

DIVERSITY IN RESEARCH

LA DIVERSITÉ DANS LA RECHERCHE

NOOCH GEGOO NDAGKENDMA-DAA

Edited by: / Publié sous la direction de :

George Sheppard
Line Tremblay



Laurentian University
Université Laurentienne

2015

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication

Diversity in Research - La diversité dans la recherche - Nooch gegoo ndagkendma-daa (Conference) (2015 : Sudbury, Ont.)

Diversity in research = La diversité dans la recherche = Nooch Gegoo Ndagkendma-daa / edited by = publié sous la direction de George Sheppard, Line Tremblay.

Based on papers presented at the conference "Diversity in Research - La diversité dans la recherche - Nooch Gegoo Ndagkendma-daa" held at Laurentian University, Sudbury, Ontario in 2015.

Includes bibliographical references and index.

Essays chiefly in English, some in French; preface and introduction in English and French.

ISBN 978-0-88667-091-7 (pdf)

1. Public health--Canada--Congresses. 2. Education--Canada--Congresses. 3. Public health--Research--Canada--Congresses. 4. Education--Research--Canada--Congresses. I. Sheppard, George Christopher, 1959-, editor II. Tremblay, Line G., 1959-, editor III. Laurentian University of Sudbury, issuing body IV. Title. V. Title: Diversité dans la recherche. VI. Title: Nooch Gegoo Ndagkendma-daa.

RA449.D59 2016

362.10971

C2016-902750-3

This publication is licensed under an Attribution-NonCommercial 2.5 Canada (CC BY-NC 2.5 CA) Creative Commons License (see <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/ca/>).

Authors retain individual copyright; however, this text may be reproduced for non-commercial purposes provided that credit is given to the original authors.

Cover Design by Lynn Laird, Registered Graphic Designer

TABLE OF CONTENTS

PREFACE	v
George Sheppard, Ph.D., Line Tremblay, C. Psych.,	
INTRODUCTION	x
Roger Couture, Ph.D.	
Section A – Peer-Reviewed Articles	1
Nonword Repetition: Identifying primary language impairment in francophone and bilingual children	2
Sara Dubreuil-Piché, Chantal Mayer-Crittenden	
Needs Assessment for an Inter-Professional Health Clinic to Serve Poor and Homeless People in Sudbury	12
Carol Kauppi, Henri Pallard, Lyndsay Glass, Melissa Stacy, Sarah McDonald, Chris Lavalle	
Gouvernements, réseaux et infirmières devant les besoins de santé des francophones en situation minoritaire	25
Anne Marise Lavoie, Sylvie Larocque, Amélie Hien, Marie St. Onge, Diane Mageau	
Closer to Home: A mixed methods client satisfaction study at a Canadian northern satellite pediatric cardiology clinic	39
Nancy Lightfoot, Gil Gross, Jennifer Russell, Colin Berriault, Nicole Barbosa, Rose Ann Kozinski, Elizabeth Wenghofer, Diane Belanger-Gardner	
Section B – Posters/Abstracts	54
Laboratoire en sciences infirmières: stratégies pour diminuer l’anxiété des étudiantes	55
Chanelle Bélanger, Anne Marise Lavoie, Jeannette Lindenbach	
La formation des infirmières praticiennes au Canada: qualité et sécurité des soins	57
Tanya Bélanger, Roger Pilon, Anne Marise Lavoie	
La formation accélérée de baccalauréat en sciences infirmières au Canada	58
Mariama Camara, Sylvie Larocque, Anne Marise Lavoie	
It Takes Two: A Mixed-Methods Analysis of Sibling Experiences When a Brother or Sister has Autism Spectrum Disorder	59
Marilia Carvalho, Shelley Watson	
Les infirmières praticiennes formées dans un programme de langue française	60
Anne Despatie, Sylvie Larocque, Anne Marise Lavoie	
An Evolving Rural Health Conceptual Framework	61
Emily Donato	

