

**FACTEURS DE STRESS ET DE SATISFACTION VÉCUS PAR LES  
INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE DANS  
L'ACCOMPAGNEMENT D'ENFANTS EN SOINS PALLIATIFS À  
DOMICILE.**

**PRINCIPAUX CONSTATS D'UNE RECENSION DES ÉCRITS.**

**Marianne O.-d'Avignon, PhD.**

Faculté des sciences de l'éducation

Université Laval

5 mai 2016



# DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊT RÉELS OU POTENTIELS



**Nom du conférencier: Marianne O.-d'Avignon**



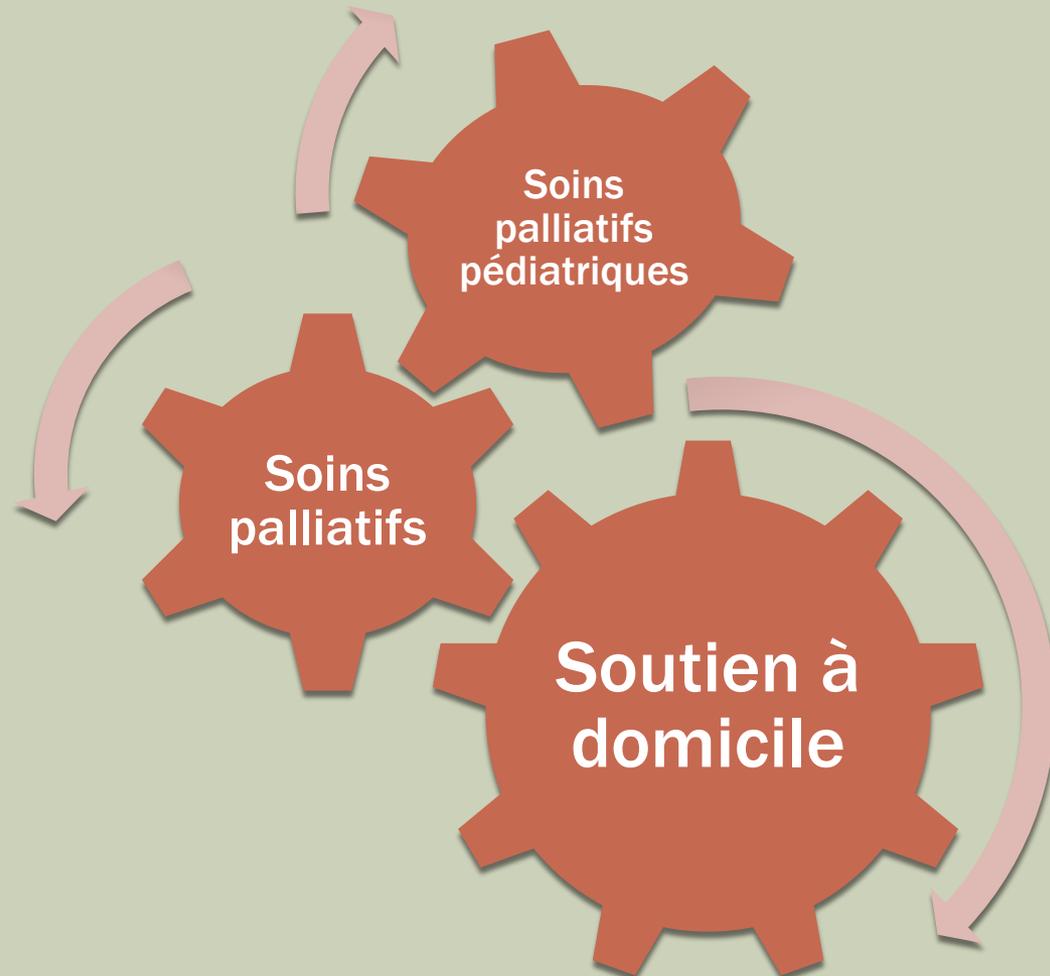
**Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou potentiel  
en lien avec le contenu de cette présentation**

# MISE EN CONTEXTE

- Rencontres et discussions dans le cadre de mes études doctorales
  - Congrès et colloques
  - Québec, Canada, Belgique
- 2015: Une chef de service préoccupée par l'expérience des professionnels
  - Mise sur pied d'un groupe de travail au CERSSPL sur les soins palliatifs pédiatriques en première ligne.
- Naissance d'un projet
  - Que connaît-on de cette problématique ?
  - Documenter l'expérience des soignants d'ici
  - Objectif: Identifier la source du malaise pour proposer des solutions qui répondront aux besoins ciblés

# CONTENU

- Les soins palliatifs pédiatriques se distinguent des soins palliatifs aux adultes
- Recension des écrits: méthodologie
- Recension des écrits: principaux résultats
- Recension des écrits: Éléments de discussion
- Grandes lignes d'un projet de recherche à venir



# SPÉCIFICITÉ DES SOINS PALLIATIFS EN PÉDIATRIE



# DÉFINITIONS DES SOINS PALLIATIFS PÉDIATRIQUES

## Organisation mondiale de la Santé (1998)

- *« Soins actifs globaux s'adressant au corps, à l'esprit et à l'âme de l'enfant malade. Ils visent à agir de soutien à la famille. Ils commencent lors du diagnostic de la maladie et continuent que l'enfant reçoit des traitements ou non. Les professionnels de la santé, lors de ces soins, évaluent et soulagent la détresse physique, psychologique et sociale de l'enfant malade... »*
- *... les soins palliatifs pédiatriques fonctionnent dans une approche multidisciplinaire, qui inclut la famille et utilise les ressources de la communauté. Ces soins ont lieu dans les centres hospitaliers spécialisés, dans une maison de soins palliatifs pédiatriques ainsi que dans le domicile familial »*

