

UNE INTERVENTION INSPIRÉE DES « SCHWARTZ ROUNDS »

Stratégie efficace au développement de la résilience morale d’infirmières en soins palliatifs pédiatriques

ÉMILIE SIMARD

Infirmière clinicienne. Étudiante M. Sc., Sciences infirmières
Université de Sherbrooke.ca
emilie.simard4@usherbrooke.ca

DIANE GUAY, INF., PH. D.

Professeure agrégée
École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des
sciences de la santé,
Université de Sherbrooke.
diane.guay@usherbrooke.ca

Largement documentée, l’expérience d’accompagnement des patients en fin de vie est influencée par de nombreux facteurs personnels, professionnels et organisationnels. Tantôt décrite comme une source de stress (Melvin, 2015), tantôt comme une opportunité de croissance personnelle (Beaune, Muskat et Anthony, 2018 ; Grossberg, Blackford, Benore, Firebert et Reed, 2013), l’exposition à la mort fait partie du quotidien de l’infirmière. L’objectif de cet article est de décrire la réalité du contexte des soins palliatifs pédiatriques (SPP), d’exposer la pertinence de développer la résilience morale dans ce contexte, et de proposer une intervention inspirée des Schwartz Rounds comme soutien au développement de la résilience morale en SPP.

LA RÉALITÉ DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE EN SPP

Les SPP sont des soins actifs et complets qui englobent les dimensions physique, psychologique, spirituelle et sociale de l’enfant et de sa famille, et ce, tout au long du continuum santé-maladie (National Hospice and Palliative Care Organization [NHPCO] 2015). Ils constituent une approche intégrée qui doit être mise en place dès l’annonce d’un diagnostic avec pronostic réservé et qui s’étendra jusqu’à la fin de la vie, incluant le suivi des endeuillés (Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS], 2016). Bien que les SPP partagent la philosophie des soins palliatifs offerts aux adultes en étant centrés sur la qualité de vie, d’importantes distinctions sont à faire. La

L’auteure Émilie Simard souhaite remercier l’université de Sherbrooke pour le soutien financier obtenu par l’entremise de la Bourse de formation Nicole Bolduc en 2018 ainsi qu’une mention d’honneur du Doyen en 2020.

prévalence des maladies rares ou orphelines étant plus élevée chez les enfants, la trajectoire de ces maladies est moins connue, résultant ainsi en une plus grande incertitude diagnostique (Barnes, Jordan et Broom, 2020). L'évolution de la maladie chez les enfants a tendance à osciller plus fréquemment entre les phases de stabilité et de rechute de la maladie que chez les adultes, nécessitant davantage de discussions entourant les visées thérapeutiques (NHPCO, 2015).

La pratique infirmière auprès d'enfants ayant des pathologies limitant l'espérance de vie est complexe. En raison d'enjeux spécifiques incluant le soulagement de la douleur, l'accompagnement de la famille, la futilité perçue de certains actes médicaux et le caractère contre nature de la mort d'un enfant, les infirmières qui pratiquent dans de tels contextes sont particulièrement sujettes à la détresse morale, la fatigue de compassion et l'épuisement professionnel (Kase et al., 2021). Ces phénomènes augmentent la probabilité qu'elles se tournent vers une réorientation de carrière ou de milieu de travail, en plus d'affecter grandement la qualité des soins de fin de vie qu'elles sont en mesure de prodiguer, spécialement pour les infirmières novices (Grossberg et al., 2013). Chez cette catégorie de soignants, l'expérience de la mort d'un enfant peut se traduire par un triple échec : celui de ne pas avoir réussi à remplir la mission sociale de protéger les enfants, celui de ne pas avoir répondu aux attentes de la famille souhaitant voir son enfant survivre, puis celui de ne pas avoir rempli sa mission professionnelle qui est souvent associée à la survie du patient (Erikson et Davies, 2017).

LA PROXIMITÉ THÉRAPEUTIQUE PROLONGÉE : UNE RÉALITÉ UNIQUE

Le contexte de soins prolongés présente des particularités importantes centrées sur la durée et l'intensité de la relation thérapeutique. Rushton (2015) mentionne que la notion « *d'attunement* », ou d'harmonisation, est indispensable à l'infirmière

qui souhaite prodiguer des soins de fin de vie de qualité à des enfants et à leur famille. Ce concept fait référence à la capacité de l'infirmière à être attentive aux besoins de tous les partis concernés et à l'atmosphère entourant les soins. L'intensité et la nature prolongée de la relation avec les enfants et leur famille occasionne d'importants défis en ce qui a trait à la distance thérapeutique (Buder et Fringer, 2016). L'investissement de l'infirmière dans la relation lui permet de valoriser son rôle dans ce contexte difficile, mais rend inévitablement le décès imminent d'un enfant plus complexe du point de vue professionnel (Buder et Fringer, 2016).

