



December/décembre 2018

Volume 36, Issue/numéro 4

ORNAC JOURNAL

REVUE DE L'AIISOC



By / par : J. Kadey

Generational Diversity • La diversité générationnelle
Second Traumatization • La traumatisatation secondaire
Book review • Critique d'un livre

www.ORNAC.ca

PM43490512



KEEPING SAFETY IN CHECK

***PRESENTING THE TIME OUT BOARD**

- CUSTOMIZABLE
- VARIABLE SIZE BOARDS
- WALL MOUNTABLE
- 1/4" CLEAR ACRYLIC
- DRY ERASABLE
- STURDY EASY SLIDE SWITCHES
- IMPROVES COMMUNICATION
- IMPROVES TEAM WORK
- CREATES A SAFER PATIENT ENVIRONMENT

WORLD HEALTH ORGANIZATION PERIOPERATIVE ENVIRONMENT

TIME OUT BOARD PROVIDES A BACKUP TO HUMAN MEMORY DURING ROUTINE AND EMERGENCY PROCEDURES. THEY SERVE AS A FORMAL REMINDER TO HELP PREVENT ERRORS OF OMISSIONS CONTRIBUTING TO A SAFER ENVIRONMENT.

Time Out Board

All items must be confirmed by 2 team members.

Patient's Name: _____

DOB: _____ Procedure: _____

Family Update:	1. Patient Identified Using Two Identifiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Procedure Confirmed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Site Marked	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Completed Consent Signed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATB Redosing	5. H&P Updated	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Patient Positioned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Diagnostics/Images Reviewed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Allergies Noted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipment QC Completed & Documented:	9. Antibiotics Given*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Medication/Irrigation Available	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Implants/Equipment Available	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Safety Precautions In Place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*If Applicable

7883MP12 v1



ONCE THE TEAM IS IN 100% VERBAL AGREEMENT
FLIP THE SWITCH!

24" x 48"



MEDICATION LABELS



KEEPING SAFETY IN CHECK

***STERILE MEDICATION LABELS "ON" THE STERILE FIELD**

- WATERPROOF LABELS
- STRONG BUT REMOVABLE RESIDUE FREE ADHESIVE
- GUARANTEED LOWEST PRICING
- LATEX FREE
- 100% SATISFACTION

CHOOSE AND CUSTOMIZE THE MEDICATION LABELS YOU NEED AT NO ADDITIONAL CHARGE

SINCE 1996, RMAC SURGICAL INC. HAS BEEN PROVIDING PHARMATAGS STERILE MEDICATION LABELS TO OPERATING ROOMS, CARDIAC CATH LABS, INTERVENTIONAL RADIOLOGY SUITES, AND AMBULATORY SURGICAL CLINICS THROUGHOUT THE UNITED STATES AND CANADA.

RMAC SURGICAL TOLL FREE: 1.888.299.2661 WWW.PHARMATAGS.COM
SPONSOR OF THE RMAC SURGICAL PATIENT SAFETY AWARD!

ORNAC JOURNAL

A peer-reviewed Journal published by Clockwork Communications Inc.
for the Operating Room Nurses Association of Canada

Published Quarterly ✦ Volume 36, Issue 4, December 2018

TABLE OF CONTENTS

By / par : J. Radley



13 Embracing Generational Diversity: Reducing and Managing Workplace Conflict

BY: SHELLEY ANDRÉ RN,
BN, CPN(C)

37 Concept Review: Second Traumatization and the Role of a Perioperative Advanced Practice Nurse

BY: HEATHER HARTLEY RN, BScN, MScN

61 Book Review: Anatomy of Writing for Publication for Nurses, 3rd Ed.

SUBMITTED BY: DEBRA CLENDINNENG RN, BScN,
MED, PHD

ORNAC NETWORK

11 26th ORNAC National Conference

54 ORNAC Award Opportunities

60 Upcoming Event



SUBSCRIPTIONS:

Canada - \$52 plus GST/HST
Outside Canada - \$80
Single Copies - \$20 + tax in Canada
\$25 outside Canada
subscriptions@clockworkcanada.com

GST/HST# 84200 7148
ISSN 1927-6141 (Print)
ISSN 2561-4657 (Online)

Indexed in CINAHL, Ebsco Publishing,
and part of the EBSCOHOST suite
of CINAHL programs.

Publications Mail
Agreement No. 43490512
Return Undeliverable Canadian
Addresses to
PO Box 33145 Halifax NS B3L 4T6

ORNAC Journal

c/o Clockwork Communications Inc.
PO Box 33145, Halifax, NS, B3L 4T6
Tel: 902.442.3882 Fax: 888.330.2116
E-Mail: Info@ClockworkCanada.com
www.ClockworkCanada.com

EDITOR:

Deborah McNamara

ART DIRECTOR:

Sherri Keenan

PROJECT COORDINATOR:

Tracey Reid

TRANSLATION:

Jocelyne Demers-Owoka

EDITORIAL CO-CHAIRS:

Debra Clendinneng

Aline Gagnon

ADDRESS CHANGES:

ORNAC members:
www.ORNAC.ca for address changes.

Non-member Subscribers:
send address changes to
subscriptions@ClockworkCanada.com
or fax to 1.888.330.2116. Please provide
your old and new address as well as an
e-mail or telephone contact.

ORNAC Executive

PRESIDENT - Barbara Mushayandebvu RN, CPN(C) - Calgary, AB - president@ornac.ca

PRESIDENT ELECT - Vacant

TREASURER - Tina Parrill BN, RN, MN, CPN(C) - St. John's, NL - treasurer@ornac.ca

SECRETARY - Lucia Pfeuti RN, BN, CPN(C) - Calgary, AB - secretary@ornac.ca

EXECUTIVE DIRECTOR - Heather Dow CAE - Kingston, ON - executivedirector@ornac.ca

ORNAC Board Members

BRITISH COLUMBIA

Donna Gramigna RN, BSN, CPN(C)

ALBERTA

Rana Sleiman RN, BScN, CPN(C)

SASKATCHEWAN

Lynne Faucher-Sinclair
RN, MN, CPN(C)

MANITOBA

Kim Goodman RN, CPN(C)

ONTARIO

Dee Frisina RN, CPN(C)

QUEBEC

Philippe Willame RN, BScN

NEW BRUNSWICK

Sharon Hollett RN, BN, CPN(C)

NOVA SCOTIA

Jennifer Radtke-Jardine RN, B.Sc.,
B.Sc.N, CPN(C)

PRINCE EDWARD ISLAND

Aletha MacNevin RN,
BScN, CPN(C)

NEWFOUNDLAND & LABRADOR

Tina Parrill RN, BN, MN, CPN(C)

LEADERSHIP

Vacant

ADVANCED PRACTICE

Sarah Pelletier RN, BScN,
CPN(C), RNFA, MScN

EDUCATION

Vacant

For information about the
Board visit

www.ORNAC.ca

ORNAC MISSION

The Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC) is an organization of Perioperative Registered Nurses and Associates dedicated to the:

- Promotion and advancement of excellence in the provision of safe perioperative care for patients;
- Professional growth, competence and personal enhancement of the ORNAC membership; and
- Progression of perioperative professional practice at a regional, provincial, national & international level.



REVUE DE L'AIISOC

Une revue révisée par des pairs et publiée par Clockwork Communications Inc. pour l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada

Publiée chaque trimestre ✦ Volume 36, numéro 4, décembre 2018

TABLE DES MATIÈRES

By / par : J. Radey



24 Accepter la diversité générationnelle : Réduire et gérer les conflits en milieu de Travail

PAR : SHELLEY ANDRÉ, INF., B.S.INF., CSP(C)

45 Révision de concept : La traumatisation secondaire et le rôle de l'infirmière en pratique Avancée en soins périopératoires

PAR : HEATHER HARTLEY, INF., B. SC. INF., M. SC

57 Critique de livre

SOU MIS PAR : DEBRA CLENDINNENG

RÉSEAU DE L'AIISOC

11 26^e conférence nationale de l'AIISOC

54 Opportunités de bourses/prix de l'AIISOC

60 Prochains événements



ABONNEMENT :

Canada - 52 \$ + TPS/TVH
À l'extérieur du Canada - 80 \$
Copies individuelles - 20 \$ + taxes au Canada / 25 \$ à l'extérieur du Canada
abonnements@clockworkcanada.com

TPS/TVH n° 84200 7148
ISSN 1927-6141 (version imprimée)
ISSN 2561-4657 (version en ligne)

Indexée dans CINAHL, Ebsco
Publishing et une partie de la
suite de programmes EBSCOHOST
de CINAHL.

Convention de vente des envois de
publications canadiennes
No. 43490512

Retourner toute correspondance
canadienne ne pouvant être livrée au
CP 33145 Halifax N.-É. B3L 4T6

Revue de l'AIISOC

a/s de Clockwork Communications Inc.
CP 33145, Halifax, N.-É., B3L 4T6
N° de tél. : 902.442.3882 Téléc. : 888.330.2116
Info@ClockworkCanada.com
www.ClockworkCanada.com

RÉDACTRICE EN CHEF :

Deborah McNamara

DIRECTRICE ARTISTIQUE :

Sherrri Keenan

COORDONNATRICE DE PROJET :

Tracey Reid

TRADUCTION :

Jocelyne Demers-Owoka

COPRÉSIDENTES DU COMITÉ DE RÉDACTION :

Debra Clendinneng

Aline Gagnon

CHANGEMENTS D'ADRESSE :

Membres de l'AIISOC :

www.ORNAC.ca pour effectuer
un changement d'adresse.

Abonnés non membres :

Envoyer les changements d'adresse à
abonnements@clockworkcanada.com
ou par télécopieur à 1.888.330.2116.
Veuillez fournir votre ancienne et votre
nouvelle adresse ainsi qu'un courriel ou
un numéro de téléphone où l'on peut
vous rejoindre.

Comité de direction de l'AISOC

PRÉSIDENTE - Barbara Mushayandebvu, inf., CSP(C) - Calgary AB - president@ornac.ca

PRÉSIDENTE ÉLUE - À pourvoir

TRÉSORIÈRE - Tina Parrill, B.S.Inf., inf., M.S.Inf., CSP(C) - St. John's, T.-N. - treasurer@ornac.ca

SECRÉTAIRE - Lucia Pfeuti, inf., B. S. Inf., CSP(C) - Calgary, AB - secretary@ornac.ca

DIRECTRICE GÉNÉRALE - Heather Dow, CAE - Kingston, ON - executivedirector@ornac.ca

Conseil d'administration de l'AISOC

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Donna Gramigna, inf.,
B. Sc. Inf., CSP(C)

ALBERTA

Rana Sleiman, inf., B.Sc.Inf., CSP(C)

SASKATCHEWAN

Lyanne Faucher-Sinclair, inf.,
M. S. Inf., CSP(C)

MANITOBA

Kim Goodman, inf., CSP(C)

ONTARIO

Dee Frisina, inf., CSP(C)

QUÉBEC

Philippe Willame, inf., B. Sc. Inf.

NOUVEAU-BRUNSWICK

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

NOUVELLE-ÉCOSSE

Jennifer Radtke-Jardine, inf., B.Sc.,
B.Sc.Inf., CSN(C)

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Aletha MacNevin, inf.,
B.Sc.inf., CSP(C)

TERRE-NEUVE-ET- LABRADOR

Tina Parrill, inf., B.inf., MN, CSP(C)

LEADERSHIP

À pourvoir

PRATIQUE AVANCÉE

Sarah Pelletier, inf., B. Sc. Inf., CSP(C),
IPAC, M. Sc. Inf.

ÉDUCATION

À pourvoir

Pour plus de renseignements
concernant le Conseil
d'administration, visitez
www.AISOC.ca

MISSION DE L'AISOC

L'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AISOC) est un organisme d'infirmières et d'infirmiers autorisés en soins périopératoires et d'associés se consacrant :

- A la promotion et à l'avancement de l'excellence quant à la distribution de soins périopératoires sécuritaires à nos patients;
- A l'amélioration des compétences tant sur le plan professionnel que personnel; et
- A la progression de la pratique professionnelle des soins périopératoires à l'échelle provinciale, nationale et internationale.



Advertiser Directory / Annuaire des annonceurs

Product Advertisers / Annonceurs de produits

Ansell	9	Meditek	63
Cardinal Health Canada	36	Medline Canada	64
Ecolab	39	RMAC Surgical	2

Career Opportunities / Possibilités de carrière

Interior Health	23
-----------------	----



Looking For Information About
Advertising In This Journal?

Vous cherchez
l'Information pour mettre une
annonce dans cette revue ?



advertising@ClockworkCanada.com

or / ou

902.442.3882

PRESIDENT'S MESSAGE

Barbara Mushayandebvu RN, CPN(C), is a staff nurse at the Peter Lougheed Centre in Calgary. She has experience in all surgical specialties and has been a Clinical Leader and Clinical Nurse Educator. Her past volunteer roles include ORNAA President, ORNAC Journal Editorial Chair, and Co-Chair of the 2015 ORNAC National Conference. president@ornac.ca



By the time you are reading this another Perioperative Nurses Week (PNW) will have come and gone. I hope everyone had the opportunity to celebrate each other and the incredible work we do every day. I look forward to seeing the entries, for the ORNAC contest, showing what this year's PNW theme, Perioperative Nursing: Advocacy for Our Patients Through Best Practice Initiatives, means to you. And please share with on ORNAC social media, and with your work colleagues, all the fun and educational things you did to celebrate this week.

I had the honour and privilege of attending the Operating Room Nurses of Alberta Association's (ORNAA) 33rd conference in Red Deer, AB. The theme was "I'm an OR nurse. What's your super power?" What a challenge!! As I contemplated what I would say in my message to the delegates I felt energised by the theme. A hundred super powers came to mind and almost instantly I could relate what we do as perioperative nurses to all these super powers. Compassion, integrity, solid communication skills, empathy, flexibility, attention to detail, strength, problem-solving skills and surgical conscience... to name just a few. The gala night theme was dress as your favourite super hero. And dress they did... we were joined by everyone from Superman to the Incredibles to Super Nurses with 6 arms!! The creativity was awesome to see.

"As a nurse, we have the opportunity to heal the heart, mind, soul and body of our patients, their families and ourselves. They may forget your name, but they will never forget how you made them feel."

- Maya Angelou, author, poet and civil rights activist

Being the patients' advocate is one of the important super powers we have. So my question is are you fully using your superpowers? Just as Popeye eats spinach to enhance his powers you can enhance your super powers by obtaining CNA Certification, continually getting educated on new innovations, and always striving to be the best you can be.

By far the most exciting thing for me, at the Alberta conference, was seeing a big contingent of "the next generation" of perioperative nurses. They took the time to go to the conference and were committed to being engaged, learning, sharing, and having fun with their colleagues. Seeing this gave me so much hope for the future. Kenny Ausubel, Co-Founder and CEO of Bioneers, once said "Each of us has a spark of life inside us and our highest endeavour ought to be to set off that spark in one another." My wish is for these young people to put the spark in to perioperative nurses across the country and inspire all of our ORNAC members. What ORNAC

strives to do is much too important for us to let it die.

Other conferences have recently taken place in Quebec, Ontario, and the Atlantic region. Their various themes are all designed to make us reflect on our practice. Their education sessions equip us with tools to do, and be, better. I hope those who were fortunate enough to attend any one of the conferences returned to their work place and shared, with those who stayed back to hold down the fort, the knowledge they gained.

As the calendar year comes to an end, I would like to remind and urge you to renew your membership in ORNAC... and, even better, if you can get a friend or two to join. May the season's tidings bring hope, love, and peace to yours. 🍀

Barbara Mushayandebvu RN CPN(C)

Ansell

ONE GIANT LEAP FOR HAND KIND

THE GAMMEX® PI HYBRID GLOVE. REDEFINING THE FUTURE.



GAMMEX®

PI COMFORT NOW MEETS STRENGTH

Featuring Ansell's patent-pending Hybrid Technology™, new GAMMEX PI Hybrid surgical gloves combine the best of two synthetic materials, delivering the latex-like comfort and sensitivity of PI while also displaying the higher strength and durability associated with neoprene. This DPG-free glove is semi-transparent for more effective breach detection, and is an ideal outer glove within a double gloving system.

For samples or more information, please visit ansell.com/ochyb or contact Customer Service at 1-855-868-5540.

MOT DE LA PRÉSIDENTE

Barbara Mushayandebvu, inf., CSP(C), est infirmière de soins généraux au Centre Peter Lougheed, à Calgary. Elle possède de l'expérience dans toutes les spécialités chirurgicales et elle a été une infirmière clinicienne leader et une infirmière clinicienne enseignante. Parmi les rôles de bénévolat qu'elle a occupés, notons qu'elle a été présidente de l'ORNAA, présidente du comité de rédaction de la Revue de l'AISOC et coprésidente pour la planification de la conférence nationale 2015 de l'AISOC. president@ornac.ca



Lorsque vous lirez ces lignes, une autre Semaine des infirmières et des infirmiers en soins périopératoires se sera déroulée. J'espère que vous avez tous et toutes eu l'occasion de vous célébrer et de célébrer l'excellent travail que nous accomplissons chaque jour. Je suis impatiente de voir les entrées au concours de l'AISOC qui vous demandait de nous faire savoir ce que signifie pour vous le thème de la Semaine des infirmières et des infirmiers en soins périopératoires : Les soins périopératoires : La défense de nos patients par le biais d'initiatives de pratiques exemplaires. Je vous prie aussi de partager sur les réseaux sociaux de l'AISOC et avec vos collègues de travail toutes les choses amusantes et éducatives que vous avez célébrées cette semaine.

J'ai eu l'honneur et le privilège d'assister au 33e congrès de l'Association des infirmières et des infirmiers de salle d'opération de l'Alberta (Operating Room Nurses of

Alberta Association ORNAA) à Red Deer, AB. Le thème était « Je suis une infirmière en SOP. Quel est votre super pouvoir? » Quel défi!! Alors que je réfléchissais à ce que je dirais dans mon message aux délégués, ce thème m'a grandement inspirée. Une centaine de super pouvoirs me sont venus à l'esprit et j'ai pu faire le lien presque instantanément de ce que nous faisons en tant qu'infirmières en soins périopératoires avec tous ces super pouvoirs. Compassion, intégrité, excellentes aptitudes en communication, empathie, flexibilité, souci du détail, force, aptitudes à résoudre un problème et conscience chirurgicale... pour n'en nommer que quelques-uns. Le thème de la soirée du gala était de s'habiller comme son super héros préféré et il a fait fureur! Nous avons côtoyé tous les super héros inimaginables de Superman aux Indestructibles en passant par des super infirmières à 6 bras!! C'était formidable de voir toute la créativité.

En effet, être le défenseur des droits des patients constitue l'un de nos super pouvoirs. Ma question est donc : utilisez-vous entièrement vos super pouvoirs? Tout comme Popeye mange des épinards pour rehausser ses pouvoirs, vous pouvez aussi améliorer vos super pouvoirs en obtenant votre certification de l'AIC, en suivant continuellement des formations sur les innovations et en vous efforçant d'exceller à ce que vous faites.

Lors du congrès en Alberta, l'importante délégation d'infirmières et

« À titre d'infirmières, nous avons l'occasion de soigner le cœur, l'esprit et le corps de nos patients, leur famille et nous-mêmes. Ils oublient peut-être votre nom, mais ils n'oublieront jamais comment vous les avez fait se sentir. »

- Maya Angelou, auteure, poète et activiste en droits civils

d'infirmiers en soins périopératoires de la « prochaine génération » a, pour moi, été le clou de l'événement et m'a donné beaucoup d'espoir en l'avenir de notre profession. Ces derniers ont pris le temps d'assister au congrès et se sont engagés à participer, apprendre, partager et s'amuser avec leurs collègues. Kenny Ausubel, cofondateur et P.D.G. de Bioneers, a dit un jour : « Chacun de nous possède à l'intérieur de soi une étincelle de vie et nous devrions nous efforcer d'allumer cette étincelle chez nous-mêmes et chez les autres. » Je souhaite que ces jeunes réussissent à allumer l'étincelle des infirmières et des infirmiers en soins périopératoires de partout au pays et qu'ils inspirent tous nos membres de l'AIISOC. Ce que l'AIISOC s'efforce de faire est beaucoup trop important pour que nous la laissions s'éteindre.

D'autres congrès ont récemment eu lieu au Québec, en Ontario et dans la région

de l'Atlantique. Leurs thèmes différents visent tous à nous faire réfléchir sur notre pratique. Leurs séances éducatives nous fournissent les outils pour faire mieux et être meilleurs. J'espère que ceux et celles qui ont eu la chance d'assister à l'un ou l'autre de ces congrès sont retournés dans leur milieu de travail pour partager avec les personnes qui sont restées pour monter la garde les connaissances qu'ils ont acquises.

Alors que l'année civile tire à sa fin, j'aimerais vous rappeler instamment de renouveler votre adhésion à l'AIISOC... et encore mieux, d'amener un ami ou deux à y adhérer. Que les célébrations de fin d'année vous apportent espoir, amour et paix! 🍁

Blushayandebu inf, CSP(C)

26TH ORNAC NATIONAL CONFERENCE | 26^E CONFÉRENCE NATIONALE DE L'AIISOC

**TIDES OF CHANGE, OCEANS OF PERIOPERATIVE EXCELLENCE
VAGUES DE CHANGEMENT, Océans d'EXCELLENCE EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES**

APRIL 26 - 30, 2019 | 26 AU 30 AVRIL 2019 | HALIFAX, NS



**ORNAC
AIISOC**

www.ornac.ca

HALIFAX CONVENTION CENTRE | CENTRE DES CONGRÈS DE HALIFAX

Operating Room Nurses Association of Canada

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

Editorial Review Panel

If you're interested in joining the ORNAC Editorial Review Panel review panel e-mail journal@ornac.ca for more information.

Deana Bueley RN, BScN, CPN(C), Clinical Nurse Educator/Assistant Head Nurse, Fort Saskatchewan Community Hospital, Fort Saskatchewan, AB.

Audrey Cook RN, CPN(C), BN, B.Sc., BA, Staff Nurse, South Shore Regional Hospital, Bridgewater, NS.

Chris Downey RN, BScN, CPN(C), MSc, RNFA, Registered Nurse First Assistant (PT), Hotel Dieu Hospital, Kingston, ON

Margaret Farley RN, CPN(C), Part-time Faculty Member with Saskatchewan Polytechnic Perioperative Nursing Program, Regina, SK.

Kimberly Ferguson RN, BSN, CNOR, Manager Surgical Services, Brockville General Hospital, Brockville, ON.

Donna Gramigna RN, BSN, CPN(C), VIHA Regional Clinical Nurse Educator, Royal Jubilee & Victoria General Hospitals, Victoria, BC.

Trudy Hebb RN, BScN, MHI, CPN(C), Perioperative Nursing Program Instructor, Registered Nurses Professional Development Centre, Halifax, NS.

Antoniette Labricciosa RN, BScN, MEd, CPN(C), Staff Nurse, Mount Sinai Hospital and Trillium Health Centre, and Faculty, at Centennial College, Toronto, ON.

Alicia Oucharek RN, BScN, MN, CPN(C), Staff Nurse - OR, St. Paul's Hospital, Saskatoon, SK.

Karin Page-Cutrara RN, PhD, CCNE, Faculty, School of Nursing, York University, Toronto, ON.

Sarah Pelletier RN, BScN, CPN(C), RNFA, Quinte Healthcare Corporation (QHC), Belleville, ON.

Sue Styles RN, MSN, CPN(C), Perioperative Nursing Instructor, Grande Prairie Regional College, Grande Prairie, AB.

