

Actuació professional de la infermera en situacions crònic/terminals.

Impacte psicològic en la concepció del cuidar i alternatives de solució.

10^a Edició de Màster en Gestió i Administració en Infermeria.

**Escola Universitària
d'Infermeria "SANTA
MADRONA"**

M^a Dolors Martín de Toro

Treball dirigit pel professor: Jose Tejada

Comisió avaluadora

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretari
José Tejada	Vocal
Marisol Rodríguez	Vocal

Presentat en data: 27 de novembre de 2007

Aceptat en data: gener de 2009

Queda prohibida qualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

0. INDEX

1.JUSTIFICACIÓ	1
2.OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ	5
2.0 Hipòtesis	5
2.1 Objectius generals	5
2.2 Objectius específics	5
3. MARC TEÒRIC	6
3.1 L'estrès	6
3.1.1 Introducció	6
3.1.1.1 Definició	7
3.1.1.2 Estrès negatiu	10
3.1.1.3 Estrès positiu	11
3.1.1.4 Arribar a l'equilibri	11
3.1.1.5 Signes i símptomes de l'estrès	12
3.1.1.6 Model interpretatiu de l'estrès en equip	14
3.1.1.6.1 Taula I: Estressors interns i externs i les seves reaccions	15
3.1.1.6.2 Taula II: Conseqüències positives i negatives de l'estrès	17
3.1.1.6.3 Taula III: Mediadors que modifiquen la seqüència estrès-reacció-conseqüència	17
3.1.1.6.4 Estrès i infermeria	18
3.1.1.7 Estrès davant la mort	18
3.1.1.8 Síndrome Burn-out	19
3.1.1.8.1 Introducció	19
3.1.1.8.2 Reptes per la infermeria	19
3.1.1.8.3 Comunicació i procés relacional	20

3.1.1.8.4 Relació inter-personal, estrès i esgotament	22
3.1.1.9 Les emocions i l'estrès	23
3.1.2 Definició de la competència professional	27
3.1.2.1 Professi6-Professionalitat-Competència	27
3.1.2.2 Competències de la professió d'Infermeria	31
3.1.2.3 Les competències de la infermeria en cures pal·liatives	59
3.1.2.3.1 Principis bàsics d'actuació de la infermera	60
3.1.3 Les cures pal·liatives	62
3.1.3.1 Definició de la Societat Espanyola	64
3.1.3.2 Pacients subsidiaris de rebre cures pal·liatives	66
3.1.3.3 Objectius del tractament pal·liatiu	67
3.1.3.4 Característiques de les cures pal·liatives	67
3.1.3.5 Formació d'infermeria de cures pal·liatives	68
3.1.3.6 Qualitats a desenvolupar per la infermeria d'una Unitat de cures intensives	71
3.1.4 La família i el malalt de cures pal·liatives	72
3.1.4.1 Introducció	72
3.1.4.1.1 La influència d'un problema de salut sobre la dinàmica familiar	72
3.1.4.2 Competències i habilitats requerides per la infermera	74
3.1.4.2.1 La intervenció de la infermera	76
3.1.4.2.2 El rol de la infermera davant de la pèrdua	77
3.1.4.2.3 El rol de la infermera davant del procés de dol	78
3.1.4.2.4 Acurats donats a la família en el context de la malaltia en fase terminal	79
3.1.4.3 La família i la malaltia en fase terminal	80
3.1.4.3.1 Les relacions entre el pacient, la seva família i la infermera	81

3.1.4.3.2 La pèrdua de l'ésser estimat	81
3.1.4.3.3 El procés de dol	83
4.MARC EMPÍRIC	84
4.1 Hipòtesis	84
4.2 Variables	84
4.3 Entorns	85
4.4 Metodologia	86
4.5 Població i mostra	86
4.6 Instruments emprats	90
5.RESULTATS DEL MARC EMPÍRIC	92
5.1 Anàlisi descriptiu	92
5.1.1 Coneixements	93
5.1.2 Valoració de les competències d'infermeria segons les habilitats i les actituds	96
5.2 Anàlisi inferencial	122
5.2.1 Desenvolupament de les competències professionals segons l'hospital de referència	124
5.2.2 Competència professional en relació a l'estat civil	129
5.2.3 Anàlisi de les competències professionals en funció del tipus de contracte	133
5.2.4 Anàlisi de les competències professionals en funció dels torns de treball	137
5.2.5 Anàlisi de les competències professionals en funció de la formació continuada	142
5.3 Conclusions	147
5.3.1 Conclusions anàlisi descriptiu	148
5.3.2 Conclusions de l'anàlisi inferencial	165
5.3.3 Conclusions generals	169

6.PROPOSTES DE LA INVESTIGACIÓ	172
---------------------------------------	------------

7. BIBLIOGRAFIA	174
------------------------	------------

1. JUSTIFICACIÓ.

Els estudis científics que es refereixen a la relació de l'estrès vers la professió d'infermeria, ens delaten múltiples factors concomitants, la majoria d'ells relacionats amb la persona o amb l'Organització en la qual s'exerceix la professió.

No obstant, existeix un factor clau que relaciona tots els factors multicausants d'estrès, que és: la pròpia competència d'infermeria. Pot passar que es doni un desequilibri entre el que la infermera creu, el que és la seva competència amb el que realment significa el seu propi rol com a tal, o pot existir que la infermera no vetlli per l'actualització de la seva competència.

L'objectiu d'aquest estudi és veure com influeix la competència professional en l'estrès del professional. Influeix com a causant o com a recurs d'estrès?.

El rol de la infermera podria desenvolupar-se més àmpliament en la seva pràctica diària assistencial. Aquest rol posseeix més possibilitats de les que realment s'apliquen. O bé perquè existeixen limitacions organitzacionals o bé perquè és un rol que està poc o mal definit per la infermera que ho exerceix.

No avaluem la competència professional per a dictaminar si una infermera és o no competent. La infermera s'autoavalua constantment perquè

disposa dels coneixements necessaris i de la capacitat necessària per fer-se el pensament reflexiu i crític del seu exercici.

Avaluem la competència professional d'infermeria com a recurs d'estrès. La infermeria és una professió que posseeix un rol autònom, basat en les funcions classificades en independència, interdependent i dependència.

La infermera executa aquest rol al costat de les persones i dels seus familiars, ajudant-los a viure la seva situació de salut o de pertorbació de la seva salut.

El rol autònom integra el conjunt de destreses, actituds i valors associats al servei específic que ofereixen els professionals de la infermeria en la seva pràctica. Aquest rol està basat en la presa de decisions que depenen exclusivament de la iniciativa de la infermera. Aquest rol està configurat per aconseguir l'autonomia i la qualitat de vida de les persones i dels seus familiars en relació amb el seu entorn.

La intervenció de la infermera amb la família està basada en l'entrevista terapèutica. Intervenció per la qual la infermera posseeix unes habilitats relacionades amb la percepció, la concepció i la realització.

La infermera entén que la família és una cèl·lula vital per a la salut humana. La cèl·lula familiar és, en efecte, el context més important dintre del qual evoluciona la salut de l'individu.

La família influeix de manera significativa sobre les creences dels seus membres, les seves actituds i comportaments relacionats amb la salut i la malaltia. En efecte, els membres de la família s'influencien mútuament en l'adopció de comportaments favorables o nefasts en relació a la salut.

Indiscutiblement, la dinàmica familiar influeix enormement en l'evolució de la malaltia (Fabie Duhamel, 1995).

De totes maneres, la infermera adopta la concepció de que, pacient, família i infermera són éssers diferents i no com elements interrelacionats. No obstant, la tendència de les ciències de la infermeria és la modificació d'aquest apropament i optar cap a una comprensió sistemàtica envers la família que viu un problema de salut.

Les infermeres modifiquen les seves habilitats en la clínica fent participar a la família en les cures de salut. Aquest, és un fet real que viu la infermera en la seva pràctica diària, fet que ve marcat per unes exigències explícites del moment en el que es troba la professió d'infermeria.

Reprement les variables del nostre estudi d'hipòtesis, estudiem al professional d'infermeria que tracta als malalts pal·liatius terminals.

És conegut científicament que la malaltia pal·liativa terminal provoca estrès en el professional d'infermeria per les característiques que comporta aquesta malaltia. No s'ha d'oblidar que la malaltia per si mateixa, provoca estrès al pacient i a la família, i quan parlem de la malaltia crònic-pal·liativa, la situació d'estrès del pacient moribund i de la família, és extrem. El fet de proporcionar alleugeriment al estrès físic o emocional dels demés, durant un temps llarg, produeix amb freqüència, cansament i desgast emocional sever.

Aquest esgotament existeix en diversos camps de la medicina, però on és més incident, demostrat mitjançant estudis científics, és en el cuidar, del pacient crònic-terminal, on de fet s'intenta, més que curar, alleugerir, donar confort i/o ajudar a morir dignament.

Aquesta és una exigència que ens ve donada pel propi pacient, per la pròpia família del pacient, i pel professional. El professional d'infermeria ha de respondre a les necessitats d'aquest pacient en el sentit ampli dels conceptes, pacient terminal i família.

La infermera posseeix la competència professional per a donar l'enfocament holístic i humanístic de la persona. Si la infermera respon amb els coneixements, les habilitats i les actituds adequades a aquesta situació, sens dubte es mantindrà l'equilibri entre l'estrès que ens provoca el síndrome de desgast i l'estrès bo, pel desenvolupament d'una acció terapèutica.

2. OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ.

2.0 HIPÒTESIS

El nivell d'estrès dels professionals d'infermeria que treballen amb pacients crònic-terminals depèn del seu nivell de competència professional.

2.1 OBJECTIU GENERAL:

- **Disminuir el nivell d'estrès en el personal d'infermeria.**
- Conèixer com influeix la competència professional en l'estrès del professional. Influeix com a causant o com a recurs?.

2.2 OBJECTIUS ESPECÍFICS:

- Conèixer els causants d'estrès.
- Conèixer les competències professionals que defineixen el rol d'infermeria.
- Conèixer la conceptualització de la malaltia crònic – terminal i com influeix en la dinàmica familiar.

3. MARC TEÒRIC

3.1 L'ESTRÈS

3.1.1 INTRODUCCIÓ

A les últimes dècades un gran número d'investigacions, han posat de manifest que el personal sanitari i particularment el personal d'infermeria, està sotmès a alts nivells d'estrès en el seu treball.

La definició de l'estrès és complexa i ha estat objecte de continus debats per part d'experts de diverses disciplines. Aquest terme ha estat utilitzat sota quatre formes diferents, és a dir, com: una condició ambiental, una percepció d'una condició ambiental, una resposta a una condició ambiental i una forma de relació entre les demandes ambientals i la capacitat individual per fer front a aquestes demandes.

(Lazarus i Folkman, 1990; 205), ho defineixen com “una relació transaccional entre la persona i l'ambient, avaluat per l'individu com que excedeix les seves possibilitats i recursos per afrontar-la”. En altres paraules, l'estrès resultaria del fracàs de l'individu per afrontar amb èxit les demandes personals i/o ambientals.

Els components de l'estrès són: els estressors (factors de risc), les manifestacions en el estat de salut, que apareixen a curt i a llarg plaç front a l'estrès, i els factors modificadors del procés de l'estrès.

Es defineixen com estressors aquells estímuls, esdeveniments o condicions que afecten al individu.

Segons la definició de Baker (Baker, 1986; 130), els defineix com un succés ambiental o estat que pot produir estrès. S'han identificat un gran número i varietat de factors causals de l'estrès en el treball de les infermeres. Aquests poden dividir-se en dos grups: els específics de la professió, que suposen una alta implicació emocional, i els relacionats amb l'organització del treball, comuns a altres professions.

L'estudi de l'estrès, causes, factors i mecanismes disponibles per l'adaptació, pot contribuir de forma positiva en el desenvolupament i realització professional; en conseqüència, en un major equilibri personal i una millor cura dels pacients i les seves famílies.

3.1.1.1 Definició:

L'estrès és un fenomen d'adaptació dels éssers humans que contribueix en gran part a la seva supervivència, a un adequat rendiment en les seves activitats i a un desenvolupament eficaç a moltes esferes de la vida.

Constitueix una part essencial i necessària a les nostres vides, un resultat inevitable entre nosaltres mateixos i l'ambient que ens envolta.

Altres autors el defineixen com:

- Esforç esgotador per mantenir les funcions essencials al nivell requerit. (Peiró, 1993; 9).
- Frustració i amenaça que no pot reduir-se. (Ruff.G., 1967; 298).
- Situacions noves i intenses, ràpidament variants i inesperades: (Harrison.R., 1978; 176).

Un mateix agent estressant pot tenir repercussions positives per un individu i negatives per un altre.

La discrepància entre les habilitats i la demanda produirà estrès només quan:

- L'individu conscientment desitja respondre a la demanda.
- La satisfacció als desigs és contingent amb la resposta de la demanda.

L'estrès com a fenomen negatiu es produeix quan les persones ha d'afrontar situacions de pressió i demandes excessives, sense tenir recursos adequats o sense massa bé com trobar-los (Peiró, 1993; 7-12).

Els éssers humans disposem d'un mecanisme de resposta fisiològica a l'estrès, un sistema bioquímic de lluita o fugida. Es tracta d'una eina de supervivència biològica dissenyada amb la finalitat de subministrar l'energia necessària per poder lluitar amb els opositors o per córrer i salvar la vida. La resposta fisiològica al estrès va ésser eficaç per als homes i les dones primitius, però a mida que es varen anar civilitzant i van anar adoptant regles de conducta, la lluita i la fugida van ser reemplaçades per comportaments socialment més acceptables. A la actualitat, els factors estressants de la vida

moderna són molt nombrosos, mentre que escassegen les sortides per respondre a l'estrès.

Actualment se sap que l'estrès “activa les regions primitives del cervell, les mateixes àrees que controlen les respostes alimentàries, agressives i immunitàries” (Carpi, 1996; 39-40). Des de el punt de vista bioquímic, les respostes a les situacions estressants de la vida moderna són idèntiques a les que experimentaven els nostres avantpassats quan lluitaven per seguir amb vida. Avui en dia, el problema radica en que la resposta de lluita o fugida es desencadena a situacions que no suposen una amenaça per la vida, de manera que s'estimula l'organisme per uns actes que mai succeiran. De fet, el mecanisme de resposta a l'estrès pot funcionar durant més hores de les necessàries quan les persones són exposades a factors estressants moderns, com terminis imminents, el tràfic o inclòs un exercici excessiu.

Quan l'individu percep estrès, tensió, o ansietat, l'organisme posa en funcionament un munt de substàncies bioquímiques.

L'hipotàlam es comunica amb l'hipofosis, que avisa a la vegada a les glàndules suprarrenals. Aquestes sintetitzen i alliberen les quatre hormones principals de l'estrès: dopamina, adrenalina, noradrenalina i cortisol. Les funcions bàsiques del cos humà són tan sensibles a aquesta alliberació hormonal, que inclòs petites variacions en els seus nivells, influeixen notablement a l'estat de salut de la persona.

A l'actualitat es coneix, per exemple, que el nivell d'estrès afecta al sistema immunitari. Estudis realitzats a la Ohio State University, van identificar alteracions significatives de la funció immunitària i de la tensió arterial.

L'aspecte psicològic de l'individu afecta molt a la seva capacitat per identificar l'estrès i per fer front a aquest. La persona que es capaç de

reconèixer i combatre els factors estressants precoçment gairebé pateix els efectes físics de l'estrès. No obstant, la majoria dels éssers humans s'esforcen per contrarestar aquests factors, encara que senten la resposta corporal i els seus efectes. Alguns individus concentren el seu estrès a activitats i funcions somàtiques, pel qual desenvolupen problemes físics d'origen psicològic. Aquests problemes reben el nom de malalties somatoformes o psicossomàtiques.

3.1.1.2 Estrès negatiu.

Quan ens trobem davant d'un nombre creixent de demandes o percepció de les demandes que ens resulten difícils o que constitueixen una amenaça per nosaltres, hem de mesurar la nostra pròpia capacitat per enfrontar-nos a elles. Existeixen situacions a la vida tals com tenir molt treball en poc temps: realitzar feines complexes sense aprenentatge adequat de les mateixes; ser ascendits en el treball a un lloc en el que no encaixem, deure moltes factures i no tenir el

suficient diner per pagar-les; la preocupació de que fer si es perd el lloc de treball, o que es presentin problemes domèstics al mateix temps que es produeixen canvis en el treball. Totes aquestes situacions constitueixen uns quants exemples dels tipus de demandes que poden conduir al estrès negatiu, però la llista és infinita. Un profund coneixement de l'estrès ens permetrà saber identificar totes les situacions que porten a la zona negativa dintre de la balança de l'estrès.

L'estrès negatiu també apareix quan existeixen molt poques demandes a les que fer front que ens resultin d'estímul, el que dona lloc a l'avorriment i a la frustració. En aquest cas, la percepció de la capacitat d'afrontament te més pes que les demanades. El tenir molt poques coses a fer o molt poques tasques que requereixin totes la nostra atenció pot ser tan estressant com tenir molt que fer o realitzar treballs de gran complexitat. Aquesta situació normalment es

dóna quan s'exerceixen treballs que estan per sota de les pròpies capacitats de la persona.

3.1.1.3 Estrès positiu.

L'estrès positiu s'experimenta quan la percepció de la nostra capacitat d'afrontament té molt més pes que les demandes percebudes. L'estrès dona lloc a una sensació de confiança, de control i de ser capaç d'abordar i portar a bon terme unes tasques uns reptes i unes demandes concretes. És la quantitat justa d'estrès que produeix l'estat de alerta que és necessari per obtenir un rendiment físic i mental que ens permeti ser productius i creatius.

3.1.1.4 Arribar a l'equilibri.

Degut a l'estil de vida que portem avui en dia, quasi tot el món està exposat a patir estrès alguna vegada, per tant és necessari reduir la freqüència i l'extensió de la zona de l'estrès negatiu. Això es pot fer mitjançant la disminució de la quantitat i dels tipus de demandes, així com la creació de nous recursos d'afrontament; el qual ens ajudarà a eliminar o minimitzar els efectes d'una situació angoixant. És necessari que la nostra balança s'inclini durant el major temps possible cap a la zona de l'estrès positiu i que aconseguim l'equilibri just entre les demandes i les capacitats d'afrontament.

No es pot viure tota la vida patint estrès negatiu. L'important és no deixar que el nostre equilibri d'estrès perduri sempre a la zona negativa, ni tampoc és bo estar sortint constantment de dita zona per allunyar-se molt i després entrar de nou.

3.1.1.5 Signes i símptomes de l'estrès.

ESFERA FISIOLÒGICA:

- Dilatació de les pupil·les.
- Suor augmentada (diaforesis).
- Augment del ritme cardíac.
- Pal·lidesa cutània
- Augment nombre de respiracions i profunditat.
- Disminució a la producció d'orina.
- Sequedat de boca.
- Disminució del peristaltisme intestinal, estrenyiment i flatulència.
- Augment de la tensió muscular.
- Augment del nivell de glucosa a la sang.
- Funcionament fisiològic disminuït i pèrdua del to muscular esquelètic.

ESFERA PSICOLÒGICA:

- Ansietat.
 - Irritabilitat
 - Comportaments "meditabunds".
-

ESFERA COGNITIVA:

- Augment de l'atenció davant del perill.
- Letargia, laxitud mental i inactivitat.
- Hipersensibilitat a les crítiques.
- Por a la mort ó al fracàs.
- Pensaments irreal.

ESFERA VERBAL I MOTORA:

- Plor
- Improperi verbal
- Riure
- Crits
- Cops
- Petades
- Abraçades

Conseqüències de l'estrès.

- **Malalties cardiovasculars:** Cardiopatia isquèmica, H.T.A., arteriosclerosis. Sobretot a l'estrès de tipus laboral.
- **Malalties metabòliques:** Obesitat (menjar en excés de forma desequilibrada i falta d'exercici), diabetis (Augment de glucèmia i l'adrenalina antagonitzant la insulina).
- **Afeccions cutànies:** El 40% de les malalties de la pell estan associades a l'estrès, bé com a factor casual directe o com a factor agreujant.
- **Úlcera pèptica,** connexió complexa però indubtable.

- **L'estrès deprimeix el sistema immunitari** el qual explica els efectes de l'estrès sobre una gran diversitat d'afeccions que van des de el refredat comú fins al càncer.
- **Trastorns mentals:** el més freqüent és la depressió, també insomni, abús d'alcohol, tabac i medicaments, cefalees, lumbàlgies, disfuncions sexuals. L'estrès pot complicar o agreujar l'evolució dels trastorns psicòtics.
- **Fatiga mental i física:** L'estrès és un recurs motivador a nivells apropiats, però superats aquests nivells origina ineficàcia, baixa productivitat i deterioració de les relacions humanes. La fatiga mental fa necessari més esforços per obtenir el mateix rendiment, amb el que consumim un grau encara més gran dels nostres recursos físics. Això dona per resultat una fatiga física. Els efectes sinèrgics de la fatiga mental i física produeixen més estrès, formant així un cercle viciós, que si no es trenca, pot arribar a la situació en la que la persona es "crema", és a dir s'esgota físicament i mentalment.

3.1.1.6 Model interpretatiu de l'estrès en l'equip.

Existeixen diversos models interpretatius que tracten d'explicar la relació entre l'estrès i les conseqüències o efecte que té sobre els professionals.

Després de revisar varis models interpretatius de l'estrès, es va decidir descriure el model dissenyat per Elliot per tractar-se d'un model senzill i didàctic. (Elliot, 1982; 20-33).

Components del model seqüencial estrès - resposta -conseqüència:

Estressors: Factors activadors i determinants, siguin interns o externs, capaços de canviar l'estat present d'un individu i produir notables reaccions físiques i/o psicosocials (Taula I).

Reaccions: Respostes individuals biològiques o psicosocials davant d'un estressor. (Taula I).

Conseqüències: Seqüeles de les reaccions. Poden ser també biològiques, psicològiques, socials; positives o negatives (Taula II).

Mediadors: Característiques personals o ambientals que modifiquen la seqüència estrès – reacció – conseqüència. Poden servir com a protecció en cada pas del procés. (Taula III).

3.1.1.6.1 Taula I . Estressors interns i externs
i les seves reaccions.

Estressors interns	Estressors externs	Reaccions
Manca de coneixements suficients	Patiments del pacient i la família	Buscar recolzament professional
Por a cometre errors	Objectius no compartits per l'equip	Reflexions sobre la situació
Dificultat a l'habilitat de comunicació	Sobrecàrrega assistencial	Buscar estratègies d'afrontament
Sentir-se escrutat	Morts repetides	Buscar informació i més coneixements
Agonia prolongada		Reforçar les experiències positives

Estressors interns	Estressors externs	Reaccions
	Manca d'autonomia professional	Establir prioritats
	Urgències	Ser més organitzat
	Estats de deterioro progressiu i ràpid	Expressar sentiments
	Comunicació difícil amb l'equip	Sentir la pèrdua dels pacients que moren
	Medi físic: llum, espai, temperatura inadequada, soroll.	Impotència
	Manca de recursos	Recordar les accions bones que s'han fet pel pacient
		Buscar la distància
		Cuidar sense sobre/ implicar-se
		Mecanismes d'autodefensa
		Buscar activitats extra/laborables

3.1.1.6.2 Taula II. Conseqüències positives i negatives de l'estrès.

Conseqüències positives.	Conseqüències negatives.
Major experiència i habilitat.	Abandó
Cohesió en l'equip.	Dèficit a la cura
Creixement personal i professional.	Burn – out.
Major auto/control.	Problemes físics.
Canvi en l'estil de vida	
Motivació	
Optimisme	
Satisfacció	

* Taules del llibre “ENFERMERIA EN CUIDADOS PALIATIVOS, basades en el model d'Elliot

3.1.1.6.3 Taula III. Mediadors que modifiquen la seqüència estrès reacció - conseqüència.

Mediadors.
Característiques personals (Valors i creences).
Experiència personal.
Factors ambientals.

3.1.1.6.4 Estrès i infermeria.

L'estrès és inherent a la Infermeria i especialment a les unitats de cures pal·liatives. L'estrès és multi/casual i sorgeix a través dels intercanvis de la persona amb l'ambient. És en aquesta relació individual on els mateixos estímuls poden tenir resposta positiva o negativa.

El que per una infermer/a és sinònim d'estrès; ser nova a una unitat, l'autonomia, tecnologia, etc. pot ser entesa per un altre com una font de desenvolupament professional.

A les taules I, II, III es descriuen els estressors, reaccions i conseqüències descrit per la bibliografia.

3.1.1.7 Estrès davant la mort.

El sentiment de pèrdua és una resposta universal.

La mort és una conseqüència natural de la vida, però alguns professionals de la salut la segueixen veient com un fracàs, silenciant les seves pors: a la pròpia mort i als seus sentiments d'impotència, dolor o pèrdua de malalts. Aquesta situació és particularment delicada a aquelles unitats on la mort és freqüent i els professionals no disposen d'un equip que permeti l'expressió de sentiments i emocions com una cosa natural dins del seu treball.

La preocupació i la confusió per no saber com conduir l'ansietat i els sentiments que genera la mort i la seva resposta emocional porta, si no es comparteixen, al aïllament, a la negació i a la distància excessiva entre els professionals, pacient i família. El que general en si mateix un altra situació d'estrès.

3.1.1.8 Síndrome Burn-out.

3.1.1.8.1 Introducció:

En aquests últims anys, gràcies al avanç de la medecina, els tractaments són cada cop més eficaços per combatre les malalties neoplàstiques. Els malalts han anat guanyant en temps de supervivència, encara que no sempre en qualitat de vida.

Aquesta qüestió de qualitat de vida cobra especial relleu quan té a veure amb el malalt terminal, sobre tot per la dificultat que existeix en consolidar i mantenir bons equips de cuidadors capaços d'assegurar de forma sostinguda, la millor qualitat possible en la difícil feina de prestar cures pal·liatives.

Una de les amenaces més freqüents a la salut del cuidador és, precisament l'esgotament laboral ó síndrome del "BURN-OUT" ó ("estar cremat"). Aquests síndromes l'incapacita sovint en un dels aspectes essencials de la seva feina, que és el atendre a la necessitat psicològica de relació expressada per el pacient i la seva família

L'esgotament laboral afecta al personal sanitari quan aquest es veu desbordat per les nombroses exigències que planteja al tenir cura de malalts terminals.

3.1.1.8.2 Reptes per la infermeria.

No hi ha dubte que el treballador amb malalts que pateixen experiències de dolor i de pèrdua, planteja per la infermera uns reptes molt difícils.

Part de la dificultat radica a les característiques de la tasca assistencial pròpia de la situació, on han de desplegar-se altes dosis d'energia per resoldre infinitat de problemes que sorgeixen de manera sobtada i continuada.

Per una altra banda, donada la importància atorgada a la informació i al procés de la comunicació, la relació entre el malalt i la infermera ha de ser lo més sana possible. I això, no només quan el malalt es troba aïllat i sense recolzament familiar o social, sinó també en aquells casos a on està acompanyat , però on la Conspiració de Silenci sobre el que s'aveïna, caracteritza la pauta de comunicació amb els seus familiars.

A totes aquestes situacions, la infermera viu intenses reaccions emocionals que, de no ser ateses de manera apropiada, poden desembocar en síndrome d'estrès. Tot això es complica més, quan la pressió assistencial supera els medis existents per respondre a la mateixa, contribuint així a que la infermera hagi de recórrer constantment als seus propis recursos. Aleshores solen manifestar-se reaccions característiques d'esgotament per part de la infermera, produint-se, ja sigui un distanciament emocional respecte al malalt, ja sigui una exagerada identificació amb les seves necessitats.

En qualsevol cas, es deteriora la relació inter/personal, amb conseqüències negatives tant per el malalt com per la infermera.

3.1.1.8.3 Comunicació i procés relacional.

Perquè el procés de comunicació sigui beneficiós tant per el pacient com per la família, s'ha de prestar-se especial atenció al procés relacional i a les emocions que aquest genera.

Aquest procés relacional cobra especial relleu a l'antesala de la mort. Passa sovint que, en aquesta situació, la infermera es fa preguntes com aquestes: fins a on és permès expressar el que sento, com ho he de fer, i, al morir el pacient, com he d'afrontar el dol?. A quin domini pertany aquesta expressió, al domini "PERSONAL" o "PROFESSIONAL"? Aquest tipus de preguntes suscita de vegades més dubtes i interrogacions que respostes indiscutibles.

A tota relació humana, les emocions juguen un paper important. I a la situació de Cures Pal·liatives, les emocions reflueixen encara més, donada la circumstància de tancada de cicle vital. Per el malalt, el sentir-se comprés i reconegut com a ésser humà, el reflexionar sobre lo viscut, així com a acomiadar-se dels seus éssers estimats, es converteixen en necessitats psico-emocionals que deuen ser satisfetes. Per la infermera, el sentir-se útil, el facilitar la comunicació i les tomes de decisions es situen en el primer plànol de les seves preocupacions.

A mesura que es deteriora la salut del malalt, aquestes necessitats psicològiques solen prevaler sobre les físiques. En aquest context, satisfer dites necessitats pot convertir-se en el millor ajut pel malalt, a més a més de proporcionar a la infermera l'oportunitat d'expressar afectes i de donar una dimensió humana solidària a la seva actuació professional. En aquest cas, l'experiència viscuda sol consolidar la pròpia auto/estima de la infermera, a més a més d'enfortir els seus sentiments d'eficàcia i de competència.

En definitiva, ser una bona professional implica, en el pla humà, establir relacions interpersonals sanes i que tinguin significat a nivell emocional. A aquesta àrea específica, la infermera necessita una formació. Ha d'aprendre a reconèixer les seves emocions davant determinades persones i situacions, a conduir-les de forma adequada i a oferir al malalt i a la seva família, l'atenció individualitzada que requereix la perspectiva de la mort propera.

3.1.1.8.4 Relació inter-personal, estrès i esgotament.

Molts autors han desenvolupat un model explicatiu de l'estrès que distingeix diferents components. La reacció d'estrès (en els seus components fisiològics, cognitius i psicològics) sorgeix quan perceben una situació o succés que ens resulta amenaçant i que al respecte avaluen que no posseïm recursos necessaris per la seva adequada superació.

Segons aquest model, sembla ser que a la primera fase de apropament a un estressor potencial (tenir cura d'un pacient agònic, per exemple), tots ens qüestionem sobre la perillositat per la nostra seguretat, tant física com psicològica. A una segona fase, ens qüestionem si ens és possible o no superar l'estressor amb èxit. Quan l'avaluació és negativa, s'anticipen els efectes lligats a l'amenaça percebuda, generant reaccions característiques d'estrès.

Si es trenca l'equilibri entre les demandes externes (tenir cura del malalt, educar els familiars, trencar amb la dinàmica de Conspiració del silenci, etc., i els nostres recursos interns, compromís, energia, habilitats, etc.), sorgeix l'estrès.

A més d'existir una sensació d'irritabilitat i pèrdua d'energia física, coincideixen sentiments de baixa auto/estima i de no eficàcia. El sentir-se indefens constituirà l'última anella d'aquesta cadena. Quan es repeteixen aquestes situacions i a més perduren, el risc d'esgotament és quasi inevitable. En aquest cas la infermera perd l'entusiasme per el treball i les conseqüències per la seva salut poden ser molt negatives.

El síndrome d'esgotament pot passar desapercbut, sent més fàcil de reconèixer en una altra persona que en un mateix. Per una altra banda, moltes infermeres comparteixen l'idea de que reconèixer davant dels altres les seves reaccions d'estrès, és admetre la seva suposada incompetència, el que pot

exposar-lo a sentiments addicionals de pèrdua de la pròpia auto/estima. En aquest cas, la infermera tendeix a aïllar-se dels demés per evitar sotmetre's a eventual crítica.

És interessant constatar que moltes vegades són les interaccions amb d'altres persones (malalts, família, companys de treball). El que constitueix la principal font d'estrès, per una altra banda, tenir cura de malalts en fase terminal porta a abordar vivències on lo indesitjable, lo imprevisible, i lo incontrolable dominen.

Això suposa una situació molt estressant perquè, a més a més de tot això, sol mantenir-se en el temps, amb la qual cosa arriba a esgotar les energies de la infermera.

3.1.1.9 Les emocions i l'estrès.

És un fet que emocions com la compassió, simpatia i empatia per els demés són compartides per l'equip implicat en el context pal·liatiu. Tanmateix, aquestes emocions poden ser causa de que la infermera es vegi sovint desbordada, vulnerada i procliu a l'esgotament. Tots tenim un llindar d'activació de la nostra empatia per el proïsme, llindar determinat pel nivell de tolerància al estrès emocional. Quan aquest nivell el suficientment elevat, aleshores podem respondre a les necessitats dels altres. No obstant, sembla ser que més enllà de dit nivell, ens trobem davant del conflicte d'haver de satisfer les nostres pròpies necessitats al mateix temps que les dels altres.