Le contexte de soins de longue durée comporte également des éléments singuliers quant à la routine quotidienne. Ces soins sont souvent considérés comme des milieux de vie, et le jeu, le bain, les soins de base et les moments de qualité prennent une place aussi importante que l'évaluation clinique, la prise des signes vitaux et les soins respiratoires dans la routine quotidienne des infirmières, forgeant ainsi une relation de proximité intense avec les enfants et leurs familles. Ces facteurs exercent une influence directe sur leur façon de prodiguer des soins, mais aussi sur le processus de deuil lors de la détérioration clinique, prévisible ou non, de l'état d'un patient menant à son décès.

LE DEUIL TEL QUE VÉCU PAR LES INFIRMIÈRES EN SPP

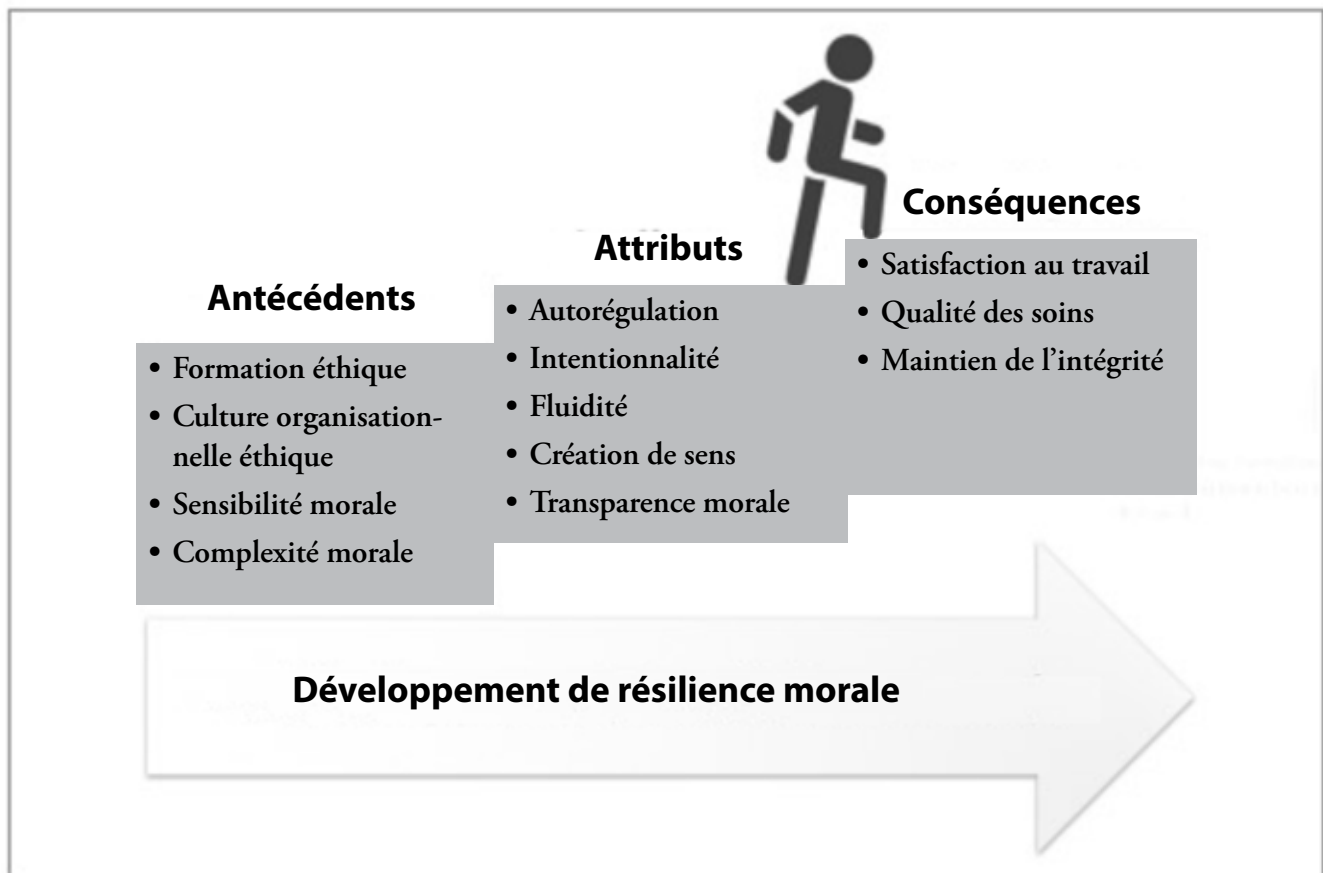
Les caractéristiques du deuil vécu par les infirmières sont singulières en pédiatrie (Adwan, 2014). L'exposition au décès d'un enfant peut mener à des réflexions existentielles chez les infirmières qui peuvent questionner leur rapport à la spiritualité, au temps et au sens de la vie (Keene, Hutton, Hall et Rushton, 2016). Dans certains cas, ce type de réflexion peut générer un sentiment d'impuissance. Néanmoins, une transformation des perspectives de vie et une capacité à voir le positif au quotidien