Lesia Yasinski RN, BN, MSA, Manager of Nursing Initiatives, Winnipeg Regional Health Authority, Winnipeg, MB.



Comité de révisions

Si vous souhaitez vous joindre au comité de révisions de l'AIISOC, veuillez faire parvenir un courriel à journal@ornac.ca pour obtenir plus d'information.

Deana Bueley, inf., B. Sc. Inf., CSP(C), infirmière clinicienne enseignante/ infirmière chef adjointe, Hôpital communautaire Fort Saskatchewan, Fort Saskatchewan, AB.

Audrey Cook, inf., CSP(C), B.S.Inf., B.Sc., B.A., infirmière en service général, Hôpital régional South Shore, Bridgewater, N.-É.

Chris Downey, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), M.Sc., IPAC, infirmière première assistante (TP), Hôpital Hotel Dieu, Kingston, ON

Margaret Farley, inf., CSP(C), membre du corps enseignant à temps partiel pour le programme de soins périopératoires de l'école polytechnique de la Saskatchewan, Regina, SK.

Kimberly Ferguson, inf., B.Sc.inf., IASO, directrice des services chirurgicaux, Hôpital général de Brockville, Brockville, ON.

Donna Gramigna, inf., B.Sc.inf., CSP(C), infirmière clinicienne enseignante au VIHA Regional, Hôpitaux Royal Jubilee et Victoria General, Victoria, C.-B.

Trudy Hebb, inf., B.Sc.inf., ICM, CSP(C), chargée de cours pour le programme de soins périopératoires, Registered Nurses Professional Development Centre, Halifax, N.-É.

Antoniette Labricciosa, inf., B.Sc.Inf., M.Ed., CSP(C), infirmière en service général, Mount Sinai Hospital et Trillium Health Centre, membre du corps enseignant au Collège Centennial, Toronto, ON.

Alicia Oucharek, inf., B.Sc.Inf., M.S.Inf., CSP(C), infirmière en service général – salle d'opération, Hôpital St. Paul, Saskatoon, SK.

Karin Page-Cutrara, inf., Ph. D., CCNE, membre du corps enseignant, École des sciences infirmières, Université York, Toronto, ON.

Sarah Pelletier, inf., B.Sc.Inf., CSP(C), IPAC, Quinte Healthcare Corporation (QHC), Belleville, ON.

Sue Styles, inf., M.S.Inf., CSP(C), chargée de cours en soins périopératoires, Collège régional Grande Prairie, Grande Prairie, AB.

Lesia Yasinski, inf., B.S.Inf., M.Sc.A., gestionnaire des initiatives en soins infirmiers, Winnipeg Regional Health Authority, Winnipeg, MB.



KEYWORDS: GENERATIONAL DIVERSITY, BULLYING, CONFLICT RESOLUTION, AUTHENTIC LEADERSHIP, COLLABORATION, MENTORING

EMBRACING GENERATIONAL DIVERSITY: REDUCING AND MANAGING WORKPLACE CONFLICT

Author: Shelley André RN, BN, CPN(C), Perioperative Nursing Educator in the Adult Operating Room Department at Winnipeg's Health Sciences Centre (a large tertiary hospital and trauma centre). Shelley began her career in perioperative nursing shortly after graduating from the Health Sciences Centre School of Nursing in 1986. She had worked as a general duty perioperative nurse for many years before taking the role of Clinical Resource Nurse in Orthopedic Trauma and the Winnipeg Regional Health Authority Spine Program at Health Sciences Centre.

In her current role as perioperative educator for the OR, Shelley is fulfilling her passion of sharing her vast experience and knowledge along with her enthusiasm for teaching and empowering perioperative nurses towards success. Shelley is a member of the Manitoba Operating Room Nurses Association. Shelley has no declared affiliation that should be perceived as a conflict of interest in publishing this article.

ABSTRACT

The phrase “Nurses Eat Their Young” is an expression that is all too familiar within the nursing profession. Intergenerational differences can exacerbate pre-existing tendencies to put new nurses through their paces or orientate them using ‘trial by fire methods’ that were experienced by older nurses experienced when beginning their careers.¹ With four generations present in the workplace, and widely different approaches to work ethics, it is important to gain an understanding of these differences and to learn how to work efficiently and effectively together. Embracing and valuing each generation for its strengths and recognizing generational diversities in the workplace will help create a dynamic, rich, engaging, and fulfilling work environment in which all nurses feel valued and supported by their team. Nurse managers and leaders have a pivotal role in creating professional workplaces that attract and retain staff. They do so by defining the culture of the nursing unit, and the organization as a whole, through modeling behaviour that communicates, to the

entire team, what is considered acceptable behaviour and displays zero tolerance for bullying. Effective mentoring can also cultivate understanding of generational differences in nursing while facilitating productive learning and fostering effective working relationships.

INTRODUCTION

In today's clinical nursing environment there are four generations of nurses working together. This creates new and unique challenges for managers, educators, and organizations. Nurses from the generations (labelled as veterans, baby boomers, generation X, and millennials) have their own distinctive worldviews, values, and ideas that result in divergent generational perspectives regarding work ethics, differing attitudes relating to authority, and varied expectations on what makes for a successful workplace.² These differing views play a pivotal role in creating generational tension and misunderstanding within the nursing clinical practice setting.²

In today's clinical nursing environment there are four generations of nurses working together.

When viewing generations as a whole there are certain generalized trends – it is not the author’s intention to imply that there are no exceptions to these rules. But they have been shown to apply to the significant majority of these generations as a result of their shared experiences.

Veterans are generalized as hardworking, cautious, and willing to sacrifice for the common good. They value loyalty and expect the same in return. Baby boomers are considered to value collegiality and life-long learning. Their work ethic is measured in the amount of hours worked and they expect rewards for working hard. Generation X generally desire a positive work environment that fosters independence to learn. They value control, flexibility, and freedom at work. Millennials are considered to be goal-oriented and expect to be coached and mentored in the workplace. They value self-development and require feedback on their performance. Job satisfaction is a requirement otherwise they will leave to find it elsewhere. Weston³ elaborates that when “different generations work closely together tension may occur as the different generational perspectives result in misinterpretations and misunderstanding”.

The potential for intergenerational conflict is especially heightened in the perioperative environment. In this demanding, complex, and stressful, workplace interpersonal conflicts can arise, between nurses, as a result of differences in opinions, work ethics, values, beliefs, interests, and goals. Sullivan and Decker⁴ report that conflict between generational cohorts can cause instability within the group functioning. Generational gaps can make it difficult for nurses to work together. Nurses from similar generations tend to clump together and form cliques. The older generations have an expectation of being respected and looked up to by the younger generation while the younger nurses expect to be treated as equals.⁵

Teamwork in the perioperative setting is a necessity for high-quality patient

outcomes and safety as well as for reducing professional burn-out, staffing shortages, and nurses leaving the profession. An unhappy work environment causes unnecessary stress and can compromise patient safety. There is an assumption that nursing is considered a profession that is highly at risk for bullying where the experienced nurse is most often the perpetrator and the novice nurse is the most likely victim. Hence the reference to “nurses eating their young”. This phrase relates to situations where older more experienced nurses do not welcome new grads or speak disparagingly about generations other than their own. It is when ideas are dismissed on the basis of age or experience. This perceived image of the profession is believed to be due to years of tolerance, within the healthcare system, of nurse-on-nurse violence as well as tolerance by nurses themselves that has led to bullying behaviour being passed down from one generation of nurses to the next.⁶ Perioperative settings with cultures that tolerate and/or normalize bullying behavior compromise teambuilding and relationships. The end results are difficulty retaining new generations of nurses and unsafe patient care.

The purpose of this article is to explore ways to manage issues related to generational diversity within the clinical setting through the use of tools such as conflict resolution and mentoring. The article will analyse a conflict scenario in the perioperative setting. The author uses the Conflict Process Model which provides a framework for exploring how, and why, conflicts occur while working to find effective strategies for conflict resolution in order to minimize, or resolve, the controversy with the least amount of negative consequences.⁴

WHEN CONFLICT OCCURS... A CASE STUDY

Nancy, a longstanding perioperative nurse in the Operating Room with over twenty-five years’ experience, is well respected by her colleagues as a champion of work ethics, her virtues of working hard for work’s sake and for

the good of the patients, as well as her vast experience and knowledge base. Julie is a newly graduated nurse who has practiced as a perioperative nurse for about two years. She is an eager learner and is highly focused on goal achievement. Julie learns best from reflective observation along with hands-on experiences and is not ashamed to ask for guidance and feedback in the spirit of improving her skills. She values authentic and personalized evaluations, from her peers, based on her job performance as a way to achieve her specific learning and development goals. Due to her inquisitive nature, and her tendency to demand quick responses and results, Julie's peers have often described her as being disrespectful towards senior colleagues and a non-collaborative team member.

Nancy and Julie have been assigned to the General Surgery theatre for the day. A patient having an Abdominal Perineal Resection is the first scheduled case and begins at 07:30. Julie drove to work that morning excited about the opportunity to learn a new procedure. She loves scrubbing in for Laparotomies but has yet to scrub in on such a complex procedure. Julie would really like the opportunity to scrub in and learn a new skill. Last evening, Julie reviewed her notes on the procedure and searched evidence-based literature, on the internet, on topics ranging from perioperative patient care considerations to patient transfer to the postoperative care unit. As she turned in to the parking lot, Julie was ready to begin her day.

As Julie entered the OR at 07:15, she found Nancy reviewing the procedure setup and a scrub nurse was in the process of organizing the back table. Nancy, the senior RN for the day, glanced at the clock when Julie entered the theatre exactly at the start of the day shift and was silently annoyed. Julie promptly approached Nancy and informed her of her expectations for the day including her rationale for wanting to scrub in on the Abdominal Perineal Resection. Nancy informed Julie that the surgeon was quite difficult to work with and that the procedure would be

daunting for her level of expertise. Nancy added that everything had to go smoothly otherwise the surgeon would become angry and uncooperative. Nancy suggested that in order to ensure that everything went efficiently, Julie should remain circulating where Nancy could be close by to help her. Julie, feeling exasperated, replied, "I've worked with difficult surgeons before and it is no big deal."

Julie, without consulting Nancy, departed for the patient waiting area to perform the patient pre-operative assessment and left the room setup for Nancy to complete. When Julie returned to the theatre, Nancy and the scrub nurse were preparing to begin counting the instruments and sponges. Nancy stated to Julie that she could do the count while she finished gathering the positioning devices needed and checked on the blood availability. While Nancy was gone Julie completed the count with the scrub nurse and then began to rearrange the room setup to match her own expectations. When Nancy returned and realized what Julie had done she was outraged and wanted to confront her. She decided, however, to wait until the patient was anaesthetised.

Once the patient was brought into the room Julie quickly volunteered to help administer the anaesthesia. Julie asked Nancy to go and locate the two stapling devices that were missing from the setup. Nancy, trying to regain control of the theatre as the senior RN, did not respond to Julie and remained adamantly in position to assist during induction. After induction Nancy began positioning the patient while Julie remained in the periphery of the theatre. Nancy felt overcome by anger that she was doing all the work while Julie stood by observing. Once the case was in progress Nancy felt it necessary to address Julie regarding her conduct as she considered it unprofessional and unbecoming of a perioperative nurse. As a nurse who typically performs her duties by the book Nancy was not accustomed to Julie's ideas and approaches. Julie responded that she resented Nancy for not trusting her

The Conflict Process Model is a framework that follows a generalized format for examining conflict.

abilities and appreciating her contributions as a valuable team member. Both Nancy and Julie ended the procedure frustrated and angry.

Conflict Process Model

The Conflict Process Model is a framework that follows a generalized format for examining conflict. The model assists in explaining how and why conflict occur and ultimately examines ways to minimize or resolve conflict with the least amount of negative aftermath.⁴ Conflict and its resolution follow a specific process starting with certain pre-existing conditions known as antecedent conditions.

Antecedent conditions, such as incompatible goals and differences in values and beliefs, can drive a situation toward conflict. Perceived or felt conflict occurs when the concerned parties are influenced by their feelings and perceptions about the situation. Conflict behaviours are exhibited most often when individuals misunderstand another person's perspective, intent, or perception of the situation. Conflict is then either resolved, suppressed, or persists in remaining unresolved. Sullivan and Decker⁴ propose that conflict resolution is achieved when all individuals reach a mutually agreed-upon solution and commit themselves to executing the agreement. A positive outcome is achieved when both parties display new and improved attitudes and feelings, toward each other and the situation, and both see themselves as winners.

The Significance of Antecedent Conditions to the Case Study

Sullivan and Decker⁴ remark on the correlation between antecedent conditions and increases in conflict. Generational diversity can present itself in the work environment through differences in attitudes, beliefs, and values. Generational cohorts have their own collective personality traits that stem from their lived experiences and the perspectives of their eras.⁶ Based on these unique behaviour traits it can be expected that, when individuals from

divergent generations come together at work, conflict will often arise due to misunderstandings and misinterpretations of their diverse viewpoints, work expectations, and professional goals.³

Nancy: Baby Boomer Generation

Nancy belongs to the Baby Boomer Generation, a large generational cohort that was influenced by the post-World War II economic prosperity and opportunities, great technological changes, and societal values that emphasized freedom and the "me" generation.^{3,7} Nancy was raised in a traditional nuclear family in which she was doted on by her parents not to mention by schools and society as a whole.³ The Baby Boomer generation is one of extreme optimism. Nancy's generation, in Canada, was influenced by "Trudeaumania", the rise of Quebec nationalism, the October Crisis, protest marches, the Women's Liberation Movement, the Space Program, and the Cold War which all promoted their beliefs that they had the power to change the World.^{6,7}

Nancy draws personal fulfillment, and a sense of self-worth, from her work performance and her chosen profession. She values creativity, risk-taking, and working independently, however her generation has adapted slowly to the new era of information technology.^{3,8} Weston³ remarked how the Baby Boomer Generation is generally mistrustful of corporate ideology and is prone toward questioning those in authority. Nancy has worked at the same institution for many years and she values job security. It would not be unusual for Nancy to work long hours which can result in sacrificing family and leisure time. The Baby Boomers are extremely competitive as a result of the large numbers in their workforce and this usually results in their willingness to do whatever is required to complete the job.⁶

Julie: Millennial Generation

Julie grew-up during a period of prosperity and one with a new emphasis

Figure 1.



By: J. Porteous

Intergenerational Conflict in the OR.

on family values with an emphasis on the importance and protection of children that differs significantly from that of previous generations.⁸ Julie experienced a highly structured and scheduled life, as a result of both her parents working, that included daycare, preschool, and after-school programs.³ As a consequence of Julie's parents being older, and having fewer children, they endeavoured to be actively involved in her daily life through mentoring, teaching, and acting as advocates for her well-being.³ Clausen et al.⁶ elaborated that Millennials respect, admire, and look-up to their parents and associate close family relationships with happiness and a sanctuary against the

difficulties they may encounter in life. Julie is an optimist in terms of her future, values working hard to perform her job well, and considers learning as a lifelong priority. Julie is extremely confident with technology as she has not known a time without internet, cell phones, and text messaging, and this results in an expectation of immediate information and feedback.⁸

Julie values a team-based, collaborative, and supportive work environment and appreciates collective actions over completion.⁶ Julie is adept at multitasking, craves stimulation, and requires challenges to avoid becoming bored. She is a self-starter who takes responsibility for her own successes requiring immediate feedback and recognition as well as structure, guidance, and extensive orientations to eliminate being confronted with situations where she feels unprepared and, therefore, uncomfortable.⁸ The Millennial Generation does not generally have loyalty to the specific organization they work for and will most likely change jobs or careers many times during their lives.⁶ Julie strives to achieve balance between her work and family life and desires flexibility with her work schedule to plan for activities or unexpected events that may arise in her personal life. It is very important to Julie that she is heard, and not just seen, by her peers as well as that she achieve a sense of belonging among all her co-workers. Julie is very tech-savvy which leads to her inquisitiveness and questioning of assumptions which can be perceived, by some, as rebellion.

Understanding Intergenerational Conflict

Nancy and Julie will both experience perceived conflict as they become fully aware that there is a conflict of perspectives between them. A perceived conflict arises from misunderstandings and frustrations resulting from a lack of understanding of the other party's true position or goals.⁴ A felt conflict is the personalization or internalization of differences between parties that cause conflict and which give rise to stress,

Figure 2.



By: J. Porteous

Communicating Perceived and Felt Conflict.

anxiety, and negative feelings between Nancy and Julie.⁴ The negative feelings between Nancy and Julie may lead to mistrust, hostility, and fear which can manifest in behaviours of open aggression, apathy, or withdrawal depending on the stance that each individual takes on the issue.⁴

Nancy, who was taught to respect and listen to her elders, would perceive Julie's voiced assertions, thirst for knowledge, and contributions of advice in delegation of tasks as impertinent, insubordinate, disrespectful, and demonstrating a lack of appreciation for Nancy's work experience. This triggers Nancy to feel, as the senior nurse in the OR, affronted

and devalued. Julie, having conversely continually experienced her voice and contributions being expected and appreciated, believes that speaking-up is an important way to be part of an effective and collaborative team. Additionally, Julie feels that Nancy is too set in her ways, inflexible to new ideas, and task-orientated rather than results-oriented.²

Nancy was annoyed when Julie entered the OR exactly at the change of the day shift. Nancy, who is willing to work long hours, believes this is a way to make significant contributions to her work-performance, and she considers her work ethics to be superior to Julie's. Nancy regards Julie as being unreliable, having a lack of dedication to the nursing profession, naive, immature, over-assertive, and care-free.² Nancy perceives Julie's assertiveness, in expressing her expectation to scrub-in, by changing the room set-up, and in instructing the senior nurses on duties to perform, as being overconfident in her abilities. Nancy also found it challenging to confront Julie as result of her lack of interest in other view-points and her perceived insolent and defiant response to a senior nurse.

Julie felt that Nancy conveyed a pessimistic attitude toward the younger generation and that, because of her age, her abilities were being mistrusted. Julie sensed that Nancy views her as being lazy and lacking ambition and commitment in her work ethics. Julie felt that she had been very committed by doing pre-shift research and that it was justifiable to speak up in defense of her values, beliefs, and professional goals as a means of establishing appropriate training and professional development.

Problem-Solving Using Collaboration

Conflict is a natural phenomenon that exists in every organization. When conflict is confronted, and managed effectively, it can result in numerous positive outcomes. Conflict management works best when the parties involved in a disagreement can work through, and

Conflict management may require managers to serve as a mediator to the situation.

come to an understanding about, the issue on their own through a process that allows them to work together in a mutually respectful manner that ultimately improves their relationship.⁴ An authentic leader, who embraces the resolution of conflict through collaboration, with a focus on a win-win outcome, is facilitating the ideal method to use in working out the disputes and problems that are important to those like Nancy and Julie. The choice to exercise collaboration in dealing with conflict may take more time and energy but the long-term benefits are worth the effort.⁴

Collaboration would allow Nancy and Julie to cooperate and focus on solving the problem in a manner that meets both of their needs through consensus while maintaining a long-term productive relationship. Sullivan and Decker⁴ propose that “true consensus occurs when the problem is fully explored, the needs and goals of the involved parties are understood, and a solution that meets these needs is agreed upon”. Conflict resolution that results in a “win-win” solution for Nancy and Julie, where both their values and goals are respected, will heighten a growth of their knowledge, understanding, and respect for each other as well as encourage them to feel good about their decisions and remain committed to their own action plan.

With the intention of further improving collaboration and preserving harmony in the perioperative setting, the manager should promote a “team” focus and communicate to both Nancy and Julie that cooperation and mutual respect towards all members of the OR team is essential to successful patient outcomes and employee satisfaction. The many challenges confronting managers include avoiding stereotyping the different generations, appreciating the unique contributions from each generation, encouraging mutual respect for generational diversity, and drawing on the differences from each generation to enhance teamwork in the workplace.⁴ Clausing et al.⁶ acknowledge that when authentic leaders promote teambuilding

and unity among their staff members, they create an environment that fosters opportunities to share ideas and experiences as well as to recognize and appreciate the diversity of perspectives held by teammates from different generations. Attri et al⁹ also suggests that team work facilitates the development of friendship bonds that positively strengthen relationships among colleagues and eliminating barriers associated with intergenerational perception and acceptance.

Conflict management may require managers to serve as a mediator to the situation. An authentic leader’s role as the mediator in supporting constructive conflict resolution includes a commitment to support all involved to expand their power base. This power base would include knowledge, skills, expertise, and experiences from their personal lives and professional practice. By looking for solutions that expand this for both individuals it enables individuals to recognize their own, and others, strengths, resources, and abilities as tools to making positive changes as well as taking ownership of finding ways to respond and resolve the conflict.⁴ This empowerment builds morale and improves productivity while enabling those to act in a way that affects the changes necessary to ensure a positive patient-centred environment.

Empowerment increases the ability of Nancy and Julie to successfully resolve their conflict on their own as they establish new ways of communicating, acting, and perceiving their situation. Through empowerment, Nancy and Julie will move from a position of feeling like a “victim” to a state of being able to create a new way to respond to a difficult situation, while retaining what they feel is important, by expressing their concerns, perspectives, feelings, and ideas in a way that will be heard, understood, and listened to. By allowing Nancy and Julie to resolve their conflict this practice might impart developmental experiences and improve their ability to resolve conflict situations in the future.⁴

Perioperative nurses from all generations need to understand and work together as a way of not only cultivate harmony but most importantly providing the best care to patients. Effective communication between team members is key to diffusing any conflict.⁴ Sensitivity to communication differences and preferences across generations can help bridge gaps and create unique solutions that appeal to each generational belief system. It is important that communication is understood so as to reduce the risks of errors and misunderstandings that come with communication failures. The manager, as mediator, must determine whether Nancy and Julie are willing to work together cooperatively for the attainment of mutual goals that would be acceptable to all. Nancy and Julie were encouraged to discuss their individual concerns and perceptions of the conflict, as well as given the chance to share their side of the story in a respectful environment. This provided the manager with a better understanding of the situation and demonstrated to both parties her impartiality towards the conflict. Once both viewpoints had been shared Nancy and Julie took an open, insightful, look at their conflict situation and identified how it could be viewed differently and addressed. By working together to find a mutually satisfying solution, Nancy and Julie will learn about the others commitment to a solution and will work towards achieving a positive working relationship that will help them attain personal and professional satisfaction, reduce stress, and improve interpersonal communication.

Nancy and Julie both identified that they have very different working styles, communication abilities, and approaches towards patient care which has resulted in the on-going deterioration of their working relationship. They have learned that the misconceptions about their values and work ethics were a major source of friction between them on that particular day and possibly on many others.² Nancy and Julie agreed that understanding and appreciating generational differences would be vital

to decreasing the conflict that has transpired between them. They proposed that their hospital's Perioperative Nurse Educator explore the topic of generational diversity with the entire staff during weekly educational sessions.²

Promoting awareness of generational diversity can initiate conversations among colleagues on this topic, help to eliminate preconceived beliefs and opinions about each generation, and reduce the potential for conflict while fostering mutual respect between staff of all generations.²

Through open discussions as a group, the perioperative team can begin the process of exploring and identifying their expectations, as well as stereotypes and judgements that exist towards the different generations. The team can discuss their needs and preferences and learn from one another while building on the strengths of each generational group by recognizing the inherent potential of a mixed-generational perioperative team.