Per altra banda, al marge del nivell de tolerància, es dona el fenomen de les **al·lèrgies inter-personals**, ja que com respecte a les reaccions físiques al·lèrgiques, determinats estímuls poden desenvolupar intenses respostes emocionals. Quan això passa, ens distanciem dels nostres pacients,

preocupant-nos exclusivament del nostre estat emocional. Un exemple d'això és quan ens resulta extremadament difícil treballar amb un pacient o familiar en particular i ens sorprenem quan un altre membre de l'equip es mostra especialment eficaç amb aquesta mateixa persona.

Dites al·lèrgies solen tenir relació amb certes pors o amb certa vulnerabilitat, que reflecteixen una situació de contra transferència, molt coneguda a psicoteràpia. Correspon a veure alguna cosa que no és allà o al contrari, no veure alguna que sí és allà. En qualsevol cas, constitueix un camí que porta a una cura no beneficiosa, així com a un estrès personal intens, a on ens venen dubtes i pors sobre la nostra actuació professional.

En general, aquestes respostes al·lèrgiques són inconscients i sorgeixen sense anunciar-se. Quan s'activen, potser la seva principal manifestació sigui el reaccionar sobtadament sense raó aparent, o començar a evitar parlar de certs temes amb els pacients i familiars, o emetre judicis de valor, ó mostrar-se possessiu amb un pacient, ó al·legar que tal ó qual és millor o pitjor malalt mai vist. Potser, que per una altra banda, l'estrès obstaculitzi la comunicació: s'interrompre més, es pregunta més i s'intenta més imposar els nostres propis criteris als demés.

Quan aquesta situació arriba al seu paroxisme, coincidint amb l'oblit de les nostres necessitats emocionals pròpies han de ser preservades, resulta quasi bé inevitable que ens desconnectem de quins ajudem i que deixem d'escoltar-los. Així doncs, es trenca la comunicació i desapareix la relació.

Alguns estímuls responsables de l'activació de les nostres respostes emocionals són: **por a la pròpia mort, por a causar danys, por a ser ferit, i por a ser absorbit.**

Por a la pròpia mort.

Pel fet de treballar amb pacients terminals, ens enfrontem constantment a la por de la nostra pròpia mort. Independentment de com conduïm aquesta por, la tensió interna es sempre present. De vegades per un motiu o un altre, pot passar que ens sentim més vulnerables que de costum, com quan hem de tenir cura d'un pacient de la nostra mateixa edat. Pot produir-se en tal cas una reacció d'identificació que encén la nostra pròpia por a la mort i que pot provocar una sobre/implicació respecte al pacient, ó al contrari, un evitar tot contacte amb ell.

És interessant constatar que aquestes reaccions van desapareixent a mesura que la infermera pren consciència de la seva vulnerabilitat a nivell emocional. No hi ha dubte de que és més fàcil realitzar aquesta experiència quan el contacte amb pacients terminals es té sovint i de manera continuada.

Por a causar danys.

Un altre al·lèrgia inter-personal freqüent és la de causar danys al pacient. Algunes vegades, tenir cura, implica infligir un cert dolor, com quan s'han de curar ferides en mal estat. Pot passar que la infermera es vegi atrapada per emocions ambivalents: per una banda voler alleugerar el símptoma, i, per l'altra, haver de causar molèsties.

Aquesta por deriva del temor al fracàs, a no actuar adequadament sabent que sovint s'han de prendre decisions basades a informacions ambigües o insuficients. També s'ha de reconèixer que el desenvolupament tecnològic es produeix de forma tan ràpida que estar sempre a l'alçada representa per la infermera una feina feixuga.

Amés a més, amb certa freqüència, s'ha d'actuar sense demora, fins hi tot sense temps per consultar amb d'altres membres de l'equip. Cometre errors pot significar la mort del malalt a determinades circumstàncies, el qual incrementa les pors de la infermera, òbviament.

Por a ser ferit.

Una por molt freqüent és la de les agressions, tant a nivell físic com a nivell psicològic. És evident que és molt desagradable i estressant per la infermera rebre gestos negatius, com cops, esgarrapades, etc., gestos a través dels quals el pacient expressa la seva ira.

Davant d'aquesta situació, pot ser que la infermera perdi també el control i respongui de la mateixa manera, sent les emocions resultants la culpa, la vergonya ó la pèrdua de l'auto/estima.

Per una altra banda, la infermera pot sentir-se rebutjada davant les manifestacions de mal humor, crítica i insatisfacció expressades per la família, arribant a creure fins hi tot que són inútils els seus intents per pal·liar el patiment del pacient.

Por a ser absorbit.

La por de la infermera a ser absorbida té a veure amb l'idea de que si s'implica emocionalment, es veurà obligada a satisfer totes les necessitats del pacient. Aquesta por genera emocions molt intenses de culpa i sentir-se indefens, ja que la conducta escollida en aquesta situació sol ser el distanciament.

Així doncs, per mantenir un bon equilibri emocional, és important tenir cura de les emocions pròpies. D'aquesta manera es donen veritables relacions a les persones de les que tenim cura. En aquest sentit, el millor que els hi podem oferir és la nostra presència humana i transmetre que no estan sols al final de les seves vides.

En definitiva, el reconèixer i afrontar les pors, vulnerabilitat i altres respostes emocionals, és un repte que se suma a els altres reptes plantejats a la cura de malalts terminals i permet entendre el significat de les nostres relacions, a més a més de constituir una mida profilàctica de l'estrès, i, en conseqüència redueix la possibilitat d'esgotament.

3.1.2 DEFINICIÓ DE LA COMPETÈNCIA PROFESSIONAL

3.1.2.1 Professió – Professionalitat - Competència

Hi ha diferències qualitatives notables entre una professió, un ofici i una ocupació. Aquestes venen marcades perquè la denominació “professional” s'atribueix solament a aquelles persones que havent adquirit un elevat grau de preparació, competència i especialització, ofereixen un servei al públic, a una clientela . Així mateix, aquesta denominació confereix a les persones a les se'ls atribueix autoritat i reconeixement social.

(Gimeno, 1993; 33-92), es refereix a la professionalitat com una expressió de l'especificitat de l'actuació dels professionals en la pràctica, és a dir, el conjunt d'actuacions, i competències associats a ella, que constitueixen l'específic de les seves accions.

Nombrosos autors han aportat idees sobre les professions, i tots ells consideren imprescindible establir uns “requisits mínims” que han de complir

totes aquelles activitats que volen anomenar professió. En aquest sentit, (Hoyle, 1980: 42-54), identifica deu característiques per a conferir l'estatut de professió. Aquest decàleg de la professió és el següent:

1. Una professió és una ocupació que desenvolupa una funció social.
2. L'exercici d'aquesta funció requereix un considerable grau d'habilitat.
3. Aquesta habilitat s'exercita en situacions que no són rutinàries, sinó que en cada situació s'han d'abordar problemes nous en noves situacions.
4. Necessita un cos sistemàtic de coneixements que no s'adquireixen a través de l'experiència.
5. L'adquisició d'aquest cos de coneixements i el desenvolupament de les activitats requereixen un perllongat període d'ensenyança superior.
6. El període de formació i d'entrenament implica també la socialització dels candidats en els valors i la cultura de la professió.
7. Aquests valors tendeixen a centrar-se en l'interès dels clients i, a vegades, es fan públic en un codi ètic.
8. És essencial que el professional tingui llibertat per a poder jutjar i decidir en cada moment.
9. Els integrants de la professió s'organitzen com a grup front als poders públics.

10. La duració de la formació professional, la seva responsabilitat i dedicació al client són recompensats amb un alt prestigi social i una elevada remuneració.

Un cop definit el marc de la professió, el següent pas implicava definir que és una competència. En base a la documentació utilitzada (segons el CCECS : Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut, 1997), s'ha definit com a competència d'infermeria : Aquell conjunt d'habilitats , actituds i coneixements i els processos complexos per a la presa de decisions que permet que l'actuació professional estigui en el nivell exigible en cada moment.

Aquesta definició implica la capacitat per dur a la pràctica els coneixements, les habilitats i les actituds pròpies de la professió d'infermeria, al servei de la resolució i prevenció d'un problema de salut.

Així doncs, aquesta definició fa clarament referència a un saber fer, el qual es pot estructurar, com a mínim, en tres grans dimensions:

- Conceptuals o pensament crític (Coneixements, presa de decisions, anàlisi i formulació de problemes, etc.).
- Interpersonals (valors, actituds, etc.). i
- Tècniques (destreses, habilitats tècniques, etc.).

També, aquestes competències poden expressar-se en termes de responsabilitat respecte de:

- Els pacients/usuaris/clients.
- Un mateix.

- L'equip de salut.
- La professió.
- La comunitat i la societat.

Entenem que la definició de les competències de la professió és una necessitat indiscutible, ja sigui des de la perspectiva educativa, de planificació i gestió de serveis, com de la regulació del dret a l'exercici de la professió. Tenir les competències definides permet:

- Reflexionar sobre el propi treball.
- Monitoritzar la qualitat dels serveis que es presten.
- Facilitar la definició dels objectius educatius a les institucions docents.
- Especificar els nivells exigibles en cada una de les fases formatives i de responsabilitat en l'exercici de la professió.
- Tenir un marc de referència dels sistemes avaluadors i de titulació.
- Una major mobilitat i flexibilitat intraprofessional (inclosa la lliure circulació de professionals).
- Orientar la formació continuada.
- Detectar els potencials dels professionals.

- Estructurar les carreres professionals en les organitzacions d'acord al nivell de competència.
- Permet una gestió per competències dels recursos humans
- Apropar els serveis a la població per donar una resposta adient a les seves necessitats.

3.1.2.2 Competències de la Professió d'Infermeria.

Segons la referència del CCECS amb el "Projecte de Competències de la Professió d'Infermeria"

Les competències s'han agrupat sota títols genèrics:

- Procés de cures
- Prevenció i promoció de la salut
- Procediments i protocols
- Atenció a malalts en situacions específiques
- Comunicació
- Treball en equip
- Manteniment de les competències

- Ètica i aspectes legals

i finalment,

- Compromís professional.

1. Procés de cures.

Objectiu: Proporcionar cures d'infermeria individualitzades mitjançant un mètode sistemàtic i organitzat.

1.1 Valoració, recollida de dades, i formulació de problemes.

Objectiu: Obtenir i analitzar les dades per determinar l'estat de salut de l'usuari i descriure les seves capacitats i/o problemes.

- Fer l'entrevista clínica completa (àmbits orgànics, psicològics i socials) amb els usuaris i/o persones significatives.
- Observar i valorar signes objectius: saber fer una exploració física.
- Recollir i valorar símptomes subjectius manifestats per l'usuari i/o persones significatives.
- Realitzar accions i procediments que permetin validar el problema identificat.
- Enregistrar i expressar de forma sistemàtica les dades prioritàries de la informació recollida.

- Identificar i valorar les dades significatives i, en base a elles definir els problemes reals i/o potencials.

1.2 Priorització i actuació

Objectiu: Prioritzar els problemes detectats de l'usuari, desenvolupar i executar un pla d'acció per disminuir-los i/o eliminar-los i promoure la seva salut i autonomia.

- Prioritzar els problemes detectats i, en base a ells, elaborar un pla de cures que inclogui objectius i intervencions adequats al/s problema/es definit/s.
- Formular objectius amb l'usuari i/o persones significatives recollint les seves expectatives segons el problema definit prèviament.
- Planificar activitats de cures per resoldre els problemes de salut del pacient / usuari / client (amb els recursos disponibles i segons la política de l'organització.
- Elaborar, decidir i seleccionar els protocols i procediments més adequats a l'activitat planificada en base a la seva pertinença, validesa i eficiència.
- Executar les activitats planificades, tant pel que fa al rol autònom com al de col·laboració.
- Mantenir la planificació d'activitats de forma actualitzada.

- Planificar l'alta d'acord amb la data prevista.
- Complimentar els registres.
- Dissenyar i adaptar el pla de cures i el pla terapèutic a les necessitats del pacient/usuari de forma individualitzada.

1.3. Avaluació.

Objectiu: Avaluar de forma continuada i sistemàtica l'efectivitat del pla d'acció en relació als objectius i/o criteris de resultats establerts.

- Establir criteris de resultats.
- Fer l'avaluació continuada del procés de cures.
- Redissenyar els objectius i les activitats segons l'avaluació continuada, si cal.
- Avaluar els objectius formulats en el pla de cures.
- Valorar els recursos i el potencial del malalt (Coneixements i materials) per seguir, si cal, autoaplicant-se les cures en el seu domicili.
- Fer l'informe d'alta d'infermeria.

2. Prevenció i Promoció de la salut.

Objectiu: Desenvolupar accions conduents a la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i l'educació sanitària en els diferents àmbits de la pràctica.

- Identificar usuaris amb risc de patir algun/s dels problemes més prevalents de salut.
- Avaluar i seleccionar els usuaris que poden beneficiar-se de mesures preventives.
- Identificar els problemes potencials de salut.
- Avaluar l'estat de salut de la persona sana.
- Avaluar l'entorn socio - familiar.
- Ensenyar i donar consell sobre els diferents mitjans de prevenció del risc i promoció de la salut.
- Identificar els problemes de salut en el propi medi.
- Proveir de consell preventiu del risc.
- Realitzar accions educatives conduents al canvi d'hàbits.
- Promoure actituds d'auto/responsabilitat enfront la salut.
- Promoure entorn saludable i segur.

- Realitzar activitats per a la prevenció de la infecció nosocomial.
- Realitzar estudis sobre la influència de l'entorn en la salut.
- Avaluar periòdicament i gradual l'aprenentatge de l'usuari.

3. Procediments i Protocols ¹)

Objectiu: Proporcionar cures d'infermeria de forma sistematitzada tenint en compte la situació individual de cada usuari i fent èmfasi en la comunicació i informació.

- Informar i preparar l'usuari.
- Explicar a l'usuari les etapes que se seguiran en la realització dels procediments i les actuacions que caldrà seguir amb posteritat.
- Seleccionar i preparar el material adequat.
- Preparar l'entorn en el que es portaran a terme els procediments.
- Realitzar el procediment d'acord amb les etapes descrites.
- Valorar i vigilar les respostes de l'usuari durant la realització del procediment.
- Acomodar al pacient / usuari / client en condicions de seguretat física i psicològica.

- Realitzar les accions de vigilància i detecció precoç de possibles complicacions.
- Registrar les accions i/o les seves incidències.
- Fer el seguiment i vigilància de l'efectivitat del procediment realitzat.
- Realitzar i/o col·laborar en els procediments de suport al diagnòstic i/o tractament.
- Observar les mesures d'asèpsia.
- Interpretar i executar les prescripcions mèdiques.
- Coordinar-se amb altres professionals i actuar conjuntament quan la situació assistencial ho requereixi.

1). Els professionals, en la seva actuació, poden seguir totes o part d'aquestes etapes segons les necessitats de l'usuari o la situació clínica que aquest presenti.

4. Tenir cura de les persones en situacions específiques.

Objectiu: Dur a terme la pràctica professional en els diferents àmbits i situacions.

- Tenir cura de les persones amb processos crònics.
- Tenir cura de les persones en situació crítica.

- Tenir cura de les persones amb processos aguts.
- Tenir cura de les persones amb trastorns mentals greus, transitoris i amb risc.
- Tenir cura de les persones amb manca i/o pèrdua d'autonomia.
- Tenir cura de les persones en procés de dol.
- Tenir cura de les persones grans. ²)
- Gestionar les cures pal·liatives en els malalts terminals.
- Aplicar les mesures terapèutiques adients a les persones amb dolor.
- Gestionar i desenvolupar l'atenció d'urgència amb eficiència.
- Gestionar i desenvolupar l'atenció domiciliària amb eficiència.

2) Atès el progressiu envelliment de la població, malgrat no ser una situació específica com les altres, hem cregut necessari assenyalar aquesta etapa del cicle vital com a punt d'èmfasi.

5. Comunicació/relació amb l'usuari i/o persones significatives.

Objectiu: Aconseguir una comunicació efectiva i establir una relació terapèutica amb l'usuari.

- Portar a terme les activitats, protocols i procediments amb empatia i respecte.
- Promoure un entorn favorable a la comunicació.
- Portar a terme l'entrevista clínica amb empatia i respecte.
- Facilitar la comunicació.
- Ser capaç de comunicar-se efectivament amb els usuaris i/o persones significatives.
- Tenir especial cura de la comunicació amb usuaris amb dificultats de comunicació i/o comprensió.
- Comunicar a l'usuari els problemes d'ell/a que gestiona l'infermer/a.
- Explicar i comentar, fins acordar conjuntament amb l'usuari, les actuacions a seguir així com les seves recomanacions.
- Integrar l'usuari en els plans de cures.
- Verificar que els usuaris entenen la informació donada per tal de poder acceptar i/o realitzar els plans de cures acordats.
- Iniciar, fomentar i mantenir una relació terapèutica amb l'usuari.
- Fomentar, a través de la relació inter-personal i del respecte a l'usuari la confiança i seguretat en relació al seu procés.

6. Treball en equip i relació interprofessional.

Objectiu: Donar una atenció integral i coordinada mitjançant el treball en equip.

- Definir i formular els objectius en el si de l'equip de treball amb claredat i derivar-ne un pla d'actuació així com avaluar-ne els resultats.
- Escoltar i recollir les opinions dels diferents membres de l'equip de treball (Tant en les vessants verbal com no verbal).
- Acceptar obertament els diferents membres de l'equip en la seva especificitat.
- Donar la pròpia opinió, amb fermesa i claredat, tot respectant l'opinió dels altres sense agreujar-los.
- Assumir i desenvolupar el rol que li pertorqui en cada circumstància.
- Fer de l'equip un lloc d'intercanvi i anàlisi de l'activitat professional realitzada.
- Consultar a temps i efectivament els altres professionals de la salut.
- Reconèixer les habilitats, competències i els papers dels altres professionals sanitaris.
- Delegar les activitats d'acord als coneixements, habilitats i capacitats de qui ha de realitzar la tasca.

7. Comunicació intraprofessional.

Objectiu: Garantir la continuïtat de les cures utilitzant la comunicació formal i estructurada.

- Elaborar informes d'infermeria escrits, llegibles, ben estructurats i concisos.
- Presentar oralment els casos de manera estructurada, comprensible i concisa.
- Redactar informes per comunicar els problemes identificats així com les seves conseqüències sobre els plans d'actuació.
- Comunicar-se amb els diferents nivells assistencials.
-

8. Manteniment de les competències professionals.

Objectiu: Donar una resposta professional i de qualitat a les diferents situacions de la practica.

- Avaluar els propis coneixements, actituds i habilitats.
- Emprar diferents mètodes d'aprenentatge per identificar i, corregir , si fa el cas, els dèficits de coneixements, actituds o habilitats.
- Emprar els recursos existents per a l'aprenentatge.

- Analitzar críticament la validesa i l'aplicabilitat de les fonts d'informació possibles.
- Analitzar críticament els mètodes i les dades de recerca.
- Participar en processos d'avaluació professional en general i especialment en l'avaluació per companys.
- Avaluar críticament els mètodes de treball.
- Fonamentar la pràctica en els resultats de la recerca.
- Realitzar activitats de recerca.
- Utilitzar de forma sistemàtica els resultats dels estudis de qualitat.
- Dur a terme activitats docents en els diferents nivells professionals.

9. Ètica, valors i aspectes legals.

Objectiu: Incorporar a la pràctica els principis ètics i legals que guien la professió.

- Desenvolupar una praxis professional fonamentada en el respecte dels drets del pacient / usuari / client guiada pel Codi Ètic d'Infermeria.
- Identificar les possibles vulneracions dels drets del pacient / usuari / client i emprendre les mesures/accions destinades a preservar-los.

- Ajustar les decisions i comportaments als principis bioètics: beneficència, no maleficència, autonomia i justícia.
- Identificar els dilemes ètics i aplicar el raonament i judici crític en la seva anàlisi i resolució.
- Participar activament en el treball dels Comitès d'Ètica Assistencial i/o Comitès Ètics d'Investigació Clínica.
- Adequar les accions d'infermeria a la lliure elecció de pacient / usuari / client en les decisions de salut, donant continuïtat al procés de cures.
- Desenvolupar una pràctica professional, correcta en l'aspecte científic, tècnic i ètic i ajustada a les diferents normatives legals i judicials reguladores de les activitats assistencials.
- Proposar i decidir de forma raonada excepcions en l'aplicació de la norma i exercici de l'objecció de consciència.
- Assumir la responsabilitat de les seves decisions i accions.

10. Implicació i compromís professional.

Objectiu: Fer present el compromís professional amb la societat a través de la participació i la implicació.

- Participar i implicar-se en la definició de les polítiques de salut en els diferents nivells assistencials i institucionals.

- Gestionar els recursos i establir mètodes de treball per la correcta prestació de les cures d'infermeria.
- Establir els estàndards i criteris de resultats de la pràctica professional.
- Garantir la qualitat de les cures d'infermeria.
- Participar en la definició de polítiques de recerca, investigació i docència relacionades amb l'àmbit de les competències de la professió..
- Dissenyar línies d'investigació i recerca en l'àmbit propi de la professió i fer-ne la difusió pertinent.
- Tenir un sòlid compromís amb la societat per tal de donar una resposta ajustada a les seves necessitats.

Segons la nostra hipòtesi, "El nivell d'estrès dels professionals de malalts crònics/terminals depèn del seu nivell *competència professional* per atendre aquests malalts".

El nivell d'estrès de cada professional que treballa amb aquest tipus de pacients, dependrà del nivell de competència professional de cada un, de manera intrínseca i personal, entès des de la concepció de que la competència professional és pròpia del individu, que es crea amb la formació acadèmica del individu que creix amb la formació continuada del individu, i que és, sens dubte, una interrelació de coneixements, habilitats i actituds del individu professional, que en constant interacció permetran al professional de realitzar una acció per la qual està format professionalment.

No es vol qüestionar la competència professional de un Infermer que atén a pacients crònic/terminals, com tampoc es qüestionaria la competència professional de cap infermer davant de qualsevol altre tipus de pacients. No és el nostre objectiu d'estudi.

Ens permetem de fer aquesta aclariment, perquè donat el resultat de les revisions estadístiques que hem realitzat sobre l'estrès en professionals d'infermeria, un dels factors que ens provoca estrès en el nostre lloc de treball, i que per tant ens se sentim molestos entre els propis companys de professió, és el fet de que un propi company de feina ens estigui jutjant la nostra competència professional.

Els infermers, com qualsevol altre professional, hem de ser competents en la nostra feina. Hem d'haver adquirit uns coneixements universitaris, teòrics i pràctics, basats en un marc conceptual, com per exemple el de la Virgínia Henderson. A partir del qual es preparen treballadors de la salut amb unes habilitats per a mantenir i restaurar la independència del client en la satisfacció de les seves necessitats, i se'l prepara per exercir un rol de suplència.

Diferenciem dos continguts de formació: l'oficial, entès com a carrera universitària i el no oficial, que és igual d'important, i que és aquell que l'estudiant capta sense inscriure's a cap escola i és aquell que prové del seu entorn, dels professors que els ensenyen i que els pot ajudar a valorar la seva contribució per la salut. Els estudiants "capten certains messages" encara que els professors no verbalitzin els seus missatges. ("Un model Conceptual", 1987; 27-50).

Els cursos propis de la professió engloben els conceptes d'integritat, d'independència, de necessitat, de satisfacció de necessitats, de motivació, etc. Els coneixements sobre aquests conceptes provenen de la pròpia disciplina d'infermeria i també provenen d'altres matèries connexes a aquesta.

Es pot dir també que l'aprenentatge de certes tècniques, en laboratoris, sales d'hospitalització, així com d'experiències clíniques variades, són importants en la formació de l'infermer. Les tècniques d'infermeria havien estat desprestigiades en una certa època on es creia que no eren necessàries i es van desplaçar a un personal auxiliar. Més tard s'ha vist la importància de l'aspecte tècnic de les cures d'infermeria. Es veuen com un mitjà d'atendre el principi professional.

La suplència en matèria de força, de motivació i de coneixements significa la utilització d'una gran varietat d'estratègies, anomenades la majoria "tècniques".

És entès, que tota tècnica s'ha d'executar amb competència i gentilesa, amb la finalitat de donar confort a la persona necessitada.

Per tant, la duració d'un programa de formació inicial és un factor important per adquirir els coneixements necessaris per poder esdevenir hàbil per identificar les necessitats específiques i subtils en el nostre camp d'acció. (M^a Jesús Aranguren, 1975; 10-30)..

Hem adquirit uns coneixements científics que ens ajudaran en la nostra pràctica professional, però quina serà la nostra actitud entesa com a factor que engloba el terme de competència professional?

No obstant, per entendre el concepte de "competència professional, hem de comprendre el que significa la professió d'infermera i paral·lelament, hem de conèixer el significat de cada acció d'infermeria.

Perquè no hi ha dubte que si no coneixem el rol infermera, com volem saber què significa ser competent?

Al comprendre la salut com a procés de vida, al centrar les activitats en les necessitats de la persona i el reconèixer i el defensar l'autonomia de cada ser humà, cada acte infermera és un acte únic de gran importància. L'acte de cuidar s'articula des de la infermera com a persona i com a professional, i s'adreça a la persona del pacient/usuari. Per aconseguir aquesta fita, es requereixen uns coneixements, una experiència i un "saber fer" i un "saber estar" de la infermera com a professional i com a persona. (Imogene M. Kind, 1984; 30-60)..

Com qualsevol professió, la professió infermera està regida **per codis deontològics** que ens expressen els principis d'ètica i d'obligació vers la població (Màster de Enfermería, Ética y Legislación; Código de conducta Profesional. – Masson, 1995). Els principis d'ètica són l'ajuda necessària per la comprensió de tot el que constitueix cuidar.

1er. Principi: La infermeria demostra una implicació personal i professional en l'acte de cuidar.

La infermera revela una comunicació autèntica i una actitud apropiada en l'acció del cuidar. Adopta els gestos i unes actituds conseqüents amb el seu compromís.

2on. – Principi: Per la seva presència en l'altre, per la seva escolta i la seva disponibilitat, afavoreix el desenvolupament del potencial de la persona que està vivint una experiència de salut.

El calor, l'acceptació i la sensibilitat són essència i per afavorir el desenvolupament del potencial i valorar la persona.

3er. Principi: La infermera acompanya a la persona, família o comunitat en les seves experiències de salut mantenint les seves dignitats i respectant les

seves diferències. Mantenir la dignitat vol dir reconèixer els valors i la promoció dels drets de la persona.

4art. Principi: La infermera s'inspira en coneixements específics de la disciplina infermera i aplica els coneixements científics convertir-los en l'art de cuidar. Els seus coneixements li permeten la intervenció, basats en una visió humanística i holística del ser humà, del seu entorn, de la salut i de les seves cures, tenint en compte el basant de les experiències viscudes per la persona, família o grup.

La infermera aplica també coneixements científics. A la vegada, els miraments ó tenir cura d'infermeria són una ciència i un art i els coneixements científics guien l'art de cuidar.

5è. Principi: A més a més dels coneixements científics de la disciplina infermera, la infermeria integra dels coneixements d'altres ciències per la comprensió de l'experiència humana de salut.

6è. Principi: La infermera aprofita recerques i coneixements a fi de facilitar diverses transicions viscudes per la persona, família o el grup, i de promoure la seva salut.

7è. Principi: La família realitza els processos interactius a fi de promoure la salut i afavorir la seva curació.

8è. Principi: La infermera dóna les cures individualitzades en col·laboració amb la persona, família o grup, segons un procés heurístic anomenat "gestió clínica".

9è. Principi: La infermera reconeix i posa en contribució la seva pròpia competència i aquella dels seus companys, que poden estar compromesos a d'altres disciplines, amb l'objectiu d'optimitzar el valor dels "cuidados".

La infermera assegura el desenvolupament de la seva competència i ho demostra per la seva capacitat enginyosa de trobar un "savoir -faire" innovador en la pràctica d'infermeria.

La pràctica d'infermeria és molt més que el compliment de múltiples tasques. Aquesta pràctica requereix d'una agudes intel·lectual considerable que vist des de l'exterior, pot revelar una intuïció perquè es tracta del següent: "arribar a escollir una acció avisada, reflexionada, que respon a la necessitat particular de la persona". (Susane Kerovao, 1994; 10-30). .

La pràctica engloba la creació d'un acurat individualitzat, així com, la utilització d'un mateix en tant com a estri terapèutic i la integració de "sabers fer" específics, segons la teoria de Peplau.

En quant a la pràctica d'infermeria i la col·laboració, la infermera desenvolupa un rol de col·laborador essent necessari per poder aplicar l'acte de cuidar. Col·laborarà amb el personal d'infermeria, professionals i no professionals, i amb els membres de la família amb l'objectiu de cuidar, aportant una contribució significativa a una persona, fet que guia a cada infermera en la utilització de coneixements i de les seves competències. Així doncs, en la realització d'aquest rol, ella mateixa posarà un gest o delegarà l'acte de cuidar, a una persona de l'equip de les cures d'infermeria. La infermera delega a l'auxiliar tenint en compte els coneixements i habilitats d'aquesta (Carmen Fernandez Ferris, 1995; 101-150).

La família és pel sistema actual de salut, el principal responsable de la seva pròpia salut i dels seus acurats. Per tant, la família ha d'estar al costat de la persona malalta.

La infermera reconeix els coneixements i les habilitats dels membres de la família i els té en compte en el procés de curació de la persona com a membre integrant d'aquesta. Per tant, la família i la infermera treballen en complementació.

La pràctica d'infermeria i la interdisciplina implica que la infermera treballa amb d'altres professionals de la salut amb un objectiu comú que és la cura de la persona malalta. La pràctica en col·laboració necessita d'un clima de confiança i de respecte. Així que exigeix d'uns professionals (autònoms, responsables i competents) que defineixin els seus rols i les seves relacions.

Els requisits imprescindibles els preables a la pràctica en col·laboració són la comunicació, la competència, la responsabilitat, la confiança i el suport administratiu.

Referent a la competència, cada professional de cada disciplina, ha de ser capaç de comptar amb els coneixements i habilitats d'uns i dels altres, així que són capaços d'assumir decisions i els actes que en resultin de la seva relació.

El comportament de les persones és sempre una elecció en la qual a vegades es pren consciència i d'altres no, realitzant-se com una rutina, i per tant, el comportament reflectirà sempre els valors o principis de la persona que en aquells moments està actuant.

Mitjançant els actes fem explícit pels demás i per un mateix, els valors, motius i ordre de prioritats propis d'un mateix.

La infermeria és una professió que concreta el seu treball en les persones. És sabut que de sempre, les infermeres han tingut com a responsabilitat atendre, cuidar als demés quan aquests no han tingut la possibilitat o els recursos de cuidar-se ells mateixos. Per tant, la infermera es pregunta sobre la filosofia de la seva actuació, dels seus actes i intenta conèixer quin és el centre de les seves activitats. La resposta a preguntes com aquestes són la base del plantejament del nostre treball i és sobre aquesta base que prioritzem els nostres actes els quals reflectiran els valors que professionalment volem transmetre.

Des d'un punt de vista ètic, se'ns planteja la necessitat d'argumentar "lo bo" i "lo dolent" no en una determinada patologia o possibilitats terapèutiques o tècniques, sinó en funció de la persona objecte del nostre treball.

Per tant, l'estudi de l'ètica en la nostra professió ens servirà com a eina de treball en les nostres accions. Des de la perspectiva ètica suposa tenir present en l'acte infermer els aspectes subjectius de la persona de la infermera.

Tradicionalment és conegut que la intervenció de la infermera és sempre "a posteriori" de la del metge, i aquesta es veu finalitzada quan la intervenció del metge no és possible, o bé pels motius de tractament o biològics. No obstant, queda oberta una possible intervenció de la infermera que dependrà o estarà en funció de la sensibilitat i de la predisposició personal.

Sortosament, la introducció en el discurs sanitari del terme de salut no com absència de malaltia sinó com a quelcom de dinàmic, i el concepte de la percepció de l'home com un ser psico/bio/social, suposa un canvi important en l'orientació, continguts i estratègies en el paper de la infermera. El "saber fer" de la infermera i el "saber fer" del pacient es coaccionen i busquen les solucions conjuntament.

L'acció s'adreça no tan sols a l'individu sinó també als familiars com a "coprotagonistes" en la mesura en que l'individu i ells puguin assumir.