# LE DÉCÈS DE L'ENFANT À DOMICILE

- **Le domicile comme lieu de fin de vie pour les enfants atteints d'une maladie à issue potentiellement fatale**
  - **Choix principal d'une majorité de familles** (Bluebond-Lagner et al., 2013)
    - Patients de moins d'un an = décès majoritairement à l'hôpital
    - Patients âgés de plus d'un an
      - Entre 55% et 79% décèdent à l'hôpital (Feutdner et al., 2003; Hinson et al., 2016)
  - **Davantage de décès au domicile pour enfants atteints de cancer et âgés de plus d'un an** (Eskola et al., 2014).
  - **Satisfaction des familles ayant vécu cette expérience** (Hinson et al., 2016; Lauer et al., 1983, Vickers et al, 2000)
    - Sentiment de contrôle sur les évènements
    - Sentiment de normalité
    - Implication de la fratrie

<b>Groupe 1</b>	<p>Enfants qui présentent des conditions pour lesquelles un traitement curatif est possible. Les soins palliatifs peuvent être nécessaires pendant des périodes d'incertitudes ou quand les traitements ne réussissent pas à guérir</p> <p>Ex.: Cancer, atteinte cardiaque, rénale ou hépatique importante.</p>
<b>Groupe 2</b>	<p>Enfants dont la condition nécessite de longues périodes de traitements intensifs pour prolonger leur vie et leur permettre de participer aux activités normales de leur âge</p> <p>Ex.: Fibrose kystique, Dystrophie musculaire.</p>
<b>Groupe 3</b>	<p>Enfants dont la condition est progressive, sans espoir de guérison, où les traitements sont uniquement palliatifs et peuvent s'étendre sur des années</p> <p>Ex.: Maladie de Batten, Mucopolysaccharidose</p>
<b>Groupe 4</b>	<p>Enfants dont la condition présente des problèmes neurologiques sévères qui causent de la vulnérabilité et une susceptibilité accrue aux complications, et qui peuvent amener une détérioration non prévisible, mais qu'on ne considère pas comme progressive</p> <p>Ex.: Accidents avec atteinte neurologiques, Paralysie cérébrale sévère</p>
<b>Groupe 5</b> <b>(MSSS)</b>	<p>Nouveau-nés dont l'espérance de vie est très limitée</p>
<b>Groupe 6</b> <b>(MSSS)</b>	<p>Enfants qui subissent des traumatismes intentionnels ou non, aussi que les morts subites du nourrisson et les mortinaissances. Les services et les soins sont destinés à la famille et aux proches</p>

<b>2014</b>	<b>QUÉBEC</b>
<b>Population 0-19 ans</b>	<b>1 717 092</b>
<b>Enfants admissibles aux s.p.p</b>	<b>5 495</b>

Seulement entre 5 et 12 % de ces enfants recevraient des soins palliatifs pédiatriques par une équipe interdisciplinaire spécialisée (Widger et coll., 2007)



# SPÉCIFICITÉ DES SOINS PALLIATIFS EN PÉDIATRIE

a. Rareté de la situation, MAIS importantes conséquences sur un grand nombre de personnes

- 2014: Population du Qc: 8 214 885
  - 1 717 092 => 0-19 ans
- 2014: Décès: 63 000
  - 649 enfants et adolescents
    - 60%: 0-1 an
    - 18%: 1-14 ans
    - 22%: 15-19 ans

# SPÉCIFICITÉ DES SOINS PALLIATIFS PÉDIATRIQUES

- b. Caractère différent des maladies touchant l'enfant (rareté, progression rapide et difficile à prévoir, etc.).
- c. La physiologie de l'enfant est en développement = impact sur les traitements et les effets secondaires
- d. Évaluation et gestion de la douleur
- e. Importance du répit
  - Répercussions sur les familles des avancées technologiques dans le domaine biomédical

f. Importance de l'intimité familiale. Place centrale est laissée aux parents, l'équipe soignante agit en soutien

- Approche centrée sur la famille
- Présence de la fratrie, des grands-parents
- Expertise développée par les parents

g. Importance des notions de développement de l'enfant (cognition). Différentes façons d'évaluer ses besoins et de l'accompagner doivent être utilisées (jeu, dessin, musique, etc.)

h. Enjeux éthiques fréquents

(Goldman et al., 2012; MSSS, 2006)



# RECENSION DES ÉCRITS

- De type narratif
- «*Quels sont les facteurs de stress et de satisfaction vécus par les intervenants de première ligne impliqués dans l'accompagnement d'enfants en soins palliatifs à domicile.* »

«*Les participants à cette étude affirment être **plus confortables** dans l'accompagnement d'adultes plutôt que l'accompagnement d'enfants.*» (Quinn & Bailey, 2011)

# CADRE CONCEPTUEL

## ■ Stress au travail:

- Réponse menaçante de nature physique et émotionnelle survenant lorsque les demandes liées à l'environnement de travail **EXCÈDENT** les capacités adaptatives ou les ressources de l'employé (National Institute of Occupational Safety and Health, 1999)

Le stress au travail engendre des conséquences au niveau organisationnel, notamment:

- **↑ absentéisme** (Brun, Biron, Martel, & Ivers, 2003)
- **↓ performance et productivité** (Beehr, Jex, Stacy, & Murray, 2000)

Engendre des conséquences au niveau individuel, notamment:

- **↑ de l'incidence de problématiques de santé** (Niedhammer, Tek, Starke, & Siegrist, 2004)
- **Épuisement au travail** (Jourdain & Chênevert, 2010)
- **↓ de la satisfaction au travail** (Fillion, 2007)