Mentorship to Embrace Intergenerational Diversity

Mentorship is another valuable strategy that cultivates and creates a healthy organizational culture from which all team members can benefit. The presence of positive role models and mentorship in the perioperative setting provides value and strengthens the workplace by improving team morale, sharing experiences, and creating a workplace where bullying is no longer accepted. Mentorship in the perioperative setting helps foster strong team relationships by reinforcing the concept that different generations bring different strengths into the workplace therefore reducing tolerance for any form of horizontal violence towards team members.¹⁵

Mentorship allows perioperative nurses to become authentic leaders and positive role models who demonstrate skills and qualities that emulate the practice of safe, competent, compassionate patient care as well as a ways to provide a

supportive and therapeutic environment for patients, their families, and colleagues.¹⁰ The Canadian Nurses Association (CNA)¹¹ recommends that nurses make every effort to appreciate their peers and take ownership of mentoring roles in order to provide a culture of acceptance by modeling professional and respectful behaviour toward their fellow nurses and other healthcare professionals. Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC)¹² in its Perioperative Registered Nurses Scope of Practice, states that "The perioperative registered nurse assists in promoting, supporting, and developing competencies in others by mentoring and precepting colleagues and students."

Mentorship builds an emotional and reciprocal relationship in which the experienced nurse teaches, guides, nurtures, and serves as a positive role model for the less experienced nurse. This reciprocal relationship strengthens the nurse to nurse bond by promoting a culture of acceptance. A mentoring culture encompasses both an emotional and transitional relationship in which the different generations of nurses engage in genuine caring and mutual respect for one another. The open communication facilitates the decline of intergenerational misunderstandings and misinterpretations by exposing nurses to the other generation's perspective and strengths.² Mentoring cultivates a healthy work environment in the operating rooms where professionalism and collegiality are fostered, bullying behaviors are minimized, job satisfaction and nurse retention are enhanced, and nursing recruitment is strengthened through the creation and perpetuation of a positive, inviting culture that combines the best qualities of each generation.^{1,8}

The development of a successful mentorship program in the perioperative environment requires transformational leaders who support a mentoring culture. Authentic leaders who recognise and appreciate each generation of nurses' differences in point of views and values, including their perceptions of their work environment, will play a

Figure 3.



By: J. Porteous

Conflict Resolution a Win-Win Solution.

pivotal role in assisting these generations to better understand and appreciate each other.¹⁴ Nancy, with her superior clinical knowledge and extensive clinical experience, is well-positioned to act as mentor to Julie. The mentoring relationship may be able to help Nancy and Julie build a collegial and respectful relationship that facilitates continuous in-depth advice sharing as well as enabling them to effectively discuss workplace issues and their corresponding emotions. The goal of pairing Nancy and Julie in a mentoring partnership would be to mitigate hostile communication, emotional fatigue, and burnout.

Nancy and Julie begin by establishing an agreement regarding the terms of their mentoring relationship. They both agree that their relationship will be based on confidentiality, respect, honesty, as well as a shared commitment to learning. Nancy encourages Julie to be open and honest about her feelings and concerns and she expresses that she hopes she can

provide Julie with both support and empathy. Nancy and Julie agree to meet on a monthly-basis, or according to their needs, they agree to communication, between face to face meetings, by mobile phone and email. As the mentoring relationship develops Nancy will endeavour to provide opportunities for Julie to use her innovativeness and independence as she takes on new tasks in her perioperative roles. She will also provide Julie with constructive feedback and reinforcement by participating in regular open discussions, in addition to helping Julie work through difficult situations. Nancy can, in addition, help Julie feel valued and respected by helping her feel welcome in the workplace while embracing the ways she demonstrates her enthusiasm and work ethic.

Both Nancy and Julie can learn and grow from their mentoring relationship and this will encourage an atmosphere of team building. Julie can learn to value Nancy's experiences and professionalism as she gains knowledge and comes to know Nancy's insights regarding work performance, patient encounters, and the feelings she has dealt with throughout her career. Nancy's role as a mentor will enable Julie to develop confidence in her skills, provide opportunities for professional growth, and assist in providing Julie with career direction. The reciprocal benefits of mentorship will offer Nancy the feeling of pride and satisfaction in helping a colleague establish her career and reach her desired goals. Julie, who highly values teamwork and enjoys working with advanced technologies, can make an excellent reverse mentor for Nancy. Nancy can learn to appreciate the technological expertise that Julie has to offer as she serves as a resource in this area and is able to demonstrate the benefits. This concept of reverse mentoring can foster strong team building relationships in the perioperative setting because it reinforces that different generations bring different strengths to the workplace.¹⁵

The strengths that each generation brings to the workplace can help bridge the generational gap within the perioperative environment by creating a

win-win situation for all parties involved and for the patients. Mentorship in perioperative nursing promotes the idea that perioperative nurses engage in lifelong learning and significantly contribute toward the personal and professional development of the nursing profession as a whole by sharing their expertise with new generations.

CONCLUSION

Conflict is common in the perioperative setting due to its unique, complex, and stressful environment. Successful conflict resolution is an important component of teamwork and contributes to safe patient care, job satisfaction, and nursing retention. The ultimate challenge confronting nursing leadership is how to create a work environment in which all generations of nurses learn to understand one another's point of views and values in order to work together and thrive. Generational conflict must be discussed, understood, and resolved effectively so that a culture of openness and appreciation prospers in the nursing workplace environment.

The successful resolution of conflict requires mutual respect among all team members, active listening, good communication skills, adherence to the issue, recognition of differences, and acknowledgement of the emotional aspects of the conflict. Collaboration, a "win-win" strategy, focuses on consensus between the parties on achieving their goals for a positive resolution. Although it can be most time-consuming it, in return, increases the possibility of sustainable change within the workplace environment.

Mentoring is a valuable strategy that inspires different generations of perioperative nurses to share their expertise with colleagues, provide positive feedback, and encourages an atmosphere of teambuilding. Building a successful mentorship program in the perioperative environment fosters stronger team relationships by highlighting that each generation of nurses brings different strengths and

diversities into the workplace. In doing this it can reduce and prevent conflict and provide an environment to nurture and strengthen the workforce of the future.

When satisfactorily resolved conflict can transcend generational issues and become a catalyst for positive change that can be therapeutic for all parties involved, including the important component of good patient care.

REFERENCES

1. Dellasega C. When nurses hurt nurses. Indianapolis, IN: Renee Wilmeth; 2011. 76 p.
2. Foley V, Myrick F, Yonge O. Generational clashpoints in nursing preceptorship. *J Nurs Educ*. 2012 Oct;51(10):556-562. doi: 10.3928/01484834-20120820-04.
3. Weston MJ. Integrating generational perspectives in nursing. *Online J Issues Nurs*. 2006 May;11(2):1-9.
4. Sullivan E, Decker P. Handling conflict. In: Sullivan E, Decker P, editors. *Effective leadership and management in nursing*. 7th ed. Upper Saddle River: Pearson; 2009. p. 162-172.
5. Weingarten RM. Four generations, one workplace: A gen y-x staff nurse's view of team building in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2009 Jun;35(1):27-30.
6. Clausing SL, Kurtz DL, Pendeville J, Walt JL. Generational diversity-the nexters. *AORN J*. 2003 Sept;78(3):373-379.
7. Fry B. Thriving in the workplace: a nurse's guide to intergenerational diversity [Internet]. Ottawa: Canadian Federation of Nurses Unions; 2011 Jun. 44 p. Available from: https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2017/07/thriving_inside.pdf
8. Lavoie-Tremblay M, Leclerc E, Marchionni C, Drevniok U. The needs and expectations of generation y nurses in the workplace. *J Nurses Staff Dev*. 2010 Jan-Feb;26(1):2-8.
9. Attri JP, Sandhu GK, Mohan B, Bala N, Sandhu KS, Bansal L. Conflicts in operating rooms: Focus on causes and resolution. *Saudi J Aneasth*. 2015 Oct-Dec;9(4):457-463. doi: 10.4103/1658-354X.159476.
10. Frederick D. Bullying, mentoring, and patient care. *AORN J*. 2014 May;99(5):587-593.
11. Canadian Nurses Association (CNA). Workplace violence and bullying. [Internet]. [Place unknown]: CNA website; 2015 May. Available from: https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/workplace-violence-and-bullying_joint-position-statement.pdf?la=en
12. Operating Room Association of Canada (ORNAC). ORNAC standards for perioperative registered nursing practice (13th ed.). Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). Ottawa: 2017.
13. Armmer F. An inductive discussion of the interrelationships between nursing shortage, horizontal violence, generational diversity, and healthy work environments. *Adm Sci*. 2017 Sept;7(4):34. doi: 10.3390/admsci7040034
14. Sparks AM. Psychological empowerment and job satisfaction between baby boomers and generation x nurses. *J Nurs Manag*. 2012 May;20(4):451-460.
15. Sherman RO. Recruiting and retaining generation y perioperative nurses. *AORN J*. 2015 Jan;101



Interior Health
Every person matters



Live



Work



Play



What you can expect:

- Permanent positions
- Competitive wages
- Comprehensive benefits
- Employer paid vacation
- Relocation support
- Supportive & cohesive team environment
- Education & growth opportunities

Operating Room Nursing Opportunities

From the breathtaking Rocky Mountains to the beautiful lakes and vineyards of the sunny Okanagan Valley. Make **British Columbia** your best career and lifestyle destination!



Questions? Email: Careers@InteriorHealth.ca

Apply today!
Jobs.InteriorHealth.ca

MOTS-CLÉS : DIVERSITÉ GÉNÉRATIONNELLE, INTIMIDATION, RÉOLUTION DE CONFLIT, LEADERSHIP AUTHENTIQUE, COLLABORATION, MENTORAT.

ACCEPTER LA DIVERSITÉ GÉNÉRATIONNELLE : RÉDUIRE ET GÉRER LES CONFLITS EN MILIEU DE TRAVAIL

Auteurs : Shelley André, inf., B.S.Inf., CSP(C), éducatrice en soins périopératoires en salle d'opération pour adultes au Centre des sciences de la santé de Winnipeg (un grand hôpital de soins tertiaires et centre de traumatologie). Shelley a commencé sa carrière d'infirmière en soins périopératoires peu après avoir reçu son diplôme de l'école d'infirmières du Centre des sciences de la santé en 1986. Elle a occupé pendant de nombreuses années le poste d'infirmière périopératoire de soins généraux avant de devenir infirmière-ressource de soins cliniques en traumatologie orthopédique et pour le programme de soins de la colonne vertébrale de l'Office régional de la santé de Winnipeg au Centre des sciences de la santé.

Dans le cadre de ses fonctions actuelles d'éducatrice en soins périopératoires en salle d'opération, Shelley s'adonne à sa passion, soit celle de partager sa vaste expérience et ses connaissances de même que son enthousiasme à enseigner et à guider les infirmières périopératoires vers la réussite. Shelley est membre de Manitoba Operating Room Nurses Association et n'a déclaré aucune affiliation qui pourrait être perçue comme entrant en conflit d'intérêts avec la publication de cet article.

Manuscrit original soumis en anglais et traduit vers le français par Jocelyne Demers-Owoka, Ideal Translation.

RÉSUMÉ

La phrase « Nurses Eat Their Young » (les infirmières mangent leurs jeunes) est une expression qui est bien trop familière au sein de la profession infirmière. Les différences intergénérationnelles peuvent amplifier les tendances préexistantes à mettre les nouvelles infirmières à l'épreuve ou à les orienter en utilisant des « épreuves de force par le feu » dont les infirmières âgées ont fait l'expérience lorsqu'elles commençaient leur carrière¹. Étant donné la présence de quatre générations dans le milieu du travail, et leurs approches en matière d'éthique de travail extrêmement différentes, il importe de mieux comprendre ces différences et d'apprendre comment travailler ensemble de façon efficace et efficiente. Le fait de valoriser chaque génération pour ses forces et de reconnaître la diversité générationnelle dans le milieu de travail contribuera à

créer un environnement de travail dynamique, riche, stimulant et gratifiant dans lequel toutes les infirmières se sentent valorisées et appuyées par leur équipe. Les infirmières-cadres supérieures et gestionnaires jouent un rôle central dans la création de milieux de travail professionnels qui réussissent à attirer et à retenir le personnel. Cela est réalisable en définissant la culture de l'unité des soins infirmiers, et de l'ensemble de l'organisation, par le biais d'une modélisation du comportement qui communique, à l'ensemble de l'équipe, ce qui constitue un comportement acceptable et adopte une politique de tolérance zéro pour l'intimidation. Un mentorat efficace peut également faciliter une compréhension des différences générationnelles en soins infirmiers, tout en favorisant un apprentissage productif et des relations de travail efficaces.

Dans l'environnement actuel des soins infirmiers cliniques, quatre générations d'infirmières travaillent ensemble, ce qui crée des défis nouveaux et uniques pour les gestionnaires, les éducateurs et les organisations.

INTRODUCTION

Dans l'environnement actuel des soins infirmiers cliniques, quatre générations d'infirmières travaillent ensemble, ce qui crée des défis nouveaux et uniques pour les gestionnaires, les éducateurs et les organisations. Les infirmières de chaque génération (appelées vétérans, génération du baby-boom, génération X et génération Y) ont leurs propres visions du monde, valeurs et idées qui donnent lieu à des points de vue divergents sur l'éthique professionnelle, des attitudes différentes envers l'autorité, ainsi que des attentes variées sur ce qui contribue à un milieu de travail prospère². Ces divergences d'opinions jouent un rôle important dans la création de tensions et de malentendus entre les générations dans le contexte des soins infirmiers cliniques².

Lorsqu'on observe l'ensemble des générations, on note certaines tendances généralisées – ce n'est pas l'intention de l'auteur de supposer qu'il n'y a pas d'exception à la règle. Cependant, ces tendances ont démontré qu'elles s'appliquent à la majorité de ces générations étant donné le partage de leurs expériences.

Les vétérans sont en général assidus au travail, prudents et prêts à se sacrifier pour l'intérêt commun. Ils valorisent la loyauté et espèrent la même chose en retour. La génération du baby-boom est considérée valoriser la collégialité et l'apprentissage permanent. Son éthique de travail se mesure en comptant le nombre d'heures travaillées et elle s'attend à être récompensée pour ses efforts. La génération X souhaite, en général, un environnement de travail positif qui favorise un apprentissage autonome. Elle valorise le contrôle, la souplesse et la liberté au travail. La génération Y est considérée comme étant axée sur les buts et s'attend à être accompagnée et encadrée dans le milieu du travail. Elle valorise le perfectionnement personnel et nécessite une rétroaction sur son rendement. Elle a besoin d'une satisfaction professionnelle, sinon elle ira la chercher ailleurs. Weston³ suggère que lorsque «

des personnes de différentes générations travaillent étroitement ensemble, des tensions peuvent survenir, car les différentes perspectives générationnelles peuvent causer de mauvaises interprétations et des malentendus ».

La possibilité de conflit intergénérationnel est particulièrement élevée dans un environnement périopératoire. Dans ce milieu de travail exigeant, complexe et stressant, les conflits interpersonnels peuvent survenir entre les infirmières en raison des divergences d'opinions, d'éthique de travail, de valeurs, de croyances, d'intérêts et d'objectifs. Les auteurs Sullivan et Decker⁴ mentionnent que le conflit entre les cohortes générationnelles peut causer de l'instabilité au sein du fonctionnement du groupe. Il peut devenir difficile pour les infirmières de travailler ensemble en raison des écarts générationnels. Les infirmières de la même génération ont tendance à se regrouper et à former des cliques. Les membres des anciennes générations s'attendent à être respectés et admirés par les membres des générations plus jeunes, tandis que les infirmières plus jeunes s'attendent à être traitées sur un pied d'égalité⁵.

Le travail d'équipe dans un contexte périopératoire est nécessaire en vue d'obtenir des résultats de haute qualité pour le patient et pour assurer sa sécurité, en plus de réduire l'épuisement professionnel, la pénurie de personnel et d'éviter que les infirmières quittent la profession. Un environnement de travail insatisfaisant entraîne un stress inutile et peut compromettre la sécurité du patient. On suppose que les soins infirmiers sont considérés comme une profession à risque très élevé pour les situations d'intimidation, où l'infirmière expérimentée est plus souvent la coupable et où l'infirmière inexpérimentée est souvent la victime; d'où la référence à la phrase « les infirmières mangent leurs jeunes ». Cette phrase fait référence aux situations où des infirmières plus âgées et expérimentées n'accueillent pas bien les nouvelles diplômées ou parlent de façon désobligeante à propos des générations

autres que la leur. Il s'agit de situations où les idées sont rejetées sur la base de l'âge ou de l'expérience. On croit que cette image perçue de la profession est le résultat d'années de tolérance, au sein du système de soins de santé, de violence entre infirmières ainsi que de la tolérance de la part des infirmières elles-mêmes, ce qui a entraîné un comportement d'intimidation qui a été transmis d'une génération à l'autre⁶. Les milieux périopératoires ayant des cultures qui tolèrent ou normalisent l'intimidation compromettent le travail d'équipe et les relations professionnelles. Il en résulte une difficulté de retenir les nouvelles générations d'infirmières et un risque pour la prestation de soins aux patients qui ne sont pas sécuritaires.

Le présent article vise à explorer des façons de gérer les problèmes liés à la diversité générationnelle dans un contexte clinique par le biais de l'utilisation d'outils, tels que la résolution des conflits et le mentorat. L'article analysera un scénario de conflit dans un contexte périopératoire. L'auteure utilise le modèle du processus conflictuel qui offre un cadre pour examiner comment et pourquoi le conflit se produit, tout en essayant de trouver des stratégies efficaces de résolution des conflits afin de minimiser ou de résoudre la controverse tout en ayant le moins de conséquences négatives que possible⁴.

LORSQU'UN CONFLIT SURVIENT... UNE ÉTUDE DE CAS

Nancy, une ancienne infirmière en soins périopératoires en salle d'opération qui détient plus de vingt-cinq ans d'expérience, est hautement respectée par ses collègues en tant que championne de l'éthique professionnelle, en tant que travailleuse acharnée dans l'intérêt de la profession et pour le bien-être des patients, ainsi que pour sa vaste expérience et ses connaissances approfondies. Julie est une nouvelle diplômée qui est infirmière en soins périopératoires depuis deux ans environ. Elle a envie d'apprendre et vise l'atteinte de buts précis. Julie apprend mieux par le biais d'observations réflexives ainsi que par l'expérience pratique et elle n'a

pas peur de demander des conseils et une rétroaction afin d'améliorer ses compétences. Elle valorise les évaluations authentiques et personnalisées de la part de ses pairs effectuées en fonction de son rendement au travail et les voit comme un moyen de réaliser ses objectifs en matière d'apprentissage et de perfectionnement. En raison de sa curiosité, et de sa tendance à demander des réponses et des résultats rapides, les pairs de Julie l'ont souvent décrite comme étant irrespectueuse envers ses collègues supérieurs et comme un membre de l'équipe qui refuse de collaborer.

Nancy et Julie ont été affectées à la salle de chirurgie générale pour la journée. Un patient devant subir une résection abdomino-périnéale est le premier cas inscrit à l'horaire, lequel commencera à 7 h 30. Julie a conduit au travail toute motivée à l'idée d'apprendre une nouvelle intervention chirurgicale. Elle aime assister lors des laparotomies, mais elle ne l'a pas encore fait pour une intervention aussi complexe. Julie aimerait vraiment avoir l'occasion d'assister lors de cette intervention et d'apprendre une nouvelle compétence. Hier soir, elle a révisé ses notes sur l'intervention et a cherché, sur Internet, de la documentation fondée sur des données probantes, sur des sujets allant des considérations sur les soins périopératoires administrés aux patients au transfert du patient à l'unité de soins postopératoires. Au moment d'entrer dans le stationnement, Julie est prête à commencer sa journée.

Alors que Julie entre dans la salle d'opération à 7 h 15, elle trouve Nancy en train de revoir la configuration pour l'intervention et une infirmière en service interne qui organise la table du fond. Nancy, l'infirmière principale autorisée pour la journée, jette un coup d'œil à l'horloge lorsque Julie entre dans la salle à l'heure exacte du début du quart de travail et est silencieusement irritée. Julie s'avance vers Nancy et lui communique ses attentes pour la journée, y compris sa justification pour vouloir assister lors de la résection abdomino-périnéale. Nancy informe Julie que le chirurgien est très

Image 1.



Conflit intergénérationnel en salle d'opération.

difficile et que l'intervention est une tâche ardue pour son niveau d'expérience. Nancy ajoute que tout doit bien se dérouler sinon le chirurgien se fâchera et refusera de collaborer. Nancy suggère qu'afin de s'assurer que tout se passe efficacement, Julie doit continuer d'offrir les services externes et que Nancy pourrait être proche pour l'aider. Julie, devenant exaspérée, lui répond « j'ai déjà travaillé avec des chirurgiens difficiles et ce n'est pas tragique ».

Julie, sans consulter Nancy, se dirige vers la salle d'attente des patients pour effectuer l'évaluation préopératoire du patient et laisse Nancy terminer la configuration de la salle. Lorsque Julie

revient dans la salle d'opération, Nancy et l'infirmière en service interne s'apprêtent à compter les instruments et compresses. Nancy indique à Julie qu'elle peut effectuer le compte pendant qu'elle finit le rassemblement des dispositifs de positionnement requis et qu'elle vérifie la disponibilité du sang. Pendant que Nancy est partie, Julie termine le compte avec l'infirmière en service interne, puis commence à réorganiser la configuration de la salle pour répondre à ses propres attentes. Lorsque Nancy est de retour et qu'elle réalise ce que Julie a fait, elle est outrée et veut la confronter. Elle décide, toutefois, d'attendre jusqu'à ce que le patient soit anesthésié.

Dès que le patient est amené dans la salle, Julie s'empresse de se porter volontaire pour administrer l'anesthésie. Julie demande à Nancy d'aller chercher les deux agrafeuses chirurgicales qui manquent. Nancy, essayant de reprendre le contrôle de la salle d'opération en tant qu'infirmière principale autorisée, ne répond pas à Julie et demeure catégoriquement en place pour aider au début de l'induction de l'anesthésie. Après l'induction, Nancy commence à positionner le patient, alors que Julie reste en bordure de la salle d'opération. Nancy est en colère parce qu'elle fait tout le travail pendant que Julie est debout à observer. Une fois l'intervention en cours, Nancy estime qu'il est nécessaire de parler à Julie au sujet de son comportement qu'elle considère comme non professionnel et indigne d'une infirmière en soins périopératoires. À titre d'infirmière qui assume ses fonctions selon les règles, Nancy n'est pas habituée aux idées et approches de Julie. Celle-ci lui répond qu'elle éprouve du ressentiment pour Nancy parce qu'elle n'a pas confiance en ses aptitudes et qu'elle n'apprécie pas ses contributions en tant que membre estimé de l'équipe. Nancy et Julie ont toutes les deux terminé l'intervention frustrées et en colère.

Modèle du processus conflictuel

Le modèle du processus conflictuel est un cadre suivant un format généralisé

Image 2.



Par : J. Porteous

Communication du conflit perçu et émotionnel.

d'étude de conflit. Il permet d'expliquer comment et pourquoi le conflit survient et en dernier ressort, examine des façons de le minimiser ou de le résoudre avec le moins de conséquences négatives que possible⁴. Le conflit et sa résolution suivent un processus particulier qui commence par certaines conditions préexistantes appelées les antécédents.

Les antécédents, notamment les objectifs incompatibles et les divergences de valeurs et de croyances, peuvent pousser une situation vers le conflit. Le conflit perçu ou émotionnel se produit lorsque les parties en question sont influencées par leurs sentiments et perceptions de la situation. Les attitudes conflictuelles apparaissent le

plus souvent lorsque les personnes comprennent mal la perspective, l'intention ou la perception de l'autre personne par rapport à la situation. À ce moment, le conflit peut être résolu, réprimé ou rester non réglé. Les auteurs Sullivan et Decker⁴ constatent que la résolution de conflit est atteinte lorsque toutes les personnes s'entendent mutuellement sur une solution et s'engagent à respecter l'entente. Les résultats obtenus sont positifs lorsque les deux parties adoptent de nouvelles attitudes et éprouvent de nouveaux sentiments à l'égard de l'autre et de la situation, et lorsque les deux parties se sentent gagnantes.

