Anglophone and Francophone reviewers, as well as experts from related disciplines, to provide a robust communication and knowledge pool that enriches our journal offerings.

Reviewers play a crucial role in ensuring *ORNAC Journal's* content remains current, relevant, and valuable

to operating room nurses. ORNAC members, and others in the perioperative field, look to the journal for information that is evidence-based, leading-edge, innovative, and contributes to improving perioperative best practice.

If you are interested in joining the *ORNAC Journal* Reviewer Panel, please find the Peer Reviewer Guidelines and Application at <https://ornacjournal.ca/index.php/ornac/peerreviewers>

Fill out the reviewer application form and send a current CV to [editor@ornac.ca](mailto:editor@ornac.ca).

---

## Appel de candidatures pour la révision des articles

La *Revue de l'AIISOC* est à la recherche de gens intéressés à se joindre à notre panel d'évaluateurs. Nous sommes à la recherche de professionnels ayant un penchant pour l'amélioration de la pratique et de la recherche en soins périopératoires. Ces professionnels partageront leur expertise et contribueront à l'excellence et à la qualité de notre revue en s'engageant dans un processus d'évaluation par les pairs à l'aveugle. Nous accueillons des évaluateurs anglophones et francophones, ainsi que des experts de disciplines connexes, afin de fournir une communication solide et un bassin de connaissances pour enrichir notre offre de revues.

Les évaluateurs jouent un rôle crucial pour s'assurer que *le contenu de la revue de l'AIISOC* demeure actuel, pertinent et précieux pour les infirmières de salle d'opération.

Les membres de l'AIISOC, ainsi que d'autres personnes dans le domaine de la recherche périopératoire, se tournent vers la revue pour obtenir des informations fondées sur des données probantes, à la fine pointe de la technologie, novatrices et qui contribuent à l'amélioration des meilleures pratiques en matière de soins périopératoires.

Si vous souhaitez rejoindre le comité des lecteurs de la *Revue de l'AIISOC*, veuillez consulter les *Directives pour les pairs évaluateurs* ainsi que le formulaire de demande à l'adresse suivante : <https://ornacjournal.ca/index.php/ornac/peerreviewers>.

Veillez remplir le formulaire de demande d'évaluateur, puis envoyer votre CV à jour à [editor@ornac.ca](mailto:editor@ornac.ca).

# Now Available: ORNAC Guidelines for Perioperative Practice in Canada – 17th Edition!

ORNAC is proud to offer the 17th edition of the *Guidelines for Perioperative Practice in Canada* (formerly the *ORNAC Standards, Guidelines, and Position Statements for Registered Nurses*) now available for purchase!

This comprehensive resource is an essential tool for perioperative nurses,

providing evidence-based best practices to support safe, high-quality surgical care across Canada.

#### What's Inside?

- ✓ Updated guidelines reflecting current perioperative practices
- ✓ Best practices for patient safety and surgical excellence

- ✓ A valuable reference for perioperative teams, educators, and leaders

Ensure you have the latest *ORNAC Guidelines* to enhance your practice and uphold excellence in perioperative care!

Order your copy today at <https://ornac.ca/guidelines.phtml>

# Maintenant disponible : Lignes directrices pour la pratique de soins périopératoires au Canada – 17<sup>e</sup> édition !

L'AIISOC est fière de vous offrir la 17<sup>e</sup> édition des *Lignes directrices pour la pratique de soins périopératoires au Canada* (anciennement les *Normes, lignes directrices et énoncés de position de la pratique en soins infirmiers*) désormais disponible à l'achat!

Cette ressource essentielle est un outil incontournable pour les infirmières en soins périopératoires, offrant des

pratiques exemplaires fondées sur des données probantes pour soutenir des soins périopératoires sûrs et de haute qualité à travers le Canada.

#### Que contient cette édition ?

- ✓ Des lignes directrices mises à jour reflétant les pratiques périopératoires actuelles;
- ✓ Les meilleures pratiques en matière de sécurité des patients et d'excellence chirurgicale;

- ✓ Une référence précieuse pour les équipes périopératoires, les éducateurs et les leaders.

Assurez-vous d'avoir la dernière édition des Lignes directrices de l'AIISOC pour améliorer votre pratique et maintenir l'excellence des soins périopératoires!

Commandez votre exemplaire dès aujourd'hui : **ORNAC – Lignes directrices**

**5**  
ANDAUMEDICAL

aspensurgical.

See clearly,  
Operate confidently.  
*Laparoscopic Accessories*


Dr. Fog® Anti-Fog Pre-Treated Sponge

Liquid Scope WarmOR™

Scope CleanOR™ Trocar Swabs and Microfiber Cloth

customerservice@andaumedical.com  
[www.andaumedical.com](http://www.andaumedical.com)

# Cardiac patients deserve more for heart surgery recovery.



Mepilex Border Post-Op Dressing has been clinically shown to optimize the patient healing journey. This highly absorbent pad with a shower proof backing can stay on for up to 14 days and helps support undisturbed wound healing.

Learn more at [Molnlycke.ca](https://www.Molnlycke.ca)

