

Empoderament de les infermeres en entorns de simulació clínica interdisciplinària i a la realitat assistencial durant l'arribada de la COVID-19

Exploració del constructe i dels factors que l'influencien

Laura Macià Casòliva

Tesi doctoral co-dirigida per la Doctora Carlota Riera Claret i la Doctora
Clara Selva Olid.

Programa de Doctorat: Cures Integrals i Serveis de Salut

Universitat de Vic- Universitat Central de Catalunya

Gener 2023

A les infermeres.

*La nostra forma de ser i de fer,
ens identifica,
ens uneix
i és poderosa.*

AGRAÏMENTS

Arribats a la fita final del camí, vull dedicar aquestes primeres paraules de la memòria a aquelles persones que, d'una manera o d'una altra, han deixat petjada al llarg del trajecte.

Primer de tot, gràcies Carlota i Clara, per acompanyar-me en aquesta aventura. Heu omplert aquests anys d'aprenentatge, i no només ho heu fet de forma fàcil, sinó també emocionant i enriquidora. Gràcies per copsar la meva idea des del principi, per creure-hi, i per guiar-me dins aquesta primera excursió al món de la investigació qualitativa. Per tenir sempre a punt una paraula motivadora i engrescadora, per veure-ho tot sempre en positiu i per la vostra paciència infinita. Gràcies també pel vostre rigor, per les revisions minucioses i pels consells de gran valor al llarg de tot el camí. Finalment, gràcies per apropar-me, en aquesta darrera etapa, a la Carmen Gomar i la Maite Martínez, a qui també vull agrair la lectura i revisió de la memòria, des de la seva expertesa i el seu saber.

A l'Antònia Puiggrós, la Marina Mateu, la Glòria Tort i la Paola Galbany, que any rere any, a través de les Comissions de Seguiment, han contribuït a enriquir aquesta tesi doctoral. També al Dr. José Maria Quintilla, per compartir la seva expertesa i per la seva orientació durant els primers anys de la investigació.

Als meus pares, qui m'han transmès la passió per la infermeria i per la docència a parts iguals. Sempre al meu costat. Un a cada banda, discrets i sense molestar però sempre atents, predisposats, i decidits a donar un cop de mà. Gràcies per inculcar-me la importància de la constància, la perseverança i l'esforç. Però sobretot, gràcies per fer-ho sempre des de l'estima i l'amor. Per celebrar totes i cada una de les petites fites, no només les corresponents a la tesi, sinó de la vida en general. Us estimo molt!

Al meu company de viatge, l'Abraham. Havia sentit a dir que l'elaboració d'una tesi era dura, molt dura. Crec però, que fins que no s'arriba al final del camí, una no es fa a la idea de fins a quin punt ho és. I crec també, que tu ets qui més ho sap després de jo mateixa. Com admiro la teva forma d'adaptar-te i fer-ho tot tan fàcil! Tot i la reducció del nostre temps, tot i "endur-nos" la tesi a llocs com Menorca i el País Basc, tot i les tempestes emocionals que han anat apareixent, t'has mantingut

ferm al meu costat, agafant-me de la mà sense pensar-ho. Gràcies per creure en mi des del principi, en tots els sentits.

A la família. L'interès i les paraules d'ànims de totes i cada una de vosaltres han estat petites empentes d'energia al llarg de tot aquest camí. Menció especial al meu tiet, Manel Fontdevila, per la il·lustració de la portada, que aconsegueix representar l'essència de la tesi a la perfecció.

A les amigues, que sou moltes i sou casa. Des d'àmbits i entorns ben diferents, heu estat puntals per alleugerir el pes de l'equipatge d'aquest viatge.

A totes les companyes de pediatria i nounats, amb qui he crescut com a infermera i com a persona. M'heu acompanyat des de l'inici de l'aventura i sempre heu tingut paraules d'ànim preparades per fer-me avançar una mica més. A l'Ana Gómez, pel seu suport incondicional i per facilitar-me al màxim el trajecte, però sobretot, per creure en les persones de la forma en què ho fa.

A la Fundació Althaia, per l'ajuda rebuda al llarg de la realització de l'estudi, i per creure i apostar, cada cop més, per la recerca infermera.

Finalment, a les infermeres de les dues institucions on s'ha desenvolupat la tesi. Des de l'anonimat, sou l'ànima d'aquesta investigació.

A totes vosaltres,

Gràcies.

RESUM

Objectius: La investigació cerca conèixer com es reflecteix l'empoderament de les infermeres en entorns de simulació clínica interdisciplinària i a la realitat assistencial durant la primera onada de la COVID-19, juntament amb els factors d'ambdós entorns que generen influència en el constructe.

Metodologia: Estudi qualitatiu de tipus fenomenològic interpretatiu. Mostreig intencional fins a saturació de dades. Les dades s'obtenen mitjançant observació no participant en entorns de simulació; entrevistes semiestructurades a sis infermeres participants; a través d'observació participant en una unitat de semicrítics de nova creació durant l'arribada de la COVID-19 i mitjançant vuit entrevistes a infermeres que en formen part. S'analitza el contingut de tot el corpus de dades i s'obtenen 35 codis, subsumits en 8 agrupacions i dos temes finals.

Resultats: S'ha pogut determinar l'existència de factors que influeixen l'empoderament de les infermeres. Aquests es basen en l'existència d'un clima positiu dins l'equip; la percepció de seguretat relacionada amb l'entorn; la generació d'emocions; la identificació d'aspectes clau; i la possibilitat de millora individual i col·lectiva. Així mateix, s'han detectat manifestacions d'empoderament de les professionals, vinculades a la introspecció i l'autoanàlisi; la consciència de l'impacte; i les percepcions positives.

Conclusions: L'evidència de manifestacions d'empoderament de les infermeres a l'entorn de simulació contribueix a certificar la utilitat de la tècnica per a promoure'l, mentre que la detecció d'aquestes al context assistencial estudiat, en facilita la identificació en altres entorns. La determinació de factors que influeixen l'empoderament a l'entorn assistencial contribueix a determinar quins aspectes afavoreixen el constructe i quins l'impedeixen, mentre que el fet d'evidenciar aquests factors a l'entorn de simulació permet entreveure en quins aspectes de la metodologia cal incidir per tal de fomentar l'empoderament d'aquestes professionals mitjançant la seva utilització.

RESUMEN

Objetivo: La investigación pretende conocer cómo se refleja el empoderamiento de las enfermeras en entornos de simulación clínica interdisciplinaria y en la realidad asistencial durante la primera ola de la COVID-19, juntamente con los factores de ambos entornos que influyen en el constructo.

Metodología: Estudio cualitativo de tipo fenomenológico interpretativo. Muestreo intencional hasta saturación de datos. Los datos se obtienen mediante observación no participante en sesiones de simulación; entrevistas semiestructuradas a seis enfermeras participantes; observación participante en una unidad de semicríticos de nueva creación durante la llegada de la COVID-19 y mediante ocho entrevistas a enfermeras que forman parte de ésta. Se analiza el contenido de todo el corpus de datos y se obtienen 35 códigos, subsumidos en 8 agrupaciones y dos temas finales.

Resultados: Se ha podido determinar la existencia de factores que influyen en el empoderamiento de las enfermeras. Estas se basan en la existencia de un clima positivo dentro del equipo; en la percepción de seguridad relacionada con el entorno; en la generación de emociones; en la identificación de aspectos clave y en la posibilidad de mejora individual y colectiva. Así mismo, se han detectado manifestaciones de empoderamiento de las profesionales, vinculadas a la introspección y el autoanálisis; la consciencia del impacto y las percepciones positivas.

Conclusiones: La evidencia de manifestaciones de empoderamiento de las enfermeras en el entorno de simulación contribuye a certificar la utilidad de la técnica para promoverlo, mientras que la detección de estas en el entorno asistencial facilita la identificación en otros contextos. La determinación de factores que influyen en el empoderamiento en el entorno asistencial contribuye a determinar qué aspectos lo favorecen y cuáles de ellos lo impiden. Evidenciar estos factores en el entorno de simulación permite entrever en qué aspectos de la metodología hay que incidir para fomentar el empoderamiento de estas profesionales mediante su utilización.

ABSTRACT

Objective: The research aims to find out how the nurses' empowerment is reflected in interdisciplinary clinical simulation environments and in the real context during the first wave of COVID-19, together with the factors of both environments that influence the construct.

Method: Qualitative phenomenological interpretative study. Purposive sampling until data saturation. The data is obtained through non-participant observation in simulation sessions; semi-structured interviews to six participating nurses; participant observation in a newly created semi-critical care unit during the arrival of COVID-19 and through eight interviews to nurses who were part of it. The content of the whole corpus of data corpus is analyzed and 35 codes are obtained, distributed into 8 groups and two final subjects.

Results: It has been possible to determine the existence of factors that influence the nurses' empowerment. These are based on the existence of a positive atmosphere within the team; on the perceived security related to the environment; on the existence of emotions; on the identification of key aspects and on the possibility of individual and collective improvement. Likewise, manifestations of nursing empowerment have been detected, linked to introspection and self-analysis; awareness of the impact and positive perceptions.

Conclusions: The evidence of manifestations of nurses' empowerment in the simulation environment contributes to certify the usefulness of the technique to promote it, while the detection of these in the real context facilitates their identification in other realities. The determination of factors that influence empowerment in the real environment contributes to determine which aspects improve it and which of them difficult it. Evidencing these factors in the simulation context enables the identification of the aspects of the methodology that must be intensified to promote the empowerment of these professionals through its use.

ÍNDEX

CAPÍTOL 1: INTRODUCCIÓ	17
CAPÍTOL 2: MARC TEÒRIC	23
2.1 El primer pilar: la professió infermera i les infermeres com a professionals	25
2.1.1 La infermeria com a professió	25
2.1.2 Les infermeres	26
2.2 El segon pilar: la simulació clínica.....	27
2.2.1 Disseny de l'experiència de simulació	28
2.2.2 Simulation-Enhanced Interprofessional Education	33
2.2.3 Crisis Resource Management	34
2.2.4 E-CRM SEMES	35
2.3 El tercer pilar: l'empoderament	37
2.3.1 El concepte de poder	38
2.3.2 Teories clàssiques sobre l'empoderament	40
2.4 El poder i l'empoderament de les infermeres	45
2.4.1 El poder de les infermeres	45
2.4.2 L'empoderament de les infermeres	47
CAPÍTOL 3: PREGUNTES D'INVESTIGACIÓ I OBJECTIUS	51
3.1 Preguntes d'investigació	53
3.2 Objectius	55
CAPÍTOL 4: METODOLOGIA	57
4.1 Consideracions que orienten el disseny de la investigació	59
4.2 Mètode	60
4.3 Context d'exploració	61
4.4 Diferències entre els contextos d'investigació	63
4.5 Mostreig.....	64
4.6 Posicionament de la investigadora.....	67
4.7 Tècniques de recollida de dades.....	68
4.8 Rigor i validesa	71
4.9 Ètica de la investigació	72
4.10 Anàlisi de dades	73
CAPÍTOL 5: RESULTATS	87
5.1 Factors que influeixen l'empoderament de les infermeres	90
5.1.1 Existència d'un clima positiu dins l'equip	90

5.1.2 Percepció de seguretat relacionada amb l'entorn	103
5.1.3 Generació d'emocions	124
5.1.4 Identificació d'aspectes clau	131
5.1.5 Possibilitat de millora individual i col·lectiva	143
5.2 Manifestacions d'empoderament de les infermeres	160
5.2.1 Introspecció i autoanàlisi	161
5.2.2 Consciència de l'impacte	167
5.2.3 Percepcions positives	176
CAPÍTOL 6: DISCUSSIÓ FINAL	181
CAPÍTOL 7: CONCLUSIONS	207
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	213
ANNEXOS.....	233
ANNEX 1: Full de consentiment informat per a les entrevistes de l'entorn de simulació clínica.	234
ANNEX 2: Full de consentiment informat per a les entrevistes de l'entorn assistencial	236
ANNEX 3: Glossari de codis utilitzats	238

ÍNDEX DE FIGURES I TAULES

Figura 1. Procés d'obtenció del corpus de dades i instruments de recollida de dades utilitzats en cada fase.....	71
Figura 2. Mapa de relacions de l'agrupació Existència d'un clima positiu dins l'equip...	91
Figura 3. Mapa de relacions de l'agrupació Percepció de seguretat relacionada amb l'entorn.....	104
Figura 4. Mapa de relacions de l'agrupació Generació d'emocions.....	125
Figura 5. Mapa de relacions de l'agrupació Identificació d'aspectes clau.....	132
Figura 6. Mapa de relacions de l'agrupació Possibilitat de millora individual i col·lectiva.....	143
Figura 7. Mapa de relacions de l'agrupació Introspecció i autoanàlisi.....	161
Figura 8. Mapa de relacions de l'agrupació Consciència de l'impacte.....	168
Figura 9. Mapa de relacions de l'agrupació Percepcions positives.....	176
Taula 1. Dades sociodemogràfiques de les infermeres entrevistades a l'entorn de simulació clínica.....	66
Taula 2. Dades sociodemogràfiques de les infermeres entrevistades a l'entorn assistencial.....	66
Taula 3. Distribució d'unitats de significat segons entorn de procedència.....	76
Taula 4. Distribució de codis en les entrevistes semiestructurades i observació no participant.....	78
Taula 5. Freqüència d'aparició dels diferents codis en funció dels entorns estudiats.....	80
Taula 6. Codis que apareixen exclusivament a l'entorn assistencial i freqüència d'aparició.....	81
Taula 7. Codis que apareixen exclusivament a l'entorn de simulació i freqüència d'aparició.....	81
Taula 8. Dades obtingudes a partir de la taula de co-ocurrències en relació als aspectes relacionats amb les condicions de l'equip.....	82
Taula 9. Dades obtingudes a partir de la taula de co-ocurrències en relació als aspectes relacionats amb les condicions de l'entorn.....	82
Taula 10. Dades obtingudes a partir de la taula de co-ocurrències en relació als aspectes relacionats amb el coneixement i l'aprenentatge.....	83
Taula 11. Dades obtingudes a partir de la taula de co-ocurrències en relació als aspectes que denoten empoderament.....	83
Taula 12. Agrupacions finals i codis que les conformen.....	84
Taula 13. Distribució de codis, agrupacions i temes finals.....	86

CAPÍTOL 1: INTRODUCCIÓ

“No es treballa d’infermera. S’és infermera”

Frase del llibre *La Veu Invisible*; Gisela Pou

La infermeria s'identifica com una professió de caràcter integrador, holístic i global, que implica la necessitat constant de posicionament i presa de decisions.

Al llarg de la història, ha hagut de donar resposta a diverses situacions socials, polítiques i biològiques, que han contribuït a caracteritzar-la com una professió altament demandant, en la que les infermeres han de demostrar capacitat d'adaptació a l'entorn, a la societat i a les persones.

Cal tenir present que, com a persones que tenen cura de les persones, les infermeres requereixen coneixements, habilitats i actituds que no només permetin proporcionar cures de qualitat, sinó també segures i basades en l'evidència. Tots aquests fets fan que sigui necessari vetllar pel benestar d'aquestes professionals, tant a nivell de salut física i mental com a nivell social.

Precisament amb aquest objectiu, s'ha identificat la necessitat de fomentar l'empoderament de les infermeres. El concepte d'empoderament ha estat definit mitjançant diverses teories al llarg de la història, fet que implica certa dificultat a l'hora d'establir-ne una definició concreta. Tot i així, es pot afirmar que es tracta d'un concepte positiu i dinàmic, vinculat a fomentar la creença respecte al potencial d'un mateix, a partir d'elements socials i estructurals, així com psicològics i relacionals.

Paral·lelament, la complexitat de les demandes de la infermeria com a professió i les característiques del concepte d'empoderament, fan necessària la cerca d'estratègies destinades a enfortir aquesta percepció en les infermeres.

En aquest sentit, la simulació clínica és una metodologia docent innovadora que ha guanyat protagonisme en el camp de les ciències de la salut i que en segueix guanyant dia a dia. Basada en les teories de l'aprenentatge reflexiu i l'aprenentatge de l'adult, brinda la possibilitat de recrear situacions similars a la realitat, però segures i controlades. Aquest fet facilita l'estandardització i el disseny deliberat de les sessions. Tant és així, que la simulació clínica és una metodologia àmpliament utilitzada en l'entrenament d'equips interdisciplinaris, ja que permet arribar a conèixer els models mentals de les persones

participants, analitzar-los i buscar accions de millora a partir de la comprensió del *per què*, és a dir, dels motius que han portat les participants a actuar de la manera que ho han fet i a sentir-se de la manera que s'han sentit.

La intenció de la present investigació recau en aprofundir en els aspectes de la simulació clínica que s'interrelacionen directament amb l'empoderament, per tal d'explorar-los i determinar si, a partir d'aquestes connexions, la simulació clínica podria esdevenir una tècnica d'utilitat per propiciar l'empoderament de les infermeres.

En aquest sentit, s'ha volgut considerar l'empoderament com un constructe altament subjectiu. De fet, existeixen instruments validats de caire quantitatiu útils per a la mesura del grau d'empoderament de les persones, però per la naturalesa i objectius del projecte, així com dels conceptes estudiats -com són la simulació clínica i l'empoderament-, s'ha volgut realitzar un disseny del projecte de caire qualitatiu, que ens permeti acostar-nos màximament als fenòmens d'estudi i poder-los arribar a comprendre de forma global i holística.

D'aquesta manera, s'han aprofitat les oportunitats que ofereix la simulació per tal d'estudiar les percepcions i emocions de les infermeres participants, en relació al seu empoderament i a la seva consideració sobre la professió en general. Al mateix temps, s'ha volgut conèixer com el constructe de l'empoderament es relaciona amb cada una de les parts de la simulació clínica.

Seguidament, cal tenir en consideració que durant el desenvolupament d'aquesta investigació, concretament al llarg del març de l'any 2020, la pandèmia de la COVID-19 va esclatar arreu del món, també a Catalunya. La investigadora principal, infermera assistencial, va veure àmpliament modificat el seu dia a dia laboral, passant de treballar a la Unitat de Cures Intensives Neonatals, a atendre persones adultes amb necessitats de cures intensives. L'atenció a aquestes persones tenia lloc en un entorn físic no preparat per la tipologia de cures que necessitaven i dins un equip assistencial format, majoritàriament, per infermeres no expertes en cures intensives d'adult.

Aquest aspecte pren rellevància pel projecte, ja que va ser en aquest context, estrany i diferent a l'habitual, no només per la investigadora principal, sinó

també per totes les persones que van formar part de la unitat, que es van poder començar a identificar factors estretament relacionats amb l'empoderament de les infermeres que hi treballaven: tot i les condicions, tot i el desconeixement, tot i les dificultats arreu del món causades per la pandèmia, les infermeres d'aquella unitat manifestaven i referien sentir-se empoderades.

Havent identificat tots aquests aspectes, es va considerar necessari explorar aquest fet de forma més exhaustiva, amb dos motius principals. En primer lloc, es volia contribuir a l'empoderament d'aquest col·lectiu i, al mateix temps, homenatjar-lo, deixant registrat tot el que van sentir i viure durant aquell lapse temporal. En segon lloc, es volia explorar quins aspectes d'aquell període van fer que es sentissin empoderades, per identificar-los clarament, entendre'ls i utilitzar-los posteriorment per afavorir l'empoderament d'aquestes professionals en altres situacions.

Així mateix, els trets identificats ens han servit per buscar similituds amb els aspectes observats al llarg de les sessions de simulació clínica, i poder-nos apropar així al fenomen d'estudi, de forma general.

CAPÍTOL 2: MARC TEÒRIC

“Although we might not know what it is, we know it when we see it”

Julian Rappaport

2.1 El primer pilar: la professió infermera i les infermeres com a professionals

Per copsar, entendre i establir un punt de partida per a la investigació, es fa necessari descriure la infermeria com a professió, així com els aspectes definitoris i característics de les persones que la duen a terme, és a dir, les infermeres¹. Així doncs, el primer dels tres pilars que guien l'enfocament teòric d'aquesta investigació es fonamenta en les persones que es dediquen a tenir cura d'altres persones, i en la seva tasca professional.

2.1.1 La infermeria com a professió

En les últimes dècades, la infermeria ha passat de ser un art i un ofici a ser considerada una professió i una disciplina fonamentada en l'evidència científica, tal com demostren els continguts curriculars i la titulació atorgada al final dels estudis universitaris de grau d'infermeria (Martínez-Martín i Chamorro-Rebollo, 2017). Molts dels canvis que han caracteritzat l'evolució de la infermeria com a professió han vingut propiciats pels esforços de les infermeres predecessores com Florence Nightingale, Dorothea Orem i Virginia Henderson (Martínez-Martín i Chamorro-Rebollo, 2017).

Tant és així, que actualment el Consell Internacional d'Infermeres (2012) descriu la infermeria com una professió definida i consolidada, que engloba el conjunt de cures proporcionades a persones de totes les edats, famílies, grups i comunitats, de forma autònoma i en col·laboració amb altres professionals. D'aquesta manera, la infermeria cerca el benefici del pacient, que esdevé el centre de les seves accions, i té en consideració les experiències de salut que sorgeixen a partir de la interacció d'aquest amb el seu entorn (Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2002; OMS, 2020; TERMCAT, 2008; Zabalegui-Yárnoz, 2003)

Així doncs, la professió infermera proporciona una àmplia varietat de serveis de salut a les persones, mentre que també realitza tasques de sensibilització i promoció d'un entorn segur, i participa en la gestió de les pacients, dels serveis

¹ De la mateixa forma que ho fa el Consell Internacional d'Infermeres (CIE), en aquesta

de salut i l'elaboració de polítiques sanitàries (Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2002; OMS, 2020; Zabalegui-Yárnoz, 2003)

Paral·lelament, cal tenir en consideració la necessitat que presenta la infermeria actual d'adaptar-se a situacions canviants relacionades amb factors històrics, tecnològics, demogràfics, socials i polítics. Per una banda, aquest fet esdevé un repte per aquestes professionals, que necessiten entendre quins són els valors, necessitats i expectatives canviants de la societat i formar-se per així poder proporcionar cures infermeres expertes i de màxima qualitat (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, 2014). Per altra banda, l'exigència de la situació comporta també l'adquisició i desenvolupament de noves competències, fet que contribueix al creixement i evolució de la professió (Gálvez, 2017; Martínez-Martín i Chamorro-Rebollo, 2017).

Finalment, cal tenir en consideració que, a banda de donar resposta a les descrites situacions canviants, la infermeria també es veu influenciada per la demanda i valoració social i organitzativa que es fa de la professió. Aquests factors condicionen, tant positivament com negativament, l'interès que genera la professió, la tendència d'incorporació de nous professionals, la composició de gènere, la procedència social, l'estatus i el paper que assoleixen les infermeres en la societat (Bosch i Rodríguez, 2004).

2.1.2 Les infermeres

Per tal de comprendre la complexitat de la infermeria com a professió i identificar pròpiament la necessitat imperiosa de possibilitar l'empoderament d'aquest col·lectiu, cal entendre i analitzar la figura i els trets que caracteritzen les infermeres.

La denominació d'infermera o infermer, s'utilitza per totes les persones que compleixen els requisits legals, educatius i administratius per exercir la infermeria (OMS, 2020). Segons dades de la Organització Mundial de la Salut (2020), les infermeres constitueixen el grup ocupacional més nombrós del

sector de la salut, i són un dels pilars dels equips sanitaris interprofessionals encarregats de fomentar una salut global per a la població.

Per una banda, cal destacar que les infermeres posseeixen un rol autònom, que implica l'aplicació de coneixements i tècniques pròpies de la seva disciplina, el centre de les quals esdevé el pacient. Les cures infermeres es basen en evidència científica i s'acompanyen de la interacció constant amb el procés tecnològic i les tècniques derivades de les ciències humanes, físiques, socials i biològiques (Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya 2013, 2002). Així mateix, impliquen responsabilitat moral per part de la infermera, així com capacitat d'escolta, diàleg, comprensió i resolució de situacions complexes (Zabalegui-Yárnoz, 2003).

Per altra banda, les infermeres treballen de forma col·laboradora, formant part d'equips de salut, fet que fomenta la consecució d'una assistència integral i integrada (Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2013, 2002). La infermera és qui coneix les percepcions i necessitats de la pacient, i negocia les seves cures per aconseguir els objectius proposats en el pla de cures holístic (Zabalegui-Yárnoz, 2003). Així doncs, esdevé el vincle o unió entre els diferents professionals de salut, la pacient i la seva família.

Tots aquests motius demostren la necessitat d'integrar les infermeres en els equips de salut, promocionant el lideratge d'aquestes professionals i fent palesa la repercussió i impacte de les cures que proporcionen. Per aconseguir-ho, és necessari fomentar-ne la formació i millorar el seu nivell de competència, així com vetllar per les condicions laborals a les que s'exposen (OMS, 2020).

2.2 El segon pilar: la simulació clínica

El segon pilar que guia el disseny d'aquesta investigació és la simulació clínica, que s'identifica com la tècnica que permet reemplaçar o amplificar experiències reals amb experiències guiades. Per a fer-ho, es fonamenta en la creació d'ambients o situacions que evoquen o representen aspectes substancials del món real, de manera interactiva, i amb el propòsit de practicar, aprendre, avaluar, provar o comprendre sistemes o accions humanes (Gaba, 2004; Lioce et al., 2020). A més, inclou la utilització de diferents metodologies

pedagògiques, que contribueixen a la millora i validació de la progressió de les persones participants, des de novells a expertes (INACSL Standards Committee, 2016a).

La simulació clínica representa una tècnica idònia per a treballar la presa de decisions clíniques, la comunicació, el treball en equip o la realització de procediments tècnics, mentre que també permet redissenyar processos assistencials, de forma unitària i interprofessional, al llarg de la formació acadèmica (León-Castelao i Maestre, 2019). El fet que la simulació clínica possibiliti l'aprenentatge cooperatiu i relacional, entre d'altres, ha fet que aquesta metodologia guanyi protagonisme en l'àmbit de les ciències de la salut (Roussin et al., 2018; Palés-Argullós i Gomar-Sancho, 2010), esdevenint una tècnica que fomenta la cultura de seguretat a tots els nivells d'expertesa, implicant modificacions en els coneixements, habilitats i actituds dels i les participants, que acaben generant repercussions positives al lloc de treball (Cook et al., 2011; León-Castelao i Maestre, 2019; Torredà et al., 2019).

Així doncs, la simulació clínica implica l'actuació de les professionals en un escenari simulat que recrea la realitat, juntament amb el procés posterior de reflexió, que serà guiat per la persona facilitadora i es desenvoluparà de forma estructurada. Aquest procés de reflexió, denominat *debriefing*, tractarà sobre els successos esdevinguts a l'escenari, així com sobre els motius que els justifiquen i els fomenten.

A continuació descriurem els aspectes fonamentals que cal tenir en consideració en relació al disseny d'experiències de simulació clínica, tal com queden descrits pels Estàndards de Millors Pràctiques, elaborats per la *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*.

2.2.1 Disseny de l'experiència de simulació

L'any 2016, la INACSL publica els Estàndards de Millors Pràctiques, que determinen les característiques i elements necessaris en el disseny d'una sessió de simulació.

El disseny estandarditzat de les sessions de simulació és imprescindible i serveix de punt de partida per assegurar el correcte desenvolupament d'aquestes. En aquest sentit, una planificació intencionada i sistemàtica, que al mateix temps sigui flexible i cíclica, fomenta la consecució dels objectius i resultats esperats i facilita l'efectivitat de la sessió de simulació (INACSL Standards Committee, 2016a). Paral·lelament, contribueix a utilitzar els recursos implicats en la sessió de forma eficient, i millora la valoració final de les participants (INACSL Standards Committee, 2016a).

Els aspectes relacionats amb el disseny de sessions de simulació que es consideren més rellevants per a la present investigació són els següents:

Construcció d'objectius mesurables

D'acord amb els Estàndards de millors pràctiques (2016a), per fomentar el disseny estandarditzat d'una sessió de simulació cal realitzar una valoració inicial de les necessitats, a partir de la qual s'establiran uns objectius mesurables, amplis i específics, relacionats amb els objectius organitzacionals. Aquest fet permetrà abordar les necessitats identificades de forma prèvia a l'elaboració del cas, així com optimitzar la consecució dels resultats esperats (INACSL Standards Committee, 2016a; Riera-Claret i Espino-Datsira, 2021).

Paral·lelament, serà necessari establir també uns objectius específics, que aniran relacionats amb les mesures de compliment de les participants i que poden ser o no revelats de forma prèvia, en funció del criteri de les facilitadores (INACSL Standards Committee, 2016a).

Utilització de diversos tipus de fidelitat

El format de la sessió de simulació, així com l'escenari o cas a treballar, haurà de ser seleccionat en funció del propòsit, la teoria i la modalitat de l'experiència.

Caldrà contemplar i abordar el realisme d'una sessió de simulació, no només des de la vessant física, sinó també tenint en compte altres elements, fet que esdevindrà de vital rellevància pel compliment dels objectius de la sessió (Dieckmann et al., 2007). Aquest factor es fonamenta en el fet que, a l'hora de

considerar la realitat, l'ésser humà es basa primerament en la vessant física i conceptual, per considerar després els aspectes emocionals i experiencials (Dieckmann et al., 2007; Rudolph, Simon, i Raemer, 2007).

En aquest sentit, la realitat física, que és altament important per desenvolupar habilitats cinestèsiques que impliquin activitat muscular (Rudolph, Simon i Raemer, 2007), fa referència a la forma en què l'escenari de l'activitat basada en simulació replica la realitat (INACSL Standards Committee, 2016a).

Pel que fa a la realitat conceptual, necessària per desenvolupar el pensament crític i les habilitats diagnòstiques per a la solució de problemes (Rudolph, Simon i Raemer, 2007), consisteix en el fet que tots els elements de l'escenari o cas es relacionin entre si de forma realista, de manera que tinguin sentit en tot el seu conjunt (INACSL Standards Committee, 2016a). Per tal d'assegurar la fidelitat conceptual, cal que els casos estiguin revisats per experts en la matèria, així com provats -mitjançant assajos i proves pilot- abans de dur-los a terme de forma definitiva (INACSL Standards Committee, 2016c).

En relació a la fidelitat psicològica, emocional i experiencial, cal tenir en compte que maximitza l'entorn de simulació i imita els elements contextuais que es troben a l'entorn clínic. Fa referència, per exemple, a la veu de la pacient per permetre una conversa realista, als sons o il·luminació típica d'un espai, així com a les distraccions pròpies d'aquest, entre d'altres. Per tant, juntament amb la fidelitat conceptual i la física, contribueix a promoure el compromís de les participants, així com al maneig de processos complexos que impliquen les emocions i la cognició (INACSL Standards Committee, 2016c; Rudolph, Simon i Raemer, 2007).

Facilitació centrada en la participant

La facilitació centrada en la participant, i dirigida als objectius i coneixements d'aquesta, és necessària per a assegurar el bon desenvolupament de la sessió i haurà de ser establerta i seleccionada en la fase de disseny de l'activitat de simulació (INACSL Standards Committee, 2016c).

D'aquesta manera, les sessions de simulació clínica poden ser facilitades de forma diferent, depenent de la tipologia de l'activitat, dels objectius d'aquesta i del perfil de les participants. També caldrà tenir en consideració el context de la simulació, els factors socials i culturals, juntament amb les diferències individuals que influencien els coneixements, habilitats i actituds de les persones participants (INACSL Standards Committee, 2016c).

En aquest sentit, la figura de la persona facilitadora en simulació clínica consisteix en ajudar a avançar en el procés d'aprenentatge de les participants i a assolir el objectiu de la sessió. Per a que això succeeixi, és necessari que la facilitadora tingui els coneixements i les habilitats necessàries per guiar i donar suport (Clapper, 2014; Kolb et al., 2014).

Prebriefing i creació d'entorn segur

Vetllant pel bon desenvolupament i èxit de la sessió de simulació, serà necessari iniciar-la amb una fase de *prebriefing*, així com realitzar un *debriefing* després de l'escenari simulat.

S'entén com a *prebriefing* la sessió d'orientació que es porta a terme abans de l'inici de l'activitat basada en simulació i que té com a objectiu orientar les participants, fer-les coneixedors del que s'espera d'elles i ajudar-les a assolir els objectius (Chmil, 2016; Lioce et al., 2020). Així doncs, permet instaurar les bases per a l'experiència basada en simulació. Per aquest motiu, cal que estigui dissenyat, estructurat i planificat en consonància amb el marc teòric en què es fonamenta l'activitat, i tenint en consideració els principis de l'aprenentatge experiencial (León-Castelao i Maestre, 2019).

Debriefing

El *debriefing* (o reflexió guiada) consisteix en una conversa reflexiva i rigorosa entre varies persones, que té com a objectiu revisar un succés, real o simulat. En ella, la participant analitza les seves accions i reflexiona sobre els processos de pensament, habilitats psicomotrius i estats emocionals que l'han portat a actuar d'una forma determinada. Existeixen diverses tècniques de *debriefing*, motiu pel què serà necessari que la metodologia emprada sigui seleccionada

durant la fase de disseny de l'experiència de simulació (Cheng et al., 2018; Dismukes et al., 2006; Fanning i Gaba, 2007; Maestre i Rudolph, 2015; Rudolph et al., 2006; Shinnick et al., 2011).

Així, les característiques principals d'aquesta etapa de l'activitat basada en simulació inclouen la recepció de feedback per part de la facilitadora, les verbalitzacions de les impressions de les participants, la revisió de les accions, i el fet de compartir les percepcions sobre l'experiència. Així mateix, la persona facilitadora que la condueix haurà de tenir capacitació formal en tècniques de *debriefing* (Levine i DeMaria, 2013), ja que ha de ser capaç de formular preguntes semi estructurades que fomentin l'auto descobriment de la participant. Aquest fet és rellevant ja que és, en aquesta etapa, on es produeix l'aprenentatge essencial de l'experiència basada en simulació (Fanning i Gaba, 2007; Shinnick et al., 2011), a més, també en depèn la posterior transferència de coneixement a la pràctica (INACSL Standards Committee, 2016b; Levine i DeMaria, 2013).

Els motius que contribueixen a aquest fet es relacionen amb les teories d'aprenentatge experiencial de Kolb (1984), que estableixen que la reflexió pot conduir a noves interpretacions per part de les participants (INACSL Standards Committee, 2016b). D'aquesta manera, l'anàlisi conscient del significat i conseqüències d'una acció implica l'assimilació de nous coneixements, habilitats o actituds, que al seu torn es fonamenten en coneixements preexistents. Així, la reflexió permet identificar, reconèixer i resoldre dilemes clínics i de comportament que es posen de manifest al cuidar pacients, i facilita la comprensió de les raons que guien l'actuació de la persona participant a l'escenari de simulació, ja que evidencia els mecanismes de pensament a partir dels quals intenta explicar els successos, coneguts com a models mentals (Maestre i Rudolph, 2015; Maestre, Szyld et al., 2014). La identificació i anàlisi de l'impacte dels models mentals en les accions, permet valorar la necessitat de modificar-los o mantenir-los per a obtenir un millor rendiment en un futur (Maestre, Szyld et al., 2014).

2.2.2 Simulation-Enhanced Interprofessional Education

Històricament, el procés habitual i tradicional per educar i formar les professionals de la salut consistia en fer-ho de forma unitària dins la seva categoria i rol professional, mentre que, al mateix temps, s'esperava que assolissin els coneixements, les habilitats i les actituds necessàries per treballar, posteriorment, en equips de salut. Amb el temps, estudis sobre seguretat de les pacients i gestió del risc, han demostrat que aquest sistema evoca a la falta d'efectivitat a l'hora de treballar de forma col·laboradora i condueix a errors que poden posar en risc la salut de les pacients (Palaganas et al., 2014; WHO, 2010).

Així doncs, actualment les característiques de les cures de salut requereixen que les professionals sanitàries treballin en equips col·laboratius, on la cooperació, la comunicació i el fet de compartir habilitats i coneixements de forma adequada són aspectes que marcaran enormement la qualitat de les cures proporcionades. És per això que l'educació interprofessional es descriu com aquella que té lloc quan individus de dues o més professions diferents aprenen sobre, de, i de forma conjunta entre ells, per fomentar la col·laboració efectiva i millorar els resultats en salut (WHO, 2010).

En aquest sentit, les experiències de simulació clínica demostren ser una forma efectiva de promoure el treball en equip interprofessional mitjançant la unió de la pedagogia de la simulació i l'educació interprofessional (IPE), factors a través dels quals es fomenta el desenvolupament i assoliment de millores en les competències de l'educació interprofessional (INACSL Standards Committee, 2016d; Palaganas et al., 2014), ja que les professionals participen en experiències de simulació clínica focalitzades a assolir objectius compartits (INACSL Standards Committee, 2016d).

Paral·lelament, cal tenir en compte que, per tal d'aconseguir el major impacte en l'aprenentatge interprofessional, les persones educadores han d'utilitzar teories publicades, conceptes, marcs conceptuals, estàndards i competències per guiar el desenvolupament, implementació i avaluació de la Sim-IPE (INACSL Standards Committee, 2016d), que inclouen estratègies derivades de

la recerca sobre el factor humà i rendiments d'equips, aspectes que contribuiran a l'abordatge de la comunicació i col·laboració efectiva.

2.2.3 Crisis Resource Management

Tal com s'ha esmentat anteriorment, per assolir el major impacte en l'aprenentatge interprofessional és necessari basar les sessions de simulació clínica en teories i marcs conceptuals fonamentats (INACSL Standards Committee, 2016d).

El Crisis Resource Management (CRM), és una estratègia de desenvolupament d'equips que cerca el coneixement i maneig eficient del factor humà, i promou el desenvolupament d'habilitats de comportament (no tècniques) que, al mateix temps, s'associen a les tècniques (Casal-Angulo et al., 2020). L'estudi del factor humà consisteix en indagar en la forma en què la persona es comporta dins d'un sistema i, per tant, els motius que poden provocar l'error. Aquest fet, és de vital importància, ja que l'existència de mancances en la sinèrgia entre les habilitats tècniques i les no tècniques contribueix a l'aparició de resultats adversos en l'atenció final al pacient.

Els orígens del CRM es troben relacionats amb l'anàlisi causal profund de diversos accidents aeris mortals, succeïts al llarg de la dècada dels 70, realitzat amb la voluntat d'indagar en els motius d'aquests sinistres. L'anàlisi va posar de manifest que, en el 80% dels casos, el factor humà havia resultat decisiu. D'aquesta manera, i amb l'objectiu de reduir accidents, la NASA (National Aeronautics and Space Administration), va desenvolupar l'entrenament CRM (*Crew/Cockpit Resource Management*), definit com un model de gestió per fer un ús òptim de tots els recursos humans, materials i procedimentals disponibles, amb la finalitat de promoure la seguretat i incrementar la eficiència de les operacions de vol (Casal-Angulo et al., 2020).

Posteriorment, Gaba et al., (1987) van identificar la necessitat d'aplicar els principis del CRM a l'àmbit sanitari i, per aquesta raó, van dissenyar un curs per anestesistes, focalitzat en l'ús de les habilitats descrites en CRM, que tenia per objectiu poder fer front a situacions de crisi a l'entorn de quiròfan. Aquest curs

va ser denominat *Anesthesia Crisis Resource Management (ACRM)*. En el desenvolupament de l' ACRM, es va utilitzar un simulador d'alta fidelitat, que va ser ubicat en un entorn realista per tal de crear escenaris on les crisis succeïen i les participants tenien la oportunitat d'interaccionar i resoldre les situacions plantejades (Casal-Angulo et al., 2020; Gaba, 2004; Glavin i Maran, 2003). Més tard, aquest model s'ha estès a altres àrees de l'àmbit sanitari, i actualment es coneix de forma genèrica com a *Crisis Resource Management*.

El CRM es relaciona amb la simulació clínica, ja que la utilització de la tècnica representa una forma de millorar la seguretat durant el transcurs dels escenaris, que avaluen el treball en equip i el rendiment d'aquests, portant també a la retroalimentació a les sessions (Casal-Angulo et al., 2020).

Finalment, cal destacar que els principis de CRM s'han agrupat i categoritzat de diverses maneres al llarg de la història (Carne et al., 2012; Casal-Angulo et al., 2020b; Hicks et al., 2008; Reznek et al., 2003), de manera que, per la naturalesa del present estudi, s'ha decidit focalitzar el marc teòric en l'agrupació segons E-CRM SEMES, que es detalla en el següent apartat.

2.2.4 E-CRM SEMES

L'any 2017, els membres del Grup de Treball en Simulació Clínica de la *Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* i un grup d'experts en simulació clínica i CRM aplicat al camp de l'anestèsia, les urgències, les cures intensives i la pediatria, tant en l'àmbit nacional com internacional, van desenvolupar el model de formació E-CRM SEMES. Aquest, inclou l'agrupació dels principis del CRM en 5 eixos i 15 principis, que tenen per objectiu millorar la seva comprensió i aplicació pràctica. A més, inclouen una estratègia formativa multidisciplinària que es pot replicar, fet que contribueix a fomentar-ne la disseminació (Casal-Angulo et al., 2020)

Així doncs, els principis i eixos identificats en el model representen un conjunt d'estratègies i actituds per millorar l'eficàcia i la seguretat, que s'aplicaran amb ordre variable en funció de cada situació (Casal-Angulo et al., 2020).

El primer eix fa referència a la claredat de rols i inclou la identificació d'una persona líder que coordini i gestioni els successos, a poder ser de forma externa a la situació de crisi. Aquest fet implica la promoció d'un model mental comú en el grup, així com l'assignació de papers de forma explícita dins de la situació, i la distribució de les tasques entre els diferents rols, tenint en compte les característiques de cada membre de l'equip. A més, vetlla per les comprovacions creuades entre les integrants d'aquest (Casal-Angulo et al., 2020).

El segon eix fa referència a la comunicació. Estableix que la líder ha de ser capaç de canalitzar la informació i fomentar la unió del grup prevenint els subgrups d'informació paral·lels. Identifica, també, la necessitat que les integrants de l'equip utilitzin el nom per a dirigir-se entre elles, juntament amb la importància de mantenir un clima de tranquil·litat. Dins d'aquest eix, també es recomana la utilització de metodologies com les comprovacions creuades o la comunicació en *closed loop*, que consisteix en la repetició, per part de la persona receptora, de l'ordre verbal emesa per l'emissora, i la posterior confirmació de l'emissora (Casal-Angulo et al., 2020).

El tercer eix fa referència a l'ajuda i la gestió que es realitza de la mateixa. Especifica que, davant la situació crítica, és essencial buscar i rebre ajuda, ja que aquest fet pot canviar el desenvolupament dels successos, i remarca que el fet de sol·licitar-la és una demostració de lideratge i no un signe de debilitat o incompetència (Casal-Angulo et al., 2020).

El quart eix implica la utilització de recursos, i fa referència a la necessitat que tot l'equip conegui el material, l'entorn i els protocols del servei on s'està desenvolupant l'acció. Així mateix, recomana la utilització d'ajudes cognitives com els *checklists*, material gràfic, dispositius o aplicacions (Casal-Angulo et al., 2020).

Per últim, el cinquè eix implica l'avaluació global, establint que és necessari utilitzar tota la informació disponible per tal d'arribar a entendre la situació i així poder prendre decisions. Identifica, també, que l'anticipació i la planificació són necessàries, així com la prevenció i correcció dels errors de fixació, que sovint

provoquen la pèrdua de visió crítica. La re-avaluació constant, que inclourà la situació globalment, així com les prioritats, les accions planificades, la focalització de l'atenció de forma efectiva i l'establiment de les prioritats de forma dinàmica, ajudarà a adaptar el pla establert al desenvolupament de la situació (Casal-Angulo et al., 2020).

Comprendre el contingut implícit en els eixos de l'E-CRM segons s'han descrit per SEMES, contribueix a obtenir una visió general dels conceptes que s'hi treballen, i ajuda a entendre de quina forma és útil la simulació per a fer-ho.

Finalment, es pot concloure que la simulació no només és una eina de gran valor per a l'aprenentatge en ciències de la salut, sinó que també esdevé un rellevant recurs diagnòstic. Aquest fet es deu a que, quan la simulació es realitza seguint criteris de qualitat en el seu disseny i hi interactuen equips naturals, aquests tendeixen a reproduir pautes, rutines i vincles relacionals, així com la cultura habitual a l'entorn assistencial real.

D'aquesta manera, la simulació clínica interprofessional basada en CRM, representa una bona oportunitat per a analitzar la professió infermera, ja que permet identificar els aspectes organitzacionals, relacionals i culturals que generen influència en la professió, no només de forma objectiva, sinó també subjectiva, a partir de l'exploració de les percepcions de cada infermera participant en relació amb les seves vivències i experiències en el si de l'equip.

2.3 El tercer pilar: l'empoderament

El darrer pilar que fonamenta la present investigació és l'empoderament. Aquest és un concepte que es va començar a utilitzar a finals del segle XVII i que, actualment, es relaciona amb la integració, la participació, l'autonomia, la identitat i el desenvolupament de les persones (Moriel-Corral et al., 2012). A més, comporta la construcció col·lectiva d'autoimatge, fomenta el pensament crític, la presa de decisions i la cohesió de grup (Sánchez, 2002).

El constructe d'empoderament s'utilitza, i ha estat explorat, des de diferents disciplines, fet que dificulta encara més l'assoliment d'una definició estàndard, així com la comprensió i interpretació del concepte (Kennedy et al., 2015) .

Per tant, malgrat poder especificar amb quins aspectes es relaciona o de quines formes es pot promoure, existeix una falta de consens a l'hora d'establir una única definició del concepte, motiu pel què, en aquest apartat, es detallaran les aproximacions teòriques proposades al llarg de la història per part de diversos autors i autores (Bradbury-jones et al., 2008; Kennedy et al., 2015; Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000; Manojlovich, 2007; Wagner et al., 2010; Woodward, 2020).

L'empoderament és un concepte abstracte i dinàmic, que comporta associacions principalment positives (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000). Basat en el poder, implica aquell procés a partir del qual els individus, les organitzacions i les comunitats busquen efectuar el màxim impacte en les seves pròpies vides i decisions (Gibson et al., 1991). D'aquesta manera, s'associa també al creixement i al desenvolupament, i pot ser entès a nivell individual, referint-se al propi procés d'anàlisi crític que efectua la persona i al canvi de patrons d'activitats, o a nivell de comunitat, on implica la unió de les persones per assolir objectius comuns (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000).

Des de la dècada dels 70, el concepte d'empoderament s'ha utilitzat per promoure els drets de les minories ètniques i sexuals, pel moviment feminista i dins de programes educacionals i formatius. En aquest context, també s'ha començat a aplicar al camp de la infermeria (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000).

2.3.1 El concepte de poder

Per tal de comprendre de forma exhaustiva el significat del constructe d'empoderament, és imprescindible explorar, primer, el concepte de poder (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000). Aquest és definit des de diferents perspectives, motiu pel qual s'ha procedit a recollir diverses aproximacions teòriques, que il·lustren la variabilitat de consideracions existents respecte a ell.

Kanter (1977) relaciona el poder amb l'habilitat de poder fer coses, mobilitzar recursos i aconseguir i utilitzar tot allò que una persona necessita pels objectius que està intentant assolir. Al mateix temps, explicita que el poder es relaciona amb l'eficàcia i la focalització en els objectius, i estableix que les organitzacions

no proporcionen poder, sinó que aquest és generat per les treballadores a través de les seves pròpies accions personals. A més, certifica que els punts claus per aconseguir generar poder són la creació d'oportunitats, la informació efectiva i el suport a tots els nivells de l'organització.

Foucault (1978) estableix que el poder és un concepte dinàmic, implícit arreu, i constata que és difícil personalitzar-ho perquè està relacionat amb qualsevol interacció humana. Així mateix, considera que el poder i el coneixement estan estretament vinculats: on hi ha coneixement, hi ha poder.

D'acord amb Chandler (1992), tenir poder significa tenir control, influència o dominació sobre algú o alguna cosa. En aquest sentit, el poder també pot tenir connotacions negatives, sovint vinculades al domini i la coerció (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000). Així, Benner (2001) vincula la connotació negativa del concepte de poder amb la masculinitat i estableix que implica control i competitivitat.

Per últim, Manojlovich (2007) defineix el poder com quelcom positiu, que contribueix a ajudar a les persones a alliberar-se de la opressió.

En definitiva, en relació a l'essència del significat del concepte, es pot concloure que no només genera repercussió el fet de tenir accés al poder, sinó que també ho fa la forma de manipular pensaments, actituds i interaccions socials, fet que requereix la necessitat d'assumir certa responsabilitat per part de qui exerceix el mencionat poder (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000).

A més, cal destacar que l'empoderament no és el resultat d'exercir poder, ja que les persones no es poden empoderar simplement a partir de la delegació d'aquest. Tanmateix, les qualitats personals, que condicionen la forma d'actuar i el comportament de les persones, generaran influència en la seva percepció d'empoderament (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000).

2.3.2 Teories clàssiques sobre l'empoderament

De la mateixa manera que és difícil consensuar una definició del concepte d'empoderament, existeixen també diverses classificacions sobre els tipus d'empoderament, en funció de la perspectiva des d'on es consideren.

Pel present estudi, i per la forma clara de definir-les que presenta, hem decidit focalitzar-nos en la classificació que elaboren Kuokkanen i Leino-Kilpi (2000), a partir de la qual es poden diferenciar tres teories fonamentals per a considerar l'empoderament, detallades a continuació.

Teories crítiques-socials

Aquestes teories tenen com a objectiu millorar les condicions d'aquells grups o col·lectius més desfavorits, és a dir, d'aquells grups oprimits de forma mantinguda per institucions socials i altres unitats administratives (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000).

En aquesta perspectiva, l'empoderament, i més concretament la falta d'aquest, s'associa amb el concepte negatiu, autoritari i patriarcal del poder. Això és degut a que, des del punt de vista d'aquesta teoria, el poder fa referència a l'estatus i la possibilitat de controlar les persones, les accions i els recursos econòmics.

En aquest cas, identificar a les infermeres com a col·lectiu oprimat respon a la influència que tenen, per la professió, alguns valors prèviament instaurats (Roberts, 1983) com per exemple el fet que, històricament, la infermeria hagi estat una professió desenvolupada principalment per dones. D'aquesta manera, les diferències de gènere existents entre personal facultatiu i infermeres al llarg de la història, segueixen influenciant la professió actualment, i esdevenen una forma d'opressió, manifestant-se a partir de la interiorització de valors repressius per part de les infermeres, en qüestió de gènere, baixa autoestima o baixa percepció d'autoeficàcia (Fletcher, 2006).

Teories de l'empoderament social-estructural

Aquesta perspectiva es fonamenta en les teories sobre l'intercanvi i el poder social (Spreitzer, 2008) i estableix que els factors estructurals dins l'organització són més importants, per l'empoderament de les persones, que les qualitats individuals d'aquestes (Bradbury-jones et al., 2008).