■ **Catégorisation des facteurs de stress/facteurs de satisfaction rencontrés par les infirmières en soins palliatifs** (Fillion, 2003, 2007)

- **Stresseurs/sources de satisfaction *de type organisationnel***
- **Stresseurs/facteurs de satisfaction *de type professionnels***
- **Stresseurs/facteurs de satisfaction *de type personnels***

**Facteurs de  
stress/satisfaction  
organisationnels**

**Intervenants de  
première ligne  
impliqués en  
soins palliatifs  
pédiatriques à  
domicile**

**Facteurs de  
stress/satisfaction  
professionnels**

**Facteurs de  
stress/satisfaction  
personnels**

# MÉTHODOLOGIE

- **Novembre et décembre 2015: recherche dans les bases de données**
  - **CINAHL, Medline, PsychINFO et Embase**
  - **Mots-clés utilisés:**

	<b>Professionnels de la santé</b>		<b>Soins palliatifs</b>		<b>Pédiatrie</b>		<b>Domicile</b>
<b>OU</b>	Health personnel Healthcare provider Healthcare worker Pediatrician Professional Home care professional Community health worker Nurse Physician Social worker	<b>AND</b>	Palliative care Terminal care End-of-life care	<b>AND</b>	Pediatric Paediatric Young Youth Juvenile Minor Child Infant Adolescent teen	<b>AND</b>	Home Domiciliary

## Critères d'inclusion

## Critères d'exclusion

Écrit en français ou en anglais

Écrits dans une langue autre que le français ou l'anglais

Publié depuis 2000

Publié avant 2000

Études empiriques (qualitatives ou quantitatives) et revues de littérature

Commentaires, éditoriaux, résumés de conférences

Patients = 0-18 ans atteints d'une maladie à issue potentiellement fatale (selon les groupes publiés dans les Normes)

Patients = 18 +  
Patients = atteints d'une maladie qui ne menace pas la vie.

Population: Professionnels de la santé impliqués dans les équipes de soins de première ligne

Populations: Parents, proches, patients, Professionnels de la santé impliqués dans des équipes tertiaires.

Lieu de soins: domicile

Lieu des soins: Hôpital, maison de soins palliatifs

Articles dont l'objet d'étude s'intéresse aux facteurs de stress ou de satisfaction (expérience, besoins, limites organisationnelles, perceptions , etc.)

Articles dont l'objet d'étude est le deuil des professionnels

Identification

Articles identifiés par le biais des banques de données (n = 652)

Articles rejetés en raison de duplication (n = 100) ou de la rédaction dans une langue autre que le français ou l'anglais (n = 9)

Sélection

Résumés évalués pour vérifier la pertinence (n = 543)

Articles rejetés, car ne rencontrent pas les critères d'inclusion suivants: publié avant 2000 (n = 69), et articles qui ne rencontrent pas les critères d'inclusion liés aux patients, à la population, aux types d'études et au lieu de soins (n = 446)

Éligibilité

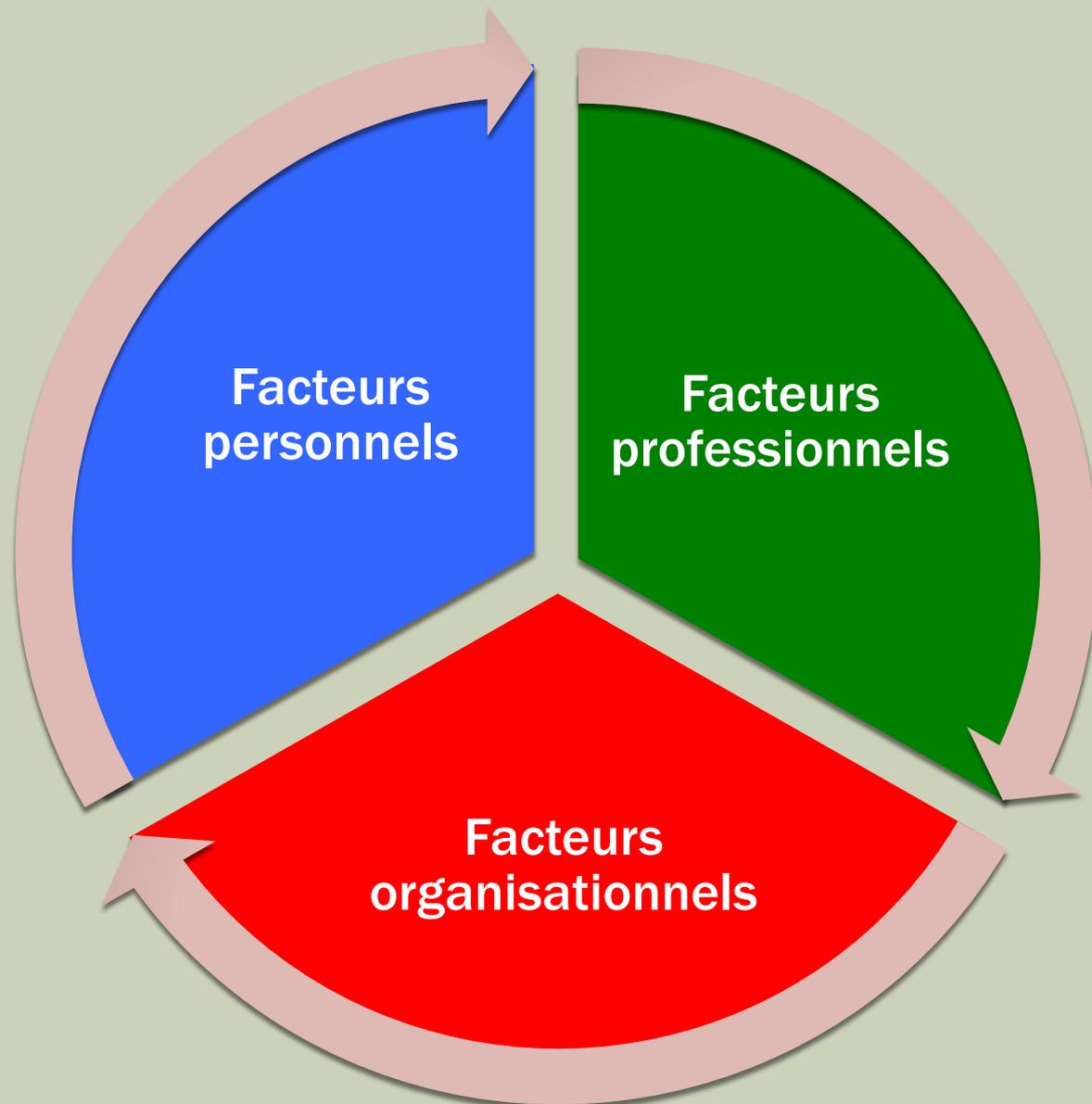
Articles intégraux évalués pour vérifier la pertinence (n = 28)