L'escenari on es desenvolupen les accions de cuidar s'ha de tenir en compte en el plantejament ètic de la infermera.

Les actituds de la infermera han de prendre en consideració la importància del context del cuidatge esdevenint-se així en actituds ètiques. El mitjà on es desenvolupa l'activitat de la infermera ha de fomentar la comunicació efectiva i la comprensió entre el malalt/usuari i la infermera.

La capacitat de la infermera de considerar el mitjà com el lloc de treball i de poder prendre en consideració cada context en particular suposa desenvolupar actituds al llarg de tota la vida professional, entre les quals s'han de remarcar les següents:

1. Acceptar l'autonomia del pacient/usuari.
2. Acceptar el dret de l'usuari a escollir, decidir i actuar.
3. Prendre en consideració que la comunicació amb el pacient/usuari no tracta de buscar la veritat absoluta de la situació sinó el seu benestar.
4. Acceptar que el títol de propietat sobre la persona del pacient/usuari és d'ell únicament.
5. Treballar de forma que les accions que es plantegin siguin les millors pel malalt/usuari.
6. Adoptar un compromís ferm amb els acords/decisions preses amb el pacient/usuari.

Les necessitats del pacient/usuari són la finalitat de l'acció infermera quan el context és el resultat de la verbalització i posada en comú de idees, la recerca de valors compartits, la familiaritat de l'ambient i del llenguatge, i de la possibilitat de la seva projecció en un futur.

La infermera freqüentment ha de sumar a la responsabilitat que té vers si mateixa, la responsabilitat que té vers als altres; per aquest motiu ha de conèixer que l'ansietat va unida a l'elecció. L'ansietat es tradueix en comportaments professionals que ajuden al desenvolupament de la persona per la que hi estem treballant i no per a la seva destrucció.

La finalitat terapèutica de tota decisió de la infermera és el benestar del pacient/usuari, per tant s'ha de tenir en compte què és lo que converteix un acte humà en un acte ètic.

L'acció ètica és aquella que es porta a terme conscientment. Un acte és responsable quan pot raonar-se i està lliure de coaccions externes o identificades per l'individu.

La valoració de les dades d'una situació és la que ens permet de comprendre-la i prendre-hi mesures. L'objectivitat necessària per l'anàlisi i l'avaluació sorgeix l'anàlisi de la pròpia infermera. Els perquè de la infermera són decisius perquè configuren la seva resposta professional.

La introspecció és un exercici mitjançant el qual la infermera identifica percepcions, processos intuïtius, sentiments, emocions, pensaments, actituds, motivacions. És així com sorgeix la resposta en la infermera de forma directa des de el seu propi coneixement personal. Subjectivitzar el que el pacient/usuari i la seva situació, significa per nosaltres que és la forma de poder actuar objectivament i de portar a terme actes que puguin considerar-se ètics.

Al comprendre la salut com a procés de vida, al centrar l'activitat en les necessitats de la persona, al reconèixer i defensar la consciència moral de cada ésser humà i per tant la seva autonomia, cada acte infermer es converteix en un acte únic, l'acte de cuidar.

Actituds necessàries per cuidar:

Per poder realitzar l'acte de cuidar des de la concepció de la infermera, aquesta ha de tenir un bagatge vivencial i conceptual específic que ha sigut remarcat per diferents autors. Entre ells, Mayeroff, (Pilar Antoni, 1993) parla de vuit components bàsics a desenvolupar per a disposar de la capacitat de cuidar, essent els següents:

Coneixement: Per cuidar, les infermeres han de tenir un bagatge de coneixements que ens permetin de realitzar la nostra professió. Un conjunt de sabers integren el coneixement de la infermera: conèixer que en la persona que tenim cura d'ella, quines necessitats té, com es manifesten, com podem cobrir-les de la manera més òptima etc. Cuidar significa també com transmetrem la nostra preparació al pacient tenint en compte que la verbalització no és l'únic mitjà del que disposem.

La infermera té coneixements de la comunicació verbal i no verbal, així doncs com coneixements del mitjà ambient.

Alternança del ritme: El cuidatge es porta a terme en un "continuum" entre experiències passades i la situació actual, entre l'atenció concreta i pormenoritzada i l'atenció global.

Paciència: Implica respectar el ritme de la persona que cuidem, no significa esperar passivament que succeeixin les coses, sinó que a l'igual que el creixement d'un nen, la persona necessita temps per prendre consciència del procés de malaltia que està vivint en aquests moments.

Les situacions de salut requereixen de la persona una posada en marxa de potencialitats, que en la majoria dels casos es desconeixen. Per això la infermera deu saber esperar i introduir paulatinament els nous aprenentatges.

Honestedat. Cuidar suposa una confrontació positiva i activa entre nosaltres i els demés. La infermera necessita mirar l'altre com el que és, no com el que ella vol que sigui. Ha de tenir el sentit de la realitat i valorar-la com se li presenta.

Confiança. Inclou l'apreciació de l'altre, de la seva existència independent. Quan el cuidatge es fa de forma protectora, no es desenvolupa la confiança mútua i es té el risc d'obviar les possibilitats del pacient/usuari, possibilitats que són el seu bagatge per afrontar la vida.

Tenir confiança significa tenir habilitat per ajudar; requereix a la vegada que la infermera tingui confiança en si mateixa i en els seus propis instints, i en la seva possibilitat per cuidar.

Humilitat. Al obrir-nos i ser receptius a cada persona i situació, comprenem que cada relació és única. No es pot fer simplement el que es va fer en ocasions anteriors; hem d'inventar i aprendre de forma continuada. La nostra experiència professional ens proporciona la possibilitat de relativitzar els coneixements, comprenent que els aspectes concrets d'una situació són els que configuren de les seves possibilitats de resolució. Mantenir-se al dia en els avenços científics de la nostra professió significa identificar els nostres límits i acceptar amb humilitat que el saber necessari pel cuidatge és un saber

compartit amb el pacient i/o d'altres professionals, per tant el saber de la infermera no és el patrimoni exclusiu d'ella.

Esperança. L'esperança es concep com un sentit real de possibilitat. El cuidar és possible perquè l'esperança està present. La infermera creu fermament que el pacient pot millorar o recuperar-se, i això significa creure que les persones tenen la seva pròpia auto/realització i la infermera contribueix a l'auto/realització dels demés.

Coratge. El coratge fa possible córrer riscos, des de la confiança en nosaltres mateixos, fins l'experiència adquirida en l'exercici professional i l'habilitat per creure en nosaltres mateixos.

L'acció de la infermera es converteix en cuidatge perquè de forma activa realitza alguna cosa per i amb una altra persona. S'estableix una relació que la infermera estén que és necessària per poder cuidar. La relació és única, contínua i dinàmica.

Actituds necessàries en una relació:

Segons Rogers, es crea una interrelació per cuidar. Les capacitats i possibilitats dels acurats estan sempre contextualitzades en la persona que precisa l'atenció i en la persona que la dona.

Aquestes actituds són: Ser, claredat respecte, independència, llibertat, empatia, comunicació, avaluació i creixement personal.

El concepte de "competència professional" està descrit pels autors com un "saber fer" conscient dels actes infermers i que el concepte de la "responsabilitat" és inseparable de la competència professional.

La responsabilitat: La literatura d'infermeria constata la importància al valor de la responsabilitat social dels acurats d'infermeria i a les exigències morals i legals de la pràctica d'infermeria. La responsabilitat està lligada al poder i és un valor nou que s'ha de cultivar i desenvolupar per cada professional. És a la vegada un valor que està en constant interacció amb l'autonomia i la defensa del pacient.

La responsabilitat no és pot imposar a un individu ni tampoc sorgeix de manera automàtica. Només pot procedir de l'individu mateix. L'individu "té sentit de la responsabilitat". Entenen què és "la capacitat d'anticipar els resultats de la pròpia acció i sota aquest efecte, actuar o comportar-se". Desenvolupar el sentit de la responsabilitat significa pensar i preveure les conseqüències possibles de l'acció, és a dir, que no se'n aprèn per l'experiència sinó a través de la reflexió sobre la pròpia experiència, fet que implica auto/crítica i coneixement de procés de presa de decisions.

Segons Reidy, desenvolupa els següents aspectes subjacents a la responsabilitat:

- "Ser responsable", és quelcom que es desenvolupa amb el creixement de la pròpia persona i està vinculat a la possibilitat de viure experiències al respecte.
- "Assumir la responsabilitat", s'assumeix mitjançant la formació i educació d'una determinada professió u ocupació.

Existeix la responsabilitat ètica i la legal. La responsabilitat ètica és l'obligació de respondre dels propis actes des de la perspectiva moral.

No és possible cuidar als demés sense saber-se cuidar un mateix. Per cuidar, s'ha de desenvolupar la capacitat creadora de la infermera, trobar les

respostes a les necessitats individuals de les persones que està atenent. No es pot cuidar sense tenir desigs d'ajuda.

La infermera assumeix la seva responsabilitat a través de la seva formació.

Els actes de la infermera són accions responsables; capacitat que formarà part de la seva competència professional.

La infermera com qualsevol professional té la responsabilitat de ser competent en el seu treball. Èticament, aquesta obligació està determinada en diversos articles del Codi d'ètica (articles n°s. 60, 69, 71 i 73), (Ética y Legislación, Masson, 1995).

La competència professional descansa sobre els conceptes de saviesa pràctica, experiència i habilitat. Tots ells, són termes contraris a la imperícia que es defineix com a "falta de coneixements elementals o a la falta de formació o perfeccionament". Aquest concepte ha estat assimilat al de negligència ó al d'imprudència dins del Codi Penal Espanyol, però el sentit real no és el mateix donat que negligència es defineix com a "falta de tenir cura ó atenció que tot professional deu observar en l'exercici de les seves funcions".

La comunicació i la informació formen part de la competència professional de la infermera.

Segons Ruth Mackay (M^a Jesús Aranguren, 1975), "Les habilitats per portar a terme la comunicació interpersonal són fonamentals per a proporcionar acurats de qualitat en el servei de salut". "El comportament bàsic de la veritable comunicació és desenvolupar l'habilitat per portar a terme respostes empàtiques, respostes que expressen la comprensió del que el malalt diu, que expressen una actitud de cuidatge vers ell, dins de la relació d'ajuda". És

important doncs, desenvolupar una actitud empàtica, considerant-la bàsica per aplicar un cuidatge d'infermeria.

El comportament ètic és un dels comportaments bàsics de la professió d'infermeria, i està definit en el Codi d'Ètica. El Codi professional defineix què és la professió, preveu mecanismes per assegurar el "bon comportament" dels seus membres.

3.1.2.3 Les competències de la infermera en cures pal·liatives.

Les cures pal·liatives tenen com objectiu principal proporcionar el major grau de benestar al malalt, entenent com benestar la sensació global de satisfacció o alleujament de les necessitats físiques, psicològiques, emocionals, socials i espirituals que pot experimentar el malalt de forma intermitent, contínua o esporàdica, al llarg de l'última etapa de la seva vida. Per això, les infermeres tenim un paper molt important en aquesta àrea pal·liativa, ja que allò s'aconsegueix en gran part amb les cures integrals pròpies que realitza l'equip d'infermeria.

Els pacients amb una malaltia en fase terminal, arriben a una Unitat de Cures Pal·liatives derivats des de moltes diferents especialitats. En ells s'han emprat tots els recursos de que disposa la Medicina i la Infermeria modernes per intentar curar o controlar la malaltia. Quan això no és possible i el procés avança imparable sense cap possibilitat de curació, encara ens queda una gran labor : la de tenir cura del pacient fins el moment de la seva mort, controlant tots els problemes que es vagin plantejant per aconseguir el seu màxim benestar, evitar el seu patiment i aconseguir finalment que tingui una mort digna.

Les últimes tendències en Infermeria van encaminades a aconseguir la major autonomia possible del individu i a conservar la seva dignitat fins a la mort.

Hem de canviar l'actitud curativa cap a una actitud pal·liativa. El fi bàsic és l'alleujament i augment del benestar del pacient, sent molt prudents en la valoració de la relació dany/benefici que exerceixin les nostres cures, i que el principal sigui sempre el bé subjectiu del malalt. Per això és bàsic comptar amb l'opinió d'ell i integrar-lo junt amb la família a la planificació i a la toma de decisions respecte a les cures a seguir.

3.1.2.3.1 Principis bàsics d'actuació de la infermera.

La labor fonamental de la infermera és, doncs, la de tenir cura. Per desenvolupar aquesta tasca hem de seguir el procés d'atenció d'infermeria:

1) Valoració inicial.

Del pacient, la família (reconèixer cuidador principal), l'entorn, els medis físics i personals amb els que es compte a cada àmbit i dels que disposa el propi servei de Cures Pal·liatives.

2) Detecció de necessitats i problemes.

Generals i específics. Fer un diagnòstic d'infermeria el més complet possible, tant del pacient com de la família.

3) Planificació de les cures.

Elaborar un pla d'acció amb la col·laboració de tot el suport humà de que disposem, molt especialment el de la família, aportant una educació sanitària adequada i recolzament emocional continuats. Tenir molt en compte les prioritats que el propi pacient faci de les seves necessitats, el que ens deu marcar la pauta.

És important crear un clima de confiança que faciliti la nostra actuació i que millori la comunicació. D'aquesta forma es facilita l'elaboració d'un pla de cures de forma conjunta amb el pacient i la família, compartint les decisions i problemes amb ells.

4) Execució.

Un cop identificats els problemes i determinat un pla d'acció individualitzat, arriba el moment de la seva execució.

Plantejar les prioritats diàries de les cures és fonamental a l'execució del pla. Les anotacions o registres que fem sobre la seva marxa reforçaran les cures del pacient i serviran a la resta de l'equip per encaminar els esforços a la mateixa direcció.

5) Avaluació de les cures.

De com s'estan realitzant, del resultat que estem obtenint i de la percepció de milloria del propi pacient . També es farà una avaluació del estat general del pacient, de la família i del seu entorn. Ha de ser contínua, ja que es tracta d'un pacient plurisintomàtic i multi

3.1.3 LES CURES PAL·LIATIVES

Buscant un concepte adequat de malaltia terminal, hem revisat la bibliografia disponible. Veiem a continuació alguns conceptes que s'han proposat, indicant el seu autor:

- **HALFORD (London, 1973):** Pacients en el que es sent que la mort és segura i en un plaç no llunyà, i per el qual s'ha abandonat l'esforç terapèutic per concentrar-se a l'alleugeriment dels símptomes i el recolzament tant al pacient com a la seva família.
- **MYERS (Madrid, 1975):** Pacient proper a la mort per una malaltia progressiva , inexorable i disseminada, que no pot interrompre's o involucionar segons l'estat actual de coneixements.
- **DUNSTAND (Barcelona, 1980):** L'estadi terminal d'una malaltia pot designar-se en funció de la malaltia del pacient, descriurà el període en el que , no havent possibilitat de remei o de remissió, l'únic destí previsible de la malaltia és la mort del pacient.
- **SAUNDERS (London, 1985):** L'estadi terminal pot definir-se com el que s'inicia en el moment en el que el clínic diu "ja no hi ha res a fer" i comença a retirar-se del seu pacient.
- **CALMAN (Barcelona, 1980):** La malaltia terminal en els pacients cancerosos s'estableix quan a aquests pacients se'ls ha diagnosticat amb exactitud, en els que la mort no sembla massa llunyana i en els que l'esforç mèdic la passat a ser curatiu o pal·liatiu.
- **VENTAFRIDDA (Barcelona, 1993):** Defineix com pacient terminal al malalt en el que la possibilitat de resolució – inclús temporal – de la

malaltia, no pot obtenir-se amb medis específics tals com cirurgia, radioteràpia o tractament mèdic. Estadi terminal és el moment en el que el metge diu “no hi ha res a fer” i comença a allunyar-se del pacient (...). El patiment d'aquests pacients pot reduir-se considerablement i inclús anul·lar-se, si el tractament del malalt terminal es considera també com part integrant del tractament antitumoral.

- **GIL, BRUGAROLAS et al, (Barcelona, 1988):** La malaltia terminal, millor enunciada com síndrome terminal de malaltia, es defineix com l'estat clínic que provoca expectativa de mort en breu plaç, presentant-se comunament com el procés evolutiu final de les malalties cròniques progressives, quan s'han esgotat els remeis disponibles.

En totes les definicions citades s'adverteixen els següents elements comuns que definiran la situació terminal de malaltia.

1. Malaltia progressiva i irreversible.
2. Expectativa de mort pròxima.
3. Esgotament de tractaments curatius.

Com destaca **SANZ ORTIZ (Madrid, 1987):** S'ha de distingir dues situacions diferents, la terminal terapèutica i la terminal biològica. En el primer cas, el malalt ja ha rebut la teràpia estàndard, però pot estar oligosimptomàtic, fent una vida quasi bé normal. En el segon, les seves constants vitals (T.A., F.C., F.R., consciència, etc.) estan per sota de la normalitat i la mort és ja imminent. Les diferents expressions utilitzades per referir-se a una expectativa

de mort pròxima, radiquen en que uns autors s'estan referint a una fase terminal terapèutica i altres es refereixen a una fase terminal biològica.

En el primer cas – fase terminal terapèutica – aquest període es compren de **mesos de vida**. S'estima que un pacient està en fase terminal quan, a més a més de reunir les condicions de diagnòstic (malaltia progressiva, evolutiva) i tractament (inutilitat de tractaments actius), compleix també la condició de pronòstic, amb una expectativa de vida inferior a sis mesos.

En el segon cas – fase terminal biològica – l'expectativa de vida que es contempla és molt més breu: **setmanes de vida**. Un 90 % dels malalts diagnosticats correctament amb síndrome terminal de malaltia, la supervivència és inferior a un mes. En aquests casos, es podria aplicar la denominació de malalts moribunds.

3.1.3.1 Definició de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL.

Les cures Pal·liatives es basen en una concepció global, activa i viva de la terapèutica, que inclou l'atenció dels aspectes físics, emocionals, socials i espirituals de les persones en situació de malaltia terminal i les seves famílies amb els objectius principals del confort i la promoció de la seva dignitat i autonomia davant d'una malaltia avançada, inguarible i progressiva, sense possibilitats raonables de resposta al tractament específic, i amb una mort previsible a curt termini, a causa del Càncer, la Sida, o d'altres malalties cròniques evolutives.

Les cures pal·liatives han de practicar-se des d'una perspectiva interdisciplinària, incloent professionals sanitaris (metges, infermeres, assistents socials, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, psicòlegs,

religiosos, experts en ètica i d'altres) amb formació adequada i suport continuat, i vinculades a la comunitat (Voluntariat) , i han de difondre's i aplicar-se a tots els àmbits (Hospitals, Centres Socio – sanitaris, Atenció Primària), amb una bona connexió entre ells, i tenint el respecte i el suport com a actituds primordials, per tal de promoure el dret a tota persona a rebre una atenció adequada i digna durant el procés de morir.

El malalt i la seva família, amb les seves necessitats i objectius, han de ser els protagonistes fonamentals d'unes Cures Pal·liatives de qualitat.

L'OMS es refereix a les cures pal·liatives com: La paraula pal·liatiu prové del llatí **“pallium”** : una capa o coberta. Així, les cures pal·liatives signifiquen una “manera de tenir cura” que:

- Reconeix que la curació o el control a llarg plaç no és possible.
- Està més en relació amb qualitat que amb quantitat de vida.
- Cobreix els símptomes molestos i penosos amb tractaments que primària o només apunten a la major mida possible al confort del pacient.

La meta de les cures pal·liatives en el Càncer es pot resumir en la paraula rehabilitació, això és, ajudar al pacient a aconseguir i mantenir el seu màxim potencial físic, emocional, espiritual, vocacional i social, el qual pot estar limitat, per una altre cantó, com resultat de la progressió de la malaltia.

Aquesta meta de les cures pal·liatives podria ser plenament realitzada, només si es presta atenció a tots els aspectes següents:

- Alleugeriment del dolor i d'altres símptomes distresants.
- Cures psicològiques i espirituals del pacient.
- Un sistema de suport per ajudar al pacient a viure tan activament com sigui possible, malgrat de que sigui imminent la mort.
- Un sistema de suport que sustenti a la família del pacient durant la malaltia i després de la pèrdua.

3.1.3.2 Pacients subsidiaris de rebre cures pal·liatives.

No només els pacients afectats de neoplàsies en situació terminal poden i deuen beneficiar-se de les Cures Pal·liatives.

Altres patologies no canceroses, com les cròniques, progressives i infeccioses (Per exp. HIV a les seves fases finals); entren a la definició de malaltia terminal, com succeeix amb els pacients afectats d'Insuficiència Respiratòria Crònica, Insuficiència Cardíaca en fase terminal, Cirrosis Hepàtica, Insuficiència Renal Crònica.

Els pacients afectats de patologies neurològiques degeneratives, com l' Esclerosi Lateral Amiotròfica, Esclerosi en Plaques, Demències.

Aquest conjunt de malalts presenta simptomatologia física avançada, alteracions psicològiques i socials i precisa recolzament espiritual.

Llurs famílies precisen ajut social, psicològic i espiritual en nombroses ocasions.

3.1.3.3 Objectius del Tractament Pal·liatiu.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), declara que els objectius de les Cures Pal·liatives, son fonamentals, els mencionats a continuació:

- Alleugerar el dolor i altres símptomes.
- No allargar ni escurçar la vida.
- Donar recolzament psicològic, social i espiritual.
- Reafirmar la importància de la vida.
- Considerar la mort com una cosa normal.
- Proporcionar sistemes de recolzament perquè la vida sigui el més activa possible.
- Donar recolzament a la família durant la malaltia i el dol.

3.1.3.4 Característiques de les Cures Pal·liatives.

Les característiques peculiars del sistema de cures pal·liatives, que el diferencien del sistema tradicional d'atenció al pacient en situació terminal, serien les següents:

1. En aquest tipus d'assistència la unitat de cures és constituïda per el pacient més la família . És essencial incloure a la família completa per aconseguir que l'atenció al pacient sigui el millor possible.

2. L'equip d'assistència és multidisciplinar: metges, infermeres, psicòlegs, treballadors socials, assistents pastorals i personal voluntari.
3. Per la situació terminal de malaltia a la que es troben els pacients, els tractaments emprats davant el dolor i altres símptomes físics seran principalment d'intenció pal·liativa.
A més a més, l'equip ha de proporcionar el recolzament necessari per vèncer l'estrès psicosocial. I minorar les preocupacions que afecten a la família i a la majoria dels pacients.
4. Donada la gran varietat de problemes – físics , psíquics, o d'altre tipus – que afecten al pacient, i que aquests es poden presentar a qualsevol hora del dia o de la nit, és necessari que existeixi sempre possibilitat d'assistència. “24 hores al dia i set dies a la setmana”. Això no vol dir que un mateix equip degui de ser responsable d'aquesta atenció continuada. A cada cas deu determinar-se a qui recorre per què el pacient tingui aquesta seguretat d'assistència. A vegades més que assistència immediata el pacient el que necessita és seguretat. En el cas de malalts terminals poques situacions d'emergència es presenten i lo normal és que la família prefereixi una atenció a demanda per l'equip habitual, encara que hagi d'esperar unes hores.

3.1.3.5 Formació d'Infermeria a Cures Pal·liatives.

La formació és un element essencial per la pràctica de cures Pal·liatives, encara que, la preparació adquirida en recursos i estratègies d'afrontament de la mort és molt variable. Fins ara ha depès de factors com l'interès personal, la nostra experiència clínica o de si la formació bàsica va ser rebuda recentment o no. Depèn també del nivell de formació dels professionals d'infermeria.

Les infermeres tenim contactes amb els pacients amb situació terminal en tots els nivells del sistema i amb les nostres actuacions ens hem convertit en l'element clau a l'hora de que els pacients i la seva família s'afrontin d'una manera menys dolorosa a la mort i decideixin el lloc més apropiat per morir.

L'influència de determinats factors com la manca de formació, les actituds d'incomunicació, evitar, fugir, la inexistència de coneixements que permetin una intervenció eficaç en el control de símptomes, estan condicionant els termes en que s'aborda la complexitat de la mort que, en aquest context, és freqüentment reconeguda com generadora d'important estrès per la infermera. És a dir que el nivell de coneixements i habilitats i l'actitud personal per l'afrontament de la mort, condicionen majors o menors dificultats proporcionalment a la preparació obtinguda.

Creiem molt important una formació adequada a les cures d'infermeria a pacients pal·liatius per varies raons:

- a)** Les necessitats dels pacients són més grans i més freqüents.
- b)** Perquè l'ajut s'ha d'estendre igualment a tots els familiars.
- c)** Perquè el temps de contacte amb aquests malalts és major.
- d)** Perquè es donen freqüentment situacions límit, que poden succeir en els moments més inesperats.

Per tots aquests motius, pensem que és indispensable assegurar una formació de qualitat a tots els professionals que hagin de realitzar cures Pal·liatives.

Les tècniques, els tractaments, els criteris de qualitat d'atenció i cures, els models de comunicació amb el pacient, i altres aspectes de l'atenció a aquests pacients, van progressant i canviant amb el pas del temps; per això, encara que s'hagi rebut en un primer moment la formació adequada, s'ha de complementar aquesta amb la formació continuada, que ha d'abastar tots els camps (físic, psíquic, ètic i espiritual) i que integri la teoria i la pràctica de forma organitzada.

L'objectiu de la formació serà ampliar coneixements i habilitats per què l'equip d'infermeria proporcioni cures de qualitat als malalts en situació terminal i a les seves famílies, oferint una atenció integral i personalitzada.

Les prioritats formatives es caracteritzaran per:

- L'experiència, instrument molt valuós que permet la competència professional. El domini de la tècnica, l'observació clínica desenvolupada, la capacitat per relacionar dades. Són coneixements i habilitats que proporcionen seguretat. El que un professional amb experiència necessita saber és com escollir la millor forma d'abordar la complexitat de la situació.
- La formació ha de ser amb caràcter continuat per què els coneixements es mantinguin vigents i es nodreixin de nous avanços.

La situació terminal és un període transcendental a la vida de tot ésser humà i ajudar a morir és tan important com ajudar a viure. La formació és un recurs imprescindible per afrontar les Cures Pal·liatives, a mida que anem profunditzant en el saber i el maneig de la mort, aconseguirem intervencions més eficaces per les persones que travessen la situació terminal i llurs famílies.

3.1.3.6 Qualitats a desenvolupar per la infermera d'una Unitat de Cures Pal·liatives.

Enumerem en aquest apartat algunes de les qualitats a desenvolupar per a tractar aquests tipus de pacients. Moltes d'aquestes són per totes les infermeres de qualsevol especialitat. Millorant totes aquestes qualitats o aprenent-les, tindrem la capacitat de donar unes cures integrals de qualitat al malalt en una situació tan vulnerable com és el procés terminal, a on el pacient veu com es va deteriorant i com això repercuteix en totes les àrees de la seva vida.

- Aquestes característiques són:

- Vocació cuidadora.
- Empatia i comprensió.
- Capacitat d'escoltar.
- Sinceritat. És preferible callar i escoltar abans de mentir.
- Habilitat a la comunicació (persones de diferents nivells educatius).
- Equilibri i maduresa personal, especialment davant la mort.
- Paciència.
- Respecte. Desenvolupar una "ment oberta", poc crítica i que inclou el que no va en consonància amb les nostres creences i manera de veure la vida. Ser capaços d'integrar-nos a qualsevol grup familiar.
- Flexibilitat.

3.1.4 LA FAMÍLIA I EL MALALT DE CURES PAL·LIATIVES

3.1.4.1 Introducció.

La família és una cèl·lula vital per la salut humana. La cèl·lula familiar és, en efecte, el context més important en el qual evoluciona la salut d'un individu. La família influeix de manera significativa en les creences dels seus membres, en les seves aptituds i en els seus comportaments relacionats amb la salut i la malaltia. (Fabie Duhanel, 1995; 4-5)..

Molts estudis mantenen el fet de que per un individu, adaptar-se als problemes de salut depèn no solament dels seus trets personals sinó també de les interaccions familiars.

No obstant, en el domini de les ciències de la infermeria, així com de la medicina i de la teràpia familiar, nombrosos estudis i observacions clíniques, demostren que la malaltia d'un individu poden crear estrès i suscitar una certa desorganització d'aquest, i a més a més, la dinàmica familiar influeix en l'evolució de la malaltia.

3.1.4.1.1 La influència d'un problema de salut sobre la dinàmica familiar:

Un problema de salut pot generar estrès tant al pacient en sí com a la seva família. Aquest estrès varia d'una família a una altra, així com d'un membre a un altre, sent de la mateixa família. Les conseqüències d'una malaltia sobre el funcionament d'una família depenen de varis factors; els més importants segons el grau de la malaltia, el grau d'incapacitat, el pronòstic, de la durada de la malaltia, les seqüeles associades, l'edat, el sexe del pacient, els seus rols socials i familiars, el seu nivell econòmic i l'etapa del cicle de la vida

familiar. L'estrès causat per un problema de salut, pot convertir-se en nefast per una família que té dificultats per mobilitzar recursos per afrontar-lo. Per una altra família, els recursos existents són suficients per adaptar-se al problema, afavorint a la vegada una millor cohesió entre els seus membres.

La família està considerada com un recurs sigui d'estrès o de suport en l'evolució d'un problema de salut, fet que ens confirma la importància de crear un apropament de la família basat en les interaccions amb els acurats d'infermeria.

És per tant, imprescindible, no ignorar la cèl·lula familiar en els acurats dels individus.

No obstant, i sense perdre el punt de mira de la família, aquesta desenvolupa unes tasques davant d'un problema de salut, que són nombroses i que poden convertir-se en un recurs. d'estrès; la prevenció, la fidelitat al tractament, la modificació dels costums i dels rols familiars, l'adaptació a en relació a l'isolament social i al manteniment de l'esperança de cara a l'evolució imprevisible de la malaltia o al seu desenllaç fatal. Malgrat dels recursos dels que disposen les famílies i malgrat de les seves habilitats per patir el suport necessari per a minimitzar el patiment dels seus membres, aquestes, requereixen en general, un suport professional quan la família està patint un problema de salut important.

Malauradament els investigadors conclouen que les famílies reben poc suport per part dels professionals de la salut. En relació a aquesta observació, la família afirma el desencant envers la poca humanització dels acurats per part dels professionals de la salut i de la desconfiança envers el sistema de salut en general. En efecte, els professionals de la salut han considerat durant molt de temps la família com una extensió del pacient, en lloc de veure en el pacient

una extensió de la família. La relació entre les interaccions familiars i de la salut dels membres de la família és un fenomen complexa que mereix no solament l'atenció dels investigadors, sinó també aquella dels professionals que estan al costat dels individus que estan fent front a un problema de salut.

Per contra, hi ha pocs estudis rellevants sobre les intervencions de la infermera vers al pacient i la seva família. És necessari examinar les causes de la problemàtica, i de millorar les intervencions d'infermeria de cara a atenuar el patiment relacionat al problema de salut, i conseqüentment relacionar el procés d'adaptació.

3.1.4.2 Competències i habilitats requerides per la infermera.

La descripció de les competències requerides es bases en els propis fonaments teòrics d'infermeria. Sense perdre de vista l'observació de que les famílies tenen la capacitat de resoldre les seves pròpies dificultats i que el rol d'infermeria es limita a recolzar els seus esforços. No es pretén substituir a les famílies per a definir el que més els hi convé, però es creu professionalment parlant, que se'ls hi aporta una ajuda eficaç, i de suport per a la seva voluntat de canvi. La infermera ha de tenir certes competències i habilitats essencials. Així com utilitzarà unes tècniques pròpiament professionals per a dirigir-se, avaluar i tractar la família. Aquestes avarquen des de un marc conceptual d'avaluació fins a una entrevista terapèutica.

La infermera ha adquirit uns coneixements de base necessaris per portar a terme una pràctica d'infermeria en un context familiar a fi de realitzar de manera adequada una avaluació de la família i una intervenció al costat d'aquesta. S'insisteix que a més a més deu tenir unes habilitats elementals que exigeixen la conducció de l'entrevista terapèutica amb la família.

Les normes per l'exercici de la infermera i de les competències requerides, estan establertes per "l'Associaton des infirmières diplômées de l'Alberta" (Alberta Association of Registered Nurses'ou AARN), defineixen la competència com "la capacitat d'una infermera de demostrar que ella posseeix els coneixements, les habilitats i les actituds exigides per a l'exercici de la professió " (AARN, 1991,P.2). Adaptant aquesta definició, i afirmant que un dels coneixements requerits per la infermera és la capacitat de "reconèixer la influència de l'estructura i el funcionament de la família sobre l'estat de salut del client i l'influència de l'estat de salut sobre el funcionament de la família" (AARN, 1991, P.3). L'AARN reconeix explícitament és important de tendir a un coneixement recíproc i interaccional amb la família.