D'aquesta manera, determinen que el poder dins la organització es distribueix, "de dalt a baix" i conseqüentment, descriuen l'empoderament com un procés que va encaminat a millorar l'efectivitat i la productivitat. Així mateix, indiquen que s'aconsegueix a partir de la reorganització del lloc de treball i la gestió dels recursos humans (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000).

Gran part de la recerca realitzada des del punt de vista estructural, es basa en l'obra de Kanter (1977), que estableix que el poder, dins l'organització, pot provenir de fonts formals o informals (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000). Així mateix, determina que, per tal d'obtenir el màxim rendiment en l'àmbit laboral, i per tant, la consecució de les metes establertes en l'organització, cal vetllar perquè les persones treballadores tinguin accés a les mencionades fonts de poder, en el si de les organitzacions (Kanter, 1977).

La primera d'aquestes fonts és l'accés a la informació, que inclou el coneixement i expertesa requerits per desenvolupar la tasca laboral de forma correcta (Manojlovich, 2007). La segona font d'empoderament estructural és l'accés a recursos, fet que inclou els subministraments, equipaments, remuneració i temps destinats a aconseguir els objectius de la organització (Manojlovich, 2007). La tercera font identificada és l'accés al suport, és a dir, a la rebuda de feedback, acompanyament, consells i opinions provinents de xarxes formals i informals dins l'organització (Manojlovich, 2007). La darrera font d'empoderament estructural inclou les oportunitats, és a dir, l'existència de possibilitats de créixer professionalment i de promocionar-se dins l'organització, juntament amb la possibilitat d'aprendre (Manojlovich, 2007).

L'accés a aquestes fonts de poder promou la millora de resultats al lloc de treball, així com les relacions interpersonals i la comunicació efectiva entre les

treballadores. Conseqüentment, millora la satisfacció, fomentant la motivació per l'èxit, la productivitat i la voluntat de creixement professional (Kanter, 1977, 1979; Lethbridge et al., 2011; Spreitzer, 2008).

Així doncs, la idea principal del model de Kanter recau en les estructures de poder i oportunitat creades per l'organització i no en les qualitats individuals i reflexions dins l'ambient de treball (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000). Per tant, l'empoderament social-estructural es produeix a partir de la promoció a l'accés a oportunitats, informació, suport i recursos dins la cadena de comandament de la organització, que al seu torn, representa un augment de la participació de l'equip de treballadores (Conger i Kanungo, 1988).

Aquesta perspectiva representa una visió i definició exhaustiva i lògica del concepte d'empoderament, ja que relaciona les pràctiques organitzacionals amb els resultats finals de l'organització. Tot i així, presenta una limitació important: es focalitza únicament en els factors organitzacionals, sense tenir en compte la percepció subjectiva sobre l'empoderament pròpia de les treballadores (Spreitzer, 2008). Tal i com determina Spreitzer (2008), aquest factor és rellevant, ja que en determinades situacions estudiades per diferents investigacions elaborades per l'autora, tot i haver-se produït accés a totes les fonts de poder estructural, l'equip de treballadores no va sentir un alt nivell d'empoderament. Contràriament, en altres situacions on no hi ha accés a totes les fonts de poder, sí que s'hi va detectar empoderament. És precisament l'evidència d'aquest factor, que propicia l'aparició de les teories de l'empoderament psicològic, detallades a continuació.

Teories de l'empoderament psicològic

Les teories de l'empoderament psicològic sorgeixen a partir de les teories socials-estructurals, davant la necessitat de tenir en compte les percepcions de les persones treballadores, més enllà de les condicions del lloc de treball exclusivament.

En relació a aquestes aproximacions teòriques, pren especial rellevància el concepte d'autoeficàcia, definit segons Bandura (1982) com el grau

d'adequació mitjançant el qual la persona desenvolupa les accions del seu dia a dia. D'aquesta manera, l'autoeficàcia determinarà la selecció de les activitats que desenvoluparà la persona, així com les condicions ambientals en què aquesta activitat es desenvoluparà, a més del grau d'esforç i el temps que es destinarà a l'activitat en qüestió. En aquest sentit, Bandura (1982) estableix que la percepció d'autoeficàcia prové de quatre fonts principals: (1) les experiències prèvies; (2) les experiències vicàries; (3) la persuasió verbal i; (4) l'estat fisiològic.

Posteriorment, i partint d'aquest concepte, Conger i Kanungo (1988) defineixen l'empoderament com el procés a partir del qual es promocionen els sentiments d'autoeficàcia entre els membres d'una organització, mitjançant la identificació i eliminació de les condicions que fomenten la percepció contrària, és a dir, la d'impotència. Així mateix, argumenten que les teories de l'empoderament social- estructural no tenen efecte si la persona treballadora no té percepció d'autoeficàcia (Thomas i Velthouse, 1990).

Seguidament, Thomas i Velthouse (1990) aprofundeixen en la teoria i desenvolupen un marc teòric que defineix l'empoderament com la motivació intrínseca de la treballadora en relació al desenvolupament d'una tasca, buscant determinar més variables cognitives vinculades a l'esmentada motivació, més enllà de l'autoeficàcia (Spreitzer, 2008). D'aquesta manera, estableixen que la motivació intrínseca ve fomentada per quatre cognicions principals, que denominen *task assessments*, alhora que defineixen, també, els processos interpretatius a través dels quals les treballadores arriben a aquestes cognicions (Thomas i Velthouse, 1990). Posteriorment, aquestes cognicions són redefinides per Spreitzer (1997, 2008), basant-se en els àmbits de la psicologia, sociologia, treball social i educació sobre l'empoderament, tal com s'explicita a continuació.

La primera d'aquestes quatre cognicions és l'impacte, entès com la intensitat a partir de la qual la persona pot influir en l'estratègia, administració o resultats operatius de la tasca que desenvolupa (Thomas i Velthouse, 1990) i generar influència important en els resultats de l'organització (Laschinger et al., 2001a; Manojlovich, 2007). En segon lloc, s'identifica la competència, com el grau en

què una persona pot realitzar les activitats requerides per la tasca laboral que desenvolupa, amb les suficients habilitats. És a dir, fa referència a la confiança en les habilitats personals per a desenvolupar una tasca, concepte que es vincula a l'autoeficàcia (Laschinger et al., 2001a; Manojlovich, 2007). En tercer lloc, defineixen el significat, com el valor d'una meta o propòsit, jutjat i establert a partir de les pròpies idees de la persona (Laschinger et al., 2001a; Manojlovich, 2007). Per últim, estableixen l'autodeterminació com la sensació individual de poder escollir, demostrar iniciativa i regular les pròpies accions. En aquest sentit, es tracta d'un concepte similar a l'autonomia, ja que fa referència als sentiments de control sobre la feina realitzada (Laschinger et al., 2001a; Manojlovich, 2007).

Així doncs, aquestes quatre cognicions reflecteixen una orientació activa de la persona treballadora en relació a la tasca laboral que desenvolupa. Paral·lelament, destaca el fet que l'empoderament es manifesta en totes les dimensions, de manera que si existeixen mancances en qualsevol d'elles, l'experiència d'empoderament serà limitada (Spreitzer, 2008).

En resum, i partint d'aquest punt, Spreitzer (2008) defineix l'empoderament psicològic com l'experiència subjectiva d'empoderament al lloc de treball. Concretament, es refereix a la reacció individual de les persones a les estructures, polítiques i pràctiques del lloc de treball, i les percepcions d'empoderament que aquestes generen. Així doncs, el focus no es posa tant en les pràctiques de comandament organitzacionals i el fet de compartir poder a tots els nivells de la organització que es descriuen en les teories de l'empoderament estructural (Kanter, 1977), sinó que es focalitza en les experiències de les persones treballadores al seu lloc de treball.

Tot i així, de forma similar al que succeeix amb les teories de l'empoderament social-estructural, i el seu enfocament merament organitzacional, la perspectiva de l'empoderament psicològic també es veu limitada a causa de la perspectiva principalment fonamentada en l'individu (Spreitzer, 2008). Per tal d'obtenir una visió generalitzada de l'empoderament, cal entendre com les estructures socials i estructurals possibiliten l'empoderament psicològic i, al

mateix temps, tenir en compte les creences i percepcions de les persones sobre la possibilitat d'empoderar-se.

2.4 El poder i l'empoderament de les infermeres

Tal com s'ha definit amb anterioritat, la infermeria com a professió i les professionals que la desenvolupen, és a dir, les infermeres, viuen experiències d'empoderament, que es troben condicionades per les característiques del col·lectiu i del context en què interactuen. Tant és així, que existeixen teories concretes destinades a definir el vincle entre el poder, l'empoderament i les infermeres. En aquest sentit, s'ha considerat necessari i imprescindible incloure un apartat destinat a definir l'empoderament i el poder vinculat específicament a la infermeria.

2.4.1 El poder de les infermeres

Primerament, les infermeres necessiten generar influència sobre pacients, personal mèdic i altres col·lectius sanitaris, incloses les mateixes infermeres (Manojlovich, 2007), fet que fa necessari que aquestes professionals disposin de poder.

En segon lloc, la falta de poder de les infermeres genera falta d'efectivitat, baixa satisfacció a la feina i augmenta la possibilitat de patir *burnout* i percepció de despersonalització, fet que repercuteix negativament en la posterior atenció a la pacient (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000; Manojlovich i Laschinger, 2002).

Així mateix, l'empoderament de les infermeres es veu condicionat pel poder, o control que exerceixen elles mateixes sobre el seu context assistencial, sobre les seves competències i sobre el contingut de les seves pràctiques (Manojlovich, 2007).

El control de les infermeres sobre el contingut de les seves pràctiques es relaciona directament amb l'autonomia d'aquestes professionals, que ha estat definida com la llibertat per actuar en base al que una sap, és a dir, l'habilitat per actuar d'acord amb el coneixement i judici propi (Weston, 2008; Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000). D'aquesta manera, per tal de preservar l'autonomia, les

infermeres han de mantenir i cultivar el seu poder, fet que els permetrà augmentar el seu estatus laboral, definir les seves àrees d'expertesa i aconseguir mantenir la influència (Kramer i Schmalenberg, 1993; Manojlovich, 2007).

Pel que fa al control sobre el context de la pràctica infermera, existeix una relació directa entre l'ambient de treball on es desenvolupa la pràctica, l'empoderament d'aquestes professionals i el tracte amb la pacient (Aiken et al., 2001). En aquest sentit, s'ha vist que en entorns sanitaris on s'estableixen unes estructures socials determinades a nivell organitzacional, com la descentralització del poder i la presa de decisions participativa, es produeix un ambient de treball que propicia l'empoderament de les infermeres. Això implica que el control d'aquestes professionals en el context on desenvolupen la seva pràctica, reconeixent al mateix temps el poder organitzacional i del col·lectiu mèdic de forma igual, repercuteix directament i de forma positiva a l'atenció a la pacient (Aiken et al., 2001; Kramer i Schmalenberg, 1993).

En relació al control de les infermeres sobre la seva competència, cal tenir en consideració que el poder i l'autonomia es mantenen a través del desenvolupament de coneixement, mitjançant l'educació i l'expertesa (Foucault, 1978) . En aquest sentit, la formació representa un tipus addicional de poder que les infermeres necessiten per tal de proporcionar un tracte òptim a les persones ateses i incrementar la seva autopercepció d'empoderament (Manojlovich, 2007). Així doncs, cal tenir en consideració que l'expertesa, que no és el mateix que l'experiència, és una font de poder d'aquestes professionals que té capacitat transformadora en la vida de les persones ateses, mentre que també promou l'empoderament de les infermeres. Tanmateix, la gran variabilitat de la pràctica de la professió, així com la percepció de "baix nivell educacional" en comparació a altres professionals de la salut, sovint comporta poc control d'aquestes professionals sobre la seva competència, fet que repercuteix negativament en la seva percepció d'empoderament.

2.4.2 L'empoderament de les infermeres

Tal com s'ha mencionat anteriorment, existeixen múltiples definicions del concepte d'empoderament, que varien d'acord amb l'òptica de la disciplina escollida per descriure'l. Així doncs, per la naturalesa del present estudi, s'ha considerat necessari identificar les definicions existents del concepte d'empoderament vinculat, específicament, a les infermeres.

L'empoderament resulta un concepte clau en el creixement i desenvolupament de la infermeria (Kennedy et al., 2015; Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2000, 2001). Tant és així que la necessitat d'empoderar les infermeres és un dels reptes que ha acompanyat la professió des dels seus inicis (Moriel-Corral et al., 2012).

Les infermeres empoderades experimenten menys *burnout* i menys estrès laboral (Laschinger et al., 2001b; Laschinguer, Leiter et al., 2009). Al mateix temps, estan més motivades i són capaces d'encoratjar i afavorir l'empoderament de les altres (Sabison i Laschinger, 1995). L'empoderament de les infermeres també implica beneficis a nivell organitzacional, ja que és una forma de millorar el compromís d'aquestes professionals amb els objectius de les institucions, fet que contribueix positivament a l'atenció a les persones (Wagner et al., 2010).

Primerament, cal destacar que gran part de la recerca desenvolupada sobre l'empoderament de la infermeria es centra en demostrar aspectes de la teoria de l'empoderament estructural en les organitzacions (Appelbaum i Honeggar, 1998; Klakovich, 1996; Schmieding, 1993), i, per tant, fa referència a l'accés a les fonts de poder dins d'aquestes (Chandler, 1991, 1992; Laschinger, 1994; Sabison i Laschinger, 1995; Wilson i Laschinger, 1994). En aquest sentit, des de la vessant de l'empoderament estructural, s'estableix que l'accés a oportunitats, recursos i suport reforça la percepció d'empoderament de les infermeres (Manojlovich, 2007), de manera que es conclou que l'ambient de treball en l'entorn sanitari causa impacte en l'empoderament d'aquestes professionals i en les cures proporcionades a les pacients (Aiken et al., 2001, 2012). D'acord amb Manojlovich (2005), l'empoderament estructural contribueix a augmentar els nivells de satisfacció de les infermeres en relació al seu lloc de

treball i s'interrelaciona directament amb el seu lideratge. En aquest sentit, Upenieks (2003), estableix que en el camp de la infermeria, és necessari que, primerament, s'empoderin els comandaments dins les institucions abans de traslladar aquest empoderament a la resta d'infermeres.

Així mateix, cal destacar que la majoria d'estudis sobre l'empoderament del col·lectiu infermer es centren en la premissa que les estructures organitzacionals són la font principal d'aquest, sense focalitzar-se en l'experiència pròpia de les professionals respecte el constructe (Kennedy et al., 2015). Això provoca l'existència de falta d'evidència que indiqui com es produeix el procés d'empoderament estructural en aquestes professionals, i com fomentar-lo (Corbally et al., 2007; Kennedy et al., 2015).

En segon lloc, diversos estudis (Laschinger et al., 2004; Siu et al., 2005) demostren que en l'àmbit de la infermeria, l'empoderament psicològic té un efecte mediador en l'empoderament organitzacional, fet que genera efecte en la satisfacció i reducció del *burnout* d'aquest col·lectiu (Laschinger et al., 2001a).

En aquest sentit, Kuokkanen et al. (2002) realitzen un estudi que posa de manifest la importància de la perspectiva individual en l'empoderament psicològic de la infermeria. Aquest es constitueix com l'única investigació que es focalitza, específicament, en determinar les qualitats de la infermera empoderada. En ell, identifiquen 5 categories que es detecten en aquestes professionals quan es produeix empoderament psicològic, que fan referència als (1) principis morals, que reflecteixen els valors humans de les infermeres, com la dignitat humana i el respecte cap a l'individu; (2) la integritat personal, que implica l'existència d'equilibri en vida pròpia de la persona, el reconeixement dels recursos i de la cura del propi benestar; (3) l'expertesa, que s'associa a l'estima demostrada cap a les cures infermeres i es manifesta com la competència professional; (4) l'orientació al futur, que implica la innovació i la creativitat i (5) la sociabilitat, que indica que una infermera amb habilitats socials és activa, flexible i apta per crear un ambient de treball agradable (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2001).

Per últim, en l'àmbit de la infermeria, pren rellevància una altra corrent, que es focalitza en l'empoderament fomentat a partir de les relacions (Bradbury-jones et al., 2008). En aquest sentit, s'estableix que l'empoderament de les infermeres consisteix en tres components: per una banda un entorn de treball que tingui les estructures necessàries per promoure l'empoderament, per altra banda, la creença de cada persona a nivell psicològic, sobre la possibilitat de ser empoderada, i per últim, reconèixer que existeix poder en les relacions i cures que les infermeres proporcionen (Chandler, 1992; Manojlovich, 2005).

Així doncs, tot i que existeix abundant literatura que aporta evidència sobre l'empoderament de les infermeres en el context de les organitzacions (Kennedy et al., 2015; Lethbridge et al., 2011; Manojlovich i Laschinger, 2002) n'hi ha escassa que tingui per objectiu ajudar-les a aconseguir els seus reptes individuals, i així maximitzar la seva contribució a la pràctica infermera i ciències de la infermeria. És a dir, existeix poca evidència que es focalitzi en l'empoderament de les infermeres de forma subjectiva, com a persones i professionals (Woodward, 2020).

En relació a aquest fet, la simulació clínica interdisciplinària proporciona la oportunitat de recrear el context organitzacional en un entorn d'aprenentatge segur i controlat, on els equips poden interactuar de forma conjunta i relacionar-se tal i com ho fan en els seus contextos reals. Així mateix, cal destacar que no només permet recrear les fonts de poder provinents de l'organització, ja descrites a la literatura, sinó que implica l'aparició de comportaments, rutines i pràctiques dins l'equip interdisciplinari, similars als que es produeixen a la realitat. A més, la simulació possibilita l'anàlisi i la reflexió conjunta dels esdeveniments de forma posterior per part de les pròpies professionals, de forma guiada i estructurada metodològicament. Per aquests motius, esdevé una tècnica d'utilitat per a aprofundir en la percepció subjectiva i individual de les infermeres en relació al seu empoderament, no només dirigint el focus d'atenció a les característiques organitzacionals, sinó també tenint en consideració la vessant psicològica i relacional del constructe.

CAPÍTOL 3: PREGUNTES D'INVESTIGACIÓ I OBJECTIUS

"Change demands new learning"

Rosabeth Moss Kanter

3.1 Preguntes d'investigació

Tal com s'ha detallat al capítol precedent, l'empoderament i el poder de les infermeres es troba condicionat per factors psicològics, estructurals i relacionals, que hi generen impacte i n'influencien l'aparició i la intensitat.

Així mateix, tot i l'existència d'abundant evidència en relació al constructe de l'empoderament, existeix escassa literatura que detalli la percepció individual i subjectiva de les infermeres sobre el seu propi empoderament. Paral·lelament, la necessitat imperiosa de fomentar l'empoderament de les infermeres, derivada de les característiques de la professió, així com dels reptes i necessitats a les que ha de donar resposta, implica la cerca de formes innovadores per a assolir-ho.

El conjunt d'aquests factors ha conduït a articular els tres pilars descrits al capítol precedent: la infermeria com a professió, l'empoderament com a constructe i la simulació clínica interdisciplinària com a tècnica i metodologia docent i de reflexió. L'articulació d'aquests tres pilars ha comportat la identificació de les preguntes d'investigació i objectius detallats en el present capítol, que pretenen aportar coneixement sobre el constructe d'empoderament, així com en relació a la utilització de la simulació clínica interdisciplinària com a metodologia per a fomentar-lo en les infermeres, tenint en consideració la percepció subjectiva, única i individual d'aquestes professionals.

Així mateix, cal destacar que les preguntes i objectius d'aquesta investigació sorgeixen en moments diferenciats.

Les preguntes i objectius primaris es fonamenten en l'empoderament de les infermeres a l'entorn de simulació.

Per aquest motiu, es vol donar resposta a les següents qüestions, vinculades a la representació de l'empoderament en el transcurs de les sessions, així com al vincle entre les característiques de la metodologia i el constructe:

- Queda reflectit l'empoderament de les infermeres en un entorn de simulació clínica? De quina forma ho fa?
- Quins aspectes o elements de la simulació clínica són els que influeixen l'empoderament de les infermeres?
- Pot ser la simulació clínica una metodologia útil per fomentar l'empoderament de les infermeres?

L'arribada de la primera onada de la COVID-19, quan la primera fase de la investigació ja s'ha iniciat, comporta l'aparició de preguntes i objectius sobrevinguts. Aquests justifiquen la inclusió de la segona fase de la investigació, focalitzada en l'empoderament de les infermeres durant l'arribada de la COVID-19, que representa un escenari altament complex per a la realitat assistencial a les institucions sanitàries, per als professionals que en formen part i per a la societat en general.

Les característiques del context condueixen al plantejament dels següents interrogants:

- Com queda reflectit l'empoderament de les infermeres a la realitat assistencial durant l'arribada de la COVID-19, en una unitat de nova creació?
- Quins aspectes o elements de la realitat assistencial viscuda durant la primera onada de la COVID-19 són els que influeixen l'empoderament de les infermeres?

Paral·lelament, dins el conjunt d'objectius sobrevinguts, sorgeixen també les següents inquietuds, relacionades amb la relació existent entre l'empoderament de les infermeres i els dos contextos estudiats:

- Quins elements relacionats amb l'empoderament de les infermeres són coincidents a l'entorn de simulació i a l'entorn de realitat assistencial durant la primera onada de la COVID-19?

- Quins elements relacionats amb l'empoderament de les infermeres apareixen de forma única a l'entorn de simulació o a l'entorn de realitat assistencial durant la primera onada de la COVID-19 i perquè?

3.2 Objectius

A partir de les preguntes d'investigació s'estableixen els següents objectius:

Objectiu general

Aquest projecte té com a objectiu general conèixer com es reflecteix l'empoderament de les infermeres en un entorn de simulació clínica interdisciplinària basat en CRM, així com a la realitat assistencial durant la primera onada de la COVID-19.

Objectius específics

Per donar resposta a l'objectiu general, plantegem quatre objectius específics:

- Identificar quins són els elements de la simulació clínica interdisciplinària que influeixen l'empoderament de les infermeres
- Identificar quins són els elements de la realitat assistencial durant la primera onada de la COVID-19 que influeixen l'empoderament de les infermeres
- Identificar similituds i diferències entre els elements que influeixen l'empoderament de les infermeres a l'entorn de simulació clínica i a la realitat assistencial estudiada
- Descriure l'eficàcia de la simulació clínica com a metodologia docent útil per a promoure i potenciar l'empoderament de les infermeres

CAPÍTOL 4: METODOLOGIA

“Power is the ability to get things done”

Rosabeth Moss Kanter

4.1 Consideracions que orienten el disseny de la investigació

Com queda reflectit al marc teòric, el concepte d'empoderament s'ha estudiat i observat des de varies perspectives al llarg de la història (Appelbaum i Honeggar, 1998; Spreitzer, 2008). Així, s'ha pogut determinar que es construeix i es manifesta a través d'elements socials-estructurals, psicològics i relacionals. D'aquesta manera, tot i que els elements estructurals fomenten de forma molt important l'empoderament de les infermeres, requereixen estats perceptius, emocionals i, també, relacionals per a ser efectius.

Així mateix, l'alt component reflexiu que caracteritza la simulació clínica suposa un potencial de gran rellevància per l'estudi dels fenòmens implícits d'aquesta recerca.

Buscant donar resposta a les preguntes d'investigació, i tenint en compte les característiques definitòries dels conceptes que l'engranen, s'ha optat per fer ús d'una metodologia qualitativa. Els motius que justifiquen aquesta decisió es basen en la voluntat d'explorar la percepció i vivència de les infermeres respecte el seu empoderament, a partir del seu propi relat i narrativa.

En aquest sentit, la metodologia qualitativa possibilitarà la identificació i descripció dels elements de la simulació clínica, així com de la realitat assistencial que influencien l'empoderament de les infermeres, a partir de les aportacions de les pròpies persones participants. Al mateix temps, ens permetrà veure quines similituds i diferències existeixen en ambdós contextos, i ens ajudarà a descriure el potencial de la simulació clínica com a metodologia docent útil per treballar l'empoderament amb el col·lectiu d'interès.

Per últim, la utilització de la metodologia qualitativa facilitarà la descripció del constructe partint de la pròpia visió de qui l'experimenta, posant en valor la vivència i percepció subjectiva de les infermeres sobre el seu empoderament. D'aquesta manera, es podrà contribuir a l'evidència existent, que sovint no té en consideració la visió pròpia i individual de les infermeres, sinó que es fonamenta en una visió més macroscòpica i objectiva del fenomen.

4.2 Mètode

En investigació qualitativa, el mètode es caracteritza per ser obert i provisional, flexible i circular, de forma que serà susceptible de canvis i variacions al llarg de l'evolució de l'estudi (Ruiz-Olabuénaga, 2012; Vázquez et al., 2006).

La present investigació es focalitza en el marc epistemològic constructivista (Guba i Lincoln, 1994) que considera que la realitat es construeix en base als processos d'interacció social i de mobilització de recursos (Berger i Luckmann, 1999). D'aquesta manera, no espera ser descoberta, sinó que es va construint de forma progressiva en base a la interacció i la interpretació entre els subjectes, l'entorn i la investigadora durant el procés de recerca (Hernández et al., 2014).

Així doncs, l'estudi que es proposa és qualitatiu de tipus fenomenològic, interpretatiu-hermenèutic. La metodologia qualitativa busca entendre la complexitat dels fenòmens socials a partir dels significats que les persones li atorguen, reconeixent l'existència de realitats múltiples i, per tant, no es focalitza en una realitat única i objectiva (Vázquez et al., 2006). Així mateix, considera les participants i l'escenari de forma holística, de manera que les situacions socials són construïdes per elles i estudiades a partir de paraules, accions i documents orals o escrits (Maykut i Morehouse, 1999; Vázquez et al., 2006).

Paral·lelament, la fenomenologia representa un mètode d'investigació qualitativa rigorós, crític i sistemàtic, que considera que la conducta humana és el producte de com les persones defineixen el seu món, de manera que representa un bon encaix per a la investigació de fenòmens rellevants per la infermeria, considerant que aquesta professió impregna les experiències vitals de les persones que l'exerciten (Streubert i Carpenter, 2011; Taylor i Bogdan, 1987).

En el present estudi, la fenomenologia permetrà indagar en l'estructura de l'experiència d'empoderament viscuda per part de les pròpies infermeres, cercant la identificació de l'essència del fenomen, així com la seva descripció acurada a través de les mateixes aportacions de les professionals.

4.3 Context d'exploració

L'elaboració d'aquesta tesi doctoral s'ha estructurat en dues etapes. En una etapa inicial, es va realitzar un apropament al fenomen de l'empoderament de les infermeres en un context de simulació clínica, i posteriorment, en el transcurs de la pandèmia mundial ocasionada per la COVID-19, es va explorar en un context de realitat assistencial.

Per a la realització de la primera fase, es va decidir focalitzar la recollida de dades en un hospital de tercer nivell de Catalunya, que té un programa de formació continuada àmpliament instaurat basat en simulació clínica interdisciplinària, destinat a les professionals que treballen a la institució.

El primer motiu que va guiar aquesta decisió va ser la realització sistemàtica de sessions de simulació clínica basades en CRM en serveis concrets de la institució, ja que el fet que el centre comptés amb un programa ja instaurat de formació interdisciplinària mitjançant simulació i CRM suposava la oportunitat d'observar diverses sessions i, per tant, representava una bona manera d'accedir a les dades de forma exhaustiva.

El segon motiu va ser la qualitat metodològica de les sessions de simulació, ja que la institució realitza simulació clínica seguint indicacions metodològiques estandarditzades i concretes, fet que proporciona condicions qualitatives òptimes i estandarditzades per a la seva realització. D'aquesta manera, totes les facilitadores que realitzen sessions de simulació clínica a la institució en qüestió, ho fan utilitzant una mateixa metodologia. Així doncs, l'estructura general de totes les sessions observades, sempre ha estat la mateixa.

Aquesta primera fase es va iniciar amb la presentació del projecte a la institució, l'octubre de 2017, a través d'una reunió informativa amb tots els serveis que realitzen sessions de simulació basada en CRM a l'hospital, més concretament, a la unitat de neonatologia, urgències de pediatria i UCI pediàtrica. No obstant això, les sessions de simulació basada en CRM observades han estat les del servei de neonatologia, ja que per qüestions organitzatives internes, durant el lapse temporal d'estudi, ha estat el servei que més sessions anuals ha desenvolupat.

Paral·lelament, es va presentar també el projecte al Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) de la institució, rebent l'acceptació d'aquest. Finalment, el mes de gener de 2018, va començar la recollida de dades.

El treball de camp, corresponent a la primera fase de la investigació, es va produir entre el gener del 2018 i l'abril del 2021. Cal destacar que la freqüència de realització de sessions de simulació clínica va ser variant, en funció de les necessitats dels diferents serveis assistencials. A més, és necessari tenir en compte que durant el període comprès entre març del 2020 i març del 2021 no es va poder observar cap sessió de simulació, a causa de les mesures sanitàries relacionades amb la pandèmia de la COVID-19.

La segona etapa del present estudi va venir estretament marcada per la pandèmia mundial de la COVID-19. Arrel de les condicions i els canvis organitzacionals derivats de la crisi sanitària, es va detectar la necessitat d'incloure aquesta segona fase, per tal de poder explorar els aspectes de la realitat assistencial viscuda arrel de la pandèmia que guardaven relació directa amb l'empoderament de les infermeres.

El context d'exploració, en aquest cas, va consistir en una unitat de semicrítics ubicada a un entorn no ideat per atendre aquesta tipologia de pacient, que es va crear com a mesura d'emergència davant el col·lapse sanitari generat per la COVID-19, en un hospital de la Catalunya Central. Tal com s'especificarà en l'apartat de *Posicionament de la investigadora*, la investigadora principal va formar part de l'equip assistencial ubicat a la mencionada unitat durant la primera onada de la pandèmia. Per tant, el fet que fos àmpliament coneixedora de les característiques de l'entorn de treball, i pogués també observar les dinàmiques de funcionament i trets definitoris de l'equip interdisciplinari, va fer que s'identifiquessin aspectes altament rellevants relacionats amb l'empoderament de les infermeres en el context estudiat.

Així doncs, durant els mesos d'abril i maig de 2020 es va iniciar la recollida de dades corresponents a l'exploració de l'empoderament en un context de realitat. Les dificultats organitzacionals derivades de la urgència i prioritat en respondre a la crisi provocada per la COVID-19, van impossibilitar la

realització del CEIC de forma regular. Tot i així, el departament de recerca del mateix hospital va permetre iniciar la recollida de dades i, amb posterioritat, es va procedir a l'avaluació de l'estudi també per part del CEIC de la institució, rebent-ne l'aprovació.

4.4 Diferències entre els contextos d'investigació

Com pot veure's, els contextos de recollida de dades de les dues fases són àmpliament diferents.

En una primera etapa, s'explora l'empoderament en entorns formatius, segurs, controlats i creats de forma deliberada. Així mateix, en aquesta fase, les característiques de l'entorn i de l'equip interdisciplinari són seleccionades pels comandaments, de forma externa, i per les facilitadores de la sessió, durant la realització d'aquesta.

En canvi, en una segona etapa, les característiques de l'entorn així com de l'equip són determinades per la gravetat i la incertesa de la situació, fet que no només implica diferències en relació a l'entorn de simulació estudiat a la primera fase, sinó també en comparació amb la realitat assistencial que es dona en un context de normalitat, és a dir, sense la emergència de la COVID-19.

Així doncs, es fa palès les diferències entre els perfils de les infermeres entrevistades a les dues fases de la investigació. És per això que cal remarcar en profunditat que aquesta no pretén ser el punt de partida per comparar el grau d'empoderament de les infermeres en un context de simulació clínica i en un context de realitat assistencial, sinó que vol conèixer i apropar-se a l'empoderament d'aquestes professionals a partir de l'exploració de les experiències viscudes en ambdós contextos, entenent-los de forma complementària.

A partir de l'aproximació a les vivències de les infermeres, es té per objectiu arribar a l'essència del fenomen de l'empoderament i així poder identificar característiques similars entre ambdós contextos, en cas que existeixin, amb la

darrera finalitat d'indagar sobre la idoneïtat de la simulació clínica com a metodologia docent per abordar l'empoderament del col·lectiu.

És per això que el fet que les infermeres entrevistades en la fase 1 i la fase 2 parteixin de contextos diferents no és una limitació per l'estudi en qüestió, sinó que l'enriqueix i contribueix a acostar-nos encara més profundament al l'empoderament de les infermeres a partir de l'anàlisi, contrast i ampliació d'aquest fenomen .

4.5 Mostreig

Seguint a Vásquez (2006), el poder de la mostra no recau en la mida d'aquesta, sinó en la riquesa, profunditat i exhaustivitat de les aportacions. Per això s'ha decidit seleccionar les informants que puguin aportar més riquesa a l'estudi, de manera que el mostreig ha estat tipus intencional.

Així mateix, la selecció de la mostra ha anat en consonància amb el procés de recollida de dades i l'anàlisi de les mateixes. D'aquesta manera, a l'inici del projecte no es coneixia la grandària final de la mostra, sinó que aquesta s'ha anat ampliant i concretant al llarg de la investigació, cercant les millors informants per a donar riquesa i varietat a l'estudi, i poder així donar resposta als objectius establerts.

Pel que fa a la primera fase de la investigació, la forma d'accedir a la mostra es trobava condicionada pels grups de professionals creats per part dels comandaments intermitjos de la unitat, de forma específica per a participar a la sessió de simulació. Tot i així, es va realitzar una profunda reflexió sobre el biaix de selecció i es va vetllar per tenir en compte la representació de diferents perfils, tant sociodemogràfics com d'experiència i formació, així com la inclusió de diferents gèneres, edats i anys d'experiència.

Pel que fa a les entrevistes realitzades a la segona fase de la investigació, juntament amb els criteris especificats anteriorment, s'hi van incloure infermeres que provenien de serveis diferents. Així mateix, es va decidir entrevistar a aquelles professionals que haguessin treballat a la unitat en períodes continuats d'almenys dues setmanes de duració, criteri que complien

25 infermeres. Les informants van ser captades per la investigadora principal, mitjançant sol·licitud verbal, de forma posterior al tancament de la unitat.

Cap de les persones participants, ni a la primera ni a la segona fase, va rebutjar la participació a l'estudi ni el va abandonar durant el transcurs de la investigació.

Paral·lelament, en ambdues fases de la investigació, es va identificar el moment en què les dades no aportaven nova informació rellevant, fet que va indicar la saturació de les dades (Morse, 2015; Streubert i Carpenter, 2011).

Per a la selecció de les informants que han participat a l'estudi, s'han seguit els següents criteris d'inclusió:

Primera fase de l'estudi: Sessions de simulació clínica en CRM

- Infermeres i infermers que treballin a la unitat de neonatologia i participin als cursos de simulació interdisciplinària en CRM, amb independència de la tipologia de contracte laboral del que disposin
- Infermeres i infermers que hagin firmat el consentiment informat
- Infermeres i infermers que comprenguin la llengua catalana o castellana

Segona fase de l'estudi: Context de realitat assistencial en situació COVID

- Infermeres i infermers laboralment actius a la unitat de semicrítics durant un període igual o superior a dues setmanes de duració, amb independència de la tipologia de contracte laboral del que disposin
- Infermeres i infermers que hagin firmat el consentiment informat
- Infermeres i infermers que comprenguin la llengua catalana o castellana

Així mateix, s'han tingut en consideració els següents criteris d'exclusió:

Primera fase de l'estudi: Sessions de simulació clínica en CRM

- Infermeres i infermers que treballin a la unitat de neonatologia però, no hagin participat als cursos de simulació interdisciplinària en CRM observats

- Professionals sanitàries participants a les sessions de simulació clínica basada en CRM observades que pertanyin a altres disciplines professionals diferents a la infermeria

Segona fase de l'estudi: Context de realitat assistencial en situació COVID

- Infermeres i infermers que hagin treballat a la unitat de semicrítics de nova creació, durant un període inferior a dues setmanes de duració
- Professionals sanitàries que hagin format part de la unitat d'estudi, però que pertanyin a altres disciplines professionals diferents a la infermeria,

Les taules 1 i 2 recullen les dades sociodemogràfiques de les infermeres entrevistades al llarg de la fase 1 i de la fase 2 de la investigació:

Taula 1. Dades sociodemogràfiques de les infermeres entrevistades a l'entorn de simulació clínica

Identificador	Edat	Gènere	Anys d'experiència
Infermera 1	52	D	28
Infermera 2	32	D	4
Infermera 3	40	D	18
Infermera 4	35	D	5
Infermera 5	37	D	10
Infermera 6	25	D	2

Taula 2. Dades sociodemogràfiques de les infermeres entrevistades a l'entorn assistencial

Identificador	Edat	Gènere	Anys d'experiència	Servei habitual
Infermer 1	28	H	6	Hospitalització
Infermera 2	51	D	25	Gestora de casos
Infermera 3	39	D	17	Gestora de casos
Infermera 4	42	D	13	Gestora de casos
Infermera 5	47	D	25	Consultes externes
Infermer 6	39	H	16	Atenció pacient crítica
Infermera 7	49	D	29	Consultes externes
Infermera 8	47	D	25	Consultes externes

4.6 Posicionament de la investigadora

Per Vázquez (2006), la recerca qualitativa ha de ser desenvolupada en el seu context natural. Aquest és el motiu pel qual la investigadora principal ha format part del procés d'investigació, assumint els seus valors, experiències i sistemes de coneixement de la realitat com a eines que contribuiran a enriquir la recollida i anàlisi de les dades (Streubert i Carpenter, 2011). En aquest sentit, és necessari que la investigadora reconegui que pot influir en el procés, de manera que especificar el seu posicionament al llarg de les diferents etapes del procés resultarà especialment rellevant per a l'estudi.

Pel que fa a la primera fase, les participants a la sessió de simulació coneixien la presència de la investigadora principal, així com el fet que aquesta actuaria com a observadora al llarg de la sessió, tot i que sempre des de la sala annexa, i sense contacte visual amb la resta del grup.

Així mateix, en referència a les entrevistes semiestructurades, la investigadora principal explicitava que es tractava d'una investigació sobre l'empoderament, sense donar més detalls respecte aquesta, mes enllà dels recollits al consentiment informat (Annex 1), per tal de no condicionar les respostes de les infermeres participants.

En la segona fase d'aquesta tesi doctoral, la investigadora ha estat, al mateix temps, infermera assistencial a la unitat on s'han realitzat les entrevistes semiestructurades. Precisament la vivència diària a la unitat, juntament amb la reflexivitat implícita en tot procés d'investigació qualitativa (Vázquez et al., 2006), va permetre identificar la necessitat d'explorar l'empoderament en aquell context.

Així doncs, la inclusió de la segona fase no només resulta rellevant per la naturalesa i complexitat del fenomen estudiat, sinó també per la situació general a l'àmbit assistencial, derivada de l'arribada de la COVID-19.

En aquest sentit, es van identificar aspectes fonamentals vinculats a l'empoderament de les infermeres, que es relacionaven amb les característiques estructurals de la unitat, així com amb l'impacte psicològic

derivat de la situació i la rellevància de les professionals en el context. A més, el fet que la investigadora principal fos, al mateix temps, àmpliament coneixedora del context assistencial on estaven succeint aquests aspectes clau, ha estat vital per interrelacionar-los i analitzar-los en profunditat, mentre que les entrevistes semiestructurades han estat una eina per acostar-nos a la visió i anàlisi que la resta d'infermeres efectuen sobre el l'empoderament.

Així mateix, de forma idèntica a la primera etapa d'aquesta investigació, juntament amb la informació recollida al consentiment informat (Annex 2), es va explicar a les infermeres que s'estava duent a terme una investigació sobre l'empoderament, amb l'objectiu de no condicionar les respostes a les preguntes efectuades.

4.7 Tècniques de recollida de dades

Per a la recollida de dades de la present investigació s'ha utilitzat la triangulació de mètodes, que ha permès explorar l'empoderament de les infermeres des de diferents punts de vista. Aquest fet no només enriqueix l'evidència obtinguda, sinó que també permet contrastar-la, contribuint així a la seva veracitat.

Primerament, s'han realitzat entrevistes semiestructurades, tant a les participants a les sessions de simulació clínica, com a les infermeres assistencials en context COVID-19. Per a la realització de les entrevistes, s'ha utilitzat una guia que recull els possibles temes a tractar al llarg d'aquesta, tot i que ha estat la investigadora qui ha decidit de quina forma realitzar les preguntes (Vásquez et al., 2006).

En la primera fase de la investigació, un cop finalitzada la sessió, la investigadora procedia a recollir el telèfon i correu electrònic de les infermeres que havien format part de la sessió de simulació, per concretar posteriorment dia i hora per a l'entrevista semiestructurada. Aquestes s'han realitzat intentant disminuir al màxim el marge de temps entre la participació a la sessió de simulació i la realització de l'entrevista. Tot i així, poder establir dia i hora per a la realització d'aquesta amb les infermeres participants sovint ha esdevingut un repte. En aquesta primera fase de la investigació es van realitzar 6 entrevistes

semiestructurades a les infermeres participants a les sessions de simulació, amb una duració oscil·lant entre una hora i una hora i trenta minuts.

En la segona fase de la investigació, un cop la unitat assistencial estudiada va deixar d'estar en funcionament, es va procedir a contactar verbal o telefònicament amb les infermeres que n'havien format part, per concretar dia i hora per a l'entrevista. Aquestes es van realitzar íntegrament dins el marge de la setmana posterior al tancament de la unitat. Van ser efectuades per la investigadora principal, i van tenir una duració aproximada de 50 minuts. En aquesta fase de la investigació es van realitzar un total de 8 entrevistes semiestructurades. Totes elles van ser enregistrades, per tal de facilitar-ne la transcripció i anàlisi posterior.

Paral·lelament, al llarg de la primera fase de la investigació s'ha realitzat observació no participant a les sessions de simulació. Prenent com a referència a Ruiz-Olabuénaga (2012), podem definir-la com el procés de contemplar de forma sistemàtica i detinguda el desenvolupament de la vida social, sense manipular-la ni modificar-la, permetent que segueixi el seu curs d'acció.

Cal remarcar que la observació dels escenaris de simulació i dels *debriefings* posteriors es va realitzar íntegrament a través de retransmissió simultània per càmera, des de la sala annexa de les instal·lacions de simulació. Això significa que la presència física de la investigadora no va influenciar en cap moment el transcurs de les sessions.

Així mateix, la observació no participant ha permès disposar d'un context a partir del qual establir les converses posteriors, a les entrevistes semiestructurades.

A partir de la observació no participant a les sessions de simulació es va realitzar la transcripció íntegra de les converses de *debriefing* efectuades de forma posterior a l'escenari, ja que aquests són enregistrats. En aquest sentit, cal remarcar que, durant els dies de transcripció dels *debriefings*, la investigadora principal es desplaçava a les instal·lacions de simulació de l'hospital d'estudi físicament, per tal de preservar la confidencialitat de dades corresponents a les sessions de simulació i no extreure les gravacions del

sistema informàtic de la institució. Aquest va resultar un procés laboriós, tot i que molt enriquidor i constructiu.

En relació a la segona fase de la investigació, durant tot el període en què la unitat va estar en funcionament, es van recopilar observacions, en aquest cas participades, previ coneixement i consentiment per part dels professionals de la unitat. Aquestes es van realitzar durant els torns de treball, així com durant els relleus, i van permetre captar l'essència dels successos que van tenir lloc a la unitat.

Cal destacar també que, tant durant la primera com al llarg de la segona fase de l'estudi, s'ha elaborat un diari de camp en el que es recullen les observacions i aportacions de la investigadora de forma constant, al llarg del procés de recollida, transcripció i anàlisi de dades.

Així doncs, el corpus de dades de la present investigació està constituït per la transcripció de les entrevistes semiestructurades, realitzades a la primera i segona fase de l'estudi, la transcripció de la observació no participant a les sessions de simulació clínica, concretament, dels *debriefings*, i el diari de camp elaborat al llarg de tot el treball de camp. La següent imatge mostra l'evidència obtinguda, que forma el corpus de dades, així com els diferents mètodes de recollides de dades per a l'obtenció d'aquesta, en funció de cada fase de la investigació.

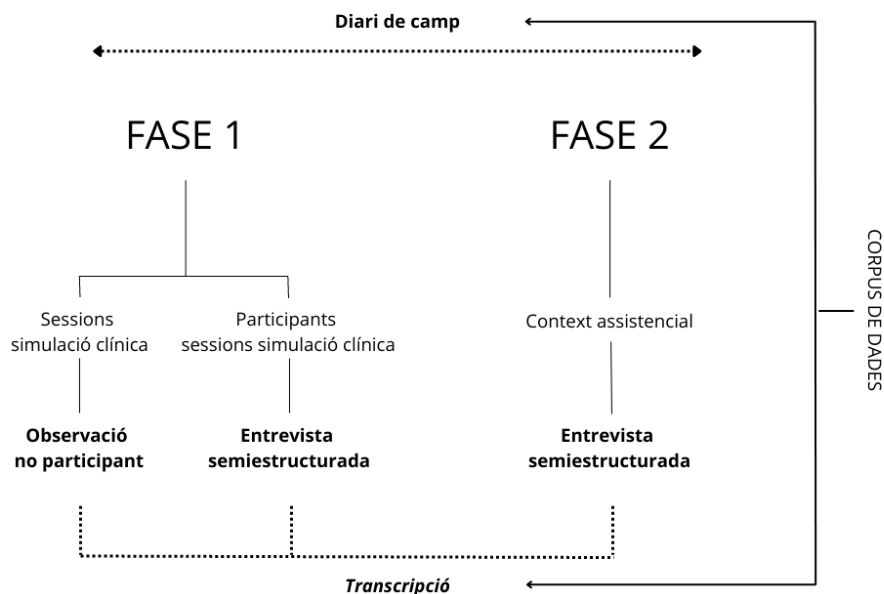


Figura 1. Procés d'obtenció del corpus de dades i instruments de recollida de dades utilitzats en cada fase

4.8 Rigor i validesa

El rigor i validesa de la present investigació es fonamenta en els criteris establerts per Guba i Lincoln (1994):

Primerament, tenint en consideració la necessitat d'aportar credibilitat a la investigació, s'han tingut en compte tres factors fonamentals. Per una banda, s'ha assegurat que la mostra era idònia per a aprofundir en l'estudi de l'empoderament de les infermeres, a partir del criteri de saturació de dades. Per altra banda, la realització d'observació no participant a l'entorn de simulació clínica, així com la observació participant efectuada a l'entorn assistencial, juntament amb l'elaboració del diari de camp i les entrevistes semiestructurades realitzades en ambdós contextos estudiats, ha permès explorar i comprendre el fenomen d'estudi, així com certificar la veracitat de l'evidència obtinguda. Per últim, cal destacar la triangulació d'investigadores, que ha possibilitat la reflexió i el debat al llarg del procés d'investigació, així com la discussió respecte els resultats d'aquest.

En segon lloc, vetllant per la transferibilitat de la investigació a altres poblacions, i tenint en consideració les particularitats dels entorns estudiats,

s'ha realitzat una descripció acurada de les característiques definitòries de cada un d'ells.

En tercer lloc, tenint en compte la dependència de l'evidència obtinguda al llarg de l'estudi, s'han especificat les reflexions que han guiat el procés d'anàlisi, així com el procediment i la forma en què aquest s'ha realitzat. Paral·lelament, s'han descrit específicament els contextos on les dades han estat recollides, així com els pensaments sorgits i les decisions preses durant el desenvolupament de la investigació.

En quart i últim lloc, vetllant per la confirmabilitat de la present investigació, s'ha volgut concretar i deixar constància del rol que ha desenvolupat la investigadora durant el procés, i s'han plasmat les presumpcions inicials d'aquesta a l'inici de l'estudi, per tal que aquestes no puguin influir en l'anàlisi de resultats.

4.9 Ètica de la investigació

Aquest projecte compta amb un informe favorable de la Comissió Acadèmica del programa de doctorat de Cures Integrals i Serveis de Salut de l'Escola de Doctorat de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVIC-UCC), així com amb una resolució favorable del Comitè d'Ètica i Investigació Clínica (CEIC) dels dos centres sanitaris on s'ha dut a terme la recollida de dades.

Durant la investigació, s'ha tingut en compte la normativa legal sobre la confidencialitat de les dades (Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals, Llei 14/2007, de 3 de juliol, d'Investigació Biomèdica, Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell), per la qual cosa s'ha mantingut l'anonimat de les institucions i unitats on s'han recollit les dades, així com la identitat de les informants entrevistades, juntament amb qualsevol altre tipus d'informació d'ús intern o privat. A més, cal destacar que la participació de les persones entrevistades ha estat totalment voluntària i, de forma prèvia a l'entrevista, han signat un consentiment informat que s'adjunta en forma d'annex (Annex 1 i Annex 2).

Cal remarcar, també, que tot i que el projecte s'ha desenvolupat en centres de caràcter sanitari que impliquen el tractament de dades de caràcter personal, mai s'ha requerit informació relativa a pacients o a usuàries.

En el cas de la observació no participant a les sessions de simulació clínica, la investigadora principal es presentava al grup de participants a l'inici de la sessió i informava del seu rol dins l'estudi. S'informava a les participants que observaria els escenaris de simulació i els *debriefings*. Així mateix, es feia saber també que la observació es desenvoluparia des de la sala de control, és a dir, la investigadora veuria i escoltaria l'escenari de simulació i el *debriefing* posterior a través dels dispositius de so i imatge.

Pel que fa a les entrevistes semiestructurades, tant en el cas de les entrevistes desenvolupades a les professionals assistencials, com les entrevistes realitzades a les participants a les sessions de simulació clínica, de forma prèvia a la realització d'aquesta i a la signatura del consentiment informat, es comunicava a la persona participant a l'estudi que l'objectiu de l'entrevista era indagar sobre l'empoderament. D'aquesta manera no s'intercedia en les respostes de les informants i s'evitava causar biaix en la informació obtinguda.

4.10 Anàlisi de dades

L'anàlisi de dades en una investigació qualitativa representa un procés sistemàtic, rigorós i creatiu que es basa en reduir, categoritzar, clarificar, sintetitzar i comparar la informació, amb la finalitat d'obtenir una visió el més completa possible de l'objecte d'estudi i donar significat a l'evidència obtinguda (Vásquez et al., 2006). Així doncs, en aquest tipus d'anàlisi existeix retroalimentació entre el mètode de recollida de dades i l'anàlisi d'aquestes, de manera que ambdós processos no només s'apliquen de forma simultània, sinó que es complementen entre ells (Taylor i Bogdan, 1987; Vásquez et al., 2006).