L'importance des antécédents dans l'étude de cas

Les auteurs Sullivan et Decker⁴ soulignent la corrélation entre les antécédents et l'augmentation des conflits. La diversité générationnelle peut se présenter dans l'environnement de travail sous forme de différences d'attitudes, de croyances et de valeurs. Les cohortes générationnelles possèdent leurs propres traits de personnalité collectifs qui découlent de leurs expériences vécues et des perspectives de leur époque⁶. Étant donné ces traits de comportement uniques, il faut s'attendre à ce que lorsque des personnes de différentes générations travaillent ensemble, des conflits surviennent souvent en raison des malentendus et des fausses interprétations de leurs points de vue, attentes liées au travail et objectifs professionnels divergents³.

Nancy : génération du baby-boom

Nancy fait partie de la génération du baby-boom, une importante cohorte générationnelle qui a été influencée par la prospérité économique et les possibilités d'emploi, les grands changements technologiques et les valeurs sociétales axées sur la liberté et la génération du « moi » de l'Après-guerre^{3,7}. Nancy a été élevée dans une famille nucléaire traditionnelle, où elle a été adorée par ses parents, sans compter par les écoles et la société en général³. La génération du baby-boom est

extrêmement optimiste. Au Canada, les membres de la génération de Nancy ont été influencés par la « Trudeumanie », la montée du nationalisme québécois, la crise d'octobre, les manifestations, le Mouvement de libération des femmes, le programme spatial et la Guerre froide, événements qui ont confirmé leurs croyances selon lesquelles ils avaient le pouvoir de changer le monde^{6,7}.

Nancy ressent de l'épanouissement personnel et un sentiment d'estime de soi par rapport à son rendement au travail et à sa profession choisie. Elle valorise la créativité, la prise de risque et le travail autonome; toutefois, sa génération s'est adaptée lentement à la nouvelle ère des technologies de l'information^{3,8}. L'auteur Weston³ a observé à quel point les membres de la génération du baby-boom se méfient généralement de l'idéologie de gestion et sont susceptibles de questionner les autorités en place. Nancy a travaillé dans le même établissement pendant plusieurs années et elle valorise la sécurité d'emploi. Il ne serait pas inhabituel pour Nancy de travailler de longues heures et d'avoir à sacrifier le temps consacré à sa famille et son temps libre. Les membres de la génération du baby-boom sont extrêmement compétitifs en raison de son effectif considérable et, par conséquent, ils sont prêts à faire tout ce qui est nécessaire pour terminer une tâche⁶.

Julie : génération Y

Julie a grandi durant une période de prospérité et avec un accent nouveau sur les valeurs familiales, soulignant l'importance et la protection des enfants, ce qui diffère considérablement des générations précédentes⁸. Étant donné que ses deux parents travaillaient, Julie a vécu une vie très structurée et organisée comprenant la garderie, l'école maternelle et les programmes parascolaires³. Puisque les parents de Julie étaient plus âgés et qu'ils ont eu moins d'enfants, ils se sont efforcés d'être impliqués activement dans sa vie quotidienne par le biais du mentorat et de l'apprentissage et en agissant comme défenseurs de son bien-être³. Clausing et coll.⁶ mentionnent que la génération Y respecte et admire ses

parents et qu'elle associe le fait d'avoir d'étroites relations familiales avec le bonheur et l'établissement d'un refuge contre les difficultés qu'elle peut rencontrer au cours de sa vie. Julie perçoit l'avenir avec optimisme, valorise le travail acharné pour bien accomplir son travail et considère l'apprentissage comme une priorité perpétuelle. Julie est extrêmement à l'aise avec la technologie et n'a jamais vécu sans l'Internet, les téléphones cellulaires et les messages textes, et pour cette raison, elle s'attend à recevoir immédiatement de l'information et une rétroaction⁸.

Julie valorise un environnement de travail collaboratif et positif, axé sur le travail d'équipe, et elle apprécie les initiatives collectives durant l'exécution du travail⁶. Elle fait preuve de compétences multitâches, a envie d'être stimulée et nécessite d'être mise au défi afin d'éviter l'ennui. Elle a l'esprit d'initiative et assume la responsabilité de ses propres réussites et a besoin d'une rétroaction et d'une reconnaissance immédiates ainsi qu'une structure, des conseils et des directives exhaustives pour éviter de faire face à des situations où elle se sentira non préparée et, par conséquent, mal à l'aise⁸. La génération Y n'éprouve typiquement pas de loyauté envers l'organisation pour laquelle elle travaille et changera très probablement d'emploi ou de carrière à maintes reprises au cours de sa vie⁶. Julie s'efforce d'établir un équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie familiale et souhaite obtenir une souplesse dans son horaire de travail pour planifier des activités ou des événements imprévus susceptibles de survenir dans sa vie personnelle. Il est très important pour Julie de se faire entendre, et pas seulement d'être vue par ses pairs, et aussi de développer un sentiment d'appartenance parmi ses collègues. Elle maîtrise la technologie, d'où sa curiosité et sa mise en question des présomptions, ce qui peut être perçu, par certaines personnes, comme une rébellion.

Comprendre les conflits intergénérationnels

Nancy et Julie se trouvent toutes les deux dans un conflit perçu lorsqu'elles

Le conflit est un phénomène naturel qui existe au sein de toutes les organisations.

prennent pleinement conscience qu'il existe une divergence de perspective entre elles. Le conflit perçu découle des malentendus et de la frustration résultant d'une mauvaise compréhension de la véritable position ou des objectifs de l'autre personne⁴. Le conflit émotionnel, quant à lui, se traduit par la personnalisation ou l'intériorisation des différences entre les parties qui mène au conflit et qui entraîne le stress, l'anxiété et les sentiments négatifs entre Nancy et Julie⁴. Ces sentiments négatifs peuvent mener à la méfiance, l'hostilité et la peur, lesquels se manifestent par des comportements d'agression ouverte, d'apathie ou de repli selon la position de chacune sur le sujet⁴.

Nancy, à qui on a enseigné à respecter et à écouter les personnes plus âgées qu'elle, perçoit les assertions, la soif de connaissances et les conseils de Julie relativement à la délégation des tâches comme de l'impertinence, de l'insubordination et un manque de respect et d'appréciation pour son expérience professionnelle. Infirmière principale de la salle d'opération, elle se sent offensée et dévalorisée dans cette situation. Inversement, comme on a toujours attendu de Julie qu'elle s'exprime et que ses contributions ont toujours été valorisées, Julie est d'avis que dire ce que l'on pense est un moyen important de trouver sa place dans une équipe compétente et unifiée. De plus, elle trouve que Nancy est trop rigide dans sa façon de faire, fermée aux nouvelles idées et axée sur les tâches plutôt que sur les résultats².

Nancy a été contrariée lorsque Julie est entrée dans la salle d'opération à l'heure exacte du changement de quart de travail. Prête à travailler de longues heures, Nancy est d'avis qu'il s'agit pour elle d'une façon de contribuer de manière importante à son rendement au travail et considère que son éthique de travail est meilleure que celle de Julie. Nancy considère que Julie n'est pas fiable, manque de dévouement envers la profession d'infirmière, est naïve, immature, trop assertive et insouciant². Elle perçoit l'assertivité de Julie, démontrée par ses attentes à participer à

la chirurgie, sa décision de changer la disposition de la salle et ses directives aux infirmières principales sur les tâches à accomplir, comme étant de l'excès de confiance par rapport à ses capacités. Qui plus est, Nancy juge difficile d'affronter Julie du fait de son manque d'intérêt à l'égard des autres points de vue et de sa réponse à une infirmière principale estimée comme insolente et défiante.

Julie trouve que Nancy véhicule une attitude pessimiste envers la génération plus jeune et pense qu'en raison de son âge, on n'a pas confiance en ses aptitudes. Elle sent que Nancy la juge paresseuse et sans trop d'ambition et de détermination envers son éthique professionnelle. Julie se voit plutôt très dévouée étant donné les recherches qu'elle a effectuées avant le quart de travail et croit qu'il est justifié de défendre ses valeurs, croyances et objectifs professionnels comme moyen de déterminer la formation et le perfectionnement appropriés.

La résolution de problème par la collaboration

Le conflit est un phénomène naturel qui existe au sein de toutes les organisations. Lorsque le conflit est abordé et géré efficacement, il peut en découler bon nombre de résultats positifs. La gestion des conflits produit de meilleurs résultats lorsque les parties en désaccord peuvent travailler de concert, et parvenir à un accord, pour régler le problème d'elles-mêmes en suivant une démarche qui leur permet de collaborer de façon respectueuse et qui finira par améliorer leur relation⁴. Un leader authentique, cherchant la résolution de conflit par la collaboration et centré sur les résultats équitables, favorise la méthode idéale à utiliser dans la résolution des disputes et des problèmes qui sont importants aux personnes comme Nancy et Julie. Choisir de collaborer pour régler les conflits peut prendre plus de temps et d'énergie, mais les avantages à long terme valent l'effort⁴.

La collaboration permettra à Nancy et Julie de coopérer et de s'efforcer de

Image 3.



La résolution du conflit est une solution gagnante.

trouver ensemble une solution répondant aux besoins des deux tout en maintenant une relation productive à long terme. Les auteurs Sullivan et Decker⁴ proposent que « l'on parvient vraiment à un consensus lorsque le problème est exploré en profondeur, que les besoins et les objectifs des parties en question sont compris et qu'une solution répondant à ces besoins est convenue ». Une résolution du conflit comportant une solution gagnante pour Nancy et Julie où les valeurs et objectifs de chacune sont respectés favorisera l'enrichissement de leurs connaissances, l'approfondissement de l'entente et du respect mutuel en plus de raffermir leur confiance dans les décisions qu'elles ont prises et de maintenir leur engagement envers leur plan d'action respectif.

Dans le but d'accroître encore plus la collaboration et de préserver l'harmonie en milieu périopératoire, la gestionnaire doit encourager une focalisation sur l'équipe et expliquer à Nancy et Julie que

la coopération et le respect mutuel envers tous les membres de l'équipe en salle d'opération sont essentiels à l'atteinte de résultats positifs pour les patients et à la satisfaction des employés. Parmi les nombreux défis auxquels font face les gestionnaires, il faut éviter les stéréotypes à l'égard des différentes générations, reconnaître les contributions uniques de chaque génération, encourager le respect mutuel pour la diversité générationnelle et miser sur les différences de chaque génération pour améliorer l'esprit d'équipe au travail⁴. Clausing et coll.⁶ reconnaissent que lorsque les leaders authentiques encouragent le renforcement de l'esprit d'équipe et l'union parmi les membres de leur personnel, ils bâtissent un environnement favorisant les occasions d'échange d'idées et d'expériences tout en reconnaissant et en appréciant la diversité de perspectives des membres des différentes générations. Attri et coll.⁹ suggèrent également que le travail d'équipe encourage la création de liens d'amitié qui solidifient les rapports entre

collègues et éliminent les barrières liées à la perception intergénérationnelle et à l'acceptation.

Dans une situation de résolution de conflit, les gestionnaires peuvent être appelés à agir à titre de médiateur. Le rôle du leader authentique en tant que médiateur dans la gestion de conflit comporte un engagement à soutenir toutes les personnes concernées dans le but d'élargir leur base de pouvoir. Cette base comprend les connaissances, les compétences, l'expertise et l'expérience tirées de leur vie personnelle et de leur pratique professionnelle. En cherchant des solutions élargissant la base de pouvoir des deux personnes, on permet aux parties d'envisager leurs forces, ressources et capacités, et celles de l'autre, comme des outils pour apporter des changements positifs et prendre l'initiative de trouver des façons de réagir et de résoudre le conflit⁴. Cette habilitation rehausse le moral et accroît la productivité tout en permettant d'agir de manière à favoriser les changements nécessaires pour assurer un environnement axé sur le patient.

L'habilitation accroît la capacité de Nancy et Julie à régler leur conflit d'elles-mêmes alors qu'elles établissent de nouvelles façons de communiquer, d'agir et de percevoir la situation. Grâce à l'habilitation, au lieu de se sentir « victimes », Nancy et Julie parviendront à trouver une nouvelle manière de répondre à une situation difficile, tout en préservant ce qu'elles considèrent comme important, en exprimant leurs réserves, perspectives, sentiments et idées d'une façon qui sera écoutée et comprise. En leur permettant de résoudre leur conflit, cette pratique peut transmettre les expériences développementales et améliorer la capacité de chacune à résoudre des situations conflictuelles à l'avenir⁴.

Les infirmières périopératoires de toutes les générations doivent s'entendre et travailler ensemble dans le but non seulement de préserver l'harmonie, mais surtout d'offrir les meilleurs soins aux patients. Une communication efficace entre les membres de l'équipe est cruciale

pour désamorcer tout conflit⁴. Être sensible aux différences et préférences en matière de communication entre les générations peut combler les écarts et aider à élaborer des solutions uniques qui s'accordent avec chaque système de croyances générationnel. Les messages communiqués doivent être bien compris afin de réduire les risques d'erreurs et de malentendus découlant d'une mauvaise communication. En tant que médiatrice, la gestionnaire doit déterminer si Nancy et Julie acceptent de travailler ensemble pour atteindre des buts communs qui seraient acceptables pour tous. Elle a incité Nancy et Julie à discuter de leurs réserves et perceptions du conflit et leur a donné la chance de faire valoir leur point de vue dans un environnement respectueux. Cette démarche a permis à la gestionnaire de mieux saisir la situation et de démontrer aux deux parties son impartialité au conflit. Une fois que chacune a partagé son point de vue, Nancy et Julie ont adopté une approche ouverte et perspicace au conflit et ont compris comment il pourrait être abordé différemment et réglé. En collaborant pour trouver une solution mutuellement satisfaisante, elles découvriront l'engagement de l'autre envers une solution et s'efforceront de construire une relation de travail positive qui les aidera à atteindre la satisfaction personnelle et professionnelle, à réduire le stress et à améliorer la communication interpersonnelle.

Nancy et Julie ont toutes deux admis avoir des styles de travail, des aptitudes à la communication et des approches envers les soins aux patients très différents l'une de l'autre, ce qui a entraîné la détérioration continue de leur relation professionnelle. Elles ont appris que les idées fausses qu'elles s'étaient fait des valeurs et de l'éthique de travail de l'autre se sont avérées une source majeure de friction entre elles ce jour-là et probablement bien d'autres jours aussi⁴. Elles consentent que comprendre et valoriser les différences générationnelles est essentiel pour apaiser le conflit qui existe entre elles. Elles proposent que l'éducatrice des infirmières périopératoires de leur hôpital aborde le sujet de la diversité

générationnelle avec tous les membres du personnel pendant les séances de sensibilisation hebdomadaires².

Les efforts de sensibilisation à la diversité générationnelle peuvent entamer des conversations sur le sujet entre les collègues, aider à éliminer les croyances et opinions préconçues concernant chaque génération, réduire le risque de conflit en plus d'encourager le respect mutuel entre le personnel de toutes les générations².

Par le biais de discussions ouvertes au sein du groupe, l'équipe périopératoire peut amorcer le processus d'exploration et de formulation des attentes, de même que l'énumération des stéréotypes et jugements qui existent à l'égard des différentes générations. Les membres peuvent échanger sur leurs besoins et préférences et apprendre les uns des autres, tout en s'appuyant sur les forces de chaque groupe générationnel en reconnaissant le potentiel inhérent d'une équipe périopératoire formée de plusieurs générations.

Le mentorat au profit de la diversité intergénérationnelle

Le mentorat se révèle une autre stratégie avantageuse pour créer et maintenir une culture organisationnelle saine profitant à tous les membres de l'équipe. La présence de modèles de rôle positifs et de mentors dans l'environnement périopératoire apporte une valeur et fortifie le lieu de travail en remontant le moral de l'équipe, en permettant le partage des expériences et en créant un lieu de travail où l'intimidation n'est plus tolérée. Le mentorat au sein de l'équipe périopératoire favorise l'approfondissement des relations en insistant sur le concept selon lequel les différentes générations apportent des atouts distincts, ce qui, par le fait même, réduit la tolérance à l'égard de toute forme de violence horizontale chez les membres de l'équipe¹⁵.

Le mentorat permet aux infirmières périopératoires de devenir des leaders authentiques et des modèles de rôle positifs qui démontrent des compétences

Pour élaborer un programme de mentorat efficace dans le milieu périopératoire, il faut des leaders transformationnels qui appuient la culture de mentorat.

et des qualités concordant avec une pratique de soins aux patients sécuritaire, compétente et compatissante et une façon d'offrir un environnement de soutien thérapeutique pour les patients, leurs familles et les collègues¹⁰. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)¹¹ recommande que les infirmières déploient tous les efforts nécessaires pour démontrer de la reconnaissance envers leurs pairs et assument des rôles de mentor dans le but d'offrir une culture caractérisée par l'acceptation en donnant l'exemple de comportements professionnels et respectueux à adopter vis-à-vis des collègues infirmières et des autres professionnels de la santé. Dans sa déclaration du champ d'exercice des soins infirmiers périopératoires, l'Association des infirmières et infirmiers de salle d'opération du Canada (AIISOC)¹² indique que « l'infirmière autorisée en soins périopératoires contribue à promouvoir, soutenir et perfectionner les compétences des autres par le biais du mentorat et du préceptorat auprès des collègues et étudiants. »

Le mentorat établit une relation affective et réciproque où l'infirmière expérimentée enseigne, guide, soutient et sert de modèle de rôle positif à l'infirmière novice. Cette interrelation resserre le lien entre les infirmières et encourage un climat d'acceptation. Le mentorat comporte une relation à la fois affective et transitionnelle dans laquelle les infirmières de différentes générations éprouvent une compassion sincère l'une envers l'autre et un respect mutuel. La communication bidirectionnelle entraîne la réduction des malentendus et des fausses interprétations intergénérationnels en exposant les infirmières aux perspectives et atouts de l'autre génération². De plus, le mentorat produit un environnement de travail sain dans les salles d'opération où le professionnalisme et la collégialité sont encouragés, les comportements d'intimidation sont minimisés, la satisfaction au travail et la rétention des infirmières sont améliorées et le recrutement de personnel infirmier est facilité grâce à la création et à la

continuité d'une culture positive invitante combinant les meilleurs attributs de chaque génération^{1,8}.

Pour élaborer un programme de mentorat efficace dans le milieu périopératoire, il faut des leaders transformationnels qui appuient la culture de mentorat. Les leaders authentiques qui reconnaissent et valorisent les différences de points de vue et de valeurs de chaque génération d'infirmières, notamment leur perception de l'environnement de travail, jouent un rôle central pour aider ces générations à mieux se comprendre et s'apprécier¹⁴. Détenant des connaissances cliniques supérieures et une vaste expérience dans le milieu, Nancy est bien placée pour servir de mentor à Julie. La relation mentorale peut aider Nancy et Julie à bâtir un lien collégial et respectueux facilitant l'échange continu de conseils et leur permettant de discuter efficacement des problèmes sur le lieu de travail et de leurs sentiments à ces égards. Leur jumelage dans une relation mentorale a pour but de limiter la communication hostile, la fatigue émotionnelle et l'épuisement professionnel.

Nancy et Julie commencent par établir une entente concernant les conditions régissant leur relation mentorale. Elles s'entendent pour que l'entente repose sur la confidentialité, le respect, l'honnêteté et une volonté commune d'apprendre. Nancy encourage Julie à être ouverte et honnête au sujet de ses sentiments et réserves et elle espère pouvoir apporter son soutien à Julie et faire preuve d'empathie. Elles conviennent de se rencontrer sur une base mensuelle, ou selon leurs besoins, et de communiquer par l'entremise de rencontres, d'appels cellulaires et de courriels. À mesure que la relation mentorale progresse, Nancy s'efforcera d'offrir à Julie des occasions de mettre à contribution son talent innovateur et son indépendance lorsqu'elle assume de nouvelles tâches dans le cadre de ses fonctions périopératoires. Elle fournira à Julie des rétroactions constructives et des renforcements positifs pendant les discussions régulières ouvertes en plus de

Le conflit est chose courante dans le secteur périopératoire étant donné son environnement unique, complexe et stressant.

l'aider à résoudre les situations difficiles. De plus, Nancy peut aider Julie à se sentir valorisée, respectée et la bienvenue sur le lieu de travail tout en acceptant sa façon de démontrer son enthousiasme et son éthique de travail.

Nancy et Julie peuvent toutes les deux apprendre et profiter de leur relation mentorale, ce qui crée une atmosphère de renforcement des rapports d'équipe. Julie peut apprendre à valoriser l'expérience et le professionnalisme de Nancy tout en acquérant des connaissances et découvrant ses perspectives concernant le rendement au travail, les rencontres avec les patients et les sentiments auxquels elle a été confrontée tout au long de sa carrière. Le mentorat de Nancy permettra à Julie de prendre de l'assurance dans ses compétences, lui fournira des occasions de croissance professionnelle et la guidera dans sa carrière. Les bénéfices réciproques du mentorat comprennent que Nancy éprouvera un sentiment de fierté et de satisfaction de pouvoir aider une collègue à bâtir sa carrière et à atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés. Julie, qui valorise grandement le travail d'équipe et qui aime travailler avec les dernières technologies, peut s'avérer un excellent mentor inversé pour Nancy. Cette dernière peut trouver utile l'expertise technologique de Julie qui servira de ressource dans ce domaine et pourra en démontrer les avantages. Le concept de mentorat inversé peut promouvoir le développement d'un esprit d'équipe solide dans le milieu périopératoire puisqu'il souligne le fait que les différentes générations apportent des atouts distincts sur le lieu de travail¹⁵.

Les forces que chaque génération apporte sur le lieu de travail peuvent permettre de combler l'écart générationnel dans le milieu périopératoire en créant des situations gagnantes pour toutes les parties concernées de même que pour les patients. Le mentorat dans le domaine des soins périopératoires promeut l'idée que les infirmières périopératoires s'engagent dans l'apprentissage tout au long de leur vie et contribuent

grandement à l'aspect du développement personnel et professionnel de l'ensemble de la profession d'infirmière en partageant leur expertise avec les nouvelles générations.

CONCLUSION

Le conflit est chose courante dans le secteur périopératoire étant donné son environnement unique, complexe et stressant. La résolution de conflit fait partie intégrante du travail d'équipe et influe sur la sécurité des soins prodigués aux patients, la satisfaction au travail et la rétention des infirmières. Les équipes de direction des soins infirmiers se trouvent aux prises avec un défi ultime, celui de créer un environnement de travail où toutes les générations d'infirmières apprennent à composer avec les points de vue et les valeurs de chacune dans le but de travailler ensemble et de prospérer. Le conflit générationnel doit être abordé, compris et résolu efficacement pour qu'un climat d'ouverture et d'appréciation règne dans le milieu de travail des infirmières.

La résolution de conflit nécessite le respect mutuel, l'écoute active, de bonnes aptitudes à communiquer, l'adhésion au problème et la reconnaissance des différences et de l'aspect émotif du conflit de la part de tous les membres de l'équipe. La collaboration, une stratégie gagnante, se centre sur le commun accord entre les parties qu'elles atteindront leurs objectifs pour parvenir à une résolution positive. Bien que cette démarche requière plus de temps, elle accroît les chances d'apporter un changement durable dans le milieu de travail.