Hem vist multiplicar-se de manera espectacular en els últims 20 anys, les obres de referència evocats tenint en compte la família. I és ben entès, que la constitució genètica i el perfil de interacció proper a cada infermera, aporta una dimensió personal a les seves habilitats.

Per finalitzar, afegir que la competència de la infermera que està al costat d'una família amb un problema de salut, i que li fa el seguiment, influeix directament sobre el procés del tractament.

Segons la Unitat d'acurats d'infermeria a la família, de la Universitat de Calgary, és útil de fer un seguiment, avaluant als estudiants els diferents graus d'adquisició d'habilitats clíniques necessàries per a la seva pràctica professional.

3.1.4.2.1 La intervenció de la infermera.

Els sistemes vius no poden fer el que la seva estructura els hi permet de fer. En aquest sentit els sistemes humans tenen sempre la “raó” de fer el que

fan. Només el ser humà, ell mateix, determina la direcció que prendrà el canvi dins del seu sistema. La informació no pot ser transmesa d'un individu a l'altre sense patir modificacions, doncs la informació percebuda està determinada per l'estructura de l'individu. I només per la naturalesa de la informació i pel seu transmissor. no poden dirigir als individus, només els poden convidar a “reflexionar”.

El concepte de “determinisme estructural” del sistema humà remet en qüestió el rol de la infermera com agent que dirigeix el canvi. La teoria del coneixement que la infermera participa en el procés de canvi creant un context pel canvi. La infermera que pensa que l' objectivitat no existeix que entre parèntesis reconeix que ella no pot imposar la seva pròpia realitat i que deu respectar la dels pacients. La infermera que creu que els individus són determinats per la seva pròpia estructura no donarà directrius a aquests; ella els convidarà a reflexionar sobre idees o sobre possibles solucions. Aquesta manera d'intervenir ajuda a la família a trobar les seves pròpies solucions per atenuar el seu patiment.

Aquest fet farà que augmentin la seva confiança en les seves habilitats per resoldre els seus propis problemes de salut, i adaptar-s'hi i finalment afavorir la seva pròpia autonomia.

Per tant s'estableix una interacció que influeix tant l'individu com a la infermera; el canvi es fa en els dos sentits. La infermera s'enriqueix de l'experiència dels individus que ella pren cura i de les conversacions

terapèutiques que ella té amb ells. Ella integra nous coneixements que li seran susceptibles el alterar la realitat i de modificar, per conseqüència, les seves interaccions amb aquests individus o amb uns altres.

3.1.4.2.2 El rol de la infermera davant de la pèrdua.

Ha d'avaluar tots els factors que precedeixen a la situació actual.

Avaluar la situació present i respondre a les demandes immediates del pacient. Aquesta atenció per part de la infermera provoca freqüentment en la família que, per efecte es cregui una confiança que invita gradualment a manifestar verbalment els seus sentiments davant de la pèrdua.

Una relació terapèutica entre la infermera i la família es pot començar a establir quan el pacient i la seva família senten que la seva experiència és respectada i que reben suport davant de les nombroses pèrdues que comporta la malaltia.

Es tendeix sovint a oblidar el nombre important de pèrdues que s'han sofert des de l'inici de la malaltia així com l'amplitud de les circumstàncies angoixants que coneix el lligam familiar.

El fet d'identificar totes les pèrdues amb el malalt i els seus propers i de discutir les seves significacions és un dels aspectes fonamentals del treball de la infermera en el context d'acurats en fase terminal.

Una actitud acollidora per part de la infermera així que l'escolta activa que ella manifesta a cada membre de la família que pateix una pèrdua, dona sovint una mica d'esperança per afrontar a les diferents pèrdues que aniran succeint durant tot el procés.

L'establiment d'aquest clima de verbalització i de confiança pot facilitar les etapes subsegüents del procés de dol de la família.

3.1.4.2.3 El rol de la infermera davant del procés de dol.

La infermera està en posició d'invitar al pacient i a la seva família a compartir les esperes presents i els seus records. Pot utilitzar diferents mitjans per promoure l'intercanvi entre les dues parts. D'igual manera, és freqüent que ella faciliti a la família el comprendre l'extrem feble del malalt i la imminència de la seva mort. D'igual manera, la infermera pot fer que el pacient se senti respectat i comprès davant de la seva mort pròxima.

Ella pot explicar a la família que és normal que els diferents membres no reaccionin de la mateixa forma en aquest període de pèrdua i dol. Els membres de la família que, a part d'uns altres membres, demostren una reacció inadequada ó inadmissible corren el risc de sentir-se exclosos ó allunyats del recorregut familiar, fet que representarà una "trava" en la seva adaptació per la pèrdua.

Sense les explicacions i el suport de la infermera, la família qui refusa les reaccions d'un dels seus membres, es troba en una reacció de doble dol, el de la persona morta i el de la persona exclosa. La infermera pot afavorir el manteniment d'equilibri familiar normalitzant les reaccions possibles davant de la pèrdua i oferint suport i de l'empatia a cada un dels éssers que pateixen al costat del moribund.

Els acurats d'infermeria dispensats al pacient en fase terminal deuen incorporar als membres de la família.

Cada família té la necessitat de ser guiada durant el decurs d'esdeveniments previsibles i imprevisibles, de veure el seu estil de funcionament respectat i de ser encoratjada a exterioritzar l'experiència emocional que ella viu.

Inclòs les famílies que tenen els mínims recursos i que viuen la mort de la manera més tràgica que existeix i reaccionen positivament a l'escolta i a l'afecció. L'experiència de la mort al "sinus" d'una família demora un amalgama d'emocions i moments molt intensos. El rol de la infermera durant el curs d'aquesta experiència pot ser molt rellevant perquè ella té l'ocasió de sostenir la família, en realçant els sentiments de valorització i de matriu dels membres davant de la seva experiència d'acompanyament d'un ésser proper.

Una millor relació amb la família també afavoreix el procés de dol de l'equip cuidador.

3.1.4.2.4 Acurats donats a la família en el context de la malaltia en fase terminal.

Els acurats aportats a la família que viu la pèrdua d'un dels seus, són d'una gran importància, doncs totes les famílies, malgrat que el seu funcionament habitual és elevat, travessen un període de crisi i poden beneficiar-se del suport aportat per l'equip cuidador. La infermera treballa freqüentment al costat d'un equip compost majoritàriament per infermeres col·legues, metges especialistes i d'altres professionals de la salut, així com treballadors socials, capellans, hospitals i dietistes. Si aquesta crea una relació de confiança amb el pacient i la família, ella ajuda a reduir el sentiment d'isolació i d'abandó i pot aportar elements explicatius dels comportaments dels familiars que seran molt apreciats per d'altres membres de l'equip cuidador.

El pacient que se sent recolzat i comprés per la infermera, pot demostrar un esperit més seré als membres de la seva família, fet que facilitarà l'obertura d'aquests últims a l'ajuda dels cuidadors. Les famílies que acompanyen al pacient pateixen una emotivitat i una inestabilitat tan grans que elles desitgen de poder comptar amb algun mitjà de comunicació que els afavorirà el procés de dol de la persona malalta i de l'adaptació a la pèrdua per ells i pel malalt.

3.1.4.3 La família i la malaltia en fase terminal.

El diagnòstic d'un individu pres d'una malaltia amb pronòstic greu provoca un estat de pànic al voltant de tots els membres de la família. La reacció dels membres de la família cara a la malaltia consisteix en apropar-se els uns als altres i a lligar els contactes més freqüents entre ells. Aquesta reacció centrípeta portarà un nou model de funcionament en el sistema familiar.

Quan el pacient ja no mostra signes d'estabilitat biològica i que la seva mort esdevé imminent per la família. L'equilibri familiar (l'homeostasia) és posat en qüestió. Varis autors asseguren que la mort d'un membre de la família és un dels elements més estressants per ella. La família es troba llavors davant d'una doble posició: la d'oferir suport al malalt i la de viure la pèrdua d'un ser estimat.

En aquesta perspectiva el malalt no és l'únic que necessita obtenir cures del professional de la salut, doncs tot el sistema familiar requereix de l'ajuda dels professionals a fi d'afrontar aquesta última fase de la malaltia.

El suport dels professionals de la salut és un dels factors que actuen més positivament sobre l'ansietat que afecta la família en la fase terminal d'un dels seus membres.

Les infermeres són els professionals de la salut que tenen més contactes amb el pacient i la família i que les seves intervencions són apreciades i buscades per la família i pacient.

3.1.4.3.1 Les relacions entre el pacient, la seva família i la infermera.

La família: (Lorraine M. Wright, Mauren Leahey, 1995; 60-100). perceben la família com un grup d'individus lligats per un efecte emotiu profund i per un sentiment de pertinença al grup i que s'identifiquen com a membres de la família. Aquesta definició de la família deu incloure les diferents configuracions o composicions de famílies que presenta la societat actual, (com la família monoparental, biparental, recomposada, homosexual). Cada membre de la família posseeix un sistema de creences que evoluciona amb aquell dels altres membres de la família i amb aquell del seu entorn. La interacció d'aquests diferents sistemes de creences en les relacions interpersonals amb la família i amb l'exterior de la família, influeix significativament en els comportaments de salut de cada membre de la família. Aquest fenomen és recíproc en el sentit que els comportaments dels individus tindran efectes sobre les seves interaccions i sobre el seu sistema de creences. Cada membre de la família és únic i autònom i posseeix les forces i habilitats que li permetran resoldre els seus problemes.

3.1.4.3.2 La pèrdua de l'ésser estimat.

La pèrdua d'un objecte preciós o d'un treball valuós (pèrdua simbòlica) col·loca a tot ésser humà en un estat de vulnerabilitat. De tota manera, està demostrat que la pèrdua d'un ésser estimat (pèrdua física) podria ser l'experiència humana, més cruel a viure. La mort d'una persona estimada provoca vives reaccions emocionals en els que sobreviuen.

Aquestes reaccions són de diferents tipus (tristesa, còlera, i en els diferents membres de la família. Aquestes reaccions per la pèrdua d'una persona estimada estan estretament lligades amb el difunt i amb el suport rebut durant el desenllaç de l'experiència de la pèrdua.

El malalt ha perdut, entre d'altres coses, la salut, la seva autonomia, els seus rols socials, sexual i familiar, el seu nivell social i financer, mentre que la família ha perdut entre d'altres coses, la seva intimitat, la seva seguretat, el seu funcionament associat a la seva salut i del seu esperit de reviure el mateix equilibri familiar d'abans de la malaltia. El significat de totes les pèrdues pot ser diferent per a cada membre de la família. Cada membre de la família deurà sentir-se recolzat per la seva família si ell considera que la seva pena és respectada i que ell pot expressar lliurement el que la pèrdua representa per ell.

Les pèrdues secundàries, és a dir, aquelles associades a la mort del ésser estimat, aquelles com l'obligació de renunciar al seu treball ó a la seva vida social per prendre cura del malalt, ó perquè disminueixin els seus ingressos econòmics, són pèrdues que drenen l'energia de la família, en particular, si són "analitzades de banal" per l'entorn o els professionals de la salut ó les pèrdues no reconegudes, és a dir, aquelles que no ens són permeses de pronunciar, que comporten l'obligació de canviar les seves costums de son ó de manca d'atracció sexual pel ser estimat, havent de considerar-se també en l'anàlisi de la dinàmica familiar

3.1.4.3.3 El procés de dol.

El procés de dol és l'experiència humana que procedeix després de la pèrdua que s'acaba de viure.

El procés engloba varies reaccions de pena i de retirada que allunyen gradualment de la vida de la persona en dol, la imatge i la presència afectiva de la persona "morta". El dol està descrit com una evolució cap un nou equilibri personal. Els lligams físics amb la persona que ha desaparegut no existeixen més, però es conserva un lligam emocional (heretatge afectiu) amb aquesta.

De diversos autors que han treballat al costat de nombroses famílies en procés de dol, que han descrit el procés de dol com una cadena de reaccions emocionals encadenant de les de retret, de angoixa, de còlera, de depressió i de mica en mica de comprensió, i han observat que l'intercanvi d'experiències i de paraules significatives i els adéus entre el malalt i la seva família faciliten la introducció en el procés de dol així com la seva resolució. També han observat que el moribund té sempre la necessitat de fer els seus adéus als membres de la família a fi de finalitzar dignament i afectuosament la relació que té amb cada un d'ells. Per part d'ells, els membres de la família es donen compte del que els aportà aquesta persona a les seves vides.

4. MARC EMPÍRIC

4.1 HIPOTESIS.

El nivell d'estrès dels professionals d'infermeria que treballen amb pacients crònic-terminals depèn del seu nivell de competència professional.

4.2 VARIABLES

Variables	Funció	Definició operativa	Sistema de control	Instrument	Escala de mesura
Competència professional	V.Independent	Nivell de coneixements, activitats i habilitats	Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa i quantitativa
Nivell d'estrès	V Dependent	Nivell d'estrès	Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa i quantitativa
Malalts pal·liatius terminals	V.Intervinents		Control estadístic	Qüestionari	Quantitativa
La família	Intervinents		Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa
Hospitals socio-sanitaris	Intervinents		Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa
Sexe	Intervinents		Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa dicotòmica
Edat	Intervinents		Control estadístic	Qüestionari	Quantitativa
Estat civil	Intervinents		Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa politòmica
Experiència professional/anys	Intervinents		Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa en intervals
Torn de treball	Intervinents		Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa politòmica
Tipus de contracte	Intervinents		Control estadístic	Qüestionari	Quantitativa
Hores de treball/setmanals	Intervinents		Control estadístic	Qüestionari	Quantitativa
Nº pacients atesos/dia	Intervinents		Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa dicotòmica
Formació inicial	Intervinents		Control estadístic	Qüestionari	Qualitativa dicotòmica
Formació continuada	Intervinents		Control estadístic	Qüestionari	

4.3 ENTORN

Tipus de centre: Hem escollit 4 centres intencionadament a l'atzar on els individus de la mostra hi estan treballant en l'actualitat. Es tracta de Centres sanitaris on l'especialitat que desenvolupen són les Cures Pal·liatives, basant-se en una concepció global, activa i viva de la terapèutica, que inclou l'atenció dels aspectes físics, emocionals, socials i espirituals de les persones en situació de malaltia terminal i les seves famílies amb els objectius principals del confort i la promoció de la seva dignitat i autonomia davant d'una malaltia avançada, inguarible i progressiva, sense possibilitats raonables de resposta al tractament específic, i amb una mort previsible a curt termini, a causa del Càncer, la Sida, o d'altres malalties cròniques evolutives.

La convallescència té per objectiu restablir aquelles funcions o activitats que estan afectades total o parcialment per diferents patologies. Generalment es tracta de persones d'edat avançada amb malalties de base que precisen una recuperació funcional després de sofrir un procés mèdic quirúrgic, traumatològic o malalties cròniques amb freqüents descompensacions i situació de dependència, en la qual és precís reeducar les activitats de la vida diària i ajudar a la adaptació dels canvis que la malaltia comporta.

Estructuralment la dotació de llits pot ser aproximadament de 20 places, i les estances mitges de la unitat estan situades entre 30 i 60 dies.

La Unitat de Cures Pal·liatives té la funció oferir tractament pal·liatiu i de confort a pacients amb càncer avançat i terminal o malalties invariables en fase terminal, en el moment en que la malaltia no respon als tractaments específics.

La dotació pot ser de 10 llits preferentment individuals.

4.4 METODOLOGIA

La metodologia utilitzada en la investigació és un estudi longitudinal descriptiu basat en una investigació qualitativa.

La recollida de les dades es va dur a terme durant els mesos de juny i juliol de l'any 2000.

Un cop recollides les dades dels qüestionaris, es van codificar numèricament per a ser inclosos en 3 matrius de dades i tractar-les mitjançant el programa estadístic SPSS, obtenint els anàlisis descriptiu i inferencial.

Fent referència a la recollida de dades es van poder puntualitzar algunes incidències alhora de dur a terme els qüestionaris ja que l'extensió d'aquest qüestionari era de més de 100 preguntes. Degut a aquesta qüestió es poden esmentar dos incidències clares: dedicació temporal extensa tant per a respondre el qüestionari com per a recollir els seus resultats

4.5 POBLACIÓ I MOSTRA

- **Població i mostra:**

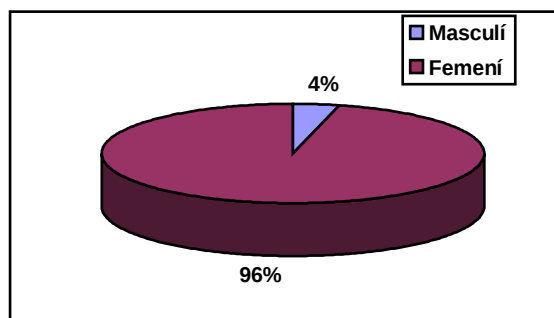
Destaquem que el número de qüestionats de cada centre correspon a tota la població existent en esmentats centres, és a dir població i mostra són la mateixa.

Es tracta de persones Diplomades en Infermeria que en l'actualitat treballen en esmentats centres.

Són 26 persones qüestionades, essent la **proporció de qüestionats** següent:

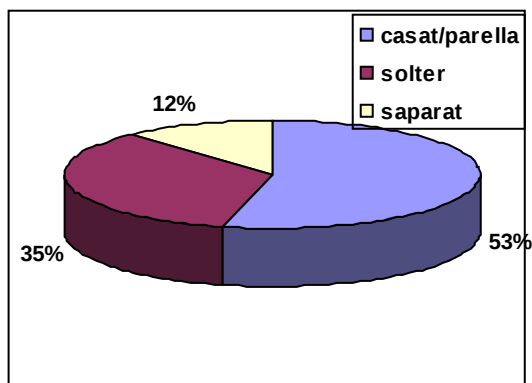
- *Hospital de la Santa Creu*: **7** individus.
- *Hospital de Sant Llàtzer*: **8** individus.
- *L'albada*: **5** individus.
- *Hospital Duran i Reinalts*: **6** individus.

- **L'edat**: l'edat mitja dels qüestionats és de 32,8 anys, essent així una mostra jove des del punt de vista sociolaboral.
- **El gènere**: en la mostra analitzada, majoritàriament predomina el sexe femení. En aquest cas, la distribució està en consonància amb les característiques sociodemogràfiques de la professió (feminització).



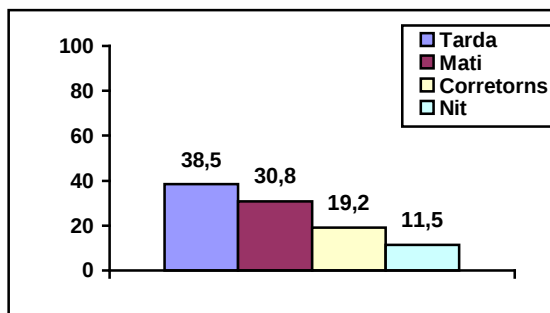
Gràfica 1.- Distribució del gènere

- **L'estat civil**: dels professionals predominant és el de casat/parella amb un 53,8%, davant dels següents percentatges: Solters 34,6%, separat 11,6%. Aquesta variable està en consonància amb l'edat dels qüestionats, donat que es tracta d'una carrera universitària que requereix pocs anys de formació oficials i consegüentment afavoreix a una inserció laboral immediata.



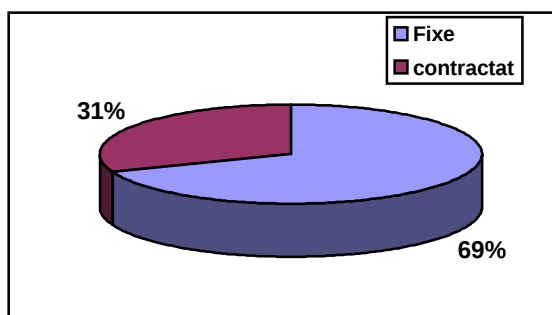
Gràfica 2.- Distribució de l'estat civil

- **Torn de treball:** el 38,5% dels individus de la mostra, treballen duran el torn de tarda, un 30,8% ho fa duran el torn de matí, un 19,2% de corretorns, davant d'un 11,5% que treballa durant el torn de nit. Destaquem que durant el torn de nit disminueix el nombre de infermeres per malalt de manera preestablerta pel centre. Característica que inversament no és significativa amb la disminució de tasques infermeres.



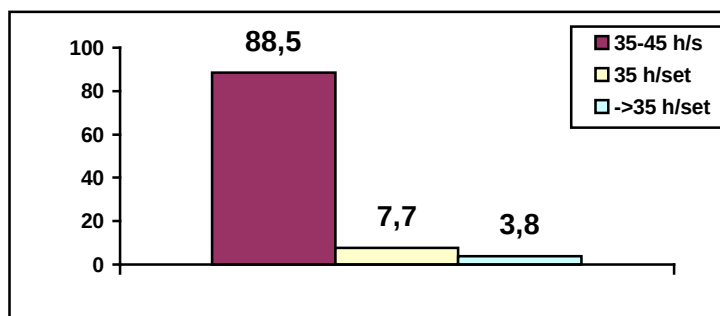
Gràfica 3.- Distribució del torn de treball

- El **tipus de contracte:** un 69,2% són infermeres de contractació fixa, davant d'un 30,8% que estan contractades de forma eventual. Aquesta variable s'interrelaciona amb les variables de l'edat, estat civil i anys de professió, degut a que l'estabilitat laboral permet proporcionalment una estabilitat personal.



Gràfica 3. - Distribució del tipus de contracte

- **Hores de treball setmanals per infermera:** destaquem que el 88,5% de la mostra està treballant entre 35-40 hores setmanals davant d'uns percentatges petits que treballen seguint la següent distribució : un 7,7% treballa 35 hores setmanals, i un 3,8%, treballa igual o inferior a 35 hores setmanals.

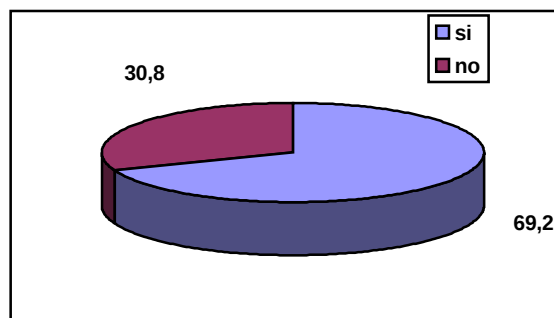


Gràfic 4.- Distribució de les hores de treball setmanals.

- **Nº de pacients atesos/dia:** la mitja de pacients atesos al dia per una infermera és de 29,7%.

No obstant és necessari puntualitzar que és una variable molt dispersa i dependrà del tipus de centre que la infermera estigui portant 97 pa./torn o 15 pa./torn.

- **Formació inicial:** aquest ítem ens confirma que 100% de la mostra són Diplomats en Infermeria.
- **Formació continuada:** el 69,2% te formació continuada i el 30,8% no en te.



Gràfic 5.- Distribució de la formació continuada.

4.6 INSTRUMENTS EMPRATS

El procediments emprat va ser un qüestionari dividit en 3 parts; una primera part va constar de les dades sociolaborals dels individus de la mostra, una segona part tractava les Competències Professionals d'Infermeria i una tercera part, tractava sobre la variable de l'estrès en la Infermeria.

El qüestionari sobre les Competències d'Infermeria va ser creat per nosaltres basat en la descripció de les Competències d'Infermeria segons la referència del CCECS amb el "Projecte de Competències de la Professió d'Infermeria".

Fent referència al qüestionari que tracta l'estès en la infermeria el vam obtenir via internet.

La validació es va realitzar pel Sistema de Jutges a través de qüestionaris anomenats prova pilot.

Va ser elaborat per un previ estudi dels possibles causants d'estrès que influencien en les unitats crònic-terminals.

5.RESULTATS DEL MARC EMPÍRIC

5.1- ANÀLISIS DESCRIPTIU

L' anàlisis estadístic s'ha realitzat utilitzant el programa SPSS per a Windows.Com a criteri de significació estadística s'ha utilitzat una probabilitat del 0.05, considerant-ne com a significativa una $p \leq 0.05$. Així com, s'ha portat a terme una explotació descriptiva de totes les dades a través de llistats de freqüències de les variables qualitatives i fent la descriptiva de les quantitatives.

Es presenten també resultats per grups de variables. Es realitza una descripció de totes les variables, comprovant la seva distribució. S'utilitzen mètodes no paramètrics per a les distribucions que no segueixen una distribució normal.

S'han analitzats les correlacions obtingudes del creuament de dades, així com s'han obtinguts els resultats de Pearson.

En l' anàlisis dels resultats s'ha tingut present els diferents apartats del qüestionari. Per l'anàlisi de les dades hem utilitzat el programa estadístic respectant l'ordre de les variables sota una escala de valors de 1-5

Competències professionals d'infermeria.

Segons la definició del CCECS, les competències professionals d'infermeria, són un conjunt d 'habilitats, actituds i coneixements, i de processos complexes per a la presa de decisions que permet que l'actuació professional estigui en el nivell exigible en cada moment.

Per tant, els tres conceptes bàsics, s'han estudiat en gran blocs estadístics : Coneixements, habilitats i actituds. No obstant, els tres conceptes es troben relacionats durant tot el decurs de l'estudi, amb les competències professionals, quedant descrites a continuació del següent paràgraf:

- a) Procés de cures.
- b) Prevenció i promoció de la salut.
- c) Procediments i protocols.
- d) Atenció a malalts en situacions específiques.
- e) Comunicació.
- f) Treball en equip.
- g) Manteniment de les competències.
- h) Ètica i aspectes legals.
- i) Compromís professional.

5.1.1 Coneixements.

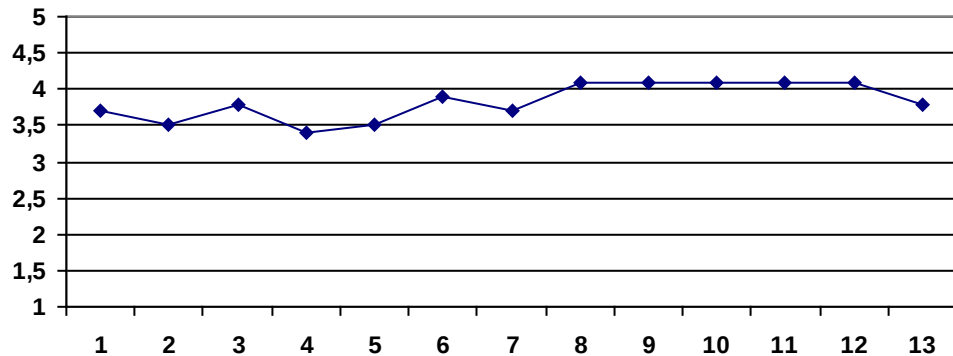
Les competències professionals d'infermeria, reflectides en aquesta taula, estan agrupades sota títols genèrics segons **els coneixements** que ha de tenir la professió infermera.

S'han agrupat així, per a una millor comprensió de l'estudi que estem analitzant.

A la taula i gràfics adjunts es presenten els resultats d'aquest apartat.

CONEIXEMENTS	Mitja	Desviació.
1. Proporcionen cures d'infermeria individualitzades mitjançant un mètode sistemàtic i organitzat?	3,7	1,07
2. Obtens i analitges dades per determinar l'estat de salut de l'usuari i descrius les seves capacitats i/o problemes?	3,5	0,9
3. Prioritzes un pla d'acció per tal de disminuir i eliminar problemes de l'usuari, a l'hora que es promou la seva salut i autonomia?	3,8	1,05
4. Avalues continuada i sistemàticament l'efectivitat del pla d'acció en relació als objectius i/o criteris de resultats establerts?	3,4	0,9
5. Desenvolupes accions dirigides a la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i l'educació sanitària en els diferents àmbits de la pràctica?	3,5	0,9
6. Proporcionen cures d'infermeria de forma sistematitzada comptant la situació individual de cada usuari i fent èmfasi en la comunicació i informació?	3,9	0,8
7. Duus a terme la pràctica professional en els diferents àmbits i situacions?	3,7	0,8
8. Aconsegueixes una comunicació efectiva i estableixes una relació terapèutica amb l'usuari?	4,1	0,5
9. Dones una atenció integral i coordinada mitjançant el treball en equip?	4,1	0,6
10. Garanteixes la continuïtat de les cures utilitzant la comunicació formal i estructurada?	4,1	0,5
11. Dones una resposta professional i de qualitat a les diferents situacions de la pràctica?	4,1	0,4
12. Incorporas a la pràctica els principis ètics i legals que guien la professió?	4,1	0,7

Taula 6.-Coneixements



Gràfic 6: Perfil del nivell de coneixements.

Com es pot observar, el nivell global de coneixements supera la mitja teòrica fixada en el valor de 3. A destacar les següents puntualitzacions:

Segons els resultats obtinguts sobre els coneixements, observem que existeix un coneixement elevat en les següents competències: - *comunicació i relació amb l'usuari/o persones comunicatives*, - *treball en equip i relació interprofessional*, - *comunicació interprofessional*, - *manteniment de les competències professionals*, - *ètica, valors i aspectes legals*.

Observem un coneixement moderat baix quan ens referim a les competències sobre *l'anàlisi de dades del pacient i a l'autoavaluació continuada i sistemàtica de l'efectivitat del pla de cures*.

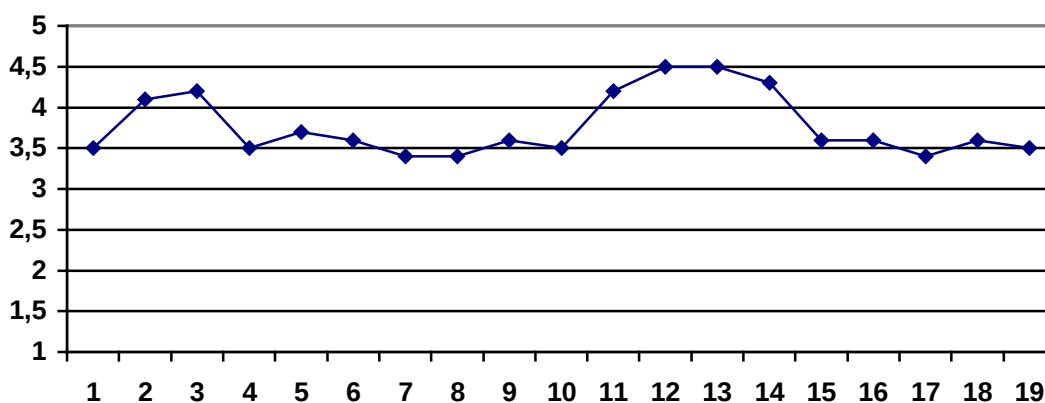
5.1.2 Valoració de les competències d'infermeria segons les habilitats i les actituds.

a) Procés de cures:

ACTITUDS I HABILITATS	Mitja	Desviació
1. Fas l'entrevista clínica completa (àmbits orgànics, psicològics i socials) amb els usuaris i/o persones significatives?	3,5	1,1
2. Observes i valores signes objectius: saber fer una exploració física?	4,1	0,7
3. Reculls i valores símptomes subjectius manifestats per l'usuari i/o persones significatives?	4,2	0,8
4. Realitzes accions i procediments que permetin validar el problema identificat?	3,5	0,9
5. Enregistres i expresses de forma sistemàtica les dades prioritàries de la informació recollida?	3,7	0,7
6. Identifiques i valores les dades significatives i, en base a elles defineixes els problemes reals i /o potencials?	3,6	0,9
7. Prioritzes els problemes detectats i, en base a ells, elabores un pla de cures que inclogui objectius i intervencions adequat/des al/s problema/es definit/s?	3,4	0,9
8. Formules objectius amb l'usuari i/o persones significatives recollint les seves expectatives segons el problema definit prèviament?	3,4	1,1
9. Planifiques activitats de cures per resoldre els problemes de salut del pacient / usuari / client (amb els recursos disponibles i segons la política de l'organització) ?	3,6	0,9
10. Elabores, decideixes i selecciones els protocols i procediments més adequats a l'activitat planificada en base a la seva pertinença, validesa i eficiència ?	3,5	0,8

11. Executes les activitats planificades, tant pel que fa al rol autònom com al de col·laboració?	4,2	0,8
12. Planifiques l'alta d'acord amb la data prevista?	4,5	0,8
13. Complimentes els registres?	4,5	0,7
14. Dissenyas i adaptes el pla de cures i el pla terapèutic a les necessitats del pacient/usuari de forma individualitzada?	4,3	0,6
15. Estableixes criteris de resultats?	3,6	0,5
16. Fas l'avaluació continuada del procés de cures?	3,6	0,6
17. Redissenyes els objectius i les activitats segons l'avaluació continuada, si cal?	3,4	0,8
18. Avalues els objectius formulats en el pla de cures?	3,6	0,7
19. Valores els recursos i el potencial del malalt (Coneixements i materials) per seguir, si cal, autoaplicant-se les cures en el seu domicili?	3,5	0,9

Taula 7.-Procés de cures



Gràfic 7: Perfil del nivell de habilitats-actituds. Procés de cures.