How important are definitions of problem drinking in alcohol addiction treatment and research?	62
Corie Ann Flesch, Shelley Watson	
Le défi d’une culture autochtone dans la formation en sciences infirmières	63
Renée Gamache, Lynn Aubuchon, Anne Marise Lavoie	
Surviving to Thriving: A Literature Review of Terminology and Family Reactions to Disability	65
Meghan Gray, Shelley Watson	
La formation des infirmières praticiennes en régions éloignées du Canada	66
Megan Harvey, Roger Pilon, Anne Marise Lavoie	
Comparison of Sibling Relationships in Families of Children with Autism Spectrum Disorder, Fetal Alcohol Spectrum Disorder, and Down Syndrome	68
Tara Hughes, Shelley Watson	
La formation des infirmières en santé rurale au Canada	69
Joëlle Lachance, Anne Marise Lavoie, Jeannette Lindenbach	
La formation d’infirmière praticienne en soins de santé primaire: les prescriptions de drogues et autres substances contrôlées	70
Sylvain Leduc, Lynn Aubuchon, Anne Marise Lavoie	
Voices and Visions: Perspectives and Experiences of Teen Mothers in Sudbury, Ontario	72
Suzanne Lemieux, Leigh MacEwan	
Le suicide chez les étudiants en sciences infirmières en Amérique du Nord	73
Samantha Nault, Sylvie Larocque, Anne Marise Lavoie	
La formation au baccalauréat des infirmières canadiennes en provenance du collégial: les obstacles à la poursuite des études	74
Christina Skopke, Sylvie Larocque, Anne Marise Lavoie	
Therapeutic Imagery and Athletic Injuries: A Quantitative Analysis	76
Khaled Taktek	
Developing Dementia Health Promotion Materials to Meet the Needs of Aboriginal Peoples in the City of Greater Sudbury, Ontario.	77
Sharlene Webkamigad, Kristen Jacklin, Sheila Cote-Meek, Birgit Pianosi	
An Environmental Scan of Inclusive Recreation Providers	78
Alexandra Zidenberg, Jennifer Leo	
Section C – Oral Presentation Abstracts	79
A Mixed Methods Study of Patient/Provider Perspectives of Colorectal Cancer Screening and Risk Among Aboriginal Men	80
Beaudin Bennett	
Four Photographers	80
Kathy Browning	

Recommendations of Mongolian Indigenous Herdsmen for International Volunteers	81
Daniel Coté, Leigh MacEwan, Sébastien Nault	
Living is Ceremony: Indigenizing Resource Industry Practices in Northern Ontario	81
Ian Desjardins	
An Exploration of Accident/Failure Attributions and the Potential Implications for Future Research in Occupational Health Psychology with Psychiatric Nurses	82
Justin Desroches	
Indigenous Epistemologies, Worldviews, and Theories of Power	82
Dana Hickey	
Using an iPod application in whole-body vibration management for mobile-equipment operators in mining	82
Wesley Killen	
Indigenous Food Sovereignty: Indigenous Health and Wellbeing	83
Taima Moeke-Pickering, Sheila Cote-Meek	
Reconciliation of Indigenous and Non-Indigenous Youth through Leadership Programs	83
Carinna Pellett	
Barriers that Aboriginal Fathers Face in Families and First Nation Communities	84
Rose Pitawanakwat	
Elements of Resilience and Healing among Indigenous Parents Attending Laurentian University	84
Robyn Rowe	
L'Analyse Transactionnelle comme stratégie efficace de communication et d'éducation à la paix : vivre en harmonie et s'affronter sans violence	85
Khaled Taktek	
Thematic Analysis of Key Recommendations from Commissioned Occupational Health and Safety Reports in Mining	85
Emily Tetzlaff	
Making Learning Visible	86
Jeffrey Wood, Emily Caruso Parnell, Jennifer Hearn	
Author Affiliations	87
Index	90