Le mentorat constitue une stratégie efficace qui inspire les différentes générations d'infirmières périopératoires à partager leur expertise avec leurs collègues, à fournir des rétroactions positives et à favoriser un climat de renforcement de l'esprit d'équipe. Établir un programme de mentorat efficace dans le milieu périopératoire améliore les rapports au sein de l'équipe en soulignant le fait que chaque génération d'infirmières apporte des atouts

différents et enrichit la diversité au travail. Il peut réduire et prévenir les conflits et offrir un environnement qui soutient et perfectionne le personnel de l'avenir.

Lorsque les conflits résolus de manière satisfaisante peuvent transcender les problèmes générationnels et devenir un catalyseur de changements positifs, toutes les parties concernées en bénéficient, y compris les patients, une composante importante.

RÉFÉRENCES

- Dellasega C. When nurses hurt nurses. Indianapolis, IN: Renee Wilmeth; 2011. 76 p.
- Foley V, Myrick F, Yonge O. Generational clashpoints in nursing preceptorship. *J Nurs Educ*. 2012 Oct;51(10):556-562. doi: 10.3928/01484834-20120820-04.
- Weston MJ. Integrating generational perspectives in nursing. *Online J Issues Nurs*. 2006 May;11(2):1-9.
- Sullivan E, Decker P. Handling conflict. In: Sullivan E, Decker P, editors. *Effective leadership and management in nursing*. 7th ed. Upper Saddle River: Pearson; 2009. p. 162-172.
- Weingarten RM. Four generations, one workplace: A gen y-x staff nurse's view of team building in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2009 Jun;35(1):27-30.
- Clausing SL, Kurtz DL, Pendeville J, Walt JL. Generational diversity-the nexters. *AORN J*. 2003 Sept;78(3):373-379.
- Fry B. Guide sur la diversité intergénérationnelle à l'intention du personnel infirmier. [Internet]. Ottawa: Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers; juin 2011. 44 p. Disponible sur le site : https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2017/07/thriving_inside.pdf
- Lavoie-Tremblay M, Leclerc E, Marchionni C, Drevniok U. The needs and expectations of generation y nurses in the workplace. *J Nurses Staff Dev*. 2010 Jan-Feb;26(1):2-8.
- Attri JP, Sandhu GK, Mohan B, Bala N, Sandhu KS, Bansal L. Conflicts in operating rooms: Focus on causes and resolution. *Saudi J Aneasth*. 2015 Oct-Dec;9(4):457-463. doi: 10.4103/1658-354X.159476.
- Frederick D. Bullying, mentoring, and patient care. *AORN J*. 2014 May;99(5):587-593.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). La violence et l'intimidation en milieu de travail. [Internet]. [Endroit inconnu]: site Web AIIC: mai 2015. Disponible sur le site : <http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/La-violence-et-lintimidation-en-milieu-de-travail-enonce-de-position-commun.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC). Normes de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires (13e éd.). Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC). Ottawa: 2017.
- Armmer F. An inductive discussion of the interrelationships between nursing shortage, horizontal violence, generational diversity, and healthy work environments. *Adm Sci*. 2017 Sept;7(4):34. doi: 10.3390/admsci7040034
- Sparks AM. Psychological empowerment and job satisfaction between baby boomers and generation x nurses. *J Nurs Manag*. 2012 May;20(4):451-460.
- Sherman RO. Recruiting and retaining generation y perioperative nurses. *AORN J*. 2015 Jan;101(1):138-143.

All of your **favourite** brands



Argyle™ Devon™ Curity™ Kendall™
are now Cardinal Health products.

1.888.291.5033
shop.cardinalhealth.ca

© 2018 Cardinal Health Canada. All Rights Reserved. CARDINAL HEALTH, the Cardinal Health LOGO and ESSENTIAL TO CARE are trademarks or registered trademarks of Cardinal Health. All other marks are the property of their respective owners. CA Lit. No. 18-119 (10/11/2018)


CardinalHealth
Essential to care™

KEYWORDS: SECOND TRAUMATIZATION, VICARIOUS TRAUMA, PERIOPERATIVE CARE, ADVANCE PRACTICE NURSING.

CONCEPT REVIEW: SECOND TRAUMATIZATION AND THE ROLE OF A PERIOPERATIVE ADVANCED PRACTICE NURSE

Author: Heather Hartley RN, BScN, MScN, Professional Practice Specialist, Surgical Programs, Quinte Health Care, and ORNAC – SENORA member.

ABSTRACT

Trauma is inherent in the lived experience of perioperative clinicians. The human cost of these experiences remains, however the hum, mostly unrecognized and shrouded within the Operating Room (OR). Second traumatization describes the phenomenon that clinicians are vulnerable to personal and professional destabilization following exposure to a critical event. Events can include: a medical error, traumatic case, or unanticipated patient outcome. While this phenomenon has been recognized in a variety of disciplines, including nursing, medicine, social work, and psychology it has received limited attention in the perioperative context. A concept review of second traumatization is necessary to understand the experiences of perioperative clinicians caring for victims of critical events.

This paper examines two intersecting concepts: vicarious traumatization and second victimization.

Vicarious traumatization is a concept coined by psychologists to address the phenomenon that individuals working with victims of trauma can absorb

disruptive psychological effects that can persist over time.

Second victimization was originally proposed by a physician and used to describe situations in which clinicians suffer due to their perception of perpetuating an adverse event through a medical error. Over time the concept of second victimization has expanded to include not only those who might feel at fault but also any clinician involved in the adverse event.

Although these concepts originated from discipline specific research, both are pertinent to the high-risk, emergency, and interdisciplinary elements of OR care. Considering both victimization and traumatization allows for the development of an overarching understanding of the concept of second traumatization in perioperative contexts.

The purpose of this paper is to present a concept review of second traumatization. The intention of a concept review is to utilize pertinent literature to analyze, define, develop and evaluate a concept which is relevant to the nursing profession. While many

This paper examines two intersecting concepts: vicarious traumatization and second victimization.

The hope is that exploring second traumatization will encourage victim acknowledgment, development of supportive resources and continued advocacy for the health of patients and clinicians.

frameworks exist for concept analysis, Rodger's Evolutionary Method considers the contextual elements and growth of a concept, recognizing that it adapts in different circumstances. By defining second traumatization my hope is that it will allow nurses to recognize the phenomenon in practice and engage in initiatives in an effort to mitigate harm.

INTRODUCTION

Trauma is inherent in the lived experience of perioperative clinicians, however the human cost of these experiences remains unrecognized and shrouded within the Operating Room (OR).¹ The OR is an environment involving complex care, as choreographed by a number of clinicians, that is interwoven with the universal goals of life preservation.² Due to the atypical nature of therapeutic patient-clinician relationships, inadequate consideration has been given to the professional and personal impacts on staff when caring for victimized patients.^{3,4} The purpose of this concept review is to examine the available research describing the physical, psychological and social experience of clinicians following involvement in a critical event and to define this phenomenon. Reviewing the concept of second traumatization will illuminate the unique experiences of perioperative clinicians and the potential consequences for patients, clinicians and health care organizations.⁵

Rodgers' Concept Analysis will be used as a guiding framework to identify the evolution of second traumatization.⁶ While similar to a literature review, a concept review captures data with the intention of defining a concept and presents findings according to a 7-phase framework. Tofthagen and Fagerström maintain that "concept development is a necessary prerequisite for meaningful basic research."⁷ As per Rodger's method, (1) a real-life model case will be introduced to provide context for exploring the concept of second traumatization. The author will (2) explore the evolution of the phenomenon, considering two surrogate terms – vicarious trauma and second

victimization – and (3) identifying related terms. Using this framework, (4) the sample section will be defined and dictate the data collection process. In the analytic phase, the collected literature will be distilled to (5) define second traumatization and its antecedents, (6) attributes and (7) consequences.

The Advance Practice Nurse (APN) role will be highlighted as a potential avenue for delivering supportive interventions as well as building clinician and organizational resilience.⁸ The APN role was selected because, although it has been widely involved in a variety of practice environments, its value has not been thoroughly explored in perioperative contexts. Recognizing the APN role as an advocate for victims of second traumatization could initiate a conversation about extending advance practice competencies to perioperative nurses.

Through this review the author illuminates the reality that second traumatization results in emotional, physical, cognitive, and behavioural attributes, potentially destabilizing clinicians both professionally and personally. Unresolved symptoms can result in long-term effects, insidiously victimizing not only clinicians but also putting their patients and organizations at risk. The hope is that exploring second traumatization will encourage victim acknowledgment, development of supportive resources and continued advocacy for the health of patients and clinicians.

Real Life Case Scenario

A patient requiring emergency surgery is rushed to the OR for a craniotomy to evacuate a bleed resulting from an injury perpetrated by the patient's son. Surgical care is efficiently mobilized by the perioperative team of the surgeon, anaesthesiologist, and nurses. During the surgery the patient goes into cardiac arrest. The calm and controlled atmosphere that typically characterizes the OR is replaced by a sense of urgency and chaos. Every method of resuscitation is attempted while efforts

Drape Armour™ for Protection from Scatter Radiation during Interventional Radiology and Cardiology

Ecolab® Offers an Extensive Line of Performance Design and Scatter Protection Shields

Among cath lab workers, estimated radiation exposure was highest for interventional cardiologists and electrophysiologists.¹ We can help reduce your exposure and extend your work hours with our shields.

- ▲ **Free-positional shields** - Provides protection for clinicians from exposure to the hands, arms and face
- ▲ **Patient drapes with built in shields** - Easy to apply and remove with the same protection of the free-positional shields
- ▲ **Multiple options** - Ideal size, shapes and full patient drape options both in Drape Armour and Drape Armour Low

For more information about this and other Ecolab Products go to www.ecolab.com/healthcare or call 1 800 268 0465.

Reference:

1. American Heart Association, "Healthcare workers' radiation exposure tied to range of health problems." ScienceDaily, ScienceDaily, 12 April 2016.

© 2018 Ecolab USA Inc. All rights reserved.

ECOLAB®

CONCEPT REVIEW (cont.)

are made to protect the exposed cranial matter. When all possible life-saving interventions are exhausted, the anaesthesiologist pleads with a silent room, requesting suggestions or unexplored options. Before time of death is declared, the anaesthesiologist kneels next to the patient and whispers apologies for the failed care, the awful series of events, and the patient's death.

Now with a disbanded purpose the team takes a breath and notices their surroundings. Blood pools beneath the surgical bed, the crash cart is splayed open and the surgical drapes and equipment are in disarray. The patient is victim to a number of traumatic injuries – her open skull, broken ribs, battered body – some of which are attributed to the interventions provided by the perioperative team. The team dissolves and disperses. The surgeon speaks to the family, the anaesthesiologist documents the incident, and the nurses gently tend to

the body. Regular care is compromised by the criminal nature of this case, leaving little latitude for the team to facilitate family support or post-mortem care. Staff are left exhausted with their energy and resources depleted. In the weeks and months following this death the surgeon feels angry at the anaesthesiologist, constantly recalling the event, and refusing to work together in future. The anaesthesiologist experiences stress, feels isolated from colleagues, and lacks confidence. The nurses have difficulty coping with their grief. They experience recurring images of the patient and an aversion to working on similar cases. The fractured team moves forward, cares for future patients, and attempts to ignore this traumatic experience.

The Evolution of the Concept of Second Traumatization

The concept of second traumatization has been examined from the

perspective of multiple clinicians but much of the research is specific to various disciplinary silos.⁹ Because of this there is limited consensus on terminology and a restricted understanding of antecedents and outcomes associated with second traumatization. Two branches of surrogate terms have developed in the literature generated by separate disciplines but echoing similar themes.¹⁰ Vicarious traumatization was first identified in therapists who empathetically engage with their clients and vicariously experience their symptoms of physical and psychological trauma.¹¹ Secondary victimization explores the experiences of nurses and physicians involved in caring for patients victimized by errors or adverse events.¹² Researchers identified three spheres of victimization resulting from adverse events: primarily the patient and family, vicariously the clinicians, and subsequently the organization.⁵ Clinicians have been

described as ‘second victims’ in that they are individuals who are indirectly exposed to critical events and vicariously traumatized while caring for the primary victims.^{4,10,13} OR staff are uniquely vulnerable to both vicarious traumatization and secondary victimization due to the inherently traumatic nature of surgical care.⁴ Perioperative environments are fraught with traumatic events, compounded by the invasive nature of procedures conducted by the surgical team.⁵ The complexity of interventions and dependence on effective team functioning creates a tenuous foundation for patient safety in chaotic and traumatic situations.² Second traumatization also merits examination as a cycle in that it positions clinicians to become more vulnerable to future trauma and can create a culture for errors and adverse events. This combination of features provides the rationale to include both vicarious traumatization and second victimization as surrogate terms.

Identifying related Terms

As per Rogers’ method, terms related to the concept of second traumatization were identified. Some related concepts that are often incorrectly attributed to second traumatization were excluded from the data collection based on their definitions. Compassion Fatigue (CF), Burnout and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) are terms that have similar triggers, symptoms, or consequences to second traumatization and may potentially develop in conjunction.¹⁶

CF is described as a decreased ability to provide compassionate care resulting from exhaustive, empathetic patient experiences.^{17,18} Although exposure to indirect traumas can escalate manifestations of CF, it is not necessarily instigated by a critical event and can result from a more gradual onset.¹⁹ Secondary trauma is similarly related to the phenomenon of Burnout as it can contribute to the experience but is associated with different antecedents.²⁰ Burnout is often attributed to

organizational pressures such as staff tensions, role ambiguity, and increased workload.²¹ The definition of PTSD has been expanded to include indirect traumatic experiences which may capture the long term consequences of victimized clinicians.²² The symptoms of PTSD are intrusive images of the traumatic incident, avoidance and disrupted thinking.²³ Symptoms are similar enough that in unresolved cases staff may not meet the criteria for PTSD diagnosis and are, instead, classified as experiencing secondary traumatic stress.¹⁶ Although these concepts are relevant to perioperative contexts and are associated with similar symptoms they are not equivalent to the vicarious and traumatic scope of second traumatization.

Sample Selection and Data Collection

Using Rodgers’ Evolutionary Method of Concept Analysis the author collected data using a systematic approach incorporating the interdisciplinary, sociocultural, and contextual features of the phenomenon.^{6,7} Based on conceptual definition of second traumatization and the population of interest in this study three databases were identified as valuable for the literature review: CINAHL, MEDLINE and PsychINFO. Three comprehensive searches were completed in November, February and March 2017 based on the researcher’s evolved understanding of the concept. A similar search method was used with slight modifications made to meet the unique features of each database. Four truncated keywords (“vicarious trauma*”, “second* victim*”, “second* trauma*” and “vicarious victim*”) were identified to capture the phenomena of vicarious traumatization and second victimization. Due to the lack of terminological consensus and varied spellings, this would allow for similar key words such as “secondary victimization”, “vicarious traumatization” and “secondary traumatic stress” to be identified.

234 articles were identified using Medline, 95 articles using CINAHL

and 189 using PsychINFO. Inclusion criteria stipulated English, primary sources pertaining to interdisciplinary team members relevant to the OR context (nurses and physicians) and based in tertiary care settings. Exclusion criteria included non-English secondary sources, literature exploring disciplines where perioperative staff are not represented, cases embedded in primary care facilities, and articles exploring the legal issues related to clinician victimization. Articles that used CF, Burnout, or PTSD interchangeably with the term second traumatization were also excluded.

Literature was not limited by date or publication type and included grey literature, editorials, and professional publications.⁶ Duplicates were removed and articles were categorized based on their relevance to vicarious traumatization (17 articles) and second victimization (15 articles). Collected materials are representative of all perioperative disciplinary perspectives and exceed the minimum requirement of articles, to perform a concept analysis, as stipulated by Rodgers.⁶

Analytic Phase:

Definition of Second Traumatization and Antecedents

Second traumatization in an OR context develops when a clinician is indirectly traumatized while caring for a patient that is a victim of a critical incident.²⁴ The antecedent in perioperative environments, a critical event, is when the patient is a victim of physical or emotional trauma, an unexpected adverse event, or a medical error.^{5,9,10} Examples provided in the literature are patients that are victims of physical violence and arrive to the OR physically and emotionally traumatized by assault.²³ Intraoperative deaths are also considered antecedents of second traumatization because they are unexpected and adverse surgical events.⁸ Medical errors, a dangerous reality embedded in the construct of perioperative care, are another subset of critical events which directly implicate

There is an overarching agreement that the concept of second traumatization is an individualized phenomenon, influenced by context, time, experiences, and personal characteristics.

the patient and indirectly traumatize the involved clinician.⁹ In the OR these types of critical events are tightly interwoven. Emergent surgeries are a response to significant physical and emotional trauma and can result in chaotic care that impacts on patient safety.⁴

Attributes

Among perioperative professionals, including nurses, surgeons and anaesthesiologists, there is consensus on the emotional, physical, cognitive and behavioural attributes of second traumatization.²² Emotional attributes have been described as stemming from stress which is characterized by shock, anxiety, guilt, grief, remorse, fear, shame and anger.^{24,25} Physical manifestations are attributed to psychosomatic symptoms such as fatigue, nausea, dizziness, hypertension, tachycardia, and muscle tension injuries.^{9,20} Cognitive attributes include difficulty concentrating, decreased confidence, preoccupation with traumatic events, hyper-vigilance, and memory loss.^{12,22} Behavioural attributes have been categorized as social withdrawal, difficulty sleeping, self-destructive behaviours, and decreased job satisfaction.^{26,27} Research stipulates that these dimensions are linked. Experiencing emotional symptoms such as grief and anger can result in tachycardia, difficulty concentrating, and decreased job satisfaction.²⁸

There is an overarching agreement that the concept of second traumatization is an individualized phenomenon, influenced by context, time, experiences, and personal characteristics.⁹ Literature also suggests a cumulative effect in that clinicians who are experiencing attributes of a previous trauma are vulnerable to future traumatization.^{22,28} This is supported by the Constructivist Self Development Theory which describes a traumatic reaction as a reflection of an individual's ability to adapt based on their historical experience.^{17,29} These attributes are most often experienced for short periods of time (days to weeks) but can result in long-term symptoms that last months or years.^{9,24}

Consequences

The consequences of second traumatization are the culmination of emotional, physical, cognitive, and behavioural attributes in conjunction with the coping mechanisms and past experiences of the individual.³⁰

Three trajectories of consequences have been highlighted by Scott and colleagues. In the first the clinician can experience positive outcomes that include gaining a sense of perspective, becoming enlightened, and moving on.¹⁰ These outcomes have been attributed to increasing a clinician's motivation to gain knowledge and skill to prevent future critical events.^{25,31,32} The psychology community coined the term 'vicarious resilience' to describe the process of learning and absorbing coping strategies through meaningful engagement with traumatic experiences.³³

Another possible consequence is that the clinician will cope but still experience unreconciled attributes of indirect traumatization.¹⁰ These clinicians report experiencing ongoing stress and preoccupation with events that impacts their ability to perform professionally and on their personal health and relationships.^{5,23,26}

The third outcome is clinicians who are unable to reconcile traumatization and subsequently leave their professional context by changing roles, moving organizations, or abandoning their profession.^{24,27,28} This outcome exemplifies the third sphere of victimization when the organizations suffer both the human and fiscal costs of unreconciled traumatization. Negative consequences can be characterized by alcohol or drug abuse, depression, and suicidal ideation.^{4,22,34} Scott et al., described consequences as being "life altering" for all professions regardless of discipline, gender or professional experience.¹⁰ Consequences have significant implications for patients and families who may receive compromised care but also for the destabilized clinicians who are increasingly vulnerable to future trauma.³⁵

Placing APNs at the centre of this program would blend multidimensional nursing skills with advanced competencies in order to improve delivery and effectiveness of care.⁴⁰

APN Role and Competencies

An Advance Practice Nurse (APN) is uniquely positioned to mediate the occurrences and effects of second traumatization and to have a positive impact on the health and safety of patients, clinicians, and organizations. APNs have the potential to be involved in two phases of interventions – the initial rapid-response and the development of preventative programs.⁹ These strategies are tailored to perioperative environments but could also be valuable in other departments.

The concept of a rapid-response team has been developed in many American states in response to second traumatization and its destabilizing effects on clinicians.^{5,36} Examples include the forYOU program at the University of Missouri Health Care, John Hopkins' Resilience in Stressful Events (RISE) Program, and the 'YOU Matter' initiative driven by The Nationwide Children's Hospital in Ohio.^{37,38,39} Volunteer clinicians, embedded in units, are educated and charged with identifying and referring colleagues suffering from exposure to critical events. For example, the forYOU program includes physicians, nurses, social workers, respiratory therapists and other allied health members.³⁷ Individuals receive peer or professional support to navigate the attributes of second traumatization and mediate negative consequences.⁹

Placing APNs at the centre of this program would blend multidimensional nursing skills with advanced competencies in order to improve delivery and effectiveness of care.⁴⁰ An APN with a perioperative background would be able to relate to the experiences of traumatized perioperative staff and to tailor therapeutic interventions to the individual's context and needs.³⁶ These nurses have the ability to collaborate and consult with a range of interprofessional team members and to mobilize the supports necessary based on the unique client assessments and individual traumatic scenarios.⁴¹ In collaboration with other team members (e.g.,

physicians, allied health, administrators) APNs could facilitate team-debriefing sessions that have been shown to alleviate symptoms and improve interprofessional relations following a critical event.²³ They could also provide assistance in disclosing adverse events to families which is an anxiety-provoking burden mandated by hospitals.^{24,34} An APN could provide the leadership required to develop and sustain this intervention, educate unit volunteers, provide direct clinician care, and engage with organizational stakeholders.^{9,42}

APNs could also develop and implement preventative interventions to reduce the occurrence of second traumatization. Educating perioperative staff about the antecedents, attributes, consequences, and coping mechanisms will help identify potential risk of victimization and encourage proactive coping.^{5,24} APNs could be involved in the review process for adverse events and errors in order to analyze the potential for improvement in staff functioning and policy-based processes.¹² To support these interventions and discover future strategies, APNs could engage in research and quality initiatives to develop effective programs and gain support from organizational leadership.⁴³ Embedding these interventions in the fabric of perioperative programs could lead to cultural changes by removing the expectation of perfection from surgical care and creating an opportunity for staff to acknowledge the impact of critical events.^{4,9,30}

Conclusion

As depicted in the Real Life Case Scenario, second traumatization commences with exposure to a patient who is a victim of a critical event or compounding traumatic experiences.⁴⁴ Staff become fragmented, with each experiencing different attributes of secondary trauma, and generally receive little support or acknowledgement.⁴ Experiences like this can have long-term and varied consequences: the anaesthesiologist could resign from the hospital, the nurses could provide a

compromised level of care in future, and the surgeon, due to fear of retribution, could be motivated to improve his skills.¹⁰ These outcomes have significant implications, not just for the suffering clinicians but also for future patients who are at risk of receiving decreased quality of care and jeopardized safety.⁴⁵

Empowering an APN to develop a second traumatization program could change the trajectory for victimized clinicians. The team in the real-life case would be recognized as potential victims, given the opportunity to participate in a team debrief, and receive long-term support.²⁷ These staff could develop an enhanced understanding of their experiences, recognizing the attributes as a part of a normative process, and engage in coping activities.⁴⁶ Rather than allowing vicarious trauma to inhibit their performance, and undermine team functioning, clinicians could receive support and improve their personal health, care delivery, and the safety of future patients.⁹ With preventative care clinicians could be positioned to recognize traumatic situations and harness their victimization as a motivating force to engage in quality improvement initiatives.⁴²

This concept review is necessary to understand the significance of second traumatization in a relatively unexplored practice environment.⁴² Further research is necessary to develop a stronger understanding of the breadth and depth of this concept and continue to advocate for victim recognition. An APN is positioned to engage in the required research, design a contextually-tailored program and lead clinician support teams. Prioritizing these initiatives demonstrates a strategic investment in clinician wellness as well as continued commitment to a culture of safety.