peuvent également émerger du même processus de deuil (Keenan et Mac Dermott, 2016). La littérature indique que la résilience morale figure parmi les moyens de transformer l'exposition à des décès répétés en pédiatrie en opportunité de croissance et d'apprentissage (Holtz, Heinze et Rushton, 2017). Le développement de cette compétence peut donc servir de levier pour la rétention du personnel et la satisfaction au travail.

LA RÉSILIENCE MORALE

La résilience morale est un sujet qui a été étudié par plusieurs chercheurs au courant des dix dernières années. Structuré autour des travaux de Rodgers et Knalf (2000), une revue de littérature a permis d'analyser et d'illustrer ce concept. Tels que représentés à la figure 1, des éléments indispensables au développement de la résilience morale entourent la culture organisationnelle; la flexibilité de l'employeur, la formation continue en soins palliatifs et les ressources humaines et matérielles sont indispensables à son développement.

Figure 1. Schématisation de la résilience morale de l'infirmière



En second lieu, des caractéristiques individuelles – capacité d'autorégulation, sensibilité morale ainsi que compassion – sont nécessaires à la construction et au maintien de la résilience morale des infirmières (Stutzer et Bylone, 2018). Ces conséquences directes incluent la satisfaction au travail, le maintien de l'intégrité personnelle et professionnelle (Erikson et Davies, 2017) et, finalement, le maintien de la qualité des soins offerts aux patients (Rushton et al., 2021).

Les écrits suggèrent que les stratégies pouvant soutenir la résilience des infirmières en SPP se divisent en deux grandes catégories :

- le soutien aux pratiques individuelles, telles que la méditation pleine conscience, la réflexivité et l'exercice physique (Lachman, 2016; Reuvers, 2017; Stutzer et Bylone, 2018);
- les stratégies de soutien organisationnel, incluant le débriefing, l'amélioration des canaux de communication, le rehaussement de la formation continue (Ablett et Jones, 2016; Melvin, 2015; Brandon, Ryan, Sloane et Doherty, 2014; Monteverde, 2014; Monteverde, 2016; Lee et al., 2015; Mu et al., 2016; Levine et al., 2017) et la flexibilité des politiques internes (Rushton et al., 2013; Epstein et Hamric, 2013).

DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE: UN EXEMPLE D'INTERVENTION SOUTENANT LA RÉSILIENCE MORALE

Milieu de soins

Le milieu dans lequel l'intervention a été développée et implantée est une unité de soins de longue durée pédiatrique de la région montréalaise. Au sein de ce milieu de vie, les infirmières prodiguent des soins complexes et continus à 21 patients âgés de 0 à 18 ans, dont la durée moyenne de séjour est de quatre ans. Ce milieu a été sélectionné en raison de l'approche palliative intégrée applicable à l'ensemble de sa clientèle et du caractère prolongé de la relation thérapeutique entre les infirmières et la clientèle. Ce projet d'intervention clinique s'est déroulé sur une période de trois mois et comportait trois grandes phases (figure 2). La phase préalable a permis de dégager les principaux besoins de 16 infirmières issus de leur pratique professionnelle. À partir des résultats de cette première phase, une intervention a été développée en collaboration avec le milieu clinique, laquelle a été implantée et évaluée par les acteurs responsables et les infirmières qui en ont bénéficié.