Articles rejetés, car ils ne satisfont pas le critère d'inclusion lié aux facteurs de stress ou de satisfaction (n = 19)

Inclusion

Articles rencontrant tous les critères d'inclusion (n = 9) + 3 articles provenant des bibliographies des articles conservés (n = 12)



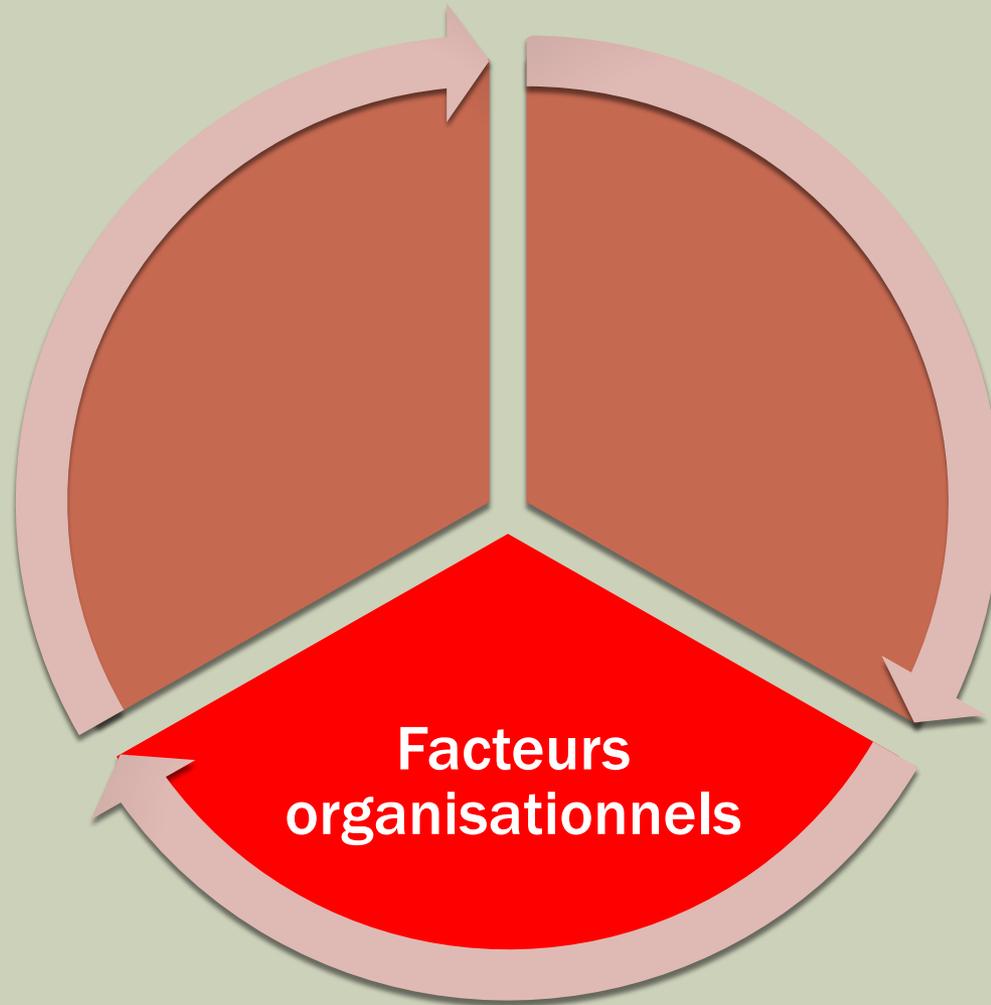


**Facteurs  
personnels**

**Facteurs  
professionnels**

**Facteurs  
organisationnels**

**1**



# FACTEURS ORGANISATIONNELS

Un accompagnement qui demanderait davantage de ressources humaines et matérielles.

Arrimage difficile avec les services à l'enfance

Collaboration entre les membres de l'équipe

- Travail en silos = engendre de l'isolement et ↓ l'efficacité de l'équipe
- Confusion au niveau des rôles parmi les membres de l'équipe
  - Influence les services aux familles.
- Md communautaires saisiraient moins clairement leurs rôles que les infirmières.
- Les équipes communautaires dans lesquelles une infirmière pédiatrique est impliquée ; semblent mieux fonctionner.