A través d'aquesta com. Prof. La infermera està donant una atenció individualitzada al pacient i/o família, seguint una metodologia científica que li permetrà seguir unes passes seqüenciades on li permetran d'identificar el

problema, diagnosticar-ho, prioritzar unes intervencions específiques per a la resolució del problema, i per últim avaluar tot el procés.

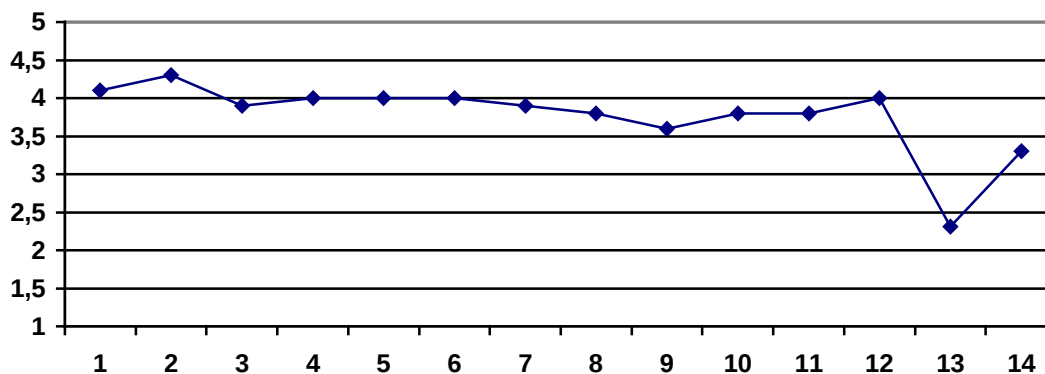
Segons els resultats de l'estudi, la infermera prioritza alhora d'identificar un pla d'acció i complimenta altament els registres, en canvi és més deficitària quan es tracta de fer el recull de dades i quan es tracta de fer una avaluació continuada del procés de cures i avaluar resultats.

b) Prevenció i promoció de la salut.

	Mitja	Desv.
1. . Fas l'informe d'alta d'infermeria?	4,1	1,9
2. Identifiques usuaris amb risc de patir algun/s dels problemes més prevalents de salut?	4,3	0,7
3. . Avalues i selecciones els usuaris que poden beneficiar-se de mesures preventives?	3,9	0,9
4. . Identifiques els problemes potencials de salut?	4,0	0,7
5. . Avalues l'estat de salut de la persona sana?	4,0	0,8
6. . Avalues l'entorn soci - familiar?	4,0	0,7
7. Ensenyes i dones consell sobre els diferents mitjans de prevenció del risc i promoció de la salut?	3,9	0,7
8. Identifiques els problemes de salut en el propi medi?	3,8	0,7
9. . Proveeixes de consell preventiu del risc?	3,6	0,7
10.. Realitzes accions educatives conduents al canvi d'hàbitats?	3,8	0,7
11.. Promous actituds d'autoresponsabilitzat enfront la salut?	3,8	0,6

12.. Realitza activitats per a la prevenció de la infecció nosocomial?	4,0	0,8
13..Realitza estudis sobre la influència de l'entorn en la salut?	2,3	1,09
14..Avalua periòdica i gradualment l'aprenentatge de l'usuari?	3,3	0,7

Taula 8.- Prevenció i promoció de la salut.



Gràfic 8.- Perfil del nivell de prevenció i promoció salut

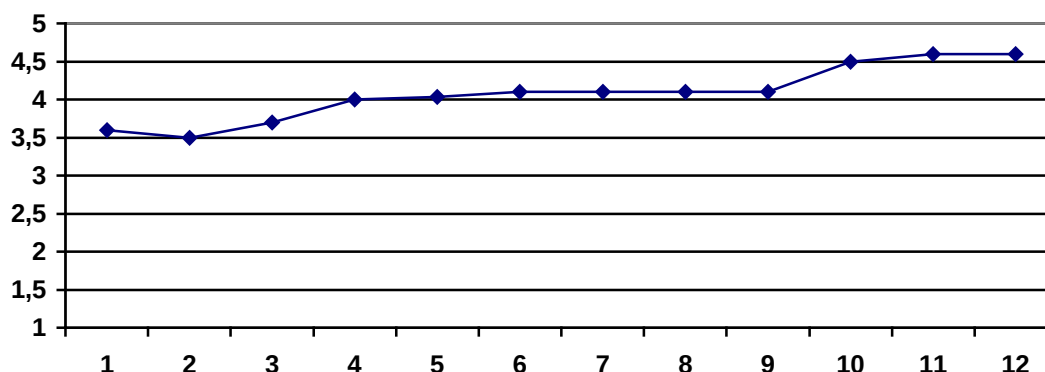
La infermera té un nivell alt quan es tracta de fer prevenció, identificar els usuaris de risc i prevenir la infecció. Es cuida a un nivell més baix de promoure la salut, i de fer accions per promoure actituds d'autoresponsabilitat.

A destacar per sota de la mitja teòrica la realització d'estudis sobre la influència de l'entorn en la salut.

c) Procediments i protocols:

Taula9.-Procediments i protocols

	Mitja	Desv.
1. Selecciones i prepares el material adequat?	3,6	0,7
2. Preparaes l'entorn en el que es portaran a terme els procediments?	3,5	0,7
3. Realitzes el procediment d'acord amb les etapes descrites?	3,7	0,7
4. Valores i vigiles les respostes de l'usuari durant la realització del procediment?	4,0	0,6
5. Acomodes al pacient / usuari / client en condicions de seguretat física i psicològica?	4,0	0,5
6. Realitzes les accions de vigilància i detenció precoç de possibles complicacions?	4,1	0,5
7. Registres les accions i/o les seves incidències?	4,1	0,6
8. Fas el seguiment i vigilància de l'efectivitat del procediment realitzat?	4,1	0,5
9. Realitzes i/o col·labores en els procediments de suport al diagnòstic i/o tractament?	4,1	0,6
10. Observes les mesures d'asèpsia?	4,5	0,6
11. Interpretes i executes les prescripcions mèdiques?	4,6	0,6
12. Coordines amb altres professionals i actues conjuntament quan la situació assistencial ho requereixi?	4,6	0,6



Gràfic 9.- Nivell de procediments i protocols.

La infermera és conscient de que ha de treballar de manera sistemàtica, amb el suport dels protocols i dels procediments.

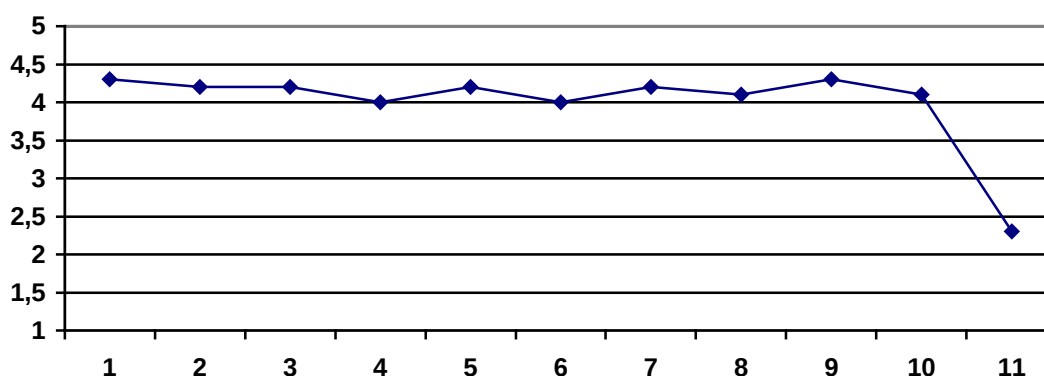
Observar les mesures d'asèpsia, és un deure i una obligació de la infermera. Norma bàsica de la professió i segons els resultats, ben inserida en la praxis d'infermeria.

d) Atenció a malalts en situacions específiques:

	Mitja	Desv.
1. . Tens cura de les persones amb processos crònics?	4,3	0,6
2. . Tens cura de les persones en situació crítica?	4,2	0,7
3. . Tens cura de les persones amb processos aguts?	4,2	0,7
4. . Tens cura de les persones amb trastorns mentals greus, transitoris i amb risc?	4,0	0,8
5. . Tens cura de les persones amb manca i/o pèrdua d'autonomia?	4,2	0,7

6. . Tens cura de les persones procés de dol?	4,0	0,7
7. . Tens cura de les persones de les persones grans?	4,2	0,6
8. . Gestiones les cures pal·liatives en els malalts terminals?	4,1	0,7
9. . Apliques les mesures terapèutiques adients a les persones amb dolor?	4,3	0,6
10.. Gestiones i desenvolupes l'atenció d'urgència amb eficiència?	4,1	0,5
11.. Gestiones i desenvolupes l'atenció domiciliària amb eficiència?	2,3	1,5

Taula10.- Atenció a malalts en situacions específiques.



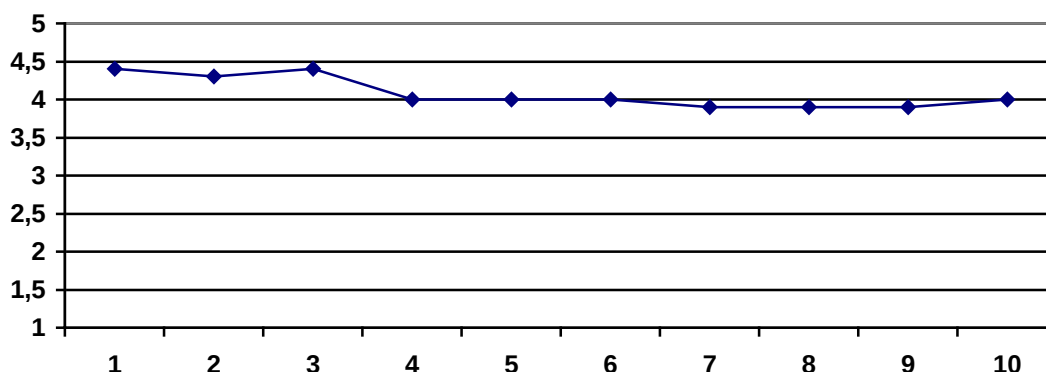
Gràfic 10.- Perfil d'atenció a malalts en situacions específiques.

La infermera sap donar cura es cada procés de malaltia específicament. No obstant, observem que en menor grau, la infermera té cura de les persones en procés de dol. Per tant, coneixements, actituds i habilitats vers aquesta atenció, ens mostrarien uns resultats paradoxalment baixos, entenent que pel tipus de patologia que estem tractant, la família i malalt, passa freqüentment per aquest procés.

e) Comunicació:

	Mitja	Desv.
1. Portes a terme les activitats, protocols i procediments amb empatia i respecte?	4,4	0,6
2. Promous un entorn favorable a la comunicació?	4,3	0,4
3. Portes a terme l'entrevista clínica amb empatia i respecte?	4,4	0,5
4. Ets capaç de comunicar-te efectivament amb els usuaris i/o persones significatives?	4,0	0,4
5. Comuniques a l'usuari els problemes d 'ell/a que gestiona la infermer/a?	4,0	0,4
6. Expliques i comentes, fins acordar conjuntament amb l'usuari, les actuacions a seguir així com les seves recomanacions?	4,0	0,5
7. Integres l'usuari en els plans de cures?	3,9	0,6
8. Verifiques que els usuaris entenen la informació donada per tal de poder acceptar i/o realitzar els plans de cures acordats?	3,9	0,5
9. Inicies, fomentes i mantens una relació terapèutica amb l'usuari?	3,9	0,6
10. Fomentes, a través de la relació interpersonal i del respecte a l'usuari la confiança i seguretat en relació al seu procés?	4,0	0,6

Taula11.-Comunicació



Gràfic 11.- Perfil de comunicació

En general, la infermera quan està desenvolupant el seu rol, es comunica amb empatia i respecte, i és promotora de crear un entorn favorable per a la comunicació.

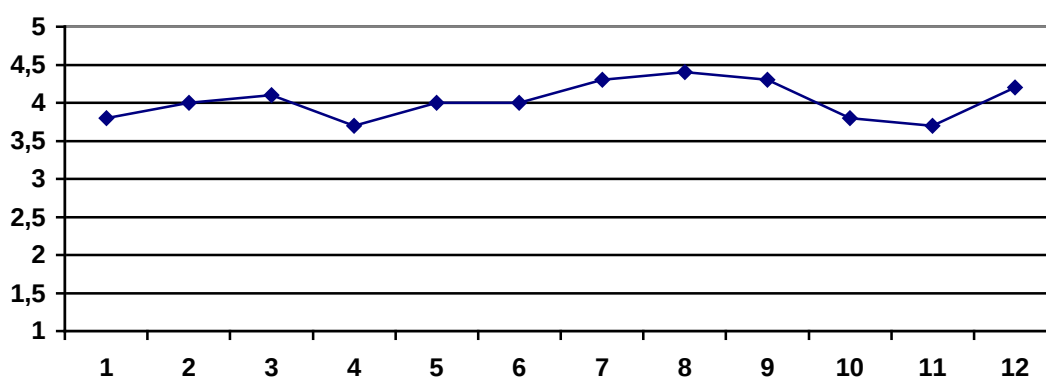
Per contra, i parlant per sobre de la mitja teòrica, podríem dir que quan es tracta d'implicar al pacient en el pla de cures, o d'integrar-lo, ho fa amb menor interès que quan es tracta de comunicar-se amb ell.

f) Treball en equip i relació interprofessional:

	Mitja	Desv.
1. . Defineixes i formules els objectius en el si de l'equip de treball amb claredat i derives un pla d'actuació així com avalues els resultats?	3,8	0,6
2. . Escoltes i reculls les opinions dels diferents membres de l'equip de treball (Tant en les vessants verbal com no verbal) ?	4,0	0,6
3. . Acceptes obertament els diferents membres de l'equip en la seva especificitat?	4,1	0,6
4. . Dones la pròpia opinió, amb fermesa i claredat, tot respectant l'opinió dels altres sense agreujar-los?	3,7	0,9

5.	. Assumeixes i desenvolupes el rol que pertoca en cada circumstància?	4,0	0,6
6.	. Fas de l'equip un lloc d'intercanvi i analitzes l'activitat professional realitzada?	4,0	0,7
7.	. Consultes a temps i efectivament els altres professionals de la salut?	4,3	0,5
8.	. Reconeixes les habilitats, competències i els papers dels altres professionals sanitaris?	4,4	0,5
9.	. Delegues les activitats d'acord als coneixements, habilitats i capacitats de qui ha de realitzar la tasca?	4,3	0,4
10.	. Elabores informes d'infermeria escrits, llegibles, ben estructurats i concisos?	3,8	0,5
11.	. Presentes oralment els casos de manera estructurada, comprensible i concisa?	3,7	0,6
12.	. Et comuniques amb els diferents nivells assistencials?	4,2	0,5

Taula 12.- Treball en equip i relació interprofessional.



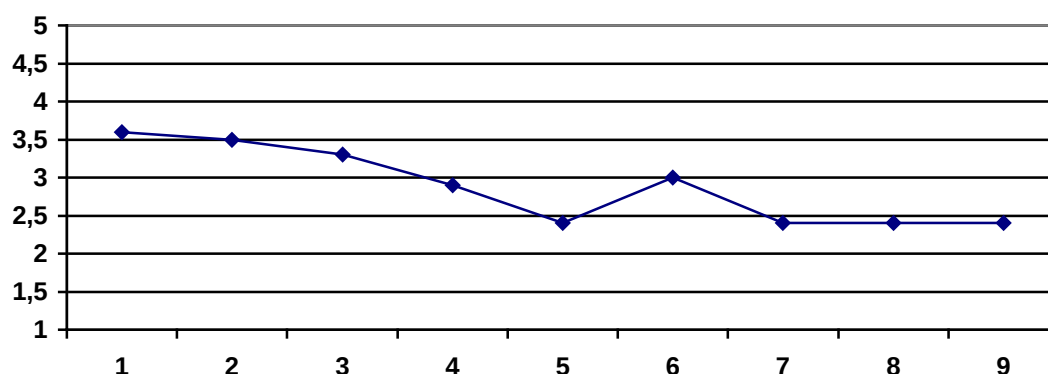
Gràfic 12.-Perfil del treball en equip i relació interprofessional.

Les relacions interprofessionals adopten en la infermera un paper important, donant rellevància a la bona comunicació interprofessional, i posada en pràctica les intervencions interprofessionals, davant d'una actitud més passiva , o de menor importància en la seva tasca de rol autònom.

g) Manteniment de les competències professionals:

	Mitja	Desv.
1. . Avalues els propis coneixements, actituds i habilitats?	3,6	0,6
2. . Empres els recursos existents per a l'aprenentatge?	3,5	0,9
3. . Analitzes críticament la validesa i l'aplicabilitat de les fonts d'informació possibles?	3,3	0,9
4. . Analitzes críticament els mètodes i les dades de recerca?	2,9	1,09
5. . Participes en processos d'avaluació professional en general i especialment en l'avaluació per companys?	2,4	1,2
6. . Avalues críticament els mètodes de treball?	3,0	1,3
7. . Realitza activitats de recerca?	2,4	1,2
8. . Utilitza de forma sistemàtica els resultats dels estudis de qualitat?	2,4	1,2
9. . Dus a terme activitats docents en els diferents nivells professionals?	2,4	1,2

Taula13.- Manteniment de les competències professionals.



Gràfic 13.- Perfil del manteniment de les competències professionals.

Observem que estem davant de la competència professional d'infermeria que s'avalua a nivell de coneixements, actituds i habilitats, a uns nivells baixos si observem el percentatge situat just per sobre de la mitja teòrica.

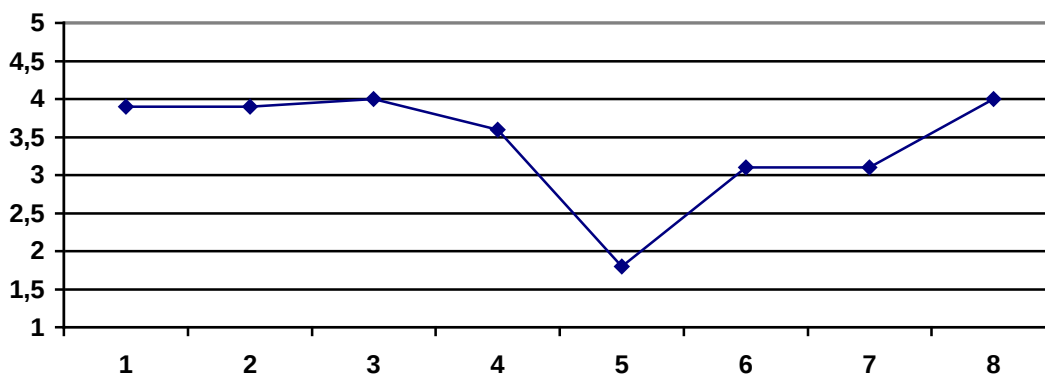
La infermera s'autoevalua poc, no realitza treballs de recerca, avalua poc els mètodes de treball i realitza poc nivell de docència.

h) Ètica, valors i aspectes legals:

	Mitja	Desv.
1. . Desenvolupes una praxis professional fonamentada en el respecte dels drets del pacient / usuari / client guiada pel Codi Ètic d'infermeria?	3,9	0,9
2. . Identifiques les possibles vulneracions dels drets del pacient / usuari / client i empris les mesures/accions destinades a preservar-los?	3,9	0,6
3. . Ajustes les decisions i comportaments als principis bioètics: beneficència, no maleficència, autonomia i justícia?	4,0	0,6

4. . Identifiques els dilemes ètics i apliques el raonament i judici crític en la seva anàlisi i resolució?	3,6	0,9
5. . Participes activament en el treball dels Comitès d'Ètica Assistencial i/o Comitès d'Ètica d'investigació Clínica?	1,8	1,1
6. . Adeqües les accions d'infermeria a la lliure elecció de pacient / usuari / client en les decisions de salut, donant continuïtat al procés de cures?	3,1	0,7
7. . Proposes i decideixes de forma raonada excepcions en l'aplicació de la norma i exercici de l'objecció de consciència?	3,1	0,8
8. . Assumeixes la responsabilitat de les seves decisions i accions?	4,0	1,09

Taula 14.- ètica, valors i aspectes legals.



Gràfic 14.- Perfil de l'ètica, valors i aspectes legals.

La infermera treballa sota el Codi ètic d'infermeria, respecta els drets de l'usuari.

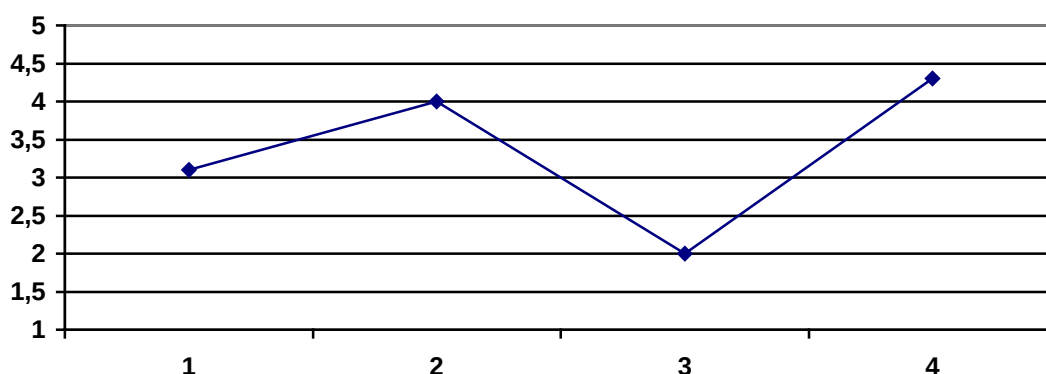
És poc flexible alhora d'adequar les intervencions d'infermeria quan es tracta de modificar la norma.

Poc nombre del personal d'infermeria, treballa amb el Comitè d'ètica.

i) Implicació i compromís professional:

	Mitja	Desv.
1. . Gestiones els recursos i estableixes mètodes treball per la correcta prestació de les cures d'infermeria?	3,1	1,0
2. . Garanteixes la qualitat de les cures d'infermeria?	4,0	0,5
3. . Participes en la definició de polítiques de recerca, investigació i docència relacionades amb l'àmbit de les competències de la professió?	2,0	1,05
4. . Tens un sòlid compromís amb la societat per tal de donar una resposta ajustada a les seves necessitats?	4,3	0,6

Taula 15- Implicació i compromís professional.



Gràfic 15.- Perfil sobre d'implicació i compromís professional.

Per sota de la mitja teòrica, la infermera s'implica poc en polítiques de salut, d'investigació, de recerca i docència, relacionades amb les competències professionals.

Però garanteix la qualitat de les cures d'infermeria amb una mitja de 4, mostrant-se així una infermera implicada en garantir els acurats d'infermeria.

Valoració global.

A continuació obtenim una valoració global de les competències professionals d'infermeria, tot valorant els tres conceptes variables de l'estudi: coneixements, actituds i habilitats.

A títol genèric, estem davant d'una infermera que s'autoevalua poc professionalment.

El procés de cures, diagnòstic, disseny i avaluació, són competències que fan referència exclusiva al rol autònom d'infermeria. Dels valors obtinguts, essent no gaire elevats, es pot inferir que el requeriment essencial per que una infermera actuï amb voluntat de rol autònom, és necessari que el disseny del procés de cures estigui protocol·litzat institucionalment a l'hospital on

desenvolupa la seva tasca, per que si no és així, difícilment la infermera pot realitzar el procés de cures amb totes del seves fases complertes, per que suposa una ràtio de temps important i una metodologia ben definida.

En l'actualitat, no acostuma a estar protocol·litzat el procés de cures en l'àmbit hospitalari. Fet realista que ens explicaria el per què, la infermera no treballa o aplica a un nivell més elevat, el procés de cures. No obstant, i malgrat els inconvenients institucionals, la infermera treballa amb aquesta metodologia, que n'és pròpia del rol autònom.

La prevenció i promoció de la salut , és una competència que es desenvolupa a un nivell baix ,malgrat estar per sobre de la mitja teòrica. Per la característica del tipus de pacient que s'està analitzant, el pacient i família es mouen molt per l'orientació terapèutica infermera. Els resultats obtinguts ens mostren una infermera poc implicada en l'orientació de promoure i fer prevenció amb el pacient i família.

Actualment, la prevenció i la promoció de la salut està molt treballada en l'àmbit de l'atenció Primària, per que en certa manera està protocol·litzat i, en certa manera, la infermera n'està obligada a donar resposta en aquesta línia. Per contra en l'àmbit hospitalari, la infermera pot treballar amb menys interès aquesta línia de treball, eludint a la manca de temps, formació, etc.

Quan es tracta de *Protocols i procediments, cuidar en situacions específiques, comunicació amb l'usuari, treball en equip i, comunicació amb professionals*, la infermera porta a terme aquestes competències obtenint un bon resultat.

A destacar amb denotació important, el valor per sota de la mitja teòrica obtingut, en l'*autoavaluació professional* . Dins d'aquest concepte, estem

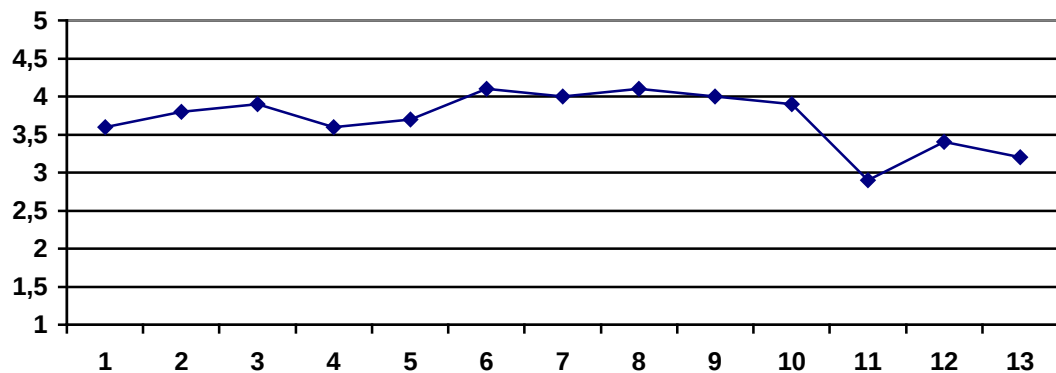
analitzant la competència del manteniment de les competències professionals, on es qüestionava als qüestionats sobre l'autoavaluació, la recerca, la docència, i avaluació crítica dels mètodes de treball.

Englobant els tres ítems que defineixen el concepte de competència professional, coneixements, actituds i habilitats, el resultat és pèssim, mostrant-se una infermera que desenvolupa aquesta competència amb un nivell baix, essent conseqüent dels seus resultats.

A continuació corroborem els resultats amb la taula i gràfic adjunt.

Competències professionals/coneixements, actituds i habilitats.	Mitja	Desvi.
1. Procés de cures	3,6	0,9
2. Act-hab diagnòstic	3,8	0,8
3. Act-hab disseny	3,9	0,5
4. Act-hab avaluació	3,6	0,5
5. Act-hab prevenció promoció salut	3,7	0,5
6. Act-hab protocols i procediments	4,1	0,4
7. Act-hab cuidar-atenció	4,0	0,4
8. Act-hab comunicació amb l'usuari	4,1	0,4
9. Act-hab treball en equip	4,0	0,4
10. Act-hab comunicació amb professional	3,9	0,4
11. Act-hab autoevaluació professional	2,9	0,9
12. Act-hab ètica-valors	3,4	0,5
13. Act-hab compromís professional	3,2	0,6

Taula 16.- Competències professionals: coneixements, actituds, i habilitats.



Gràfic 16.- Perfil de les competències professionals : coneixements, actituds i habilitats.

La punta del gràfic monstre clarament com la relació de les tres variables que es correlacionen en el concepte de la competència professional, ens reafirmen una *insuficient autoavaluació de la competència professional*.

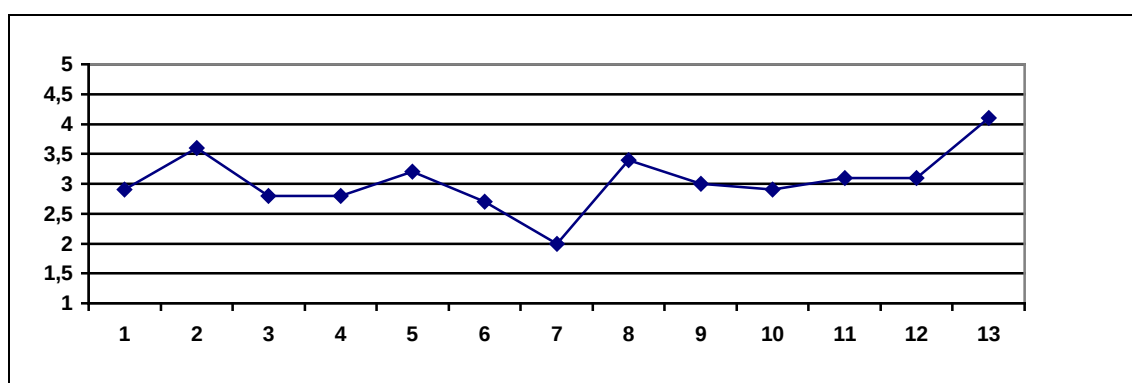
II. Relació d'ítems de l'estrès.

En aquest apartat, es recull la valoració de l'estrès que pateixen els professionals d' infermeria davant de situacions específiques.

No obstant i per a una millor comprensió dels ítems i interpretació de les dades, els hem reagrupat sota *etiquetes genèriques d'estrès* segons el tema que tenen en comú.

Relació de l'estrès vers situacions globals.	Mitja	Desv.
1. Mort pacient	2,9	1,1
2. Competència professional	3,6	0,7
3. actituds	2,8	0,6
4. Reconeixement	2,8	0,6
5. habilitats	3,2	0,7
6. coneixements	2,7	0,6
7. famílies	2,0	0,8
8. Relació superiors	3,4	0,8
9. Intervencions dependents	3,0	0,7
10. Intervencions independents	2,9	0,7
11. Intervencions interdependents	3,1	0,7
12. Factors externs	3,1	0,6
13. Intervencions errònies d'altres professionals	4,1	1,0

Taula 1. Valoració global de l'estrès



Gràfic 1.- Perfil global de l'estrès.

Les situacions que provoquen un **elevat grau d'estrès** a la infermera , corresponen segons el següent resultat; les relacionades amb *les intervencions errònies d'altres professionals, la competència professional i la relació amb els superiors*.

A la infermera li genera tensió que li qüestionin *la seva competència professional*, tant per part dels seus companys de feina com provenint dels malalts i família.

Així com, es confirma el fet que li preocupa la competència dels seus companys de feina fins a un nivell que li estressa treballar amb personal incompetent , tant com tenir uns superiors incompetents.

El que **menys estressa** a la infermera, és el tracte amb les *famílies i la mort del pacient*. Recordem que el tipus de malaltia que tracten, comporta un procés d'emmalaltir crònic i un procés de morir llarg, acompanyat per la família que en certa manera, viu la malaltia i el procés de dol paral·lel al pacient.

A continuació, us detallem les situacions específiques que causen estrès al personal d'infermeria.