Figure 2. Phases de déploiement du projet d'intervention



Collecte de données

Deux méthodes de collecte ont été retenues pour cette première étape qui visait à dégager les besoins des infirmières en matière de soins palliatifs. Un questionnaire anonyme a d'abord été créé afin de dégager des données démographiques. Les questions ont été formulées à partir des indicateurs de qualité des soins palliatifs pédiatriques élaborés par Johnston, Rosenburg et Kamal (2017). Au total, 16 infirmières ont complété les questionnaires. Comme présenté au tableau 1, 67 % des infirmières étaient en début de carrière et cumulaient moins de cinq ans d'expérience clinique. De façon complémentaire, huit entretiens semi-dirigés, d'une durée de 30 minutes, ont également été réalisés afin de décrire ce que représentait un «décès harmonieux» selon la perspective des soignants en contexte de SPP. Cette stratégie permet de faire émerger des données qualitatives, narratives et expérientielles concernant un phénomène donné (Vaismoradi, Turunen et Snelgrove, 2016). Afin d'adapter le projet aux disponibilités des membres de l'équipe, un total de six plages horaires ont été offertes pour les entretiens afin de favoriser la participation d'infirmières de différents quarts de travail.

Tableau 1. Données démographiques des participants au questionnaire anonyme

Nombre de participants	16
Âge	
18 à 25 ans	27 %
26 à 35 ans	36 %
35 à 50 ans	28 %
50 ans et plus	9 %
Expérience clinique	
Moins de 3 ans	36 %
3 à 5 ans	27 %
5 à 10 ans	28 %
Plus de 10 ans	9 %
Expérience en SPP	
Oui	91 %
Non	9 %

Analyse

Les réponses au questionnaire anonyme et aux entretiens semi-dirigés ont été co-analysées par la première auteure (ES) et l'accompagnatrice du milieu de soins, à la lumière de la méthode de Vaismoradi et al. (2016), suggérant une codification et un regroupement par thème. L'analyse thématique a révélé que la cohésion d'équipe, incluant une approche adoptée par l'ensemble de l'équipe de soins de façon uniforme, des directives médicales claires et une compréhension commune de l'évolution clinique du patient, était essentielle à des SPP harmonieux. En second lieu, le thème de l'amélioration de la communication dans l'équipe a émergé des questionnaires et des entretiens semi-dirigés. Les infirmières ont exprimé le besoin d'avoir plus de moments dédiés à la communication entre professionnels et d'avoir une structure plus claire lors de ces échanges afin qu'ils puissent contribuer à la prestation de SPP harmonieux pour le patient et sa famille.

LE DÉBRIEFING INSPIRÉ DES SCHWARTZ ROUNDS: INTERVENTION DE SOUTIEN À LA RÉSILIENCE MORALE

Développement

Afin de répondre au besoin immédiat de soutien à la communication émergeant de la collecte de données, une stratégie de débriefing centrée sur l'expérience sociale et émotionnelle des soignants inspirée des Schwartz Rounds était tout indiquée. En effet, cette méthode propose d'allier durant les rencontres une stratégie organisationnelle, soit le débriefing, et une stratégie individuelle, soit la réflexivité (Whitehead et Locklear, 2021). Afin de développer des ressources locales et disponibles en temps opportun, l'option de former les assistantes infirmières-chef (AIC) a donc été privilégiée. Ce choix visait notamment à habiliter ces personnes-ressources au débriefing et au soutien à l'équipe sur tous les quarts de travail et à assurer la pérennité du projet.

Les Schwartz Rounds ont initialement été créés en 1997 par l'équipe du *Schwartz Center for Compassionate Healthcare* aux États-Unis. Elles ont été présentées comme une méthode permettant aux professionnels de la santé de partager leurs expériences, émotions et réflexions sur des sujets touchant les soins aux patients (Silke, Rushe, Keating, Thurstan et Barrett, 2019), dans le but de créer avec les patients une relation significative et empreinte de compassion par l'exploration et/ou le partage de leur vécu (Mullick et Sallnow., 2013). Les Schwartz Rounds sont maintenant implantés dans plus de 375 établissements de santé aux États-Unis et plus de 100 au Royaume-Uni (Silke et al., 2019). Ce qui distingue ce type de rencontre centrée sur la présentation d'un cas de patient par une équipe clinique, c'est l'accent qui est mis sur l'expérience des soignants qui y participent. Le but de celles-ci n'est pas de résoudre des problématiques cliniques, mais bien de souligner l'expérience humaine dans la prestation de soins au patient en question. Cela confère à ce type de rencontre des propriétés particulièrement utiles aux milieux où des soins palliatifs sont offerts (Cullen, 2016). La littérature souligne également qu'elles sont efficaces pour soutenir la résilience morale des infirmières en SPP en structurant le partage d'expérience, en normalisant les réactions émotionnelles associées aux SPP et en améliorant la satisfaction au travail (Cullen, 2016).