PREFACE

The sun rose above the horizon at 7:56 AM on Wednesday 9 December 2015 in Sudbury Ontario. But for more than an hour before then the organising committee, and almost a dozen student volunteers, had been hard at work completing the final set up for the annual Faculties of Health and Education conference. As befits Laurentian University's tri-cultural (Anglo/Franco/Indigenous) mandate, the 2015 conference was entitled "Diversity in Research - La diversité dans la recherche - Nooch Gegoo Ndagkendma-daa." Nearly every room in the School of Education was utilized to host the day-long event, as more than 30 scholars offered oral presentations, just over 20 more displayed posters based on their most recent research, and there were dedicated workshops on research and interprofessional co-operation as well. A novel addition for 2015, generously supported by Dr. Bruce Jago from the Goodman School of Mines, was the "Indigenous Scholars and Scholarship Session," showcasing the work of seven Masters in Indigenous Relations students. Other innovations were the creation of a conference website hosted on the intranet, and designed by Julie Collin from IT, where attendees could read abstracts and register for sessions, and a "green initiative" supported by Kati McCartney from the Office of Sustainability, that saw almost all paper use for conference materials supplanted by online documents (with help from Marie-Lynne Michaud and Isabelle Chenard from Marketing) and a wholesale shift to reusable cutlery and dishware. The conference as a whole was supported by many other organizations and individuals from across the campus and in the wider community. For example, important financial support came from the offices of the Vice President of Research (Dr. Rui Wang), from the VP Francophone Affairs (Dr. Denis Hurtubise), the VP Indigenous Affairs (Dr. Sheila Cote-Meek), and the Dean of Graduate Studies (Dr. David Lesbarreres). There were significant donations of gifts and prizes from Justin Lemieux at Liaison, from Valérie Michelutti and Bryan Carruthers at Voyageurs Athletics and Recreation, from Martin Rondeau at the Print Hub, Jolene Lizotte with the Follett Bookstore, Gerry Gareau at Techhub, as well as Jean-Marc Spencer at Caisse populaire Desjardins. As always, Patricia Kitching made sure we had dozens of texts and general interest books from a wide range of publishers (including Wiley, McGraw Hill, Chenelière, Pearson, and Nelson). All those donated items were raffled after the closing session, during the wine and cheese gathering, just about the same time the sun set at 5:11 PM that afternoon.

Since the 2009 inaugural symposium, the annual conference held each December at Laurentian has seen hundreds of presentations made by undergraduate and graduate students, professors from across the university, and colleagues in collaborative programs or partnerships at various colleges and community organizations. Over time the "Scholarship Showcase" has changed somewhat – originally it was associated only with the Faculty of Professional Schools - and with the 2014 reorganization at Laurentian University it has become the product of the Faculty of Health and Faculty of Education. Most recently it has become a refereed symposium, with an associated peer-reviewed publication which you are now reading. There have been constants though over the last seven years. For example, since the outset, the breadth of scholarship presented has been its defining feature. And the annual title of the event has usually reflected this (often involving words like "diversity" or "multidisciplinary") because the individuals participating have backgrounds in human kinetics, or teacher education, orthophonie, Indigenous relations, nursing, social work, and a myriad of other disciplines. And many presenters are associated with Laurentian research centres (including the Centre for Rural and



Photo courtesy of Louise Perreault

Northern Health, the Centre for Research in Occupational Safety and Health, Evaluating Children's Health Outcomes Research Centre, the Centre for Research in Human Development, and the Centre for Research in Social Justice and Policy). That type of diversity means the conference remains a treasure-trove for those seeking to hear of new forms of research across the academic landscape. As the conference organizers for the December 2015 event, we are pleased to present some of the results from that day. Aside from over three dozen short abstracts that explain what many presentations were about, in this publication are also to be found four peer-reviewed research papers as well as nearly twenty poster reproductions. We hope you enjoy the breadth and quality of scholarship that is presented here.