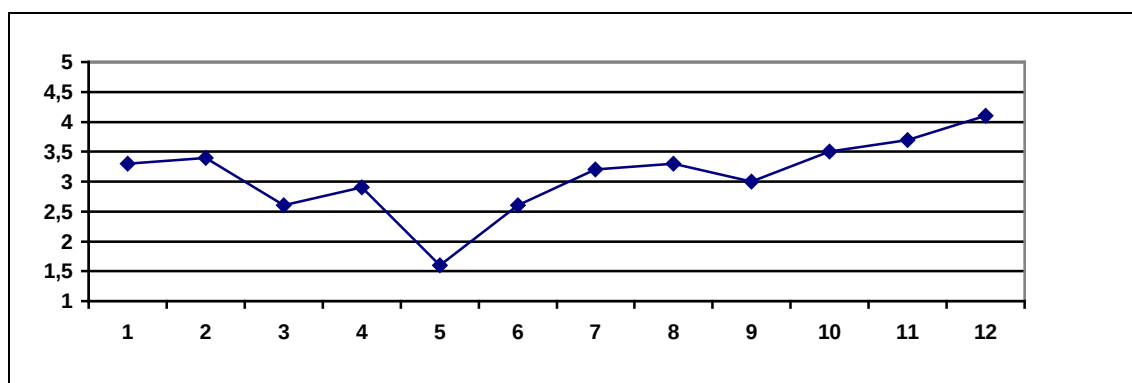
Seguint la valoració de la següent escala:

1. Sense tensió; 2. Tensió lleu; 3. Tensió moderada; 4. Força Tensió; 5. Tensió molt elevada.

Situacions laborables que causen estrès	Mitja	Desv.
1. Manca de temps per fer les coses	3,3	1,2
2. Sobrecàrrega de treball	3,4	1,0
3. Realitzar les tasques alienes a mi	2,6	1,0
4. Afrontar noves situacions	2,9	1,0

5. Poques perspectives d'ascendir o promocionar-se	1,6	0,7
6. La mort d'un pacient	2,6	1,3
7. Veure morir a un pacient especial	3,2	1,1
8. Manca de personal	3,3	1,0
9. Condicions físiques de treball inadequades (soroll, poca llum...)	3,0	1,0
10. Manca de suport els superiors	3,5	0,9
11. Manca de recursos essencials	3,7	0,6
12. Personal incompetent interferint en el meu treball	4,1	0,7

Taula 2.

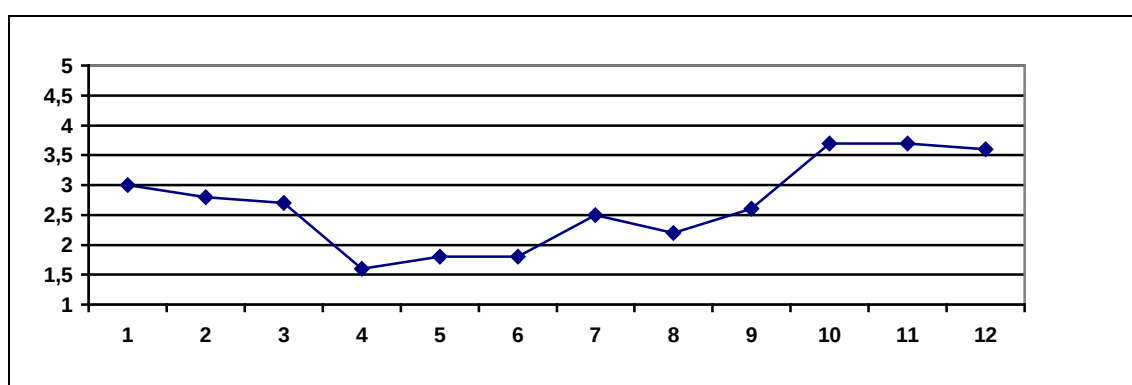


Gràfic 2.

El que més preocupa a la infermera, és el personal incompetent interferint en el seu treball. Novament qüestiona la competència professional del personal que l'envolta. El que menys l'estressa és la perspectiva d'ascendir o promocionar-se.

Situacions laborables que causen estrès	Mitja	Desv
1. Pacients difícils	3,0	1,0
2. Pacients greus	2,8	1,0
3. Pacients pocs col·laboradors	2,7	1,1
4. Tracte amb els familiars del pacient	1,6	0,6
5. Consol de la família quan mor un pacient	1,8	0,9
6. Insatisfacció laboral	1,8	0,9
7. Excés de compromís emocional a la feina	2,5	1,0
8. Endur-se els problemes de la feina a casa	2,2	1,2
9. Tasques de poca importància que interfereixen a la feina	2,6	0,8
10. Que em reclamin a diferents llocs a la vegada	3,7	0,8
11. No treballar en base a una planificació coherent	3,7	0,6
12. Decisions que m'afecten directament i en les quals no hi sóc partícip	3,6	0,7

Taula 3.



Gràfic 3.

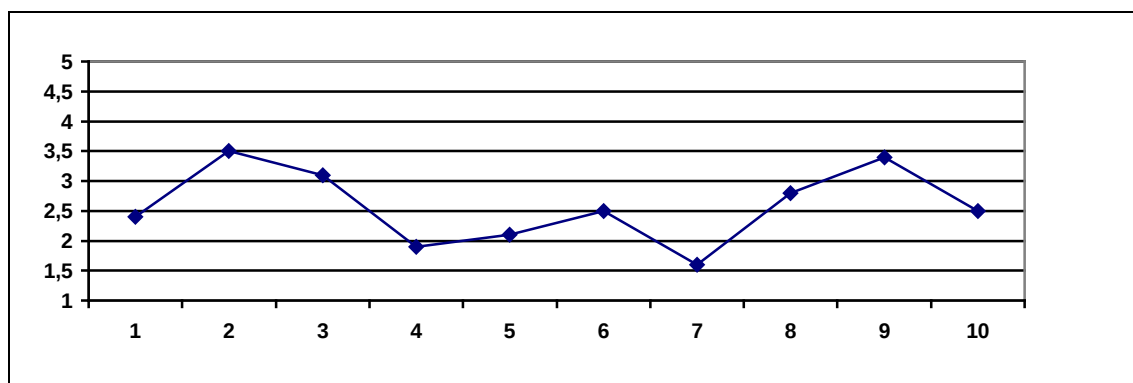
Quan parlem del dol, del tracte amb els familiars i la insatisfacció laboral, la infermera no demostra una situació de tensió.

Les situacions específiques que li comencen a denotar força tensió serien les següents:

- *que em reclamin a diferents llocs a la vegada.*
- *no treballar en base a una planificació coherent.*
- *decisiones que m'afecten directament i en les quals no hi soc partícip.*

Situacions laborables que causen estrès	Mitja	Desv.
1. Sou baix	2,4	0,9
2. Tracte amb gent agressiva	3,5	1,3
3. Pacients histèrics	3,1	1,3
4. Tracte amb gent passiva	1,9	0,6
5. Treball rutinari sense aportament de cap aprenentatge	2,1	0,8
6. Dificultat de percebre allò que els pacients necessiten	2,5	1,1
7. Pacients crònics	1,6	0,9
8. Manca de formació continuada	2,8	0,9
9. No tenir ningú a qui recórrer quan hi ha problemes	3,4	0,9
10. Pacients desobedients	2,5	1,1

Taula 4



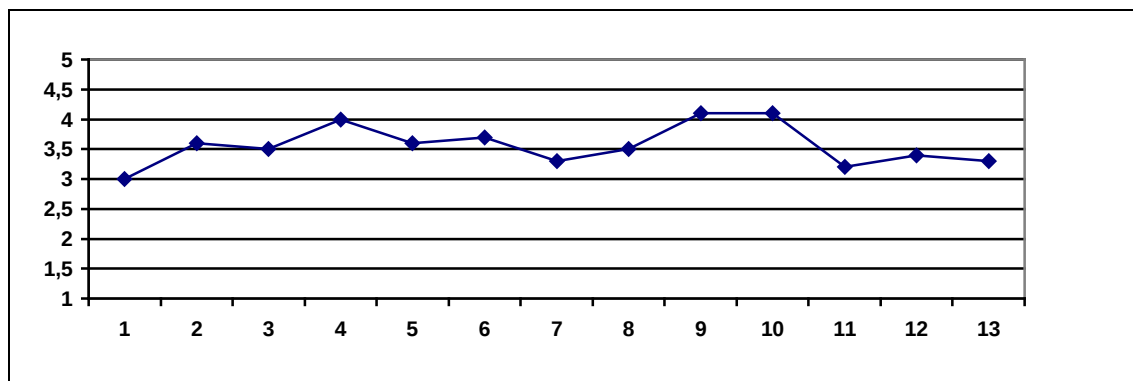
Gràfic 4.

Sovint el tracte amb *pacients agressius*, provoca un nivell moderat d'estrès, així com *no tenir a qui recórrer quan hi ha problemes*.

El tracte amb *pacients crònics* no provoca tensió a l'infermera que tracta amb aquests malalts.

Situacions laborables que causen estrès	Mitj	Desv
1. Pacients exigents	3,0	0,9
2. Complicacions en el tractament	3,6	0,9
3. Fracàs del tractament	3,5	1,0
4. Conseqüències de les meves errades per a l'entorn	4,0	1,0
5. Treball esgotador físicament	3,6	1,0
6. Decisions dràstiques en casos urgents	3,7	1,0
7. Manca de llibertat i autonomia en la feina	3,3	0,8
8. Impossibilitat de resoldre problemes	3,5	0,7
9. Errades mèdiques que afecten el pacient	4,1	1,0
10. Errades d'altres diplomats que afecten els meus pacients	4,1	1,0
11. No veure el fruit del meu treball	3,2	0,9
12. Haver d'assolir moltes i molt variades tasques	3,4	1,1
13. Queixes dels pacients	3,3	1,2

Taula 5.

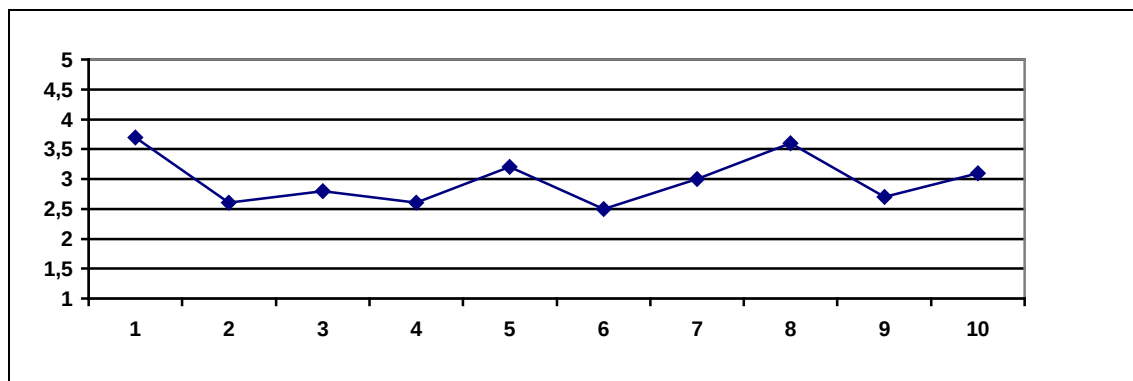


Gràfic 5.

Les errades mèdiques i les errades causades per d'altres professionals, provoquen una tensió força elevada en el personal d'infermeria.

Situacions laborables que causen estrès	Mitja	Desv.
1. Pacients que qüestionen les competències professionals	3,7	1,4
2. Haver d'aparentar seguretat quan no la tinc	2,6	1,7
3. Anar retardat respecte del pla previst	2,8	1,3
4. Excés de responsabilitat	2,6	1,2
5. Que se'm faci perdre el temps	3,2	0,9
6. Haver de donar males notícies	2,5	1,0
7. Amenaces de denúncia	3,0	1,4
8. Que només em diguin allò que faig malament	3,6	1,2
9. Prendre's la feina massa seriosament	2,7	1,4
10. Assistir un cas urgent	3,1	1,0

Taula 6.

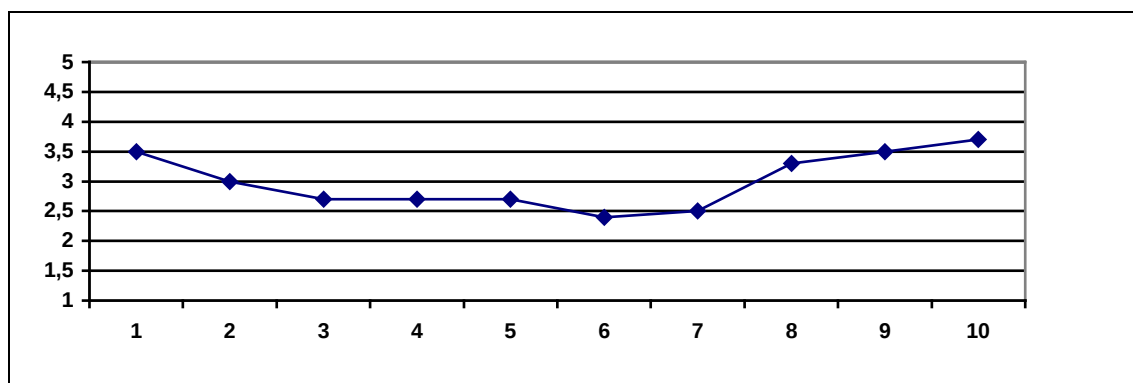


Gràfic 6.

A la infermera li preocupa que *li qüestionin la seva competència professional*, essent motiu d'un grau d'estrès força elevat.

Situacions laborables que causen estrès	Mitja	Desv.
1. Conflictes amb els superiors	3,5	1,0
2. Administració de tractaments dolorosos	3,0	1,0
3. Manca de valoració de l'esforç a la feina	2,7	1,1
4. Pacients amb malalties doloroses	2,7	1,1
5. Familiars exigents	2,7	1,3
6. Obligacions no establertes amb claredat	2,4	1,3
7. Ocupar un lloc de treball que no equival a la meua capacitat	2,5	1,3
8. Tenir un superior incompetent	3,3	1,2
9. Manca de temps per a pacients que ho necessiten	3,5	1,0
10. Veure sofrir els pacients	3,7	1,2

Taula 7.



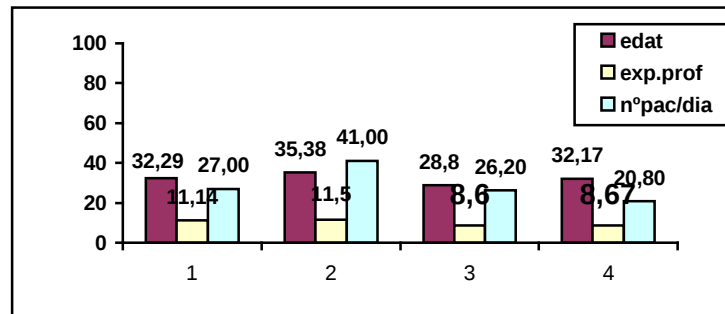
Gràfic 7.

A la infermera li produeix força tensió veure *sofrir als pacients*. Els conflictes amb els superiors així com tenir un superior incompetent suposa per a la infermera una causa d'estrès quan hauria de ser un suport molt important

5.2 ANÀLISIS INFERENCIAL

	S. Creu	S. Llatzer	Albada	Duran i R
Edat	32,29	35,38	28,8	32,17
Experiència professional	11,14	11,50	8,60	8,67
<u>Nº pacients dia</u>	27,00	41,00	26,20	20,80

Taula 1



Gràfic 1.

L'edat del personal més jove, es situa en l'hospital nº 3, amb una mitja d'edat de 28.8 anys. Els anys en experiència professional, oscil·len entre 8 i 11 anys.

Aquests valors òbviament estan directament relacionats, amb un personal jove, amb pocs anys d'experiència laboral.

En número de pacients atesos/dia, amb gran diferència de la resta dels hospitals, L'hospital nº 2 supera amb un nombre molt elevat els pacients que una sola infermera està tractant per torn de feina. Observació que s'haurà de tenir present en les interpretacions futures de la resta de les anàlisis.

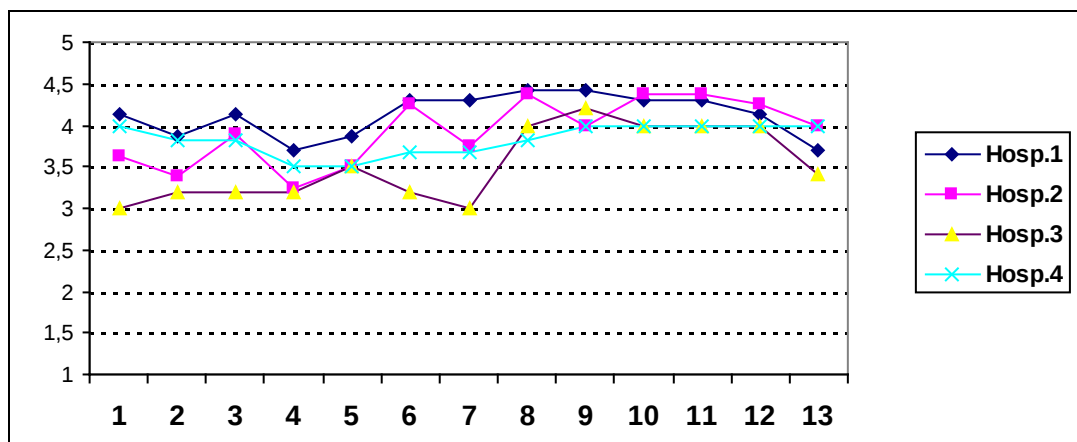
5.2.1 DESENVOLUPAMENT DE LES COMPETÈNCIES

PROFESSIONALS SEGONS L'HOSPITAL DE PROCEDÈNCIA.

CONEIXEMENTS

	Hosp.1	Hosp.2	Hosp.3	Hosp.4
1. Cures individualitzades	4,14	3,63	3,00	4,00
2. Anàlisi dades	3,86	3,38	3,20	3,83
3. Plà d'acció	4,14	3,88	3,20	3,83
4. avaluació	3,71	3,25	3,20	3,50
5. Desenvolupar accions	3,86	3,50	3,50	3,50
6. Comunicació informació	4,29	4,25	3,20	3,67
7. Practica profesional	4,29	3,75	3,00	3,67
8. Relació terapèutica	4,43	4,38	4,00	3,83
9. Atenció integral	4,43	4,00	4,20	4,00
10. Continuitat cures	4,29	4,38	4,00	4,00
11. Resposta profe.	4,29	4,38	4,00	4,00
12. Principis ètics, legal	4,14	4,25	4,00	4,00
13. Compromís social	3,71	4,00	3,40	4,00

Taula2.



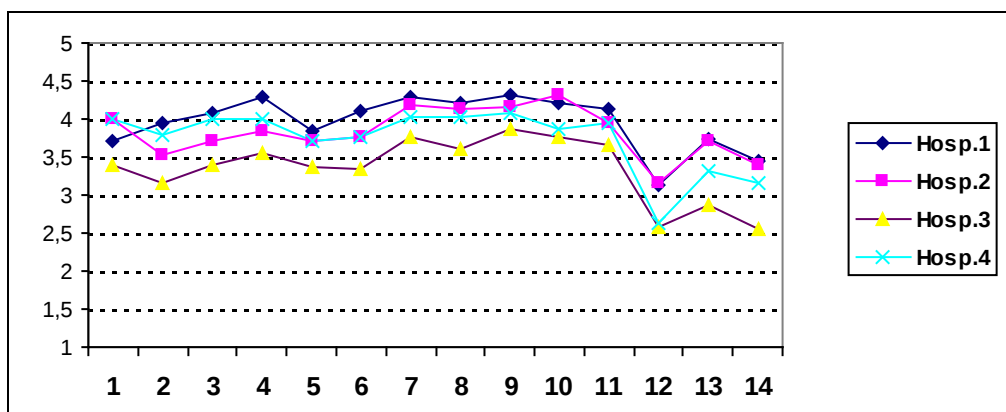
Gràfic 2

S'observa que els quatre hospitals tenen en comú un nivell de coneixement elevat en les següents competències: *relació terapèutica* , *continuitat de cures* , *resposta professional i principis ètics i legals*. Per contra , existeix un nivell de coneixement baix en les competències professionals que fan referència a: *anàlisi de dades, avaluació i desenvolupar accions*.

ACTITUDS I HABILITATS

	Hosp.1	Hosp.2	Hosp.3	Hosp.4	Sig.
1. Compromís social	3,71	4,00	3,40	4,00	
2. Procès de cures	3,96	3,53	3,15	3,79	
3. Act-hab diagnòstic	4,07	3,72	3,40	4,00	
4. Act-hab disseny	4,30	3,84	3,55	4,00	
5. Act-hab avaluació	3,83	3,70	3,36	3,72	
6. Act-hab prevenció-promoció salut	4,10	3,76	3,35	3,76	
7. Act-hab protocols i procediments	4,28	4,19	3,76	4,03	
8. Act-hab cuidar atenció	4,20	4,14	3,61	4,03	
9. Act-hab comunicació amb l'usuari	4,32	4,15	3,86	4,07	
10. Act-hab treball en equip	4,20	4,31	3,77	3,87	
11. Act-hab comunicació amb professionals	4,14	3,95	3,66	3,94	
12. Act-hab autoevaluació professional	3,12	3,16	2,57	2,62	
14. Act-hab ètica i valors	3,73	3,70	2,87	3,31	<u>P=0,004</u>
15. Act-hab compromís professional	3,45	3,40	2,56	3,16	

Taula 3.



Gràfic: 3

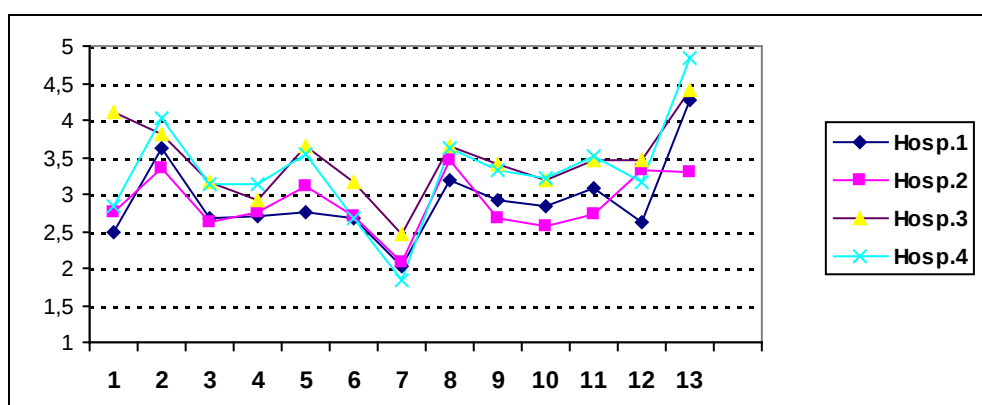
S'observa que referent a les actituds i habilitats en ètica i valors, es practica menys en els hospitals 3 i 4. Al igual que destaquem que en els hospitals 3 i 4 les infermeres s'autoevaluen poc.

SITUACIONS ESPECÍFIQUES CAUSANTS D'ESTRÈS RELACIONADES AMB ELS HOSPITALS OBJECTES D'ESTUDI.

	Hosp.1	Hosp.2	Hosp.3	Hosp.4	Sig.
1. Mort pacient	2,50	2,75	4,10	2,83	
2. Competència professional	3,63	3,35	3,80	4,04	
3. actituds	2,67	2,62	3,16	3,13	
4. reconeixement	2,69	2,75	2,93	3,13	
5. habilitats	2,75	3,11	3,66	3,53	
6. coneixements	2,68	2,69	3,16	2,68	
7. famílies	2,04	2,08	2,46	1,83	

8.	Relació superiors	3,19	3,45	3,66	3,61	
9.	Intervencions depenents	2,92	2,68	3,40	3,33	
10.	Intervencions independents	2,85	2,58	3,20	3,22	
11.	Intervencions interdepenents	3,09	2,72	3,46	3,52	
12.	Factors externs	2,62	3,32	3,46	3,15	
13.	Intervencions altres professionals	4,28	3,31	4,40	4,83	<u>P=0,032</u>

Taula 4.



Gràfic 4.

Observem que a l'hospital 4 li causa més estrès les intervencions d'altres professionals , que l'hospital 2. Com hem observat en els estudis previs, en general a les infermeres no els hi agrada l'actuació d'altre professional respecte dels seus pacients. Caldria preguntar-nos per què el l'hospital nº 4, la infermera està molt més sensible en aquesta qüestió.

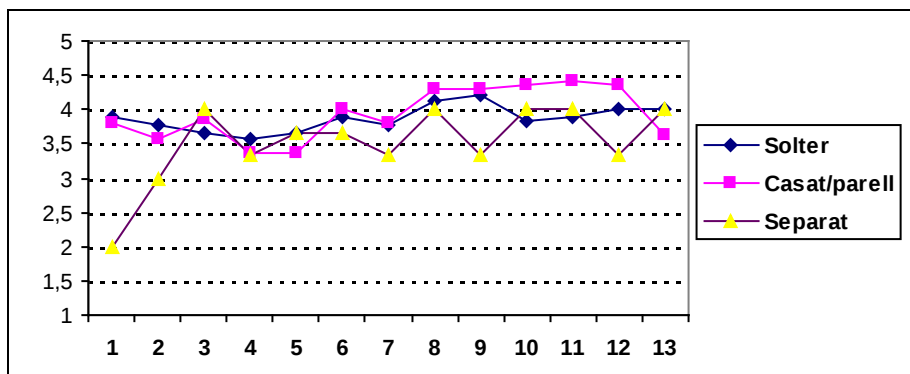
Es contempla la situació de les famílies com poc causant d'estrès en tots quatre hospitals.

5.2.2 COMPETÈNCIA PROFESSIONAL EN RELACIÓ AMB L'ESTAT CIVIL.

CONEIXEMENTS

	Solter	Casat/ parella	Separat	Signific.
1. Edat	29,22	32,00	47,33	
2. Experiència professional	6,56	9,57	24	
3. N° pacients dia	25,67	32,86	27,33	
4. Cures individualitzades	3,89	3,79	2,00	
5. Anàlisis dades	3,78	3,57	3,00	
6. Pla d'acció	3,67	3,87	4,00	
7. avaluació	3,56	3,36	3,33	
8. Desenvolupar accions	3,67	3,36	3,67	
9. Comunicació informació	3,89	4,00	3,67	
10. Pràctica professional	3,78	3,79	3,33	
11. Relació terapèutica	4,11	4,29	4,00	
12. Atenció integral	4,22	4,29	3,33	
13. Continuitat cures	3,83	4,36	4,00	
14. Resposta professional	3,89	4,43	4,00	0.021
15. Principis ètics,legals	4,00	4,36	3,33	0.05
16. Compromís social	4,00	3,64	4,00	

Taula 5.



Gràfic 5.

L'experiència professional es relaciona directament amb l'increment de l'edat i l'estat civil de separat.

L'estat civil dels solters i dels separats, donen menys resposta professional que els casats.

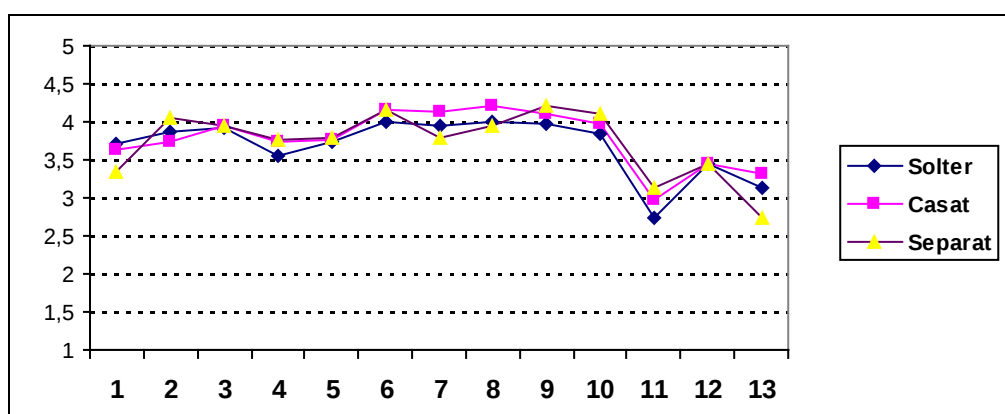
Els casats tenen més coneixements en principis ètics i legals que els separats.

ACTITUDS I HABILITATS

	Solter	Casat	Separat
1. Procés de cures	3,72	3,64	3,33
2. Act-hab diagnòstic	3,87	3,73	4,05
3. Act-hab disseny	3,93	3,95	3,95
4. Act-hab avaluació	3,55	3,73	3,77
5. Act-hab prevenció-promoció salut	3,75	3,76	3,79
6. Act-hab protocols i procediments	4,00	4,15	4,16
7. Act-hab cuidar atenció	3,94	4,14	3,78
8. Act-hab comunicació amb usuari	4,01	4,22	3,96

9. Act-hab treball equip	3,97	4,11	4,22
10. Act-hab comunicació amb professionals	3,85	3,97	4,11
11. Act-hab autoevaluació	2,74	2,98	3,14
12. Act-hab ètica-valors	3,45	3,46	3,45
13. Act-hab compromís professional	3,13	3,32	2,73

Taula 6.



Gràfic 6

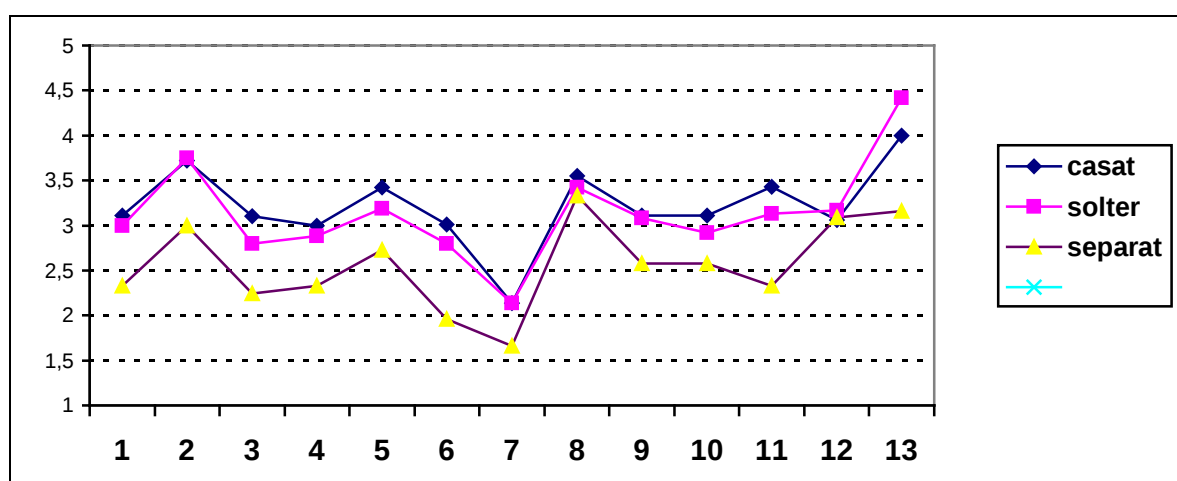
Destaquem que els tres grups tenen en comú unes actituds i habilitats elevades en quant a protocols i procediments.

Els solters i els casats s'autoavaluen en menys grau.

ESTRÈS

	solter	casat	separat	Sig.
1. Mort pacient	3,11	3,00	2,33	
2. Competència professional	3,72	3,75	3,00	
3. actituds	3,1	2,80	2,24	
4. reconeixement	3,00	2,88	2,33	
5. habilitats	3,42	3,19	2,73	
6. coneixements	3,01	2,80	1,96	P=0,06
7. famílies	2,14	2,14	1,66	
8. Relació superiors	3,55	3,42	3,33	
9. Intervencions dependents	3,11	3,08	2,58	
10. Intervencions independents	3,11	2,92	2,58	
11. Intervencions interdependents	3,43	3,13	2,33	P=0,048
12. <u>Factors externs</u>	3,06	3,17	3,09	
13. intervencions altres professionals	4,00	4,42	3,16	

Taula 7.



Gràfic 7.

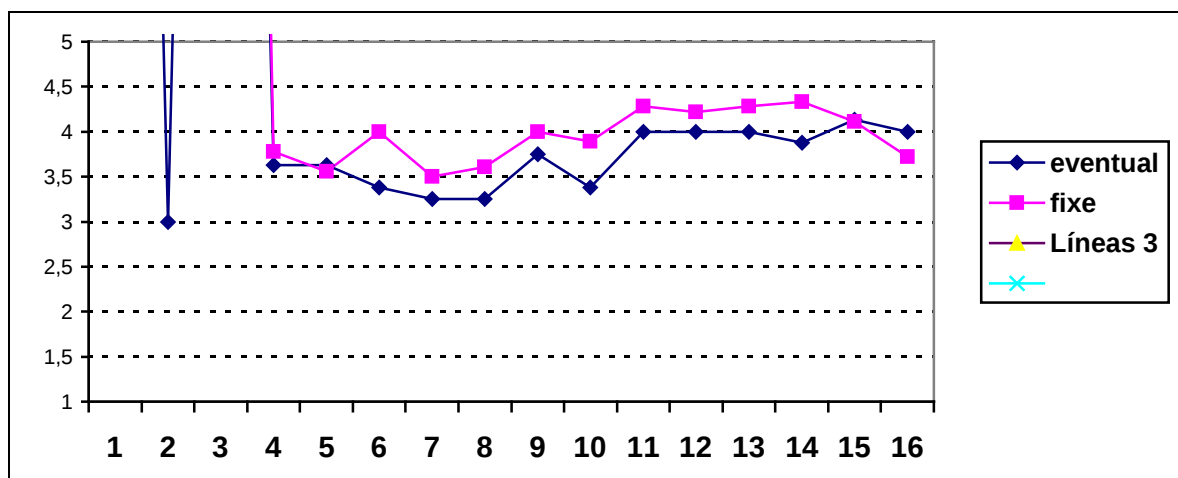
Existeixen diferències significatives en l'estat civil de separat respecte als coneixements les intervencions interdependents com a causants d'estrès.