En la present investigació, l'anàlisi de dades s'ha dut a terme de forma sistemàtica i ordenada, tot i que també flexible. La recollida i l'anàlisi d'aquestes s'ha superposat en el temps i s'ha realitzat de forma simultània, possibilitant així la retroalimentació entre els dos processos. S'ha desenvolupat íntegrament per la investigadora principal, tot i que ha estat supervisat,

comentat i compartit amb la resta d'investigadores, directores de la present tesi doctoral.

4.10.1 Procés Analític

Seguint a Vásquez (2006), l'anàlisi de dades implica tres etapes bàsiques. La primera etapa, que és de descobriment, permet identificar temes i desenvolupar conceptes i idees. Seguidament, una segona etapa permetrà la classificació i sistematització de les dades, així com el refinament de la comprensió del tema estudiat. Finalment, una fase final permetrà que la investigadora relativitzi les troballes, compregui les dades en el context on han estat recollides i les pugui interpretar.

Per a l'anàlisi de dades, s'han seguit alguns procediments analítics provinents del mètode sociològic de la *Grounded Theory* (Glaser i Strauss, 1967). Concretament, l'anàlisi s'ha realitzat, principalment, a partir del mètode de les comparacions constants. Aquesta modalitat analítica ha permès comparar la informació obtinguda amb la finalitat de trobar patrons de comportament i identificar successos. Tanmateix, és important destacar que els processos inicials d'anàlisi es van fonamentar en la revisió de la literatura sobre els constructes teòrics estudiats, que va permetre tenir una visió general i global de tots els aspectes relacionats amb la simulació clínica, l'empoderament i les infermeres, que podien sorgir a través de les dades, i que calia no obviar.

A continuació, es procedeix a detallar el procés d'anàlisi de dades per fases:

Primera fase de l'anàlisi

El primer pas per a possibilitar l'anàlisi de dades va ser la transcripció textual de les entrevistes i converses de *debriefing* enregistrades durant la primera fase de la investigació.

Aquesta transcripció es va realitzar *verbatim*, tal com s'havien expressat les participants, i de forma exclusivament manual. Al llarg de la transcripció es van registrar, també, els elements del llenguatge verbal i no verbal que resultaven importants, com els silencis o les expressions facials, juntament amb altra

informació rellevant, com el context on es realitzava l'entrevista. Les entrevistes es van transcriure de forma gairebé sempre immediata a la seva realització, és a dir, el mateix dia de la recollida.

Així mateix, les converses de *debriefing* també es van transcriure de la mateixa forma, tot i que, com s'ha precisat anteriorment, la transcripció de la observació no participant es va realitzar en la seva totalitat a les instal·lacions de la institució, de manera que no sempre es va poder efectuar amb tanta immediatesa, ja que calia concretar dia i hora per assistir al centre.

Les entrevistes enregistrades es van identificar amb un codi, la data i l'edat de la participant, per preservar-ne així la identitat. La transcripció de la observació no participant també es va identificar amb un codi i data de la observació.

Pel que fa a les entrevistes de la segona fase de la investigació, recollides en context assistencial, es van transcriure seguint els mateixos criteris que les recollides a la en la fase inicial.

Segona fase de l'anàlisi

El recull i inici de transcripció de les dades inicials va permetre la identificació dels primers conceptes rellevants. Per a fer-ho, s'anava realitzant una lectura en profunditat de les dades obtingudes fins a assegurar-ne la comprensió per part de la investigadora, cercant entendre el sentit de les dades en sí mateixes, tal com havien estat proporcionades per les informants.

Durant aquest procés, la investigadora principal prenia notes de les idees sorgides al llarg de la lectura acurada de les dades, en un document paral·lel. Així, i tenint sempre presents els objectius d'estudi, que es van deixar registrats en un *memo* a l'inici de la investigació, es va iniciar la segmentació del text cercant la identificació de les unitats de significat en aquest, i vetllant perquè, al mateix temps, aquestes tinguessin significat semàntic. Per a la realització d'aquest procés es va utilitzar el programari Atlas Ti, en la seva versió 8.4.21.0. El software permet accedir, segmentar i codificar les dades de forma àgil, ordenada i visual. Es va procedir a crear una sola unitat hermenèutica (UH).

Cal destacar que el procés de segmentació del text va representar un aprenentatge important per a la investigadora principal. En aquest sentit, va ser necessari revisar-lo i adequar-lo a mesura que la investigació avançava, ja que inicialment s'havia realitzat de forma excessivament focalitzada, presentant la tendència a segmentar frases, o a vegades paraules, més que paràgrafs sencers. D'aquesta manera, en algunes ocasions era difícil contextualitzar les unitats de significat.

Finalment, es van obtenir un total de 916 unitats de significat, que queden recollides a la següent taula, juntament amb la distribució d'aquestes en els documents analitzats i l'entorn al qual pertanyen:

Taula 3. Distribució d'unitats de significat segons entorn de procedència

	<i>Entrevistes entorn assistencial</i>	<i>Observació no participant: debriefings</i>	<i>Entrevistes participants simulació</i>	<i>Total</i>
Unitats de significat	351	410	155	916

Tercera fase de l'anàlisi de dades

A mesura que s'anaven obtenint dades i es procedia a la seva lectura, comprensió i segmentació en unitats de significat, es va iniciar el procés de codificació oberta. Aquest procés també va ser efectuat amb el suport del programa Atlas Ti, en la seva versió 8.4.21.0. La identificació del contingut en forma de codis consisteix en una etapa descriptiva, classificatòria, sistemàtica i aclaridora (Taylor i Bogdan, 1987; Vásquez et al., 2006). Així doncs, la codificació oberta del text es va realitzar a partir del que indicaven, suggerien i denotaven les dades, sense deixar de tenir presents els conceptes descrits al marc teòric. Es va tractar d'un procés inductiu, codificant a partir del que les dades aportaven, però, també, deductiu en algunes ocasions, partint d'alguns conceptes identificats de forma prèvia a través de la literatura. El fet que el la obtenció de dades i l'anàlisi d'aquestes fossin dos processos realitzats de forma simultània, va permetre adequar el treball de camp als objectius de

l'estudi, cercant donar-los-hi millor resposta. Així doncs, es van identificar factors que podien contribuir a donar riquesa a la investigació, i a explorar millor els fenòmens estudiats.

En aquest sentit, la pandèmia de la COVID-19 es va iniciar quan s'estava realitzant la recollida de dades de la primera fase, juntament amb la transcripció i anàlisi d'aquestes. Van ser precisament les apreciacions sorgides a través d'aquests processos, que van permetre identificar la necessitat i el potencial d'incloure la segona fase en la investigació.

Així doncs, a partir del mes d'abril de 2020, es va seguir segmentant i codificant les dades procedents de la primera fase, de forma inductiva-deductiva, procés al qual es va annexar la recollida, transcripció, segmentació i codificació de les dades provinents de la segona fase de la investigació.

Aquest va resultar ser un procés laboriós i complex, que va permetre identificar diferents temàtiques a través de les dades, representades pels diversos codis obtinguts.

De forma similar al procés de segmentació, també va ser necessari revisar i adequar el procés de codificació a mesura que la investigació evolucionava. En un moment concret d'aquesta tercera fase, es va observar que molts dels codis obtinguts provenien de temàtiques comuns, o fins i tot eren sinònims entre ells. Així doncs, el procés de codificació es va revisar i replantejar de forma exhaustiva, fet que va coincidir amb la revisió del procés de segmentació, i que va permetre adequar el nivell de profunditat de la codificació.

Finalment, després d'aquest exercici d'identificació, comprensió, eliminació d'alguns codis, que no eren rellevants pels objectius de la investigació, i d'agrupació d'aquells que confluien en àrees temàtiques o conceptes més generals però igualment representatius, es van obtenir un total de 35 codis, provinents del corpus de dades.

La següent taula mostra la distribució dels codis en les diferents entrevistes i en les transcripcions de la observació no participant:

Taula 4. Distribució de codis en les entrevistes semiestructurades i observació no participant

CODIS	Entrevistes semiestructurades entorn assistencial								Observació no participant								Entrevistes semiestructurades entorn simulació						Totals
	COVID1	COVID2	COVID3	COVID4	COVID5	COVID6	COVID7	COVID8	Deb.A	Deb.B	Deb.C	Deb.D	Deb.E	Deb.F	Deb.G	Deb.H	SIM1	SIM2	SIM3	SIM4	SIM5	SIM6	
Actituds dins l'equip	4	4	8	8	14	4	6	3	1	1	1	1	3	0	1	4	0	0	0	1	2	4	70
Anticipació	0	4	5	3	3	2	5	2	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	28
Aprenentatge entre els membres de l'equip	5	7	6	2	7	4	7	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3	0	0	7	52
Aprenentatge a través de la pràctica	0	0	6	2	2	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	2	0	5	0	24
Autoconfiança	0	1	5	2	4	3	2	2	0	0	1	1	4	0	1	7	1	0	2	0	1	2	39
Autoeficàcia	2	6	3	1	22	6	6	7	2	0	0	1	2	1	4	3	1	8	3	2	6	3	89
Autonomia	0	0	3	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	12
Capacitat d'adaptació	2	5	3	1	2	2	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	21
Característiques de l'entorn estructural	0	2	1	3	6	2	7	6	4	0	0	0	7	0	1	0	0	2	0	0	0	1	42
Cohesió entre els membres de l'equip	7	5	14	6	13	6	9	5	0	0	0	8	4	3	1	4	3	1	2	2	1	3	97
Comunicació entre els membres de l'equip	0	0	0	1	7	2	0	0	2	0	4	7	14	5	7	8	4	1	1	1	1	2	67
Rellevància de les tasques desenvolupades per les infermeres	2	1	5	4	18	8	11	9	3	4	10	4	3	3	7	2	1	7	3	1	5	6	117
Converses reflexives	0	0	0	0	0	0	0	0	12	1	10	4	11	12	16	4	7	4	2	3	0	2	88
Coordinació entre els membres de l'equip	0	0	0	2	7	0	3	4	4	0	14	7	12	6	9	6	1	4	0	2	2	7	90
El poder inherent al fet de cuidar	3	11	10	6	16	3	10	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70
Verbalitzacions sobre el sentit de la pràctica infermera	2	2	2	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Emissió de crítiques entre els membres de l'equip	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	1	5	1	4	3	0	1	2	0	1	0	26
Evitar el desconeixement	3	3	13	3	6	5	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	40
Expertesa	0	2	4	1	0	3	4	0	2	1	2	0	7	1	6	4	3	0	4	1	0	8	53

Taula 4. Distribució de codis en les entrevistes semiestructurades i observació no participant (cont.)

CODIS	Entrevistes semiestructurades entorn assistencial								Observació no participant								Entrevistes semiestructurades entorn simulació						Totals
	COVID1	COVID2	COVID3	COVID4	COVID5	COVID6	COVID7	COVID8	Deb.A	Deb.B	Deb.C	Deb.D	Deb.E	Deb.F	Deb.G	Deb.H	SIM1	SIM2	SIM3	SIM4	SIM5	SIM6	
Extrapolar a altres realitats	3	0	0	2	3	1	1	0	9	6	15	13	10	11	6	2	9	7	5	5	3	5	116
Gestió de l'impacte emocional	0	0	0	0	3	0	0	0	13	5	16	5	12	13	8	10	0	2	0	3	1	1	92
Impacte emocional	1	4	13	9	7	4	6	9	4	0	6	2	5	4	5	5	8	3	1	1	4	0	101
La formació de les infermeres és important	2	8	7	1	3	0	4	2	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	3	2	4	42
Els errors causats no provoquen dany	0	2	4	0	0	1	2	1	5	1	2	6	2	4	1	3	2	5	4	8	6	5	64
Pensament crític	1	2	3	0	0	0	0	0	10	1	0	0	5	4	0	4	0	0	0	0	0	5	35
Predisposició	5	5	5	2	8	0	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33
Reflexió durant l'acció	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	4	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
Necessitat de rebuda de suport i reconeixement per part de la institució	3	2	10	4	4	3	6	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40
Reflex d'altres realitats	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2	1	2	4	3	1	0	4	4	6	3	3	7	47
Reflexions guiades per la facilitadora	0	0	0	0	0	0	0	0	7	5	19	10	21	15	20	10	3	8	4	4	3	0	129
Reforç verbal	1	1	0	2	1	0	1	0	3	4	3	4	1	0	4	1	1	3	2	0	2	2	36
Satisfacció	5	2	7	2	10	4	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2	1	1	4	53
Orgull	2	6	5	1	17	0	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40
Identificar l'error genera aprenentatge	0	0	2	0	2	0	0	0	4	1	5	5	2	7	0	2	2	0	1	2	1	0	36
Visibilitat i agraïment social	1	0	1	1	14	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18

Durant aquesta tercera fase es va procedir també a identificar la freqüència en què els codis apareixien en els contextos estudiats. La determinació d'aquest aspecte va permetre tenir una visió més clara i concreta de la representativitat del procés de codificació.

La següent taula mostra la freqüència d'aparició dels codis en els dos contextos estudiats, expressada també en percentatge:

Taula 5. Freqüència d'aparició dels diferents codis en funció dels entorns estudiats

CODIS	ENTORN ASSISTENCIAL			ENTORN SIMULACIÓ	
	TOTAL	FREQÜÈNCIA	PERCENTATGE	FREQÜÈNCIA	PERCENTATGE
Actituds dins l'equip	70	51	72%	19	27,14%
Anticipació	28	24	85,71	4	14,29%
Aprenentatge entre els membres de l'equip	52	40	76,92%	12	23,08%
Aprenentatge a través de la pràctica	24	11	45,83%	13	54,17%
Autoconfiança	39	19	48,72%	20	51,28%
Autoeficàcia	89	53	59,55%	36	40,45%
Autonomia	12	7	58,33%	5	41,67%
Capacitat d'adaptació	21	20	95,24%	1	4,76%
Característiques de l'entorn estructural	42	27	64,29%	15	35,71%
Cohesió entre els membres de l'equip	97	65	67,01%	32	32,99%
Comunicació entre els membres de l'equip	67	10	14,93%	57	85,07%
Rellevància de les tasques desenvolupades per les infermeres	117	58	49,57%	59	50,43%
Converses reflexives	88	0	0%	88	100%
Coordinació entre els membres de l'equip	90	16	17,78%	74	82,22%
El poder inherent al fet de cuidar	70	70	100%	0	0%
Verbalitzacions sobre el sentit de la pràctica infermera	10	8	80%	2	20%
Emissió de crítiques entre els membres de l'equip	26	0	0%	26	100%
Evitar el desconexament	40	37	92,5%	3	7,5%
Expertesa	53	14	26,42%	39	73,58%
Extrapolar a altres realitats	116	10	8,62%	106	91,38%
Gestió de l'impacte emocional	92	3	3,26%	89	96,74%
Impacte emocional	101	53	52,48%	48	47,52%
La formació de les infermeres és important	42	27	64,29%	15	35,71%
Els errors causats no provoquen dany	64	10	15,63%	54	84,37%
Pensament crític	35	6	17,14%	29	82,86%
Predisposició	33	25	75,76%	8	24,24%

Taula 5. Freqüència d'aparició dels diferents codis en funció dels entorns estudiats (cont.)

CODIS	ENTORN ASSISTENCIAL			ENTORN SIMULACIÓ	
	TOTAL	FREQÜÈNCIA	PERCENTATGE	FREQÜÈNCIA	PERCENTATGE
Reflexió durant l'acció	17	0	0%	17	100%
Necessitat de rebuda de suport i reconeixement per part de la institució	40	40	100%	0	0%
Reflex d'altres realitats	47	0	0%	47	100%
Reflexions guiades per la facilitadora	129	0	0%	129	100%
Reforç verbal	36	6	16%	30	83%
Satisfacció	53	40	75%	13	24%
Orgull	40	40	100%	0	0%
Identificar l'error genera aprenentatge	36	4	11%	32	88%
Visibilitat i agraïment social	18	18	100%	0	0%

Aquest procés va permetre detectar i identificar clarament els codis representatius de l'entorn assistencial, però no representatius de l'entorn simulat.

Taula 6. Codis que apareixen exclusivament a l'entorn assistencial i freqüència d'aparició

CODI	ENTORN ASSISTENCIAL	ENTORN SIMULACIÓ
El poder inherent al cuidar	71	0
Predisposició	33	0
Orgull	40	0
Rebuda de suport i reconeixement	40	0

De la mateixa manera, també es van detectar codis representatius de l'entorn de simulació, que no apareixien a les dades provinents de l'entorn assistencial.

Taula 7. Codis que apareixen exclusivament a l'entorn de simulació i freqüència d'aparició

CODI	ENTORN ASSISTENCIAL	ENTORN SIMULACIÓ
Reflexió sobre l'acció	0	17
Reflex d'altres realitats	0	47
Reflexió guiada per la facilitadora	0	129
Emissió de crítiques	0	26
Conversa reflexiva	0	88

Quarta fase de l'anàlisi de dades

Després del procés de codificació oberta, es van agrupar els codis identificats en possibles categories emergents. Aquest procés es va realitzar a partir del mètode de comparacions constants, que estableix que la comparació de fets similars, o diferents, permet enriquir les categories existents, generant un major poder explicatiu (Glaser i Strauss, 1967). D'aquesta manera, els diferents codis han estat integrats en agrupacions, a partir dels conceptes que emergeixen de les entrevistes i documents (Vásquez et al., 2006).

Inicialment, el programari Atlas.Ti va permetre realitzar una taula de co-ocurrències entre tots els documents generats i els diferents codis identificats, amb l'objectiu d'identificar aquells codis que conflüen més vegades entre ells. L'evidència obtinguda va permetre ressaltar en un color aquells codis que conflüen més de 20 vegades entre ells i en un altre color aquells que ho feien entre 15 i 20 vegades.

La taula de co-ocurrències va permetre obtenir les següents dades:

Taula 8. Dades obtingudes a partir de la taula de co-ocurrències en relació als aspectes relacionats amb les condicions de l'equip

Aspectes relacionats amb les condicions de l'equip	
<i>Categoria principal</i>	<i>Categories relacionades</i>
Cohesió equip	Coordinació
	Comunicació
	Actituds equip

Taula 9. Dades obtingudes a partir de la taula de co-ocurrències en relació als aspectes relacionats amb les condicions de l'entorn

Aspectes relacionats amb les condicions de l'entorn i la seguretat percebuda	
<i>Categoria principal</i>	<i>Categories relacionades</i>
L'error no causa dany	Aprenentatge a través de la pràctica
	Identificar l'error genera aprenentatge
Expressió emocions	Impacte emocional
	Gestió emocions

Taula 10. Dades obtingudes a partir de la taula de co-ocurrències en relació als aspectes relacionats amb el coneixement i l'aprenentatge

Aspectes relacionats amb el coneixement i l'aprenentatge	
<i>Categoria principal</i>	<i>Categories relacionades</i>
Conversa reflexiva	Emissió de crítiques
	Reflex d'altres realitats
	Evitar el desconeixement
	Reflexió durant l'acció
	Extrapolar a altres realitats

Taula 11. Dades obtingudes a partir de la taula de co-ocurrències en relació als aspectes que denoten empoderament

Aspectes que denoten empoderament	
<i>Categoria principal</i>	<i>Categories relacionades</i>
El poder inherent al cuidar	Consciència de l'impacte
	Orgull
	Satisfacció
	Autoeficàcia

D'aquesta manera, la mencionada taula va possibilitar la determinació de diverses línies relacionals identificables i clares, tal com es detalla a continuació.

En primer lloc, hi havia aspectes relacionats amb l'entorn estructural i la seguretat percebuda, que es vinculaven a l'empoderament. En segon lloc, existien aspectes propis de les característiques de l'equip, que també repercutien en l'empoderament de les infermeres. A més, aquest es relacionava també amb l'adquisició de coneixement i el procés d'aprenentatge. Per últim, hi havia certes manifestacions clares d'empoderament que es vinculaven a les característiques i particularitats pròpies del rol professional de les infermeres.

En la mateixa línia, a partir de l'anàlisi de la taula de co-ocurrències, es va detectar que els aspectes obtinguts eren diferents entre sí. Per una banda, la

seguretat vinculada a l'entorn, els factors estructurals i les característiques de l'equip, eren condicions que caracteritzaven els contextos estudiats. Per altra banda, els aspectes que denotaven empoderament de les infermeres sorgien com a conseqüència de les condicions exposades anteriorment. Dit d'una altra forma, apareixien arrel d'altres causes primàries, estretament vinculades a l'aprenentatge, a l'equip, a l'entorn i a la seguretat. Així doncs, les dades obtingudes es podien dividir en *causes* i en *conseqüències*.

Seguidament, tal com s'ha pogut observar a la Taula 7 i Taula 8, el procés de codificació havia permès identificar que alguns codis apareixien únicament en algun dels dos contextos d'estudi. Aquesta evidència conduïa a ressaltar la importància dels aspectes percebuts per les infermeres en relació al seu propi rol, així com de diversos aspectes fonamentals i definitoris de la metodologia de simulació. Finalment, la fase d'anàlisi de dades havia conduït la investigadora principal a elaborar un recull de pensaments, observacions, idees i determinacions, que sorgien a partir del què l'evidència obtinguda determinava.

El conjunt d'aquests processos permetia la identificació de patrons rellevants entre els codis emergits de les dades que, en confluència amb l'evidència obtinguda a partir de la taula de co-ocurrències, van permetre obtenir 8 agrupacions, que es representen a la següent taula:

Taula 12. Agrupacions finals i codis que les conformen

AGRUPACIONS I CODIS QUE LES CONFORMEN	
Percepció de seguretat relacionada amb l'entorn	Expertesa Els errors causats no provoquen dany Anticipació Característiques de l'entorn estructural Necessitat de rebre suport i reconeixement per part de la institució Reflex d'altres realitats Visibilitat i agraïment social
Clima positiu dins l'equip	Coordinació entre els membres de l'equip Comunicació entre els membres de l'equip Actituds dins l'equip Cohesió entre els membres de l'equip
Generació d'emocions	Impacte emocional Gestió de l'impacte emocional

Identificació d'aspectes clau	Emissió de crítiques entre els membres de l'equip Reflexió guiada per la facilitadora Converses reflexiva Pensament crític Reflexió durant l'acció
Possibilitat de millora individual i col·lectiva	Reforç verbal Identificar l'error genera aprenentatge Aprenentatge entre els membres de l'equip Evitar el desconeixement Aprenentatge a través de la pràctica Extrapolar a altres realitats
Consciència de l'impacte	Rellevància de les tasques desenvolupades per les infermeres El poder inherent al fet de cuidar Predisposició Capacitat d'adaptació La formació de les infermeres és important
Introspecció i autoanàlisi	Autonomia Autoconfiança Autoeficàcia
Percepcions positives	Satisfacció Orgull de ser infermera Verbalitzacions sobre sentit pràctica infermera

Finalment, es va procedir a diferenciar les 8 agrupacions obtingudes entre aquells factors que resultaven ser causes d'empoderament, que van ser identificats com a *factors que influencien l'empoderament de les infermeres*, i aquells aspectes que resultaven conseqüències d'aquests factors, i que podien ser identificats com a *manifestacions d'empoderament de les infermeres*. Aquests dos temes finals, juntament amb les agrupacions i els codis corresponents que els conformen queden representats a la següent taula:

Taula 13. Distribució de codis, agrupacions i temes finals

TEMES	AGRUPACIONS	CODIS
FACTORS QUE INFLUENCIEI L'EMPODERAMENT	Percepció de seguretat relacionada amb l'entorn	Expertesa
		Els errors causats no provoquen dany
		Anticipació
		Característiques de l'entorn estructural
		Necessitat de rebre suport i reconeixement per part de la institució
		Reflex d'altres realitats
	Clima positiu comú dins l'equip	Visibilitat i agraïment social
		Coordinació entre els membres de l'equip
		Comunicació entre els membres de l'equip
		Actituds dins l'equip
Generació d'emocions	Cohesió entre els membres de l'equip	
	Impacte emocional	
Identificació d'aspectes clau	Gestió de l'impacte emocional	
	Emissió de crítiques entre els membres de l'equip	
	Reflexió guiada per la facilitadora	
	Converses reflexiva	
	Pensament crític	
Possibilitat de millora individual i col·lectiva	Reflexió durant l'acció	
	Reforç verbal	
	Identificar l'error genera aprenentatge	
	Aprenentatge entre els membres de l'equip	
	Evitar el desconeixement	
	Aprenentatge a través de la pràctica	
	La formació de les infermeres és important	
MANIFESTACIONS D'EMPODERAMENT	Extrapolar a altres realitats	
	Consciència de l'impacte	Rellevància de les tasques desenvolupades per les infermeres
		El poder inherent al fet de cuidar
		Predisposició
	Introspecció i autoanàlisi	Capacitat d'adaptació
		Autonomia
		Autoconfiança
Percepcions positives	Autoeficàcia	
	Satisfacció	
	Orgull de ser infermera	
		Verbalitzacions sobre el sentit pràctica infermera

CAPÍTOL 5: RESULTATS

*“Tell me and I forget.
Teach me and I remember.
Involve me, and I learn.”*

Benjamin Franklin

Aquest capítol exposa els resultats sorgits a partir de l'anàlisi de tot el corpus de dades, els quals donen resposta a les preguntes d'investigació i als objectius exposats prèviament.

Les dades obtingudes han permès identificar factors que influencien l'empoderament de les infermeres, així com manifestacions d'aquest. Conseqüentment, l'aproximació a l'empoderament d'aquestes professionals en un context de simulació clínica, i l'enriquiment posterior amb l'estudi de l'àmbit assistencial, ha possibilitat obtenir una visió àmplia i global del constructe, tot i que, al mateix temps, concreta i contrastada.

Així doncs, en el present capítol s'hi identifiquen els elements de la simulació clínica interdisciplinària i de l'entorn assistencial que influencien l'empoderament de les infermeres, així com la forma mitjançant la qual l'empoderament queda reflectit a ambdós entorns. Tots aquests possibiliten la determinació d'aspectes concrets de la metodologia de simulació i de la realitat assistencial que esdevenen claus per a la promoció de l'empoderament d'aquestes professionals.

Els resultats s'han obtingut a través de les tècniques emprades per la investigació, que queden explicitades al capítol anterior. Les dades han permès la identificació de 916 unitat de significat, a partir de les quals han sorgit 35 codis finals. Aquests codis han estat subsumits en 8 agrupacions que, al seu torn, han estat agrupades en 2 temes finals.

L'esquema de representació parteix del procés d'anàlisi de les dades que s'ha elaborat, com s'explica anteriorment, a través del mètode de comparacions constants, incloent un procés inductiu-deductiu per a la identificació dels primers codis. Conseqüentment, l'exposició de l'evidència obtinguda es realitzarà seguint l'esquema de resultats obtingut, focalitzant-nos inicialment en els temes, des d'una visió més macroscòpica, i aprofundint de forma progressiva en les diferents agrupacions i els seus respectius codis, seqüència que permet realitzar una descripció detallada i precisa dels resultats.

5.1 Factors que influencien l'empoderament de les infermeres

La present investigació ha permès identificar l'existència de factors concrets, tant de l'entorn de simulació com de l'entorn assistencial estudiant, que generen influència en l'empoderament de les infermeres.

A través de les dades obtingudes, s'ha pogut determinar que aquests factors es troben vinculats a aspectes estructurals, psicològics i relacionals, com son el clima generat dins l'equip; la seguretat percebuda per les infermeres en relació a l'entorn; les emocions i la gestió que es fa d'aquestes; la possibilitat de millora continua i l'existència de formes d'evidenciar i identificar successos relacionats amb el dia a dia assistencial de les infermeres.

Cal destacar que per a l'exposició dels resultats obtinguts, s'ha decidit desglossar aquests factors de forma individual. Tanmateix, tots ells es troben interrelacionats entre si i, per tant, són interdependents. D'aquesta manera, s'ha pogut observar que si no existeix una bona percepció de seguretat relacionada amb l'entorn, l'aparició de clima positiu dins l'equip es trobarà condicionada, igual que les emocions experimentades. Així mateix, l'absència d'aquests factors dificultarà la identificació d'aspectes clau per part de les infermeres i la possibilitat de millora individual i col·lectiva.

5.1.1 Existència d'un clima positiu dins l'equip

Les dades obtingudes han permès determinar que, en ambdós contextos estudiats, existeixen un seguit de característiques vinculades a la forma en què les persones que integren l'equip s'interrelacionen entre elles que influencien l'empoderament de les infermeres. A continuació, es descriuen els diferents codis identificats dins aquesta agrupació, que il·lustren quins són aquests factors relacionals i actitudinals dins l'equip que generen influència en l'empoderament d'aquestes professionals:

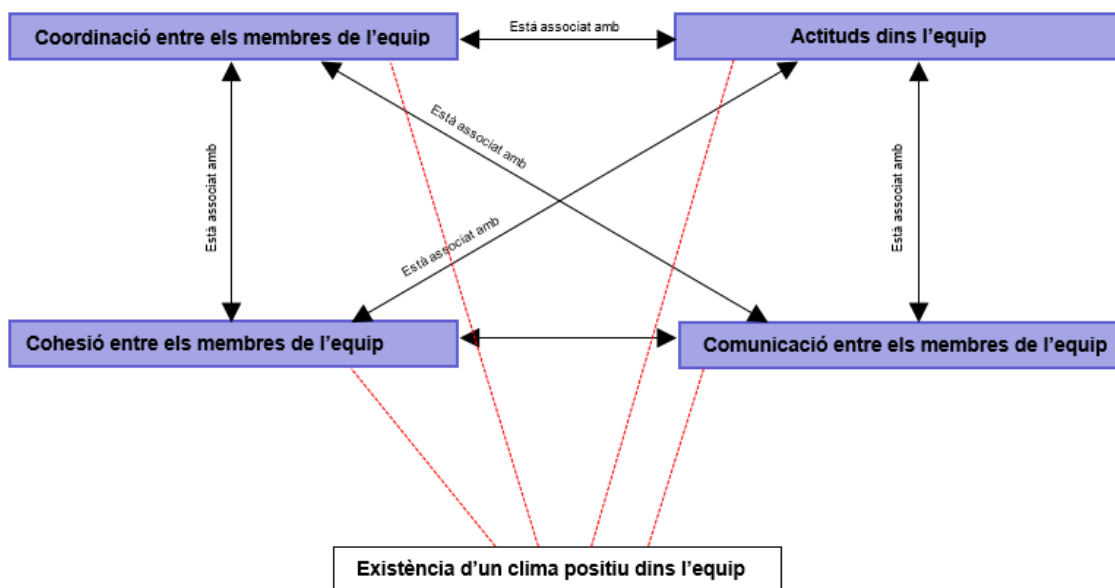


Figura 2. Mapa de relacions de l'agrupació *Existència d'un clima positiu dins l'equip*

Cohesió entre els membres de l'equip

Les infermeres manifesten, recurrentment, que la simulació clínica representa un espai on l'equip interdisciplinari interactua de forma conjunta i on els membres d'aquest es relacionen, sovint, de forma diferent al dia a dia assistencial. Així mateix, s'ha observat que la simulació clínica possibilita l'adquisició de coneixements concrets sobre el significat de treballar en equip, fet que resulta satisfactori per a les professionals:

A mi m'agraden molt aquestes sessions. Aprens molt i es fa molt treball en equip amb les companyes, que la majoria de vegades no tenim temps de conèixer-nos més a l'hospital. SIM_6²(32:17)³

Al llarg de les sessions de simulació s'ha observat que les relacions es caracteritzen per ser més pròximes i sinceres que aquelles establertes al dia a dia assistencial habitual de les infermeres. D'aquesta manera, la cohesió entre els membres de l'equip interdisciplinari assolida a les sessions de simulació esdevé una forma útil de compartir emocions i pensaments, així com una via per reflexionar i cercar elements de millora de cara a situacions futures.

² Les entrevistes fetes a l'entorn de simulació s'identifiquen amb [SIM], les efectuades a l'entorn assistencial amb [C] i la observació no participant amb [Db]. Els números que segueixen aquesta nomenclatura permeten identificar les participants i les sessions

³ La primera xifra indica el número de document, i la segona el número de cita dins d'aquest

Paral·lelament, a través de les entrevistes semiestructurades, les professionals identifiquen la rellevància de les conclusions assolides a les sessions de simulació clínica en relació a la cohesió de l'equip, fet que acaba tenint repercussió posterior en la gestió que realitzen de situacions determinades a la vida real:

A la vida real quan tenim una situació crítica, la situació passa i llavors la gent marxa, però aquí el fet d'entrar tots a la sala de debriefing i parlar permet establir confiança amb aquesta persona, que fa que després quan et trobes situacions semblants a la realitat, no és que t'ho prenguis diferent... però fa que hi hagi més bon rotllo, per dir-ho així . Hi ha com més confiança. El vincle serveix per conèixer-nos una mica més. SIM_3 (31:4)

Les dades obtingudes denoten que, per a les infermeres, la confluència de diferents rols professionals a la sessió de simulació implica certa percepció d'exposició d'elles mateixes cap a la resta de participants. D'aquesta manera, valoren molt positivament l'existència de cohesió entre els membres de l'equip, que contribueix a una major percepció de seguretat psicològica, així com a generar sensació d'igualtat entre els diferents rols professionals, tal com elles verbalitzen:

Me he sentido muy arropada, muy bien, no me daba vergüenza o me pensaba qué decir...sabes que a veces te cohíbes... van a pensar que soy tonta si digo que ahí falta un tapón... ¿no? porque bueno... he encontrado que hemos formado un grupo de gente muy noble, muy llana y....ninguno iba más por encima de nadie sino que todo el mundo quería hacerlo bien. Creo que las cosas las hemos hecho bien, hombre un 10 no pero... [riu]. Db_D (11:48)

Al context assistencial, també identifiquen que la percepció d'igualtat entre les diferents professions, la qual contribueix a no tenir en consideració l'experiència, expertesa, ni el rol de les persones, afavoreix la cohesió de l'equip. Al mateix temps, determinen que aquesta es produeix arrel de l'existència d'un objectiu comú, concret i clar entre l'equip:

Crec que tothom ha identificat que tenia mancances i que necessitava els altres. Hem posat al davant el bé comú i hem deixat endarrere els egos. Ens vam marcar un objectiu com equip i hem anat tots en la mateixa direcció. Torno

amb la humilitat, per mi això ha estat bàsic. I les ganes. Tot i haver-hi gent que ho passava malament, que tenia cagarrines abans d'entrar, a dins tothom s'arremangava. Si un tenia feina, ens ajudaven els altres. Ningú estava parat. Jo crec que això ha estat fonamental. C_1 (1:34)

Paral·lelament, les infermeres verbalitzen que el desconeixement generalitzat de la patologia per part de totes les professionals contribueix a la identificació d'aquest objectiu comú i, és a partir de la cohesió entre l'equip, que les professionals minimitzen la inseguretats davant el desconeixement:

Com que tots estàvem tant peixos jo crec que...a més jo m'enrecordo les primeres nits que... ingrés: anàvem tots. Que s'havia d'intubar, anàvem tots. Que aquest pacient li passa algo.. anàvem tots. Suposo que és la mateixa inseguretats que fa que facis aquesta pinya, i al final tots creixem. Tots vam aprendre a la vegada. No hi havia ningú que sobresortís més , amb aquesta humilitat i aquest treball en equip que nosaltres sabem fer molt bé... doncs crec que va ajudar. C_2 (2:34)

Així doncs, es relaciona la importància de la cohesió amb l'efectivitat i la qualitat de les cures proporcionades:

Nosaltres tenim unes competències que l'auxiliar no té, però en general hem estat un equip, hem anat a la una... desapareix una mica allò de la infermera i l'auxiliar una per cada banda. Hem treballat tots colze a colze. I hem vist molt clar que si no hi ha una bona auxiliar al teu costat, que tibi de tu... a nivell de feina i emocionalment.... És molt important. C_5 (19:10)

En resum, s'ha observat que la cohesió contribueix a l'existència d'un clima positiu dins l'equip interdisciplinari, fet que es veu representat a les sessions de simulació, on s'afavoreix l'expressió i reflexió entre diferents grups professionals, contribuint també a la percepció de seguretat. També s'observa a l'entorn assistencial, on la cohesió esdevé una eina útil per afrontar el desconeixement, possibilitant la igualtat entre els diferents rols professionals i facilitant, així, la identificació d'objectius.

Coordinació entre els membres de l'equip

Aquest codi fa referència a aquelles aportacions relacionades amb la coordinació entre els membres de l'equip interdisciplinari com a factor que contribueix a generar un clima positiu dins aquest.

En algunes ocasions, les infermeres manifesten falta de formació i coneixements respecte el significat i forma de treballar en equip. En aquest sentit, refereixen que comprendre i tenir els recursos necessaris per fer-ho correctament representa un aprenentatge complex d'assolir al dia a dia assistencial. Així, manifesten agrair espais com la simulació clínica, que es focalitzen a abordar aquest tipus de situacions, i que els proporcionen recursos sobre com organitzar millor el treball en equips interdisciplinaris:

Penso que la simulació ens pot ajudar a formar-nos més professionalment, a practicar, a guanyar experiència i també a aprendre a treballar en equip. És algo molt teòric, que sempre es diu, però que de vegades costa de fer a la realitat, perquè no és senzill del tot. SIM_1 (5:49)

D'aquesta manera, s'ha pogut constatar que, al llarg de les sessions de simulació, es treballen en profunditat diferents aspectes relacionats amb la forma de coordinar l'equip.

S'ha observat que aquestes reflexions generalment es duen a terme a la fase de *debriefing*, i sorgeixen arrel de factors succeïts dins l'escenari de simulació, de forma prèvia. És en aquest escenari de simulació on es provoquen situacions demandants o, fins i tot, conflictives, a les quals es genera una resposta emocional i física. Posteriorment, l'espai de *debriefing* proporciona la oportunitat d'abordar-les i buscar possibles solucions, sovint estretament relacionades a la coordinació entre els membres de l'equip:

F1⁴: Debemos intentar no dar por supuesto que otra persona ya lo ha hecho...Pues a lo mejor ya está hecho, porque siempre os organizáis así, pero igual no. Así que hay que responsabilizarnos de las actuaciones. Bueno, y también hemos hablado de como pedir ayuda, de cuando pedir ayuda, de

⁴ En les transcripcions de les converses de *debriefing* s'identifiquen els diferents professionals que integren l'equip com a I (infermera), F (facilitador) i P (pediatre), seguit d'un número que els permet distingir.

mantener un buen tono en la reanimación, mantener la calma y que los pensamientos puedan fluir... y después que tenemos que sentirnos capaces y todos vamos a agradecer la colaboración activa en cuanto a datos concretos o ideas en la resolución del caso. Que esto siempre es bienvenido. Hay que intentar buscar el momento que sea bueno y adecuado para esto, con el tono correcto y que al final todos estamos en el mismo barco y queremos lo mismo, estamos contentos siempre de los compañeros que tenemos. Db_D (11:1)

La observació no participant efectuada ha permès determinar que aquest fet es deu a l'abordatge estructurat que es realitza dels aspectes relacionats amb la coordinació de l'equip a les sessions de simulació clínica basada en CRM. A tall d'exemple, s'ha pogut observar que un dels aspectes treballats implica la gestió que es fa de l'ajuda durant una situació crítica. Aquest fet pren rellevància per a les infermeres, que manifesten que sovint reben gran quantitat de demandes. Tant és així, que les dades obtingudes determinen que el propi escenari, en funció de com hagi estat dissenyat, contribueix a generar situacions que, després de ser analitzades, condueixen a conclusions rellevants per la coordinació de l'equip en entorns assistencials:

Quan més ajuda tens, més delegues. Si sóc la infermera referent del nen estic més amb el nen i jo ja se que una altra infermera m'està preparant medicació, respirador...clar, són moltes més persones...llavors això tindrà les seves coses bones, perquè és més gent a coordinar, però jo com a infermera em podré concentrar en el meu pacient. Crec que tot això són coses que vam poder comentar després dels casos i això em va agradar molt SIM_5 (29:10)

Paral·lelament, s'observen abundants referències a les diferències jeràrquiques entre rols professionals que, consegüentment, influeixen en la coordinació dels membres de l'equip interdisciplinari.

I4: claro...pero me ha hecho gracia porque dices "el ecógrafo no l'has de portar tu". El ecógrafo lo trae quien puede. Aquí no se mira si eres auxiliar o enfermera o qué eres. Si estás libre, traes el ecógrafo. Db_B (9:14)⁵

Així, les infermeres identifiquen que la simulació contribueix a generar un clima positiu dins l'equip de treball, esdevenint un espai on es pot reflexionar sobre

⁵ Crítica efectuada en el transcurs d'un *debriefing*. Efectuada per una infermera i dirigida a una de les pediatres de la sessió.

les diferències mencionades, de manera que els diversos rols professionals es poden acostar:

Penso que és una manera de perdre la “por” a relacionar-nos amb l’equip mèdic. Ara ja no passa tant però abans era una relació com molt jeràrquica...el metge per una banda i la infermera per una altra. Crec que això ens ho hem de treure del cap perquè en el fons treballem en equip i aquestes sessions van molt bé per reforçar això. SIM_3 (31:12)

Pel que fa a l’entorn assistencial, les infermeres també fan referència al vincle existent entre la confluència de diferents rols professionals i la coordinació de l’equip, i determinen que la proximitat de l’equip mèdic i el fet que aquest tingui en consideració la valoració global efectuada per les infermeres contribueix a generar millor clima de treball, aspecte que volen fomentar i traslladar a altres contextos assistencials:

El metge constantment et preguntava... Jo penso que ens valoràvem molt. Era com molt idíl·lic. I això ha despertat sentiments en tots nosaltres. Crec que hem après molt durant la pandèmia... no em refereixo a coneixements, sinó a manera de fer i de comportar-nos a la feina. C_5 (19:16)

En aquest entorn, les infermeres manifesten que la coordinació de l’equip representa un factor imprescindible davant la situació d’emergència sanitària. Per una banda, identifiquen que facilita l’adaptació a l’espai estructural i la gestió dels recursos materials i, per altra banda, determinen que contribueix a disminuir la percepció de desconeixement relacionat amb els aspectes tècnics i clínics.

Pel que fa a l’espai, ens vam adaptar. Vam buscar EPIS quan menys n’hi havia, vam establir una forma de treballar concreta dins de la unitat en qüestió, ens vam organitzar a nivell d’equip, vam fer “xuletes” per facilitar-nos la seqüència d’IOT⁶, tenir clar quin material i medicació necessitàvem...vam organitzar una pissarra- resum de la unitat...això ens va permetre treballar a gust i sentir-nos bé com a professionals, tot i la situació tan adversa que estàvem vivint C_7 (22:12)

⁶ Intubació oro-traqueal

Així mateix, manifesten recurrentment que moltes d'aquestes accions relacionades amb l'assoliment d'una coordinació òptima dins l'equip són promogudes per les infermeres pròpiament. D'aquesta manera, les professionals identifiquen que els factors que elles mateixes instauren, fomenten de forma molt important el bon funcionament de la unitat i el benestar de l'equip:

Infermeria, i incloc auxiliars, penso que tothom ha anat a la una, tothom sabia més o menys el que havia de fer. Tot i que mai havíem treballat junts. Mai havíem estat en aquella unitat. Vam crear com un nou entorn amb una manera de treballar concreta, que ens feia estar bé C_6 (21:17)

En aquesta mateixa línia, s'identifica que, per les infermeres, veure l'impacte de les seves decisions en relació a la forma de treballar contribueix a reforçar la seva creença sobre la possibilitat de generar impacte en l'organització.

En resum, s'observa que la coordinació òptima de l'equip contribueix a l'existència d'un clima de treball positiu, fet que, al seu torn, promou l'empoderament de les infermeres. Aquest factor s'identifica a través de les sessions de simulació, que representen un espai on abordar aspectes relacionats amb la coordinació de l'equip entre els diferents grups professionals, així com a l'entorn assistencial, on s'evidencia que les infermeres hi assumeixen un paper important.

Comunicació entre els membres de l'equip

Aquest codi recull totes les aportacions que tracten sobre la comunicació entre els membres de l'equip i la contribució que aquest aspecte genera en el clima positiu dins d'aquest. La coordinació de l'equip es troba estretament relacionada amb la cohesió, així com amb la comunicació entre les persones que el formen. D'aquesta manera, s'observa que la forma en què les persones que integren l'equip es comuniquen entre elles contribueix a generar un millor clima de treball dins aquest i, conseqüentment, representa un factor que promou l'empoderament de les infermeres.

Per una banda, al llarg de la observació no participant a les sessions de simulació, s'ha pogut constatar que la comunicació entre les integrants de

l'equip interdisciplinari condiona l'activitat de les mateixes. Per altra banda, s'ha evidenciat que es relaciona amb factors com l'expertesa i veterania dels membres que els conformen. Tant és així, que les infermeres manifesten que la forma de comunicar-se i la facilitat que tenen per a fer-ho es troba influenciada per la visió que elles mateixes tenen sobre la resta de rols professionals, així com sobre el seu propi rol.

En aquest sentit, el component reflexiu de les sessions de simulació clínica fomenta que les infermeres realitzin aportacions sobre la importància d'establir una correcta comunicació entre l'equip, independentment de l'experiència i expertesa dels diferents professionals que l'integren, fet que relacionen amb la cohesió entre l'equip interdisciplinari:

A mi el fet de tenir una situació així⁷ amb un pediatre expert em dona confiança, i si el pediatre és més inexpert, doncs jo crec que sempre se li ha de dir o suggerir... Bueno sempre podem dir-ho. Es com una col·laboració entre tots. Ens acostumem a comunicar molt fluidament. Crec que és una manera de sumar. SIM_2 (30:8)

Paral·lelament, s'observa que el fet de poder parlar obertament d'aspectes relacionats amb la comunicació en entorns de simulació clínica es vincula al benestar emocional de les professionals, mentre que també repercuteix positivament en el desenllaç final de la situació. De la mateixa manera, el fet que la simulació clínica representi un espai on verbalitzar i analitzar successos comunicatius de forma estructurada, permet també l'aproximació entre els diferents rols professionals de l'equip:

P3: Potser ha faltat verbalitzar-ho en veu alta i fer-ho saber a tota la resta. Expressar els sentiments. A mi m'ha passat algun cop que vas a veure a algun nen a qui abans potser no havies donat suficient importància...Crec que es important trencar aquesta barrera perquè pot condicionar molt el to de la situació...

I3: Si.. A vegades donem moltes coses per suposat. Jo penso que es molt important verbalitzar les coses en veu alta, i sense vergonya. Al final tots som iguals... Db_H (17:20)

⁷ Fa referència a una situació d'urgència

S'ha pogut determinar que l'escenari de simulació, que ha estat dissenyat de forma deliberada, fomenta l'aparició de múltiples successos relacionats amb la comunicació, que podran ser identificats i analitzats, posteriorment, a la fase de *debriefing*, amb la intenció de cercar aspectes de millora:

I2: Sí, sí clar... jo moltes coses no les sabia i llavors les preguntava...i en determinades situacions pensava, ostres ens falten mans. Però no queia en què podíem demanar més ajuda...no pensava en que podia trucar i avisar... pensava que érem poques i a mi m'ha costat que sortís de mi el fet de trucar. Crec que s'ha fet però jo no ho he aportat.

I1: Potser jo tampoc he estat molt clara a l'hora de trucar als pediatres i explicar què li passava al nen. Perquè m'han preguntat què li passa i jo...mm....

F1: És a dir, la comunicació no ha estat clara?

I1: Sí, des del meu punt de vista no he estat molt clara. Yo le he dicho... ¿podéis venir al box? Y me han preguntado... ¿a qué box? Al 5.

F1: Però des d'un punt de vista personal, dius... i en general, la sensació sobre la transmissió d'informació..... què en penseu?

I3: Jo he entrat i ningú m'ha dit res.

F1: I tu has preguntat a algú?

I3: Jo he mirat al monitor, he mirat el nen, m'he acostat a elles, que estaven al carro i he demanat: en què us ajudo i que faig?. Db_E (14:47)

Així mateix, la identificació d'aquests successos sovint es produeix per part de la facilitadora de la sessió que, al mateix temps, contribueix a generar seguretat psicològica a través de la normalització de l'error:

F1: Potser si hi ha la figura d'un líder, que en un moment determinat situa i diu: estem en aquest punt. Creiem que al nen li passa això. La pròxima situació serà aquesta...i...bueno... no sé. Això tant perfecte no passa mai, però estaria bé Db_E (14:56)

A més, les infermeres identifiquen la importància de treballar els aspectes mencionats, que es relacionen amb la comunicació, per a la posterior aplicació a l'àmbit assistencial:

La comunicació és essencial en tota la assistència sanitària,... amb el pacient, amb l'equip, dins de la vida diària... Quan veus que tots els problemes estan relacionats amb la comunicació [...]ja no és detectar que la tensió baixa, sinó

com gestiono i comunico això. Adonar-te de com tota aquesta informació hi es o no. Comunicar-la , no comunicar-la... quina reacció genera si ho dic d'una manera o d'una altra.. . SIM_4 (24:55)

Pel que fa a l'entorn assistencial, s'ha pogut detectar que la predisposició de l'equip mèdic a mantenir constant comunicació amb les infermeres, contribueix a generar millor clima dins l'equip interdisciplinari:

Cada cop que valoraven un pacient o que feien algun canvi ens ho venien a comunicar. Això no sempre funciona així, a la vida real. A vegades et trobes les modificacions fetes al càrdex⁸ però no te les han comunicat. Allà sí. I quan havíem de córrer gairebé sempre ens comunicàvem fluidament i amb bones paraules... tal com estava la situació, podria no haver estat així, però sí. De fet, hi va haver només una ocasió on algú es va posar més nerviós del compte, i entre tots vam reconduir la situació. C_5 (19:57)

En resum, la comunicació entre l'equip interdisciplinari esdevé important pel clima positiu dins l'equip, ja que en condiciona l'activitat i la qualitat de les cures proporcionades a les pacients, tant a l'entorn de simulació com a l'entorn assistencial. En aquest sentit, la forma en què els diferents professionals es comuniquen entre ells es veu influenciada pels rols professionals, així com per la seva expertesa i experiència. La simulació clínica representa un espai on, a partir del disseny deliberat dels casos, es poden tractar específicament successos relacionats amb la comunicació, fet que afavoreix la transferència a altres contextos.

Actituds dins l'equip

Aquest codi recull les aportacions relacionades amb la identificació de certes actituds dins l'equip interdisciplinari que, de forma paral·lela a la comunicació, coordinació i cohesió, fomenten l'existència d'un clima positiu dins d'aquest.