Implantation

Afin de former les AIC comme animatrices de rencontres de type Schwartz Rounds, il était nécessaire d'adapter le type de formation offerte à leur réalité de travail et à leurs besoins en tant qu'apprenants. Un format de deux heures de formation échelonnée sur deux rencontres a donc été privilégié : l'une allouée à la révision de la théorie sur les rencontres de soutien à l'équipe, et l'autre allouée à des jeux de rôles et de simulation afin de mettre en pratique la théorie. Les AIC y ont participé en

groupe de trois pour favoriser les échanges sur l'intervention choisie. La formation théorique offerte détaillait ce qu'est le concept de résilience morale, la structure d'une rencontre de débriefing de type Schwartz Rounds pour soutenir la résilience morale des infirmières, les attributs d'un animateur, les habiletés de communication requises ainsi que les ressources disponibles pour un membre de l'équipe exprimant un besoin de soutien accru. La formation a été construite, offerte et évaluée en fonction du cadre théorique de Moore, Chappell, Sherman et Vinayaga-Pavan (2018). La structure d'une rencontre de soutien suggérée aux AIC est présentée au tableau 2.

Dans un deuxième temps, les AIC ont été conviées à une seconde formation dédiée à l'application des principes exposés à la séance précédente. Elles ont développé les compétences nécessaires à l'animateur d'une rencontre inspirée des Schwartz Rounds au moyen d'un jeu de rôle. Elles ont pu mettre en pratique la structure d'une rencontre, les méthodes de communication à appliquer ainsi que les interventions à privilégier auprès d'un collègue faisant part d'un besoin de soutien accru. Ainsi, le jeu de rôle structuré a été utilisé et encadré par des vignettes cliniques afin de mettre en pratique la théorie présentée précédemment. L'activité de simulation de type jeu de rôle a été créée en respectant le modèle conceptuel de Jeffries (2016) sur la simulation en santé.

La vignette clinique fictive basée sur les données probantes a été révisée par les pairs et l'accompagnatrice spécialisée du milieu (Reibel, Cason et Screws, 2019). Afin de créer une activité favorisant une préparation optimale des AIC à animer des rencontres de débriefing inspirées des Schwartz Rounds, la vignette clinique tenait également compte du type de clientèle et de la trajectoire de SPP qui y est généralement rencontrée.

Tableau 2. Structure des rencontres de débriefing inspirées du type « Schwartz Rounds »
(Traduction libre the point of care foundation, 2016)

But	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la résilience de l'équipe soignante en offrant un espace sécuritaire pour l'expression du vécu • Améliorer la cohésion d'équipe en contexte de soins palliatifs et de fin de vie 	
Moment	<ul style="list-style-type: none"> • Lors d'une détérioration aiguë, prévisible ou non • Durant la fin de vie • Au moment du décès • Après le décès 	
	Phase	Phrases clés
	Introduction	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des participants • Explication du fonctionnement • Question d'ouverture • <i>Comment avez-vous été impliqués dans les soins de ce patient/famille?</i>
	Expérience	<ul style="list-style-type: none"> • Exploration du vécu • <i>Décrivez-moi votre expérience à prendre soin de ce patient/famille</i> • <i>Quels sont les défis associés à votre pratique auprès de ce patient/familles</i> • <i>Quels sont les aspects satisfaisants de votre pratique auprès de ce patient/famille</i>
	Émotions et stratégies d'adaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Questions d'exploration • <i>Qu'est-ce qui vous a marqué de ce patient/famille?</i> • <i>De quoi allez-vous vous rappeler des soins apportés à ce patient/famille?</i> • <i>Quelles stratégies utilisez-vous pour arriver à prendre soin des autres patients</i>
	Apprentissages	<ul style="list-style-type: none"> • Questions d'exploration • <i>Qu'avons-nous appris de ce patient?</i> • <i>Qu'allons-nous changer ou maintenir dans le futur?</i> • <i>Quels sont nos besoins en termes de formation continue?</i>
	Clôture	<ul style="list-style-type: none"> • Résumé de la rencontre • Reconnaissance de la qualité des soins offerts • Révision des ressources disponibles pour le personnel • Remerciements