The general editors for this ebook were G. Sheppard and L. Tremblay, and the editorial panel included Y. Gauthier and S. Mossey. Our editorial assistant was A. Dalanyi. Individuals who agreed to act as peer reviewers - for both the conference submissions and this work - include J. Alem, C. Crang, P. Danyluk, M. Duffie, A. Gauthier, Y. Gauthier, R. Heale, G. Kpazai, M. Lariviere, N. Lightfoot, L. MacEwan, P. Milewski, M.Minor-Corriveau, S. Mossey, O. Seresse, K. Sheppard, K. Taktek, P. Pickard, J. Raymond, A. Roy-Charland, P. Valliant, B. Ravel, and S. Ritchie. Our thanks also go out to Brent Roe, university librarian, for help getting this work online.

Lastly, as Conference Co-Chairs for the 2015 event, we would like to express our sincere gratitude to Danielle Rocheleau, whose behind the scene efforts made that long day (including this ebook that came out of it) possible.

George Sheppard, Ph.D.,
Line Tremblay, Ph.D. C.Psych.
Associate Deans, Faculty of Health and Faculty of Education
Laurentian University

PRÉFACE

Le soleil s'est levé à 7 heure 56 minutes du matin le mercredi 9 décembre 2015 à Sudbury en Ontario. Un peu plus d'une heure plus tôt, le comité organisateur et presque une douzaine d'étudiants bénévoles ont travaillé d'arrache-pied pour terminer la mise en place de la conférence annuelle de la Faculté de la santé et de la Faculté d'éducation. Comme il sied au mandat tri-culturel de l'université Laurentienne (francophone, anglophone et autochtone), la conférence de 2015 a été intitulée "La diversité dans la recherche - Diversity in Research - Nooch Gegoo Ndagkendma-daa." Pratiquement toutes les salles de l'édifice de la School of Education ont été utilisées le jour de la conférence durant laquelle plus de 30 universitaires ont offert des présentations orales, 20 autres ont présenté des affiches de leurs plus récents travaux et deux ateliers portant sur la recherche et les collaborations interprofessionnelles ont été tenus. La séance spéciale de présentation des travaux des chercheurs autoctones, une nouvelle activité de la conférence de 2015 généreusement supportée par Dr Bruce Jago de l'École Goodman des mines, a présenté les travaux de sept étudiants à la maîtrise en relations autoctones. Les autres innovations de la conférence comprennent la création d'un site Web de la conférence logé sur intranet et élaboré par Julie Collin du service de technologie informatique et permettant aux participants de lire les résumés et de s'enregistrer aux séances de leur choix. Une initiative verte, supportée par Kati McCarrtney du bureau de l'énergie et de la durabilité de l'environnement, s'est traduite par le remplacement de presque tout le matériel papier de la conférence par des documents en ligne (avec l'aide de Marie-Lynne Michaud et Isabelle Chenard du bureau de la commercialisation) et le choix de coutellerie et de vaisselle réutilisables. La conférence dans son ensemble a été supportée par de nombreuses organisations et plusieurs individus sur le campus et dans la communauté. Par exemple, nous avons obtenu un soutien financier important des bureaux du vice-recteur à la recherche (Dr Rui Wang), du vice-recteur aux affaires francophones (Dr Denis Hurtubise), de la vice-rectrice des affaires autoctones (Dr Sheila Cote-Meek) et du doyen des études supérieures (Dr David Lesbarrères). Nous avons reçu des dons, cadeaux et prix important de Justin Lemieux de liaison, de Valérie Michelutti et Bryan Carruthers du service sports voyageurs et loisirs, de Martin Rondeau de Print Hub, de Jolene Lizotte et la librairie Follett, de Gerry Gareau de Techhub, de même que Jean-Marc Spencer de la Caisse populaire Desjardins. Comme toujours, Patricia Kitching s'est chargée de nous procurer des dizaines de manuels et de livres d'intérêt général provenant d'un vaste échantillon de maisons d'édition (incluant Wiley, McGraw Hill, Chenelière, Pearson, and Nelson). Tous ces dons ont été remis par tirage lors de la séance de clôture durant le vin et fromages, juste à peu près au même moment que le soleil s'est couché vers 17 heure 11 minutes cet après-midi là.