Un dels factors que contribueix a l'aparició d'algunes d'aquestes actituds consisteix en el fet de poder expressar emocions i pensaments de forma transparent entre les integrants de l'equip, fet que es produeix més freqüentment en entorns de simulació que a l'entorn assistencial real:

⁸ Registre on es pauta la medicació de les pacients ateses

I4: Jo penso que la transparència emocional, que de vegades es pren com una debilitat o una forma de descobrir-se, acaba sent una fortalesa: si som més transparent entre nosaltres, tot flueix més.. Db_H (17:37)

Així mateix, s'observa que les aportacions efectuades per les facilitadores a l'entorn de simulació posen de manifest la rellevància de certes actituds com la necessitat d'empatia entre els membres de l'equip interdisciplinari, així com la de tenir establerts certs patrons de comportament davant situacions determinades dins aquest:

F1: Hay que ser empáticos... intentar comprender cómo pensamos y porque hacemos así las cosas. Aunque no sea nuestra forma habitual de actuar. Y el ver que todos [moviment circular referint-se a tot l'equip], esto es muy importante, cuando estemos en una situación sepamos que todos partimos, no del mismo rol ni de los mismos conocimientos pero sí de cómo gestionar la situación, saber que todos tenemos las mismas bases, ayuda a ello. Todos podemos aportar muchas cosas, mucha información y muy valiosa. A veces, a lo mejor la persona que pasaba por ahí, y te dice, ¡mira qué tensión!...a lo mejor aporta mucha más información que el resto del equipo, porque estamos ahí metidos en una cosa. Db_A (8:20)

En relació a l'empatia a l'entorn assistencial, les infermeres identifiquen que l'existència d'un objectiu comú entre els membres de l'equip interdisciplinari l'afavoreix:

Tot va ser molt... suposo que el fet que vinguéssim tots de diferents serveis, que tots anéssim una mica espantats, va fer que tots ens donéssim suport... C_6 (21:13)

Així mateix, també descriuen com a actitud positiva dins l'equip interdisciplinari l'accessibilitat demostrada per l'equip mèdic durant el lapse temporal estudiat.

També era clau el fet que l'espai fos reduït, ells sempre estaven allà i quan els hi demanaves alguna cosa venien, s'ho miraven.... C_6 (21:4)

Determinen que en el context d'estudi es poden comunicar fàcilment amb el col·lectiu mèdic, fet que genera sensació de seguretat per a elles, tot i que

s'allunya d'altres realitats assistencials, on sovint és necessari insistir per rebre col·laboració:

Quan els avisàvem de que un pacient no estava bé hi anaven de seguida, no feia falta ni saturació, ni constants ni avisar dos cops. Penso que van guanyar molta confiança cap a nosaltres C_4 (12:53)

Les infermeres vinculen aquesta actitud a l'augment de confiança d'altres rols professionals cap a elles mateixes, així com a la pèrdua de les relacions jeràrquiques entre els membres de l'equip, identificant que les característiques de la situació provoquen l'existència de condicions iguals per tothom:

Crec que tothom ha fet com un "reset". Tots érem infermeres. Es igual d'on vinguis, tant si és de pediatria com de consultes externes,... i els metges igual. En el fons, tu quan et formes a la carrera, ets metge o infermera i en situacions així és quan es demostra la professió. C_5 (19:15)

Durant el període estudiat, remarquen que no només es produeix transmissió de les actituds identificades entre els membres de l'equip interdisciplinari, sinó que aquestes es veuen perpetuades en el temps, fet que causa que el clima positiu de treball dins l'equip es mantingui a mesura que avança la situació:

I quan vas veient que la gent arriba, sense haver-hi estat mai, i es neutralitza, i vas i tornes, i l'ambient i actitud continua. És fantàstic! Per mi va ser com una explosió...m'hi vaig sentir tan a gust! C_1 (1:23)

Finalment, també vinculen l'aparició de les descrites actituds positives amb la comprensió de la importància del cuidar, identificant que aquesta és la funció principal de la professió:

[...] el que ha estat maco és que hem deixat enrere els egos, és igual on facis d'infermera, ni si fas matí o tarda o consultes o planta. Tot ho hem deixat enrere i tots érem infermers i infermeres. I sobretot, érem infermeres donant el millor de nosaltres, demostrant l'essència de la professió. C_5 (19:36)

En resum, l'entorn de simulació afavoreix l'aparició de les actituds identificades, representant un espai de reflexió i transparència entre els diferents rols professionals. Així, permet la identificació d'actituds com l'empatia, juntament

amb la determinació de la importància de demostrar patrons de comportament concrets davant successos determinats, sobretot urgents. Algunes d'aquestes actituds apareixen a causa de l'entorn de seguretat creat a la sessió de simulació. A l'entorn assistencial, les actituds com l'empatia i l'accessibilitat no només es posen de manifest, sinó que perduren en el temps, i apareixen arrel de la comprensió de la importància de cuidar, de l'augment de confiança dels altres professionals cap a les infermeres i de la pèrdua de relacions jeràrquiques.

5.1.2 Percepció de seguretat relacionada amb l'entorn

Les dades obtingudes han permès identificar l'existència d'un factor comú entre l'entorn de simulació clínica i l'entorn assistencial estudiat: en ambdós contextos, les infermeres refereixen experimentar sensació de seguretat relacionada amb l'entorn. Aquesta percepció, que pot haver estat afavorida de forma deliberada o no, condiciona la vivència de les professionals, així com en la seva forma de desenvolupar-se i comportar-se, influint també en el seu empoderament.

A continuació, es descriuen els diferents codis identificats dins aquesta agrupació, que permeten detallar factors psicològics, estructurals i relacionals, que intervenen en la percepció de seguretat de les infermeres en relació a l'entorn:

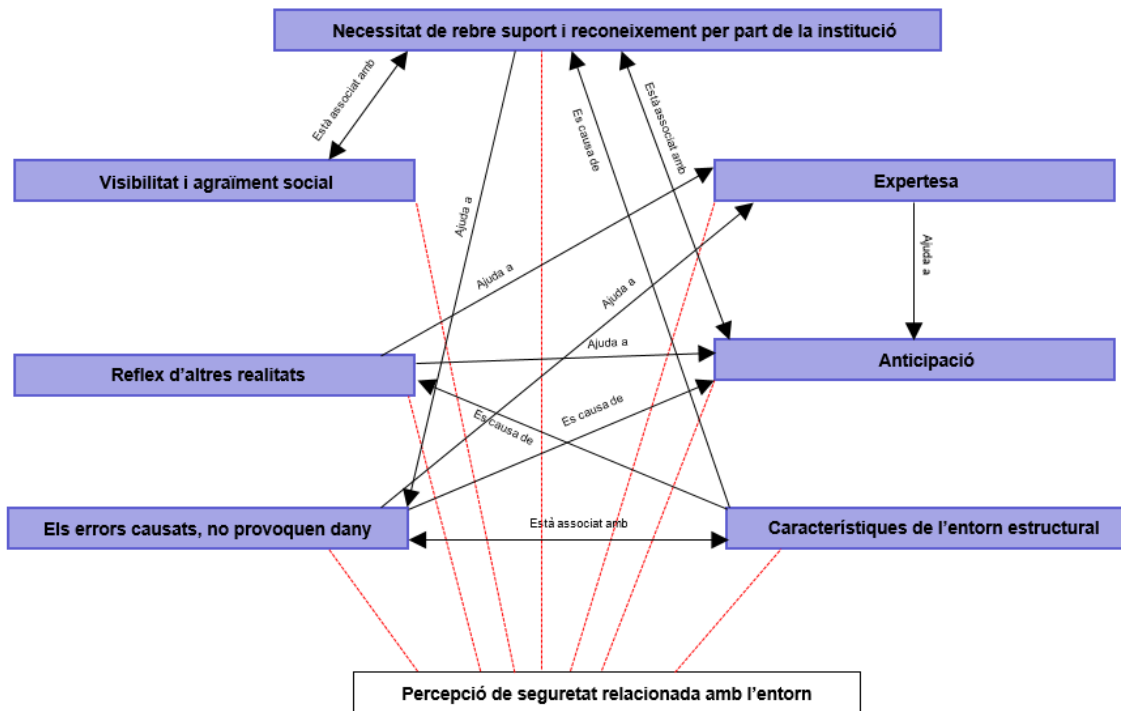


Figura 3. Mapa de relacions de l'agrupació *Percepció de seguretat relacionada amb l'entorn*

Característiques de l'entorn estructural

Aquest codi recull tots els aspectes vinculats a les característiques de l'entorn a nivell estructural, les quals contribueixen a la percepció de seguretat experimentada per les infermeres.

Quan aquestes professionals participen per primera vegada a una sessió de simulació, manifesten cert desconeixement respecte l'entorn físic i la distribució de material, que genera falta de percepció de seguretat:

A mi això del material em va passar també perquè era la primera vegada que feia simulació allà, les altres vegades era en un lloc diferent. Hi havia gent al grup que ja havia estat més cops a l'aula i que ja sabien on eren les coses.
SIM_5 (29:16)

Tot i així, identifiquen que la semblança entre l'escenari de simulació i l'entorn real contribueix positivament a la seva percepció de seguretat relacionada amb l'entorn:

Però un cop et poses dins el cas, la situació és tan real que és molt fàcil posar-te en situació. Es com si t'oblidessis una mica de la resta de coses. SIM_6 (32:14)

De forma paral·lela, s'observa que les condicions inicials de les quals parteix l'equip assistencial també generen impacte en la seguretat percebuda per les infermeres. D'aquesta manera, el fet de no conèixer les altres persones que integren l'equip, així com la poca experiència en les situacions plantejades, genera nerviosisme a l'inici de la sessió:

I3: Entonces me he sentido un poco perdida y nerviosa...Porque cuando no tienes esa seguridad, no sabes dónde están las cosas, no conoces a las personas...pocas veces has estado en situaciones así... pues se genera también una parte de nerviosismo que te hace, a veces, bloquearte Db_E (14:3)⁹

En el cas de l'entorn assistencial, els condicionants estructurals que intervenen en la percepció de seguretat de les infermeres es troben estretament relacionats amb l'escassetat de recursos que, en ocasions, implica falta d'equipament individual de protecció. Aquest fet és mal percebut per part del col·lectiu, que sovint l'atribueix a falta de suport per part de la organització:

Estava enfadadíssima. Una doctora es va enfrontar amb la responsable i tot... com pot ser que no en tingueu¹⁰? Em va saber greu... perquè llavors vaig anar un cap de setmana a planta i me'n van donar. Llavors vaig entendre que no em donaven mascaretes...perquè no me les volien buscar. Vaig pensar que em cuidaven poc. C_8 (23:47)

Així mateix, identifiquen que la falta de recursos condiciona la qualitat de les cures infermeres proporcionades, fet que també interrelacionen amb la falta de seguretat i la percepció d'impotència:

El que em va costar molt, al principi sobretot, era saber que clar...no depenia de mi, però... saber que ja no pots fer res més per aquell malalt, sabent que en una situació de no pandèmia podríem haver actuat molt més ràpidament,

⁹ Cal remarcar que tot i treballar al mateix servei, els membres dels equips que participen a les sessions de simulació clínica no sempre treballen junts habitualment.

¹⁰ Es refereix a les mascaretes.

utilitzant els recursos que en aquell moment ja no teníem. Això jo crec que al principi és el que pitjor vam portar tots. És molt bèstia saber que un pacient era per intubar i que sabies que en aquell moment no el podíem intubar perquè no tenies respiradors. I l'havies d'aguantar i veure com patia, amb aquell distrés respiratori i aquell cansament... anaves veient i no podies fer-hi res mes que anar-li posant morfina, que en aquell moment era el recurs que teníem, perquè no li podies donar més ventilació. Crec que això ha sigut de les coses més dures. El patiment del pacient sabent que en altres situacions no ho estaria patint. C_2 (2:17)

Paral·lelament, les infermeres vinculen les característiques estructurals de l'entorn amb la percepció d'impotència, i identifiquen que la causa es deu a falta d'anticipació per part de la institució:

Era sentiment de desbordament, impotència... què és això?. El moment en què es van apagar els llums¹¹... que no veiem els sueros... Haver d'obrir la porta del lavabo per veure què carregaves de medicació. Una cosa tan senzilla com que algú hagués previst que no es podien apagar els llums en una unitat de semicrítics, doncs ningú l'havia tingut en compte.... va quedar arreglat i el dia següent ja va estar. C_2 (2:26)

A més, s'observa que el fet que l'entorn físic de la unitat no estigui preparat per atendre pacients crítics, juntament amb el desconeixement dels circuits de funcionament i la falta d'informació, són mal percebuts per les infermeres i contribueix a la inseguretat :

Pensa que jo estic habituada a treballar de matí, no de nit, de manera que els circuits eren desconeguts. No sabia els telèfons on trucar, ni el de la supervisora de nit, ningú ens va explicar res. Vam engegar i no sabíem res, ni com ens arribaria la medicació... jo em vaig sentir abandonada. Vaig pensar, aquí et col·loquen on volen i au, espavila't... i clar, això és una sensació que després sap greu, perquè tu moralment creus que has d'estar allà, pels pacients, per les famílies, perquè creus que pots ajudar, però les coses s'han de fer d'una altra manera, no es tracta només de cobrir un forat, has de saber amb qui cobreixes cada lloc. C_3 (3:15)

¹¹ El primer dia en què la unitat de semicrítics va estar en funcionament, es van apagar els llums de la unitat al fer-se de nit

Les diferències entre la informació rebuda prèviament i la realitat finalment existent també són mal percebudes per les infermeres en relació a la seva seguretat:

Ens van dir: no patiu que sempre hi haurà algú d'UCI... jo recordo que vaig veure l'equip i érem dues noies de consultes, veig arribar la tercera i li vaig demanar: tu ets la d'UCI no? Diu no, no...jo vinc de salut mental... Fa 10 anys que no purgo un suero... llavors vaig pensar: ara sí que apaga y vámonos. C_5 (3:27)

Tanmateix, l'existència d'un objectiu comú entre les professionals, independentment de les condicions, contribueix de forma positiva a la seguretat percebuda en relació a l'entorn:

Són formes d'entendre la infermeria, el cuidar, l'estar al costat del pacient, en una situació d'estrès i en un entorn al que no estàs habituat, i això fa que busquis com recolzament en les persones que tens al costat, i al final s'acaba generant aquesta simbiosi... no sé dir-te ben bé el perquè, però va passar així. C_3 (3:26)

Per últim, cal destacar que molts dels factors identificats són gestionats per part d'infermeria, que intenta minimitzar-ne els efectes i hi cerca solucions, de manera que aquestes professionals poden veure les conseqüències de les seves accions i decisions en l'organització:

Al final vam trobar la forma d'organitzar-nos, de distribuir el material perquè tothom en tingués. Ens vam organitzar perquè tots els torns es poguessin protegir, i si no teníem prou material de protecció, el demanàvem. Vam organitzar tots els circuits de funcionament intern, de material fungible, de medicació...i vam establir una forma de prioritzar les actuacions que necessitàvem els malalts i de fer-ho saber a tothom. Tot això ho vam fer nosaltres. I va ser la clau perquè la unitat funcionés, i funcionés bé. C_1 (1:45).

En resum, es pot determinar que les característiques de l'entorn estructural generen influència en la percepció de seguretat de les infermeres relacionada amb l'entorn, tant durant les sessions de simulació, com en el context assistencial real. Pel que fa a l'entorn de simulació, s'identifica que el fet que l'entorn simulat sigui similar a l'entorn assistencial real, contribueix a la

percepció de seguretat, mentre que aspectes com el fet de tenir poca experiència en simulació, o no conèixer les integrants de l'equip, tendeixen a disminuir-la. Pel que fa a l'entorn assistencial, l'escassetat de material de protecció, i la falta d'informació, es perceben com una falta de suport de l'organització cap a les infermeres, tot i que també existeixen aspectes positius de l'entorn estructural que contribueixen a la seguretat per aquestes professionals, com la possibilitat de generar influència en l'organització i la cohesió general de l'equip interdisciplinari a l'hora d'assolir un objectiu comú.

Els errors causats, no provoquen dany

Aquest codi recull totes les aportacions relacionades amb la presa de consciència de les infermeres sobre el fet que els errors causats no provoquen dany, aspecte que també contribueix a generar seguretat relacionada amb l'entorn.

En el cas de les sessions de simulació clínica, la observació no participant denota que aquesta metodologia proporciona una forma d'analitzar els successos que han tingut lloc a l'escenari que contribueix a generar seguretat psicològica a les persones participants. Aquest fet succeeix a partir de la premissa que els errors esdevinguts a l'escenari no han causat dany a altres persones. De fet, s'ha pogut identificar que la consciència sobre el fet que l'error no provocarà dany és un dels factors que es clarifica durant el *prebriefing* de les sessions de simulació. Així mateix, s'observa que és important que el participant sigui conscient d'aquest fet, no només perquè això permetrà que posi en pràctica coneixements, habilitats i actituds en els quals és menys expert o experta, sinó també perquè durant la sessió de simulació es trobarà exposat a la resta de companys i facilitadors, que veuran la seva actuació dins l'escenari i posteriorment emetran crítiques sobre aquesta. Per aquest motiu, la simulació clínica vetlla pel fet de crear un entorn d'aprenentatge segur i fer que el participant en sigui conscient.

Així mateix, s'identifica que el *prebriefing* esdevé un espai de temps destinat a clarificar el funcionament de la dinàmica de simulació. Aquest es realitza a l'inici de la sessió i és on es remarquen els objectius, juntament amb les premisses

bàsiques de funcionament, com són la privacitat i la necessitat de donar credibilitat a la sessió, entre d'altres. També s'especifiquen les particularitats comentades anteriorment en relació a la creació d'un entorn segur pel participant. En aquest sentit, les infermeres identifiquen que el *prebriefing* contribueix a generar seguretat per a elles:

A més a l'inici de la sessió ens ho van explicar molt bé i ens van orientar molt bé sobre com aniria la sessió. Això també em va tranquil·litzar... SIM_1 (5:16)

Paral·lelament, s'observa que durant el *prebriefing*, es facilita que les participants coneguin amb anterioritat l'espai on es portaran a terme els escenaris, fet que les infermeres vinculen positivament a la seva experiència en simulació, ja que millora de la seva percepció de seguretat experimentada:

L'estona abans de començar, quan t'expliquen tot com anirà, què podràs veure amb el simulador, què no... també va molt bé per estar més situada SIM_3 (31:6)

Així mateix, la consciència sobre el fet que l'error no causa dany no només té rellevància a l'espai de *prebriefing*, sinó que resulta imprescindible pel desenvolupament general de la sessió.

En aquest sentit, la conversa de *debriefing* evidencia els errors ocorreguts, de forma que també exposa les participants a la resta de grup, motiu pel qual és necessari que la seguretat psicològica percebuda es mantingui durant el *debriefing*. Un factor que hi contribueix és el fet que, a l'inici d'aquest, s'explica a la participant quina estructura tindrà la conversa de reflexió, de manera que això permet aprofundir en cada una de les fases, des de l'expressió d'emocions, la resolució de dubtes clínics i finalment la focalització en els successos que han tingut lloc a l'escenari relacionats amb els objectius de la sessió. S'observa que el fet que les infermeres coneguin com s'estructurarà la conversa de *debriefing*, contribueix també a la creació d'un entorn segur.

F3: La estructura es la siguiente...Veremos cómo os habéis sentido, qué sensaciones habéis sentido dentro. A continuación, explicareis qué le pasaba a nuestro paciente, hablaremos de los datos clínicos. A partir de ahí veremos qué dinámicas nos parecen importantes y útiles para tener en cuenta y qué

cosas mejoraríamos o podríamos haber hecho distinto. Vosotras mismas vais a ir dando la respuesta, entre todas. Db_A (8:2)

Així mateix, a les entrevistes semiestructurades les infermeres fan referència als avantatges inherents al fet que l'aprenentatge en simulació clínica es desenvolupi de forma segura i controlada, i identifiquen que poder veure les conseqüències de les accions de forma segura i sense que aquestes generin dany, afavoreix la transferència dels coneixements a la vida real:

Segurament mai tornaré a cometre aquest error¹². I el millor és que ho he après sense perjudicar a ningú. Crec que ens ajuda a obrir el camp de visió. SIM_3 (31:16)

Conseqüentment, aquest fet contribueix a que identifiquin la simulació com un espai on aprendre, practicar i millorar:

Tot i que abans d'entrar a l'escenari saps que estàs fent simulació, jo personalment un cop a dins me n'oblido i em deixo portar per l'adrenalina. Llavors si que és veritat que la preocupació és real però també, en el fons, saps que és un nino i que si t'equivoques no passa res, així que jo personalment em sento més deslliurada en aquest sentit i també t'atreveixes més a fer coses que sinó no faries, o les demanaries a una persona amb més experiència. SIM_5 (29:45)

En darrer lloc, s'ha observat que el fet que existeixi sintonia entre els coneixements de les infermeres que hi participen i els objectius de la sessió contribueix a la presa de consciència per part d'aquestes professionals sobre el fet que l'error no causa dany:

Aquest cop em vaig sentir capacitada per fer tot el que havia de fer, cosa que l'altra cop no. Aquest cop tenia els coneixements d'una infermera d'UCI i per tant, tot i que el cas era difícil, sabia fer el què se'm demanava. Això... doncs em feia sentir bé. Bé perquè jo veia que podia aportar el meu granet de sorra a l'equip, i que el que feia era útil. SIM_5 (29:5)

La percepció sobre les conseqüències dels errors a l'entorn assistencial és produeix de forma diferenciada respecte l'entorn de simulació. Aquest fet es

¹² Fa referència a un error que ha comès ella a l'escenari de simulació

deu a que a l'entorn assistencial les pacients són reals i, per tant, l'error comporta conseqüències sobre aquestes, i també sobre les pròpies professionals.

De totes maneres, les infermeres identifiquen que la situació d'emergència sanitària contribueix a minimitzar la seva percepció sobre les conseqüències dels errors. Així, tot i que verbalitzen que el desconeixement existent sobre la patologia, juntament amb la falta de recursos i material, dificulta la qualitat de les cures i és viscut amb molta preocupació, també identifiquen que qualsevol cura que pugui contribuir a la salut i benestar del pacient, ha de ser realitzada. Cal destacar que aquest és un aspecte que no s'observa a l'inici del període de funcionament de la unitat, sinó que es comença a manifestar a mesura que avança el temps.

Així doncs, de forma similar a les sessions de simulació, s'observa que el fet que existeixi sintonia entre els coneixements de les infermeres i les demandes de la unitat contribueix a la percepció que els errors no causaran dany. D'aquesta manera, el procés d'adquisició dels coneixements necessaris per desenvolupar la tasca assistencial pròpia de les infermeres amb criteris de qualitat, contribueix a la presa de consciència sobre la seguretat de l'entorn.

Vaig començar a respirar una mica quan vaig començar a dominar una miqueta la patologia i saber el què s'havia de fer; veure que encara recordava punxar, i que encara recordava...noms de medicaments, tonteries d'aquestes així, però que et fan sentir més segura, perquè en un principi, ostres... com s'administra això? fer una gasometria... després de 5 anys doncs això et neguiteja. I un cop domines això doncs ja... es el que et deia abans, un cop domines la feina, això rai. C_3 (3:13)

A més, les professionals manifesten que el control sobre la seva feina contribueix a generar seguretat:

Això és el que a mi em va fer canviar de xip. Clar... un cop tens la feina per mà, un cop et recicles, ja saps el tractament dels pacients, saps el que has de fer... i veus que ets capaç de fer-ho i fer-ho bé. En aquest sentit et relaxes perquè ja domines la feina del dia a dia. Crec que quan vam veure això, ens vam anar

enfortint mica en mica... i ens vam enfortir tant que al final no volíem marxar [riu] C_3 (3:22)

Per últim, s'observa que un altre dels factors interrelacionats directament amb la convicció que l'error no causarà dany, és el fet de treballar en un equip cohesionat i coordinat, que manifesta certes actituds positives i que no realitza judicis sobre els successos ocorreguts en relació a les infermeres, sinó que els valora:

Crec que hi va haver una predisposició espectacular per part de pneumologia i quan es van incorporar els cardíologs també... vaig veure una disposició total. Sobretot al principi moltes de nosaltres no sabien massa sobre el tema. Anàvem tan perduts... però és que entre nosaltres hi havia també una sintonia... de fet crec que entre tots nosaltres es va generar sintonia... jo crec que es va generar amb tota la gent, metges, infermeres, auxiliars... crec que vam intentar protegir-nos entre nosaltres, ser tots junts, ser un bloc... i jo crec que gràcies a això, jo em vaig sentir bé... empitjorava algun pacient i el metge, res, a l'instant, ja era allà. I a mi això em donava molta tranquil·litat. Encara que de vegades no sabés alguna cosa, tenies la sensació de... no passa res, estem tots aquí, i ho farem entre tots. C_3 (3:57)

En resum, s'ha pogut observar que la simulació clínica contempla exhaustivament la creació i manteniment d'un entorn segur, fet que contribueix a la percepció de les infermeres sobre el fet que l'error no causarà dany. L'entorn segur s'identifica des de l'etapa del disseny de l'activitat fins a la fase de *debriefing*, i és molt ben valorat pel col·lectiu d'infermeria. Pel que fa a l'entorn assistencial, les professionals són conscients que les conseqüències dels errors generen efectes sobre les pacients i sobre les professionals, mentre que també remarquen que sentir que disposen dels coneixements necessaris per proporcionar cures infermeres de qualitat, contribueix a disminuir la percepció d'impotència en relació a aquest fet, de la mateixa manera que ho fan la cohesió i coordinació existent dins l'equip.

Reflex d'altres realitats

Aquest codi fa referència als aspectes vinculats a la semblança entre l'entorn recreat durant l'activitat de simulació i altres entorns reals concrets, fet que

contribueix a la percepció de seguretat de les infermeres. Per aquesta raó, el codi es troba representat únicament a les dades provinents de l'entorn de simulació.

En aquest sentit, s'observa que quan aquestes sessions representen de forma fidedigne la realitat en la qual s'emmarquen, les infermeres identifiquen que els successos que hi tenen lloc poden donar-se, també, a la realitat assistencial. Aquest fet esdevé una qüestió vital i indispensable per assolir els objectius plantejats en el disseny de la sessió. Així mateix, les professionals manifesten que la similitud entre contextos contribueix a generar percepció de seguretat per a elles:

El material és molt semblant, la incubadora...tot el que passa és que la forma com està posat és diferent, clar. Però està tot molt ben aconseguit. Els simuladors són súper reals i com que els casos també, de seguida et poses en situació. SIM_6 (32:3)

Paral·lelament, s'observa que quan l'escenari reflecteix també aspectes a nivell conceptual, i no només físic, les infermeres participants entenen, comprenen i viuen l'escenari de simulació com a real, fet que contribueix a la seva immersió i implicació en la sessió:

La cosa és que quan més real...millor. Contribueix a que l'actuació sigui millor i que l'aprenentatge l'incorporem perquè és molt pròxim al que passa a la unitat. ... Hi ha gent que ho diu... nunca he reanimado a un bebé.. sempre diem.. millor que comencis aquí... i es viu amb angoixa.. tot i ser un simulador, et poses en el paper. SIM_4 (24:70)

Aquesta semblança potencia la reflexió sobre les accions que tenen lloc a l'escenari de simulació i a la realitat assistencial, ja que les infermeres comparen els successos amb allò que passa en el seu context de treball assistencial habitual. Així, les comparacions permeten la integració i assimilació de conceptes per part de les infermeres participants.

Al mateix temps, és habitual que un succés ocorregut dins l'escenari de simulació afavoreixi l'aparició, a la conversa, d'esdeveniments que han tingut lloc a la vida real de les participants, procés que té lloc quan aquestes

comprenen que el mateix que ha passat en simulació pot passar de forma similar a la realitat:

I2: Me he quedado un poco rallada porque llevaba arterial y no lo he visto.

I1: ¡Ui! ¡Pues no nos ha pasado veces de pinchar a un niño y luego ver que tiene catéter!

I3: Y tanto, a mí me pasó una vez...qué vergüenza equivocarse con esto a estas edades, con los años que lleva una...Db_B (9:9)

En resum, la fidelitat de la sessió de simulació en relació a la realitat contribueix positivament a la percepció de seguretat de les infermeres, així com a l'aflorament de pensaments i reflexions estretament vinculades al dia a dia assistencial. Per tant, el fet que la metodologia de simulació clínica recreï de forma fidel, segura i controlada, els aspectes estructurals, conceptuals i psicològics del context real, fomenta que les infermeres participants evocin situacions recurrents del seu dia a dia assistencial relacionades amb aspectes estructurals, psicològics i relacionals característics del context de realitat.

Necessitat de rebre suport i reconeixement per part de la institució

Aquest codi, que es troba vinculat exclusivament a les dades provinents de la realitat assistencial, fa referència a les aportacions relacionades amb la necessitat de les infermeres de rebre suport i reconeixement per part de la institució, així com a aquelles situacions on manifesten no necessitar-los.

Per una banda, en algunes ocasions les infermeres realitzen manifestacions que denoten mancances en el suport i recolzament rebut a nivell institucional, fet que viuen de forma negativa:

Jo penso que en aquest sentit (i ho dic aquí), la direcció d'infermeria ha punxat. No hi ha hagut, (per part d'algunes persones sí) una cura del personal en general. I penso que les persones que cuidem persones, també s'han de cuidar. Crec que això pot repercutir molt en les persones a curt i a llarg termini. Al final és una cadena. Et cuiden i tu cuides. Jo ho tinc a dins el cor això. Penso que no s'ha fet be. C_1 (1:51)

D'aquesta manera, vinculen recurrentment la falta de suport per part de la institució amb la necessitat d'expressar i transmetre l'alta càrrega emocional viscuda durant aquell lapse temporal:

Però si que per visibilitat, potser el fet de passar tant direcció d'infermeria o mèdiques... que haguessin passat per les unitats¹³, demanant com estava el personal, com ho estàvem vivint... poder descarregar tota la ràbia... per mi ha faltat. C_5 (19:14)

Així mateix, les infermeres també relacionen la mencionada falta de suport amb la diferència entre els arguments que els hi proporcionen inicialment, i la realitat assistencial final:

Tu ho pots dir de moltes maneres...mira: engegues aquesta nit aquí, perquè et toca; o pots dir: mira, jo he de muntar aquesta unitat, necessito gent, potser tu no ets la persona més experta però no puc disposar d'altra gent, necessito que feu l'esforç. Jo hi hagués anat igualment, hagués fet l'esforç, i és diferent... o l'endemà... un missatge, com t'ha anat?... com us heu sentit?... C_3 (3:11)

En altres ocasions, aquestes professionals perceben que sí que existeix suport i reconeixement per part de la institució en relació a la feina realitzada:

Encara em fa sentir millor que realment els nostres caps ens reconeguin aquesta feina. Que dins la teva mateixa professió, les teves caps ho reconeguin...que sàpiguen el que tu has posat allà, a mi m'omple. Jo ho agraiïa. C_2 (2:12)

Paral·lelament, en ocasions manifesten que el suport i reconeixement rebut és conseqüent amb la gravetat de la situació:

Jo sempre penso que manar és molt fàcil vist des de fora i molt difícil des de dins. Jo no he manat mai però jo vull creure, i crec, que han fet tot el que podien per nosaltres. C_4 (12:89)

De la mateixa manera, tal com elles mateixes expressen, s'observa que, a vegades, no necessiten suport i recolzament per part de la institució:

¹³ En moltes ocasions les infermeres manifesten que van trobar a faltar que la direcció mèdica i d'infermeria anés presencialment a les unitats assistencials durant la pandèmia.

Sincerament no crec que necessités que algú em demanes com estava. A mi no em cal que baixi cap directiu a dir-me... enhorabona pel que estàs fent. Jo ja estic orgullosa de la meva feina. No ho necessito. C_5 (19:13)

En la mateixa línia, hi ha infermeres que, tot i manifestar no necessitar-ho, sí que ho identifiquen com quelcom que, en cas d'existir, no només haurien viscut de forma positiva sinó que també haurien entès com a mostra de preocupació cap a elles i el col·lectiu:

No ho necessitava, però que ho hagués agraït... sí. Era tant fàcil com preocupar-se una mica. Passar per allà...deixar-se veure. Jo ho vaig trobar a faltar. Tot i que dins de tot, estava bé. C_8 (23:52)

A més, aquestes professionals expressen certa desigualtat entre el recolzament i suport rebut per part dels diferents comandaments intermedis de la institució, fet que atribueixen a les característiques personals de cada un d'ells:

I llavors a nivell de comandaments intermedis hi ha hagut caps que han valorat molt la nostra feina. Però no tots. Suposo que cadascú té la seva manera de fer...però això s'ha vist. C_5 (19:27)

Finalment, i de forma generalitzada, identifiquen que en el lapse temporal estudiat existeix més reconeixement a nivell social que dins de la institució:

De portes a fora m'he sentit valorada i reconeguda. A nivell de xarxes i tal, sí, molt agraïment a la feina. De portes endins, hi ha hagut moments on he trobat a faltar més implicació de la direcció, i de la institució globalment. C_5 (19:43)

En resum, s'observa que, en general, el fet de rebre suport i reconeixement per part de la institució contribueix positivament a la percepció de seguretat de les infermeres en relació a l'entorn. Tot i així, la necessitat de rebre'ls és variable en funció de les característiques personals de cada professional. Per aquest motiu, l'impacte que generen aquests factors respecte la percepció de seguretat relacionada amb l'entorn esdevé també variable.

Anticipació

Aquest codi fa referència als aspectes relacionats amb l'anticipació i l'impacte que aquesta genera en la percepció de seguretat de les infermeres respecte l'entorn.

En relació a aquest fet, les dades obtingudes han permès vincular positivament l'anticipació amb la seguretat percebuda per part d'aquestes professionals que, al mateix temps, sovint relacionen l'anticipació amb la formació. En aquest sentit, identifiquen que l'anticipació i l'accés a una formació adequada ajuda a prevenir la impotència relacionada amb la falta de coneixements, percepció que representa un factor totalment contrari a l'empoderament de les infermeres. D'aquesta manera, descriuen la falta de formació i d'anticipació com una falta de suport, reconeixement i valor de la institució cap al seu rol.

Paral·lelament, aquestes professionals estableixen que la simulació clínica és una eina útil per a l'anticipació de situacions quotidianes, així com per a l'adquisició de coneixements, habilitats i actituds. En entorns de simulació, la capacitat d'anticipació de les infermeres es veu reflectida a través de les accions que aquestes professionals duen a terme a l'escenari de simulació i que contribueixen a millorar el desenvolupament del cas:

P2: De hecho, la vía y el suero ya los has indicado por teléfono. Yo esto también lo pondría como plus¹⁴, ya que muy rápido ha decidido hacer una ecografía, que es una técnica no invasiva y nos puede dar mucha información y nos ayuda a ganar tiempo.

I3: Sí, yo creo que la transmisión de información por teléfono también ha permitido anticipar acciones. Pero para eso es necesaria la previa, es decir la información que se ha dado por teléfono, por parte de I1, que creo que ha sido muy adecuada. Db_G (16:21)

Així mateix, les facilitadores contribueixen a fer aflorar contingut a la conversa de reflexió relacionat amb la importància de l'anticipació, que ajuda a clarificar

¹⁴ Fa referència a l'anàlisi plus/delta, tècnica utilitzada per a facilitar el *debriefing* i que consisteix en registrar com a plus els aspectes que es tornarien a repetir igual, i com a delta aquells que es realitzarien de forma diferent, en cas de tornar a viure la situació.

el perquè és important i representa una forma de proporcionar recursos a les infermeres per a futures situacions reals:

F2: En la presentación del principio se comenta que hacer diagnósticos generales ayuda también para que todo el mundo conozca el caso. Es un shock pero no es lo mismo que la persona de las medicaciones... puedes asumir un rol más apartado del paciente, pero si tú sabes que el shock es hipovolémico, la anticipación te permitirá preparar cierto tipo de medicaciones, que si es una intubación, o hay que re-intubar [...] Db_D (11:20)

De la mateixa manera, les converses de reflexió entre l'equip interdisciplinari permeten dialogar sobre l'anticipació i cercar formes d'aplicar-la de forma òptima:

I1: Exacte, de vegades penses... igual no es el momento ahora de preguntar. Igual no sabes muy bien qué pasa pero identificas que no es el momento de preguntar, sino que las pediatras lo están tratando y yo estoy aquí para lo que ellas (assenyala a les pediatres) y ellas (assenyala a les infermeres) necesiten, no?

P2: Claro pero preguntar y saber qué está pasando también te puede ayudar a anticiparte, a preparar las cosas para solucionar la situación. Db_E (14:53)

Pel que fa al context assistencial estudiat, les infermeres identifiquen l'existència d'una falta important d'anticipació per part de la institució, així com de formació del personal assistencial en referència a les cures que precisen les pacients ateses. Tot i que tenen present que aquest fet troba justificació en la urgència que caracteritza la situació, manifesten que la falta d'anticipació comporta l'aparició de moltes emocions negatives durant aquell lapse temporal, algunes de els quals han generat impacte psicològic important en elles:

Jo creo que la informació prèvia sempre és bona, tenir a l'abast tota la informació, perquè almenys ja estàs en alerta, ja estàs avisat. Si a tu et diuen: vindran pacients amb un distrés respiratori important, vindran pacients que igual s'hauran d'intubar allà mateix, perquè en un principi pensàvem que no intubaríem. Per tant, clar, si t'avisen suposo que treballes d'una altra manera. C_2 (2:11)

Les pròpies professionals identifiquen que l'anticipació de situacions i la formació és vital per fomentar la confiança en elles mateixes:

Jo sé que si a l'octubre ha de tornar aquest malson, no perdonaria que no hi haguessin EPIs. Que des de dalt no haguessin previst això. Llavors sí que em sentiria enganyada. No m'haurien valorat prou a mi, ni als companys ni pacients. C_4 (12:64)

Pel que fa a la organització de la unitat estudiada, s'observa que per les infermeres, l'anticipació esdevé una prioritat des de l'inici. Les dades obtingudes permeten identificar accions d'anticipació en quant a organització, formació i gestió de recursos, dutes a terme per professionals aquest col·lectiu, que tenen com a objectiu proporcionar una atenció de qualitat al pacient, tot i les característiques de la situació:

Infermeria ens vam anticipar en moltes coses...crear espais, buscar llits, buscar materials... sabem que vindria un tipus de pacient concret diferent al que nosaltres havíem tractat. Ens vam avançar. Cap al final, quan retornaven els pacients amb traqueos... dies abans ja ens havíem anticipat. Formant-nos, buscant documentació, preparant l'estoc de material que necessitaríem posteriorment.. quan van començar a arribar aquests pacients ja ho teníem tot apunt. C_7 (22:7)

L'anticipació efectuada i la detecció de la importància d'aquesta per part d'aquestes professionals, contribueixen a la presa de consciència de les infermeres sobre el sentit de la seva pràctica en aquell context determinat:

De cop, ja portaves uns dies treballant allà i tu mateixa ja t'havies anticipat. I els següents ja sabies al què anaves.. I llavors ens vam anar especialitzant, i buscant maneres de millorar nosaltres i la unitat, i d'estar més ben preparades pels pacients. I ens en vam ensortir molt bé. C_2 (2:30)

En resum, s'ha pogut determinar que les sessions de simulació són útils per a fomentar l'anticipació del col·lectiu infermer, no només dins els escenaris de simulació, en relació a tècniques i coneixements, sinó també a través d'un procés d'extrapolació a la realitat assistencial, cercant el desenvolupament i l'actuació òptima de l'equip. En relació a l'entorn assistencial, les professionals

relacionen estretament l'anticipació amb la formació, i identifiquen que en el lapse temporal estudiat, no es produeixen de forma suficient per part de la institució. Així mateix, determinen que, tot i el desconeixement i la complexitat de la situació, elles mostren alta capacitat d'anticipació, que contribueix molt positivament en la organització de la unitat i hi genera impacte.

Expertesa

Aquest codi fa referència als aspectes relacionats amb l'expertesa i el vincle del concepte amb la percepció de seguretat de les infermeres.

En referència als escenaris de simulació, s'identifica que aquests són útils per les professionals sense un alt nivell d'expertesa ja que es nodreixen de les altres integrants de l'equip interdisciplinari:

Em donava seguretat. Jo sé que si estic amb elles, estaré tranquil·la; en canvi si estic amb gent com jo, no estaré tranquil·la. T'he de dir que a la unitat vetllen molt perquè això sigui així, sempre hi ha una o dues persones amb experiència treballant. SIM_1 (5:30)

Per altra banda, les infermeres més expertes valoren positivament la confluència de diversos nivells d'expertesa, que identifiquen com a valuosa en relació al treball en equip i a la posterior transferència a la realitat:

Em sembla molt bé que hi hagués gent amb menys experiència. Penso que és la manera d'aprendre. Tots hauran d'acabar entrant¹⁵. Llavors hi ha gent que ho agafa amb més facilitat i altres amb menys, però per això van bé aquestes activitats, perquè les situacions que viuen s'assemblen a les que trobaran després. SIM_2 (30:4)

Per a elles, les sessions de simulació contribueixen a l'expertesa de les persones participants de forma general, esdevenint una manera d'anticipar situacions i d'abordar maneres de treballar en determinats casos. A més, contribueixen a disminuir la preocupació de cara a la realitat assistencial:

Jo crec que facilita moltíssim aquest procés, afavoreix la introducció de gent nova. Ja fas com una prova d'estrès, per ja tenir a la imaginació què passa en

¹⁵ Fa referència a la unitat de cures intensives neonatals

una situació així. Entendre com es situa la gent.. Mai estàs sola, com a mínim seràs dues persones, però després apareix molta gent. Penso que per la gent jove es una manera d'entendre què passa quan hi ha un cas així i de veure que, en realitat, tindran ajuda. Crec que això a les infermeres ens va bé i ens tranquil·litza. SIM_2 (30:7)

De la mateixa manera, el fet que els equips estiguin formats per professionals amb diferent grau de formació i expertesa, propicia diferents tipus de coneixements i maneres d'aprendre:

Potser el més antic té certs coneixements que li han donat l'experiència, però els més novells tenen un altre tipus de coneixements que en un moment concret poden ser molt útils, i que probablement no provindran de l'experiència però seran igual de vàlids SIM_4 (24:63)

Per altra banda, de forma generalitzada, per les persones més expertes, dins el grup, que disposen dels coneixements tècnics necessaris per donar resposta a la situació, la sessió de simulació proporciona la oportunitat de reflexionar i conèixer la opinió dels altres membres de l'equip interdisciplinari:

He viscut ja moltes situacions així i en el fons saps què has de fer... llavors a mi em va anar bé perquè després en pots parlar, i això a la realitat sí que no passa mai. I sempre va bé conèixer què pensa l'altra gent, com ho veuen i com ho farien elles. SIM_2 (30:13)

Pel que fa a l'entorn assistencial estudiat, cal destacar que la majoria d'infermeres no són expertes en l'àmbit de la pacient crítica:

Jo no havia vist en la vida la gent ofegar-se d'aquella manera. Jo no havia vist mai un malalt pronat¹⁶, no havia vist mai un Optiflow¹⁷ C_3 (3:63)

El fet que aquest aspecte sigui recurrent entre l'equip, contribueix a generar percepcions d'impotència i inseguretat entre les infermeres, i es relaciona directament amb les decisions preses des de la institució:

En un principi, quan ens van dir: aquesta nit estaràs amb una infermera que ve de psiquiatria, una altra gestora del cribratge de colon i una altra que està a

¹⁶ Fa referència a situacions on el malalt està situat en decúbit pron

¹⁷ Dispositiu d'oxigenoteràpia d'alt flux que s'utilitzava a la unitat

oncologia posant tractaments mèdics, la percepció és que no ens en sortiríem. No sabem pas com ho podríem fer. I la sensació era de que ens havien col·locat allà per omplir forats, i que féssim el que poguéssim. C_2 (2:47)

Les pròpies professionals expliciten que quan aquest fet és detectat a l'entorn assistencial, es comença a comptar amb el suport d'infermeres que sí que tenen experiència en cures intensives o en la cura de pacients en estat crític, fet que contribueix a generar seguretat:

El primer dia va ser horrorós. Sobretot abans que vingués ajuda de pediatria, que si que dominaven els Optiflows. I a partir de l'endemà, va començar a venir algú d'UCI que ens van ajudar molt amb aquest tipus de pacients. C_6 (21:79)

Així mateix, les infermeres identifiquen que a mesura que avança la situació, la seva expertesa en l'àmbit de pacient crítica augmenta i, conforme això succeeix, incrementa la seva seguretat relacionada amb l'entorn.

En resum, la simulació clínica representa una metodologia on poden convergir diferents nivells d'expertesa dins l'equip interdisciplinari, fet que contribueix a donar riquesa a les sessions, així com a la percepció de seguretat de les professionals. Pel que fa al context de realitat, la falta d'expertesa genera impotència, i es vincula a la falta de formació i de suport per part de la institució. Tanmateix, a mesura que aquestes professionals disposen dels coneixements necessaris per a la situació, la percepció d'impotència disminueix.

Visibilitat i agraïment social

Aquest codi fa referència a les manifestacions relacionades amb la visibilitat i l'agraïment social cap a les infermeres, i l'impacte que aquest fet genera en la percepció de seguretat d'aquestes professionals.

La consideració de les infermeres a nivell social pren especial rellevància a les dades recollides durant la pandèmia COVID, ja que, al llarg de la primera onada d'aquesta, es produeix un augment important de la visibilitat de la professió en general. S'ha observat que la gravetat de la patologia, el desconeixement, la solitud i l'aïllament de les persones ateses fan que les

infermeres esdevinguin la figura principal per molts d'elles, fet que provoca que aquestes professionals rebin el reconeixement de la societat i que, consegüentment, reflexionin sobre les causes. Les conseqüències d'aquest anàlisi, esdevenen un factor important per aquestes professionals ja que contribueixen a la seva comprensió i interiorització de l'impacte que elles mateixes generen a la societat.

D'aquesta manera, en algunes ocasions, les pròpies professionals identifiquen que el canvi en la consideració a nivell social porta a clarificar i reforçar la seva convicció sobre la rellevància de les cures infermeres:

Encara ploro a casa, molt. Ja sóc molt així. Però veig els malalts que tornen i ells ens demanen: com estàs?... ostres, això és meravellós.... Et donen les gràcies... S'han adonat de la importància del que fem... C_4 (12:75)

A més, el reconeixement de la importància de les tasques que desenvolupen s'associa també a l'augment de visibilitat de la professió:

Penso que el més important ha estat el reconeixement civil. La ciutadania ha vist que la professió és molt important. Ara es parla de la infermeria C_5 (19:62)

Tanmateix, algunes infermeres identifiquen l'augment de visibilitat i reconeixement com un fals concepte d'heroïcitat que dista molt del que elles consideren l'essència de la professió i que, com a tal, no necessiten per ser conscients del seu impacte:

M'han sobrat els aplaudiments de les 20h. S'ha tornat una cosa semi lúdica. Però sí, jo m'he sentit valorada per companys i companyes, dins i fora del servei; a casa; les meves amistats... sense voler donar aquesta punta d'heroïcitat. Jo no ho acabo de veure clar. Sinó de dir, "ostí" teniu coneixements, teniu una professió... i quan ha calgut, heu estat a l'alçada. Sense donar-hi més publicitat. Sou importants!. C_1 (1:60)

Per últim, refereixen que el reconeixement i la visibilitat sorgits són necessaris i imprescindibles per a la professió:

Jo penso que era necessari, i ha hagut de venir una pandèmia com aquesta perquè les infermeres creixem en l'adversitat i ens ho creguem... doncs sí. Perquè crec que, en el fons, és això el que ha passat. Ens hem cregut capaces de fer el que sabem i podem fer. C_5 (19:36)

En resum, l'evidència obtinguda en el context assistencial permet determinar que l'augment de visibilitat i el canvi en la consideració de la infermeria dins la societat genera impacte en infermeres aquestes professionals, que realitzen valoracions diferenciades del fet. D'aquesta manera, de forma similar al que succeeix amb la rebuda de suport dins de la institució, l'efecte d'aquest factor en la percepció de seguretat de les infermeres en relació a l'entorn, serà variable en funció de les característiques personals de cada infermera.

5.1.3 Generació d'emocions

En els dos contextos estudiats apareixen emocions que causen efecte sobre les infermeres participants. Aquestes sorgeixen a partir de la seva interacció amb l'entorn, així com a conseqüència d'aspectes relacionals i psicològics vinculats al fet de tenir cura, així com al treball en equip.

S'ha observat que, a l'àmbit assistencial, les infermeres gestionen les emocions de forma autònoma, sovint partint del suport que es genera dins l'equip. Paral·lelament, aquesta autogestió de les emocions predisposa a l'empoderament d'elles mateixes. S'ha identificat, també, que en l'entorn de simulació clínica, la gestió de les emocions es realitza de forma estructurada metodològicament, guiada a partir de les intervencions de les persones facilitadores. Aquest fet facilita que les infermeres participants identifiquin millor les emocions generades i possibilita una gestió de les mateixes que causa repercussions positives en el conjunt de l'equip, fet que contribueix a l'empoderament d'aquestes professionals. A continuació, es descriuen els codis que condueixen a evidenciar que l'aparició d'emocions, la identificació d'aquestes i la gestió que se'n fa, genera influència en l'empoderament de les infermeres, la majoria de vegades de forma positiva. Contràriament, les repercussions negatives es relacionen amb situacions on no s'ha realitzat cap tipus de gestió de les emocions.

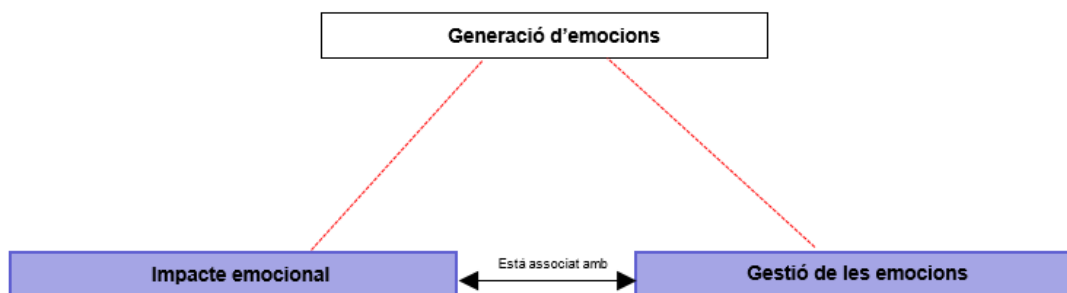


Figura 4. Mapa de relacions de l'agrupació *Generació d'emocions*

Impacte emocional

La present investigació ha permès observar que un dels factors que succeeixen de forma síncrona entre l'entorn simulat i l'entorn assistencial real és l' alt impacte emocional per a les infermeres que en formen part.