Évaluation des retombées

La distribution de questionnaires d'appréciation après chaque activité de formation offerte aux AIC a permis de révéler que 97% d'entre elles perçoivent que l'ajout de ce type de rencontre en contexte de soins palliatifs contribuera à la résilience des équipes et à la qualité des soins offerts. La structure des activités

de transfert de connaissances a répondu à 98 % à leurs besoins en tant qu'apprenantes et toutes se sentaient mieux outillées pour répondre aux besoins des équipes en SPP. L'implantation de l'intervention a suscité l'intérêt de divers acteurs de l'organisation, générant un contexte propice à l'instauration d'autres projets basés sur les données probantes concernant les SPP. Les infirmières qui ont participé à une rencontre de débriefing inspirée des Schwartz Rounds ont affirmé avoir perçu des bénéfices variés à ces rencontres. Dans les questionnaires de rétroaction fournis, 96 % d'entre elles ont mentionné avoir le sentiment d'être mieux outillées pour faire face aux situations de SPP, obtenir du soutien de leur organisation et être prise en considération.

DISCUSSION

La conception, l'implantation et l'évaluation des retombées des rencontres de débriefing de type Schwartz Rounds en SPP a permis de mettre en lumière l'influence de ce type d'intervention sur des facteurs de développement de la résilience morale chez les infirmières. C'est une intervention hybride qui permet à l'organisation de structurer le soutien offert aux infirmières, élément essentiel au développement de leur résilience morale (Lachman, 2016). De façon complémentaire, les rencontres de débriefing de type Schwartz Rounds sont aussi une intervention du domaine individuel, puisqu'elles offrent un espace psychologiquement sécuritaire où la réflexivité est encouragée (Adamson et al., 2018). C'est également une intervention qu'il est possible d'implanter avec flexibilité et d'adapter aux besoins des participants en ajoutant ou en soustrayant des étapes à la structure suggérée pour les rencontres; la chose a d'ailleurs été réalisée dans le cadre de ce projet en ajoutant une section sur la cohésion d'équipe.

L'évaluation de l'intervention selon la perspective des AIC et des infirmières indique une perception positive de l'implantation de l'intervention sur le travail des équipes et est cohérent avec les résultats

de Shea et al. (2021), ayant également implanté les Schwartz Rounds dans un milieu de soins pédiatrique de la région montréalaise. L'utilisation du partage expérientiel durant les rencontres pourrait expliquer ce sentiment d'être mieux outillé exprimé par la majorité des infirmières ayant participé à une rencontre inspirée des Schwartz Rounds (Adamson et al., 2018).

L'alliance entre la formation théorique et la simulation avec vignettes cliniques a offert aux AIC l'opportunité d'être en confiance face à leur nouveau rôle d'animatrices, en créant des occasions d'apprentissage des techniques de communication et de facilitation qui y sont associées (The point of care Foundation, 2016). Ce projet témoigne de la possibilité de mettre en pratique le rehaussement du rôle d'AIC avec des méthodes organisationnelles de soutien aux équipes de soins prolongés. Ce projet étant réalisé dans un milieu de soins unique avec un échantillon de petite taille, des recherches futures avec un plus grand échantillon sont souhaitables pour clarifier la transférabilité de cette intervention.

CONCLUSION

Le développement de la résilience morale est un phénomène complexe dont les mécanismes ne sont actuellement pas totalement compris. Bien qu'un outil de mesure soit en développement afin de mieux mesurer l'effet des interventions et des stratégies de soutien à la résilience morale des infirmières (Rushton et al., 2021), l'avancement des recherches demeure souhaitable. L'ampleur de la pandémie associée à la COVID-19 a permis de mettre en lumière de multiples éléments organisationnels menant à l'adversité morale pour les infirmières, générant ainsi un intérêt dans la communauté scientifique concernant les stratégies de soutien à leur résilience morale (Wald, 2020). Le contexte dans lequel les infirmières sont appelées à travailler au niveau mondial témoigne de l'importance de ces stratégies. Bien que le milieu des soins palliatifs pédiatriques

puisse particulièrement en bénéficiaire, l'ensemble des organisations de santé devraient se pencher sur ces stratégies pour préserver la qualité des soins offerts à la clientèle et pour prévenir une accentuation de la pénurie de main d'œuvre. Dans certains milieux nord-américains, il y a actuellement près de 67 % des professionnelles en soins qui songent à quitter le milieu du réseau public (Wald, 2020). L'urgence d'agir est criante et les stratégies et programmes soulignés dans cet article peuvent contribuer à faire face à la pandémie actuelle.