Depuis son inauguration en 2009, la conférence annuelle tenue chaque année en décembre à l'Université Laurentienne a présenté des centaines de présentations par des étudiants gradués et sous-gradués, des professeurs de toutes les unités de l'Université, et de collègues membres de collaborations et de partenariats avec les collèges et les organisations communautaires. Avec les années, cette vitrine académique a évolué d'un événement limité seulement aux écoles professionnelles à un produit des facultés de la santé et d'éducation issues de la réorganisation de l'Université Laurentienne en 2014. Plus récemment, ce symposium est devenu arbitré avec une publication révisée par les pairs que vous êtes actuellement en train de lire. Il y eu des constantes à travers les dernières sept années. Par exemple, depuis ses débuts, l'éventail des travaux d'éruditions présentés a constitué sa caractéristique principale. Aussi, le



Cette photo est une gracieuseté de Louise Perreault

titre choisi chaque année a généralement réflété cette caractéristique (impliquant souvent des mots comme 'diversité' ou 'multidisciplinarité') parce que les participants ont des expertises en kinésie humain, en éducation des enseignants, en orthophonie, en relations autoctones, en sciences infirmières, en service social et dans une myriade d'autres disciplines. Plusieurs présentateur(trice)s sont associés avec les centres de recherche de l'Université Laurentienne (incluant le centre de recherche en santé dans les milieux ruraux du nord, le centre de recherche en santé et sécurité au travail, le centre de recherche ECHO, le centre de recherche en développement humain, et le centre de recherche sur la justice et la politique sociales). Ce genre de diversité signifie que la conférence demeure un trésor pour ceux cherchant à découvrir de nouveaux types de recherche dans le paysage académique. En tant qu'organisateur de la conférence de décembre 2015, nous sommes heureux de présenter certains résultats de cette journée. Mis à part un peu plus de trois douzaines de résumés courts expliquant l'essentiel des présentations, cette publication contient quatre articles de recherche révisés par les pairs ainsi que près d'une vingtaine de reproduction d'affiches. Nous espérons que le lecteur appréciera l'étendue et la qualité des travaux d'érudition présentés ici.

Les éditeurs de ce livre électronique étaient G. Sheppard et L. Tremblay, et le comité éditorial était composé de Y. Gauthier et S. Mossey. Notre assistante à l'édition était A. Dalanyi. Les collègues qui ont accepté d'évaluer les articles, pour les soumissions à la conférence et cette publication sont, J. Alem, C. Crang, P. Danyluk, M. Duffie, A. Gauthier, Y. Gauthier, R. Heale, G. Kpazai, M. Lariviere, N. Lightfoot, L. MacEwan, P. Milewski, M. Minor-Corriveau, S. Mossey, O. Seresse, K. Sheppard, K. Taktek, P. Pickard, J. Raymond, A. Roy-Charland, P. Valliant, B. Ravel, et S. Ritchie. Nos remerciements vont également à Brent Roe, le bibliothécaire de l'université, pour son aide à rendre ce travail disponible en ligne.

Finalement, à titre de co-présidents de la conférence de 2015, nous aimerions exprimer notre plus sincère gratitude à Danielle Rocheleau qui, par ses efforts dans les coulisses, a rendu possible cette longue journée et cette publication en ligne qui en découle.

George Sheppard, Ph.D.,
Line Tremblay, Ph.D. C.Psych.,
Doyens associés, faculté de la santé et faculté d'éducation
Université Laurentienne

INTRODUCTION

The publication you are examining grew out of the 2015 symposium “Diversity in Research - La diversité dans la recherche-Nooch Gegoo Ndagkendma-daa.” The nature of the work in front of you is reflective of the environment from which it was generated. Laurentian University in northeastern Ontario has a bilingual (French/English) and tricultural (Indigenous) mandate. In addition, the institution’s Strategic Plan 2012-17 has pledged that the university “will engage with community partners ensuring that Laurentian continues to contribute to the prosperity and well being” of the region. In this work you will find four peer-reviewed research articles, more than a dozen poster reproductions, as well a sampling of the abstracts submitted for the December 2015 Faculties of Health and Education Conference. That bilingual/tricultural mandate is clearly reflected amongst all those pieces, along with a commitment to community responsiveness, and a cursory examination of the articles accepted for publication should suffice to prove the case.