# FACTEURS ORGANISATIONNELS (SUITE)

## Reconnaissance d'un besoin de soutien émotionnel

- Principalement après le décès d'un enfant
- Grandes disparités parmi les services de soutien offerts
- Perception d'une source de soutien émotionnel potentiel en les membres de l'équipe
- Vaste territoire géographique = semble augmenter l'isolement perçu
- Les pratiques de *débriefing* (formelles et informelles) en équipe et de partage réflexif semblent appréciées.

# FACTEURS ORGANISATIONNELS (SUITE)

## Communication inefficace et insuffisante avec l'équipe tertiaire

- Manque d'organisation
- Le début et la fin de l'implication de l'équipe seraient vécus de façon insatisfaisante
- Absences fréquentes de directives avancées, plans de traitement ou résumés de dossier avec la référence
  - Rendraient difficile la communication initiale avec la famille.
- L'équipe spécialisée (pédiatres ou d'infirmières spécialistes) demeurerait davantage impliquée
  - Engendreraient de la confusion chez les professionnels et chez la famille.
- Transfert de l'enfant à l'hôpital : Engendrerait un sentiment de culpabilité.

# FACTEURS ORGANISATIONNELS (SUITE)

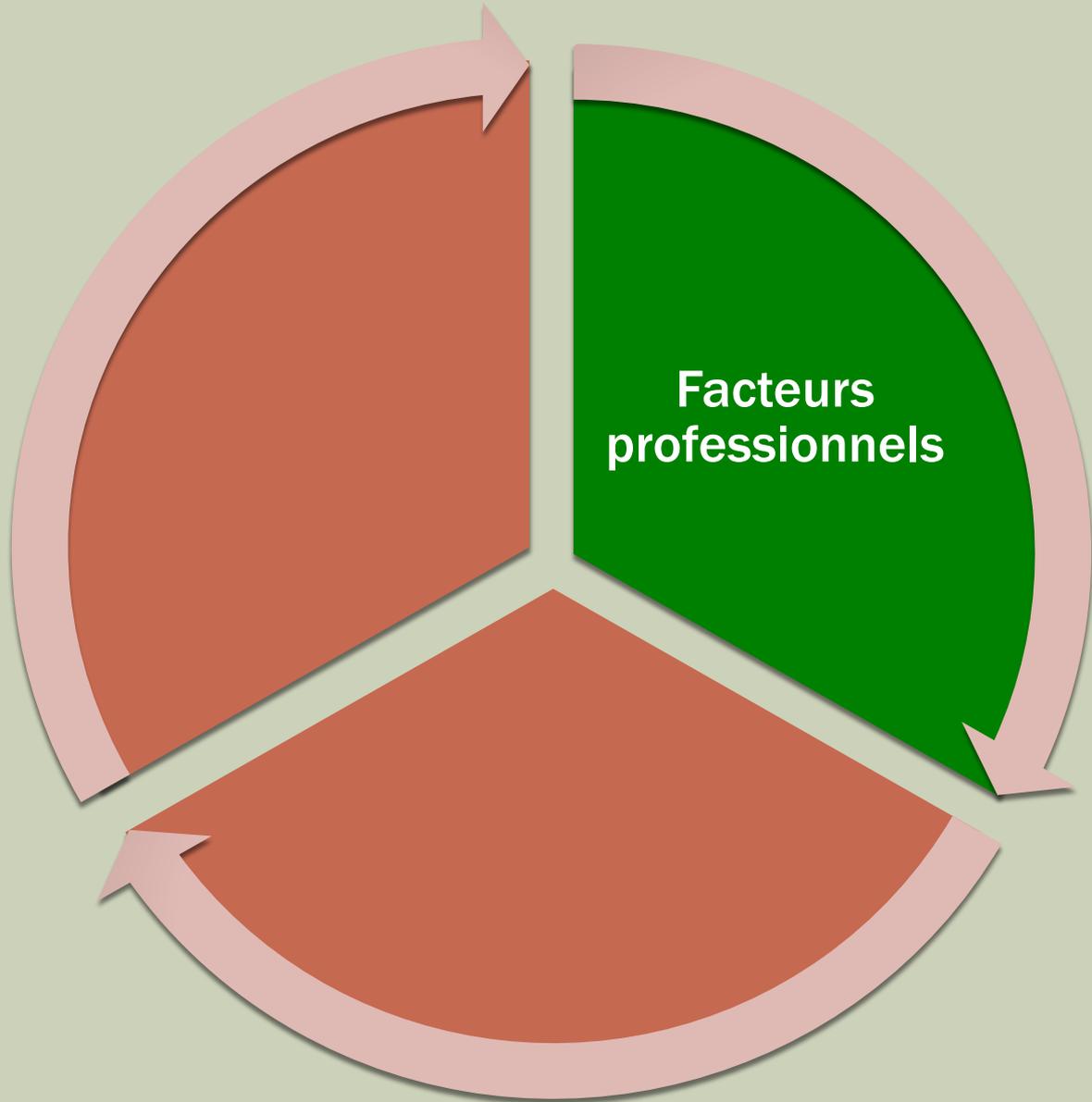
## Service 24h/7j

- Diminution de la couverture, car manque de professionnels intéressés
- Raison de refus possible : Sentiment d'incompétence ressentie
- Crainte d'être seule et sans le soutien de son équipe
- L'implication dans le service 24h/7j, ne serait pas reconnue ou valorisée par les gestionnaires.

## Suivi de deuil

- Vision différente entre les professionnels et les gestionnaires quant à la pertinence et la valeur de ce suivi.