Tal com s'ha exposat anteriorment, la simulació clínica implica l'exposició de les accions que realitza un mateix davant la resta d'equip. Així doncs, són múltiples les verbalitzacions efectuades per les infermeres al llarg de les entrevistes que es relacionen amb l'impacte emocional associat a aquest fet. És habitual que aquestes professionals manifestin el nerviosisme, la por de no saber actuar correctament o la vergonya, així com emocions vinculades al repte que suposen les sessions de simulació per a elles:

M'agrada perquè passes nervis i descarregues adrenalina, et poses a prova, però si no ho fas bé no passa res.SIM_6 (32:2)

A més, en entorns de simulació s'observa que emocions com el nerviosisme no només es vinculen a l'exposició davant altres professionals o a la potencial falta de coneixements, sinó també a aspectes estructurals de la metodologia, com el fet que les sessions de simulació s'enregistren en vídeo:

Llavors hi ha el tema de les càmeres.. hi ha gent que es posa molt nerviosa per això. Jo mai penso que m'estan gravant.. SIM_6 (32:4)

Paral·lelament, les dades denoten que l'alta fidelitat de la sessió de simulació contribueix a que les professionals participants visquin emocions similars a les que experimenten al dia a dia assistencial:

I4_ Yo iba viendo que se hipotensaba y pensaba que se estaba complicando mucho, pero no sabía qué hacer, porque ya había mirado el catéter y el tubo y ventilaba bien. En la vida real esto nos pasa a veces también, que no entiendes qué está pasando, y esto pone muy alerta Db_H (17:45)

Així doncs, es determina que les característiques de l'entorn recreat a les sessions de simulació, tant a nivell estructural com a nivell psicològic, també contribueixen a generar emocions per a les infermeres i per a la resta de participants:

Jo el que he sentit és hi havia un caos general que a mi m'ha estressat molt. No ens hem organitzat bé, tothom feia de tot i a mi això m'agobia moltíssim, perquè no sé què és el que he de fer jo. M'he estressat molt. Db_E (14:45)

Les dades obtingudes indiquen que les emocions són experimentades al llarg de tota l'activitat de simulació, és a dir, dins l'escenari però, també a les fases posteriors, on les persones participants tenen la oportunitat de prendre consciència de les conseqüències de les seves accions, tal com es demostra a les converses de *debriefing*:

Si es que yo sé que el Airvo no va con estas tubuladuras, pero estaba muy preocupada porque el niño no iba bien y no me he fijado...madre mía, qué mal, como pase esto en la vida real... [..] Db_E (14:36)

Paral·lelament, s'evidencia que l'alt impacte emocional contribueix favorablement a l'aprenentatge de les infermeres, tal com elles manifesten recurrentment al llarg de les entrevistes efectuades:

Quan estàs allà t'impliques molt, jo vaig sentir nervis, estrès...és molt real, i molt emocionant. SIM_2 (30:10)

Pel que fa al context assistencial real, el fet de tenir cura de persones en situació de malaltia genera una alta càrrega emocional. Les infermeres sovint

es efectuen referències a l'empatia i expliciten que percebre la solitud del pacient, genera impacte emocional en elles:

El que més m'ha costat com a infermera és veure la solitud i la desesperació dels malalts. Jo no m'ho trauré mai de sobre. Dels malalts i de la família. Hi havia gent que plorava molt des de casa. Això impacta molt, a mi em va impactar molt. Els hi faries una abraçada però no pots. Per les normes i perquè estan darrere una pantalla C_7 (22:54).

Per altra banda, identifiquen que el fet de comprendre el patiment associat a la situació de les pacients ateses també contribueix a aquesta càrrega emocional:

El que m'ha costat potser és el fet de veure els malalts... que tu marxaves i tornaves a treballar i seguien allà, ofegant-se igual, amb els mateixos aparells... i pensaves: ostres, he estat 3 dies fent moltes coses i aquesta persona s'ha estat 3 dies en la mateixa situació, veient la mateixa sala. Li ara arribo i continua igual. Penses en la gent que ha estat allà setmanes i setmanes i és molt xocant... i desperts... a la UCI estan sedats, però allà estan ben desperts... i ficats en aquell entorn... ara m'ofego, ara m'ofego menys... em generava angoixa només de pensar en lo etern que se'ls hi devia estar fent. A mi em feia patir molt. C_8 (23:35)

Una de les emocions que expressen les infermeres a l'entorn de realitat assistencial estudiat és la por relacionada amb el risc de rebre dany propi, causar-lo a les persones properes o a no disposar del coneixement necessari per donar resposta a una situació:

El que a mi no em va relaxar mai va ser la por d'infectar-me. I no tant la por a agafar-lo jo, sinó la por a portar-lo a casa. I això sí que em va condicionar, [...] fins i tot a la meva vida diària. C_2 (2:60)

A més, aquestes professionals refereixen que les característiques de la situació, juntament amb tots els canvis estructurals que aquesta provoca, també porten a experimentar una alta càrrega emocional per a elles:

Els primers dies i les primeres setmanes vaig passar molts nervis, i a mesura que passaven els nervis, guanyava la ràbia. Hi havia cua i passaven els pacients, uns davant dels altres. A mi em generava ràbia. Però no hi podia fer

més. Jo estava fent tot el que podia, hi havia moltes coses que no depenien de mi. C_4 (12:84)

També s'ha pogut determinar que la gravetat de la situació provoca que l'impacte emocional perduri al llarg del temps, fins i tot dies després de finalitzar l'activitat assistencial a la unitat estudiada:

Tot ha sigut un repte per mi. Tot absolutament. Des de llevar-me fins a travessar aquella porta. I al llarg del dia: tot era un repte.

I avui en dia ho veig com si fos un somni, però un somni que no et pots treure de sobre. Més que un somni, un malson. No marxa. Tota l'estona veig aquella pissarra amb els números de prioritat de malalts. És com un malson que es va repetint. C_4 (12:56)

En resum, la participació en sessions de simulació clínica implica l'experimentació d'emocions relacionades amb la dinàmica de la sessió, així com a conseqüència del realisme d'aquestes, fet que contribueix a l'aprenentatge i transferència de coneixements a la realitat. Així mateix, a l'entorn assistencial real les infermeres també experimenten una alta càrrega emocional, relacionada amb l'empatia i la preocupació cap a les persones ateses, juntament amb la por derivada de la situació.

Gestió de l'impacte emocional

Aquest codi fa referència a la forma en què l'impacte emocional generat a l'entorn de simulació i a l'entorn assistencial és gestionat per part de les infermeres.

S'ha observat que la gestió de l'impacte emocional es realitza de forma diferent en funció de les característiques de l'entorn. Així mateix, s'ha pogut determinar que la gestió òptima de l'impacte emocional promou l'empoderament de les infermeres.

Dins de les sessions de simulació existeix una estructura concreta que permet identificar les emocions experimentades i exposar-les a la resta d'equip. Concretament a l'espai de *debriefing*, es produeix la fase d'expressió d'emocions, on el participant pot verbalitzar quines percepcions ha

experimentat durant la intervenció a l'escenari. Aquest fet possibilita l'expressió emocional i afavoreix que la persona facilitadora identifiqui possibles aportacions rellevants per la conversa de *debriefing*.

Paral·lelament, s'observa que el rol del facilitador és molt important pel que fa a la gestió de l'impacte emocional durant la sessió de simulació. A més, l'expressió d'aquestes emocions en un context de seguretat psicològica, facilita la confluència i aproximació entre els membres de l'equip, de diferents disciplines professionals :

F1: Entonces ¿cómo os habéis sentido?

P1: Mmm...Por una parte bien, pero yo... también nerviosa (riu)

P2: Sí ¡muy nerviosa!

I1: Yo mucha tensión...

I2: Sí, yo también, mucha tensión...

P3: Yo también creo que tensión, este niño estaba peor, tensión...

I3: Más estrés que en el caso anterior, pero también vuelvo a valorar mucho la sensación que me ha dado, al menos, de tranquilidad en general, a pesar de todo y aunque suene raro...

I1: Yo me he puesto más nerviosa que antes. Incluso me ha caído algo por el suelo... ¿no?

P2: Este niño estaba peor, entonces claro...

I1: (es refereix a l'aportació d'abans)..P2 me decía, tranquila, tranquila...

I2: Sí..eso se valora un montón, que alguien te diga tranquila...pues a mí me ayuda. Db_c (10:23)¹⁸

D'aquesta manera, la sessió de simulació esdevé un espai on poder parlar obertament dels conflictes emocionals que sorgeixen entre rols professionals, que estan estretament vinculats a l'assistència. El resultat d'aquest procés representa un factor que promou l'empoderament de les infermeres:

P2: También pienso que es importante que sepamos gestionar el lenguaje no verbal. Por ejemplo, m'imagino una situación así on ja t'ha avisat la infermera de nit de que el nen no està bé i no hi vas. I a la que hi vas finalment et trobes la infermera molt preocupada perquè el nen està malament i tu estás en plan...¡Cómo no me han avisado antes!... o te sientes mal por no haberlo

¹⁸ Fragment corresponent a la fase d'expressió d'emocions de la conversa de *debriefing*

detectado antes. Todas estas cosas pueden hacer que la gente se sienta mal. Y creo que estas cosas en la situación cambian mucho. Depende como se plantean las cosas puede ser que la persona se siente mal. A veces cuando el enfermero o enfermera que lleva el niño se agobia más que otro que viene de fuera. Creo que es importante reconocer estas emociones en uno mismo e identificarlo en cada uno... y si nos pasa, pedir ayuda.

I1: A mí me daba vergüenza pedir ayuda. Era com.... he fallat en aquesta cosa tan bàsica. Em feia vergonya per si algú pensa que soc incompetent.

F2: Tu què penses P2?

P2: A mi em sap greu per l'altra persona, perquè s'està sentint malament i llavors penso en què fem per solucionar-ho. Però mai penso que l'altre sigui incompetent. De veritat que no. Puc estar més seria, però mai penso que l'altre sigui incompetent. Db_H (17:34)

A més, aquestes professionals determinen que la gestió de les emocions té relació amb l'adquisició de coneixements i contribueix a l'aprenentatge de les participants, fet que l'identifica com un factor predisposant d'empoderament:

No sé com s'ho fa la simulació ni com ho provoca, però que algo emocional succeeix, tant per part bona com per dolenta. L'aprenentatge queda fixat d'una manera diferent a com queda fixat quan fem una sessió teòrica. Jo et puc dir 20 vegades: has d'utilitzar el bucle cerrado. Si tu no veus la utilitat pràctica del que t'estic dient, no ho interioritzaràs. SIM_4 (24:75)

En relació a la realitat assistencial, s'observa que la gestió de les emocions es produeix de forma espontània. Les infermeres verbalitzen que, malgrat l'existència, en algunes ocasions, de la possibilitat de rebre suport de recursos externs per a realitzar-la, en la majoria de situacions les emocions es gestionen a través de l'equip:

Ens ajudàvem en tots els sentits, no només a nivell de volum de feina, sinó també emocionalment, i això era importantíssim. C_5 (19:40)

Aquestes professionals identifiquen que un dels factors que hi contribueix és la creació d'un grup de *WhatsApp*, que actua com a canal de comunicació i expressió entre l'equip. Així doncs, s'observa que, tot i no existir processos externs que facilitin la gestió emocional i que aquesta es produeixi de forma

natural, les infermeres cerquen i implementen mesures perquè això sigui possible i que, al seu torn, generen impacte important en la unitat, així com en el benestar dels professionals que hi treballen:

Vam crear un grup de WhatsApp amb tot l'equip. A mi em va ser molt útil. Si algú tenia algun dubte escrivies, algú altre responia. I ja no dubtes tècnics, també preocupacions o pensaments. En moments de "baixón" emocional també era una forma de sentir-te recolzat... ha estat molt útil. Era com un punt de trobada i de fer pinya i treball en equip. C_5 (19:53)

En resum, la gestió emocional es realitza de forma diferenciada a l'entorn de simulació, on existeix un abordatge estructurat de la mateixa fonamentat en la naturalesa de la metodologia, i a l'entorn assistencial, on sovint es realitza en el si de l'equip, a través d'estratègies adoptades pels propis professionals. Així mateix, la gestió de les emocions contribueix a promoure l'empoderament de les infermeres, mentre que la falta de gestió de les emocions, el condiciona negativament.

5.1.4 Identificació d'aspectes clau

L'evidència obtinguda ha permès determinar l'existència de diversos processos efectuats per les infermeres, que permeten que aquestes professionals identifiquin aspectes fonamentals, únics i característics del seu propi rol. Aquests processos, la majoria dels quals succeeixen en interacció amb l'equip interdisciplinari, són utilitzats posteriorment per elles mateixes com a eines per fomentar el seu propi empoderament.

A la realitat assistencial estudiada s'observa que la identificació d'aspectes clau es fomenta a través del pensament crític de les infermeres. En entorns de simulació, en canvi, s'identifica l'existència de diversos processos, com l'emissió de crítiques, la conversa reflexiva, la reflexió guiada per la facilitadora i el procés de reflexió que realitzen les infermeres quan actuen.

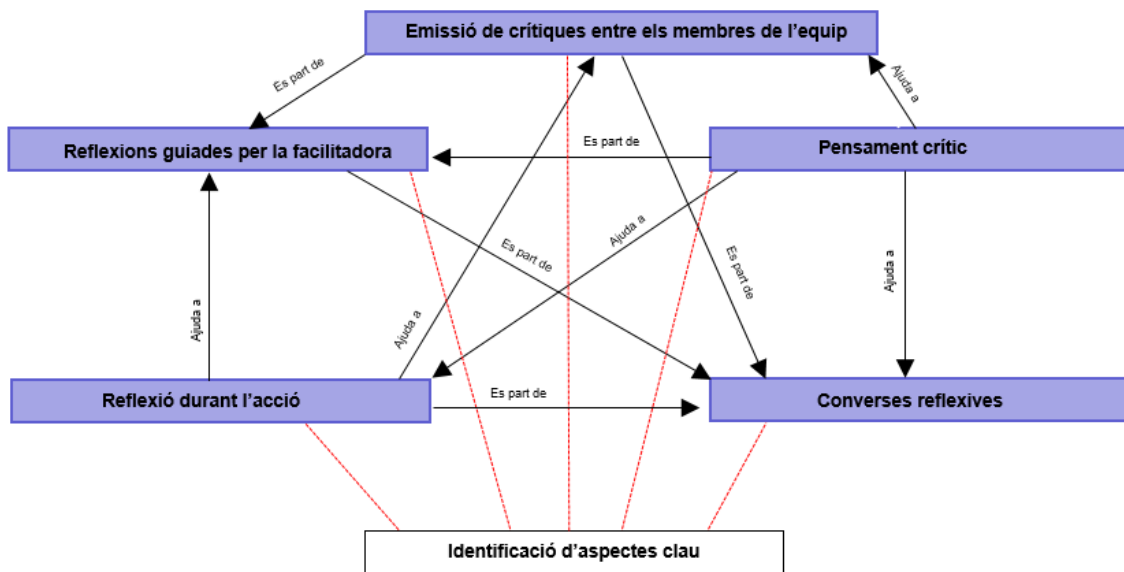


Figura 5. Mapa de relacions de l'agrupació *Identificació d'aspectes clau*

Pensament crític

Aquest codi inclou totes aquelles aportacions que fan les infermeres en referència a les situacions del dia a dia assistencial que gestionen mitjançant el pensament crític. S'observa que aquestes professionals realitzen afirmacions fonamentades en la seva pròpia observació i experiència, gairebé sempre interrelacionant-les amb l'evidència científica.

En algunes ocasions, s'identifica que aquestes reflexions es produeixen a partir del procés resultant de la interrelació de les característiques clíniques de les pacients i les necessitats de les mateixes, amb la repercussió que aquests aspectes generen sobre el rol professional de les infermeres:

Realment a nivell de medicació no era un pacient molt dependent. Tot i així, no era un pacient estàndard conegut, dels que tracto a diari. Era un pacient amb necessitats múltiples, crític, i sol. Vaig haver de tornar a plantejar-m'ho des del principi. Vaig haver de pensar que era un tipus de pacient nou. Amb necessitats molt generals i comprendre també que ells tenien maneres de viure-ho molt diferents. Pacients més distants... pacients més espantats... C_1 (1:18)

Concretament, a través de les entrevistes semiestructurades es detecta com el fet de comprendre pròpiament el per què de les cures infermeres en

consonància amb les necessitats de les persones ateses, i de realitzar el procés de pensament i reflexió necessari per assolir aquestes conclusions, contribueix a que les infermeres reforcin la seva pròpia convicció en elles mateixes, fet que en promou l'empoderament:

No es tracta només d'administrar una medicació pautaada, sinó que tu valores si el teu pacient empitjora o si no empitjora. Dins dels teus margesquè pots aportar tu? a nivell de modificar FiO2, baixar-la. Cal entendre que tens una part pròpia d'infermera i que col·labores activament, que no només assumeixes ordres mèdiques... C_3 (3:74)

D'aquesta manera, és important destacar que els processos de pensament crític s'evidencien al context assistencial, així com a les sessions de simulació clínica.

En aquestes sessions, s'observa que el pensament crític contribueix a la interrelació i justificació del vincle entre els successos que hi han tingut lloc i la realitat assistencial habitual. Així doncs, sovint es detecta la tendència de les infermeres a extrapolar el coneixement assolit a les sessions de simulació clínica, cap a altres situacions de la realitat assistencial:

Penso que ens donen força llibertat per comentar i participar en la presa de decisions cap als nostres pacients. Podem trucar al pediatre i dir-li , mira, aquest pacient m'ha fet una hipoglucèmia, si et sembla ara li donaré menjar i després li torno a mirar... i si segueix hipoglicèmic, què et sembla que fem?SIM_1 (5:47)

Mitjançant la observació no participant, s'ha pogut constatar que el pensament crític de les infermeres també es posa de manifest a les converses de *debriefing*. Aquestes representen una oportunitat on les professionals poden dur a terme processos de valoració i reflexió sobre les pacients o sobre determinades situacions en base als seus coneixements, així com verbalitzar-los i compartir-los amb la resta de l'equip, fet representa un factor que promou l'empoderament d'aquestes professionals:

I2: Hemos pensado que tenía moco, hemos intentado aspirarle, pero no respiraba. No encontrábamos el Ambú¹⁹ y le hemos dado con el respi²⁰. Hemos llamado por teléfono, pensando que estaba extubado. Igual nos ha faltado auscultarlo, pero bueno, hemos llamado.

I1: Estaba desaturado y empezaba a hacer bradicardias

I2: Sí, pensábamos que estaba extubado... DB_A (8:18)

En resum, el pensament crític representa una forma d'identificació d'aspectes clau i específics sobre el rol de les infermeres i la seva importància en relació a les pacients, que conseqüentment, promou l'empoderament d'aquestes professionals, i que s'observa a l'entorn assistencial, on afavoreix la integració entre els coneixements de les infermeres i els successos evidenciats, així com a l'entorn de simulació, on apareix freqüentment al llarg dels *debriefing*, i contribueix a l'extrapolació de coneixement a altres realitats.

Emissió de crítiques entre els membres de l'equip

Aquest codi, que apareix exclusivament a l'entorn de simulació clínica, fa referència a aquelles situacions on les infermeres evidencien aspectes relacionats amb el seu rol professional a partir de les crítiques emeses entre els membres de l'equip interdisciplinari

Primerament, la observació no participant a l'entorn de simulació ha permès determinar que les crítiques entre els membres de l'equip es realitzen de forma constructiva degut a l'estat de seguretat psicològica existent que ha estat creat de forma explícita i deliberada. Així, s'observa que les crítiques rebudes al *debriefing* ajuden a prendre consciència de la rellevància de les accions succeïdes en l'escenari de simulació:

Crec que a totes ens ajuda... és com una manera de pujar-nos la moral, per dir-ho d'alguna manera...[[...]] de vegades a les infermeres ens costa creure en nosaltres...la gran majoria de vegades sentim comentaris dolents sobre la nostra feina i això fa que de vegades dubtem del que podem arribar a fer. Per això va bé també la simulació, perquè tens temps per parlar amb la resta de companys, saber què pensen i tothom en surt reforçat. Tothom intenta ser

¹⁹ Marca comercial. Fa referència al baló ressuscitador

²⁰ Es refereix al respirador

respectuós... i sinó les que coordinen el curs intenten gestionar-ho. Però en general tothom és respectuós. Si no hi haguessin crítiques no podríem parlar de gairebé res. SIM_2 (30:34)

A més, a l'espai de *prebriefing* s'estableix que qualsevol crítica efectuada durant la sessió serà sempre realitzada tenint en compte la premissa de que totes les persones participants es consideren capacitades i formades per donar resposta als escenaris plantejats durant la sessió, el que s'anomena suposició bàsica. Així doncs, en aquest espai s'estableix que les crítiques efectuades durant el *debriefing* tindran com a única finalitat afavorir converses focalitzades a l'aprenentatge de totes les participants, en relació als objectius plantejats a cada una de les sessions. Al mateix temps, contribueixen a identificar aspectes rellevants que influeixen en l'empoderament de les infermeres:

I1: Hi ha hagut un moment de confusió amb el CPAP, i I4 m'ha vingut a ajudar perquè jo estava estressada. Ha sigut un lapsus de novata...

F2: No t'has d'excusar de res. Això passa aquí i passa a la unitat. És interessant pensar com s'ha solucionat per extrapolar-ho i si no ha funcionat, buscar alternatives. És a dir hi ha hagut un moment de col·lapse...

P2: El nen dessaturava i hem demanat: les ulleres estan bé? llavors A1 ha comprovat si les ulleres estaven bé i ha augmentat el flux.

F2: Llavors, què fem en un moment de col·lapse?

I1: Demanar ajuda, clarament.

F2: Hi ha altres possibilitats...

A1: parar, pensar, respirar...

P2: Comentar-ho amb la resta... a veure si ens poden ajudar. I si algú creu que pot ser útil en la situació, oferir-se per a solucionar el problema.

I3: Crec que en estas cosas primero tiene que ir la persona que realmente sabe hacerlo. Yo hay muchas cosas que no hago porque sé que no las sé hacer.

F1: aprofitar l'expertesa de cadascú

I3: si perquè a vegades això pot fer que es perdi temps

F2: Exacto... y puede ser que lo sepas pero en este momento estás muy colapsado y no lo ves

I1: Exacte, jo se que l'alt flux no va amb el BabyLog[®] ²¹pero en aquell moment...ha sido como... enciendo algo Db_H (17:11)

²¹ Marca comercial d'un tipus de respirador

A les entrevistes semiestructurades realitzades a les infermeres participants a les sessions de simulació, aquestes professionals manifesten que el fet de poder opinar i indagar a través de l'emissió de crítiques referents als motius que han justificat i motivat la realització de determinades accions, és un factor d'aprenentatge i enriquiment per elles:

[...]entendre què han pensat és molt interessant. Veure tots els raonaments...i poder donar la teva opinió. Crec que és molt enriquidor. SIM_2 (30:11)

A més, el fet que les crítiques es focalitzin en fets evidenciats per tot l'equip dins de l'escenari de simulació, fomenta la verbalització de pensaments i percepcions relacionats amb altres rols professionals que hi participen:

Esto nos pasa siempre en la unidad. Vosotros decís, preparad tanto de adrenalina, preparad tanto de tal...las que están preparando entre ellas hablan y se reparten. Luego la persona que pasa la medicación ya informa de qué medicación pasada. Nosotras ya lo hacemos. Vosotros (senyala als metges), tenéis que enteraros.Db_A (8:40)²²

En segon lloc, la observació no participant a l'entorn assistencial permet destacar que, possiblement, un dels motius pels quals en aquest entorn no apareix aquesta forma d'identificació fonamentada en l'emissió de crítiques podria recaure en el fet que, tot i existir la percepció de seguretat psicològica, aquesta no es treballa de forma deliberada i conscient, tal com es fa en entorns de simulació clínica.

En resum, s'ha pogut detectar que les crítiques efectuades entre els membres de l'equip interdisciplinari en entorns de simulació, contextualitzades en l'entorn de seguretat que caracteritza la metodologia, contribueixen a la identificació d'aspectes rellevants per part de les infermeres en relació al seu propi rol professional, fet que contribueix positivament al seu empoderament.

Converses reflexives

Aquest codi agrupa aquelles situacions on es produeixen converses reflexives entre els membres de l'equip interdisciplinari, sovint iniciades per l'emissió

²² Dialoguen sobre com s'han distribuït les tasques entre l'equip

d'una crítica o arrel d'una aportació derivada del pensament crític, que condueixen a la identificació d'aspectes clau per part de les infermeres.

En aquest sentit, s'identifica que el fet que el *debriefing* sigui la màxima expressió de conversa reflexiva, contribueix a que aquests tipus de diàlegs tinguin lloc freqüentment al llarg de les sessions de simulació. Cal destacar, que aquest és un dels codis que ha estat identificat exclusivament a les dades provinents de l'entorn de simulació clínica.

A través de les entrevistes semiestructurades efectuades, les infermeres refereixen que les converses reflexives no només contribueixen a la identificació d'aspectes rellevants, sinó també a vincular-los a la realitat:

Pel que va anar bé es perquè ho relaciones amb coses que vivim a la unitat... llavors és un temps de reflexió sobre els casos però també de reflexió sobre el nostre treball a la unitat... coses que han passat abans, casos curiosos, crec que va bé perquè ho relaciones i així aprens. Penso que en aquest sentit és molt útil. SIM_5 (29:12)

Així mateix, aquestes professionals acostumen a donar rellevància a la conversa reflexiva durant la fase de *debriefing*, pel fet que es tracta d'un espai on poden conèixer la opinió de la resta de participants, en un entorn que identifiquen com a segur:

És un bon moment perquè pots saber què pensen els altres de tu i això també és una manera d'aprendre. SIM_5 (29:11)

Paral·lelament, s'observa que el *debriefing* representa una oportunitat per manifestar processos de pensament concrets de les infermeres i exposar la valoració que la pròpia persona en fa:

I2: Quizá si alguien no ve claro el papel podría verbalizarlo, porque a veces el gestor de caso no se da cuenta...está bien decir esto: no lo tengo muy claro, nos podemos repartir mejor. Por ejemplo, yo lo he pensado, pero como me ha dado la sensación de que ya lo teníamos bien repartido, pues no lo he dicho.Db_G (16:29)

Com s'ha comentat anteriorment, s'identifica que és habitual seguir una estructura de *debriefing* diferenciada i concreta. D'aquesta manera, és freqüent que tots comencin amb una explicació inicial de com s'estructurarà la conversa, que contribueix a generar seguretat psicològica als participants:

Les que ja heu passat pel curs sabeu que la part del debriefing també està com molt estructurada i per les que no, ho recordem. Parlem primer d'emocions i sentiments que ens ha generat la situació... com ens hem sentit, quines sensacions ens ha despertat la situació. Després parlem de les dades clíniques, vale? Tenemos mucha tendencia a mezclar las cosas...nos sentimos de una manera pero tenemos tendencia a identificarlas con cosas clínicas que nos han pasado. No. Una cosa es cómo nos sentimos y luego ya hablamos de la parte más clínica del caso. Después ya hablaremos de qué cosas le han ido pasando a I2 durante el caso, pero primero queremos saber cómo os habéis sentido. Y luego si queréis utilizaremos un análisis plus/ delta, que es una metodología que nos va muy bien para identificar puntos fuertes, que si volviéramos a experimentar la situación lo haríamos de la misma manera, y aquellos puntos sobre aspectos en que ahora, después de pensar, consideramos que podríamos haber hecho las cosas diferentes, lo pondremos en el delta. ¿Vale? Y ahora, habláis vosotras. ¿Cómo os habéis sentido?.
Db_E (14:2)

En aquest sentit, es determina la importància de donar èmfasi a cada una de les fases d'aquest *debriefing*, així com a entendre-les de forma successiva, ja que si no es produeix una bona expressió d'emocions per part dels participants, és difícil que la fase d'anàlisi sigui productiva. Així mateix, si no hi ha consens a l'hora d'entendre què ha passat a l'escenari a nivell clínic, també serà difícil dur a terme una fase d'anàlisi.

En resum, s'ha pogut detectar que les converses reflexives que tenen lloc durant les sessions de simulació clínic, específicament al llarg de la fase de *debriefing*, contribueixen a la identificació d'aspectes rellevants per part de les infermeres en relació al seu propi rol professional, fet que contribueix positivament al seu empoderament.

Reflexions guiades per la facilitadora

Aquest codi fa referència a aquelles situacions en les sessions de simulació clínica, on es produeix identificació d'aspectes clau a partir de les reflexions que guia la persona facilitadora, les quals contribueixen a promoure l'empoderament de les infermeres.

S'ha pogut observar que, en el transcurs de la conversa reflexiva, es produeixen reflexions guiades per la facilitadora que representen un recurs perquè el participant analitzi les accions i el motiu que justifica la seva realització. Aquestes es desenvolupen a través del raonament lògic i el pensament crític:

F1: Pacient intubat que fa una hipoxèmia. Què pot passar?

P3: Extubat, tap de moc, pneumotòrax, fallo en el respirador, desplaçament del tub...

I1: El sensor de saturació estava bé.

F1: Llavors, com ho fem?

I1: Hay que intubarlo.

F1: Exacte, el que realment li passava al nostre nen es que s'havia extubat.

I1: Entonces se ha preparado para intubar.

P2: Clar, però paral·lelament hem iniciat RCP ja que el nen estava bradicàrdia... així doncs no era només preparar medicació per intubar, també necessitàvem bicarbonat, calci, adrenalina, volum... Db_A (8:16)

Aquest procés de reflexió es realitza de forma guiada i estandarditzada a través de les diferents fases que indica la metodologia de la simulació, de manera que el tipus de *debriefing* utilitzat permet donar èmfasi a diferents aspectes, segons els objectius establerts prèviament.

Paral·lelament, s'observa que les persones facilitadores poden reconduir la conversa en base a les apreciacions que realitzen les pròpies participants, per tal que aquests reflexionin sobre els successos que han tingut lloc a l'escenari i exposin la valoració que en fan:

F2: Entonces hay varias cosas que igual tardaríamos años en poder comentar en realidad, pero aquí sí las encontramos. Esto es como un laboratorio.

Podemos hablar exactamente de lo que viene relacionado con los objetivos que os hemos explicado al inicio. Db_A (8:1)

A partir de les reflexions efectuades per la persona facilitadora, es poden buscar actuacions alternatives i transformar-les en conclusions:

I3 : Claro, ella a mi m'ha demanat "carga el fentanilo en 10" i nosaltres normalment ho fem en 5, llavors he hagut de comentar-ho perquè no entenia quant volia en realitat.

F1: I perquè li has demanat així tu?

P1: Perquè és la solució que estic acostumada a demanar

I3: Claro yo no sabía qué querías en el fondo...y no encontraba el momento para preguntar...

P1: Cuando me ha preguntado ya me he bloqueado un poco... la matemática no fluía...

I3: A mi me ha pasado que no encontraba momento de preguntar...

F1: Despues I2 ha preguntado.... ¿Cuánto queréis en realidad?...

I2: Claro..por eso va bien el libro de dosis con las diluciones y demás.

P1: Claro, es verdad.... Db_G (16:41)²³

En algunes ocasions, s'identifica que les pròpies aportacions de les facilitadors fomenten l'aparició de reflexions concretes:

F1: Què mes heu notat?

P3: Jo he pensat que faltava una infermera al costat del nen. Ho he dit: algú que es quedí al costat del nen, si us plau!

I4: Jo quan he entrat he demanat: què faig? i algú m'ha dit: prepara el bicarbonato...

F1: Me encanta! Muy bien identificado! Aquí iba. ¿Y que enfermera faltaba?

I4: La de estar con el niño.

I2: Era yo la del niño supongo...

I4: Claro porque has entrado la primera

I2: Claro pero como que había que hacer muchas cosas...

I4: Pobrecita, yo la entiendo.

Db_H (17:65)

²³ En aquest fragment de *debriefing*, es veu de forma clara com les reflexions que realitzen els participants es realitzen a causa de petites aportacions per part dels facilitadors.

En altres casos, s'identifica que les facilitadores de la sessió condueixen la conversa fins que les participants realitzen la reflexió esperada:

I1: Luego lo que... esto que, no sé,.. Que es una tontería eh...pero ¿realmente es necesario que antes de ponernos a intubar estén ya las fijaciones cortadas? Si mientras estáis intubando, pues las cortamos y ya está...

F1: ¡Claro! ¿Que estabas esperando cuando has pedido las fijaciones? (ho demana a P2)

P2: Las fijaciones...

F1: Ya pero quiero decir, ¿que estuvieran antes de empezar a intubar, o que hubiera alguien encargado de hacerlo?

P1: Ah ya claro...

P2: Que hubiera una enfermera cortándolas ya. Solo nos faltaba saber quién se estaba encargando de eso en plan, asegurarlo y luego yo pensaba ya en teniéndolas ya cortadas, pero claro entiendo el punto de ella (assenyala I1): ves intubando que no voy a tardar más en cortarlas de lo que tú vas a tardar en poner el tubo...

F1: Pero claro... ¿qué necesitamos en el momento en que sabemos que vamos a intubar? ¿Que estén hechas? ¿O que sepa que estamos intubando y que en ese tiempo...?

I1: Ya ya, saber que alguien las está preparando...

Db_B (9:28)

En resum, la observació no participant a les sessions de simulació clínica ha permès identificar la rellevància de les aportacions fetes per les facilitadores de la sessió pel que fa a la identificació d'aspectes clau per part de les infermeres. En aquest sentit, les aportacions de la facilitadora i la forma de guiar la conversa de reflexió que aquesta apliqui, no només representen vies importants per a la identificació d'aspectes clau per part d'aquestes professionals, sinó que esdevenen eines rellevants per a promoure'n l'empoderament.

Reflexió durant l'acció

Aquest codi fa referència a aquelles situacions on s'identifica el fet que la simulació permet reflexionar, no només sobre l'acció que ja ha estat realitzada, sinó també durant el desenvolupament de l'acció.

S'observa que, per a les infermeres, la reflexió efectuada durant les accions que tenen lloc en el transcurs de les sessions de simulació, no només representa una oportunitat d'identificar aspectes rellevants, sinó que, també, permet reflexionar-hi de forma posterior, aspecte que influencia positivament l'empoderament de les professionals.

D'aquesta manera, el component reflexiu de la simulació no només es fa palès en la fase de *debriefing*, sinó que també és part de l'escenari de simulació i segueix impregnant les persones participants, fins i tot un cop la sessió ja ha finalitzat. Al mateix temps, la observació no participant permet identificar que el fet de poder verbalitzar els pensaments, així com la justificació que la persona participant fa de les seves pròpies accions, té influencia en com es sent la mateixa dins l'escenari i a nivell de la sessió en general:

I3: Jo anava veient la gent com feia coses i pensava ... ostres no estic fent res. Tot i que també penso que de vegades potser val més no fer res que encara "liar-la" més. Però després quan ja érem més gent crec que ja m'he deixat portar més i estava més ficada. Al principi, i més al ser la primera, em veia molt fora de lloc. A mesura que ha evolucionat el cas m'he anat sentint millor. Al principi m'he sentit molt perduda Db_E (14:4)

Així doncs, quan es produeix l'acció, la metodologia permet reflexionar en profunditat, fet que dona a les infermeres la oportunitat d'indagar i explorar les seves pròpies percepcions i emocions :

I3: Pensaba que en este tiempo, estábamos todos ahí adorando el niño...²⁴ Pensaba...bueno, la parte circulatoria está, la ventilatoria también; tiene el manguito puesto, le estamos mirando la tensión, aquí ya no hay más que hacer, ¿no? A lo mejor era más importante qué le está pasando al Neopuff^{®25} que no iba [...] Db_C (10:53)

Paral·lelament, al llarg dels escenaris de simulació, les infermeres realitzen processos de reflexió que guien les seves actuacions i que seran rellevants en contextos assistencials posteriors:

²⁴ Es refereix al fet que totes les tasques estaven repartides

²⁵ Marca comercial d'un tipus concret de respirador

És una manera de practicar i millorar. Aquí tens la opció de provar coses i que passin coses, però sense que passi res en realitat. Tens la opció de que passin coses i pensar... doncs hauria hagut de fer això o això. No m'he adonat d'això... he donat per suposat això... són petites coses que a la realitat poden marcar una gran diferència. SIM_3 (31:13)

En resum, s'ha pogut detectar que la reflexió durant l'acció, que té lloc durant les sessions de simulació clínica, genera impacte en el dia a dia assistencial posterior de les infermeres, i fomenta que aquestes professionals expressin, valorin i analitzin els motius que les condueixen a actuar d'una forma determinada. Aquest fet contribueix a la identificació d'aspectes rellevants per part d'aquestes professionals en relació al seu propi rol, motiu pel qual contribueix positivament al seu empoderament.

5.1.5 Possibilitat de millora individual i col·lectiva

Les dades obtingudes a la present investigació han permès detectar que, en ambdós contextos estudiats, existeixen diversos processos a partir dels quals les infermeres poden millorar a nivell individual i col·lectiu. Així mateix, s'ha pogut evidenciar com la presa de consciència sobre la possibilitat d'evolucionar professionalment a través de la formació i l'aprenentatge contribueix positivament a l'empoderament de les infermeres.

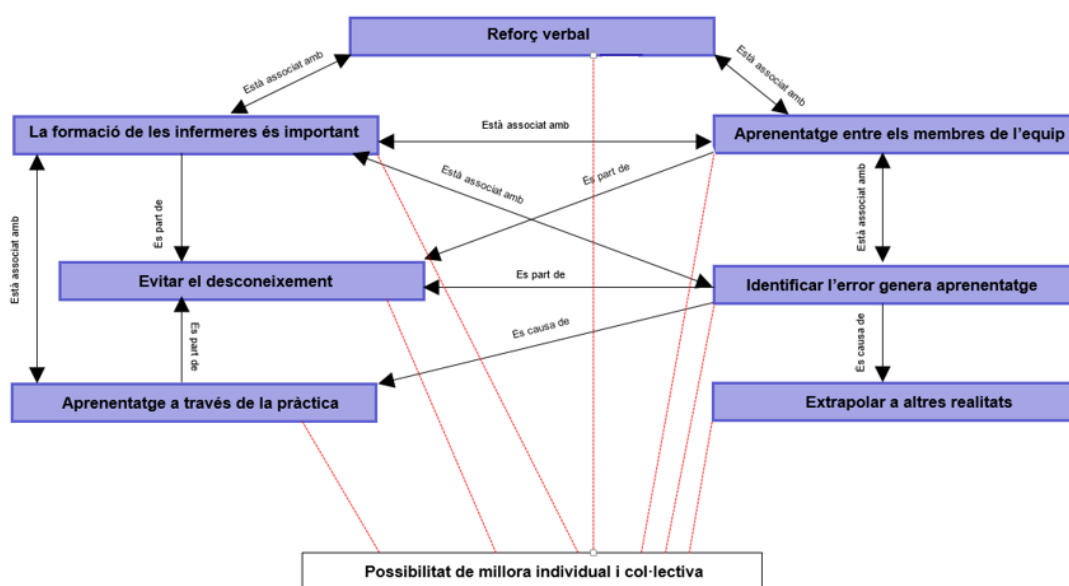


Figura 6. Mapa de relacions de l'agrupació *Possibilitat de millora individual i col·lectiva*

Identificar l'error genera aprenentatge

Aquest codi fa referència a aquelles situacions en les quals el fet de veure les conseqüències dels errors esdevé una forma d'aprenentatge per a les infermeres.

Quan aquest procés té lloc durant la sessió de simulació, juntament amb la reflexió efectuada posteriorment, es facilita l'extrapolació de l'aprenentatge assolit a la realitat:

En un dels casos, el catèter umbilical s'havia perdut. Nosaltres vam donar per suposat que el catèter no funcionava... però sí. I el vam retirar. Haver fet això malament i haver-ne vist les conseqüències fa que els catèters que he tingut a partir del cas me'ls miri diferent. SIM_3 (31:14)

Paral·lelament, el fet que la sessió s'identifiqui com un espai on l'error no té conseqüències, afavoreix l'adquisició de nous coneixements, així com l'aplicació d'habilitats i actituds:

Jo les primeres vegades anava molt preocupada per si ho feia fatal [riu] i em valoraven malament, però quan ja n'has fet alguns cops, i t'han explicat com funciona, entens que és algo que va bé per aprendre i practicar.. pots provar coses i no passa res si no surten bé. SIM_6 (32:20)

A més la conversa reflexiva, guiada per les facilitadores de la sessió condueix a la identificació de les accions susceptibles de millora, que no es categoritzen com a errors en un primer moment. Aquest fet contribueix a mantenir la seguretat psicològica esmentada anteriorment i, al mateix temps, fomenta la reflexió sobre els successos ocorreguts.:

F1: Llavors, de tot el que ha passat amb el nostre pacient, anem a identificar coses que faríem iguals o coses que faríem diferents. Per on comencem? Db_F (15:30)

Pel que fa a l'entorn assistencial, es determina que l'aprenentatge a partir de l'error es desenvolupa de forma natural, tot i que implica conseqüències en les pacients reals. Les infermeres manifesten que en són conscients i exposen l'impacte d'aquest factor:

Hi va haver coses que es van anar descobrint a mesura que passaven els dies. Inhaladors per traqueos... fins que no els vam fer bé, van passar dues nits fins que algú va dir: ei, els has de fer per aquí! Clar... he après moltes coses però ha estat una forma d'aprendre que per mi no ha estat del tot correcte. Hem après però perquè no hi ha hagut més nassos i hi ha hagut coses que abans no les has fet bé, doncs les has fet malament. C_3 (3:45)

Moltes vegades, aquestes professionals associen l'aprenentatge a partir de l'error amb la falta de formació o expertesa en l'àmbit assistencial del context estudiat, que vinculen a falta d'anticipació a la institució:

Clar, llavors hem après però a còpia de torbar-te in fraganti i trobar-te situacions de no saber què fer. I de passar-ho malament, sobretot al principi. Recordo situacions barallant-nos amb dilucions o medicacions. Clar... hi ha coses que igual no les fas correctes perquè no les has fet abans, ningú t'ho ha explicat i les fas i no has tingut més nassos que aprendre-ho de cop i volta C_3 (3:50).

En resum, la simulació clínica com a metodologia proporciona la oportunitat d'aprendre a partir de l'error de forma segura i controlada, fet que fomenta l'aplicació de nous coneixements, habilitats i actituds. En relació a l'entorn assistencial, l'aprenentatge a partir de l'error també té lloc, tot i que implica conseqüències per professionals i pacients, de manera que les infermeres l'associen a falta d'anticipació per part de la institució.

Reforç verbal

Aquest codi fa referència a aquelles situacions on el reforç verbal efectuat entre membres de l'equip interdisciplinari fomenta la millora continua de les infermeres.

S'observa que el reforç verbal causa que les infermeres rebin aportacions molt positives de les seves accions i sobre les seves cures, que sovint es veuen potenciades i valorades per part d'altres rols professionals:

També va haver-hi molta estona on l'equip de pediatres va reforçar molt el rol d'infermeria i en aquest moment sí que et sents reforçada perquè estan valorant el teu treball. És el que comentàvem...això normalment en el dia a dia

no passa. [...] Això crec que és important i que ajuda molt com a professionals. Perquè treballes millor i et fa estar satisfet amb la feina això. SIM_5 (29:25)

S'ha pogut identificar que les converses on es produeix reforç verbal afavoreixen que les infermeres prenguin consciència de la rellevància del seu rol, no només dins la sessió de simulació, sinó també a l'entorn assistencial real, on són habituals les referències a l'absència d'aquest tipus de diàlegs entre disciplines professionals diferents:

Dins el cas em vaig sentir molt necessària...bueno, no només jo eh, era necessària la feina que feien totes les companyes. I també després quan parlàvem.. més que necessària va anar bé perquè vam parlar molt de la feina que fem les infermeres. Els pediatres no acostumen a parlar gaire sovint de nosaltres i allà si que ho van fer. SIM_4 (24:10)

A més, s'ha pogut observar que, sovint, el reforç verbal no es focalitza en el potencial que tenen les infermeres de forma individual, sinó en la rellevància del seu rol professional de forma general, fet que també esdevé aplicable a altres realitats:

P1_ [...] Jo amb els anys he viscut alguna situació d'aquestes ²⁶[...]. Crec que és un factor molt important que la infermera, potser la que té més experiència del box, agafi aquest rol²⁷, [...] perquè no té res a veure amb una reanimació estructurada... vagi bé o no la reanimació. De les dues que recordo, una nena va viure i l'altra no, però la sensació que et queda és que has fet les coses bé. Perquè tens un ritme i... perquè clar en qualsevol d'aquestes dues reanimacions hagués hagut d'apuntar jo les dosis d'adrenalina que li havia passat... i sincerament, no ho hagués fet. Db_A (8:42)

A la realitat assistencial, aquests processos no succeeixen de forma estructurada, sinó que les situacions esdevingudes al dia a dia contribueixen al reforç verbal entre infermeres, de forma natural. Destaca, també, el fet que, a diferència de l'entorn de simulació clínica, aquestes reflexions es produeixen entre infermeres més que entre diferents categories professionals:

²⁶ Es refereix a una situació crítica i emergent.

²⁷ Fa referència al fet que una infermera assumeixi el registre de tots els successos que tenen lloc durant una seqüència de reanimació, així com el control del temps.

Moltes vegades ens donàvem suport entre nosaltres i si algú no sabia fer alguna cosa, doncs s'intentava que algú que ja ho hagués fet abans hi anés, i així podíem donar-nos feedback. Ens passava molt amb les tècniques i la medicació. C_1 (1:16)

En aquest sentit, el gran potencial del reforç verbal entre aquestes professionals a l'entorn assistencial consisteix en el fet de potenciar-se entre elles i reforçar-se a nivell psicològic:

Hi havia dies que necessitaves que algú et digués: ep, ho estàs fent bé! I passava...ho veiem, i ens recolzàvem entre nosaltres. Era veritat i era important. I molt necessari! C_2 (2:7)

En resum, el reforç verbal constitueix una forma de millorar individual i col·lectivament per les infermeres, ja que representa la oportunitat de rebre aportacions d'altres professionals. Destaca que l'entorn de simulació afavoreix el reforç verbal entre diferents rols professionals, fet que acostuma a posar molt en valor les cures desenvolupades per les infermeres dins l'equip. Pel que fa a l'entorn assistencial, el reforç positiu entre diferents rols professionals no és tant habitual, mentre sí que ho és entre infermeres.

Aprentatge entre els membres de l'equip

Aquest codi fa referència a l'aprenentatge que sorgeix entre els membres de l'equip arrel de les característiques diferents que aquests presenten, en referència al nivell formatiu, a l'edat i a l'expertesa, entre d'altres.

La observació no participant efectuada ha permès determinar que el fet de veure com una persona desenvolupa o porta a terme una tasca concreta proporciona, per una banda, la oportunitat d'aprendre a partir de l'observació i, per l'altra, potencia la confiança de la persona observadora.

Aquest succés queda àmpliament representat a les sessions de simulació, on les infermeres participants identifiquen el valor inherent a aquest fet:

El fet de veure que podia aprendre dels altres mentre fèiem simulació em va fer sentir molt bé, va ser com...uf!, avui aprofitaràs molt el temps. SIM_1 (5:55)

A més a més, cal remarcar que aquest aprenentatge es produeix en un entorn segur, controlat i estandarditzat, fet que permet seleccionar els objectius a treballar. Les infermeres identifiquen que aquest aspecte té incidència en la seva pròpia millora a la realitat assistencial:

Tot i que sí que es veritat que a la realitat també es donen situacions on pots aprendre de l'altre gent... però treballant amb simulació va ser com simplificar-ho molt. Per mi és una forma "fàcil" d'entrenar situacions complicades, que de vegades costa de trobar en el dia a dia. SIM_1 (5:46)

Al mateix temps, s'observa que aprendre de la resta de membres de l'equip interdisciplinari, lluny de causar percepció d'imptència, fomenta l'autoeficàcia de les infermeres:

Jo considero que vaig aprendre molt. El fet de poder assumir un rol dins la sessió semblant al que jo faria a la vida real, perquè jo no soc de les més expertes, on podia servir d'ajuda i em sentia útil, però al mateix temps podia veure com s'organitzaven i treballaven elles juntament amb els metges... per mi va ser perfecte, perquè tenia una tasca, era útil i al mateix temps aprenia, i a més el pacient no era real. SIM_5 (29:47)

Paral·lelament, les professionals amb menys expertesa en l'àmbit clínic identifiquen positivament la varietat d'experteses dins l'equip i la rellevància que aquesta diversitat adquireix a l'àmbit assistencial:

De fet ara em fas pensar que fa poques setmanes que hem començat a implementar el registre en ordinador. Jo penso que és algo que està super bé, perquè abans només els metges escrivien al curs clínic, i clar, a mi com a infermera m'interessa saber què ha dit la infermera d'aquest pacient... Doncs penso que per nosaltres, la gent jove, ha estat relativament senzill adaptar-nos a la utilització del programa. Ens posem davant d'un ordinador i "pim, pim pim pim" [imita el gest de teclejar a l'ordinador] . Però hi ha infermeres amb més edat, que no han fet servir mai ordinador, ni potser registre en paper... penso que és un repte més per elles. Tot i que és algo que dona molt valor a la tasca infermera. Crec que la nostra professió és això... hem d'anar fent coses per anar-nos fent lloc i créixer cada dia una mica més. SIM_1 (5:54)

A l'entorn real estudiat, aquest tipus d'aprenentatge també es produeix entre infermeres que provenen de camps d'expertesa diferents:

Jo crec que és super important que, humilment, tothom ha aportat el que sabia fer. La de diabetis ²⁸no sabia de màquines, però va tenir claríssim que havia d'incidir en la dieta." Pedi" i neonats coneixien l'Optiflow i eren suport basic. Les infermeres de pneumo amb les BiPAP i les CPAP²⁹. Cadascú va aportar el seu saber, amb molta humilitat, moltes ganes d'aportar el que sabíem i sense posar ningú sobre ningú en cap moment. C_1 (1:10)

Així mateix, s'observa que l'aprenentatge entre membres de l'equip esdevé clau en el lapse temporal estudiat:

Vaig demanar a la meva supervisora si ens podien fer alguna formació per posar i treure EPIs, que és el que em preocupava a mi en aquell moment. Això era un matí i jo a la nit entrava a treballar. Em va dir que a la una del migdia d'aquell mateix dia feien una reunió, però jo estava amb els nens i no els podia deixar sols, per tant vaig demanar si em podien enviar un vídeo. Em vaig posar en contacte amb el serveis de prevenció de riscos laborals per si em podien informar però no va ser possible, així que vaig anar el primer dia i vaig pensar... Bueno, les companyes o els companys ja m'ensenyaran com es fa. I així va ser. En vaig aprendre d'elles, en base al que elles em van explicar. C_2 (2:22)

A més, les infermeres manifesten que la possibilitat d'aprendre dels altres a l'entorn assistencial, sovint es vincula a la cohesió entre l'equip:

Si hi havia qualsevol tècnica, qualsevol problema.... Jo era conscient de que anàvem tots set, en bloc, cap allà. Jo en cap moment em vaig sentir malament. Si dubtava alguna cosa ho demanava, a qui fos. Jo en cap moment vaig sentir que treballava sola. C_3 (3:79)

A través de la observació no participant, es constata que les pròpies professionals vetllen per compartir el seu coneixement i expertesa amb la resta d'equip interdisciplinari, cercant la qualitat òptima de les cures proporcionades:

He après pel companyerisme. Veient com ho feien i preguntant. Jo arribava a casa però no em quedaven ganes de llegir. El que sí que feia era llegir el que

²⁸ Es refereix a la infermera gestora de casos de diabetis

²⁹ Nom de diferents dispositius i modalitats de ventilació mecànica no invasiva

enviaven al grup de WhatsApp. Però no tenia esma de posar-me a buscar articles. Arribava esgotada. C_4 (12:48)

Finalment, les infermeres identifiquen que l'aprenentatge que es produeix entre elles és potent i efectiu per a la professió i determinen que posseeix potencial, tant per la professional que aprèn, com per la que ensenya o demostra:

Cadascú tenia la seva manera de fer, però poder estar al costat d'una infermera és una manera brutal d'aprendre, és molt útil en aquestes situacions. I a més tothom tenia predisposició per ensenyar! Que això és important i de vegades.... Ens n'oblidem de l'important que és... I crec que això et fa sentir molt bé, tant a la persona que "ensenya" com la que observa i aprèn. C_5 (19:64)

En resum, l'aprenentatge entre els membres de l'equip es produeix tant a l'entorn de simulació com a l'entorn assistencial. Les sessions de simulació basades en CRM inclouen, de forma inevitable, diferents graus d'expertesa entre els equips que hi participen. Aquest fet resulta enriquidor pel desenvolupament de la sessió, ja que la simulació afavoreix l'aprenentatge mitjançant la observació entre els membres, en condicions de seguretat. Així mateix, fomenta que les infermeres menys expertes en l'àmbit clínic identifiquin l'existència de diferents tipus d'expertesa, fet que no sempre es relaciona amb els anys d'experiència al lloc de treball, i que contribueix molt positivament a la percepció d'autoeficàcia de les infermeres. En relació a l'entorn assistencial, l'aprenentatge entre els membres de l'equip esdevé bàsic i imprescindible, no només per a l'adquisició de coneixements i el manteniment de la qualitat de les cures proporcionades, sinó també respecte el suport i el benestar de les integrants de l'equip. A més, les infermeres identifiquen que quan es produeix aprenentatge entre els membres de l'equip, es produeix enriquiment de la persona que aprèn i, també, de la que possibilita l'aprenentatge.