RÉFÉRENCES

- Adamson, K., Sengsavang, S., Myers-Halbig, S., et Searl, N. (2018 a). Developing a Compassionate Culture Within Pediatric Rehabilitation: Does the Schwartz Rounds™ Support Both Clinical and Nonclinical Hospital Workers in Managing Their Work Experiences? *Qualitative Health Research*, 28(9), 1406-1420. <https://doi.org/10.1177/1049732318768239>
- Ablett, J. R., et Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, 16(8), 733-740. <https://doi.org/10.1002/pon.1130>
- Adwan, J. Z. (2014). Pediatric Nurses' Grief Experience, Burnout and Job Satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(4), 329-336. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.01.011>
- Barnes, S., Jordan, Z., et Broom, M. (2020). Health professionals' experiences of grief associated with the death of pediatric patients: A systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 18(3), 459-515. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00156>
- Beaune, L., Muskat, B., et Anthony, S. J. (2018). The emergence of personal growth amongst healthcare professionals who care for dying children. *Palliative and Supportive Care*, 16(3), 298-307. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000396>
- Brandon, D., Ryan, D., Sloane, R., et Docherty, S. L. (2014). Impact of a Pediatric Quality of Life Program on Providers' Moral Distress: *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 39(3), 189-197. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000025>
- Buder, R., et Fringer, A. (2016). Paediatric palliative nursing: the tension between closeness and professional distance. *Eur J Palliat Care*, 23(6), 278-280.
- Cullen, A. (2016). Schwartz rounds – promoting compassionate care and healthy organizations. *Journal of Social Work Practice*, 30(2), 219-228. <https://doi.org/10.1080/02650533.2016.1168386>
- Epstein, E. G., et Hamric, A. B. (2013). *Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect*. 21.
- Erikson, A., et Davies, B. (2017). Maintaining Integrity: How Nurses Navigate Boundaries in Pediatric Palliative Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 35, 42-49. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.02.031>
- Grossberg, R. I., Blackford, M., Friebert, S., Benore, E., et Reed, M. D. (2013). Direct care staff and parents'/legal guardians' perspectives on end-of-life care in a long-term care facility for medically fragile and intellectually disabled pediatric and young adult residents. *Palliative and Supportive Care*, 11(4), 307-314. <https://doi.org/10.1017/S1478951512000326>
- Holtz, H., Heinze, K., Rushton, C. et Bunting G. L. (2017). Interprofessionals' definitions of moral resilience. *Journal of Clinical Nursing*, 27(4), 488-494.
- Jeffries, P. R., Rodgers, B., et Adamson, K. (2015). NLN Jeffries Simulation Theory: Brief Narrative Description: *Nursing Education Perspectives*, 36(5), 292-293. <https://doi.org/10.1097/00024776-201509000-00004>
- Johnston, E. E., Rosenberg, A. R., et Kamal, A. H. (2017). Pediatric-Specific End-of-Life Care Quality Measures: An Unmet Need of a Vulnerable Population. *Journal of Oncology Practice*, 13(10), e874-e880. <https://doi.org/10.1200/JOP.2017.021766>
- Kase, S. M., Gribben, J. L., Guttman, K. F., Waldman, E. D., et Weintraub, A. S. (2021). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric subspecialists during the SARS-CoV-2 pandemic. *Pediatric research*, 1-6.
- Keenan, P., et Dermott, C. M. (2016). How nurses grieve for children who die in their care: Nurses understand the grieving process, say Paul Keenan and Ciara Mac Dermott, but they manage their grief in different ways. *Learning Disability Practice*, 19(3), 16-22. <https://doi.org/10.7748/ldp.19.3.16.s20>
- Keene, E. A., Hutton, N., Hall, B., et Rushton, C. (2016). Bereavement Debriefing Sessions: An Intervention to Support Health Care Professionals in Managing Their Grief After the Death of a Patient. *Journal of Pediatric Nursing*, 36(4), 5.
- Lachman, V. D. (2016). *Moral Resilience: Managing and Preventing Moral Distress and Moral Residue*. 25(2), 5.
- Lee, K. J., Forbes, M. L., Lukaszewicz, G. J., Williams, T., Sheets, A., Fischer, K., et Niedner, M. F. (2015). Promoting Staff Resilience in the Pediatric Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 422-430. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015720>