2



# FACTEURS PROFESSIONNELS

## Établissement d'une relation avec la famille

- Nécessiterait des habiletés différentes
- Prendrait davantage de temps
- Les émotions vives vécues par les parents sembleraient rendre difficile l'établissement d'une relation
- Distance appropriée: défi pour plusieurs professionnels.
- Certaines stratégies semblent aidantes pour maintenir une distance
  - L'affirmation quant à ses frontières
  - L'implication de plusieurs membres de l'équipe dans la relation avec la famille

# FACTEURS PROFESSIONNELS (SUITE)

## Relations avec des *parents-soignants*

- Sentiment de menace
- Clarification des rôles: difficile
- Accès à l'enfant peut être difficile
- Stratégie de réussite: stabilité des intervenants

## Accompagnement qui demande davantage de temps

- Soins et soutien
- Sentiment de manquer de temps

# FACTEURS PROFESSIONNELS (SUITE)

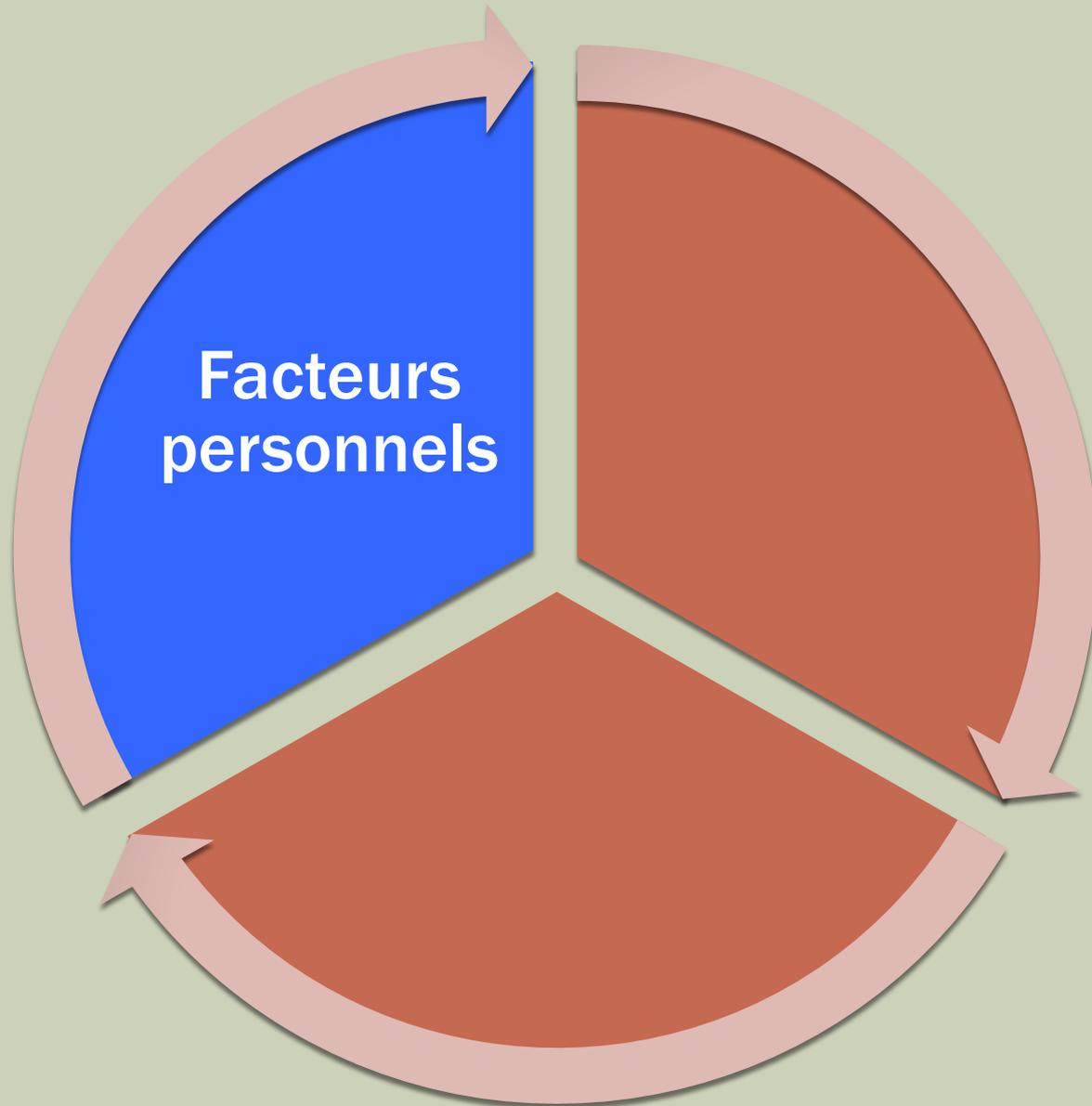
## Le manque de connaissances/compétences spécifiques

- Rareté des patients = Difficile de développer et de maintenir des compétences/compétences
- Particulièrement chez les infirmières:
  - → Sentiment d'incompétence engendrant de la culpabilité
  - → Sentiment d'insécurité : Volonté d'être en présence du Md le plus souvent possible.
- Principalement au niveau des complications à anticiper, du pronostic, de la médication, de la gestion des symptômes, de l'évaluation des besoins ainsi que de l'examen clinique.

## Le manque de connaissances/compétences spécifiques (suite)

- Habiletés à la relation d'aide → Désir de soutenir les parents.
- Sentiment d'urgence → Engendre de la pression.
- Chez les Md: reconnaissance du manque de connaissances et de compétences.
  - → Consultation et implication des médecins spécialistes
  - → Évaluation cognitive différente
  - → Ne semblent pas vivre les sentiments négatifs en lien avec ce manque de connaissances

3



# FACTEURS PERSONNELS

## Conflits de valeurs

- Nature des informations à transmettre à l'enfant malade.
- Sentiment d'agir de façon opposée aux valeurs personnelles.
- Prestation de soins liés à des enjeux éthiques engendre des relations difficiles avec les parents puis du stress pour les professionnels (ex : arrêt de l'alimentation).