The first research piece included here, “Nonword Repetition: Identifying language impairment in francophone and bilingual children,” by Laurentian’s Sara Dubreuil-Piché and Chantal Mayer-Crittenden, raises concerns that anglophone-based tests may not be the best alternative for identifying language impairment amongst a francophone/bilingual population. The second peer-reviewed selection, “Needs assessment for an inter-professional clinic to serve poor and homeless people in Sudbury,” by Carol Kauppi and Henri Pallard (with the assistance of medical school candidates Lyndsay Glass, Melissa Stacey, Sara McDonald and Chris Lavalle), provides a history of one “student-led” health clinic. The authors suggest this case study offers a template to create more culturally-sensitive health care alternatives, particularly in rural and northern communities with significant Indigenous populations. The third research article, “Gouvernements, réseaux et infirmières devant les besoins de santé des francophones en situation minoritaire,” by Laurentian’s Anne Marise Lavoie, Sylvie Larocque, and Amélie Hien, and Collège Boréal’s Diane Mageau, examines Greater Sudbury – a place where about one-quarter of the population is francophone. It notes in part that a French nursing program is essential if equitable access to health care in Canada’s two official languages is to be guaranteed. Finally, “Closer to Home” deals with a satellite pediatric cardiology clinic and patient satisfaction and was produced by a combination of Sudbury-based researchers (Nancy Lightfoot, Diane Belanger-Gardner, Rose Ann Kozinski, and Elizabeth Wenghofer) working with Toronto colleagues (Colin Berriault, Nicole Barbosa, Gil Gross, and Jennifer Russell). Among other things, the article shows that often wait times are considered a concern by the families involved but travel issues for out-of town patients were generally far more problematic.

Thus in those four articles alone, we see participation from colleagues at Toronto’s Hospital for Sick Children and Cancer Care Ontario, another colleague from a regional francophone college, and collaboration with candidates from the local campus of the Northern Ontario School of Medicine. The rest of the researchers involved are generally graduate students and professors from Laurentian, but even here the diversity of origins is wide and their expertise varies immensely. They are members of the School of Social Work, or the School of Rural and Northern Health, or from the francophone side of the School of Nursing, and there are also representatives from the department of French Studies as well as Law and Justice. I have always maintained that our annual conference is a great place to converse, generate creative ideas, and

cultivate new partnerships. It seems clear that this publication offers concrete proof for that assertion. I am grateful to both Associate Deans, Dr. George Sheppard and to Dr. Line Tremblay, for their innovative idea of creating an ebook following the Faculty conference and for the tireless hours they invested in making this a reality.

Roger Couture, Ph.D.
Dean of Health
Dean of Education (Acting)

INTRODUCTION

La publication que vous consultez est issue du symposium de 2015 intitulé “La diversité dans la recherche - Diversity in Research - Nooch Gegoo Ndagkendma-daa.” La nature de ce travail est le reflet de l'environnement qui l'a généré. L'Université Laurentienne, située au nord-est de l'Ontario, a un mandat bilingue (Français et Anglais) et triculturel (Autochtone). De plus, le plan stratégique de l'institution pour 2012-2017 a souligné l'engagement de l'Université 'à se joindre aux partenaires de la communauté afin de continuer à contribuer à la prospérité et le bien-être de la région'. Ce travail comprend quatre articles de recherche révisés par les pairs, plus d'une douzaine de reproductions d'affiches, de même qu'un échantillon des résumés soumis à la conférence des facultés de la santé et de l'éducation qui a eu lieu en décembre 2015. Le mandat bilingue et triculturel est clairement reflété à l'intérieur de tous ces éléments, de même qu'un engagement à susciter l'adhésion de la communauté. Un survol des articles acceptés pour publication devrait suffire à démontrer ces faits.