REFERENCES

1. Pinto A, Faiz O, Bicknell C, Vincent C. Surgical complications and their implications for surgeons' well-being. *Br. J Surg.* 2013 Dec;100(13):1748-55.

2. Forse RA, Bramble JD, McQuillan R. Team training can improve operating room performance. *Surg.* 2011 Oct 31;150(4):771-8.

3. Bull R, FitzGerald M. Nursing in a technological environment: nursing care in the operating room. *Int J Nur Pract.* 2006 Feb;12(1):3-7.

4. Wu AW. Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ.* 2000 Mar;320(7237):726.

5. Marmon LM, Heiss K. Improving surgeon wellness: the second victim syndrome and quality of care. *Semin Pediatr Surg.* 2015 Dec;24(6):315-18.

6. Rodgers BL. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *JAN.* 1989 Apr;14(4):330-5.

7. Tofthagen R, Fagerström LM. Rodgers' evolutionary concept analysis—a valid method for developing knowledge in nursing science. *Scand J Caring Sci.* 2010 Dec;24:21-31.

8. Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW. How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2012 May;38(5):235-40.

9. Hall LW, Scott SD. The second victim of adverse health care events. *Nurs Clin North Am.* 2012 Sep;47(3):383-93.

10. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Qual Saf Health Care.* 2009 Oct;18(5):325-30.

11. Warren T, Lee S, Saunders S. Factors influencing experienced distress and attitude toward trauma by emergency medicine practitioners. *J*

Clin Psychol Med Settings. 2003 Dec;10(4):293-6.

12. Jones JH, Treiber LA. When nurses become the “second” victim. *Nurs Forum.* 2012 Oct 1;47(4):286-91.

13. Quinal L, Harford S, Rutledge DN. Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer Nurs.* 2009 Jul;32(4):1-7.

14. Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT, Bonacum D, Brookey J, Graham S, et al Surgical team behaviors and patient outcomes. *Am J Surg.* 2009 May;197(5):678-85.

15. Killen AR. Stories from the operating room: Moral dilemmas for nurses. *Nurs Ethics.* 2002 Jul;9(4):405-15.

16. Melvin CS. Historical review in understanding burnout, professional compassion fatigue, and secondary traumatic stress disorder from a hospice and palliative nursing perspective. *J Hosp Palliat Nurs.* 2015 Feb;17(1):66-72.

17. Tehrani N. The cost of caring—the impact of secondary trauma on assumptions, values and beliefs. *Couns Psychol Q.* 2007 Dec;20(4):325-39.

18. Pearson GS. Psychiatric nurses and secondary trauma. *Perspect Psychiatr Care.* 2012 Jul;48(3):123-4.

19. Rothschild B, Rand M. Help for the helper: the psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma. *Contemp Hypn.* 2006 Mar;23(4):181-3

20. Dominguez-Gomez E, Rutledge DN. Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *J Emerg Nurs.* 2009 May;35(3):199-204.

21. Komachi MH, Kamibeppu K, Nishi D, Matsuoka Y. Secondary traumatic stress and associated factors among Japanese nurses

- working in hospitals. *Int J Nur Pract.* 2012 Apr;18(2):155-63.
22. Grissinger M. Too many abandon the “second victims” of medical errors. *Pharm Ther.* 2014 Sep;39(9):591.
 23. Gates DM, Gillespie GL. Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008 Mar;37(2):243-9.
 24. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse?. *BMJ Qual. Saf.* 2012, Mar;21(4):267:70.
 25. Beck CT, Gable RK. A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012 Nov 1;41(6):747-60.
 26. Badger JM. Understanding secondary traumatic stress. *Am J Nurs.* 2001 Jul;101(7):26-32.
 27. Joesten L, Cipparrone N, Okuno-Jones S, DuBose ER. Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *Journal Patient Saf.* 2015 Jun;11(2):73-8.
 28. Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf.* 2014 Apr;23(4):325-31.
 29. McCann IL, Pearlman LA. Constructivist self-development theory: a theoretical framework for assessing and treating traumatized college students. *J Am Coll Health.* 1992 Jan;40(4):189-96.
 30. Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW. Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn.* 2011 Apr;121(4):101-8.
 31. Craun SW, Bourke ML. The use of humor to cope with secondary traumatic stress. *J Child Sex Abus.* 2014 Oct;23(7):840-52.
 32. Huggard P, Stamm BH, Pearlman LA. Physician stress: compassion satisfaction, compassion fatigue and vicarious traumatization. In: Figley C, Huggard P, Rees CE, editors. *First do no self harm: understanding and promoting physician stress resilience.* Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 1-28.
 33. Hernández P, Gangsei D, Engstrom D. Vicarious resilience: a new concept in work with those who survive trauma. *Fam Process.* 2007 Jun;46(2):229-41.
 34. Clancy CM. Alleviating “second victim” syndrome: how we should handle patient harm. *J Nurs Care Qual.* 2012 Jan;27(1):1-5.
 35. Sprang G, Craig C. An inter-battery exploratory factor analysis of primary and secondary traumatic stress: determining a best practice approach to assessment. *Best Pract Ment Health.* 2015 Mar; 11(1):1-3.
 36. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, Phillips EC, Hall LW. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010 May 1;36(5):233-40.
 37. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open.* 2016 Sep 1;6(9):e011708.
 38. Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtallo J. Implementation of a “second victim” program in a pediatric hospital. *American Journal of Health-System Pharmacy.* 2015 Apr 1;72(7):563-7.
 39. Saver C. ‘Second victim’ rapid-response team helps fellow clinicians recover from trauma. *OR Manager.* 2013 May;29(5):10-27.
 40. Canadian Nurses Association (CNA). *Advanced nursing practice: a national framework* [Internet]. Ottawa: CNA; 2008. Available from https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.pdf
 41. Hanson CM, Carter M. Collaboration. In Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O’Grady ET, editors. *Advanced practice nursing: an integrative approach.* 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2014. p. 299-327.
 42. Stewart K, Lawton R, Harrison R. Supporting “second victims” is a system-wide responsibility. *BMJ.* 2015 May;350.
 43. Battilana J, Gilmartin M, Sengul M, Pache AC, Alexander JA. Leadership competencies for implementing planned organizational change. *Leadership Q.* 2010 Jun;21(3): 422-38.
 44. Hinderer KA, VonRueden KT, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B, Murray M. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Int J of Trauma Nurs.* 2014 Jul;21(4): 160-9.
 45. Cadwell SM, Hohenhaus SM. Medication errors and secondary victims. *J Emerg Nurs.* 2011 Nov;37(6):562-3.
 46. Von Rueden KT, Hinderer KA, McQuillan KA, Murray M, Logan T, Kramer B, Gilmore R, Friedmann E. Secondary traumatic stress in trauma nurses: Prevalence and exposure, coping, and personal/environmental characteristics. *J Trauma Nurs.* 2010 Oct;17(4):191-200.

MOTS-CLÉS : TRAUMATISATION SECONDAIRE, TRAUMATISME TRANSMIS PAR PERSONNE INTERPOSÉE, SOINS PÉRIOPÉRATOIRES, PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE.

RÉVISION DE CONCEPT : LA TRAUMATISATION SECONDAIRE ET LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE EN SOINS PÉRIOPÉRATOIRES

Auteur : Heather Hartley, inf., B. Sc. Inf., M. Sc. Inf., spécialiste en pratique professionnelle, Programmes chirurgicaux, Soins de santé de Quinte et AII SOC – membre de SENORA.

*Manuscrit original soumis en anglais et traduit vers le français
par Jocelyne Demers-Owoka, Ideal Translation.*

RÉSUMÉ

Les traumatismes vont de pair avec l'expérience vécue des cliniciens en soins périopératoires. Le coût humain de ces expériences demeure cependant un bourdonnement, la plupart du temps méconnu et enveloppé dans le mystère de la salle d'opération (SOP). La traumatisation secondaire décrit le phénomène qui se produit quand des cliniciens deviennent déstabilisés dans leur vie personnelle et professionnelle à la suite d'une exposition à un événement critique. Parmi ces événements, nous pouvons retrouver : une erreur médicale, un cas traumatisant ou des résultats imprévus pour le patient. Même si ce phénomène a été reconnu dans une variété de disciplines, notamment en soins infirmiers, en médecine, en travail social et en psychologie, il a reçu peu d'attention dans le contexte des soins périopératoires. Une révision du concept de la traumatisation secondaire est nécessaire pour comprendre les expériences des cliniciens en soins périopératoires offrant des soins aux victimes d'événements critiques.

Cet article traite de deux concepts interconnectés : le traumatisme transmis par personne interposée et la victimisation secondaire.

Le traumatisme transmis par personne interposée est un concept inventé par des psychologues pour aborder le phénomène touchant les personnes qui travaillent auprès de victimes de traumatismes et qui peuvent absorber les effets psychologiques perturbateurs pouvant persister avec le temps.

La victimisation secondaire a, à l'origine, été proposée par un médecin et a été utilisée pour décrire des situations dans lesquelles des cliniciens souffrent en raison de leur impression de perpétuer un événement indésirable par une erreur médicale. Avec le temps, le concept de victimisation secondaire s'est élargi pour inclure non seulement les personnes qui pourraient se sentir coupables, mais aussi tout clinicien impliqué dans un événement indésirable.

Les traumatismes vont
de pair avec
l'expérience vécue des
cliniciens en soins
périopératoires.

Les traumatismes vont de pair avec l'expérience vécue des cliniciens en soins périopératoires, toutefois, le coût humain de ces expériences demeure un bourdonnement, la plupart du temps méconnu et enveloppé dans le mystère de la salle d'opération (SOP).¹

Bien que ces concepts proviennent de la recherche portant sur une discipline spécifique, ils sont tous les deux pertinents aux éléments à risque élevé, d'urgence et interdisciplinaires qui caractérisent les soins en SOP. Tenir compte à la fois de la victimisation et de la traumatisation permet de comprendre globalement le concept de la traumatisation secondaire dans le contexte des soins périopératoires.

L'objectif de cet article vise à présenter une révision du concept de la traumatisation secondaire. L'intention d'une révision de concept est d'utiliser la littérature pertinente afin d'analyser, déterminer, développer et d'évaluer un concept pertinent à la profession infirmière. Bien que de nombreux cadres existent pour les analyses de concepts, la Méthode évolutionnaire de Rodger tient compte des éléments contextuels et de la croissance d'un concept, reconnaissant qu'il s'adapte dans différentes situations. En définissant le concept de la traumatisation secondaire, j'espère inciter les infirmières à prendre conscience de ce phénomène dans leur pratique et à adopter les mesures nécessaires pour en atténuer les méfaits.

INTRODUCTION

Les traumatismes vont de pair avec l'expérience vécue des cliniciens en soins périopératoires, toutefois, le coût humain de ces expériences demeure un bourdonnement, la plupart du temps méconnu et enveloppé dans le mystère de la salle d'opération (SOP).¹ La SOP est un environnement où sont prodigués des soins complexes, chorégraphiés par un certain nombre de cliniciens, et qui sont interconnectés aux objectifs universaux de la préservation de la vie.² En raison de la nature atypique des relations thérapeutiques entre les cliniciens et leurs patients, les impacts professionnels et individuels sur le personnel apportant des soins à des patients victimisés n'ont pas été considérés adéquatement.^{3,4} L'objectif de cette révision de concept vise à examiner la recherche disponible décrivant les expériences physiques, psychologiques et sociales des cliniciens suite à leur

implication dans un événement critique et de définir ce phénomène. La révision du concept de la traumatisation secondaire mettra en lumière les expériences uniques des cliniciens en soins périopératoires et les conséquences possibles pour les patients, les cliniciens et les organismes de soins de santé.⁵

L'analyse de concept de Rodger servira de cadre directeur pour déterminer l'évolution de la traumatisation secondaire.⁶ Bien que similaire à une révision de littérature, la révision de concept saisit des données avec l'intention de définir un concept et présente les résultats selon un cadre en sept phases. Les auteurs Tofthagen et Fagerstrøm maintiennent que « le développement de concept est un prérequis obligatoire à une recherche de base fructueuse. »⁷ Dans le cadre de la méthode de Rodger, (1) un cas concret sera présenté dans le but de fournir un contexte pour explorer le concept de la traumatisation secondaire. L'auteure (2) explorera l'évolution du phénomène, en tenant compte de deux termes auxiliaires – le traumatisme transmis par personne interposée et la victimisation secondaire – et (3) en déterminant les termes qui y sont liés. En suivant ce cadre, (4) la section d'échantillons sera définie et imposera le processus de collecte de données. À la phase d'analyse, l'essentiel sera extrait de la littérature recueillie dans le but de (5) définir la traumatisation secondaire et ses antécédents, (6) attributs et (7) conséquences.

Le rôle de l'infirmière en pratique avancée (PIA) émerge comme une solution possible pour mettre en œuvre des interventions de soutien et aussi pour accroître la ténacité des cliniciens et de l'organisation.⁸ Ce rôle a été choisi parce que, bien qu'il ait été largement mis à l'épreuve dans une variété d'environnements pratiques, sa valeur n'a pas été explorée à fond dans le contexte des soins périopératoires. Reconnaître le rôle de l'infirmière en PIA en tant que défenseur des victimes de traumatisation secondaire pourrait lancer la conversation sur l'expansion des compétences des infirmières en

pratique avancée dans le secteur des soins périopératoires.

Par l'entremise de cette révision, l'auteure souligne le fait que la traumatisation secondaire a des effets sur les attributs affectifs, physiques, cognitifs et comportementaux et peut déstabiliser les cliniciens aussi bien au niveau professionnel que personnel. Les symptômes non traités peuvent entraîner des effets à long terme et insidieusement affecter non seulement les cliniciens, mais aussi mettre en danger leurs patients et organisations. Le but de l'exploration de la traumatisation secondaire est d'encourager la reconnaissance des victimes, l'élaboration de ressources de soutien et la poursuite des activités de plaidoyer en faveur de la santé des patients et des cliniciens.

Scénario d'un cas concret

Une patiente nécessitant une opération d'urgence est précipitée à la SOP pour recevoir une craniotomie visant à évacuer les saignements causés par une blessure infligée par son fils. Les soins chirurgicaux sont efficacement mobilisés par l'équipe périopératoire du chirurgien, l'anesthésiologiste et les infirmières. Pendant l'opération, la patiente subit un arrêt cardiaque. L'atmosphère calme et sous contrôle caractérisant habituellement la SOP est remplacée par un sentiment d'urgence et de confusion. Toutes les méthodes de réanimation sont tentées en s'efforçant de protéger la matière crânienne exposée. Lorsque toutes les interventions possibles pour sauver la vie de la patiente sont épuisées, l'anesthésiologiste supplie la salle qui demeure silencieuse, demandant des suggestions ou des options inexplorées. Avant que l'heure du décès ne soit prononcée, l'anesthésiologiste s'agenouille près de la patiente et lui demande pardon à voix basse pour les soins qui ont échoué, pour l'abominable série d'événements qu'elle a subis et pour son décès.

Maintenant avec des intentions dispersées, l'équipe respire et remarque son environnement : flaques de sang

sous la table d'opération, chariot d'urgence ouvert et champs et équipement chirurgicaux en désordre. La patiente est victime d'un certain nombre de lésions traumatiques – crâne ouvert, côtes cassées, corps meurtri – certaines attribuées aux interventions prodiguées par l'équipe de soins périopératoires. L'équipe se dissout et se disperse. Le chirurgien s'adresse à la famille, l'anesthésiologiste enregistre l'incident et les infirmières s'occupent soigneusement du corps. Les soins habituels sont compromis étant donné la nature criminelle de ce cas, laissant peu de latitude à l'équipe pour offrir un soutien à la famille ou fournir les soins post mortem. Les membres du personnel sont à bout de forces, leur énergie et ressources épuisées. Dans les semaines et les mois qui suivent le décès de la patiente, le chirurgien ressent de la colère à l'endroit de l'anesthésiologiste qui relate constamment les événements et qui refuse de travailler avec lui à l'avenir. L'anesthésiologiste vit du stress, se sent isolé de ses collègues et manque de confiance. Les infirmières éprouvent de la difficulté à composer avec leur deuil. Les images de la patiente les hantent et il leur répugne de travailler sur des cas similaires. L'équipe ainsi divisée va de l'avant, soigne d'autres patients et tente de négliger cette expérience traumatisante.

L'évolution du concept de la traumatisation secondaire

Le concept de la traumatisation secondaire a été étudié de la perspective de plusieurs cliniciens, mais une grande partie de la recherche est spécifique à des cloisonnements disciplinaires variés.⁹ Pour cette raison, le consensus sur la terminologie est faible et la compréhension des antécédents et des conséquences liés à la traumatisation secondaire restreinte. Deux branches de termes auxiliaires ont fait leur apparition dans la littérature produite par les disciplines séparées, mais faisant écho à des thèmes similaires.¹⁰ Le traumatisme transmis par personne interposée a d'abord été remarqué chez les thérapeutes qui s'engagent de manière empathique avec leurs patients et qui

Les termes associés au concept de traumatismation secondaire ont été déterminés conformément à la méthode de Rogers.

ressentent par autrui les symptômes des traumatismes physiques et psychologiques de ces patients.¹¹ La traumatismation secondaire examine l'expérience d'infirmières et de médecins qui soignent des patients victimes d'une erreur ou d'événements indésirables.¹² Les chercheurs ont distingué trois sphères de victimisation découlant d'événements indésirables : essentiellement le patient et la famille, indirectement les cliniciens et par la suite l'organisation.⁵ Les cliniciens sont décrits comme des « victimes secondaires », soit des personnes exposées par autrui à des événements très douloureux et qui sont indirectement traumatisées en venant en aide aux victimes immédiates.^{4,10,13} Le personnel de la SOP est particulièrement vulnérable au traumatisme transmis par personne interposée et à la victimisation secondaire étant donné le caractère intrinsèquement traumatisant des soins chirurgicaux.¹⁴ Les environnements périopératoires sont marqués d'événements traumatisants, empirés par la nature invasive des opérations menées par l'équipe chirurgicale.¹⁵ La complexité des interventions et la dépendance à l'égard du fonctionnement efficace de l'équipe forment une base précaire pour la sécurité des patients en situations chaotiques et traumatisantes.² La traumatismation secondaire mérite aussi d'être examinée en tant que cycle plaçant les cliniciens en position de vulnérabilité accrue aux traumatismes futurs et pouvant introduire une culture d'erreurs et d'événements indésirables. Cette combinaison de caractéristiques justifie l'ajout des expressions traumatisme transmis par personne interposée et victimisation secondaire aux termes auxiliaires.

Déterminer les termes connexes

Les termes associés au concept de traumatismation secondaire ont été déterminés conformément à la méthode de Rogers. Certains des concepts connexes qui sont souvent incorrectement attribués à la traumatismation secondaire ont été

exclus de la collecte de données du fait de leurs définitions. L'usure de compassion (UC), l'épuisement professionnel et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) présentent des éléments déclencheurs, des symptômes et des conséquences s'apparentant à ceux de la traumatismation secondaire et peuvent potentiellement apparaître en conjonction avec celle-ci.¹⁶

L'UC se décrit comme une réduction de la capacité à prodiguer des soins avec compassion en raison des expériences exhaustives et empathiques vécues auprès des patients.^{17,18} Bien que l'exposition indirecte aux traumatismes puisse ultérieurement mener à l'UC, ce trouble n'est pas nécessairement déclenché par un événement difficile et peut suivre un cours plus graduel.¹⁹ La traumatismation secondaire est associée de manière similaire au phénomène de l'épuisement professionnel, en ce sens qu'elle peut contribuer à l'expérience, mais est liée à des antécédents différents.²⁰ L'épuisement professionnel se trouve souvent attribuable à la pression institutionnelle comme la tension entre le personnel, l'ambiguïté face au rôle et l'accroissement de la charge de travail.²¹ La définition du TSPT a été élargie pour englober les expériences traumatisantes indirectes pouvant inclure les conséquences à long terme de cliniciens victimisés.²² Les symptômes du TSPT comprennent des images envahissantes de l'incident traumatisant, l'évitement et des pensées désorganisées.²³ Les symptômes sont si similaires que dans les cas non résolus, il est possible que le personnel ne satisfasse pas aux critères de diagnostic de TSPT et soit plutôt classé comme vivant un stress traumatique secondaire.¹⁶ Bien que ces concepts soient pertinents aux contextes périopératoires et qu'ils soient associés à des symptômes similaires, ils ne sont pas équivalents à l'étendue indirecte et traumatisante de la traumatismation secondaire.

Sélection des échantillons et collecte de données

À l'aide de la Méthode évolutionnaire d'analyse de concept de Rodger,

l'auteur a recueilli des données en suivant une approche systématique incorporant les caractéristiques interdisciplinaires, socioculturelles et contextuelles du phénomène.^{6,7} D'après la définition conceptuelle de la traumatisation secondaire et vu la population d'intérêt dans cette étude, trois bases de données ont été retenues pour leur valeur relative à la révision de la littérature : CINAHL, MEDLINE et PsychINFO. Trois recherches compréhensives en anglais ont été effectuées en novembre, février et mars 2017 d'après la compréhension renouvelée de la chercheuse face au concept. Une méthode de recherche similaire comportant de légères modifications a été employée pour permettre une adaptation aux caractéristiques uniques de chaque base de données. Quatre mots-clés tronqués (« vicarious trauma* », « second* victim* », « second* trauma* » et « vicarious victim* ») ont été choisis pour saisir les phénomènes de traumatisme transmis par personne interposée et victimisation secondaire. Étant donné le manque de consensus terminologique et les orthographes variées, cette démarche permet d'inclure des mots-clés similaires comme « secondary victimization », « vicarious traumatization » et « secondary traumatic stress ».

En tout, 234 articles ont été trouvés sur Medline, 95 articles sur CINAHL et 189 sur PsychINFO. Pour les critères d'inclusion, on précisait la langue anglaise, les sources principales concernant les membres des équipes interdisciplinaires en relation avec la SOP (infirmières et médecins) et des articles portant sur l'environnement des soins tertiaires. Les critères d'exclusion comprenaient les sources secondaires non anglophones, la littérature abordant les disciplines où le personnel en soins périopératoires n'est pas représenté, les cas intégrés aux installations de soins de santé primaires et les articles traitant des questions juridiques de la victimisation des cliniciens. Les articles qui emploient UC, épuisement professionnel ou TSPT de manière

interchangeable avec le terme traumatisation secondaire ont également été exclus.