# FACTEURS PERSONNELS (SUITE)

## Surinvestissement émotionnel engendrant de l'épuisement

- Accompagnement reconnu comme exigeant; «drainant» émotionnellement.
- Sensation d'être incapable de «décrocher» du travail
- Conséquences au niveau professionnel et personnel.
- Effet cumulatif des souffrances
- Effet cumulatif des décès
- Sentiment de perte et de deuil
- L'inquiétude au sujet des parents perdurerait au-delà du décès.

# FACTEURS PERSONNELS (SUITE)

## Questionnements existentiels

- Mort de l'enfant = anticipée avec craintes.
- Mort de l'enfant = bouleversant au niveau spirituel.
- Sentiment d'injustice, de colère envers la mort à venir ou survenue.
- Parents ou grands-parents: professionnels vulnérables

## Facteurs de satisfaction:

- Expérience riche et significative
- Témoins privilégiés
- Bénéfices personnels

## Stratégies d'adaptation

- Prières et méditation
- Échanges/soutien auprès de sa propre famille
- Présence aux funérailles

# ÉLÉMENTS DE DISCUSSION



# ÉLÉMENTS DE DISCUSSION

Constats reflètent la reconnaissance d'un malaise chez ces soignants

**Disparité dans l'organisation des services** de santé en première ligne pour les enfants gravement malades

→ Implication d'infirmières communautaires pédiatriques

Les aspects liés à la continuité des soins et à la communication entre les équipes hospitalières et communautaires semblent important dans la définition du problème

→ Comment améliorer la collaboration ?

La difficulté de maintenir et de développer des connaissances spécifiques pour les intervenants de première ligne est véritable

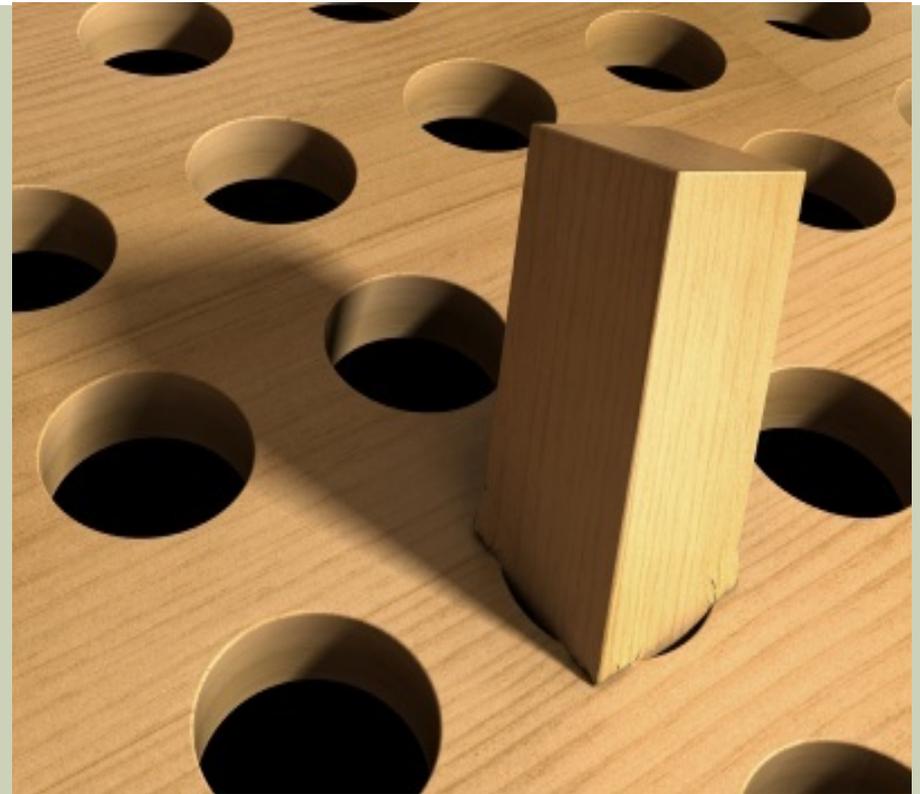
→ L'ajout de formation ne peut être la seule solution

→ Dépréciation des professionnels

## Le fardeau perçu lié à la prise en charge de ces enfants

### → Lié à des éléments complexes multiples

- ❖ Complexité des pathologies
- ❖ Questionnements existentiels
- ❖ Nécessite des habiletés différentes en relation d'aide
- ❖ Arrimage difficile avec le fonctionnement organisationnel usuel
- ❖ Certains besoins contradictoires interpellent une flexibilité et une personnalisation des pistes de solutions



# ET VOUS ?

- *Reconnaissez-vous certains de ces facteurs de stress/satisfaction dans votre pratique auprès d'enfants en soins palliatifs à domicile ?*
- *Principales similarités ?*
- *Principales différences ?*



# LES GRANDES LIGNES D'UN PROJET À VENIR

## ■ Étude descriptive

*«Facteurs de stress et de satisfaction dans l'accompagnement d'enfants en soins palliatifs chez les intervenants de première ligne»*

## ■ Méthodologie mixte

- Groupes de discussion
- Questionnaires portant sur le stress au travail
  - Permettant la mesure de concepts théoriquement liés

## ■ Recrutement

- Intervenants de différentes professions – impliqués dans les équipes SAD de la Capitale nationale et d'autres régions du Québec
- Gestionnaires ?