Aprenentatge a través de la pràctica

Aquest codi fa referència a aquelles situacions on es produeix aprenentatge a través de la pràctica, fet que esdevé una forma de millora per a les infermeres, tant individual com col·lectivament.

Tal com s'ha comentat anteriorment, s'ha observat que la simulació clínica representa una oportunitat de posar a prova coneixements, habilitats i actituds sense risc de que aquestes causin dany sobre altres persones. És per això que, sovint, les infermeres identifiquen aquesta metodologia com una manera d'entrenar aspectes que després podran aplicar al dia a dia. Les dades obtingudes denoten que, per a aquestes professionals, el fet de provar i evidenciar que posseeixen capacitat per a desenvolupar una tasca amb èxit dins de l'escenari de simulació contribueix a la seva percepció d'autoeficàcia a l'entorn assistencial real, de manera que veure les conseqüències de les accions que han portat a terme, les encoratja i reforça:

Si tu veus que allò ha donat un resultat positiu, les següents vegades ho practiques, ho integres... veus els resultats del que fas, i del que deixes de fer
SIM_4 (24:53)

Així doncs, les dades permeten ressaltar la importància del fet de posar en pràctica accions poc freqüents en el dia a dia assistencial real, juntament amb el potencial inherent a la conversa reflexiva posterior a l'escenari de simulació, factors que les infermeres identifiquen recurrentment com a fonts d'aprenentatge:

Jo aprenc molt a dins³⁰, perquè pots provar coses que normalment no podries fer a la vida real, però després també, perquè comentes, sents què pensa l'altra gent, et donen consells... i això normalment en el dia a dia no ho podem fer. Ah, i també va bé perquè et poden reforçar el que has fet bé! Que això també costa fer-ho a la vida real. SIM_5 (29:11)

Així mateix, les infermeres també manifesten que la simulació clínica permet millorar la seva pròpia autoconfiança, possibilitant l'assumpció de tasques normalment realitzades pel col·lectiu mèdic:

I penso que també va bé per poder practicar tècniques que al dia a dia no fariem per por de fer mal al pacient. En aquest sentit també penso que ens pot ajudar com a professió ja que hi ha moltes coses que podem fer i que normalment les deleguem als metges, per exemple ventilar el pacient. Infermeria ho pot assumir perfectament. Crec que entrenar coses així a les

³⁰ Es refereix a l'escenari de simulació

simulacions pot anar molt bé i pot ajudar-nos després a la vida diària. SIM_5 (29:29)

Pel que fa a l'entorn assistencial, les infermeres identifiquen que el desconeixement generalitzat respecte les tècniques, procediments i patologia, afavoreix l'aprenentatge a través de la pràctica, fet que sovint associen també a l'aprenentatge a través de l'error:

Clar, partíem d'un desconeixement absolut de les màquines, símptomes i patologia [...]. Era molt diferent per exemple, si et posen en una unitat de cremats: tothom en sap i tu aprens. Però clar, quan tothom aprèn sobre la marxa, i tot el que sabia la poca gent era sobre el maneig de màquines de suport respiratori... clar, era un punt de partida, començar sabent què havíem de tenir en compte, i preguntant molt. C_3 (3:49)

Així mateix, identifiquen aquest tipus d'aprenentatge com a significatiu, tot i que, remarquen la duresa del procés:

Recordo muntar les tubuladures ³¹i jo no les havia vist mai; no sabia ni què eren, ni on s'havien d'anar a buscar...clar, sí que has après, però hem après a base de cop de garrot. Ara, al final ja les podia muntar amb els ulls tancats. Hem practicat moltíssim, i hem après moltíssim. C_3 (3:20)

En aquest sentit, les infermeres relacionen i justifiquen l'aprenentatge a través de la pràctica amb la situació d'emergència sanitària que caracteritza el context assistencial durant el lapse temporal estudiat:

Si pares a pensar molt fredament, segurament les primeres vegades no les hem fet de la forma més "protocol·lària" però sí que la premissa inicial, en aquest cas, era salvar vides. Potser hi havia tècniques que hauríem fet millor si hi hagués hagut formació o pràctiques prèvies al darrere, però el pacient que hi havia era un pacient d'UCI o "semis" i estava molt greu. Segurament, en condicions normals, les tècniques que requereixen aquests pacients haurien fet que el primer dia no portessis un pacient amb nutrició parenteral o "traqueo" sense tenir coneixements, però clar...allà ho vam fer. Ets infermer i és igual l'experiència que tinguis. Per això no ha estat el més protocol·lari, però la premissa era salvar vides C_5 (19:56)

³¹ Fa referència a les tubuladures que es connecten al respirador

En resum, la simulació clínica com a metodologia proporciona la oportunitat de posar en pràctica coneixements, habilitats i actituds poc habituals en el dia a dia assistencial de les infermeres, fet que contribueix favorablement a la percepció d'autoeficàcia d'aquestes. Així mateix, a l'entorn assistencial real, l'aprenentatge a través de la pràctica també té lloc i és significatiu per a les infermeres, tot i que no té lloc de forma segura i controlada, de manera que sovint esdevé un procés difícil per aquestes professionals.

Extrapolar a altres realitats

Aquest codi fa referència a aquelles situacions on es fa evident el procés d'extrapolació a altres realitats que porten a terme les infermeres, fet que n'illustra la seva voluntat de millor i de generar impacte a les institucions.

Pel que fa a les sessions de simulació clínica, i com ja s'ha comentat anteriorment, perquè l'extrapolació de les reflexions cap a altres realitats succeeixi, és necessari que aquestes siguin desenvolupades seguint una metodologia concreta i estructurada. Quan aquest procés té lloc, és possible aconseguir que el participant extrapolï els successos ocorreguts en simulació clínica cap a un context diferent al de simulació.

En ocasions, l'extrapolació no s'identifica en un context assistencial real concret, sinó que el que s'evidencia és l'abstracció de l'entorn de simulació. Aquest procés es troba, gairebé sempre, guiat per les facilitadores. Al produir-se, s'observen aportacions de les infermeres estretament relacionades amb el seu empoderament:

F1: Creieu que hi ha alguna cosa que podríem fer quan existeixen aquestes sensacions prèvies?

P2: Seguro que a todos nos ha pasado en alguna ocasión...

I1: Potser verbalitzar-ho en veu alta. Expressar els sentiments.

F1: Exacte, a mi m'ha passat algun cop que vas a veure a algun nen a qui abans potser no havies donat suficient importància. Crec que es important trencar aquesta barrera perquè pot condicionar molt el to de la situació.

I3: A vegades donem moltes coses per suposat. Jo penso que es molt important verbalitzar les coses en veu alta. Al final tots som iguals i no ens hem de preocupar del que pensin els altres.

P2: Exacte. S'han de trencar aquestes barreres que a vegades fa que durant 2 minuts estiguis allà donant voltes i "es perden energies". Nosaltres els pediatres igual...

F1: Aquestes emocions costa expressar-les en un primer moment. Arribar allà i dir ostres ho sento i ara em sento fatal perquè hauria hagut de venir abans i ara veig que el nen està malament i ara això em dona voltes al cap. Només aquesta frase, que jo no he fet mai [riu] , i ho dic aquí, potser seria positiu de cara a qui rep el missatge per facilitar la situació de crisi i la relaxació de l'ambient. Db_H (17:30)

Així mateix, és habitual que les persones facilitadores fomentin la presa de consciència de les participants respecte el procés d'extrapolació que es porta a terme al *debriefing*. S'observa que, sovint, s'efectuen verbalitzacions per part de les facilitadors que tracten sobre el potencial de la simulació i de l'impacte que les pròpies participants dins l'equip poden generar a nivell més macroscòpic. Freqüentment, aquestes verbalitzacions posen en rellevància les aportacions fetes per les infermeres, així com la repercussió de les accions que desenvolupen aquestes professionals.

Pel que fa a l'entorn assistencial, aquest procés d'extrapolació s'acostuma a produir de forma inconscient i natural:

Sí i tant, ja l'he incorporat³². En el sentit de treure importància a coses que abans em preocupaven molt. Ara no em preocupen tant. Ara faig el mateix però sense posar-me nerviosa. Abans les coses havien de ser immediates, ara quan hi ha aspectes que no són vitals, explico als pacients que ho gestionarem, però al seu temps. C_4 (12:41)

Així mateix, s'ha pogut observar que la identificació d'aspectes que contribueixen al benestar i satisfacció per part de les pròpies infermeres en relació al lloc de treball fa que, per a elles, es creï també la necessitat d'extrapolar aquests aspectes a altres contextos:

³² Prèviament se li ha preguntat sobre l'aplicació de l'aprenentatge assolit durant el lapse temporal d'estudi en altres entorns assistencials

Han aflorat coses molt bones en moltes persones amb qui convivim cada dia. Jo no pensava que això pogués passar. Penso que podem treballar com hem treballat, sempre que vulguem. Crec que és molt important que recordem com hem estat capaços de treballar i compartir, com hem arribat a aquest punt...
C_1 (1:67)

En resum, l'aplicació adequada de la metodologia de simulació clínica fomenta l'extrapolació de les reflexions assolides a altres realitats, mentre que a l'entorn assistencial, aquest procés també es produeix, tot i que, de forma inconscient i natural. Així, s'observa que en aquest context, quan les infermeres identifiquen aspectes que resulten positius per a elles o pel funcionament de la unitat, busquen maneres d'aplicar-lo al seu entorn habitual. En ambdós casos, aquesta forma de cercar externalitzar les accions que generen impacte positiu en elles contribueix a la voluntat de millora del col·lectiu i, per tant, també al seu empoderament.

Evitar el desconeixement

Aquest codi fa referència a aquelles situacions on es posa en rellevància el fet d'evitar el desconeixement de les infermeres com un dels factors primordials que contribueix a la millora de la professió i que també genera influència positiva en el seu empoderament.

Pel que fa a l'entorn de simulació clínica, sovint les pròpies infermeres identifiquen que la metodologia en si contribueix a disminuir el seu desconeixement sobre aspectes concrets. Així doncs, representa una eina valuosa per a la millora de la professió:

I3: Yo no tenía ni idea de qué tenía que preparar. Nunca lo había hecho. Me ha ido muy bien practicarlo aquí porque me han podido ayudar. Db_A (8:56)

Aquest aspecte contribueix a donar seguretat a les infermeres participants, no només en relació al cas de simulació, sinó també en referència al dia a dia assistencial:

Jo no havia estat mai en un paró³³. Va ser allà la primera vegada. I la veritat és que va molt bé, perquè ara el dia que m'hi trobi no aniré tan perduda. SIM_2 (30:24)

Pel que fa a l'entorn assistencial, el desconeixement contribueix a dificultar la seguretat psicològica percebuda a l'entorn de treball. A més, les infermeres identifiquen que gestionar el desconeixement suposa un repte per elles:

Possiblement el que més m'ha costat com a infermera ha estat connectar o retirar el que jo coneixia sobre el pacient respiratori crònic, del que era aquest nou pacient respiratori. La gent em deia.. Tu ets de respi³⁴. No, aquest tipus de pacient no l'ha vist mai ningú. La sensació era pensar que estàvem davant d'un pacient completament diferent, sense saber-ne res. Els coneixements que teníem servien de poc .C_1 (1:24)

Així mateix, aquestes professionals refereixen que el fet de rebre informació prèvia contribueix a disminuir el desconeixement:

Jo vaig anar allà sense saber res de la malaltia, ni quin tipus de pacient, ni en quin estat ens arribaria. De fet tot era tant incert que ningú ens va dir com tindriem els pacients. De fet en un principi potser ens ho van vendre com des d'un punt de vista molt optimista, però després els pacients que ingressaven a la unitat estaven bastant greus i molt inestables. I clar, el primer dia amb el desconeixement aquest i veient com et venien els pacients, clar, l'impacte va ser brutal. C_2 (2:50)

De la mateixa manera, expressen que el desconeixement sobre la patologia i el fet que la informació rebuda sigui extremadament canviant genera preocupació per a elles:

A mi em va generar por el contagi, el fet de veure que els protocols eren molt canvians...hi havia molt neguit entre el personal... el fet de ser una patologia tant desconeguda, que no havíem vist mai i que no sabíem exactament com tractar, a mi em va generar por. C_2 (2:72)

³³ Es refereix a una aturada cardiorespiratòria

³⁴ Fa referència al fet de ser infermera experta en pacients amb patologia respiratòria

Paral·lelament, el desconeixement s'atribueix, també, a la falta de formació prèvia i falta d'expertesa:

Mira, jo fa 25 anys que treballo, i he estat a diferents llocs, però en aquell moment vaig sentir por. Jo no havia estat en la meua vida a semicrítics i li vaig dir..³⁵No he manejat mai aquest tipus de malalt, ni la maquinària... i clar no és una cosa que tu et puguis preparar, perquè sinó, me la preparo i més o menys m'ensurto, però clar em va dir: no, no, tu engegues aquesta nit. Llavors el que vaig tenir principalment va ser por. Por perquè vaig pensar: no te'n sortiràs, no hi has estat mai. C_3 (3:6)

En resum, la present investigació ha permès constatar que la simulació clínica representa una forma d'evitar el desconeixement de les infermeres, motiu pel qual contribueix a la seva millora com a professionals i en promou l'empoderament. Paral·lelament, ha permès observar que a l'entorn assistencial el desconeixement contribueix a generar percepció d'impotència, mentre que també s'associa a percepcions com la por i s'entén com una falta d'anticipació per part de la institució.

La formació de les infermeres és important

Aquest codi fa referència a aquelles situacions que permeten evidenciar la rellevància que té la formació per a les infermeres, juntament amb la presa de consciència d'aquest fet per part de les professionals

S'ha pogut observar que comptar amb la formació adequada pel lloc de treball, es relaciona amb una millor gestió de les infermeres en relació a situacions altament demandants, que esdevenen un repte per a elles. Aquest fet queda àmpliament representat a les entrevistes efectuades a l'entorn de simulació clínica:

A mi em serveix per aprendre això precisament. A treure ferro a les situacions complicades que potser no vivim cada dia a la unitat...a que no ens agafin tant en fred. El fet de poder-les entrenar va molt bé perquè no t'agafen tant en fred. Jo fa 3 anys que estic com a infermera. No he viscut tantes situacions crítiques, de manera que a mi em va bé poder-ho entrenar... SIM_3 (31:9)

³⁵ Es refereix al comandament intermig de la seva unitat habitual

Paral·lelament, les infermeres participants a les sessions de simulació identifiquen el potencial d'aquesta tècnica, juntament amb altres metodologies formatives, i les relacionen positivament amb la cohesió de l'equip i la presa de consciència sobre la rellevància de la seva tasca assistencial:

Jo crec que és important que ens formem i això inclou les sessions teòriques, però també són importants aquestes altres activitats per aprendre a treballar en equip, conèixer els companys i fer-nos valer en aquest aspecte. SIM_3 (31:18)

D'aquesta manera, agraeixen la oportunitat de poder participar en sessions de simulació, ja que ho atribueixen a la possibilitat de formar-se i millorar en el treball en equip:

Per mi que existeixin aquestes sessions és una oportunitat única que no tenen a tot arreu de poder-nos formar amb uns recursos extraordinaris i en equip. Està molt bé...per mi és el futur. SIM_6 (32:23)

Un dels factors que s'identifica respecte la importància de la formació de les infermeres i que s'interrelaciona amb la simulació clínica, és la identificació de la rellevància de participar a les sessions amb freqüència periòdica, ja que el fet de tenir experiència en aquestes activitats contribueix a la seguretat psicològica de les professionals:

[...] Crec que és una gran forma d'aprendre. Jo crec que si pogués ser, en faria més sovint. Casos diferents i anar rotant tots, perquè la veritat és que va molt bé i et vas formant cada vegada més. I aprens a treballar en equip, que això és super important. SIM_3 (31:23)

En referència a l'entorn assistencial estudiat, la formació d'infermeria es posa en valor i es relaciona amb la seguretat de les pròpies professionals. Són habituals les manifestacions relacionades amb la falta de formació rebuda sobre la utilització d'equips de protecció individual, i les conseqüències negatives que aquesta genera. Aquest fet fa que les infermeres posin de rellevància la importància de rebre formació prèvia als esdeveniments:

Tota la formació que vam rebre va ser perquè ens vam apuntar a una sessió que van fer la setmana abans. A l'àrea de medicina interna van fer una formació general i hi vam anar. A mi m'hagués anat bé tenir més formació.

Descobrir sobre la marxa el que has de fer és complicat. Si d'entrada ja coneixes la malaltia, els pacients, el que es fa... segur que m'hagués anat bé tenir més formació. C_1 (1:34)

Així mateix, especifiquen que durant el lapse temporal estudiat, la falta de formació es troba condicionada per les característiques de la situació. Tot i així, aporten en diverses ocasions que en altres contextos no ho considerarien de la mateixa manera:

Tenir formació m'hagués ajudat molt. Entenc que potser va ser difícil... i no entenc com no es va poder preveure, com no hi va haver consignes... si hi ha una previsió de que això ha de tornar a passar, estaria bé que la gent almenys tinguéssim un mínim... una mínima formació, un algo... que la gent tingui uns mínims. Hi ha coses que s'haurien de saber i practicar. I si no és fa així, és que alguna cosa no s'està fent bé. C_3 (3:21)

Finalment, en consonància amb la situació assistencial estudiada, les infermeres identifiquen aspectes rellevants respecte la formació prèvia que cal donar a futures infermeres, i especifiquen que aquesta no ha de recaure exclusivament en tècniques o coneixements, sinó en habilitats i actituds relacionades amb el fet de tenir cura de les persones de forma holística:

Crec que seria molt important que, ja des de la carrera, es comences a donar èmfasi a la professió que fem. Sempre es parla molt de tenir cura del pacient de forma holística, però crec que va molt més enllà de tot això. Sincerament, crec que s'hi passa per sobre... i com a estudiant tens ganes de fer tècniques. Però crec que és molt important interioritzar i no oblidar l'essència que ens caracteritza com a professió. Les tècniques estan molt bé. Saber posar una via està molt bé. Saber sondar, saber fer mil tècniques. Però la part més humana del cuidar....no s'ensenya en cap altra professió. Crec que s'hauria de remarcar en totes les assignatures C_5 (19:85)

En resum, les dades obtingudes permeten identificar que per les infermeres, la seva pròpia formació és important, tant a l'entorn assistencial, com a l'entorn de simulació. En aquest últim, les infermeres entenen la metodologia de simulació com una forma de practicar aquelles situacions complexes menys habituals, mentre que també entenen la metodologia com una forma de millorar el treball

en equip. En referència a l'entorn assistencial, s'identifica la falta de formació prèvia a l'arribada de la pandèmia. Tot i que les infermeres l'atribueixen a les característiques de la situació, evidencien la rellevància del fet de disposar de coneixements adequats, fet que interrelacionen amb la formació universitària, la seva pròpia seguretat, i la seguretat del pacient.

5.2 Manifestacions d'empoderament de les infermeres

Tal com queda descrit a l'anterior apartat, la present investigació ha permès identificar un seguit de factors que influencien l'empoderament de les infermeres. Aquests es troben vinculats a la percepció de seguretat relacionada amb l'entorn; al clima positiu que es genera dins l'equip; a les emocions; a la identificació d'aspectes clau i a la possibilitat de millorar com a professional.

Paral·lelament, a través de l'evidència obtinguda, s'ha pogut determinar un ventall de manifestacions d'empoderament d'aquestes professionals, que apareixen de forma conseqüent als factors prèviament identificats

Aquests manifestacions s'observen en entorns de simulació clínica, així com en entorns assistencials, i, de forma similar als factors que influencien l'empoderament, es vinculen a aspectes estructurals, psicològics i relacionals. Concretament, consisteixen en la introspecció i autoanàlisi; en la consciència de les infermeres sobre la importància de la seva pròpia professió; i en les verbalitzacions relatives a les percepcions positives que elles experimenten.

Així mateix, cal destacar que totes les manifestacions identificades s'interrelacionen entre elles i són interdependents. S'ha pogut determinar que el procés d'introspecció i autoanàlisi implica la consciència sobre la rellevància de la professió i fomenta també la verbalització de percepcions positives en relació al propi rol. D'aquesta manera, tot i ser exposades de forma diferenciada, cal entendre-les com un tot, tenint present el vincle existent entre elles, que en facilita la identificació.

5.2.1 Introspecció i autoanàlisi

Les dades obtingudes a la present investigació han permès identificar que, quan les infermeres es senten empoderades, efectuen un procés d'introspecció i autoanàlisi que les condueix a generar reflexions molt rellevants sobre la seva autoeficàcia, autonomia i autoconfiança.

Paral·lelament, és també a partir d'aquest procés d'introspecció i autoanàlisi que aquestes professionals aconseguen identificar aspectes de millora respecte la infermeria. Així doncs, tot i que fomenta la determinació d'aspectes negatius de forma inevitable, també propicia la identificació de molts aspectes positius que, posteriorment, i un cop s'ha dut a terme la reflexió pertinent, condueixen a percepcions positives.

D'aquesta manera, l'existència dels factors que influencien l'empoderament afavoreix l'aparició de processos de reflexió i autoanàlisi de les infermeres

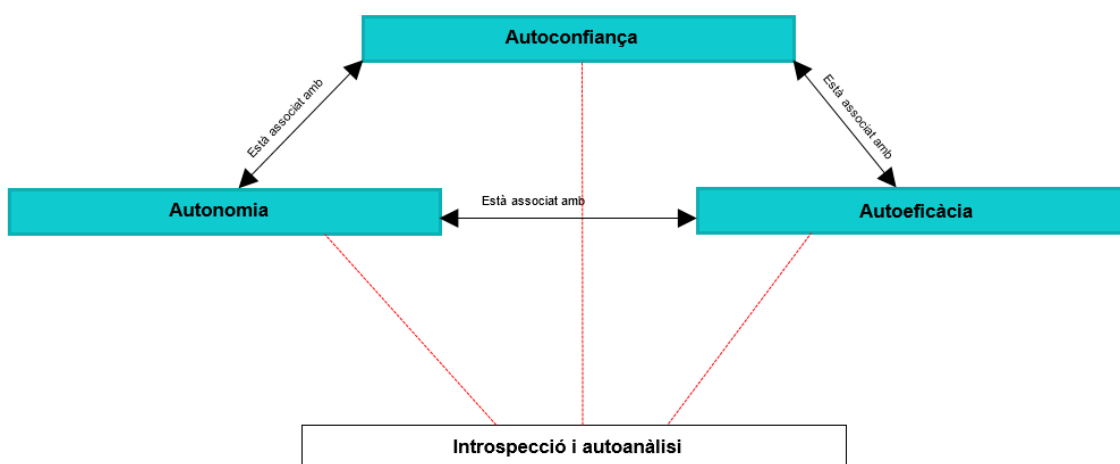


Figura 7. Mapa de relacions de l'agrupació Introspecció i autoanàlisi

sobre el seu propi rol, que manifesten el seu empoderament:

Autonomia

Aquest codi fa referència als aspectes relacionats amb l'autonomia de les infermeres, que s'identifiquen a partir del procés d'introspecció i autoanàlisi efectuat per aquestes professionals.

A les entrevistes pertinents en l'entorn de simulació, les infermeres tenen tendència a reivindicar la seva pròpia autonomia en el si de l'equip interdisciplinari, fet que sovint relacionen amb la comunicació i la coordinació existent dins d'aquest:

Penso que tenim autonomia en relació als nostres pacients. Quan veiem alguna cosa que no ens encaixa, sempre podem trucar, proposar una actuació i veure què en pensen...en principi sempre ho solen rebre bé. SIM_1 (5:37)

Aquest aspecte també s'evidencia a l'entorn assistencial, on s'interrelaciona l'autonomia amb la visibilitat i el reconeixement social de la professió:

Penso que ens ha donat molta visibilitat i reconeixement³⁶, tot i que encara falta molt... falta que la gent entengui del tot el que fa una infermera. Falta acabar d'entendre que allà on hi ha un metge hi ha un infermera. Perquè clar, està molt clar què fa un metge a la UCI, què fa un anestesista, què fa un pediatre, però també s'ha d'entendre el que fa una infermera respecte a cada especialitat. C_5 (19:9)

En aquest entorn, prenen rellevància les aportacions relacionades amb el criteri de les infermeres a l'hora d'influir en la presa de decisions respecte les persones ateses. Habitualment les infermeres identifiquen que, en el lapse temporal estudiat, el seu criteri és altament rellevant dins l'equip interdisciplinari. Paral·lelament, també existeixen manifestacions freqüents que fan referència a l'impacte de les decisions preses en l'estructura i funcionament de la unitat. Aquestes aportacions també impliquen manifestacions d'autonomia per part de les infermeres:

Hi ha moments, potser al principi... que clar no saps fins a quin punt, com a infermera.... potser ha sigut una de les equivocacions: pensar que no m'hi puc ficar, perquè és cosa del metge. De fet a dia d'avui penso que és un error. Poder dir-li a un metge, escolta, aquesta persona fa 6 hores que s'està ofegant, no vindrà d'un minut. Deixa que faci una trucada. O que envii un missatge...ara

³⁶ Fa referència a la consideració social de la infermeria durant la primera onada de la COVID-19

*ho penso i ho hagués fet diferent. Hagués demanat que ens esperéssim*³⁷. C_5 (19:68)

En resum, les aportacions relacionades amb l'autonomia esdevenen una manifestació d'empoderament de les infermeres, que s'observen en entorns de simulació i en entorns assistencials reals, i que s'assoleixen a través del procés d'introspecció i autoanàlisi. A l'entorn de simulació, es relacionen amb l'adequació entre el nivell d'expertesa, els coneixements de les infermeres i la tipologia de casos, així com amb la comunicació i coordinació de l'equip. A l'entorn assistencial, es relaciona amb les decisions preses per les infermeres i l'impacte d'aquestes en referència a la pacient i a l'entorn estructural.

Autoeficàcia

Aquest codi recull les aportacions que fan referència a l'autoeficàcia, que esdevé una percepció sovint identificada tant a les sessions de simulació clínica com a l'entorn assistencial.

En entorns de simulació, aquesta sorgeix arrel de la oportunitat de poder posar en pràctica coneixements, habilitats i actituds semblants als que les infermeres utilitzen en el seu dia a dia, juntament amb el fet de poder veure les repercussions i conseqüències de les accions. A més a més, conèixer la valoració que la resta de l'equip fa de la tasca desenvolupada per aquestes professionals contribueix a reforçar aquesta percepció:

I a més em va fer sentir útil, perquè vaig veure que tot i portar poc temps allà, podia i sabia fer moltes coses, i a més després l'equip les valorava i m'ho feien saber. SIM_1 (5:26)

De forma paral·lela al fet de proporcionar espais per a posar en pràctica coneixements, habilitats i actituds, i en consonància amb apreciacions realitzades prèviament al present estudi, les infermeres també identifiquen que la simulació clínica representa un espai on conèixer altres formes de treballar, de manera que proporciona recursos de millora per a elles, independentment del seu grau d'experiència i de la seva expertesa. El procés d'introspecció que

³⁷ Fa referència als moments previs a la intubació d'una pacient a la unitat, i al fet de donar temps perquè la persona es comunicés amb la família

efectuen les infermeres, i que els permet assolir aquest tipus de conclusions, implica l'increment de la seva percepció d'autoeficàcia:

I també va bé perquè tot i que de vegades et penses que no saps fer res, un cop veus -i sobretot parles- de com ha anat, t'adones de que, en realitat, tens capacitat per actuar en una situació greu. I això és molt gratificant com a infermera. I també va molt bé que els companys opinin sobre això, perquè et permet veure altres formes de treballar. SIM_3 (31:11)

Així mateix, les infermeres identifiquen que quan posseeixen els coneixements necessaris per donar resposta a les situacions plantejades a la sessió de simulació, la seva percepció d'autoeficàcia també augmenta. Contràriament, quan els coneixements són insuficients, la percepció d'autoeficàcia disminueix:

Vaig fer una simulació quan vaig començar a l'hospital, però portava com un any i em van ficar allà en un grup de crítics, quan jo no havia entrat ni a la UCI. Només feia cures intermitges i allà si que estava perdudíssima perquè no dominava el tipus de pacient ni sabia res. Allà no vaig poder fer gaire cosa. SIM_5 (29:3)

Pel que fa a l'entorn assistencial, un dels factors que contribueix a generar percepció d'autoeficàcia a les infermeres és el fet de poder observar i prendre consciència de les repercussions de les seves cures en les pacients:

Així que per una part em fa sentir estranya, però per altra m'he sentit bé, perquè he fet el que he pogut i ho he donat tot. He aportat el meu granet de sorra i penso que hi haurà persones que gràcies a que jo i els meus companys els hem estat cuidant durant 7 hores al torn, se'n sortiran. C_5 (19:67)

Les infermeres relacionen la seva pròpia falta d'autoeficàcia com a professionals amb la història de la professió a nivell global i amb el vincle establert culturalment amb el rol mèdic. Al mateix temps però, assumeixen que la situació estudiada representa un punt de partida important que pot implicar canvis en aquest aspecte:

Crec que tenim aquesta tendència ...que ens costa poc no valorar-nos tant com ens mereixem. Suposo que en part ve per com era la infermeria fa uns anys... en algunes ocasions encara tenim tendència a sentir-nos menys vàlides,

importants o necessàries que altres professions. Però això ja està començant a canviar, i el que ha succeït durant la pandèmia n'és una mostra. Jo penso que és molt important que això passi. C_5 (19:60)

En aquest sentit, les valoracions efectuades per part de l'equip mèdic cap a la tasca desenvolupada per les infermeres durant el lapse temporal estudiat, també són percebudes, per part d'aquestes professionals, com factors que contribueixen a la millora de la seva percepció d'autoeficàcia:

Abans ja ens valoraven, però ara potser un xic més, per tot l'esforç que hem fet i com ens hem espavilat. La majoria no en teníem ni idea i hem estat capaços de tirar una unitat de semicrítics endavant. C_6 (21:56)

Per últim, un altre dels factors que es relaciona amb la percepció d'autoeficàcia de les infermeres és la retroalimentació rebuda per part de les pacients i familiars. S'observa que el fet de rebre bones valoracions contribueix a la percepció d'autoeficàcia d'aquestes professionals:

Llavors clar, constantment que algú et doni les gràcies per la feina que fas, o gràcies per cuidar-me... feia pensar: ostres, potser sí que estem fent bé les coses. De fet sempre hem fet bé les coses, però mai ens ho hem cregut. Som una professió bastant....bueno, ens agrada fustigar-nos. C_5 (19:59)

Cal destacar, també, que algunes infermeres identifiquen que el fet de no poder proporcionar ajuda, inicialment, davant la situació d'emergència causada per la COVID, els generava percepció de falta d'autoeficàcia:

Jo tenia la sensació de ser poc útil, perquè clar... és això, veiem tothom anant molt passat, però nosaltres estàvem en un lloc molt tranquil³⁸... Per una part em sentia molt agraït per això, però per altra banda em sentia poc útil en relació a companys de professió que ho estan passant malament i allà donant-ho tot. I tu estàs allà, com en una bombolla, que vas fent feineta però penses bueno... potser podria ser útil fent el que fos i ajudant els companys. Crec que les infermeres som així...no sé si és vocació o solidaritat ,però en aquell moment necessitava fer-ho. I com jo, penso que molta gent pensava el mateix C_5 (19:10)

³⁸ Es refereix al període previ a la obertura de la unitat d'estudi

En resum, les verbalitzacions relacionades amb l'autoeficàcia són manifestacions d'empoderament de les infermeres. Aquestes apareixen en entorns de simulació clínica, on es relacionen amb la oportunitat d'aprendre i posar en pràctica coneixements, habilitats i actituds, així com al fet de conèixer la valoració d'altres membres de l'equip. A més, també apareixen a l'entorn assistencial, on les infermeres poden veure les conseqüències de les seves accions i prenen consciència del seu potencial.

Autoconfiança

Aquest codi fa referència a aquelles aportacions efectuades per les infermeres relacionades amb la seva autoconfiança. Aquestes sorgeixen a partir de l'esmentat procés d'introspecció i autoanàlisi, i representen manifestacions d'empoderament d'aquestes professionals.

A través de la observació no participant, així com al llarg de les entrevistes semiestructurades, s'ha pogut constatar que la simulació clínica proporciona espais on les infermeres poden posar a prova la realització d'accions en les quals encara no tenen expertesa, fet que contribueix a adquirir autoconfiança:

Crec que la simulació pot ajudar a que ens tirem més a la piscina i que siguem una mica més actives del que som a vegades. És el que et deia abans, pot fer que ens oblidem de fer només les proves i tècniques que ens demanen i que assumim altres papers en una situació crítica. SIM_6 (32:16)

Les dades obtingudes denoten que el fet de conèixer la visió i opinió de la resta de l'equip reforça les accions i pensaments desenvolupats per les infermeres en els escenaris de simulació i, conseqüentment, contribueix a la percepció d'autoconfiança que tenen cap a elles mateixes. Paral·lelament, s'ha pogut observar que aquest fet es troba altament relacionat amb la possibilitat d'aprendre de l'error, implícita en la simulació clínica:

A mi em dóna confiança sobre el que he pensat i he fet, i al mateix temps t'ajuda a reflexionar quan veus que alguna cosa no ha sortit bé. És com que et dona una oportunitat prèvia a la que serà la vida real. A mi em sembla que em dona una molt bona eina per properes vegades, perquè també dóna per pensar en altres opcions perquè les coses surtin bé. SIM_2 (30:12)

Pel que fa a l'entorn assistencial, s'observa que el fet de poder veure les conseqüències finals de les accions desenvolupades per les infermeres i que aquestes siguin positives, contribueix favorablement a generar autoconfiança:

Mai de la vida m'hagués imaginat tirant endavant una unitat de semis amb gent que no sabia res de semicrítics. Si m'ho haguessin dit temps enrere, hauria rigut...Penso que somos unos apañados, realment. Que a vegades no pensem realment en tot el que podem arribar a fer. Que a vegades ens infravalorem, individualment i sobretot com a infermeres. I no és així. Tenemos mucho por dar. C_6 (21:57)

En resum, les dades obtingudes en referència al procés d'introspecció i autoanàlisi que porten a terme les infermeres en entorns de simulació clínica i a la realitat assistencial estudiada, demostren la rellevància de l'autoconfiança com a manifestació d'empoderament de les infermeres, fet que es relaciona amb la possibilitat de posar en pràctica coneixements, habilitats i actituds, així com amb la possibilitat de veure les conseqüències de les accions desenvolupades per les infermeres i a conèixer la valoració que en realitza la resta de l'equip.

5.2.2 Consciència de l'impacte

L'evidència obtinguda ha permès identificar que les verbalitzacions de les infermeres sobre el procés de presa de consciència de l'impacte que elles mateixes generen, són manifestacions d'empoderament d'aquestes professionals. D'aquesta manera, el procés implica reflexions sobre el potencial implícit en el fet de cuidar, en relació a la rellevància de les activitats desenvolupades per les infermeres, i sobre actituds concretes d'aquestes professionals, com la predisposició i la capacitat d'adaptació.

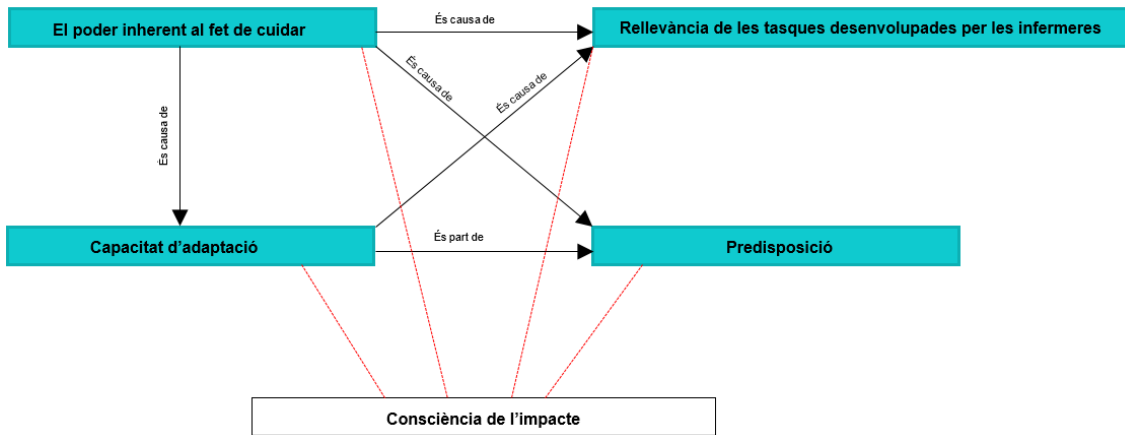


Figura 8. Mapa de relacions de l'agrupació *Consciència de l'impacte*

Rellevància de les tasques desenvolupades per les infermeres

Aquest codi fa referència a totes aquelles situacions on les infermeres destaquen la rellevància de les tasques desenvolupades per elles mateixes, fet que esdevé una manifestació d'empoderament d'aquestes professionals.

A través de la observació no participant a l'entorn de simulació, s'ha pogut constatar que, sovint, gran part de les accions que tenen lloc en aquest corresponen a infermeria, fet que posa en evidència la rellevància de les tasques desenvolupades per aquestes professionals. Per aquest motiu, s'ha observat que aquest espai dins la sessió constitueix un moment important on les infermeres prenen consciència d'aquest fet:

Dins el cas em vaig sentir molt necessària...bueno, no només jo eh, era necessària la feina que feien totes les companyes...si no el pacient no hagués pas tirat endavant. SIM_6 (32:10)

Així doncs, al llarg de les sessions de simulació és habitual que els facultatius dediquin gran part de les converses a reforçar verbalment la importància de les tasques realitzades per les infermeres:

P3: Creo que hay varias cosas en que no había caído. Por ejemplo, para mi esto ha sido ver la importancia de una enfermera..., pues igual que en la via aérea hay un pediatra, pues una enfermera con el paciente, y esto es algo que no se me va a olvidar y que igual hasta ahora no era para mi tan prioritario. Db_D (11:4)

També són habituals les converses on les infermeres realitzen reforç sobre la importància del seu propi rol:

És una feina super vocacional; ha d'agradar molt; exigeix formació... S'han de millorar moltes coses, i ja no només parlo econòmicament, sinó a nivell de condicions. S'han millorat moltes coses però encara queda molt per fer. Hi ha moltes coses que tenim criteri per assumir i ens estan vetades, com la prescripció infermera, per exemple. SIM_1 (5:35)

Així mateix, els escenaris de simulació permeten evocar situacions de la realitat on la infermera és conscient que s'està posant en valor el seu rol:

A l'altre lloc on vaig treballar, el metge i la infermera anaven separats, aquí no. Ni doctor tal ni doctor qual, aquí tothom té el seu nom. Entren al box i pregunten. Sempre ho diuen: tu ets la infermera d'aquest pacient, ets la principal cuidadora...ells ho diuen, només que tu diguis " a aquest nen no sé què li passa..." ja et fan cas. A mi el que m'agrada és això. SIM_1 (5:31)

A l'entorn assistencial, la presa de consciència de la rellevància de les tasques desenvolupades per les infermeres es vincula directament a percepcions d'autoeficàcia. S'ha observat que aquestes professionals manifesten, en múltiples ocasions, que les decisions preses per elles mateixes durant el lapse temporal estudiat en relació a les pacients, però, sobretot, en relació al funcionament i organització de la unitat, esdevenen imprescindibles. Així doncs, refereixen que les seves accions causen impacte, motiu pel qual es tenen molt més en consideració que en altres contextos assistencial quotidians. Conseqüentment, és habitual que el bon funcionament de la unitat estudiada es vinculi al lideratge de les infermeres i a la capacitat organitzativa que mostren aquestes professionals:

Crec que ha funcionat molt bé pel lideratge de les infermeres, que hem tret caràcter. Pels metges també. Llavors, algun comandament intermig en especial, que ha sigut qui ha tibat més del carro. Però està clar que hi ha una part d'organització que sorgeix de dins l'equip, des del primer moment d'obertura. La creació d'un grup de WhatsApp, estàvem pendants de protocols, de l'evolució de les necessitats del tipus de pacient atesos...crec que això ha sigut arrel del lideratge de les infermeres. C_5 (19:35)

Les dades també demostren que, a l'entorn assistencial estudiat, les infermeres estan en constant interacció i observació de les pacients, fet que les converteix en principals coneixedores de l'estat d'aquests. D'aquesta manera, durant el període estudiat, les professionals entrevistades identifiquen que la seva opinió clínica envers la pacient és molt valorada:

*Jo donava la meva opinió: potser us hauríeu de mirar aquests dos, o potser primer aquest altre... i fins i tot hi havia algun dia que pujaven de la UCI corrent...ràpid ràpid, hem d'intubar a aquest, i el senyor havia millorat recentment i ja no calia intubar-lo.. I llavors ho deies i et feien cas. Nosaltres estàvem allà tota l'estona i ells no.*³⁹ C_7 (22:19)

A més, s'evidencia que aquest fet fomenta la seva presa de consciència sobre la pròpia responsabilitat respecte tasques poc habituals, fet que contribueix a incrementar la consciència sobre la rellevància del propi rol:

A la nit els companys i companyes de la UCI venien a fer una ronda. Hi havia dies que em preguntaven a mi... quants en veus per tubo... i clar, això no em tocava a mi. Això són ells, que ho han de parlar entre ells. Però clar, es trobaven que el metge que hi havia de guardià igual era un cardiòleg, que no està acostumat a veure habitualment pacients de crític... i això només és un exemple. Hi va haver moltes situacions així. I en part és reconfortant, et sents valorat per part dels metges i això et fa sentir molt útil i valorat com a infermer: estan confiant en tu. C_7 (22:58)

En resum, l'evidència obtinguda ha permès identificar que en entorns de simulació clínica, així com a la realitat assistencial, les infermeres efectuen verbalitzacions relacionades amb el procés de presa de consciència sobre la rellevància del seu propi rol, fet que esdevé una manifestació d'empoderament. S'ha observat que a l'entorn de simulació, aquestes verbalitzacions es relacionen amb el reforç verbal existent entre professionals, mentre que en ocasions és la pròpia infermera que realitza reflexions profundes sobre la seva pròpia tasca. En relació a l'entorn assistencial, la possibilitat de veure les repercussions de les decisions preses per les infermeres contribueix a la consciència d'aquestes professionals sobre la rellevància de les tasques que

³⁹ Es refereix a l'equip de la Unitat de Cures Intensives, que acudia a la unitat d'estudi periòdicament a valorar la gravetat de les pacients i les cures que precisaven

desenvolupen, fet que també afavoreix que aquestes professionals assumeixin noves responsabilitats.

El poder inherent al fet de cuidar

Aquest codi recull les aportacions de les infermeres en relació al poder implícit en la tasca de cuidar, les quals representen manifestacions d'empoderament d'aquestes professionals. Cal destacar però, que les reflexions sobre el cuidar s'evidencien únicament a l'entorn assistencial estudiat.

Les infermeres identifiquen que el fet de cuidar augmenta la seva satisfacció i percepció d'autoeficàcia, mentre que també contribueix a la consciència sobre l'impacte i necessitat de les seves cures. Així, a través de la present investigació, s'ha pogut observar que la relació d'ajuda que s'estableix entre el pacient, el seu entorn i les infermeres, contribueix a la presa de consciència d'aquestes professionals sobre l'impacte que generen. Així mateix, poder veure les conseqüències de les cures proporcionades a les persones representa una forma de que la consciència sobre les pròpies capacitats arrela en les infermeres:

Jo potser vaig agafar ja la part final de la pandèmia... jo vaig trobar un servei bastant organitzat, però em vaig trobar la tornada d'aquests pacients, i necessitaven que els cuidessis molt... moure'ls, curar les traquees, les nassos, les sondes... dins del que jo sé, vaig intentar cuidar-los el millor possible, i això em va sentir molt bé. Haver-los pogut ajudar així em fa sentir molt realitzada com a infermera, em vaig sentir molt bé i molt capaç. Tot i la gravetat del malalt recordo aquells dies fent algo que m'omplia... i sabia greu pels pacientsse'ns va morir algun malalt... i es morien sols... feien patir....s'ofegaven.. passaven hores i hores.. tornaves i encara eren allà. Et feien patir molt. Però ara hi penso i van ser uns dies estranys però no els recordo gens malament.
C_8 (23:71)

En el context assistencial estudiat, existeix una característica concreta diferent al context de normalitat, que consisteix en la solitud i l'aïllament dels les persones ateses. Aquest factor resulta impactant per a les infermeres, que esdevenen cuidadores úniques d'aquestes:

Dins del meu coneixement, he pogut ajudar a les persones; he pogut conèixer un tipus de pacient desconegut, amb companys diferents amb qui no havia treballar mai; he vist que la gent treballa molt bé... i sobretot, sobretot, he pogut donar el que jo sé i cuidar aquells malalts que estaven sols, moltes vegades desesperats, igual que les seves famílies des de casa. Haver-los pogut ajudar i cuidar, a mi m'ha omplert i realitzat molt. C_8 (23:70)

Emocions com la por, la tristesa i fins i tot la desesperació són freqüents en les persones ateses a la unitat. Davant d'aquesta situació, la relació de cuidar que les infermeres estableixen esdevé única, pura i holística, de manera que moltes professionals la defineixen com una forma de cuidar que les satisfà i enorgulleix:

Ostres, jo crec que el tracte, la calidesa... ens vam avenir i crec que vam compartir una manera de pensar i de tractar el pacient molt semblant. No sé... jo això de passar a primera hora de la nit, acostar-te al malalt i presentar-te... Sóc la infermera de la nit, si necessites qualsevol cosa... i això ho feia jo; ho feien les altres infermeres; ho feia l'auxiliar i, no sé...jo em vaig sentir super còmode. Jo crec que aquesta coincidència en la manera de cuidar va ser el que va fer que tots anéssim seguint. C_3 (3:73)

Així doncs, la relació de cura que les infermeres estableixen amb les pacients contribueix a la presa de consciència de les infermeres sobre les seves pròpies capacitats:

A mi, és que això m'agrada i a més, m'omple. I poder-ho tornar a fer, tornar a cuidar, que ja ho faig també en el dia a dia, però no d'aquesta manera ni d'aquesta magnitud. Almenys aquesta tasca t'omple. C_2 (2:54)

Paral·lelament, les professionals també identifiquen que aquesta forma de cuidar ja s'aplica de forma anterior a la situació estudiada, fet que defineixen com quelcom que dóna identitat a la professió:

Jo crec que, després de tot, vinc d'una infermeria molt concreta... és una infermeria que cuidava molt bé, i reconec que havia treballat amb gent que treballava molt bé. Havia treballat amb auxiliars brutals, cuidàvem molt bé a la gent... i el fet d'estar a hospital de dia de semicrítics, he recuperat moltes coses. Però no crec que hagi fet res diferent al que ja feia... jo ja ho feia bé,

cuidava molt bé. Sona cregut, però n'estic convençuda. Vinc d'una manera de treballar, centrada en cuidar molt al malalt, a estar per ell...d'estar infermera i auxiliar juntes... i ara no crec que hagi canviat. C_8 (23:38)

Les infermeres també fan referència a la importància de tractar com cuidar des de la formació de grau universitari, fet que descriuen com el pilar fonamental de la professió, que cal promocionar i reforçar:

Jo no vaig estudiar com cuidar, però és el que et deia, surt sol. No sé com ni perquè, però ens surt sol. Jo suposo que qui enfoca la seva carrera professional vers aquest tipus de professions... ha de ser d'una manera que... és que ja et surt. I a més, tampoc sé com podríem ensenyar això. No sé...és algo com abstracte... són coses molt difícils d'aprendre... però que s'haurien de treballar. C_2 (2:67)

En resum, les aportacions de les infermeres relacionades amb el potencial implícit en el fet de proporcionar cures infermeres esdevenen manifestacions d'empoderament d'aquestes professionals, que posen en valor el vincle relacional establert entre elles, el pacient, la família i l'entorn, i l'identifiquen com quelcom únic i característic de la professió.

Predisposició

Aquest codi fa referència a les aportacions de les infermeres relacionades amb la seva predisposició, que representen manifestacions del seu empoderament i sorgeixen arrel de la presa de consciència d'aquestes professionals sobre l'impacte que generen.

Cal destacar que, de forma similar a les conseqüències del cuidar, aquest factor es posa de manifest únicament en la segona fase de recollida de dades, és a dir, a les dades procedents de l'entorn assistencial.