- Melvin, C. S. (2015). Historical Review in Understanding Burnout, Professional Compassion Fatigue, and Secondary Traumatic Stress Disorder from a Hospice and Palliative Nursing Perspective: *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 1. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000126>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Soins palliatifs et de fin de vie : Plan de développement 2015-2020*. <http://www.deslibris.ca/ID/248146>
- Monteverde, S. (2014). Undergraduate healthcare ethics education, moral resilience, and the role of ethical theories. *Nursing Ethics*, 21(4), 385-401. <https://doi.org/10.1177/0969733013505308>
- Monteverde, S. (2016). Caring for tomorrow's workforce: Moral resilience and healthcare ethics education. *Nursing Ethics*, 23(1), 104-116. <https://doi.org/10.1177/0969733014557140>
- Moore, D. E., Chappell, K., Sherman, L., et Vinayaga-Pavan, M. (2018). A conceptual framework for planning and assessing learning in continuing education activities designed for clinicians in one profession and/or clinical teams. *Medical Teacher*, 40(9), 904-913. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1483578>
- Mu, P.-F., Tseng, Y.-M., Wang, C.-C., Chen, Y.-J., Huang, S.-H., Hsu, T.-F., et Florczak, K. L. (2019). Nurses' Experiences in End-of-Life Care in the PICU: A Qualitative Systematic Review. *Nursing Science Quarterly*, 32(1), 12-22. <https://doi.org/10.1177/0894318418807936>
- Mullick, A., Martin, J., et Sallnow, L. (2013). An introduction to advance care planning in practice. *BMJ*, 347(oct21 3), f6064-f6064. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6064>
- National Hospice and Palliative Care Organization (2015). *NHCPO's facts and figures: Pediatric Palliative & Hospice Care in America*. National Hospice and Palliative Care Organization.
- Reibel, M. D., Cason, M., et Screws, S. (2019). Creating a Simulation Experience to Promote Clinical Judgment. *Teaching and Learning in Nursing*, 14(4), 298-302. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2019.07.001>
- Reuvers, J. A. (2017). *Moral Distress and Resilience in Nursing: The Code is the Cor*. 26.
- Rodgers, B. L., et Knaf, K. A. (2000). *Concept development in nursing: Foundations, techniques, and applications* (2nd ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Rushton C. H., Batcheller J., Schroeder K., et Donohue P. (2015) Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5):412-420. doi: 10.4037/ajcc2015291.
- Rushton, C. H., Caldwell, M., et Kurtz, M. (2016). Moral distress: A Catalyst in Building Moral Resilience. *AJN, American Journal of Nursing*, 116(7), 40-49. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000484933.40476.5b>
- Rushton, C. H., Kaszniak, A. W., et Halifax, J. S. (2013). A Framework for Understanding Moral Distress among Palliative Care Clinicians. *Journal of Palliative Medicine*, 16(9), 1074-1079. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0490>
- Rushton, C. H., Swoboda, S. M., Reller, N., Skarupski, K. A., Prizzi, M., Young, P. D., et Hanson, G. C. (2021). Mindful Ethical Practice and Resilience Academy: Equipping Nurses to Address Ethical Challenges. *American Journal of Critical Care*, 30(1), e1-e11. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021359>
- Shea, S., Carnevale, F., Cervantes, A., Ruddy, M., Park, M., et Francoeur, C. (2020).
- Resuscitating Resilience--Implementing Schwartz Center Rounds in a Pediatric Intensive Care Unit (PICU). *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 31(1).
- Silke, A., Rushe, H., Keating, K., Thurstan, R., et Barrett, E. (2019). Caring for Caregivers: An Evaluation of Schwartz Rounds in a Paediatric Setting. *Irish medical journal*, 112(6), 951.
- Stutzer, K., et Bylone, M. (2018). Building moral resilience. *Critical Care Nurse*, 38(1), 77-79. DOI 10.4037/ccn201830.
- The Point of Care Foundation (2016). Schwartz Rounds information Pack for larger organizations. Clinical document, 1-10, <https://www.pointofcarefoundation.org.uk/wp-content/uploads/2017/01/Attach-1.-New-Information-pack-big.pdf>
- Whitehead, P. B., Locklear, T. M., et Carter, K. F. (2021). A Longitudinal Study of the Impact of Schwartz Center Rounds on Moral Distress. *The Journal of nursing administration*, 51(7-8), 409-415. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001037>
- Wald, H. S. (2020). Optimizing resilience and wellbeing for healthcare professions trainees and healthcare professionals during public health crises – Practical tips for an 'integrative resilience' approach. *Medical Teacher*, 42(7), 744-755. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2020.1768230>