La littérature n'a pas été limitée par date ou type de publication et comprend la littérature grise, les éditoriaux et les publications professionnelles.⁶ Les articles doubles ont été enlevés et le reste a été classé d'après sa pertinence au traumatisme transmis par personne interposée (17 articles) et à la victimisation secondaire (15 articles). Le matériel recueilli représente toutes les perspectives disciplinaires des soins périopératoires et dépasse le nombre minimum d'articles requis pour effectuer une analyse de concept selon les prescriptions de Rodgers.⁶

Phase d'analyse :

Définition de traumatisation secondaire et d'antécédents

Dans le contexte de la SOP, la traumatisation secondaire se produit lorsqu'un clinicien est indirectement traumatisé dans le cadre des soins qu'il prodigue à un patient victime d'un événement critique.²⁴ L'antécédent dans un environnement périopératoire, un événement critique, est lorsque le patient est victime d'un traumatisme physique ou affectif, d'un événement indésirable inattendu ou d'une erreur médicale.^{5,9,10} Parmi les exemples fournis dans la littérature, notons les patients victimes de violence physique qui arrivent dans la SOP traumatisés sur le plan physique et affectif suite à une agression.²³ Les décès peropératoires sont également considérés comme des antécédents de la traumatisation secondaire puisqu'il s'agit d'événements chirurgicaux indésirables et inattendus.⁸ Les erreurs médicales, une réalité dangereuse incrustée dans l'élaboration des soins périopératoires, forment une sous-catégorie d'événements critiques qui affectent directement le patient et traumatisent indirectement le clinicien impliqué.⁹ Dans la SOP, ce genre d'événement critique est étroitement lié. Les chirurgies émergentes en

réponse aux grands traumatismes physiques et affectifs peuvent mener à des soins désorganisés qui nuisent à la sécurité du patient.⁴

Attributs

Chez les professionnels en soins périopératoires, y compris les infirmières, chirurgiens et anesthésiologistes, il existe un consensus sur les attributs affectifs, physiques, cognitifs et comportementaux de la traumatisation secondaire.²² Les attributs affectifs ont été décrits comme étant issus du stress, lequel se caractérise par le choc, l'anxiété, la culpabilité, le chagrin, les remords, la peur, la honte et la colère.^{24,25} Les manifestations physiques sont attribuées aux symptômes psychosomatiques tels l'épuisement, la nausée, les étourdissements, l'hypertension, la tachycardie et les blessures causées par la tension musculaire.^{9,20} Pour leur part, les attributs cognitifs comprennent une difficulté à se concentrer, une diminution de la confiance, une préoccupation face aux événements traumatisants, l'hypervigilance et la perte de mémoire.^{12,22} Les attributs comportementaux ont été catégorisés comme étant le retrait social, les difficultés à dormir, les comportements autodestructeurs et une diminution de la satisfaction au travail.^{26,27} La recherche stipule que ces dimensions sont liées. En effet, présenter des symptômes affectifs comme le chagrin et la colère peut entraîner la tachycardie, une difficulté à se concentrer et une diminution de la satisfaction au travail.²⁸

Selon un accord global, le concept de la traumatisation secondaire est un phénomène individualisé influencé par le contexte, le temps, les expériences et les traits personnels.⁹ La littérature suggère également la présence d'un effet cumulatif, c'est-à-dire que les cliniciens qui ont subi les manifestations d'un traumatisme antérieur sont vulnérables à un traumatisme future.^{22,28} Cette

Dans la troisième trajectoire, le clinicien qui est incapable de confronter la traumatisation finit par quitter le contexte professionnel en changeant de poste ou d'organisation ou en abandonnant sa profession.^{24,27,28}

observation est soutenue par la théorie constructiviste de développement personnel qui décrit la réaction au traumatisme comme une réflexion de la capacité d'une personne à s'adapter d'après son expérience historique.^{17,29} Le plus souvent, ces attributs ne durent qu'une courte période de temps (quelques jours ou quelques semaines), mais il arrive qu'ils puissent entraîner des symptômes à long terme qui persistent des mois ou des années.^{9,24}

Conséquences

Les conséquences de la traumatisation secondaire correspondent au point culminant d'attributs affectifs, physiques, cognitifs et comportementaux, en conjonction avec la stratégie d'adaptation et les expériences passées de la personne.³⁰

Scott et ses collègues ont souligné trois trajectoires de conséquence. Dans la première, le clinicien peut retirer des résultats positifs comme acquérir une certaine perspective, comprendre et passer à autre chose.¹⁰ Ces issues sont attribuables à la motivation croissante du clinicien à enrichir ses connaissances et compétences pour prévenir de tels événements critiques à l'avenir.^{25,31,32} La communauté des psychologues a inventé le terme « résilience vicariante » pour décrire le processus d'apprentissage et d'absorption des stratégies d'adaptation par l'entremise d'un engagement sérieux envers les expériences traumatisantes.³³

Dans une autre trajectoire de conséquence possible, le clinicien surmonte l'obstacle, mais subit tout de même les effets non résolus de la traumatisation indirecte.¹⁰ Ces cliniciens rapportent souffrir d'un stress continu et éprouver de l'inquiétude face aux événements qui affectent leur capacité à accomplir leur travail et qui influent sur leur santé et relations personnelles.^{5,23,26}

Dans la troisième trajectoire, le clinicien qui est incapable de confronter la traumatisation finit par quitter le contexte professionnel en changeant de poste ou d'organisation ou en abandonnant sa profession.^{24,27,28} Ce

dénouement illustre la troisième sphère de la victimisation, soit lorsque les organisations font les frais en matière de ressources humaines et de coûts de la traumatisation non résolue. Les résultats négatifs peuvent se caractériser par l'abus d'alcool ou de drogues, la dépression et les pensées suicidaires.^{4,22,34} Scott et ses collègues expliquent que les conséquences « changent le cours d'une vie » au sein de toutes les professions, sans égard pour la discipline, le genre et l'expérience professionnelle.¹⁰ Les conséquences ont des effets significatifs sur les patients et leurs familles qui peuvent recevoir des soins compromis, mais aussi sur les cliniciens déstabilisés de plus en plus vulnérables au traumatisme futur.³⁵

Rôle et compétences de l'infirmière en PIA

L'infirmière en pratique avancée (PIA) occupe une position unique pour intervenir en matière d'apparition et d'effets de la traumatisation secondaire, et peut avoir des répercussions positives sur la santé et la sécurité des patients, des cliniciens et des organisations. Les infirmières en PIA peuvent participer à deux phases de l'opération : l'intervention rapide initiale et l'élaboration de programmes de prévention.⁹ Ces stratégies sont adaptées à l'environnement des soins périopératoires, mais peuvent aussi servir dans d'autres services.

Le concept de l'équipe d'intervention rapide a été mis en place dans de nombreux états américains en réponse à la traumatisation secondaire et à ses effets déstabilisants sur les cliniciens.^{5,36} Parmi les exemples, on trouve le programme forYOU de l'University of Missouri Health Care, le programme de résilience aux événements stressants (RISE) de l'hôpital John Hopkins et l'initiative YOU Matter dirigée par Nationwide Children's Hospital en Ohio.^{37,38,39} Les cliniciens bénévoles au sein des unités sont formés et chargés d'identifier et de référer les collègues qui souffrent d'une exposition à des événements critiques. Par exemple, le programme forYOU compte des

médecins, infirmières, travailleurs sociaux, inhalothérapeutes et autres membres alliés des soins de santé.³⁷ Les personnes reçoivent un soutien par des pairs ou une assistance professionnelle pour les aider à gérer les attributs de la traumatisation secondaire et à contrer ses effets négatifs.⁹

Placer des infirmières en PIA au centre de ce programme permettrait de combiner les aptitudes multidimensionnelles en soins infirmiers aux compétences avancées dans le but d'améliorer la prestation des soins et leur efficacité.⁴⁰ Une infirmière en PIA possédant un bagage en soins périopératoires serait en mesure de s'identifier aux expériences du personnel traumatisé des soins périopératoires et d'élaborer des interventions thérapeutiques adaptées au contexte et aux besoins de la personne.³⁶ Ces infirmières ont la capacité de consulter et de collaborer avec une variété de membres de l'équipe interprofessionnelle et de mobiliser le soutien nécessaire d'après les évaluations uniques des clients et les scénarios traumatisants individuels.⁴¹ Conjointement avec d'autres membres de l'équipe (par ex. des médecins, membres de professions paramédicales, administrateurs), les infirmières en PIA pourraient animer des séances de débriefing, lesquelles ont fait leur preuve pour apaiser les symptômes et améliorer les relations interprofessionnelles après un événement critique.²³ Elles pourraient également apporter leur aide pour divulguer aux familles les événements indésirables, un fardeau anxiogène imposé par les hôpitaux.^{24,34} Une infirmière en PIA serait en mesure de fournir le leadership nécessaire pour élaborer et maintenir cette intervention, former les bénévoles de l'unité, prodiguer des soins directs aux cliniciens et entamer un dialogue avec les intervenants organisationnels.^{9,42}

Les infirmières en PIA pourraient aussi mettre au point des interventions de prévention visant à réduire l'incidence de la traumatisation secondaire.

Instruire le personnel en soins périopératoires sur les antécédents, attributs, conséquences et mécanismes d'ajustement aidera à cerner les risques potentiels de victimisation et favorisera une adaptation proactive.^{5,24} Les infirmières en PIA pourraient participer au processus de révision relatif aux événements indésirables et erreurs afin d'analyser les chances d'amélioration dans le domaine du fonctionnement du personnel et des processus basés sur les politiques.¹² Pour appuyer ces interventions et découvrir de nouvelles stratégies, elles pourraient contribuer aux initiatives de recherche et de qualité dans le but de mettre de l'avant des programmes efficaces et obtenir le soutien de l'équipe de leadership organisationnel.⁴³ L'incorporation de ces interventions à la structure même des programmes de soins périopératoires peut mener à des changements culturels en éliminant l'idée de perfection des soins périopératoires et en donnant la chance au personnel de reconnaître l'impact des événements critiques.^{4,9,30}

Conclusion

Comme illustré dans le scénario du cas concret, la traumatisation secondaire débute par l'exposition à un patient qui a été victime d'un événement critique ou une accumulation d'expériences traumatisantes.⁴⁴ Le personnel se divise, chaque membre vivant différents attributs de la traumatisation secondaire, et reçoit habituellement peu de soutien ou de reconnaissance.⁴ De telles expériences peuvent avoir des conséquences variées à long terme : l'anesthésiologiste pourrait démissionner de l'hôpital, les infirmières pourraient prodiguer un niveau de soins compromis à l'avenir et le chirurgien, par crainte de représailles, pourrait être motivé à améliorer ses compétences.¹⁰ Ces résultats ont des répercussions considérables non seulement sur les cliniciens souffrant de traumatisation, mais aussi sur les futurs patients qui risquent de recevoir des soins de qualité inférieure et dont la sécurité est compromise.⁴⁵

Permettre aux infirmières en PIA de mettre en œuvre un programme sur la traumatisation secondaire peut changer la trajectoire des cliniciens victimisés. Les membres de l'équipe dans le scénario de cas concret seraient reconnus comme victimes potentielles, auraient la chance de participer à une séance de débriefing et recevraient un soutien à long terme.²⁷ Ils pourraient acquérir une connaissance approfondie de leur expérience, reconnaître les attributs comme faisant partie du processus normatif et s'engager dans des activités d'adaptation.⁴⁶ Au lieu de laisser le traumatisme transmis par personne interposée nuire à leur rendement et au bon fonctionnement de l'équipe, les cliniciens pourraient recevoir du soutien en plus d'améliorer leur santé personnelle, la prestation des soins et la sécurité des futurs patients.⁹ Grâce aux soins de prévention, les cliniciens pourraient être en meilleure position pour reconnaître les situations traumatisantes et exploiter la victimisation comme une force de motivation pour entamer des initiatives d'amélioration de la qualité.⁴²

Cette révision de concept est nécessaire pour saisir toute l'importance de la traumatisation secondaire dans un milieu de pratique relativement inexploré.⁴² Il est essentiel d'effectuer d'autres recherches pour mieux comprendre l'étendue et la profondeur de ce concept et continuer de militer pour la reconnaissance des victimes. Les infirmières en PIA sont bien placées pour participer aux recherches requises, concevoir un programme adapté au contexte et diriger les équipes de soutien aux cliniciens. Accorder la priorité à ces initiatives démontre un investissement stratégique dans le bien-être des cliniciens ainsi qu'un engagement continu envers une culture prônant la sécurité.

RÉFÉRENCES

- Pinto A, Faiz O, Bicknell C, Vincent C. Surgical complications and their implications for surgeons' well-being. *Br J Surg*. 2013 Dec;100(13):1748-55.
- Forse RA, Bramble JD, McQuillan R. Team training can improve operating room performance. *Surg*. 2011 Oct 31;150(4):771-8.
- Bull R, FitzGerald M. Nursing in a technological environment: nursing care in the operating room. *Int J Nur Pract*. 2006 Feb;12(1):3-7.
- Wu AW. Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000 Mar;320(7237):726.
- Marmon LM, Heiss K. Improving surgeon wellness: the second victim syndrome and quality of care. *Semin Pediatr Surg*. 2015 Dec;24(6):315-18.
- Rodgers BL. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *JAN*. 1989 Apr;14(4):330-5.
- Tofthagen R, Fagerström LM. Rodgers' evolutionary concept analysis—a valid method for developing knowledge in nursing science. *Scand J Caring Sci*. 2010 Dec;24:21-31.
- Pratt S, Kenney L, Scott SD, Wu AW. How to develop a second victim support program: a toolkit for health care organizations. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012 May;38(5):235-40.
- Hall LW, Scott SD. The second victim of adverse health care events. *Nurs Clin North Am*. 2012 Sep;47(3):383-93.
- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009 Oct;18(5):325-30.
- Warren T, Lee S, Saunders S. Factors influencing experienced distress and attitude toward trauma by emergency medicine practitioners. *J Clin Psychol Med Settings*. 2003 Dec;10(4):293-6.
- Jones JH, Treiber LA. When nurses become the "second" victim. *Nurs Forum*. 2012 Oct 1;47(4):286-91.
- Quinal L, Harford S, Rutledge DN. Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer Nurs*. 2009 Jul;32(4):1-7.
- Mazzocco K, Petitti DB, Fong KT, Bonacum D, Brookey J, Graham S, et al Surgical team behaviors and patient outcomes. *Am J Surg*. 2009 May;197(5):678-85.
- Killen AR. Stories from the operating room: Moral dilemmas for nurses. *Nurs Ethics*. 2002 Jul;9(4):405-15.
- Melvin CS. Historical review in understanding burnout, professional compassion fatigue, and secondary traumatic stress disorder from a hospice and palliative nursing perspective. *J Hosp Palliat Nurs*. 2015 Feb;17(1):66-72.
- Tehrani N. The cost of caring—the impact of secondary trauma on assumptions, values and beliefs. *Couns Psychol Q*. 2007 Dec;20(4):325-39.
- Pearson GS. Psychiatric nurses and secondary trauma. *Perspect Psychiatr Care*. 2012 Jul;48(3):123-4.
- Rothschild B, Rand M. Help for the helper: the psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma. *Contemp Hypn*. 2006 Mar;23(4):181-3
- Dominguez-Gomez E, Rutledge DN. Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *J Emerg Nurs*. 2009 May;35(3):199-204.
- Komachi MH, Kamibeppu K, Nishi D, Matsuoka Y. Secondary traumatic stress and associated factors among Japanese nurses

- working in hospitals. *Int J Nur Pract.* 2012 Apr;18(2):155-63.
22. Grissinger M. Too many abandon the “second victims” of medical errors. *Pharm Ther.* 2014 Sep;39(9):591.
 23. Gates DM, Gillespie GL. Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008 Mar;37(2):243-9.
 24. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse?. *BMJ Qual. Saf.* 2012, Mar;21(4):267:70.
 25. Beck CT, Gable RK. A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012 Nov 1;41(6):747-60.
 26. Badger JM. Understanding secondary traumatic stress. *Am J Nurs.* 2001 Jul;101(7):26-32.
 27. Joesten L, Cipparrone N, Okuno-Jones S, DuBose ER. Assessing the perceived level of institutional support for the second victim after a patient safety event. *Journal Patient Saf.* 2015 Jun;11(2):73-8.
 28. Ullström S, Sachs MA, Hansson J, Øvretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf.* 2014 Apr;23(4):325-31.
 29. McCann IL, Pearlman LA. Constructivist self-development theory: a theoretical framework for assessing and treating traumatized college students. *J Am Coll Health.* 1992 Jan;40(4):189-96.
 30. Edrees HH, Paine LA, Feroli ER, Wu AW. Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn.* 2011 Apr;121(4):101-8.
 31. Craun SW, Bourke ML. The use of humor to cope with secondary traumatic stress. *J Child Sex Abus.* 2014 Oct;23(7):840-52.
 32. Huggard P, Stamm BH, Pearlman LA. Physician stress: compassion satisfaction, compassion fatigue and vicarious traumatization. In: Figley C, Huggard P, Rees CE, editors. *First do no self harm: understanding and promoting physician stress resilience.* Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 1-28.
 33. Hernández P, Gangsei D, Engstrom D. Vicarious resilience: a new concept in work with those who survive trauma. *Fam Process.* 2007 Jun;46(2):229-41.
 34. Clancy CM. Alleviating “second victim” syndrome: how we should handle patient harm. *J Nurs Care Qual.* 2012 Jan;27(1):1-5.
 35. Sprang G, Craig C. An inter-battery exploratory factor analysis of primary and secondary traumatic stress: determining a best practice approach to assessment. *Best Pract Ment Health.* 2015 Mar;11(1):1-3.
 36. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, Epperly KM, Phillips EC, Hall LW. Caring for our own: deploying a systemwide second victim rapid response team. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010 May 1;36(5):233-40.
 37. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open.* 2016 Sep 1;6(9):e011708.
 38. Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtallo J. Implementation of a “second victim” program in a pediatric hospital. *American Journal of Health-System Pharmacy.* 2015 Apr 1;72(7):563-7.
 39. Saver C. ‘Second victim’ rapid-response team helps fellow clinicians recover from trauma. *OR Manager.* 2013 May;29(5):10-27.
 40. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). *La pratique infirmière avancée : un cadre national* [Internet]. Ottawa: CNA; 2008. Disponible à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.pdf
 41. Hanson CM, Carter M. Collaboration. In Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O’Grady ET, editors. *Advanced practice nursing: an integrative approach.* 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2014. p. 299-327.
 42. Stewart K, Lawton R, Harrison R. Supporting “second victims” is a system-wide responsibility. *BMJ.* 2015 May;350.
 43. Battilana J, Gilmartin M, Sengul M, Pache AC, Alexander JA. Leadership competencies for implementing planned organizational change. *Leadership Q.* 2010 Jun;21(3):422-38.
 44. Hinderer KA, VonRueden KT, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B, Murray M. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Int J of Trauma Nurs.* 2014 Jul;21(4):160-9.
 45. Cadwell SM, Hohenhaus SM. Medication errors and secondary victims. *J Emerg Nurs.* 2011 Nov;37(6):562-3.
 46. Von Rueden KT, Hinderer KA, McQuillan KA, Murray M, Logan T, Kramer B, Gilmore R, Friedmann E. Secondary traumatic stress in trauma nurses: Prevalence and exposure, coping, and personal/environmental characteristics. *J Trauma Nurs.* 2010 Oct;17(4):191-200.

The **RMAC Patient Safety Award** recognizes nursing leaders who are innovative in the area of patient safety – leaders who have developed and/or described relevant and practical patient safety strategies.

This award will be presented to a perioperative registered nurse who makes an outstanding presentation, dedicated to safety concerns, in one of the following formats:

- *ORNAC Journal* article (published in the 2 calendar years preceding the national conference year);
- Poster presentation displayed at the ORNAC National Conference; or
- Oral presentation made at the ORNAC National Conference.

Issues addressed can include system innovations, education, communication, advocacy, or research focusing on safety-related outcomes.

The award of \$1,000 will be presented at each ORNAC National Conference. For more information visit www.ORNAC.ca and click on *Awards*.



Le **Prix de sécurité des patients RMAC** reconnaît les leaders en soins infirmiers faisant preuve d'innovation dans le domaine de la sécurité des patients, c'est-à-dire des personnes ayant développé ou décrit des stratégies de sécurité des patients pertinentes et pratiques.

Ce prix sera décerné à un(e) infirmier(ère) autorisé(e) périopératoire ayant présenté un discours exceptionnel au sujet de la problématique de la sécurité des patients dans un des formats suivants :

- Article dans la *revue de l'AIISOC* (publié dans les deux ans précédant l'année de la conférence nationale);
- Affiche présentée lors de la conférence nationale de l'AIISOC; ou
- Discours présenté lors de la conférence nationale de l'AIISOC.

Les sujets traités peuvent inclure les innovations touchant aux systèmes, à la formation, à la communication, à la revendication ou à la recherche dans le domaine de la sécurité des patients.

Le prix de 1 000 \$ sera présenté lors de chaque conférence nationale de l'AIISOC. Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter www.ORNAC.ca, cliquez sur *Prix*.

Lorne Flower Memorial Award

John Flower has generously created the **Lorne Flower Memorial Award** in recognition of the contribution made by his father, Lorne Flower, to the founding, and subsequent support, of ORNAC. Lorne Flower's contributions shall be recognized in perpetuity via bi-annual recognition of the talents, knowledge and outstanding contributions to the ORNAC Board by an individual.

Lorne Flower was a medical industry representative who had a very special relationship with ORNAC. Lorne worked closely with Valerie Shirreff, who became the first President of ORNAC, and many others involved in the fledgling Association. Lorne was also the first Chairman of the National Exhibitor's Association of Canada (founded in 1984) and, through his lengthy leadership in this role, contributed to the establishment of ORNAC's financial foundation for ORNAC. Lorne continued to support ORNAC throughout his career, and many knew him for his kindly manner and warm smile.

The Award, in the amount of \$400, is awarded in National Conference years to a past or current ORNAC board member. The next nomination deadline is January 15th.

For more information please visit www.ORNAC.ca and click on [Bursaries, Grants & Awards](#).

Prix commémoratif Lorne Flower

John Flower a généreusement créé le **Prix commémoratif Lorne Flower** en souvenir de la contribution de son père, Lorne Flower, à la fondation de l'AISOC et du soutien qu'il lui a apporté. Les contributions de Lorne Flower seront célébrées à vie, deux fois par année, grâce à ce prix reconnaissant les talents et les connaissances d'une personne ainsi que ses contributions exceptionnelles au conseil de l'AISOC.

Lorne Flower était un représentant de l'industrie médicale ayant une relation très spéciale avec l'AISOC. Lorne a travaillé en étroite collaboration avec Valerie Shirreff, première présidente de l'AISOC, et de nombreuses autres personnes impliquées dans les premiers pas de l'association. Lorne a également été le premier président de la National Exhibitor's Association of Canada (fondée en 1984) et, au cours de son long mandat à ce poste, a contribué à déterminer les bases financières de l'AISOC. Lorne a continué d'appuyer l'AISOC tout au cours de sa carrière et il était réputé pour sa gentillesse et son sourire chaleureux.

Le prix d'un montant de 400 \$ est remis lors de la conférence nationale à un ancien membre ou à un membre actuel du conseil de l'AISOC. La date limite pour la prochaine mise en candidature est le 15 janvier.

Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter www.ORNAC.ca et cliquer sur le lien [Bursaries, Grants, & Awards](#). (disponible en anglais seulement)

3M Canadian Infection Prevention Champion Award

The **3M Canadian Infection Prevention Champion Award** was established in collaboration with ORNAC to acknowledge perioperative nurses dedicated to improving the lives of surgical patients through infection prevention and control. The award is presented at the ORNAC National Conference to a nurse who is recognized by peers as having made significant contributions that improve the lives of surgical patients through awareness of and reduction/prevention of infection. The recipient of the award receives a certificate, an award pin and a cheque from 3M for \$2,000.

Award Nominees must:

- Be a practicing perioperative registered nurse;
- Have nomination supported by 3 colleagues/associates;
- Hold current CPN(C);
- Be a current ORNAC member; and
- Have demonstrated a significant impact in relation to infection reduction/prevention **within 5 years of the nomination deadline.**

The deadline for completed nomination forms is **January 15th**

For more information visit www.ORNAC.ca
and click on **Awards**.