L'evidència obtinguda demostra que, malgrat la por existent i l'estrès generat per la situació extremament canviant, les infermeres mostren alta predisposició a seguir proporcionant cures infermeres a les pacients afectades. En general, les pròpies professionals relacionen aquest factor amb l'existència de cert deure moral inherent a la infermeria, que les portar a actuar d'aquesta forma:

Jo crec que ens hem pogut adaptar, penso, bàsicament per la capacitat que tenim... és el que et deia abans. Jo crec que hem de ser d'una manera els professionals sanitaris que fa que vivim les situacions que vivim, perquè aquesta situació es molt extrema, però també en vivim en el nostre dia a dia de feina, i t'adaptes... suposo que tenim un caràcter que fa que ens adaptem molt fàcilment a les coses. C_2 (2:28)

Així mateix, identifiquen també que el fet de no poder formar part de la situació hagués generat en elles percepció de frustració, de manera que, en algunes ocasions s'especifica que tot i la duresa dels successos i les greus conseqüències físiques, emocionals i psicològiques que se'n deriven, les infermeres necessiten seguir cuidant les pacients afectades de COVID-19. Tant és així que, sovint, tot i no ser expertes en les possibles cures que requereix les persones infectades per COVID, sol·liciten la possibilitat de desenvolupar la seva tasca assistencial amb aquest tipus de pacients, abans que la institució els hi demani:

De fet, jo ja m'havia ofert a la meva supervisora per si em necessitava per atendre malalts COVID o malalts no COVID, fora de la meva unitat. Però clar, la meva feina no era tant assistencial. De fet, la meva feina és mes de gestió, per tant jo ja tenia la lleu sospita, tal com anaven les coses, de que en algun moment o altre hauria de fer purament assistència, així que jo ja m'havia ofert. I de fet, quan em van cridar, vaig pensar que era el que tocava. De fet, jo crec que hi ha algo que portem dins el personal sanitari que ens fa ser una mica així. Quan surten coses així, penses que és el teu deure i ho fas amb ganes i convençut. C_2 (2:2)

Així doncs, tot i la duresa i extremisme del lapse temporal estudiat, aquestes professionals demostren i verbalitzen predisposició a seguir desenvolupant la seva tasca assistencial, malgrat la por al propi contagi o dels ésser pròxims, juntament amb l'escassetat important de recursos materials i, per tant, també de material de protecció:

Jo, a nivell de grup, ja ho vaig comentar. Penso que en el fons et dediques a la infermeria, sobretot a la infermeria hospitalària, no sé en altres especialitats si també passa... però les infermeres assistencials, ens sentim molt bé amb l'assistència, i quan hi ha molta gent que necessita coses i poca gent per

prestar-les, doncs això ve de rebot. Jo no he cregut mai massa en la vocació, però sí que crec en l'interès per les persones, per les cures i per l'ajuda als altres. C_1 (1:53)

En resum, la predisposició demostrada per les infermeres al context assistencial estudiat esdevé una important manifestació d'empoderament del col·lectiu, que tot i l'extremisme de la situació, el desconeixement i la por al contagi, demostren voluntat de proporcionar cures de qualitat a les pacients afectades.

Capacitat d'adaptació

Aquest codi fa referència a aquelles aportacions efectuades per les infermeres a l'entorn assistencial estudiat que fan evident una alta capacitat d'adaptació d'aquestes professionals en relació als reptes establerts pel context. Al seu torn, aquestes aportacions s'identifiquen com a manifestacions d'empoderament de les professionals.

En el lapse temporal estudiat, les infermeres demostren una alta capacitat d'adaptació a les situacions constantment canviants, a causa de la falta de recursos materials i humans, juntament amb les característiques de les pacients ateses, que van canviant al llarg de la primera onada. Cal destacar que inicialment s'atenen pacients en situació de gravetat i, a mesura que va evolucionant la situació de pandèmia, es procedeix a atendre pacients amb necessitats més cròniques, que requereixen alt volum de cures infermeres:

Jo penso que els metges tenen una molt bona visió de l'equip que s'ha format. Ens hem adaptat moltíssim a les circumstàncies, no gens fàcils, en una situació no gens fàcil, en una unitat nova no preparada per malalt crític i amb un equip creat de nou. C_7 (22:23)

Així doncs, les professionals necessiten adaptar-se a tots aquests canvis, i demostren altes habilitats per fer-ho, tot i l'estrès i les percepcions d'impotència derivades de la situació. En aquest sentit, verbalitzen que veure en la seva pròpia pell els seus propis assoliments, i fins a quin punt poden desenvolupar accions per a adaptar-se a la situació, fa que augmenti considerablement la confiança en les seves capacitats.

El que passa és que jo, del que he quedat sorpresa, és de la capacitat de readaptació que tenim vers els canvis de tot. De canvis de llocs de treball, de tipus de pacient, capacitat d'organització i d'estar al peu del canó, conjuntament amb els metges eh, perquè és evident que això és tot un equip... però a mi m'ha sorprès la valentia i la disposició C_3 (3:18)

En resum, la capacitat d'adaptació de les infermeres és una manifestació d'empoderament d'aquestes professionals que es reflecteix en l'impacte que generen les iniciatives promogudes per elles durant el lapse temporal estudiat, les quals generen un augment d'autoconfiança per a aquestes professionals.

5.2.3 Percepcions positives

A través de les dades obtingudes, s'ha pogut detectar que la verbalització de percepcions positives, per part de les infermeres, respecte la seva professió i la seva pròpia forma de desenvolupar-la, representa una forma de manifestar empoderament per part d'aquestes professionals. Aquestes percepcions, que cada infermera manifesta d'una forma diferent, es vinculen a la seva pròpia vivència respecte l'entorn i a la forma de relacionar-se entre elles i altres professionals.

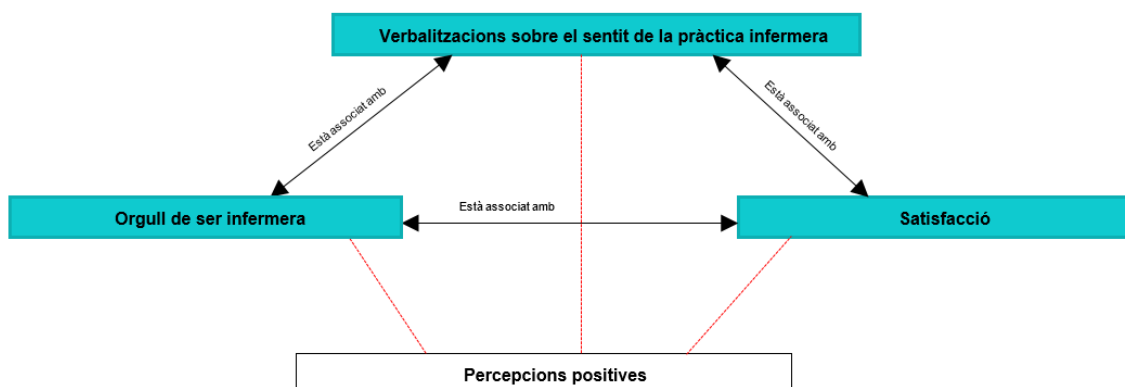


Figura 9. Mapa de relacions de l'agrupació *Percepcions positives*

Satisfacció

Aquest codi fa referència a totes aquelles aportacions de les infermeres on expressen la seva satisfacció en relació al seu rol professional, fet que esdevé una manifestació d'empoderament.

El principal factor identificat a les sessions de simulació que condueix les infermeres a expressar satisfacció, s'interrelaciona amb la percepció d'autoeficàcia. En aquest sentit, també fa referència al fet de poder posar en pràctica coneixements, habilitats i actituds, i veure que n'obtenen bons resultats:

Òbviament, em sentia una mica descol·locada, perquè sabia que d'allà era la que portava menys temps treballant i hi havia gent molt experta. Però també penso que has de saber quan t'has d'apartar i deixar pas. Llavors em vaig sentir bé, de fet m'ho vaig passar molt bé. I em va servir molt per veure com s'actua davant una situació de crisi, perquè això a cada lloc es fa d'una manera diferent. Ara ja conec el protocol del meu centre i el dia que passi, doncs sé que algú estarà escrivint, algú a la medicació... SIM_1 (5:17)

Pel que fa al context assistencial, les infermeres vinculen la satisfacció al fet de sentir-se realitzades amb la seva activitat laboral, desenvolupant les seves tasques habituals, tot i l'extremisme i el risc de la situació estudiada. Aquest fet contribueix a proporcionar sentit a la seva feina:

Entrar per la porta i sentir-me molt bé treballant. Això per mi ha estat molt satisfactori. Venir a treballar no em costava. Trobava molt sentit a tot plegat, malgrat no saber-ne i malgrat el caos general. Per mi ha estat un plaer venir, i ha estat fàcil. C_1 (1:29)

A més, a l'entorn assistencial, i de forma similar al que succeeix a les sessions de simulació, les expressions relacionades amb la satisfacció sorgeixen arrel de l'aprenentatge esdevingut:

Ha sigut una experiència vital molt bèstia. Hem après molt i hem pogut col·laborar amb la situació i ajudar. Jo estic satisfeta, i com a infermera em sento molt bé després de tot. C_8 (23:80)

Així mateix, les entrevistes semiestructurades efectuades durant la segona fase de la investigació també han permès detectar el vincle que estableixen les infermeres entre la seva satisfacció i la predisposició que elles mateixes demostren:

Pel que fa al treball en equip, sobretot a nivell d'infermeria, pediatria, consultes externes, ambulatori... ostres em trec el barret, perquè la predisposició de la gent ha estat tant gran que no podia anar malament de cap manera. Potser és la situació més dura que hem viscut mai, però em quedo amb la part positiva, que és l'equipàs que vam coincidir. C_7 (22:67)

Per últim, el fet de veure la bona evolució de les pacients, també contribueix a generar satisfacció entre les infermeres:

Jo estic contenta. Perquè la feina i l'esforç que hem fet entre tots ha valgut la pena. Alguns pacients ens han deixat, però molts d'altres han pogut continuar. I cada cop que vèiem un pacient ser alta pensava : pues tan mal no lo hacemos, no? [riu]. C_6 (21:60)

En resum, les dades obtingudes permeten identificar que, tant a l'entorn de simulació clínica, com a la realitat assistencial estudiada, apareixen verbalitzacions de les infermeres que demostren la satisfacció d'aquestes professionals. A l'entorn de simulació, aquestes es vinculen a la percepció d'autoeficàcia, mentre que a la realitat assistencial estudiada, es relacionen amb el fet de veure les conseqüències de les accions, amb la predisposició, i amb l'aprenentatge assolit per part de les infermeres.

Orgull

Aquest codi recull les aportacions de les infermeres relacionades amb el seu sentiment d'orgull en relació a la naturalesa de la seva professió i a les cures que proporcionen. Cal destacar que aquestes verbalitzacions es produeixen a l'entorn assistencial però, no s'identifiquen a l'entorn de simulació.

En aquest sentit, l'orgull que perceben les infermeres respecte la seva professió prové de la presa de consciència sobre la qualitat de les cures proporcionades al pacient:

Ja et dic... no només em va sorprendre el treball en equip, sinó que també em va sorprendre la forma de treballar de la gent vers el pacient. Jo aquesta calidesa de demanar al pacient el nom... Joan sóc la Maria,⁴⁰ sóc la infermera de nit... [...] hi ha coses d'aquestes que feia molt temps que no les veia. C_4 (12:25)

Un altre dels motius que afavoreix l'expressió d'orgull per part de les infermeres és l'ambient de treball creat, juntament amb l'impacte de les seves decisions en el funcionament de la unitat:

Amb molta empatia entre tots, tenir molt present que no és un tipus d'unitat establerta, sinó que va créixer del no res i la vam fer créixer entre tots. Molta solidaritat, molta companyonia, i molta empatia.... i tot això ha fet que fos tot un èxit! C_8 (23:75)

Així mateix s'observa que les expressions d'orgull també apareixen quan es realitza la comparació amb altres serveis assistencials i professions:

De fet, a mi no em deixa de semblar brutal que en un servei creat de zero amb gent procedent de tot arreu, haguem estat capaços d'arribar a aquesta anticipació i organització. Estem fets d'una altra pasta. Llavors ho veus en altres disciplines, i entens que altra gent no té aquesta visió sobre organització i manera de treballar. C_3 (3:25)

En resum, les infermeres expressen orgull en relació al seu rol professional a l'entorn assistencial, fet que esdevé una manifestació d'empoderament d'aquestes professionals. Aquest aspecte es relaciona amb l'ambient de treball dins l'equip interdisciplinari, i amb la presa de consciència sobre la rellevància de les tasques que desenvolupen.

Verbalitzacions sobre el sentit de la pràctica infermera

Aquest codi recull les verbalitzacions de les infermeres sobre el sentit que perceben respecte la seva feina, que s'identifiquen com a manifestacions d'empoderament d'aquestes professionals.

⁴⁰ Noms fictici per mantenir l'anonimat dels participants i pacients

A les sessions de simulació, la tendència de les infermeres a realitzar verbalitzacions sobre el sentit de la pràctica no és tant rellevant com ho és en el context assistencial. Tot i així, ocasions concretes, la conversa reflexiva dóna lloc a aportacions relacionades a aquest aspecte. Freqüentment, sorgeixen per part de les pròpies infermeres:

A mí este caso me ha ayudado mucho a ver cómo de importante es que haya una enfermera con el niño. Porqué en este caso muchas cosas han pasado porque no estaba esa figura. Creo que esto me ha quedado grabado para toda la vida. Db_D (11:38)

A l'entorn assistencial també apareixen manifestacions vinculades al sentit de la pràctica percebut per aquestes professionals. Tot i la duresa de la situació i la imminència del seu inici, les infermeres identifiquen la importància de formar part del context assistencial estudiat:

En cap moment vaig pensar que no hi volia anar. Pensava que faltava personal; faltava gent; falta ajuda... jo només vaig pensar: endavant. Cal que hi vagis, toca que hi vagis C_6 (21:10)

Paral·lelament, són múltiples les situacions on refereixen que, en cas de necessitat, voldrien tornar a formar part de la unitat estudiada. Sovint manifesten que els motius que les portarien a prendre aquesta decisió no anirien relacionats amb les seves obligacions dins de la institució, sinó que ho farien per les sensacions experimentades desenvolupant la seva professió en aquell context:

De fet, la prova és que si a mi em diguessin per tornar, jo tornaria. No tornaria per la institució, tornaria perquè crec que és el meu deure, i perquè a més m'hi vaig sentir bé. C_3 (3:17)

En resum, les dades obtingudes a l'entorn assistencial i a l'entorn de simulació permeten determinar que les verbalitzacions de les infermeres sobre el sentit de les cures que proporcionen esdevenen manifestacions d'empoderament d'aquestes professionals.

CAPÍTOL 6: DISCUSSIÓ FINAL

“Power reaches into the very grain of individuals. Touches their bodies and inserts itself into their actions and attitudes, their discourses, learning processes and everyday lives”

Michel Foucault

La present investigació s'ha fonamentat en l'anàlisi de l'empoderament de les infermeres partint de la visió i experiències viscudes per les pròpies professionals en dos contextos diferenciats: les sessions de simulació clínica i l'entorn assistencial durant l'arribada de la primera onada de la COVID-19.

Estudiar l'empoderament de les infermeres a l'entorn de simulació, ha suposat l'oportunitat d'explorar-lo en un context ideat explícitament per a fomentar l'avanç i la millora contínua dels professionals de la salut. D'aquesta manera, s'ha observat que la simulació esdevé una metodologia fonamentada en l'experiència, l'impacte emocional i les reflexions que se'n deriven; al mateix temps, permet la interacció en equips interdisciplinaris, així com el reflex de l'estructura organitzacional de forma segura i controlada. Per tant, la present investigació ha permès la identificació d'aspectes fonamentals i claus de la conjunció entre la simulació i l'empoderament estructural, psicològic i relacional de les infermeres, fet que representa una via idònia per expandir el coneixement existent sobre els dos conceptes.

Seguidament, l'estudi ha permès explorar l'empoderament en un altre entorn infreqüent i màximament excepcional, com resulta la realitat assistencial durant l'arribada de la pandèmia de la COVID-19. Aquest fet ha representat l'oportunitat d'indagar sobre el constructe d'empoderament en un context de realitat que reuneix unes característiques molt específiques i poc habituals, en comparació amb el context assistencial en situació de normalitat. Concretament, es tracta d'un lapse temporal on les institucions veuen altament afectada la seva estabilitat, així com el seu funcionament. D'aquesta manera, les modificacions en l'organització, condicionades sovint per la urgència de la situació, per la improvisació i per la falta de recursos, impliquen la pèrdua de protagonisme d'aspectes que es vinculen a l'empoderament estructural de les infermeres. Tanmateix, les reaccions, percepcions i emocions vinculades a les vivències i experiències derivades de la situació, així com la intensitat dels vincles establerts entre l'equip i amb les pacients durant el període d'estudi, posen de manifest l'aflorament d'aspectes estretament vinculats a l'empoderament psicològic i relacional de les infermeres.

A més, la situació provoca que, malauradament, les pacients i les professionals sanitàries esdevinguin les principals protagonistes d'una situació sanitària extrema, dificultosa i amenaçant a nivell mundial. En ella, les infermeres s'impregnen de predisposició i demostren capacitat d'adaptació, assumint un rol que és identificat a nivell social com a vital i indispensable pel benestar de les pacients, així com pel funcionament de les institucions sanitàries. Tots aquests aspectes influeixen, inevitablement, en l'empoderament d'aquestes professionals.

Així doncs, observar aquest constructe en les condicions descrites permet entreveure de quina manera els diferents elements influeixen en l'empoderament de les infermeres, així com determinar manifestacions concretes d'aquest tot i l'extremisme de la situació. Així doncs, l'evidència obtinguda és una manera de delimitar l'essència del constructe i identificar de forma específica aquells aspectes primaris i fonamentals que hi generen influència, i que es relacionen estretament amb les característiques específiques del rol del col·lectiu infermer; tant aquelles que constitueixen el seu rol autònom, com les que condicionen la seva intervenció de forma col·laboradora, dins els equips interdisciplinaris. Així mateix, considerem que haver-les pogut observar possibilita l'extrapolació i generalització de les conclusions extretes a altres situacions, contribuint també així a l'empoderament d'aquestes professionals.

En aquest apartat, i amb la voluntat de contrastar l'evidència obtinguda a l'estudi, es realitza una comparació d'aquesta amb la literatura existent provinent de contexts i situacions similars. La comparativa permet discernir com, partint de l'excepcionalitat dels entorns i situacions estudiades, aquesta investigació contribueix a expandir els coneixements existents respecte la metodologia de la simulació clínica, així com en referència a l'empoderament de les infermeres a l'entorn assistencial.

Manifestacions d'empoderament de les infermeres a l'entorn assistencial estudiat i a l'entorn de simulació clínica

Les dades obtingudes a la present investigació han permès identificar un seguit de pensaments, actituds i verbalitzacions pròpies de les infermeres que denoten el seu propi empoderament. Aquest fet dóna resposta a l'objectiu general d'aquesta investigació, consistent en determinar la forma mitjançant la qual l'empoderament de les infermeres es manifesta a l'entorn assistencial estudiat, així com a l'entorn de simulació.

Introspecció i autoanàlisi

En primer lloc, i de forma general als dos entorns estudiats, s'ha identificat l'existència d'un procés d'introspecció i autoanàlisi que realitzen les infermeres quan es senten empoderades, i que les condueix a manifestar aspectes importants en relació a la seva autoeficàcia, autonomia i autoconfiança. Així mateix, afavoreix les reflexions sobre l'essència de les cures que proporcionen i els trets que caracteritzen la professió, com la predisposició i la capacitat d'adaptació. Sovint, les infermeres no són conscients de la realització d'aquest procés, ni de les conclusions que n'extreuen, però aquestes són fàcilment detectables a partir de les manifestacions verbals realitzades per aquestes professionals.

En aquesta línia de resultats, existeix abundant literatura que recolza el vincle de l'autoeficàcia, l'autonomia i l'autoconfiança amb l'empoderament de les infermeres. Per una banda, Conger i Kanungo (1988) defineixen l'empoderament com el constructe motivacional de l'autoeficàcia. Per altra banda, l'evidència posterior posa de manifest que el concepte d'empoderament es relaciona amb la motivació intrínseca en relació a la feina, i es manifesta a través de la competència, sinònim d'autoeficàcia (Conger i Kanungo, 1988) i de l'autodeterminació, que fa referència a l'autonomia per prendre decisions (Kennedy et al., 2015; Kuokkanen et al., 2002; Spreitzer, 1995; Thomas i Velthouse, 1990).

Consciència de l'impacte

En segon lloc, el present estudi ha permès identificar verbalitzacions de les pròpies professionals que indiquen el seu procés de presa de consciència de l'impacte que elles mateixes generen, juntament amb apreciacions respecte la rellevància del fet de tenir cura de persones, que les pròpies infermeres determinen com a aspecte únic i identitari de la professió. Aquestes verbalitzacions apareixen freqüentment a l'entorn de simulació, on es poden detectar a través de la observació no participant, mentre que també s'evidencien al llarg de les entrevistes semiestructurades efectuades en aquest mateix context i a l'entorn assistencial.

Un aspecte àmpliament observat a través de l'evidència obtinguda, recau en el poder vinculat al fet de cuidar. L'estudi posa en rellevància el potencial implícit en les cures infermeres, així com en les relacions que aquestes professionals estableixen al proporcionar-les, fet també descrit per Fletcher i Con (2006), que determinen que les relacions humanes establertes entre les infermeres i les pacients no només són altament efectives en la recuperació d'aquestes, sinó que contenen poder. En la mateixa línia, Kuokkanen i Leino-Kilpi (2000), indiquen que el fet de compartir una mateixa visió sobre la forma de cuidar és un factor que promou l'empoderament de les infermeres, motiu pel qual destaquen la necessitat d'incrementar l'evidència existent en relació a l'empoderament vinculat al cuidar, que categoritzen com a relacional. En aquest sentit, l'estudi permet destacar el potencial de la simulació pel que fa a la interacció de les infermeres en equips interdisciplinaris, així com en relació a la possibilitat d'establir i analitzar els vincles existents entre els membres de l'equip, i les pacients simulades i simuladors. Tot i així, també fa palès que, a l'entorn de simulació, l'impacte dels vincles que s'estableixen de forma implícita al fet de cuidar no s'evidencia de forma tan clara com succeeix a l'entorn assistencial estudiat, on la relació de cura amb les pacients és altament efectiva per a l'empoderament de les infermeres.

Paral·lelament, la literatura defineix que les referències efectuades per les infermeres respecte el potencial implícit al fet de cuidar, afavoreixen l'empoderament d'aquestes professionals (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2001;

Fletcher i Con, 2006). Tanmateix, aquesta investigació condueix a descriure-les com a manifestacions clares del constructe, i no com a factors que l'influencien. D'aquest fet se'n deriva la necessitat de potenciar els vincles implícits en el cuidar al llarg del disseny de les sessions de simulació, amb l'objectiu final de contribuir a la utilitat de la metodologia respecte el foment de l'empoderament relacional de les infermeres.

Percepcions positives

En tercer lloc, en ambdós contextos estudiats s'hi evidencien manifestacions de les infermeres fonamentades en les percepcions positives d'aquestes professionals en relació a la infermeria, les quals denoten el seu empoderament. Aquestes percepcions sorgeixen arrel d'experiències individuals i vivències específiques de cada persona en interacció amb l'entorn, i a causa de les relacions establertes dins l'equip interdisciplinari. Així, s'ha identificat que, tant en entorns de simulació clínica com a la realitat assistencial, quan les infermeres es senten empoderades manifesten satisfacció en relació al seu lloc de treball, juntament amb orgull en relació a la feina que desenvolupen. La satisfacció al lloc de treball ha estat àmpliament descrita com una manifestació d'empoderament de les infermeres (Li et al., 2018), de la mateixa manera que les verbalitzacions d'aquestes professionals que denoten existència de congruència entre les seves pròpies creences, els seus valors, els seus comportaments i els requeriments del lloc de treball (Laschinger et al., 2001; Manojlovich, 2007). De forma similar, s'han identificat com a manifestacions d'empoderament les percepcions positives implícites en la forma en què les infermeres interpreten el sentit de la feina, fet que es relaciona amb la definició d'empoderament psicològic realitzada per Spreitzer (2008), que el descriu com a constructe motivacional.

La observació d'aquestes manifestacions d'empoderament a l'entorn de simulació clínica representa una eina important per acreditar el valor de la metodologia, així com per justificar-ne rellevància a les institucions. Per una banda, contribueix a evidenciar que el potencial i l'impacte que genera la simulació no només resulta rellevant per a la millora de processos, l'aprenentatge i la formació continuada dels professionals, sinó també per a

fomentar, afavorir i reforçar percepcions de les persones en relació al seu propi rol professional. Per altra banda, certifica l'eficàcia de la tècnica pel que fa al reflex de la realitat, tant a nivell físic, com psicològic i conceptual. De la mateixa manera, la observació de manifestacions d'empoderament de les infermeres a la realitat assistencial estudiada facilita el procés d'identificació d'aquestes en altres entorns contexts, ja que descriu aquells aspectes primordials i essencials que fan evident el constructe en les infermeres, fins i tot en una situació que resulta ser difícil a elles.

Factors que influencien l'empoderament de les infermeres a l'entorn assistencial estudiat i a l'entorn de simulació clínica

La identificació dels factors que generen influència en l'empoderament del col·lectiu infermer, tant a l'entorn de simulació, com a l'entorn assistencial estudiat, juntament amb la determinació de les similituds i diferències respecte la forma en què ho fan en funció del context, dona resposta als objectius secundaris de la investigació.

Identificació d'aspectes clau

Primerament, l'evidència obtinguda ha permès determinar l'existència de mecanismes d'identificació d'aspectes clau, caracteritzats per ser processos de reflexió i anàlisi que condueixen les infermeres a evidenciar fets i trets específics i característics del seu rol professional. El fet d'haver pogut observar l'existència d'aquests processos als dos entorns estudiats i veure, al mateix temps, les diferències en la forma en què hi apareixen, condueix a destacar el potencial de fomentar-los de forma metodològicament estructurada, tal com succeeix a les sessions de simulació. Així mateix, s'ha pogut clarificar que els mencionats processos d'identificació no només contribueixen a l'aprenentatge, sinó que també generen efecte en la consideració que tenen les professionals en relació al seu propi rol.

D'aquesta manera, ha estat possible determinar que l'entorn de simulació clínica implica un seguit de recursos que fomenten l'afiorament de reflexions sobre els descrits aspectes fonamentals del rol, com és la figura de la facilitadora, que no només les guia, sinó que també vetlla perquè aquestes

siguin significatives, i s'emmarquin en un entorn de seguretat. Tant és així, que Jeffries (2005) defineix la persona facilitadora com a component bàsic per al desenvolupament de la sessió.

Pel que fa a la fase de *debriefing*, s'ha fet palesa la implicació en ella d'un seguit de recursos que faciliten que les infermeres reconeixin i verbalitzin aquells conceptes relacionats específicament amb el seu rol, que tenen en ment, però no distingeixen de forma concreta. Aquest procés resulta similar al descrit a la literatura com a identificació dels marcs mentals de les persones participants (Rudolph et al., 2006; Rudolph, Simon, Rivard et al., 2007).

A més, la literatura existent recull la rellevància del *debriefing* com a conversa reflexiva a l'entorn de simulació (Cheng et al., 2018; Fanning i Gaba, 2007; Shinnick et al., 2011). Aportant més concreció a aquesta definició, la investigació ha permès entendre i considerar aquesta fase des d'una perspectiva més microscòpica, observada des de l'òptica de la infermeria. Així, més enllà de considerar el *debriefing* com a conversa reflexiva *per se*, es detallen en ell l'existència d'interaccions significatives entre les pròpies infermeres participants, que no esdevenen crítiques, sinó que contribueixen al sorgiment de reflexions molt rellevants respecte el seu rol professional. En aquest sentit, el *debriefing* esdevé el substrat idoni perquè aquestes converses reflexives aflorin, fonamentant-se en l'entorn segur, i amb un teló de fons protagonitzat per les reflexions guiades per la persona facilitadora i les reflexions efectuades per les infermeres al realitzar accions, procés que resulta imprescindible en el cicle d'aprenentatge reflexiu descrit per Kolb (1984).

També en aquesta línia de resultats, la investigació ha permès entreveure la rellevància de l'emissió de les crítiques emeses al llarg d'aquesta fase entre els membres de l'equip. Tal com determina Jeffries (2005), aquest aspecte determina la consistència metodològica de les sessions estudiades, ja que l'aprenentatge adquirit a través de la col·laboració i les aportacions entre els membres de l'equip interdisciplinari, succeeix quan l'activitat de simulació està ben dissenyada.

En el mateix sentit, s'ha detectat que a la realitat assistencial estudiada, les infermeres porten a terme abundants processos de pensament crític, que contribueixen positivament al seu empoderament (Alfaro-LeFevre, 2021; Vázquez-Mata i Guillamet-Lloveras, 2009). Tot i així destaca que, en aquest entorn, la resta de processos d'identificació d'aspectes clau evidenciats a l'entorn de simulació no apareixen. El principal motiu que podria justificar aquest fet recau en l'existència i el potencial de la percepció de seguretat respecte l'entorn que es produeix a les sessions de simulació, la qual afavoreix l'aparició de més formes d'identificació d'aspectes clau que en la realitat assistencial, on no es fomenta de forma deliberada.

Percepció de seguretat relacionada amb l'entorn

En segon lloc, l'estudi posa en rellevància la percepció de seguretat de les infermeres en relació a l'entorn, així com el potencial de la creació i manteniment del descrit entorn segur, no només durant les sessions de simulació clínica, sinó també vetllant per la seva consecució, manteniment i comprensió a la realitat assistencial.

Per Rudolph et al. (2014) i Edmonson (1999), el concepte de seguretat psicològica implica que les persones compreguin que seguiran sent ben considerades fins i tot si es cometen errors, fet que afavoreix l'assumpció de riscos. Al seu torn, els mateixos autors estableixen que assumir un risc optimitza aspectes relacionats amb la comunicació, com generar preguntes, verbalitzar pensaments i demanar ajuda.

L'evidència obtinguda ha conduït a determinar que l'entorn estructural genera influència en la percepció de seguretat de les infermeres, tant en les sessions de simulació, com a la realitat assistencial. A més, ha permès establir que la percepció de seguretat vinculada a l'entorn, en ambdós contextos, influeix positivament l'empoderament d'aquestes professionals.

El fet que les característiques de l'entorn generin influència en la percepció d'empoderament de les infermeres queda àmpliament descrit a través de la literatura procedent majorment de la vessant estructural, que determina que l'accés a la informació, al suport, a les oportunitats i als recursos són factors

que fomenten l'empoderament dins de les organitzacions (Appelbaum i Honeggar, 1998; Kanter, 1977; Laschinger et al., 2004; Laschinguer, Finegan, et al., 2009).

A més, l'evidència obtinguda indica que, tant en entorns de simulació com assistencials, la consciència sobre el fet que els errors causats no provocaran dany, afavoreix la percepció de seguretat de les infermeres relacionada amb l'entorn. Tot i que aquest aspecte queda recollit a la literatura, on la simulació clínica es defineix com a tècnica segura i controlada (Roussin et al., 2018), la present investigació ha permès detectar que aquest fet també té rellevància a l'entorn assistencial estudiat on, arrel de la situació d'emergència sanitària, que comporta falta de coneixements i d'expertesa de les infermeres que en formen part, qualsevol acció i cura sobre les pacients es considera no només necessària, sinó també imprescindible pel benestar i supervivència d'aquestes. La percepció de seguretat de les infermeres derivada d'aquest fet, junt a la predisposició i dedicació d'aquestes professionals, permet seguir mantenint la qualitat de les cures infermeres proporcionades durant aquell lapse temporal (Obregón-Gutiérrez et al., 2021; Macià-Casòliva et al., 2022).

Seguidament, ha estat possible definir la influència que genera la necessitat de rebre suport i reconeixement per part de la institució en la percepció de seguretat de les infermeres relacionada amb l'entorn. Així, s'ha pogut detectar que en entorns de simulació, la necessitat de rebre suport i reconeixement no es manifesta, tot i que sí que ho fa a l'entorn assistencial, on existeix una gran varietat de referències a aquest fet, condicionades per les característiques personals de les infermeres. L'evidència prèvia existent també permet identificar com la rebuda de suport promou l'empoderament de les infermeres, així com el fet que la falta de suport i reconeixement esdevenen factors que impedeixen l'empoderament d'aquestes professionals (Corbally et al., 2003; Kennedy et al., 2015; Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2001) .

La present investigació també ha permès identificar l'anticipació i l'expertesa com a factors que fomenten la percepció de seguretat de les infermeres relacionada amb l'entorn i, conseqüentment, l'empoderament d'aquestes professionals. Spreitzer (1997), defineix l'expertesa com la consonància entre

el fet de disposar dels coneixements i el procés d'adquirir-los, fet que genera la percepció final de ser suficientment expert en alguna cosa com per desenvolupar-la de forma efectiva. El vincle entre l'expertesa i l'empoderament de les infermeres queda identificat a la literatura referent al context assistencial, on s'estableix que l'expertesa és important per a l'empoderament de les infermeres, que són les coordinadores de l'atenció integrada al pacient, i s'associa a l'estima cap a la tasca professional que desenvolupen aquestes professionals (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2001). Així mateix, Kuokkanen i Leino-Kilpi (2001), identifiquen la necessitat de treballar l'expertesa de les infermeres mitjançant entrenament i metodologies innovadores, juntament amb altres grups professionals, fet que esdevé un requeriment fonamental per a l'empoderament d'aquest col·lectiu. La present investigació aporta evidència rellevant en relació a aquest fet, vinculant l'empoderament amb la simulació clínica com a metodologia docent.

Pel que fa a l'anticipació, les dades obtingudes a l'entorn assistencial han permès determinar que les infermeres demostren capacitat d'anticipació, prenent decisions relacionades amb el funcionament de la unitat, que causen impacte en la mateixa i contribueixen a la seva percepció de seguretat relacionada amb l'entorn. Així mateix, s'ha pogut identificar que la falta d'anticipació és percebuda negativament per les infermeres i es relaciona amb sentiments d'impotència. En aquest sentit, l'evidència existent focalitzada a l'entorn assistencial, estableix que les infermeres empoderades demostren una actitud focalitzada al futur i assumeixen la seva responsabilitat en aquest sentit, fet que les condueix a cercar formes de millorar, vetllant per l'anticipació i el manteniment de l'excel·lència de les cures davant possibles successos i esdeveniments (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2001; Macià-Casòliva et al., 2022).

Seguidament, la present investigació estableix que la percepció de seguretat de les infermeres en relació a l'entorn és major quan aquest reflecteix, de forma fidedigna, altres contextos estructurals on aquestes professionals desenvolupen, o poden desenvolupar en un futur, la seva activitat laboral. Per una banda, aquest fet succeeix en les sessions de simulació, tal com queda descrit a la bibliografia prèvia existent (INACSL Standards Committee, 2016a; Rudolph et

al., 2014; Rudolph, Simon, i Raemer, 2007), que determina la importància de que l'ambient de simulació representi amb exactitud l'entorn habitual de les infermeres, per afavorir el compromís amb la simulació, així com la transferència de les conclusions assolides a contextos reals (Clapper, 2014; Mestre et al., 2018; Rudolph et al., 2014). Aquest fet influencia i promou l'empoderament de les infermeres, sobretot des de la vessant estructural, ja que implica la representació de factors característics de les organitzacions, com l'accés a oportunitats, suport, recursos i informació (Kanter, 1977). Per altra banda, la present investigació ha permès determinar que aquest factor també té lloc a l'entorn assistencial estudiat, on les infermeres també identifiquen la importància de traslladar aquells aspectes positius per a elles als seus contextos assistencials habituals.

També en relació a l'entorn assistencial, s'estableix que l'augment de visibilitat i agraïment social experimentat al llarg de la primera onada de la pandèmia de la COVID-19 incrementa la percepció de seguretat de les infermeres en relació al seu entorn laboral i influencia positivament l'empoderament d'aquestes professionals.

Així doncs, la recerca efectuada certifica que la seguretat relacionada amb l'entorn no només és molt important a l'entorn de simulació, tal com estableix la literatura existent, sinó que també ho és al context assistencial. Aquest fet posa en rellevància la necessitat de cercar formes de millorar la percepció de seguretat de les infermeres en el context assistencial, de forma similar al que succeeix en les sessions de simulació clínica.

Existència d'un clima positiu dins l'equip

En tercer lloc, les dades que conformen aquesta investigació parteixen de contextos que involucren la interacció de les infermeres en equips interdisciplinaris. Indagar sobre el rol de les professionals en diferents equips i explorar-lo, ha permès detectar que les actituds demostrades, les diferents formes d'interaccionar i la forma en què aquestes interaccions es produeixen, generen una influència important en l'empoderament de les infermeres. Tot i que aquesta relació ja ha estat exposada amb anterioritat en altres

investigacions efectuades a l'àmbit assistencial, aquest estudi ha representat l'oportunitat d'observar el fenomen en dos entorns molt diferenciats, fet que ha permès concretar els moments en què aquestes característiques i actituds apareixen; els motius que les justifiquen i el vincle que guarden amb l'empoderament de les infermeres, tant a l'entorn assistencial, com a l'entorn de simulació. En aquest sentit, les dades obtingudes han permès determinar que la comunicació, coordinació i cohesió entre els membres de l'equip interdisciplinari, juntament amb l'existència de certes actituds positives, com l'empatia, o el fet de compartir un objectiu comú, representen factors evidenciats tant a l'entorn assistencial com al de simulació, que afavoreixen l'empoderament de les infermeres. En la mateixa línia, Kuokkanen i Leino-Kilpi (2001) identifiquen que, a la realitat assistencial, la integritat personal juntament amb el fet que les responsabilitats es deleguin de forma organitzada, així com que existeixi *feedback*, confiança, empatia i cooperació entre l'equip, són factors que promouen l'empoderament. De la mateixa manera, destaquen que també hi contribueix el fet de compartir valors, demostrar estima cap als altres o el suport entre companyes (Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2001). Paral·lelament, la importància de la comunicació entre els membres de l'equip interdisciplinari també queda recollida per Roussin et al. (2018), que la descriuen com una manifestació de seguretat psicològica que permet l'expressió de confluències i divergències entre els membres de l'equip. Així mateix, la comunicació efectiva dins els equips també s'associa a estils de lideratge eficaços dins d'aquests (Martínez-Gonzalez, Monreal-Bosch, Perera i Selva, 2016).

Pel que fa a les dades obtingudes a l'entorn assistencial durant l'arribada de la COVID-19, aquestes posen en evidència l'existència del descrit clima positiu entre l'equip interdisciplinari també en aquell context concret, així com l'efecte favorable del mateix en relació a l'empoderament de les infermeres. Precisament, en el mateix sentit, l'estudi no només ha permès determinar i registrar l'efecte extremadament positiu que genera l'existència d'aquest clima positiu entre l'equip, sinó identificar, i així ho defineixen també les pròpies infermeres participants, que l'existència d'aquesta percepció en contextos assistencials habituals resulta extremadament inusual. D'aquesta manera, l'evidència obtinguda contribueix a identificar la rellevància de l'existència d'un

clima relacional òptim dins els equips interdisciplinaris, fet que cal tenir en consideració dins les institucions. També, justifica la importància de cercar formes per promoure i vetllar per la seva existència, així com pel trasllat d'aquest a altres realitats assistencials, detallant seguidament el potencial de la simulació clínica com a recurs efectiu per a potenciar-lo. Així, el disseny de sessions de simulació clínica interdisciplinàries fonamentades en l'existència d'un entorn segur, contribueix a implementar formes de millorar el treball en equip i fomenta l'establiment i reforç de vincles relacionals entre els membres d'aquest, fet que resulta difícil a la realitat assistencial i que, tanmateix, contribueix molt positivament a l'empoderament de les infermeres.

Generació d'emocions

En quart lloc, l'estudi determina que l'activitat assistencial del col·lectiu infermer genera impacte emocional per sí mateixa, ja sigui desenvolupada en entorns de simulació o en entorns assistencials reals. Així mateix, estableix que el mencionat impacte emocional genera influència en l'empoderament de les professionals, de forma negativa o positiva, en funció de la gestió que es faci d'aquest.

Per una banda, el vincle entre la simulació clínica i les emocions queda sostingut a la literatura existent, que estableix que la metodologia es fonamenta en l'impacte emocional que es genera per la participant al llarg de les sessions (Hicks et al., 2008; Murray i Foster, 2000). D'aquesta manera, la possibilitat de recrear l'entorn real a nivell físic i també conceptual, implica la mobilització d'emocions i respostes psicològiques per part de les infermeres participants, que al seu torn generaran reflexions que també podran ser analitzades, afavorint així l'empoderament psicològic d'aquestes professionals. Aquest resulta ser un dels puntals fonamentals en relació al potencial de la metodologia per a promoure l'empoderament de les infermeres, ja que l'existència d'impacte emocional a les sessions de simulació certifica que aquestes poden recrear l'ambient de l'entorn real, així com la cultura, les rutines i les pràctiques que hi tenen lloc.

Paral·lelament, l'evidència obtinguda permet identificar que, a l'entorn de simulació, la gestió de les emocions es realitza de forma metodològica i estructurada al llarg de tota la sessió. Aquest fet, que resulta diferenciador respecte l'entorn assistencial estudiat, contribueix a realitzar un abordatge efectiu, segur i controlat de les emocions esdevingudes, mentre que fomenta l'assoliment de conclusions consolidades i extrapolables (Roussin et al., 2018; Rudolph et al., 2014; Rudolph, Simon, Rivard et al., 2007).

En el mateix sentit, l'impacte emocional implícit en els successos esdevinguts al llarg del lapse temporal d'estudi a l'entorn assistencial resulta molt significatiu per a les professionals sanitàries, incloses les infermeres (Bueno-Ferrán et al., 2021; Gago-Valiente et al., 2021). Tanmateix, s'ha pogut determinar que la gestió emocional en aquest context es produeix de forma autònoma per part d'aquestes professionals, sovint fonamentant-se en el suport mutu entre els membres de l'equip interdisciplinari. D'aquesta manera, tot i que en ocasions la duresa de la situació genera repercussions en el seu benestar físic i emocional (Bueno-Ferrán i Barrientos-Trigo, 2021; Del Pozo-Herce et al., 2021; Gago-Valiente et al., 2021; Manzano-García i Ayala-Calvo, 2021; Macià-Casòliva et al., 2022), l'evidència obtinguda permet determinar que la gestió col·lectiva de les emocions contribueix positivament al seu propi empoderament.

Així doncs, aquest estudi ressalta les repercussions de l'impacte emocional en l'empoderament de les infermeres, identificant la importància que té la gestió d'aquest per a aquestes professionals i determinant que l'absència de gestió contribueix negativament al constructe estudiat. Paral·lelament, també evidència el potencial de la gestió de les emocions realitzada per part de les pròpies infermeres de forma autònoma, en el sí de l'equip i en confluència amb les altres professionals que el formen.

Possibilitat de millora individual i col·lectiva

Per últim, les dades obtingudes han permès identificar que els factors que contribueixen a la millora i l'aprenentatge de les infermeres, primer de forma individual i posteriorment de forma més general, influeixen positivament l'empoderament d'aquestes professionals.

Inicialment, la influència positiva que genera l'aprenentatge respecte l'empoderament de les infermeres ha estat identificada a l'entorn assistencial. Així, s'ha pogut determinar que tot i les característiques dificultoses de la situació per a les professionals d'infermeria, que sovint no tenen experiència en la cura de pacients crítics, els processos que fomenten l'adquisició de coneixements, així com la seva millora com a professionals contribueixen molt positivament al seu empoderament. Seguidament, les infermeres identifiquen recurrentment el potencial de la simulació com a tècnica que contribueix molt favorablement a la seva millora com a professionals, així com a l'adquisició de coneixements, habilitats i actituds que repercuteixen posteriorment en el seu dia a dia assistencial. Paral·lelament, el vincle positiu entre la formació continuada, l'entrenament d'habilitats, l'adquisició de coneixements, l'expertesa i l'empoderament de les infermeres queda recollit a la literatura existent (Corbally et al., 2003; Kennedy et al., 2015; Kuokkanen i Leino-Kilpi, 2001; Bradbury-Jones et al., 2008).

De la mateixa manera, l'evidència obtinguda a ambdós contextos estudiats posa en rellevància la importància d'evitar el desconeixement, així com de vetllar per la formació continuada de les infermeres, com a factors que promouen l'empoderament d'aquest col·lectiu. Aquest fet està estretament relacionat amb l'augment del control d'aquestes professionals sobre el contingut de la seva pràctica, que s'identifica com una font d'empoderament per a elles (Manojlovich, 2007).

Així doncs, la investigació ha permès identificar diversos processos que contribueixen a l'aprenentatge i millora continua de les professionals, els quals tenen lloc a l'entorn de simulació i a l'entorn assistencial. Tot i així, cal tenir en consideració els matisos que caracteritzen la forma en què s'hi presenten. En aquest sentit, destaca el potencial del reforç verbal, descrit a la literatura existent com un factor que contribueix positivament a l'empoderament de les infermeres (Kuokkanen i Leino-Kilpi,2001) així com una forma de promoure l'aprenentatge col·laboratiu entre els equips (Jeffries, 2005). Les dades obtingudes permeten identificar que, a l'entorn assistencial, aquest té lloc habitualment entre infermeres, mentre que en entorns de simulació també pren

rellevància, especialment a la fase de debriefing, però es produeix, habitualment, entre diferents rols professionals.

Paral·lelament, s'ha pogut identificar l'existència d'aprenentatge entre els membres de l'equip, tant a l'entorn assistencial, com a l'entorn de simulació. Cal clarificar, però, que a l'entorn de simulació les infermeres refereixen que aquest es produeix en un ambient ideal específicament per al seu aprenentatge, mentre que a l'entorn assistencial les pròpies professionals clarifiquen que aquest procés resulta una de les úniques formes d'adquirir coneixements en aquell moment, de manera que sovint l'associen a percepcions negatives, com la impotència. Conseqüentment, les pròpies professionals identifiquen el potencial que té l'adquisició de coneixements per al seu empoderament, en aquest context, però també posen de manifest que té lloc *in extremis*, i com a única via possible. Així doncs, aquesta evidència determina i reitera que la percepció de seguretat que experimenten les professionals en relació a l'entorn resulta molt influent per al seu empoderament.

En la mateixa línia, també s'han pogut identificar processos d'aprenentatge a través de la pràctica, que tenen lloc tant en l'entorn de simulació, com en l'entorn assistencial. Aquests processos es troben vinculats a l'aprenentatge experiencial, descrit per Kolb (1984) com el procés continu que relaciona l'experiència i el coneixement a través de la retroalimentació constant, on la persona que aprèn ha d'estar activament involucrada en l'experiència.

De forma estretament relacionada als processos d'aprenentatge esdevinguts entre els membres de l'equip, així com a través de la pràctica, aquesta investigació ha fet palesa la repercussió que genera la identificació d'errors per a l'aprenentatge de les infermeres i, conseqüentment per al seu empoderament, tal com determinen Roussin i Weinstock (2017). Les dades obtingudes han permès identificar que les sessions de simulació representen un entorn que afavoreix la pràctica d'habilitats, així com el desenvolupament de tècniques o procediments que sovint resulten poc habituals per a les infermeres, de forma segura i controlada. A l'entorn assistencial, les infermeres també mencionen l'aprenentatge esdevingut a partir de la posada en pràctica

de procediments poc habituals per a elles, tot i que relaten que aquest fet sovint parteix del seu desconeixement, i els genera percepció d'imptència i inseguretat. En aquest sentit, l'evidència existent certifica que aquests processos contribueixen a l'aprenentatge en bucle simple, produït quan l'error és detectat i corregit sense que aquest fet generi alteració d'aspectes subjacents (Roussin i Weinstock, 2017). Així mateix, la present investigació contribueix a destacar que, a l'entorn assistencial, la falta d'existència d'un entorn segur creat de forma deliberada facilita les percepcions negatives de les infermeres en relació a les conseqüències derivades del procés, mentre que a l'entorn de simulació, les infermeres clarifiquen el potencial positiu d'aquest per a elles.

Paral·lelament, aquest estudi destaca l'existència de processos d'aprenentatge en doble bucle a l'entorn de simulació, els quals succeeixen quan l'aprenentatge a partir de l'error posa en dubte o implica la modificació de valors o marcs mentals (Roussin i Weinstock, 2017). Així mateix, la present investigació aporta evidència en relació al vincle entre les reflexions en doble bucle que tenen lloc en aquest context i l'empoderament de les infermeres, establint que aquest tipus de reflexions no només contribueixen a la millora del desenvolupament dels equips (Casal-Angulo et al., 2020; Roussin i Weinstock, 2017), sinó que condueixen a la modificació de percepcions i conviccions profundes per part de les infermeres sobre el seu propi rol professional. Cal destacar, també, que l'evidència obtinguda ha permès detectar que les manifestacions d'empoderament de les infermeres que tenen lloc a partir del procés d'introspecció i autoanàlisi descrit anteriorment en aquest capítol, sorgeixen a conseqüència de les reflexions efectuades en doble bucle .

El darrer factor identificat a través d'aquest estudi, que representa una forma de millorar individual i col·lectivament, fa referència a la voluntat de les infermeres d'extrapolar els factors que promouen el seu empoderament a altres realitats assistencials. Aquesta sorgeix quan les professionals perceben la possibilitat de generar impacte en la institució a partir de les seves vivències, percepcions i aportacions, fet que es relaciona amb la motivació de les persones, i que fomenta l'empoderament des de la vessant estructural (Manojlovich, 2007; Spreitzer, 2008).

En resum, s'ha pogut detectar que la gran majoria de factors identificats convergeixen a l'entorn de simulació clínica i a l'entorn assistencial estudiat, tot i que també s'han pogut detallar aspectes concrets i característics en relació a la forma en què es produeix empoderament en funció de l'entorn, fet que atribueix excepcionalitat a la investigació i possibilita la identificació d'aquells aspectes únics, identitaris i específics de cada context, que resulten claus per a l'empoderament en les infermeres.

Així, els resultats obtinguts en relació als factors que influeixen l'empoderament de les infermeres a l'entorn assistencial observat, en aquest cas caracteritzat per les dificultats implícites en la primera onada de la COVID-19, contribueixen a donar valor a aquells aspectes que afavoreixen l'empoderament de les infermeres, i a identificar, de forma molt clara, aquells que hi contribueixen negativament. Per aquest motiu, l'evidència obtinguda esdevé un recurs de valoració per a les institucions sanitàries, així com un full de ruta que permet la instauració i reforç d'aquells factors de la realitat assistencial que es relacionen positivament amb l'empoderament, així com l'eliminació dels que el dificulten o l'impedeixen. De la mateixa manera, evidenciar els factors que influeixen l'empoderament de les infermeres a l'entorn de simulació ajuda a reforçar i certificar el potencial de la simulació com a metodologia que possibilita el reflex i reproducció de l'entorn, la cultura, l'ambient i les relacions tal com tenen lloc a la realitat, però en un context de seguretat.