Le premier article inclut, “Nonword Repetition: Identifying language impairment in francophone and bilingual children,” par Sara Dubreuil-Piché et Chantal Mayer-Crittenden de l'université Laurentienne, soulève la question que les tests basés sur les versions anglaises ne sont peut-être pas les meilleures alternatives pour identifier les troubles du langage auprès des populations francophones et bilingues. Le deuxième article révisé par les pairs, “Needs assessment for an inter-professional clinic to serve poor and homeless people in Sudbury” par Carole Kauppi et Henri Pallard (avec l'aide de Lyndsay Glass, Melissa Stacey, Sara McDonald et Chris Lavallo, étudiants à l'école de médecine) présente l'histoire d'une clinique de santé gérée par des étudiants. Les auteurs suggèrent que cette étude de cas offre un canevas pour créer des alternatives en soins de santé qui sont davantage sensibles aux différences culturelles, particulièrement dans les communautés rurales du Nord comprenant d'importantes populations autochtones. Le troisième article scientifique “Gouvernements, réseaux et infirmières devant les besoins de santé des francophones en situation minoritaire” par Anne Marise Lavoie, Sylvie Larocque, et Amélie Hien de l'Université Laurentienne ainsi que Diane Mageau du Collège Boréal, examine la région du Grand Sudbury où environ le quart de la population est francophone. On y note entre autres qu'un programme de formation français en sciences infirmières est essentiel pour assurer un accès équitable aux soins de santé au Canada où les deux langues officielles sont cautionnées. Finalement, “Closer to Home” porte sur une clinique de cardiologie pédiatrique satellite et la satisfaction des patients et a été rédigé par un groupe de chercheurs de Sudbury (Nancy Lightfoot, Diane Belanger-Gardner, Rose Ann Kozinski et Elizabeth Wenghofer) en collaboration avec des collègues de Toronto (Colin Berriault, Nicole Barbosa, Gil Gross, et Jennifer Russell). Entre autres, cet article démontre que le temps d'attente est souvent considéré comme préoccupant pour les familles mais que les problèmes de déplacements hors de la ville sont généralement plus problématiques.

Ainsi, dans ces quatre articles seuls, nous constatons la participation de collègues de l'hôpital pour enfants malades de Toronto, d'un autre collègue d'un collège francophone de la région et l'implication d'étudiants gradués du campus de l'école de médecine du nord de l'Ontario. Les autres chercheurs impliqués sont généralement des étudiants gradués et des professeurs de la Laurentienne, mais la diversité de leur parcours et de leurs expertises varie grandement. Ils sont membres soit de l'école de service social, soit de l'école de santé en milieu

ruraux et du nord, ou encore du programme français de l'école de sciences infirmières, et ils représentent également les départements d'études françaises et de droit et justice. J'ai toujours affirmé que notre conférence annuelle était un endroit par excellence pour échanger, générer des idées nouvelles et développer des partenariats. Il apparaît évident que cette publication offre une preuve concrète de cette affirmation. Je remercie les deux doyens associés, Dr. George Sheppard et Dr. Line Tremblay, pour leur idée innovante de réaliser ce livre électronique à partir de la conférence de la faculté et pour les heures de travail acharné qu'ils ont investi pour rendre ce livre possible.