Prix-étoile 3M pour la prévention de l'infection au Canada

Le **Prix-étoile 3M pour la prévention de l'infection au Canada** a été créé en collaboration avec l'AISOC afin de reconnaître les infirmiers et les infirmières en soins périopératoires se vouant à améliorer la vie des patients opérés par le biais de la prévention et du contrôle des infections. Ce prix est remis lors de la conférence nationale de l'AISOC à un infirmier ou une infirmière qui a été reconnu(e) par ses pairs comme ayant contribué de façon significative à améliorer la vie des patients opérés en faisant de la sensibilisation et en s'efforçant de réduire/prévenir les infections. Le ou la récipiendaire du prix recevra un certificat, une épinglette de récompense ainsi qu'un chèque de 2 000 \$ de la part de 3M.

Les candidats au prix doivent :

- Être des infirmiers ou des infirmières autorisés(es) en soins périopératoires en exercice;
- Leur mise en candidature doit être appuyée par trois collègues/associés;
- Détenir un CSP(C);
- Être membre en règle de l'AISOC; et
- Avoir eu un impact considérable dans le domaine de la réduction/prévention de l'infection **dans les 5 ans avant la date limite de la mise en candidature.**

La date limite pour soumettre les mises en candidature est le **15 janvier**
Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter www.ORNAC.ca
et cliquer sur le lien **Prix**.

ANATOMY OF WRITING FOR PUBLICATION FOR NURSES, 3RD ED.

2017 – CYNTHIA SAVER

(LIVRE SEULEMENT DISPONIBLE EN ANGLAIS)

Soumis par : Debra Clendinneng, inf., B. Sc. Inf., M. Éd., Ph. D.

Sigma Theta Tau International. Indianapolis, IN.
497 pages, ouvrage général, écrit pour publication
ISBN-13: 978-1945157219
ISBN-10: 1945157216

Selon l'auteure, *Anatomy of Writing for Publication for Nurses, Third Edition* se veut un guide exhaustif et pratique à la rédaction professionnelle dans le domaine des soins de santé à l'intention des infirmiers et infirmières. L'objectif du livre vise à démystifier le processus de rédaction pour les personnes souhaitant combler l'écart entre l'exercice donnant lieu aux structures de phrases et la publication d'un manuscrit. L'auteure assure les lecteurs que toutes les infirmières peuvent apprendre à rédiger de manière efficace tout en appréciant le processus.

Peu importe la nature de votre projet de rédaction, ou vos compétences en écriture, ce livre, conçu et rédigé par des infirmières, vous enseignera des techniques pour améliorer votre produit final.

Cynthia Saver, M. Sc., inf., auteure principale et rédactrice du livre *Anatomy of Writing for Publication for Nurses, Third Edition*, possède 40 ans d'expérience en soins infirmiers et rédige, édite et publie depuis des décennies. Parmi ses travaux dans le domaine des soins de santé, notons : des rapports de recherche, des études de cas, des articles cliniques et des programmes de formation continue.

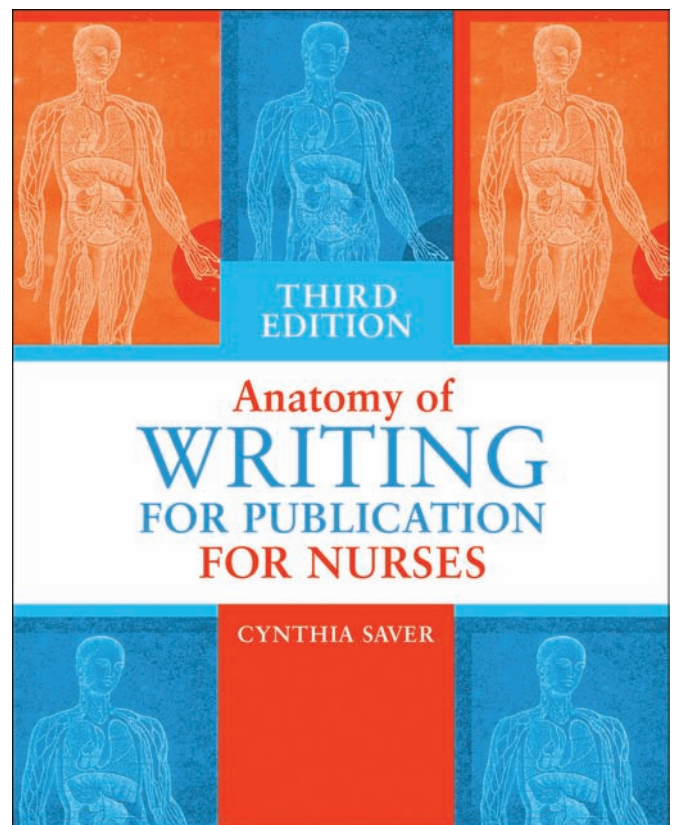
Pour cette 3e édition, 25 infirmières ayant déjà publié des travaux ont signé

les chapitres traitant des nouvelles tendances en publication.

Divisé en deux parties distinctes, la première partie du livre se concentre sur tous les aspects de la rédaction en vue de publier et inclut les tendances actuelles dans le domaine de la publication, comme les publications en libre accès et

interdisciplinaires. La deuxième section est axée sur la rédaction de différents types d'articles, comme la recherche quantitative, qualitative et sur les méthodes combinées ainsi que les articles cliniques et d'opinion. Elle traite également des articles révisés par les pairs. De plus, le livre donne, entre autres, des conseils sur la façon d'écrire pour les consommateurs, de contribuer à des chapitres de manuels, de créer des récits personnels et de développer du matériel de formation continue.

Grâce à ce livre, vous comprendrez de façon claire et sans ambiguïté les aspects



de la rédaction à l'aide de métaphores anatomiques tout à fait pertinentes aux infirmières. The brain (le cerveau) génère les idées ou le sujet de l'article. The heart (le cœur) dicte le rythme de l'écriture, faisant passer le lecteur de manière homogène à travers le contenu jusqu'à la conclusion. The skeletal structure (la structure squelettique) met en lumière le

Chaque infirmière, qu'elle soit débutante ou chevronnée, blogueuse ou chercheuse, y trouvera son compte dans ce livre.

sujet et les segments dans l'introduction, le corps et la conclusion. The intestines (les intestins) représentent bien sûr le centre de l'article incluant les nutriments, comme les données et l'information, et proposent des éléments de réflexion. The Kidneys (les reins) filtrent et affinent, un processus comme l'édition, où l'on supprime tout ce qui n'est pas essentiel.

Visuellement, le texte est intéressant, car l'auteur de chaque chapitre inclut des tableaux pertinents, des encadrés de couleur et des diagrammes qui séduisent l'apprenant. Une boîte Confidence Booster (Coup de pouce à la confiance) apparaît de temps en temps et encourage les infirmières à célébrer la rédaction et toutes les étapes qu'elles ont accomplies. Une boîte Write Now! (À votre tour!) conclut chaque chapitre et donne l'occasion aux infirmières d'écrire. Après le premier chapitre, par exemple, l'auteur demande aux lecteurs de rédiger une liste d'avantages qui pourraient découler de la rédaction d'un article et de créer un plan d'action par écrit.

Saver assure que, malgré la grande quantité de collaborateurs, les sujets se suivent de façon logique et que le ton employé dans chaque chapitre est à la fois joué et facile à suivre.

Les chapitres 1 à 8 proposent de l'information étape par étape sur la préparation à la rédaction. Les quelques premiers chapitres sont axés sur la découverte (finding) : trouver un sujet approprié, trouver et choisir où publier et trouver et documenter ses sources. À partir de là, les auteurs guident les

lecteurs à travers le processus leur permettant de s'organiser et de rédiger de manière efficace, à l'aide de graphiques pour améliorer et clarifier le manuscrit ainsi que de parcourir l'étape de la soumission/révision.

Dans le reste du livre, les infirmières découvriront des chapitres qui passent en revue des types précis de rédaction, comme les résumés, les articles cliniques, les articles de recherche, les rapports pour l'amélioration de la qualité et les rapports fondés sur des données probantes de la pratique. La façon de rédiger des critiques par les pairs et de créer des programmes de formation y sera également abordée.

Quelques-uns de mes chapitres préférés abordaient des sujets actuels uniques qui encouragent les infirmières à considérer leur travail comme significatif et pouvant être partagé avec la communauté en soins infirmiers. Lorraine Steefel, par exemple, qui est réputée pour ses publications et son mentorat auprès des étudiants en soins infirmiers, discute de la façon de transformer une présentation ou un travail scolaire en un manuscrit pour publication. Elle compare ce processus à l'action de tailler un buisson mature pour le débarrasser des branches qui ne sont plus nécessaires et le façonner en quelque chose de magnifique. Le lecteur peut se servir des tableaux simples et des trucs de rédaction pour orienter la transition de sa présentation, de son article académique ou d'un projet final en un manuscrit publiable. Des conseils précieux pour les étudiants en soins infirmiers ou les personnes envisageant d'écrire pour la première fois.

Une autre auteure, Nancy Brent, traite des détails pratiques des considérations éthico-juridiques pour les rédacteurs. Elle donne des explications détaillées sur les enjeux liés aux droits d'auteur, sur les permissions et les citations. On y explique en détail le plagiat et le vol d'œuvres littéraires, notamment les ramifications universitaires et juridiques. Ceci s'applique particulièrement aux étudiants en soins infirmiers et aux

écrivains en herbe qui doivent faire soigneusement référence aux travaux d'autres auteurs ou obtenir leur permission, au besoin, afin de ne pas commettre une fraude ou une inconduite qui pourrait avoir des répercussions sur leur vie professionnelle.

Ditommassi et Smith encouragent les infirmières à raconter leurs histoires dans leur section intitulée Writing the Nursing Narrative (Rédiger des témoignages liés aux soins infirmiers). Selon moi, ce chapitre était des plus instructifs en raison du fait que la recherche qualitative en soins infirmiers et la reconnaissance des données probantes subjectives sont généralement admises. Des entrevues et l'utilisation de comptes rendus des expériences vécues en soins de santé de participants à la recherche présentent la partie affective : les émotions et les sentiments et la partie voix (voice) : la capacité à s'exprimer et à se faire entendre, à titre de source crédible de données de recherche. Ce qui aide à rendre « visible ce qui reste souvent invisible, dans ce que font les infirmières » (p.343)

Chaque infirmière, qu'elle soit débutante ou chevronnée, blogueuse ou chercheuse, y trouvera son compte dans ce livre. L'éditeur et les auteurs proposent une gamme de connaissances combinées et donnent un aperçu de l'art et de la science de la rédaction. Chaque chapitre explore des sujets désignés tout en proposant du matériel pertinent, suffisamment de ressources et des références à jour qui encouragent les lecteurs à faire davantage de recherche. Grâce aux conseils des auteurs, les lecteurs comprennent que la rédaction est une compétence comme les autres qu'elles peuvent apprendre et peaufiner avec la pratique.

Anatomy of Writing for Publication for Nurses 3rd ed. est le livre qui, selon moi, couvre tous les sujets. Si, pour des raisons personnelles ou pour votre perfectionnement professionnel, la rédaction vous intéresse, vous pouvez développer vos compétences en vous référant régulièrement à son contenu rédigé pour et par des infirmières.

**Become a Member
of ORNAC today!**

**Devenir membre
de l'AISOC
aujourd'hui !**

**Operating Room Nurses Association of Canada
Association des infirmières et infirmiers de salle
d'opération du Canada**

By joining ORNAC, you are joining a national team of motivated and enthusiastic perioperative RNs who are committed to advancing perioperative nursing practice and patient safety.

Membership in ORNAC automatically makes you a member of your Provincial Council, with a portion of your registration fee being returned to your association to help support local and provincial initiatives. In addition, your registration fee entitles you to receive numerous **ORNAC Member Benefits**:

ORNAC Standards will continue to be a focus to support professional practice and we encourage you to become involved by asking questions, submitting suggestions or by becoming a reviewer.

ORNAC National Conference offers exciting educational, professional development and networking opportunities via regionally, nationally and internationally recognized speakers. Volunteer opportunities offer a chance to be actively engaged in a wide variety of roles including education, syllabus, advertising and public relations.

ORNAC also offers additional opportunities to advance practice and to share in a collective wealth of professional knowledge via our educational platforms, such as **Webinars**, our online **Members Forum**, research projects and other surveys.

As you can see, ORNAC has much to offer!
We hope that you join us today!

En adhérant à l'AISOC, vous vous joignez à une équipe nationale d'IA périopératoires motivés et enthousiastes, qui s'engagent à faire progresser la pratique des soins infirmiers périopératoires et la sécurité des patients.

Votre adhésion à l'AISOC vous rend automatiquement membre de votre conseil provincial, puisqu'une partie de vos droits d'inscription est retournée à votre association pour aider à soutenir les initiatives locales et provinciales. En outre, vos droits d'inscription vous permettent de bénéficier des nombreux avantages réservés aux membres de l'AISOC.

Les normes de l'AISOC continueront d'être une priorité pour appuyer la pratique professionnelle, et nous vous encourageons à participer en posant des questions, en soumettant des suggestions ou en devenant un/une réviseur(e).

Le congrès national de l'AISOC offre des possibilités de formation, de perfectionnement professionnel et de réseautage intéressantes grâce à des conférenciers reconnus à l'échelle régionale, nationale et internationale. Des possibilités de bénévolat offrent l'occasion de s'engager activement dans une grande variété de rôles, y compris la formation, les plans de cours, la publicité et les relations publiques.

L'AISOC offre également d'autres occasions de faire avancer la pratique et de partager une richesse collective de connaissances professionnelles par l'intermédiaire de nos plateformes éducatives, comme des **webinaires**, notre **Forum des membres** en ligne, des projets de recherche et d'autres sondages.

Comme vous le voyez, l'AISOC a beaucoup à offrir!
Nous espérons que vous vous joignez à nous aujourd'hui !



ornac.ca

UPCOMING EVENTS / PROCHAINS ÉVÉNEMENTS

**Perioperative
Nurses Week is
November 4 - 8, 2019.**

**La semaine des
infirmières et des
infirmiers en soins
périopératoires est du
4 au 8 novembre 2019.**

ORNAC & PROVINCIAL COUNCILS L'AIISOC ET LES CONSEILS PROVINCIAUX

26th ORNAC National Conference	Halifax, NS	Apr 26 - 30, 2019
--------------------------------	-------------	-------------------

OTHER CONFERENCES • AUTRES CONFÉRENCES

AORN www.aorn.org	Nashville, TN	April 6 - 10, 2019
EORNA www.eorna.eu	The Hague, Netherlands	May 16 - 19, 2019
IPAC Canada www.ipac-canada.org	Quebec City, QC	May 26 - 29, 2019

Additional conferences can be found at www.ornac.ca.
Jetez un coup d'œil aux conférences additionnelles à www.ornac.ca.

Peer-reviewed feature articles appearing in this publication have undergone a double blind peer review process. The views or opinions expressed in the editorial or articles are those of the authors and do not necessarily represent the policies or views of the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). Although reasonable efforts are made to ensure accuracy ORNAC, and its agents, take no responsibility whatsoever for errors, omissions or any consequences of reliance on material or the accuracy of information. In the event of a discrepancy, between the original and translated versions of the texts, the original version shall take precedence.

Publication does not constitute ORNAC endorsement of, or assumption of liability for, any claims made in advertisements.



**ORNAC /
AIISOC**

This publication is copyright in its entirety. Material may not be reprinted without the written permission of ORNAC. Contact through www.ORNAC.ca.

Les articles de chroniques évalués par un comité de lecture qui apparaissent dans cette publication ont été soumis à un processus d'évaluation par les pairs en double aveugle. Les points de vue ou les opinions exprimés dans l'article de tête ou les autres articles sont ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement les politiques ou les points de vue de l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC). Bien que tous les efforts aient été mis en œuvre pour assurer l'exactitude des articles, l'AIISOC et ses représentants ne sont en aucun cas responsables des erreurs, des omissions ou de toutes conséquences pouvant découler de l'utilisation du matériel ou de la justesse de l'information. En cas de doute quant à la traduction des articles, la version originale la version originale prévaudra.

La publication des annonces publicitaires ne signifie en aucun cas que l'AIISOC n'approuve ou n'assume la responsabilité de toute revendication faite par ces dernières.

L'intégralité de cette publication est protégée par la loi sur le droit d'auteur. Les documents ne peuvent être réimprimés sans l'autorisation écrite de l'AIISOC. Communiquez avec www.ORNAC.ca.

ANATOMY OF WRITING FOR PUBLICATION FOR NURSES, 3RD ED. 2017 – CYNTHIA SAVER

Submitted by: Debra Clendinneng RN, BScN, MEd, PhD

Sigma Theta Tau International. Indianapolis, IN.
497 pages, non-fiction, writing for publication
ISBN-13: 978-1945157219
ISBN-10: 1945157216

Anatomy of Writing for Publication for Nurses, Third Edition, is described by the author as a comprehensive yet practical guide to professional healthcare writing for nurses. The book's goal is to demystify the writing process for those who need to bridge the gap from sentence structure to a published manuscript. The author assures readers that all nurses can learn to write effectively and enjoy the process.

No matter what the nature of your writing project, or how well you currently write, this book, designed for and written by nurses, will teach you skills that improve your final product.

Cynthia Saver, MS, RN, lead author and editor of Anatomy of Writing for Publication for Nurses, Third Edition, has 40 years of nursing experience and has been writing, editing and publishing for decades. Her range of health care writing encapsulates research reports, case studies, clinical articles, and continuing education programs.

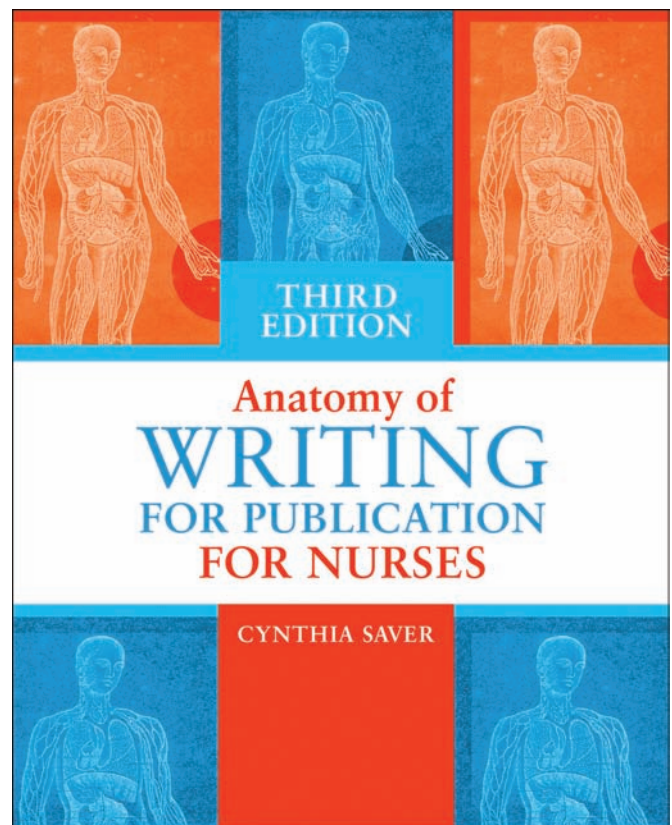
For this 3rd Edition, there are 25 published nurses who author chapters that discuss new trends in publication. The book is divided into two discrete areas. The first focuses on all aspects of writing for publication and includes current publishing trends such as open access and interdisciplinary publishing.

The second section focuses on writing different types of articles such as quantitative, qualitative and mixed methods research, clinical and opinion articles. It also discusses the peer review of articles. The book also provides direction on writing for consumers, contributing text-book chapters, creating personal narratives, and developing continuing educational material, among others.

The book provides a straightforward understanding of the aspects of writing using an anatomy metaphor that is very relatable for nurses. The Brain generates the ideas or topic for the article. The heart dictates the flow of the writing, moving the reader seamlessly through the content to the conclusion. Skeletal structure outlines the topic and segments into beginning, middle and end. Intestines, of course, represent the guts of the article including nutrients, like data and information, and providing

food-for-thought. The kidneys filter and refine, a process like editing, where all non-essentials are removed.

The text is visually interesting as each chapter's author(s) include relevant tables, highlighted boxes, and diagrams that appeal to the visual learner. A Confidence Booster box appears at



This book contains something for every nurse whether novice or expert, blogger or researcher.

intervals and encourages nurses to celebrate writing and all the incremental steps they have accomplished. A Write Now! Box concludes each chapter and provides opportunities for nurses to write. After the first chapter, for instance, the author asks the reader to write a list of benefits that could come from writing an article and to create a written action plan.

Saver ensures that, despite the large quantity of contributors, topics flow with a logical progression and that the tone of each chapter is upbeat and easy to follow.

Chapters 1 – 8 provide sequential information on preparing to write. The first few chapters focus on finding: finding an appropriate topic, finding and choosing where to publish, and finding and documenting sources. From there the authors take the reader through the process of effective organization and writing, using graphics to enhance and clarify the manuscript, and navigating the submission/revision stage.

In the remainder of the book, nurses find chapters that review specific types of writing such as abstracts, clinical articles, research articles, quality improvement and evidence-based practice reports. It also includes how to write up peer reviews and create education programs.

Some of my favourite chapters dealt with unique, current topics that encourage nurses to view their work as meaningful and sharable with the nursing community. Lorraine Steefel, for instance, who is known for her publications and mentoring work with nursing students, discusses how to transition a presentation or a school paper into a manuscript for publication. She likens this process to pruning a full-grown bush, ridding it of unnecessary branches, and reshaping it into a thing of beauty. The reader can utilize the simple tables and writing tips to help guide their transition from presentation, academic paper, or culminating capstone project, into a publishable manuscript. This is invaluable for nursing students or

those considering writing for the first time.

Another author, Nancy Brent, tackles the nitty gritty of ethico-legal considerations for writers. She explains copyright issues, permissions, and citations in detail. Plagiarism, the stealing of literary work, is described in detail including the academic and legal ramifications. This is particularly applicable to nursing students and novice writers who need to carefully reference another's works, or obtain permission when required, so as not to commit fraud or academic misconduct that can impact their professional life.

Ditommassi and Smith encourage nurses to tell stories in their section titled Writing the Nursing Narrative. I found this chapter enlightening due to popular acceptance of qualitative research in nursing and the acknowledgement of subjective evidence. Interviewing and using research participants accounts of their lived experiences in healthcare introduces the affective: emotions and feelings and voice: the ability to express oneself and be heard, as credible research data sources. This is helping make “visible that which is often invisible – what nurses do.” (p.343)

This book contains something for every nurse whether novice or expert, blogger or researcher. The editor and authors offer a wealth of combined knowledge and insight in to the art and science of writing. Each chapter explores the designated topic with relevant material, sufficient resources, and up to date references that encourage the reader to investigate further. The authors, and their guidance, reassure readers that writing is a skill much like other that nurses can learn, and perfect, with practice.

Anatomy of Writing for Publication for Nurses 3rd ed. is the one book that, in my opinion, covers it all. If you are interested in writing for personal reasons, or for professional development, you may hone your skills by routinely referring to contents written by nurses for nurses.

Purple
is
the
new
Yellow

KYRA STIRRUPS - NOW AVAILABLE!

www.meditek.ca/kyra



MEDITEK

Here for L.I.F.E.

1.800.567.8400
info@meditek.ca



MAKE THE SMART CHOICE FOR YOUR SURGICAL INSTRUMENTS.

Count on exceptional quality, endurance and value with our stainless steel instruments, available in custom sets or for individual purchase, to meet any procedural need or surgeon reference.

For more information call your local Medline Representative or email canada@medline.com

For more information, call your local Medline representative or email canada@medline.com