Efectivitat de la simulació clínica com a metodologia útil per a promoure l'empoderament de les infermeres

Les dades obtingudes han permès identificar que l'àmplia majoria de criteris que resulten útils per influenciar positivament l'empoderament de les infermeres mitjançant simulació clínica, queden recollits als *Estàndards de Millors Pràctiques* (INACSL Standards Committee, 2016a). Fonamentalment, aquests criteris es vinculen al disseny adequat de les sessions i al correcte desenvolupament d'aquestes, tenint en consideració la importància de l'entorn segur i de l'impacte emocional, així com el potencial del rol del facilitador, específicament en la conversa de *debriefing*.

El fet que aquests aspectes representin criteris de qualitat habituals en el disseny de sessions de simulació representa una gran fortalesa, i facilita el procés, ja que no requereix grans modificacions respecte la implementació, sinó el reforç específic d'aquests, juntament amb la presa de consciència sobre l'impacte que generen per a l'empoderament les infermeres.

Paral·lelament, cal destacar que aquesta investigació permet especificar el vincle entre les característiques de la simulació clínica com a metodologia i el potencial d'aquests trets en relació als diferents tipus d'empoderament descrits al marc teòric. En aquest sentit, la realització de sessions de simulació a les institucions esdevé una font d'empoderament estructural *per se*, ja que la metodologia contribueix a la millora de les infermeres com a professionals, així com a la seva expertesa i capacitat d'anticipació. A més, permet reflectir elements estretament vinculats a l'estructura organitzacional, com la cultura relacional, les rutines i les pràctiques habituals a les institucions. D'aquesta manera, si l'estructura organitzacional aplica accions destinades a potenciar l'empoderament de les infermeres, aquestes també es veuran reflectides a l'entorn de simulació, on podran ser identificades, reforçades i analitzades. Seguidament, la possibilitat de recrear l'entorn real a nivell físic i també conceptual implica la mobilització d'emocions i respostes psicològiques per part de les infermeres participants, que al seu torn generaran reflexions que també podran ser analitzades, afavorint així l'empoderament psicològic. Tanmateix, la present investigació determina la necessitat de vetllar per la consideració i potenciació del vincle relacional establert al tenir cura de pacients reals també en el disseny de les sessions de simulació, ja que les infermeres el perceben de forma natural quan proporcionen les seves cures en entorns de realitat i genera conseqüències molt favorables per al seu empoderament.

El fet que l'evidència obtinguda hagi estat refinada i concretada mitjançant l'observació de l'empoderament d'aquestes professionals a l'entorn de simulació i a la realitat assistencial, ha possibilitat l'obtenció d'una visió propera, específica i concreta del constructe, juntament amb la identificació dels aspectes fonamentals que hi generen influència. D'aquesta manera, considerem que l'evidència obtinguda constitueix un nou marc d'actuació, que contribueix a l'empoderament en els diferents contextos i certifica que la

simulació clínica esdevé una metodologia amb gran potencial per a assolir el repte de fomentar-lo en les infermeres.

6.1 Limitacions

La present investigació representa l'oportunitat d'explorar l'empoderament de forma exhaustiva, observant-lo i considerant-lo des de dues perspectives diferenciades, emmarcades en entorns completament diferents. Tot i així, aquesta investigació presenta limitacions, que cal tenir en consideració.

La primera limitació identificada es fonamenta en l'especificitat de l'entorn assistencial estudiat. Aquest es caracteritza per ser molt concret, a causa de l'impacte d'una situació insòlita i extremadament adversa com és l'arribada d'una pandèmia mundial. Així doncs, el lapse temporal d'estudi es veu influenciat per aspectes extraordinaris, específics i poc habituals, motiu pel que les condicions de treball existents durant la primera onada de la pandèmia de la COVID-19 també esdevenen extremes. D'aquesta manera, cal tenir present l'efecte de l'entorn en la percepció d'empoderament de les infermeres, doncs és possible que en altres entorns assistencials, la vivència d'empoderament d'aquestes professionals sigui diferent a l'esdevinguda durant el període estudiat.

Tot i així, malgrat la necessitat de tenir en consideració aquest factor, comprendre les percepcions d'empoderament de les infermeres en una situació tan complexa i particular és de vital importància per identificar els factors que hi intervenen de forma rellevant, així com aquells que no hi generen influència significativa. A més, explorar l'empoderament de les infermeres en aquesta situació ha implicat el registre de les vivències d'aquestes professionals, de manera que no només esdevé un recurs per a augmentar l'evidència existent respecte el constructe, sinó que també representa una forma de deixar constància de l'experiència viscuda durant aquell període, així com d'homenatjar la labor realitzada per l'equip interdisciplinari a la unitat d'estudi.

En la mateixa línia, la segona limitació identificada es fonamenta en l'especificitat de l'entorn de simulació estudiat. En aquest sentit, cal destacar que les dades provinents de les sessions de simulació clínica han estat

recollides en un únic context, de manera que cal tenir present que la institució on s'han recollit té una forma estipulada i concreta d'organitzar, planificar i executar les sessions de simulació. Paral·lelament, totes les facilitadores de la institució han rebut el mateix tipus de formació i instrucció en relació a la metodologia que, cal dir, és molt completa, exhaustiva i d'alta qualitat. Tot i així, són persones amb formes de copsar, analitzar i entendre la realitat diferents.

Així doncs, l'evidència obtinguda en aquesta investigació i relacionada amb la simulació clínica es podria veure condicionada tenint en compte les particularitats descrites. De la mateixa manera, cal remarcar també que la institució estudiada disposa d'un seguit de recursos que poden no existir en altres contextos i que també poden generar influència en la percepció d'empoderament de les infermeres. Paral·lelament, malgrat les limitacions especificades, considerem que disposar de l'oportunitat d'explorar l'empoderament de les infermeres a l'entorn de simulació estudiat és una forma privilegiada de descobrir el constructe en un context d'excel·lència metodològica, fet que contribueix a promoure la rellevància d'utilitzar la simulació seguint criteris de qualitat.

En tercer lloc, és necessari tenir en compte que el camp d'expertesa de les infermeres participants a les sessions de simulació és diferent al de les infermeres que van formar part del context assistencial estudiat, fet que també podria influenciar la seva percepció d'empoderament. Tot i així, com s'ha remarcat amb anterioritat, aquesta investigació no pretén comparar el grau d'empoderament entre els diferents camps d'expertesa, sinó que l'estudi dels dos contextos possibilita i enriqueix l'exploració del constructe en dos entorns diferenciats.

En quart i últim lloc, cal destacar que la investigadora principal va formar part de l'equip interdisciplinari estudiat a la segona fase de la present investigació. Aquest és un aspecte que ha de ser considerat, ja que tot i haver estat contemplat en el disseny i desenvolupament d'aquesta, pot haver generat cert biaix en l'evidència obtinguda. Malgrat aquesta possibilitat, cal tenir present que el fet que la investigadora principal formés part de l'equip assistencial va provocar que aquesta disposés d'un coneixement exhaustiu de la situació, fet

que no només va permetre determinar la necessitat d'explorar-hi l'empoderament sinó que també ha permès contextualitzar les dades obtingudes de forma refinada en el seu context, tal com contempla la metodologia qualitativa.

6.2 Prospectiva d'investigació

L'estudi ha permès identificar manifestacions d'empoderament de les infermeres a l'entorn de simulació així com a l'entorn assistencial, juntament amb els factors que influencien el constructe. Aquest fet contribueix a diferenciar la investigació respecte la literatura existent, que tendeix a estudiar l'empoderament en entorns assistencials específics.

Així mateix, el fet de relacionar el context assistencial amb la simulació clínica esdevé una forma d'indagar i prendre consciència respecte l'efectivitat de la tècnica, així com un recurs per a identificar quins aspectes de la metodologia necessiten ser reforçats per tal de fomentar l'empoderament de les infermeres. Per aquest motiu, seria convenient plantejar el disseny i la implementació d'un format estipulat de sessió de simulació que impliqui la potenciació dels aspectes identificats a l'estudi, i que es focalitzi, per tant, en l'empoderament de les infermeres. Conseqüentment, la implementació d'aquestes sessions hauria d'implicar la indagació sobre les repercussions generades en la percepció d'empoderament de les infermeres participants

De la mateixa manera, la identificació dels factors que influencien l'empoderament a l'entorn assistencial durant el lapse de temps estudiat, permet identificar aspectes primordials per l'empoderament de les infermeres, fins i tot en situacions extremes. Conèixer-los representa la possibilitat de millorar la gestió i organització de les institucions en ocasions futures, així com l'oportunitat d'evitar l'aparició de factors que hi contribueixen negativament.

Paral·lelament, arrel de l'evidència obtinguda a l'entorn de simulació, aquest estudi també permet determinar factors presents en aquest, com la importància de la percepció de seguretat relacionada amb l'entorn, o l'existència d'un clima positiu dins l'equip de treball. Aquests aspectes es poden treballar específicament a l'entorn de realitat, de forma similar al que succeeix en les

sessions de simulació clínica, de manera que conèixer-los pot representar una forma de millorar les condicions de les institucions sanitàries i conseqüentment, contribuir a l'empoderament psicològic, estructural i relacional de les infermeres. Per aquest motiu, cal estudiar específicament l'efecte i repercussió de la implementació i reforç dels factors identificats en l'empoderament d'aquestes professionals, així com de l'eliminació dels aspectes que hi contribueixen negativament.

En darrer lloc, es planteja la possibilitat de dur a terme una segona etapa d'entrevistes semiestructurades a les infermeres participants a la segona fase de l'estudi. Tenint en compte el transcurs del temps, així com les repercussions i les seqüeles de la COVID 19 a les institucions sanitàries, aquestes entrevistes podrien ser realitzades amb l'objectiu d'explorar possibles canvis en la percepció d'empoderament de les infermeres participants, així com en relació als factors que el promouen o l'impedeixen.

En resum, aquesta investigació estableix el vincle entre l'empoderament de les infermeres, la simulació clínica i la realitat assistencial. Els pròxims passos que es plantegen en aquest apartat representen una proposta d'aplicació de les conclusions obtingudes, així com una via per al plantejament, disseny i implementació d'accions concretes que es focalitzen a promoure l'empoderament de les infermeres, tant a l'entorn de simulació, com a la realitat assistencial.

CAPÍTOL 7: CONCLUSIONS

*“Que com a persones que tenen cura de les persones, poden i han de ser la
força del canvi”*

Carles Capdevila

La present investigació representa l'oportunitat d'observar l'empoderament des de dos punts de vista específics, diferenciats i excepcionals, fet que contribueix a la riquesa de l'evidència obtinguda. Partint d'aquest fet, aquest estudi permet assolir les següents conclusions:

En referència a les manifestacions d'empoderament:

- Evidenciar manifestacions d'empoderament de les infermeres a l'entorn de simulació contribueix a certificar el valor de la metodologia com a tècnica útil per a promoure'l.
- Evidenciar manifestacions d'empoderament a l'entorn assistencial contribueix a identificar clarament la forma en què aquestes apareixen, i facilita la seva identificació a altres contextos, potencialment diferents de la realitat estudiada.
- En ambdós entorns estudiats s'ha observat que quan les infermeres es senten empoderades efectuen un procés d'introspecció i autoanàlisi que les condueix a efectuar reflexions sobre la seva autonomia, autoconfiança i autoeficàcia.
- La presa de consciència de les infermeres sobre l'impacte que generen les seves cures s'identifica com una manifestació d'empoderament de les infermeres. Tot i que també té lloc a l'entorn de simulació, s'evidencia que el potencial d'aquestes manifestacions genera més impacte a l'entorn assistencial, ja que es relaciona estretament amb el fet de tenir cura de pacients reals.
- Les infermeres manifesten el seu empoderament a través de verbalitzacions sobre percepcions positives relacionades amb la infermeria, que apareixen a l'entorn assistencial estudiat, així com a l'entorn de simulació.

En referència als factors que influencien l'empoderament:

- S'han detectat factors que influencien l'empoderament de les infermeres a l'entorn de simulació i a l'entorn assistencial, la majoria dels quals

conflueixen entre els dos entorns, tot i que presenten matisos en la forma en què s'hi manifesten.

- Identificar factors que influencien l'empoderament a l'entorn assistencial estudiat representa una forma d'identificar molt clarament aquells que hi repercuteixen de forma positiva, així com aquells que hi contribueixen negativament.
- La identificació de factors que influencien l'empoderament de les infermeres a l'entorn de simulació indica que la metodologia no només possibilita el reflex de l'entorn estructural, sinó també de l'ambient, la cultura, les rutines i les pràctiques que es produeixen en aquest.
- La identificació d'aspectes clau promou l'empoderament de les infermeres. A l'entorn assistencial, es produeix principalment a partir de processos de pensament crític que les infermeres realitzen. La metodologia de la simulació afavoreix que, de forma paral·lela al pensament crític, les infermeres identifiquin aspectes clau sobre el seu rol mitjançant les converses reflexives i les crítiques efectuades entre els membres de l'equip, juntament amb les reflexions guiades per la facilitadora i la reflexió que elles mateixes efectuen durant l'acció.
- La possibilitat de millorar individual i col·lectivament promou l'empoderament de les infermeres. La metodologia de simulació afavoreix l'aprenentatge de les professionals de forma segura i controlada, mentre que a l'entorn assistencial estudiat també es produeix aprenentatge, tot i que aquest no succeeix en un entorn segur i controlat, de manera que el procés d'adquisició de coneixements sovint genera percepció d'impotència per a les infermeres.
- En els equips interdisciplinaris corresponents als dos entorns estudiats, aspectes com la comunicació, la coordinació, la cohesió i l'existència de determinades actituds positives afavoreixen l'empoderament de les infermeres, tot i que s'evidencia que a la realitat assistencial habitual són poc freqüents i cal potenciar-los.

- La percepció de seguretat en relació a l'entorn influencia l'empoderament de les infermeres. A l'entorn de simulació, la creació deliberada d'un entorn de seguretat, l'afavoreix. Pel que fa a l'entorn assistencial estudiat, tot i l'adversitat de la situació, existeixen certs aspectes que creen percepció de seguretat per a les infermeres i contribueixen al seu empoderament, com és el fet de generar impacte en les institucions a través de les decisions preses i les accions desenvolupades pel col·lectiu.
- L'impacte emocional implícit en les cures infermeres influencia l'empoderament de les infermeres, tant a l'entorn de simulació com a l'entorn assistencial estudiat.
- La gestió de l'impacte emocional afavoreix l'empoderament de les infermeres. A l'entorn de simulació es realitza de forma metodològica i estructurada, mentre que a l'entorn assistencial es realitza en el si de l'equip. L'absència de gestió de l'impacte emocional genera influència negativa en l'empoderament de les infermeres.

En referència a l'efectivitat de la simulació clínica com a metodologia útil per a promoure l'empoderament de les infermeres:

- Les sessions de simulació dissenyades tenint en consideració criteris metodològics de qualitat, que vetllen per la importància de l'entorn segur i del rol de la facilitadora, juntament amb l'existència d'èmfasi en el poder implícit en el fet de cuidar, representen una forma útil de promoure l'empoderament de les infermeres .
- La simulació clínica permet representar aspectes vinculats a l'empoderament estructural, psicològic i relacional de les infermeres.
- L'evidència obtinguda representa un nou marc d'actuació per a la utilització de la simulació clínica com a metodologia per a promoure l'empoderament de les infermeres a la realitat assistencial.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2014). *Libro Blanco. Título de Grado de Enfermería.*

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Julie, A., Busse, R., Clarke, H i Shamian, J. (2001). Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.43>

Aiken, L. H., Sermeus, W., Heede, K. Van den, Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M ., Bruyneel, L., Rafferty, A., Griffiths, P., Moreo- Casbas, M. T., Tishelman, A. S., Brzostek, T., Kinnunen, J., Scwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Strømseng Sjetne, I., Smith, H.L i Kutney-Lee, A. (2012). *Patient safety , satisfaction , and quality of hospital care : cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States.* 1717(March), 1-14.

<https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>

Alfaro-LeFevre, R. (2021). *Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico en enfermería: un enfoque práctico.* Elsevier.

Appelbaum, S. H., i Honeggar, K. (1998). Empowerment: a contrasting overview of organizations in general and nursing in particular – an examination of organizational factors, managerial behaviors, job design , and structural power. *Empowerment in Organizations*, 6(2), 29-50.

Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.

- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River, NJ.
- Berger, P. L., i Luckmann, T. (1999). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores.
- Bosch, J. L. C., i Rodríguez, J. A. (2004). *Infermeres avui: Com som i com voldríem ser*. Col·legi Oficial Infermeria de Barcelona. Universitat de Barcelona.
- Bradbury-jones, C., Sambrook, S., i Irvine, F. (2008). Power and empowerment in nursing: a fourth theoretical approach. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 258-266. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04598.x>
- Bueno -Ferrán, M., i Barrientos-Trigo, S. (2021). Caring for the caregiver: The emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals. *Enfermería Clínica*, 31, S35-S39. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>
- Carne, B., Kennedy, M., i Gray, T. (2012). Review article: Crisis resource management in emergency medicine. *Emerg Med Australas*, 24(1), 7-13. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2011.01495.x>
- Casal-Angulo, C., Quintillá-Martínez, J. M., i Espinosa Ramírez, S. (2020). Simulación clínica y seguridad en urgencias y emergencias: Emergency Crisis Resource Management (E-CRM). *Emergencias*, 32, 135-137.

Chandler, G. E. (1991). Creating an Environment to Empower Nurses. *Nursing Management*, 22(8), 20-23.

Chandler, G. E. (1992). The source and process of empowerment. *Nursing Administration Quarterly*, 16(3), 65-71.

<https://doi.org/10.1097/00006216-199201630-00011>

Cheng, A., Eppich, W., Sawyer, T., i Grant, V. (2018). *Debriefing: The state of the art and science in healthcare simulation*. En D. Nestel., M. Kelly., B Jolly i M. Watson (Eds.), *Healthcare Simulation Education: Evidence Theory and Practice* (pp 158-164). Wiley Blackwell.

Chmil, J. V. (2016). Prebriefing in Simulation-Based Learning Experiences. *Nurse Educator*, 41(2), 64-65.

<https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000217>

Clapper, T. C. (2014). Situational Interest and Instructional Design : A Guide for Simulation Facilitators. *Simulation & Gaming*, 45(2), 167-182.

<https://doi.org/10.1177/1046878113518482>

Conger, J. A., i Kanungo, R. N. (1988). The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice. *Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.

<https://doi.org/10.5465/amr.1988.4306983>

Consejo Internacional de Enfermeras. (2012). *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Autoedició.

Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. (2013). *Codi d'ètica de les infermeres i infermers de Catalunya*. Autoedició.

- Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya. (2002). *Competències de la professió d'infermeria*. Autoedició.
- Cook, D. A., Hatala, R., Brydges, R., Zendejas, B., Szostek, J. H., Wang, A. T., Erwin, P.J., Hamstra, S. J. (2011). Technology-enhanced simulation for health professions education: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 306(9), 978-988. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1234>
- Corbally, M., Scott, P. A., Matthews, A. (2003). *Nurses' and Midwives' Understanding and Experiences of Empowerment in Ireland: Final Report*. Department of Health and Children.
- Corbally, M., Scott, P. A., Matthews, A., Gabhann, L.M i Murphy, C. (2007). Irish nurses 'and midwives' understanding and experiences of empowerment. *Journal Of Nursing Management*, 15(2). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00626.x>
- Del Pozo-Herce, P., Garrido-García, R., Santolalla-Arnedo, I., Gea-Caballero, V., García-Molina, P., Ruiz de Viñaspre-Hernández i R., Juárez-Vela, R. (2021). Psychological impact on the nursing professionals of the Rioja health service (Spain) due to the SARS-CoV-2 virus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 580. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020580>
- Dieckmann, P., Gaba, D., i Rall, M. (2007). Deepening the Theoretical Foundations of Patient Simulation as Social Practice. *Simul Healthc*. 2(3), 32-35. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3180f637f5>

- Dismukes, R. K., Gaba, D. M., i Howard, S. K. (2006). So Many Roads: Facilitated Debriefing in Healthcare. *Simul Healthc.* 1(1), 23-25.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383.
- Fanning, R. M., Gaba, D.M. (2007). The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare* 2(2), 115-125.
<https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3180315539>
- Fletcher, K. (2006). Beyond Dualism: Leading Out of Oppression. *Nursing Forum*, 41(2), 50-59.
- Foucault, M. (1978). *The Archaeology of Knowledge and the Discourse of Language*. Pantheon Books, New York.
- Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care*, 13(1), 2-10. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.009878>
- Gaba, D. M., Maxwell, M., i DeAnda, A. (1987). Anesthetic Mishaps: Breaking the chain of accident evolution. *Anesthesiology*, 66(5), 670-676.
- Gago-Valiente, F. J., Mendoza-Sierra, M. I., Moreno-Sánchez, E., Arbinaga, F., i Segura-Camacho, A. (2021). Emotional exhaustion, depersonalization, and mental health in nurses from huelva: A cross-cutting study during the SARS-CoV-2 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18157860>

- Gálvez, G. (2017). La reclamación como herramienta de violencia ocupacional: un estudio de la agresión verbal expresada en formularios de reclamación en un hospital general [Tesis]. Barcelona: Departament de Psicologia Social, Universitat Autònoma de Barcelona; 2017. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=153001>
- Gibson, C. H., Mscn, B. N., Coluge, B., i Hill, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Glaser, B. G., i Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldin Pub.Co.
- Glavin, R., i Maran, N. (2003). Integrating human factors into the medical curriculum. *Med Educ.*, 37(1), 59-64. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.37.s1.5.x>
- Guba, E. G., i Lincoln, T. S. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 105-117.
- Hernández-Sampieri, R., Ferández-Collado, C., i Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill Education.
- Hicks, C. M., Bandiera, G. W., i Denny, C. J. (2008). Building a simulation-based crisis resource management course for emergency medicine, phase 1: Results from an interdisciplinary needs assessment survey. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1136-1143. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00185.x>

INACSL Standards Committee. (2016a). INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM. Simulation design. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), S5-S12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.005>

INACSL Standards Committee. (2016b). INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM. Debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), S16-S20. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.008>.

INACSL Standards Committee (2016c). INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Facilitation. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), S16-S20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.007>

INACSL Standards Committee (2016d). INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation-enhanced interprofessional education. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), S34-S38. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.011>.

Jeffries, P. R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating: Simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26(2), 96-103.

Kanter, R. M. (1977). *Men and women of the corporation*. New York: Basic Books.

Kanter, R. M. (1979). Power failure in management circuits. *Harvard Business Review*, 57(4), 65-75.

- Kennedy, S., Hardiker, N., i Staniland, K. (2015). Empowerment an essential ingredient in the clinical environment: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 35(3), 487-492.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.014>
- Klakovich, M. D. (1996). Registered Nurse Empowerment Model Testing and Implications for Nurse Administrators. *Journal of Nursing Administration*, 26(5), 29-35.
- Kolb, A. Y., Kolb, D. A., Passarelli, A., i Sharma, G. (2014). On Becoming an Experiential Educator: The Educator Role Profile. *Simulation Gaming*, 45(2), 204-234. <https://doi.org/10.1177/1046878114534383>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: experiences as the source of learning and development*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Kramer, M., i Schmalenberg, C. (1993). Learning from success: autonomy and empowerment. *Nursing Management*, 24(5), 62-64.
- Kuokkanen, L., i Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: Three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 235-241. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01241.x>
- Kuokkanen, L., i Leino-Kilpi, H. (2001). The qualities of an empowered nurse and the factors involved. *Journal of Nursing Management*, 9(5), 273-280. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2001.00253.x>
- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H., i Katajisto, J. (2002). Do nurses feel empowered? Nurses' assessments of their own qualities and

performance with regard to nurse empowerment. *Journal of Professional Nursing*, 18(6), 328-335.

<https://doi.org/10.1053/jpnu.2002.130245>

Laschinger, H. K. S. (1994). Staff Nurses' and Nurse Managers' Perceptions of Job-Related Empowerment and Managerial Self-Efficacy. *Journal of Nursing Administration*, 24(10), 38-47.

Laschinger, H. K. S., Finegan, J. E., Shamian, J., i Wilk, P. (2004). A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 25(4), 527-545.
<https://doi.org/10.1002/job.256>

Laschinger, H. K. S., Finegan, J. E i Shamian, J. (2001a). Impact of Structural and Psychological Empowerment on Job Strain in Nursing Work Settings. *The Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272.

Laschinger, H. K. S., Finegan, J.E, i Shamian, J. (2001b). Promoting nurses' health: Effect of empowerment on job strain and work satisfaction. *Nursing Economics*, 19(2), 42-52.

Laschinguer, H. K. S., Finegan, J., i Wilk, P. (2009). Context Matters: The Impact of Unit Leadership and Empowerment on Nurses' Organizational Commitment. *The Journal of Nursing Administration*, 39(5), 228-235.

Laschinguer, H. K. S., Leiter, M., i Day, A. (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management*, 17, 302-311.

- León-Castelao, E., i Maestre, J. (2019). Prebriefing en simulación clínica: análisis del concepto y terminología en castellano. *Educación Médica*, 20(4), 238-248. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.011>
- Lethbridge, K., Andrusyszyn, M. A., Iwasiw, C., Laschinger, H. K. S., i Fernando, R. (2011). Structural and psychological empowerment and reflective thinking: Is there a link? *Journal of Nursing Education*, 50(11), 637-645. <https://doi.org/10.3928/01484834-20110817-02>
- Levine, A., DeMaria, S., Schwartz, A.D i Sim, A.J (2013). *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation*. Springer.
- Lioce, L., Lopreiato, J., Downing, D., Chang, T. P., Robertson, J. M., Anderson, M., Diaz D.A i Spain, A. E. i el Terminology and Concepts Working Group (2020). *Healthcare Simulation Dictionary*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Macià-Casòliva, L., Selva-Olid, C., Riera-Claret, C (2022). Empoderamiento de las enfermeras durante la pandemia de COVID-19 en una unidad de nueva creación. *Metas Enferm*, 25(10),7-13.
<https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2022.25.1003082025>
- Maestre, J. M., i Rudolph, J. W. (2015). Theories and styles of debriefing: The good judgment method as a tool for formative assessment in healthcare. *Revista Espanola de Cardiologia*, 68(4), 282-285.

- Maestre, J. M., Szyld, D., Moral, I., Ortiz, G., i Rudolph, J. W. (2014). La formación de expertos clínicos: la práctica reflexiva. *Revista Clínica Española*, 214(4), 216-220. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2013.12.001>
- Maestre, J.M., Pedraja, J., Herrero, L., Cano, M., Rojo, E., Suárez, C., i Fariñas-Alvarez, C. (2018). Clinical simulation for quality improvement in the care of postpartum haemorrhage. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(2), 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.01.002>
- Manojlovich, M. (2005). Linking the Practice Environment to Nurses ' Job. *Journal of nursing scholarship*, 37(4), 367-373.
- Manojlovich, M. (2007). Power and empowerment in nursing: looking backward to inform the future. *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol12No01Man01>
- Manojlovich, M., i Laschinger, H. K. S. (2002). The relationship of empowerment and selected personality: Characteristics to nursing job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 32(11), 586-595. <https://doi.org/10.1097/00005110-200211000-00006>
- Manzano-García, G., i Ayala-Calvo, J. C. (2021). The threat of COVID-19 and its influence on nursing staff burnout. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 832-844. <https://doi.org/10.1111/jan.14642>
- Martínez-Gonzalez, M., Monreal-Bosch, P., Perera, S. i Selva, C. (2016). Organizaciones de Salud Pública: ¿Liderazgo o Gestión?. *Athenea digital*, 16(3), 245-257. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1706>

- Martínez-Martín, M. L., i Chamorro-Rebollo, E. (2017). *Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero*. Elsevier.
- Maykut, P., i Morehouse, R. (1999). *Investigacion Cualitativa. Una guía práctica y filosófica*. Barcelona: Hurtado.
- Moriel-Corral, L., Pizarro, N., Hernández-Hernández, H., i Bonilla-Loyo, E. (2012). Empoderamiento de enfermería como profesión y sujeto social: Caso Chihuahua. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 27 (30). <https://doi.org/10.15198/seeci.2012.27.30-38>
- Morse, J. M. (2015). Analytic strategies and sample size. *Qualitative Health Research*, 25(10), 1317-1318.
<https://doi.org/10.1177/1049732315602867>
- Murray, W. B., i Foster, P. A. (2000). Crisis resource management among strangers: Principles of organizing a multidisciplinary group for crisis resource management. *Journal of Clinical Anesthesia*, 12(8), 633-638.
[https://doi.org/10.1016/S0952-8180\(00\)00223-3](https://doi.org/10.1016/S0952-8180(00)00223-3)
- Obregón-Gutiérrez, N., Puig-Calsina, S., Bonfill-Abella, A., Forrellat-González, L., i Subirana-Casacuberta, M. (2021). “Care left undone” and quality of care during the COVID-19 pandemic: Influential factors and modulating strategies. *Enfermería Clínica*, 32(1).
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.06.003>
- OMS. (2020). *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo*. Organización Mundial de la Salud.

Palaganas, J. C., Epps, C., i Raemer, D. B. (2014). *A history of simulation-enhanced interprofessional education. Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 110-115. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.869198>

Palés-Argullós, J. L., i Gomar-Sancho, C. (2010). El uso de las simulaciones en educación médica. *Education in the Knowledge Society*, 11(2), 147–170. <https://doi.org/10.14201/eks.7075>

Raurell-Torredà, M (coord.), Bonmartí Tomás, A., Castillo Garcia, J., Chabrera Sanz, C., Enjo Pérez, I., Farrés Tarafa, M., García Gamez, M., García-Font, Munt., García-Mayor, S., Gómez-Ibáñez, R., Gozález Pujol, A., Hidalgo Blanco, M.A., Kaknani Uttumchandani, Shakira., Lamoglia Puig, M., León Campos, Á., León-Castelao, E., López Leiva, I., Martí Garcia, C., Morales Asencio, J.M.,...Zaragoza García, I. (2019). *La evaluación de las competencias en profesionales de la salud mediante la metodología de la simulación*. Barcelona: Ediciones Octaedro.

Reznek, M., Smith-Coggins, R., Howard, S., Kiran, K., Harter, P., Sowb, Y i Krummel, T. (2003). Emergency Medicine Crisis Resource Management (EMCRM): Pilot Study of a Simulation-based Crisis Management Course for Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine*, 10(4), 386-389. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2003.tb01354.x>

Riera, C. (2013). *Aprenentatge entre iguals i aprenentatge informal a l'organització. Plantejament d'un nou itinerari d'investigació per a*

l'Aprenentatge organitzatiu. [tesis]. Universitat Autònoma de Barcelona, Disponible a: www.tdx.cat/handle/10803/125862

Riera, C., i Espino Datsira, S. (coords). (2021). *Simulación. De la estrategia institucional al caso concreto*. Barcelona: Editorial Graó.

Riera, C., Sahagún, M.Á. i Selva, C. (2020). Peer and informal learning among hospital doctors: An ethnographic study focused on routines, practices and relationships. *Journal of Workplace Learning*, 32(4), 285-301. <https://doi.org/10.1108/JWL-11-2018-0141>

Roberts, S. J. (1983). Oppressed group behavior implications for nursing. *Advances in Nursing Science*, 5(4), 21-30.

Roussin, C. J., Larraz, E., Jamieson, K., i Maestre, J. (2018). Psychological Safety, Self-Efficacy, and Speaking Up in Interprofessional Health Care Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 17, 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.12.002>

Roussin, C. J., i Weinstock, P. (2017). SimZones: An Organizational Innovation for Simulation Programs and Centers. *Academic Medicine*, 92(8), 1114-1120. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001746>

Rudolph, J. W., Raemer, D. B., i Simon, R. (2014). Establishing a Safe Container for Learning in Simulation: the role of presimulation debriefing. *Simul Healthc*. 9(6), 339-349. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000047>

Rudolph, J. W., Simon, R., Dufresne, R. L., i Raemer, D. B. (2006). There ' s No Such Thing as “ Nonjudgmental ” Debriefing : A Theory and Method for Debriefing with Good Judgment. *Simul Healthc*, 1(1), 49-55.

Rudolph, J. W., Simon, R., i Raemer, D. B. (2007). Which reality matters? Questions on the path to high engagement in healthcare simulation. *Simul Healthc*, 2 (3), 161-163.

<https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e31813d1035>

Rudolph, J. W., Simon, R., Rivard, P., Dufresne, R. L., i Raemer, D. B. (2007). Debriefing with Good Judgment : Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiol Clin*. 25 (2), 361-376.

Ruiz-Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Sabison, J., i Laschinger, H. K. S. (1995). Staff Nurse Work Empowerment and Perceived Autonomy Testing Kanter's Theory of Structural Power In Organizations. *Journal of Nursing Administration*, 25(9), 42-50.

Sánchez, B. (2002). Identidad y empoderamiento de la profesión de enfermería. *Avances en Enfermería*, 20(1), 22-32.

Schmieding, N. J. (1993). Nurse Empowerment Through Context, Structure and Process. *Journal of Professional Nursing*, 9(4), 239-245.

Selva, C. i Tresserra, O. (2013). Flexibilidad global, sinécdoque de progreso. *Athenea Digital*, 14(2),197-202.

<http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1226>

- Shinnick, M. A., Woo, M., Horwich, T. B., i Steadman, R. (2011). Debriefing: The Most Important Component in Simulation? *Clinical Simulation in Nursing*, 7(3), 105-111. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2010.11.005>
- Siu, H., Laschinger, H. K. S., i Vingilis, E. (2005). The effect of problem-based learning on nursing students' perceptions of empowerment. *The Journal of Nursing Education*, 44(10), 459-469.
- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management*, 38, 1442-1465.
- Spreitzer, G. M. (1997). *Toward a common ground in defining empowerment*. En W. A. Pasmore i R. W. Woodman. (Eds.), *Research in organizational change and development, Vol. 10. An annual series featuring advances in theory, methodology, and research*. (31-62). Elsevier Science/JAI Press.
- Spreitzer, G. M. (2008). *Taking stock: A review of more than twenty years of research on empowerment at work*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781849200448.n4>
- Streubert, H. J., i Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the humanistic Imperative* (5a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Taylor, S., i Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos* (3a ed.) Ediciones Paidós.

TERMCAT, Centre de Terminologia. *Diccionari d'infermeria* [en línia].
Barcelona: TERMCAT, Centre de Terminologia, cop. 2008.
(Diccionaris en Línia).

Thomas, K. W., i Velthouse, B. A. (1990). Cognitive Elements of Empowerment:
An "Interpretive" Model of Intrinsic Task Motivation. *Academy of
Management Review*, 15(4), 666-681.
<https://doi.org/10.5465/amr.1990.4310926>

Upenieks, V. (2003). Nurse Leaders' Perceptions of What Compromises
Successful Leadership in Today's Acute Inpatient Environment. *Nurs
Adm Q.* 27(2)140-152.

Vásquez, M. L., Ferreira, M. R., Mogollón, M. A., Fernández, J., Delgado, E., i
Vargas, I. (2006). *Introducción a las Técnicas Cualitativas de
Investigación Aplicadas en Salud: cursos GRAAL 5* (1a ed.).
Bellaterra: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de
Barcelona.

Vázquez-Mata, G., i Guillamet-Lloveras, A. (2009). El entrenamiento basado en
la simulación como innovación imprescindible en la formación médica.
Educación Médica, 12(3), 149-155. [https://doi.org/10.4321/s1575-
18132009000400004](https://doi.org/10.4321/s1575-18132009000400004)

Wagner, J., Cummings, G. G., Smith, D. L., Olson, J. K., Anderson, L., i
Warren, S. (2010). The relationship between structural empowerment
and psychological empowerment for nurses : A systematic review. *J*

Nurs Manag, 18(4), 448-462 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01088.x>

Weston, M.J. (2008). Defining control over nursing practice and autonomy. *Journal of Nursing Administration*, 38, 404-408.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.NNA.0000323960.29544.e5>

WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. World Health Organization

Wilson, B., i Laschinger, H. (1994). Staff Nurse Perception of Job Empowerment and Organizational Commitment A Test of Kanter's Theory of Structural Power in Organizations. *Journal of Nursing Administration*, 24(4), 39-47.

Woodward, K. F. (2020). Individual nurse empowerment: A concept analysis. *Nursing Forum*, 55(2) 136-143. <https://doi.org/10.1111/nuf.12407>

Zabalegui, A. (2009). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.

ANNEXOS

**ANNEX 1: Full de consentiment informat per a les entrevistes
de l'entorn de simulació clínica.**

Jo, _____ de ___ anys d'edat, amb DNI _____.

AUTORITZO a Laura Macià i Casòliva a recollir les dades pertinents per a la present investigació, que porta per títol Empoderament de les infermeres i simulació clínica interdisciplinària, a través de la realització d'entrevistes i a fer-ne l'ús que la investigadora en consideri pertinent.

DECLARO ser coneixedor del fet que les dades s'usaran únicament amb finalitzat científica o de difusió de coneixement.

Accedeixo a que la meva entrevista sigui enregistrada, i que les dades siguin tractades de forma pertinent per a extreure'n conclusions relacionades amb la temàtica d'estudi. Sóc conscient que les dades seran tractades de forma confidencial, amb respecte per la meva intimitat i seguint garanties de la Llei de Protecció de Dades de Caràcter Personal. Així mateix, tinc el dret d'accedir a aquestes dades, rectificar-les i cancel·lar-les, voluntat que podré comunicar a la investigadora de forma escrita en qualsevol punt de la investigació.

Declaro que he llegit aquest document de forma detinguda i en conec el contingut, comprenc els compromisos que es proposen i els accepto.

Rebo una còpia d'aquest consentiment,

_____, a ___ de _____ de 20__

Signat el/la Participant

Signat la Investigadora

**ANNEX 2: Full de consentiment informat per a les entrevistes
de l'entorn assistencial**

Jo, _____ de ____ anys d'edat, amb DNI _____.

AUTORITZO a Laura Macià i Casòliva a recollir les dades pertinents per a la present investigació, que porta per títol Empoderament de la professió infermera durant la pandèmia de la COVID, a través de la realització d'entrevistes i a fer-ne l'ús que la investigadora en consideri pertinent.

DECLARO ser coneixedor del fet que les dades s'usaran únicament amb finalitat científica o de difusió de coneixement.

Accedeixo a que la meua entrevista sigui enregistrada, i que les dades siguin tractades de forma pertinent per a extreure'n conclusions relacionades amb la temàtica d'estudi. Sóc conscient que les dades seran tractades de forma confidencial, amb respecte per la meua intimitat i seguint garanties de la Llei de Protecció de Dades de Caràcter Personal. Així mateix, tinc el dret d'accedir a aquestes dades, rectificar-les i cancel·lar-les, voluntat que podré comunicar a la investigadora de forma escrita en qualsevol punt de la investigació.

Declaro que he llegit aquest document de forma detinguda i en conec el contingut, comprenc els compromisos que es proposen i els accepto.

Rebo una còpia d'aquest consentiment,

....., a dede 202

Signat el/la Participant

Signat la Investigadora

ANNEX 3: Glossari de codis utilitzats

Actituds positives	Aquest codi agrupa aquelles situacions on les infermeres fan referència a l'existència de certes actituds que elles identifiquen com a positives entre els membres de l'equip interdisciplinari. També s'utilitza quan les infermeres reflexionen específicament sobre aquestes actituds i les conseqüències que aquestes generen en elles.
Anticipació	S'aplica en aquelles situacions on les infermeres fan referència a la importància que té el fet d'anticipar els successos. Es relaciona amb qüestions organitzatives i estructurals, tot i que també s'utilitza quan les verbalitzacions es vinculen a la informació rebuda, així com a l'adquisició o falta d'adquisició de coneixements davant una situació determinada.
Aprenentatge entre els membres de l'equip	Es refereix a aquelles situacions on les infermeres manifesten que han après a partir de veure com treballen altres professionals, tant a l'entorn de simulació clínica, com a la realitat assistencial estudiada.
Aprenentatge a través de la pràctica	Aquest codi recull totes aquelles situacions on les infermeres refereixen que han après a partir de la pròpia pràctica, tant a l'entorn de simulació clínica, com a la realitat assistencial estudiada.
Autoconfiança	Inclou totes aquelles manifestacions realitzades per les infermeres que fan referència a la seva pròpia confiança cap a elles mateixes, així com en relació a la seva forma de treballar o prendre decisions. D'aquesta manera, s'aplica en aquelles ocasions en què les infermeres expressen convenciment en les seves creences o forma de desenvolupar una tasca o acció. No fa referència a aquelles situacions on la persona manifesta eficàcia envers les seves accions o pensaments.
Autoeficàcia	Fa referència a manifestacions on el professional o participant es sent capaç de realitzar una tasca o acció de forma exitosa, en base als seus coneixements, habilitats i actituds. Es pot percebre abans o després de realitzar la tasca o acció. No fa referència a aquelles situacions on la persona expressa confiança cap al seu propi rol professional i/o les seves accions o pensaments.
Autonomia	S'aplica en aquelles situacions on les infermeres fan referència a la possibilitat de decidir en base a les seves conviccions i creences, tant en relació a les tasques que realitzen en el context assistencial, com en referència al propi rol, o dins l'equip interdisciplinari.
Cohesió equip	Fa referència a aquelles situacions on la persona manifesta un gran sentit de pertinença i suport entre els membres de l'equip. També fa referència a aquelles situacions que han permès millorar la cohesió de l'equip interdisciplinari, o aquelles situacions on es posa en rellevància la importància de la cohesió entre els membres de l'equip interdisciplinari.
Comunicació equip	Implica totes aquelles aportacions que es relacionen amb la importància de la comunicació entre els membres de l'equip interdisciplinari, tant en entorns de simulació com assistencials.
Coordinació equip	S'aplica en situacions on les infermeres realitzen referències a la importància de la coordinació entre els membres de l'equip interdisciplinari, tant en entorns de simulació com assistencials.

	S'aplica tant en converses com en situacions on es parla explícitament de maneres de millorar la coordinació entre els membres de l'equip.
Conversa reflexiva	Aquest codi s'utilitza en aquelles situacions on es produeix identificació d'aspectes clau a partir d'un procés de conversa reflexiva entre els participants a la sessió de simulació. És a dir, s'utilitza quan la identificació d'aspectes claus succeeix arrel de la interacció entre ells. També s'utilitza quan les infermeres realitzen verbalitzacions explícites en relació a la importància i potencial d'aquest tipus de conversa.
Capacitat d'adaptació	S'aplica quan les infermeres realitzen apreciacions que posen de manifest la seva pròpia capacitat d'adaptació davant situacions canviants. També s'utilitza quan es realitzen reflexions sobre la rellevància de l'anticipació en relació a l'assistència i al rol de les infermeres
Característiques de l'entorn estructural	S'utilitza en relació a les verbalitzacions que realitzen les infermeres respecte als trets que caracteritzen l'entorn de treball, així com també l'entorn on es desenvolupa l'activitat de simulació clínica. També s'utilitza quan realitzen reflexions respecte l'efecte de l'entorn en la forma de proporcionar cures i sobre el seu rol professional.
Expertesa	S'aplica quan les infermeres fan referència a la seva expertesa, les conseqüències que aquesta genera en l'equip i en l'activitat professional i a la importància d'aquesta.
Emissió de crítiques entre els membres de l'equip	S'utilitza quan, durant la conversa reflexiva de debriefing, apareixen crítiques entre els membres de l'equip que resulten determinants per focalitzar i dirigir la conversa. D'aquesta manera, engloba aquelles situacions on l'emissió de crítiques entre els membres de l'equip interdisciplinari ha contribuït a la identificació d'aspectes claus. S'utilitza en aquelles situacions on la persona participant pot expressar la seva visió i opinió sobre les accions succeïdes, i on sovint es manifesten òptiques diferents en relació a un mateix concepte. Aquest codi s'aplica tant en situacions on les infermeres efectuen crítiques, com en aquelles situacions on les crítiques són efectuades cap a infermeria.
Evitar el desconeixement	S'utilitza en aquelles ocasions on les infermeres realitzen verbalitzacions en relació a la importància que té per a elles el fet de disposar dels coneixements necessaris per a desenvolupar una tasca amb èxit. Per tant, també fa referència a aquelles situacions on es destaca l'efecte negatiu del desconeixement per a l'empoderament de les infermeres, i la importància de prevenir-lo. També s'utilitza en aquelles ocasions on les professionals reflexionen sobre formes efectives per a evitar el desconeixement.
Extrapolar a altres realitats	Aquest codi fa referència a totes aquelles situacions on les infermeres identifiquen la possibilitat de transferir tot allò après (tant en context de realitat com en les sessions de simulació), a la vida laboral real de forma posterior. S'utilitza quan el procés de transferència es produeix arrel de la intervenció del facilitador (i per tant es produeix de forma conscient), i també quan el propi participant és capaç de relacionar una situació viscuda amb una altra (de forma inconscient).

El poder inherent al fet de cuidar	Fa referència a aquelles situacions on les infermeres expressen el potencial implícit en el fet de cuidar i tenir cura de les persones.
Gestió de l'impacte emocional	Aquest codi s'utilitza en aquelles situacions on s'evidencia l'existència d'un procés que permet gestionar les emocions viscudes per les infermeres. Es refereix també a aquelles situacions on les infermeres efectuen referències o reflexions respecte l'existència, importància i característiques d'aquest procés de gestió emocional
Impacte emocional	Aquest codi s'aplica en aquelles situacions on les infermeres fan referència a les emocions implícites en les accions i successos que tenen lloc a les sessions de simulació clínica, així com a les emocions implícites en el dia a dia laboral real. També fa referència a les situacions on l'impacte emocional es fa palès durant la conversa reflexiva.
Identificar l'error genera aprenentatge	S'aplica en aquelles situacions on les infermeres manifesten haver après d'una situació d'error després de produir-se un procés reflexiu al voltant del fet.
L'error no causa dany	Aquest codi fa referència a aquelles manifestacions efectuades per les infermeres en què identifiquen el potencial de la simulació com a entorn segur, on l'error no genera conseqüències sobre la pacient ni sobre el propi professional. Així mateix, també s'aplica en aquelles situacions del context assistencial real estudiat on les infermeres realitzen reflexions en relació als errors potencials que podien tenir lloc en la situació estudiada degut a les conseqüències de l'extremisme d'aquesta.
La formació de les infermeres és important	Comentaris o reflexions que fan referència al valor i utilitat (en positiu) de la formació de les infermeres. Aquests comentaris provenen de les pròpies infermeres, i també d'altres professionals. També fa referència a factors que s'associen com a positius en la formació de les infermeres.
Orgull	S'aplica en aquelles situacions on les infermeres manifesten explícitament sentir-se orgulloses de la seva professió i de ser-ne part. També s'aplica en aquelles situacions on les infermeres expressen sentiment d'orgull en relació a les tasques o accions realitzades per elles mateixes i les conseqüències i impacte que aquestes generen.
Pensament crític	Fa referència a aquelles situacions on les infermeres examinen , avaluen i analitzen una situació que han viscut, en base als seus coneixements o conviccions. També s'aplica en aquelles situacions on les infermeres verbalitzen els motius que les han portat a actuar d'una forma determinada.
Predisposició	Aquest codi s'aplica en aquelles situacions on les infermeres realitzen reflexions o verbalitzacions relacionades amb la predisposició que elles mateixes demostren o han demostrat en determinades situacions.
Rebuda de suport i reconeixement	S'utilitza quan apareixen referències efectuades per les pròpies infermeres en relació a la gestió organitzativa de la situació de pandèmia i a les mesures de recolzament percebudes per les infermeres en el context i període assistencial estudiat.

Rellevància de les tasques desenvolupades per les infermeres	Fa referència a totes aquelles situacions que es relacionen amb el procés de presa de consciència de la necessitat de comptar amb el rol de la infermera en el desenvolupament d'una situació, o dins d'un equip assistencial. S'aplica tant quan la infermera pren consciència d'aquesta necessitat com en situacions on un altre participant posa en rellevància el rol de la infermera.
Reforç verbal	Fa referència a situacions on es produeix persuasió verbal entre professionals. S'acostuma a observar persuasió verbal en les converses de debriefing. Sovint aquest procés succeeix entre professionals de diferents rols professionals. La majoria de vegades aquest procés de persuasió verbal va associat als esdeveniments observats durant l'escenari de simulació clínica. També s'utilitza en situacions on les infermeres reflexionen sobre el reforç verbal esdevingut a l'entorn assistencial estudiat.
Reflexió durant l'acció	Aquest codi s'utilitza en aquelles situacions on s'evidencia o es fa referència al procés de reflexió que efectuen les infermeres al realitzar una acció. Implica una forma d'identificació d'aspectes importants que sorgeix quan la infermera reflexiona al dur a terme una acció a l'escenari de simulació. És habitual que la pròpia infermera efectui aquest tipus de reflexions, tot i que el codi també s'utilitza quan altres professionals realitzen apreciacions al respecte. Es diferencia del codi Reflexió guiada pel facilitador, degut a que la reflexió parteix de les pròpies infermeres participants, no del facilitador. També es diferencia de converses reflexives perquè en elles és la interacció entre els participants que fomenta els processos d'identificació.
Reflexió guiada per la facilitadora	Aquest codi representa aquelles situacions on es produeix identificació d'aspectes clau a partir de les aportacions realitzades pels facilitadors de la sessió de simulació, així com a conseqüència de la forma en què el facilitador dirigeix la conversa de simulació.
Reflex d'altres realitats	Aquest codi s'utilitza en aquelles situacions on es produeixen manifestacions o aportacions en relació a la fidelitat estructural o psicològica de l'entorn de simulació. Fa referència a les verbalitzacions explícites sobre aquest fet per part dels participants, així com a les efectuades per part dels facilitadors.
Satisfacció	Aquest codi fa referència a aquelles situacions on les infermeres manifesten sentir satisfacció vers un succés o acció, on han estat implicades. També s'aplica quan les infermeres expressen satisfacció en relació a les característiques del seu propi rol professionals.
Visibilitat i agraïment social	S'aplica en situacions on les infermeres realitzen referències a factors vinculats a l'augment de la visibilitat i les conseqüències que aquest fet té per a la pròpia professió.
Verbalitzacions sobre el sentit de la pràctica infermera	Aquest codi s'utilitza per a agrupar aquelles situacions on les infermeres realitzen verbalitzacions que estableixen que, per a elles, té sentit formar part de la professió i realitzar les tasques que duen a terme.