5.2.3 ANÀLISIS DE LES COMPETÈNCIES PROFESSIONALS **EN FUNCIÓ DEL TIPUS DE CONTRACTE.**

CONEIXEMENTS

Tipus de contracte	Eventual	Fix	Significació
1. Edat	26,50	35,61	
2. Experiència professional	3,00	13,39	
3. N pacients dia	26,50	31,17	
4. Cures individualitzades	3,63	3,78	
5. Anàlisis dades	3,63	3,56	
6. Pla d acció	3,38	4,0	
7. Avaluació	3,25	3,5	
8. Desenvolupar accions	3,25	3,61	
9. Comunicació informació	3,75	4,00	
10. Practica professional	3,38	3,89	
11. Relació terapèutica	4,00	4,28	
12. Atenció integral	4,00	4,22	
13. Continuïtat cures	4,00	4,28	
14. Resposta professional	3,88	4,33	P=0,025
15. Principis ètics i legals	4,13	4,11	
16. Compromís social	4,00	3,72	

Taula 8.



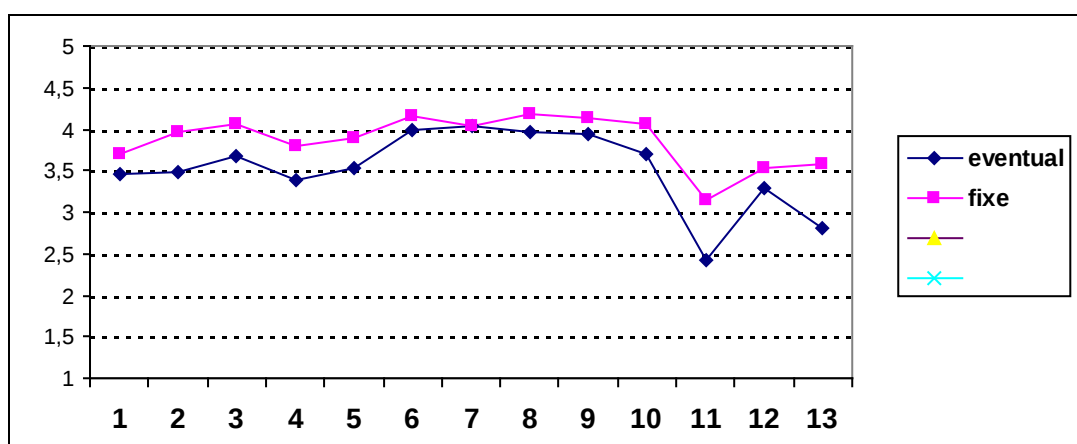
Gràfic 8.

Existeix una diferencia significativa amb els **coneixements** , donant millor resposta el personal fixa que el personal amb contracte eventual.

ACTITUDS I HABILITATS

	eventual	fixa	Sig.
1. Procès de cures	3,46	3,70	
2. Act-hab diagnòstic	3,47	3,97	
3. Act-hab disseny	3,68	4,06	
4. Act-hab avaluació	3,39	3,80	
5. Act-hab prevenció-promoció salut	3,52	3,89	
6. Act-hab protocols i procediments	3,98	4,15	
7. Act-hab cuidar atenció	4,03	4,03	
8. Act-hab comunicació amb l'usuari	3,96	4,19	
9. Act-hab treball equip	3,94	4,14	
10. Act-hab comunicació amb professionals	3,70	4,05	
11. Act-hab autoevaluació professional	2,41	3,14	
12. Act-hab ètica-valors	3,28	3,54	
13. Act-hab compromís professional	2,80	3,57	P=0,039

Taula 9.



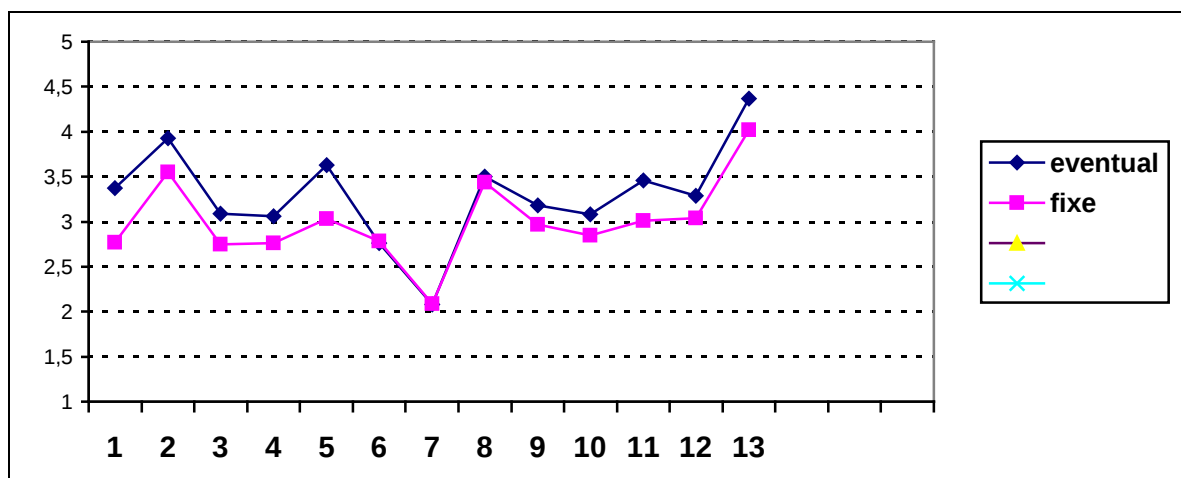
Gràfic 9.

El personal amb contractació fixa, adquireix un **compromís professional** més sòlid que el personal en caràcter eventual.

ESTRÈS

1. Mort pacient	3,37	2,77
2. Competència professional	3,93	3,55
3. Actituds	3,09	2,75
4. Reconeixement	3,06	2,76
5. Habilitat	3,63	3,03
6. Coneixements	2,76	2,78
7. Famílies	2,08	2,09
8. Relació superiors	3,50	3,44
9. Intervencions depenent	3,18	2,97
10. Intervencions independent	3,08	2,85
11. Intervencions interdependents	3,46	3,01
12. Factors externs	3,29	3,04
13. Intervencions altres professionals	4,37	4,02

Taula10.



Gràfic 10.

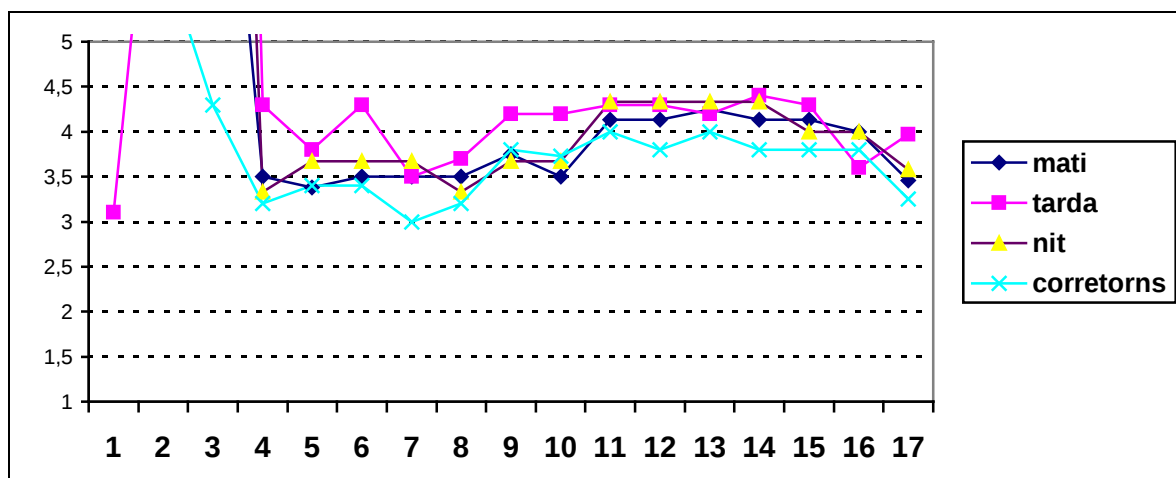
No existeixen diferències.

5.2.4 ANÀLISIS DE LES COMPETÈNCIES PROFESSIONALS **EN FUNCIÓ DELS TORNOS DE TREBALL.**

CONEIXEMENTS

	Mati	Tarda	Nit	Corret.
1. Edat	38,13	3,10	29,67	29,60
2. Experiència professional	16,13	8,50	7,00	6,00
3. N° pacients dia	9,45	24,19	17,09	4,30
4. Cures individualitzades	3,50	4,30	3,33	3,20
5. Anàlisi de dades	3,38	3,80	3,67	3,40
6. Pla d'acció	3,50	4,30	3,67	3,40
7. Avaluació	3,50	3,50	3,67	3,00
8. Desenvolupar accions	3,50	3,70	3,33	3,20
9. Comunicació informació	3,75	4,20	3,67	3,80
10. Practica professional	3,50	4,20	3,67	3,73
11. Relació terapèutica	4,13	4,30	4,33	4,00
12. Atenció integral	4,13	4,30	4,33	3,80
13. Continuitat cures	4,25	4,20	4,33	4,00
14. Resposta professional	4,13	4,40	4,33	3,80
15. Principis ètics-legals	4,13	4,30	4,00	3,80
16. Compromís social	4,00	3,60	4,00	3,80
17. Procés de cures	3,46	3,97	3,58	3,25

Taula 11.



Gràfic 11.

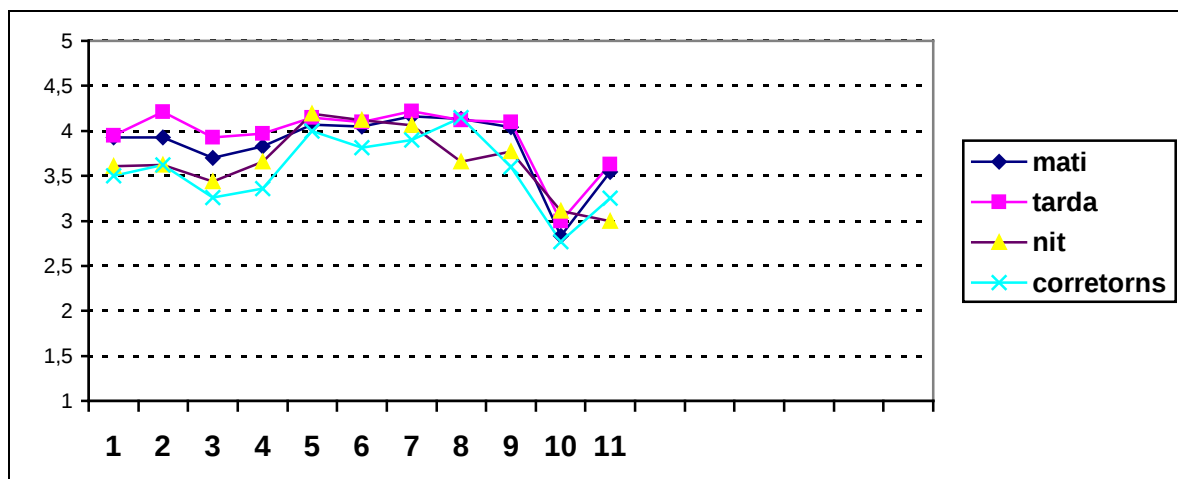
Observem que el torn de la tarda obté uns millors resultats que a la resta dels torns quan ens referim a uns coneixements de **cures individualitzades**, **el pla d'acció**, i **en la comunicació i la informació**.

ACTITUDS I HABILITATS

	matí	tarda	nit	corretores	Sig.
1. Act-hab diagnòstic	3,93	3,95	3,61	3,50	
2. Act-hab disseny	3,93	4,21	3,62	3,62	
3. Act-hab avaluació	3,70	3,93	3,44	3,26	
4. Act-hab prevenció-promoció s	3,83	3,97	3,66	3,36	
5. Act-hab protocols i procediments	4,07	4,15	4,19	4,00	
6. Act-hab cuidar atenció	4,05	4,10	4,12	3,81	
7. Act-hab comunicació amb l'usuari	4,16	4,22	4,06	3,90	

8. Act-hab treball equip	4,13	4,12	3,66	4,15	P=0,497
9. Act-hab comunicació amb professionals	4,04	4,10	3,77	3,60	P=0,249
10. Act-hab autoevaluació professional	2,83	3,00	3,11	2,77	
11. act-hab ètica-valors	3,54	3,63	3,00	3,25	

Taula 12.



Gràfic 12.

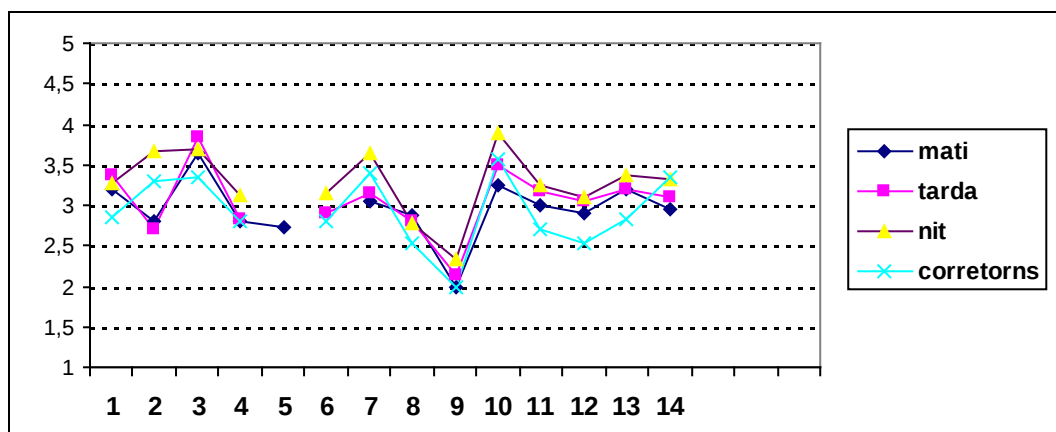
El personal que està de corretores té una comunicació amb altres professionals a destacar respecte la resta de torns.

El torn de nit, mostra unes actituds més adequades quan es tracta de treballar en equip.

ESTRÈS

	matí	tarda	nit	corretorns	Signi.
1. Act-hab comApromísprofessionals	3,20	3,36	3,26	2,84	
2. Mort pacient	2,81	2,70	3,66	3,30	
3. Competència professional	3,64	3,85	3,69	3,35	
4. Actituds	2,81	2,83	3,12	2,81	
5. Reconeixement	2,72	2,90	3,16	2,80	
6. Habilitats	3,05	3,14	3,63	3,40	
7. Coneixements	2,88	2,80	2,78	2,54	
8. Famílies	2,00	2,13	2,33	2,00	
9. Relació superiors	3,25	3,50	3,88	3,56	
10. Intervencions depenents	3,00	3,17	3,25	2,70	
11. Intervencions independents	2,91	3,06	3,11	2,53	
12. Intervencions interdepenentd	3,20	3,20	3,38	2,83	
13. Factors externs	2,94	3,10	3,32	3,34	
14. Intervencions altres professionals	3,93	4,40	4,66	3,60	P=0,408

Taula 13.



Gràfic 13.

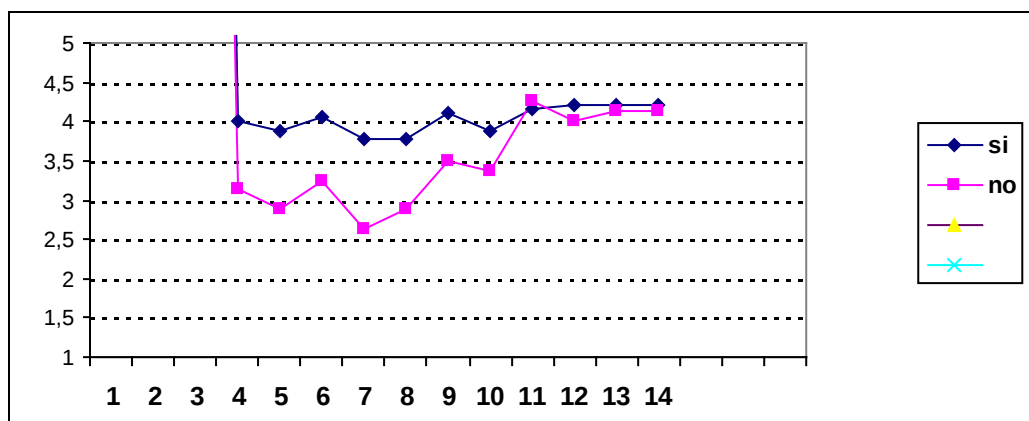
Les intervencions d'altres professionals respecte dels seus pacients, suposaria un causant d'estrès més acusat el personal d'infermeria que treballa el torn de nit.

5.2.5 ANÀLISIS DE LES COMPETÈNCIES PROFESSIONALS EN FUNCIÓ DE LA FORMACIÓ CONTINUADA.

CONEIXEMENTS

Formació continuada	SI	NO	Significació
1.Edat	33,17	32,00	
2. Experiència professional	10,72	9,00	
3. N° pacients dia	30,33	28,38	
4.Cures individualitzades	4,00	3,13	P=0,054
5.Anàlisis dades	3,89	2,88	P=0,012
6. Pla acció	4,06	3,25	P=0,073
7.Avaluació	3,78	2,63	P=0,004
8.Desenvolupar accions	3,78	2,88	P=0,022
9.Comunicació informació	4,11	3,50	
10.Practica profesSional	3,89	3,38	
11. Relació terapèutica	4,17	4,25	
12. Atenció integral	4,22	4,00	
13.Continuitat cures	4,22	4,13	
14.Resposta professional	4,22	4,13	
15.Principis ètics-legals	4,22	3,88	
16 Compromís social	3,94	3,50	

Taula 14.



Gràfic 14

S'obseven diferencies positives en quan a tenir formació continuada pel que fa a :

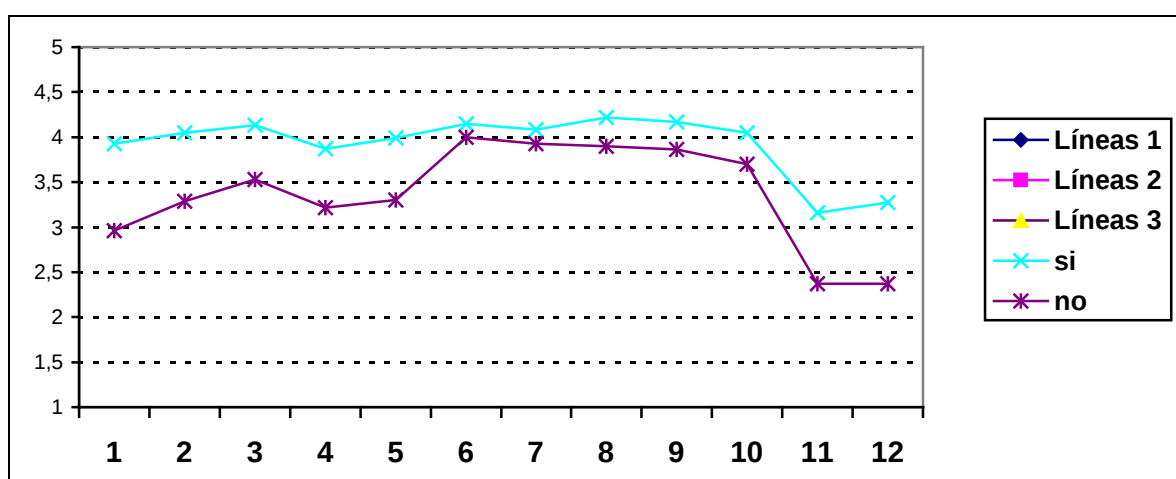
Cures individualitzades, anàlisis de dades, pla d'acció, avaluació i desenvolupar accions.

ACTITUDS I HABILITATS

Formació continuada	SI	NO	Signi.
1. Procès de cures	3,93	2,96	P=0,009
2. Act-hab diagnòstic	4,05	3,29	P=0,021
3. Act-hab dissen	4,13	3,53	P=0,011
4. Act-hab avaluació	3,87	3,22	P=0,005
5. Act-hab prevenció-promoció salut	3,99	3,30	P=0,001
6. Act-hab protocols-procediments	4,15	4,00	
7. Act-hab cuidar atenció	4,08	3,93	
8. Act-hab comunicació amb l'usuari	4,22	3,90	P=0,056

9. Act-hab treball equip	4,17	3,86	
10. Act-hab comunicació amb professionals	4,05	3,70	
11. Act-hab autoevaluació professional	3,16	2,37	P=0,043
12. Act-hab compromís professional	3,27	3,02	

Taula 15.



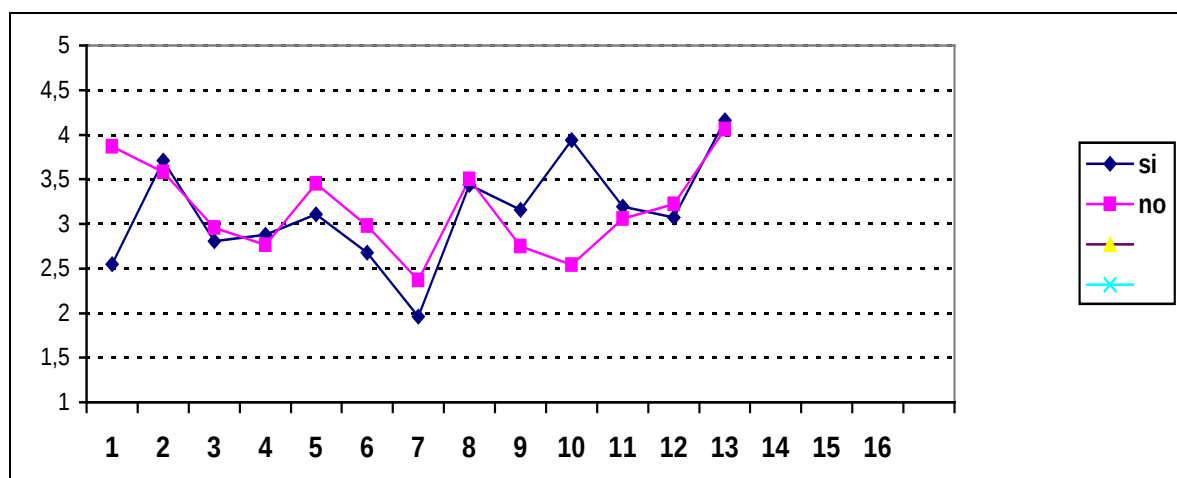
Gràfic 15

Les diferències són significatives positivament a favor de la formació continuada.

ESTRÈS

	SI	NO	Sign.
1. Mort pacient	2,55	3,87	P=0,003
2. Competencia professional	3,71	3,58	
3. Actituds	2,81	2,96	
4. Reconeixement	2,88	2,76	
5. Habilitats	3,11	3,45	
6. Coneixements	2,68	2,98	
7. Famílies	1,96	2,37	
8. Relació superiors	3,44	3,50	
9. Intervencions depenents	3,16	2,75	
10. Intervencions independents	3,94	2,54	P=0,078
11. Intervencions interdepenents	3,19	3,06	
12. Factors externs	3,07	3,22	
13. Intervencions altres professionals	4,16	4,06	

Taula 16.



Gràfic:16

Els que no tenen formació continuada pateixen més estrès davant de la mort, mentre que els estan en possessió de formació continuada , mostren una diferencia significativa davant de la intervencions pròpies del rol d'infermeria, essent com a causant destres

5.3 CONCLUSIONS

Les conclusions vindran donades mantenint l'ordre de l'estructura de l'anàlisi descriptiu i inferencial, és a dir:

- Coneixements
- Actituds i habilitats
- Coneixements, actituds i habilitats
- Estressos sota títols genèrics
- Estressors
- Relació de coneixements i hospital de procedència
- Relació d'actituds i habilitats i hospital de procedència
- Estressors i hospitals
- Coneixements i estat civil
- Actituds i habilitats i estat civil
- Estressors i estat civil
- Coneixements i tipus de contracte
- Actituds i habilitats i tipus de contracte
- Estressors i tipus de contracte
- Coneixements i torns de treball
- Actituds i habilitats i torn de treball
- Estressors i torns de treball
- Coneixements i formació continuada
- Actituds i habilitats i formació continuada
- Estressors i formació continuada

5.3.1 Conclusions de l'anàlisi descriptiu

Coneixements de les competències professionals: taula 6

La competència professional és pròpia de l'individu. Es crea amb la formació acadèmica, creix amb la formació continuada de l'individu, i és sens dubte una interrelació de coneixements, actituds (creences, valors,...), i habilitats (tècniques, destreses,...), que estant en constant interacció, portarà al professional a realitzar una acció per la qual n' està format.

La infermera ha adquirit uns coneixements universitaris basats en un marc conceptual, a partir del qual es prepara com a treballador de la salut amb unes habilitats per a mantenir i restaurar la independència del client donant cabuda a la satisfacció de les seves **necessitats, desenvolupant un rol de suplència en matèria de força**, motivació i coneixements.

La infermera està preparada per a la **presa de decisions** en el nivell exigible en cada moment. Talment comporta una capacitat per a la **presa de resolució i prevenció** d'un problema de salut.

Aquesta capacitat implica una responsabilitat i un saber fer. Una responsabilitat vers el pacient, vers un mateix, un equip de salut, la professió i vers la comunitat o societat.

No obstant, **el veritable saber fer, l'adquirirà amb el manteniment de la seva competència**, desenvolupant un saber fer conceptual o pensament crític, un saber fer interpersonal, i saber fer tècnic.

La infermera ha d'executar amb **competència i gentilesa** per a l'obtenció del confort del malalt. Per tant, l'infermera és molt més que el compliment de múltiples tasques. Per a aquesta praxis és requereix d'una **agudesia**

intel·lectual considerable, que vist des de l' exterior, pot revelar una intuïció per que es tracta del següent: " arribar a escollir una acció avisada, reflexionada, que respon a la necessitat particular de la persona".

Tot acte de cuidar, es converteix en un acte únic, que parteix de l' **articulació de l' infermera** com a persona i com a professional i s' adreça a la persona del pacient.

Què comença primer en l' acte del cuidar?

La intervenció de la infermera dependrà de la **sensibilitat i de la predisposició** de la persona així com de la presa de consciència de l' acte. A partir d' aquest estímul, l' infermera realitza una valoració de les dades de la situació, basant-se en l' objectivitat i portant-les a la introspecció per a donar la resposta infermera mitjançant l' acte de cuidar centrat en les necessitats del pacient i família.

Per a la presa de decisions reflexionades, és necessari la posada en marxa de totes les competències catalogades interactuant les unes amb les altres. Essent així, totes necessàries en un mateix nivell exigible.

El **procés de cures**, competència que ens ve marcada pels coneixements (1, 2, 3, i 4, de la taula 6), és obligatori executar-lo en el seu màxim exponent per que correspon al marc conceptual infermer que ens permet una primera observació , valoració, planificació i avaluació de tot el procés de cures individualitzat vers el pacient i família. Amb aquest enfoc, l' infermera, practica el **rol autònom**, i consegüentment comprèn el procés de salut de l' individu centrant les activitats en les necessitats de la persona reconeixent i defensant l' autonomia de cada ser humà.

Els professionals estudiats, són poc acurats en el desenvolupament d'aquesta competència. Mostren un nivell de coneixement baix. **Ens preguntem per què.**

Per cuidar, les infermeres han de tenir un bagatge de coneixements que ens permetin de realitzar la nostra professió. Un conjunt de sabers integren els coneixements de la infermera: conèixer les necessitats de la persona de la que tenim cura, com es manifesten, com podem cobrir-les de manera òptima.

Continuant amb la lectura general de l' apartat, el personal té coneixements relativament baixos sobre la prevenció, promoció i educació sanitària. El contacte amb els malalts pal·liatius és més intens per que l' infermera ensenya al pacient a assumir les seves pèrdues i busca juntament amb ell la seva autonomia. Per això, és estrany que el professional estudiat mostri un nivell relativament baix, donat que partint d' un nivell exigible alt. **Mostrarà una actitud apàtica en la seva relació terapèutica, o vindrà també marcada per carències?.**

Cuidar significa també com transmetem la nostra preparació al pacient tenint en compte que la verbalització no és l' únic mitjà del que disposem. La infermera té coneixements de la comunicació verbal i no verbal, així com coneixements del mitjà ambient.

La infermera estudiada és conscient de que per la seva praxis en col·laboració, s' han de tenir uns requisits imprescindibles que són: La comunicació, el compromís, la responsabilitat, la confiança, i el treball interdisciplinari entès com a objectiu, la salut de la persona en termes de benestar, rehabilitar, alleugerir el dolor i aconseguir una mort digna.

Posseeix el professional d' infermeria les actituds i habilitats per aconseguir aquest objectiu amb l' estrès bo, o talment dit, amb l' **estrès com a**

recurs de resolució de problemes i no com a portador de fatiga pel professional?

Què diferenciarà a l' infermera de patir l' estrès bo o el dolent?

Actituds i habilitats: taula 7

a) Procés de cures.

Coincideixen les valoracions en relació als coneixements i les destreses en relació al desenvolupament de l' entrevista terapèutica, essent poc executada per la infermera. El perfil de l' infermera ens delata un professional que a nivell formatiu i de praxis, l' entrevista terapèutica no es contemplada com a eina bàsica per a l' obtenció de dades i coneixença individual del pacient. Com a conseqüència, el rol de recolzament que es fomenta en el marc conceptual i en l' entrevista terapèutica, queda afeblit.

Observa i valora l' individu, però en registra poc i el seguiment continu del pla de cures no el realitza sistemàticament. Així com, valora insuficient el potencial d' autonomia de l' individu, tant necessari per augmentar l' autoestima d' aquest.

En contrapunt, les intervencions d' infermeria més protocol·litzades com són; planificar l' alta i complimentar dels registres, són executades indiscutiblement, possiblement per que són d' obligatorietat de l' Organització i per que facilita la tasca de l' infermera.

b) *Prevenició i promoció de la salut: taula 8*

El professional d' infermeria ens mostra que posseeix una formació baixa i també ho demostra mitjançant la seva praxis quan a desenvolupar accions conduents de la promoció de la salut, la prevenició de la salut, la prevenició de la malaltia i l' educació sanitària en els diferents àmbits de la practica.

Justament l' intervenció de l' infermera ha de convidar a l' individu a reflexionar, és a dir que, aquesta actua com a agent que dirigeix el canvi perquè té en compte el "determinisme estructural", ajudant al pacient i família a buscar les seves pròpies solucions, ajudant a augmentar l'autoestima i l' autonomia, aprenent a preveure i a mantenir l' estat de salut. La infermera interactua i n' aprèn amb el canvi.

Contràriament, l' infermera realitza poca recerca i avalua poc l' aprenentatge de l' individu.

c) *Procediments i protocols: taula 9*

En global, l' infermera té les destreses i l' actitud del treball en equip i fa front als protocols correctament.

El treball en equip és imprescindible per l' enfocament multidisciplinar que envolta el cuidatge de pacients crònic pal·liatius. Hi ha d' haver una connexió entre els diferents àmbits i actituds adequades per a proporcionar el confort del pacient i posteriorment ajudar-lo a morir dignament.

En canvi són poc cuidadores en preparar l' ambient per a la realització dels protocols. L' infermera ha de crear un clima de confiança i de seguretat, requisit imprescindible per a l' establiment d' una bona relació terapèutica.

El rol interdepenent es realitza altament.

d) Atenció a malalts en situacions específiques: taula 10.

La competència professional descansa sobre els conceptes de saviesa, pràctica, experiència i habilitat. Tots ells són conceptes contraris a l'imperícia que es defineix com a "falta de formació o perfeccionament". L'infermera entén que les capacitats i les possibilitats dels acurats estan sempre contextualitzats en la persona que necessita l'atenció i en la persona que la gestiona.

L'atenció prestada a malalts crònic-terminals es basa en respondre a demandes immediates, creant un clima de confiança a on la família i malalt senten la seva experiència respectada.

Desenvolupa per sota de la mitja teòrica, fet que s'explica perquè l'anàlisi està realitzar en personal d'àmbit hospitalari.

e) Comunicació: taula 11.

L'acció s'adreça a l'individu i família tenint en compte l'escenari a on es dona la situació i a on les actituds han de fomentar la comunicació efectiva i la comprensió entre el malalt i família.