# PERTINENCE ET RETOMBÉES



- S'inscrit dans la particularité du modèle québécois

↓

Identification des sources de stress vécu par les intervenants de première ligne dans l'accompagnement d'enfant en spp

- L'identification de besoins chez les intervenants

- Recherche de solutions au niveau de mécanismes de soutien à la fois au niveau organisationnel, professionnel et personnel
- Permettant la diminution du stress au travail et l'amélioration de la satisfaction au travail pour les intervenants de première ligne

↓

- Amélioration possible de l'offre de services en soins palliatifs pédiatriques à domicile

- Faire du domicile un lieu de fin de vie possible et permettant une expérience significative, ancrée dans la reconnaissance de sa spécificité
  - À la fois pour l'enfant malade, sa famille et les professionnels.

**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**

**[marianne.davignon@fse.ulaval.ca](mailto:marianne.davignon@fse.ulaval.ca)**



## Références bibliographiques

- Beehr, TA, Jex, SM, Stacy, BA & Murray, MA (2000). Work Stressors and coworker support as predictors of individual strain and job performance. *Journal of Organizational Behavior*, 21(4), 391-405.
- Blubond-Langner, M., Beecham, E, Candy, B, Langner, R. & Jones, L (2013). Preferred place of death for children and young people with life-limiting and life-threatening conditions: a systematic review of the literature and recommendations for future inquiry and policy. *Palliative Medicine*, 27(8), 705-713.
- Brun, JP, Biron, C, Martel, J. & Ivers, H. (2003). *Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines* (Études et recherche). Montréal : Institut de recherche robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail.
- Eskola, K. , Bergstraesser E. , Zimmermann, K. & Cignacco, E. (2015) Paediatric end-of-life care in the home care setting (PELICAN HOME) – a mixed methods study protocol. *Journal of Advanced Nursing* 71(1), 204–213.
- Feudtner, C., DiGiuseppe, DL, & Neff, JM. (2003). Hospital Care for Children and Young Adults in the Last Year of Life : A Population-based Study. *BMC Medicine*, 1(3)
- Fillion, L. & Saint-Laurent, L. (2003). *Stresseurs liés au travail infirmier en soins palliatifs : l'importance du soutien organisationnel, professionnel et émotionnel*. Montréal : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Fillion, L., Tremblay, I., Truchon, M., Coûte, D., Struthers, C.W., & Dupuis, R. (2007). Job satisfaction and emotional distress among nurses providing palliative care: Empirical evidence for an integrative occupational stress model. *International Journal of Stress Management*, 14(1), 1–25.
- Goldman, A., Hain, R., & Liben, S. (2012). *Oxford Textbook of Palliative care for Children*. NY : Oxford University Press.
- Hinson, AP., Rosoff, PM. (2016). Where Children Die : Obstacles to Quality End-of-Life Care. *Clinical Pediatrics*, 55(2), 101-106
- Jourdain, G., & Chênevert, D. (2010). Job demands-resources, burnout, and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 709–722.
- Ministère De la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2006). *Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques*. Québec : Auteur.
- National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH] (1999). *Stress...at Work*. Publication. Washington DC.
- Niedhammer, I., Tek, M. L., Starke, D., & Siegrist, J. (2004). Effort-Reward Imbalance Model and self-reported health: Cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. *Social Science and Medicine*, 58(8), 1531– 1541.
- Organisation mondiale de la Santé (1998). Définition des soins palliatifs pédiatriques.
- Vickers, JL & Carlisle, C. (2000). Choices and control : parental experiences in pediatric terminal home care. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* , 17, 12-21.

# ÉTUDES RECENSÉES

- Beringer, A. J., Eaton, N. M. et Jones, G. L. (2007) Providing a children's palliative care service in the community through fixed-term grants: the staff perspective. *Child: Care, Health And Development*, 33(5), 619-624
- Chong, L. et Abdullah, A. (2015). Community Palliative Care Nurses' Challenges and Coping Strategies on Delivering Home-Based Pediatric Palliative Care: A Qualitative Study. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 1-7.
- Kirk, S. et Glendinning, C. (2001). Supporting 'expert' parents- professional support and families caring for a child with complex health care needs in the community. *International Journal of Nursing Studies*, 39(6), 625-635.
- McCloskey, S. et Taggart, L. (2010) How much compassion have I left? An exploration of occupational stress among children's palliative care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(5), 233-240.
- Neilson, S., Kai, J., MacArthur, C. et Greenfield, S. (2010). Exploring the experiences of community-based children's nurses providing palliative care. *Pediatric Nursing*, 22(3), 31-36
- Neilson, S., Kai, J., MacArthur, C. et Greenfield, S. (2011). Caring for children dying from cancer at home: a qualitative study of the experience of primary care practitioners. *Family Practice*, 28(5), 545-553
- Neilson, S., Kai, J., MacArthur, C. et Greenfield, S. (2013). Using social worlds theory to explore influences on community nurses' experiences of providing out of hours paediatric palliative care. *Journal of Research in Nursing*, 18(5), 443-456
- O'Leary, N., Flynn, J., MacCallion, A., Walsh, E. et McQuillan, R. (2006) Paediatric palliative care delivered by and adult palliative care service. *Palliative Medicine*, 20(4), 433-437
- Pontin, D. et Lewis, M. (2007) Managing the Caseload: A Qualitative Action Research Study Exploring How Community Children's Nurses Deliver Services to Children Living With Life-Limiting, Life-Threatening, and Chronic Conditions. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(1) 26-35
- Quinn, C. et Bailey, M. E. (2011). Caring for children and families in the community: experiences of Irish palliative care clinical nurse specialists. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(11), 561-567.
- Reid, F. C. (2013) Lived experiences of adult community nurses delivering palliative care to children and young people in rural areas. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(11), 541-547.
- Reid, F. C. (2013) Grief and the experiences of nurses providing palliative care to children and young