La infermera es comunica però en menor grau es dedica a verificar la informació amb el pacient, i per tant l'integra en menor grau en les seves cures.

La comunicació i la informació és una de les actituds més significatives a acomplir en l'atenció a pacients crònic-terminals, mostrant una actitud empàtica. Perquè és mitjançant aquesta competència que l'infermera pot aconseguir l'objectiu de les cures pal·liatives, l'objectiu de donar benestar al pacient.

A través de l' actitud empàtica, l' infermera té cura de tot el procés d' atenció que consta d' una valoració inicial, detecció de necessitats i problemes, planificació de les cures, execució i avaluació.

f) Treball en equip i relació interprofessional: taula 12.

Les cures pal·liatives es practiquen des d' una perspectiva interdisciplinària incloent professionals sanitaris (metges, infermera, auxiliar, assistents socials, fisioterapeutes, psicòlegs, ...), i d' altres amb formació adequada per donar suport continuat, vinculades a la comunitat inclús (com ara, voluntariats), amb la finalitat de difondre's i aplicar-se a tots els àmbits amb bona connexió entre ells, tenint el respecte i el suport com a actituds primordials, per tal de promoure el dret a tota persona a rebre una atenció adequada i digna durant el procés de morir.

És important reconèixer les habilitats, competències i els papers dels altres professionals sanitaris i comunicar-se amb els diferents nivells.

La infermera objecte d' estudi és conscient de que el recolzament ha de ser donat des d' un enfocament multidisciplinari i que les relacions interprofessionals han de tractar-se amb respecte.

Sap delegar, i per contra, quan es tracta d' aportar l' opinió o de presentar un cas de manera oral, ho està realitzant amb una autoestima baixa, poc activa, repercutint en un rol autònom poc realçat.

La infermera és una professió que posseeix un rol autònom que desenvolupa intervencions independents. Paral·lelament, desenvolupa intervencions interdependents i dependents, actuant al costat del metge i de l' equip cuidador.

El rol autònom integra el conjunt de destreses, actituds i valors associats al servei específic que ofereixen els professionals infermers. Aquest rol està configurat per aconseguir l'autonomia i la qualitat de vida de les persones i familiars en el seu entorn.

La infermera objecte d' estudi, s' allunya de la realitat de formar part activa i òptima com a rol autònom.

g) *Manteniment de les competències professionals: taula 13.*

La infermera freqüentment ha de sumar a la responsabilitat que te vers ella, la responsabilitat que te vers els altres; per aquest motiu ha de conèixer que l' ansietat va unida a l' elecció. L' ansietat es tradueix en comportaments professionals que ajuden al desenvolupament de la persona per la quina l' infermera hi està treballant i no per a la seva destrucció.

Quina connotació esdevé del resultat de tenir professionals que presten assistència a malalts pal·liatius terminals amb una conceptualització d' avaluar-se, promoure's, formar-se, que està per sota de la mitja teòrica ?.

Es pot inferir que l' acte de cuidar afebleix i el rol autònom es reafirma pèssim. No és possible cuidar als demés sense saber-se cuidar un mateix. Per cuidar, s'ha de desenvolupar la capacitat creadora de l' infermera per a trobar les respostes a les necessitats individuals de les persones que n'està cuidant.

La infermera assumeix la seva responsabilitat a través de la seva formació. Els actes de l' infermera són accions responsables; capacitat que formarà part de la seva competència professional. Són actituds per cuidar; la comunicació, avaluació i creixement personal.

La responsabilitat és igual a coneixement. L' infermera te l' obligació de ser competent en el seu treball èticament.

La responsabilitat està lligada al poder i és un valor nou que s'ha de cultivar i desenvolupar de manera única per cada professional. És a la vegada, un valor que està en constant interacció amb l' autonomia i la defensa del pacient.

La responsabilitat procedeix de l' individu, entenent que és la capacitat d' anticipar els resultats de la pròpia acció i sota aquest efecte, actuar i comportar-se. Desenvolupar el sentit de la responsabilitat significa pensar i preveure les conseqüències possibles de l' acció, és a dir, que no s'aprèn amb l' experiència, fet que implica autocrítica i coneixement del procés de presa de decisions, i d'una formació continuada.

La infermera objecte d' estudi plasma considerablement una davallada de les actituds obligatòries per cuidar, així com una feblesa important en el manteniment de la seva competència, fet que hem remarcat de suma obligatorietat.

En relació a la recerca, la seva actitud ens mostra una infermera poc activa en la realització d' estudis.

Les cures pal·liatives requereixen d' una atenció integral d' acurats perquè les necessitats del pacient són més grans i més freqüents, l' ajut familiar, i el temps de contacte és major i perquè es viuen situacions límit en moments inesperats. Avarca molts coneixements i actituds necessàries que només es cultiven mitjançant un manteniment dinàmic, actiu i científic de l' infermera que atén a aquests tipus de pacients.

h) Ètica i valors: taula 14.

Des d'una perspectiva ètica, l'infermera té la necessitat d'argumentar "lo bo" i "lo dolent" en funció de la persona que tenim a davant. Això suposa tenir present en l'acte infermer, els aspectes subjectius de la persona infermera.. El marc conceptual ètic i moral, ha d'ésser utilitzat per l'infermer com una eina més de treball.

El infermer que estem estudiant, **adequa relativament baix** (3,1 de mitja), les accions de lliure elecció del pacient en les decisions de salut donant continuïtat al procés de cures, donat que el nivell exigít hauria de ser el de la màxima implicació perquè s'estén que l'acte del cuidar centra la seva activitat en les necessitats del pacient. El "saber fer" de l'infermera i el "saber fer" del pacient, es cohesionen i busquen les solucions conjuntament. El coneixement és recíproc i interaccional amb el pacient i família. Perquè això es doni, les activitats de l'infermer han de prendre en consideració la importància del context del cuidatge, esdevenint talment en actituds ètiques.

El mitjà on es desenvolupa l'activitat infermera, ha de fomentar la comunicació efectiva i la comprensió entre el malalt i l'infermera. La capacitat de l'infermera de considerar el mitjà com el lloc de treball i de poder prendre en consideració cada context en particular, suposa desenvolupar actituds al llarg de tota la vida professional, entre les que subratllem les següents:

- Acceptar l'autonomia del pacient.
- Acceptar el dret de l'usuari a escollir, decidir i actuar.
- Prendre en consideració que la comunicació amb el pacient no tracta de buscar la veritat absoluta de la situació sinó el benestar.

- Acceptar que el títol de propietat amb la persona del pacient és d' ell únicament.
- Treballar de forma que les accions que es plantegin siguin les millors pel malalt i família.

i) *Implicació i compromís professional: taula15.*

L'objectiu d' aquesta competència és fer present el compromís professional amb la societat a través de la seva implicació i participació.

La infermera estudiada utilitza en menor grau la metodologia per a gestionar els recursos i establir mètodes de treball per la correcta prestació de les cures d' infermeria.

És poc participativa en polítiques de salut i recerca, investigació i docència relacionades amb l' àmbit competències de la professió.

Ha adquirit un compromís sòlid amb la societat a fi de donar una resposta ajustada a les seves necessitats garantint la qualitat de les cures d' infermeria.

Coneixements, actituds i habilitats de les competències professionals

Taula 15.

Fins ara hem analitzat les competències professionals desglossades segons els tres conceptes que les defineixen.

En aquesta taula i gràfic adjunts, podem estudiar les competències professionals des de la perspectiva dels tres conceptes (coneixements, actituds i habilitats) de manera conjunta i global, obtenint una idea generalitzada i a la vegada ens permet comparar i/o reafirmar les dades anteriorment estudiades.

L'autoavaluació professional: A destacar d' entre totes les competències , crida l' atenció que sigui aquesta la més feble , amb una mitja teòrica de 2,9., en la relació de les variables. Donat que és la competència pròpiament dita que fa referència al manteniment de la pròpia competència.

El perfil d'aquest professional està basat en una persona que avalua poc els seus propis coneixements, actituds i habilitats. No utilitza els recursos existents d'aprenentatge per identificar, i corregir, si fa el cas, els dèficits de coneixements, habilitats i actituds. Així com no avalua els mètodes de treball i recerca.

Seguidament, i amb uns resultats per sota d' una mitja teòrica de 4., analitzem les següents comp. Prof:

- *Procés de cures.*
- *Actitud- habilitat diagnòstic.*
- *Actitud- habilitat disseny.*
- *Actitud- habilitat avaluació.*

Aquestes competències fan referència absoluta al rol autònom de l' infermera, degut a l dimensió d' intervencions que avarca.

Per la realització del procés de cures individualitzades, és necessari fer un diagnòstic d' infermeria, un disseny del procés i una avaluació.

La infermera treballa mentalment amb aquesta metodologia. Potser caldria saber, si aquesta metodologia està emprada sobre paper convertint-la en un registre propi d' infermeria i protocol·litzat. Inferint el resultat obtingut, essent aquest moderadament per sobre de la mitja teòrica, es podria parlar de que el registre protocol·litzat del procés d' infermeria no existeix en aquest centres sanitaris.

Procediments i protocols: L' infermera realitza amb nivell elevat, aquesta competència professional. És observadora de les mesures d' asèpsia, i les intervencions interprofessionals amb el metge, les practica amb una importància prioritària.

Cuidar-atenció: L' infermera sap donar un cuidatge en cada situació específica de malaltia. Atenció prioritària a persones amb dolor, situació que s'entén com a aguda i que requereix un tractament immediat.

Comunicació amb l'usuari/família: L' infermera es comunica exercint l' empatia. Entén la importància de desenvolupar una actitud empàtica pel bon cuidatge del pacient, establint una escolta terapèutica.

Treball en equip: L' infermera posseeix les habilitats per portar a terme la comunicació interprofessional perquè sap que són fonamentals per a proporcionar acurats de qualitat. És conscient del treball interdisciplinari que desenvolupa envers del pacient/família.

Estressors sota títols genèrics:

Taula 16

L' estrès és una relació transaccional entre la persona i l' ambient, avaluat per l' individu com que excedeix les seves possibilitats i recursos per afrontar-la.

És un fenomen adaptatiu dels éssers humans que contribueix en gran part a la supervivència, a una adequat rendiment en les seves activitats i a un desenvolupament eficaç a moltes esferes de la vida.

Constitueix una part essencial i necessària a les nostres vides, un resultat inevitable entre nosaltres mateixos i l' ambient que ens envolta.

Quan ens trobem davant d' un nombre creixent o percepció de les demandes que ens resulten difícils o que constitueixen una amenaça per nosaltres, hem de mesurar la nostra pròpia capacitat per enfrontar-nos a elles.

Ha d'existir un equilibri entre les capacitats d' enfrontament i les demandes.

Es defineixen com a estressors aquells estímuls, esdeveniments o condicions que afecten l' individu, i poden ser interns o externs. Els components de l' estrès són els següents: els estressors (factors de risc), les manifestacions en l' estat de salut, que apareixen a curt o a llarg termini i els factors modificadors del procés de l' estrès.

L'estrès és multicausal i sorgeix a través dels intercanvis de la persona amb l' ambient. És en aquesta relació individual on els mateixos estímuls poden tenir una resposta positiva o negativa.

L'estrès és inherent a l' infermera, especialment a les unitats de cures pal·liatives. No obstant, no oblidem que l' estrès de forma positiu augmenta el desenvolupament professional, essent una resposta adaptativa eficaç i adequat rendiment. A títol genèric, l' infermera objecte d' estudi està expressant la seva competència professional creant un apropament de la família basat en les interaccions amb els acurats d' infermeria mitjançant una relació tranquil·la. És conscient de la relació terapèutica i entén que la dinàmica familiar influeix en l' evolució de la malaltia i que ella és l' únic suport professional per a crear la situació perquè aquesta realitat esdevingui i es doni dins d' un clima de comprensió i de respecte.

La infermera reincideix en el tema de la competència professional com a ítem causal d' estrès. Per la infermera, el fet de tenir un personal incompetent interferint en el seu treball li provoca una certa tensió. Està exigint amb la seva actitud, un personal competent i està demostrant que la competència

professional és important quan es tracta de treballar amb els malalts pal·liatius terminals.

La infermera està donant a conèixer que l'angoixa molt les errades comeses per ella vers els seus pacients i també les errades comeses pels seus companys. Al personal d'infermeria no li agrada que els pacients li qüestionin la seva competència. Per tant, ens trobem davant d'una infermera que contràriament al que li estresa, és un professional que treballa poc en mantenir la seva competència. També li provoca certa tensió la seva relació amb els seus superiors, quedant de manifest que no tenen una relació gaire afable. Caldrà investigar i relacionar més ítems per a trobar respostes.

Ítems d'estrès:

Taules

En l'observació minuciosa dels ítems causants d'estrès, l'infermera és vulnerable de patir estrès procedent dels estressors relacionats amb l'organització del treball. I seguint en la mateixa línia com a estressors externs a ella localitzem també, la manca de personal, manca de suport dels superiors, i la manca de recursos essencials.

Partint dels ítems pròpiament interns, observem que l'infermera té dificultats en resoldre la manca de temps per fer les coses i la sobrecàrrega de treball, fent que hagi de respondre dels seus propis recursos desencadenant un augment de dosis d'energia. Reitera la incompetència d'altres professionals interferint en el seu treball com a font causant d'estrès.

Els estressors derivats de l'organització del treball, tornen a sorgir a l'alça quan l'infermera es reclamada a diferents llocs a la vegada, quan no treballa en base a una planificació coherent, quan es prenen decisions que l'afecten directament i en les quals no hi és partícip.

No hi ha dubte que el treballar amb malalts que pateixen experiències de dolor i de pèrdua, planteja a l' infermera uns reptes molts difícils. Part de la dificultat radica en les característiques de la tasca assistencial de la pròpia situació on han de desplegar-se altes dosis d' energia per resoldre infinitat de problemes que sorgeixen de manera sobtada i continua.

A totes aquestes situacions l' infermera viu reaccions emocionals que de no ser ateses de manera apropiada, poden desembocar en síndrome d' estrès.

Tot aquest procés es complica més quan la pressió assistencial supera els medis existents per resoldre ella mateixa contribuint així a que l' infermera hagi de recórrer constantment als seus propis recursos.

En contrapartida, l' infermera assoleix sense estrès el tracte amb familiars del pacient i el donar consol a la família quan mor un pacient. Està realitzant el procés de comunicació de forma benèfica amb el pacient i la família, prestant especial atenció al procés relacional i a les emocions que s' en generen.

Donada la circumstància de tancada de cicle vital, les emocions psico-emocionals prenen major relleu i marquen la prioritat de l' infermera sabent que aquestes necessitats deuen ser satisfetes.

El tracte amb pacients agressius i histèrics, provoca por a ser ferit. Són estresors que pertanyen a la categoria d' estímuls responsables de l' activació de les nostres respostes emocionals. Una por freqüent és la de les agressions, tant a nivell físic com psicològic. És evident que és molt desagradable i estressant per l' infermera, així com rebre gestos negatius, cops esgarrapades ,etc., gestos a través dels quals el pacient expressa la seva ira. Davant d' aquesta situació, pot ser que l' infermera també perdi el control i respongui de la mateixa manera essent les emocions les resultants de la culpa, la vergonya o la pèrdua de l' autoestima.

Per una banda, l' infermera pot sentir-se rebutjada davant del mal humorm crítiques i insults. La por a patir agressions i no tenir ningú a qui recórrer quan hi ha problemes, poden ser causa de que el professional es vegi desbordat, vulnerable i procliu a l' esgotament, així com la manca de recursos provenint de la formació continuada, manca de coneixements per a resoldre situacions rellevants d' estrès i que requereixen un saber fer i estar molt cultivat a fi de poder respondre amb un major autocontrol.

La infermera percep com a estresor a por a cometre errades, així com les errades mèdiques i les errades d' altres professionals diplomats. Ens denota un professional preocupat en mantenir l' actitud de la responsabilitat vers ella mateixa i vers l' entorn.

Novament, l' infermera perd seguretat causant una baixa autoestima quan percep que el pacient qüestiona la competència professional, així com s' adrecen a ella i li expressen verbalment el que fa malament.

Veure sofrir els pacients és angoixant per que tenir cura de malalts en fase terminal porta a abordar vivències a on lo indesitjable, lo imprevisible, i lo incontrolable dominen.

La infermera s' expressa en el pla humà i en el de les emocions, i a més a més, són situacions que solen mantenir-se en el temps, fet que provoca un desgast i esgotament de les energies de l' infermera. El sentiment d' impotència davant la manca de temps pels pacients que ho necessiten, conjuntament amb els conflictes amb els superiors, així com tenir superiors incompetents, causen una font identificadora d' estrès en el personal d' infermeria.

5.3.1 Conclusions de l'anàlisi inferencial

En aquest apartat, es recull la valoració de l'estrès que pateixen els professionals d' infermeria davant de situacions específiques. No obstant i per a una millor comprensió dels ítems i interpretació de les dades, els hem reagrupat sota *etiquetes genèriques d'estrès* segons el tema que tenen en comú.

Les situacions que provoquen un **elevat grau d'estrès** a la infermera , corresponen segons el següent resultat; les relacionades amb *les intervencions errònies d'altres professionals, la competència professional i la relació amb els superiors*.

A la infermera li genera tensió que li qüestionin *la seva competència professional*, tant per part dels seus companys de feina com provenint dels malalts i família.

Així com, es confirma el fet que li preocupa la competència dels seus companys de feina fins a un nivell que li estressa treballar amb personal incompetent , tant com tenir uns superiors incompetents.

El que **menys estressa** a la infermera, és el tracte amb les *famílies i la mort del pacient*. Recordem que el tipus de malaltia que tracten, comporta un procés d'emmalaltir crònic i un procés de morir llarg, acompanyat per la família que en certa manera, viu la malaltia i el procés de dol paral·lel al pacient.

El que més preocupa a la infermera, és el personal incompetent interferint en el seu treball. Novament qüestiona la competència professional del personal que l'envolta. El que menys l'estressa és la perspectiva d' ascendir o promocionar-se.

Quan parlem del dol, del tracte amb els familiars i la insatisfacció laboral, la infermera no demostra una situació de tensió.

Les situacions específiques que li comencen a denotar força tensió serien les següents:

- *que em reclamin a diferents llocs a la vegada.*
- *no treballar en base a una planificació coherent.*
- *decisiones que m'afecten directament i en les quals no hi soc partícip.*

Sovint el tracte amb *pacients agressius*, provoca un nivell moderat d'estrès, així com *no tenir a qui recórrer quan hi ha problemes*.

El tracte amb *pacients crònics* no provoca tensió a l'infermera que tracta amb aquests malalts.

Les errades mèdiques i les errades causades per d'altres professionals, provoquen una tensió força elevada en el personal d'infermeria.

A la infermera li preocupa que *li qüestionin la seva competència professional*, essent motiu d'un grau d'estrès força elevat.

A la infermera li produeix força tensió *veure sofrir als pacients*. Els conflictes amb els superiors així com tenir un superior incompetent suposa per a la infermera una causa d'estrès quan hauria de ser un suport molt important .

Anàlisi inferencial

	S. Creu	S. Llatzer	Albada	Duran i R
Edat	32,29	35,38	28,8	32,17

L'edat del personal més jove, es situa en l'hospital nº 3, amb una mitja d'edat de 28.8 anys.

Els anys en experiència professional, oscil·len entre 8 i 11 anys.

Aquests valors òbviament estan directament relacionats, amb un personal jove, amb pocs anys d'experiència laboral.

En nº pacients atesos/dia, amb gran diferència de la resta dels hospitals, L'hospital nº 2 supera amb un nombre molt elevat els pacients que una sola infermera està tractant per torn de feina. Observació que s'haurà de tenir present en les interpretacions futures de la resta de les anàlisis.

S'observa que els quatre hospitals tenen en comú un nivell de coneixement elevat en les següents competències: *relació terapèutica*, *continuitat de cures*, *resposta professional i principis ètics i legals*. Per contra, existeix un nivell de coneixement baix en les competències professionals que fan referència a: *anàlisis de dades, avaluació i desenvolupar accions*.

Observem que a l'hospital 4 li causa més estrès les intervencions d'altres professionals, que l'hospital 2. Com hem observat en els estudis previs, en general a les infermeres no els hi agrada l'actuació d'altre professional respecte dels seus pacients. Caldria preguntar-nos per què el l'hospital nº 4, la infermera està molt més sensible en aquesta qüestió.

Es contempla la situació de les famílies com poc causant d'estrès en tots quatre hospitals.

L'experiència professional es relaciona directament amb l'increment de l'edat i l'estat civil de separat.

L' estat civil dels solters i dels separats, donen menys resposta professional que els casats.

Els casats tenen més coneixements en principis ètics i legals que els separats.

Destaquem que els tres grups tenen en comú unes actituds i habilitats elevades en quant a protocols i procediments.

Els solters i els casats s'autoevaluen en menys grau.

Existeixen diferències significatives en l' estat civil de separat respecte als coneixements les intervencions interdependents com a causants d'estrès.

Existeix una diferència significativa amb els **coneixements** , donant millor resposta el personal fix que el personal amb contracte eventual.

El personal amb contractació fix, adquireix un **compromís professional** més sòlid que el personal en caràcter eventual.

Observem que el torn de la tarda obté uns millors resultats que el de la resta dels torns quan ens referim a uns coneixements de **cures individualitzades, el pla d'acció, i en la comunicació i la informació.**

El personal que està de corretorns té una comunicació amb altres professionals a destacar respecte la resta de torns.

El torn de nit, mostra unes actituds més adequades quan es tracta de treballar en equip.

Les intervencions d' altres professionals respecte dels seus pacients, suposaria un causant d'estrès més acusat en la infermeria que treballa el torn de nit.

S' observen diferències positives en quan a tenir formació continuada en quan a :

Cures individualitzades, anàlisis de dades, pla d'acció, avaluació i desenvolupar accions.

Les diferències son significatives positivament a favor de la formació continuada.

Els que no tenen formació continuada pateixen més estrès davant de la mort, mentre que els estan en possessió de formació continuada , mostren una diferència significativa davant de les intervencions pròpies del rol d' infermeria, essent com a causant d' estrès.

5.3.2 Conclusió general

Fent referència a la hipòtesis inicial : ***El nivell d'estrès dels professionals d'infermeria que treballen amb pacients crònic-terminals depèn del seu nivell de competència professional***, i realitzant l'estudi metodològic pertinent, s'ha verificat aquesta hipòtesis i s'han abstret unes conclusions mitjançant la reflexió i la comprensió de tots els conceptes que correlacionen l'actuació professional.

1. Observació general del tipus d'hospital estudiat i perfil de la infermera

- La ratio de pacients/infermera és molt elevada.
- La infermera es troba sovint amb una pluripatologia complexa que es mescla amb l'estat de situació terminal del pacient, creant multisituacions de risc d'estrès provinents de l'angoixa del pacient i família.

- Es troba amb una manca de suport per part dels seus superiors, fet que es converteix en un causant d'estrès i no en un recurs.
- Es tracta d'un professional patidor per la incompetència dels seus companys de treball i no compta amb el suport d'aquests per a dur a terme la tasca infermera, convertint aquest factors en una font d'estrès.
- Es preocupa que pacient i família qüestionin la seva competència professional.
- Apareix una manca d'autoavaluació professional i un rol autònom poc interioritzat com a metodologia de treball.
- Es treballa poc la integració de l'individu en el seu pla de cures.
- Treballa a un nivell òptim els procediments i protocols marcats per la institució.
- El personal fix adquireix un major compromís dins de la institució.
- El personal del torn de la tarda obté millors resultats en la utilització del pla de cures individualitzat.

2. Es corrobora que la manca de formació continuada és un causant d'estrès.

- S'observa una manca en el manteniment de la competència professional.

3. A títol rellevant: contràriament a la impressió inicial, la infermera que treballa amb el pacient i família com a unitat no ho percep com un causant d'estrès sinó que ho rep com a suport d'estrès.

6. PROPOSTES DE LA INVESTIGACIÓ

Per a disminuir el nivell d'estrès del professional que treballa amb pacients crònic-terminals, s'hauria d'interioritzar el concepte de competència professional, que és pròpia de l'individu, que es crea amb la formació acadèmica i creix amb la formació continuada. És sens dubte una interrelació dels coneixements, habilitats i actituds de l'individu professional que en constant interacció permetran al professional realitzar una acció terapèutica per la qual està format. Per tant li permetrà fer front amb èxit a l'estrès com a recurs i suport en benefici de la competència professional.

Adreço les següents propostes, objectes d'estudi i/o de treball segons les conclusions obtingudes:

- Estudi i redefinició del concepte de “competència professional ” des de la carrera universitària. Introduir el concepte al primer curs dins de la temàtica de la filosofia de la infermeria i recuperar el concepte al tercer curs de carrera amb l'objectiu d'englobar-lo per sempre més en la filosofia del cuidar.
- Proposo estudiar el concepte de l'estrès com a recurs positiu, en benefici de la competència professional.
- Proposo una Direcció d'infermeria de participació i col·laboració amb el personal de base a fi de que els comandaments d'infermeria actuïn com a suport i no com a causants d'estrès.

7. BIBLIOGRAFIA

- (Emprat) - **Terry Looker Y Olga Gregson.-** Ediciones Pirámide, S.A., 1998.- 2, 47-55. – (Emprada).
- (Consultat) - **Appley, M.; Trumbull, R.** - On the concepts of Psychological Stress. – En.: Appley, M.; Trumbull, R.: Psychological Stress. – Appleton – Century – Crofts, 1967; 1-13.
- (Emprat) - **Elliot, G.; Eisdorfer, C.** - Stress and human health: Analysis and implication of research.-Springier,1982.
- (Emprat) - **Peiro, J.-** Desencadenantes del estrés laboral. – 1ª de Salamanca: EUDEMA, S.A., 1993; 7-12.
- (Emprat) - **Carpi, J.-** What to do about stress, Psychol Today (1): 34, 1996.
- (Emprat) - **Morrison.-** Fundamentos de enfermería en Salud Mental. – Mosby, 1999.- 22: 318-319.
- (Emprat) - **Cabrera Forneiro J.; Fuertes Rocañín, J.C.; Plumed Moreno, C.-** Enfermería legal.- Ed. Libro del Año.- Madrid 1994. – 19: 176-177.
- (Emprat) - **Harrison R.:** Person – Environment fit and jots Stress. 1978; 175 – 180.
- (Emprat) - **Alberta.-** Alberta Associations of Registered Nurses (AARN).- Nursing Practice Standards.- Edmon, 1991.
- (Emprat) - **Anton Almenara, Pilar.-** Master de Enfermería Ética y Legislación en Enfermería. – Barcelona : Masson,

1995.

- (Emprat) - **Colomar G.**- Responsabilidad Legal de la Profesión de Enfermería. – 1994.
- (Emprat) - Competencias de la Professió d'Infermeria.- CCECS: Catalunya: Dolmar, S.L: 1997.
- (Emprat) - **Gimeno J.**- “Consciencia y acción sobre la práctica como liberación profesional de los profesionales” En.: Imbernón F.(ed.): La formación permanente del profesorado en los países de la C.C.E. Barcelona: ICE-Horsori, 1993; 53-92.
- (Emprat) - **Ruff G.:** Adoptive stress behaviour. En **Appley M. Trumbull R.:** Psychological. Appleton Century – Crafts. 1967; 297 – 301.
- (Emprat) - **Navarro T.:** Necesidad de apoyo psicológico al equipo sanitario. En: Curso Internacional sobre principios básicos de Enfermeria Oncológica. 1990; 120 – 130.
- (Emprat) - **Hoyle E.**- “Professionalization and Desprofessionalization in Education”. En.: Hoyle, E., Megarry, J. /ed) Professional Development of Teachers.-London: Kogan Page, 1980, 42-54.
- (Emprat) - **Adam, E.**- Être Infirmière. – “Un Model Conceptuel” -
3^a edition. Canadá: Editions Études Vivantes. 1987; 27 – 50.
- (Emprat) - **Aranguren, M^a J.- Arrieta, M.** – Formación de la de la Enfermera.- “Perspectivas de una Profesión”.- Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A., 1975.
- (Consultat) - **King, I.** - Enfermería como Profesión. – “Filosofía,

principios y objetivos”.- Madrid: Limusa, 1984.

- (Consultat) - **Fernández Ferrin, C.-** Máster de Enfermería.- “Enfermería Fundamental” - Barcelona: Masson, 1995.
- (Emprat) - **Kérouac, S.-** La pensée infirmière.- “Conceptions et strategies”.- Laval (Quebec): Editions Études Vivantes, 1994.
- (Consultat) - **Holford, J. M.-** Terminal Care. - Care of dying.- Proceedings of a National Symposium Health on 29th November, 1973.
- (Consultat) - **Myers, WPL.-** Cuidado del paciente con enfermedad en fase terminal.- En: Beeson PB. Mc Dermott. W. (eds.) Tratado de Medicina Interna.- Madrid: Nueva Editorial Interamericana, 1975; 7-14.
- (Emprat) - **Dunstan GR. -** Reconocimiento de obligaciones (éticas).- En: Saunders CM.- (ed).- Cuidados de la Enfermedad maligna terminal. - Barcelona: Salvat Ediciones, 1980: 243-253.
- (Emprat) - **Saunders, CM.-** The management of terminal disease.- London: Eduard Arlond Ltd., 1985.
- (Emprat) - **Calman, KC.-** Aspectos físicos (del cuidado terminal) En: SAUNDERS CM. Cuidados de la enfermedad maligna terminal . Barcelona: Salvat Ediciones, 1980; 43 – 58.
- (Emprat) - **Ventafridda V.-** Tratamiento del paciente terminbal. En: Manual de Oncología Médica. Barcelona: Masson, S.A., 1993; 980 – 985.
- (Emprat) - **Gil, Brugarolas.-** Síndrome terminal de enfermedad: criterios y actitudes. Medicina y persona, 1998; n.2 : 51 – 58.
- (Emprat) - **Sanz Ortiz J.-** El paciente en situación terminal.

Concepto i enfoque asistencial. Neoplasia, 1987; 2: 55 – 57.

- (Consultat) - **Organización Mundial de la Salud.** Alivio del dolor en el cáncer. Ginebra: OMS; 1987.
- (Emprat) - **Gómez i Batiste – Alentorn X.; Roca i Casas J.; Porta i Sales J.-** Editorial: Boletín Informativo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL): Cuidados Paliativos, 1992; 0: 1 – 5.
- (Emprat) - **Sanz Ortiz, J.; Gómez Batiste, X.; Gómez Sancho, M.; Núñez Olarte, J.M.** Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ministerio de sanidad y Consumo. Madrid. 1993.
- Comité de expertos de la OMS sobre el alivio del dolor y tratamiento de apoyo activo en el cáncer. Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1990.
- (Emprat) - **Soler Gómez, MD.** Formación en cuidados paliativos del personal de Enfermería: En: González Barón et al: Tratado de Medicina Paliativa: Editorial Médica Panamericana 1996; 1385 – 1393.
- (Consultat) - **Kaye, P.-** Symptom control in hospice and palliative care. Hospice Education Institute. Essex: Connecticut. 1990; 1- 3.
- (Emprat) - **Gómez Batiste, X.; Planes Domingo J.; Roca Casas, J.; Viladiu Quemada,P.** Cuidados Paliativos en Oncología. De.: Jins, S.A., 1996: 361 – 362.
- (Emprat) - **García – Campayo, J.; Aseguinolaza, L.; Lasa Labaca, G.** Empatía: la quinta esencia del arte de la medicina. Med. Clin. 1995; 105: 27 – 30.
- (Consultat) - **Riordan, R.J.; Saltzer, S.K.-** Bournout prevention among health care providers working with the terminally ill: A literature review. Omega, 1992, 25: 17 – 24.

- (Emprat) - **Shröder, M.; Martín, E.; Fontanals, M.D.; Mateo, D.**
Estrés ocupacional en cuidados paliativos de equipos catalanes. Med. Pal., 1996, 4: 26 – 31.
- (Emprat) - **Duhamel F.-** La santé et la Famille. “Une approche systémique en soins infirmiers”. Montréal. Paris. Casablanca: Gäetan Morin, 1995.
- (Emprat) - **M. Wright, L.; Leahey, M.** – L’Infirmière et la famille. “Guide d’évaluation et d’intervention”. Canadá: Inter Editions, 1995.
- (Emprat) - **Astudillo W. ; Mendinueta C. ; Astudillo E.** – Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 3ª edición: EUNSA, 1997
- (Emprat) - **Limonero, J.T.; Bayés, R.-** Bienestar en el ámbito de los enfermos en situación terminal. Medicina paliativa. 1995.; 5-11.
- (Emprat) - **Gómez Sancho, M.-** Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Editorial ICEPSS. Las Palmas. 1994.