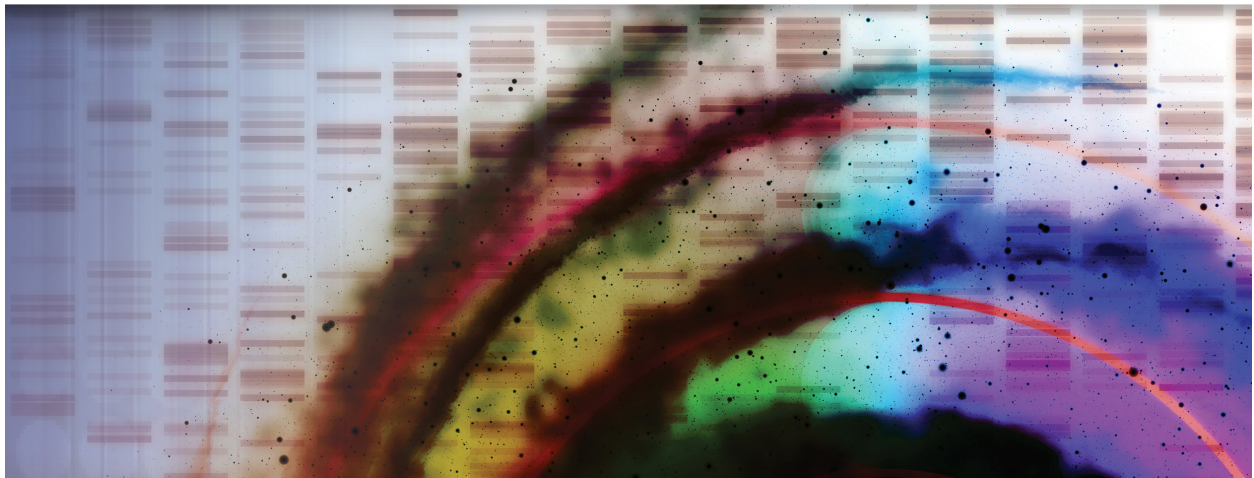
Roger Couture, Ph.D.
Doyen de la faculté de la santé
Doyen de la faculté d'éducation (interimaire)

Section A – Peer-Reviewed Articles

DIVERSITY IN RESEARCH

LA DIVERSITÉ DANS LA RECHERCHE

NOOCH GEGOO NDAGKENDMA-DAA



Nonword Repetition: Identifying primary language impairment in francophone and bilingual children

Sara Dubreuil-Piché, Chantal Mayer-Crittenden

Abstract

Previous studies indicate that nonword repetition is a useful tool when assessing bilingual children because it is less influenced by language exposure and knowledge. The goal of this study will be to examine whether the British nonword repetition test (NWRT) created by Chiat and collaborators (2015) incorporating a quasi-universal test and a language-specific test, can be adapted to identify primary language impairment in francophone and bilingual children. Also, this study will compare English-French and French-English bilingual children's performance levels during the quasi-universal and language-specific tasks. This paper provides the theoretical background for the study.

Properly assessing bilingual children can be a challenging task for clinicians. It is often difficult to determine whether or not a child truly has primary language impairment (PLI). It should be noted that the term PLI will be used in the present paper in comparison to the frequently used term specific language impairment (SLI). The term primary language impairment is used for children who have deficits primarily in the area of language with subtle cognitive shortfalls (Tomblin, Zhang, Buckwalter, & O'Brien, 2003). Error profiles of children who are second language (L2) learners and children with PLI show similarities (Grüter, 2005). Thus, it is possible that some assessments may not accurately distinguish a bilingual child with language impairment from a bilingual child with language delays. Bilingual children tend to be overdiagnosed as having PLI when they do not, or they are underdiagnosed as not having PLI when in fact, they do (e.g. Grimm & Schulz, 2014). A misdiagnosis may lead to unnecessary or inappropriate interventions. The goal of this study will be to examine whether or not the British nonword repetition task created by Chiat and collaborators (Chiat et al., 2015), could be adapted and used to assess francophone and bilingual children learning a minority language in a linguistic minority context. Due to the time that this paper was published, only the literature review will be presented.

This study will include French-English and English-French speaking children from a French-speaking minority community in Northern Ontario, the City of Greater Sudbury. In fact, many English-speaking children attend French-medium, non-immersion schools to learn French as their second language (Landry, Allard, & Deveau, 2010; Mayer-Crittenden, Thordardottir, Robillard, Bélanger, & Minor-Corriveau, under review). Studies have found that those children living in Northern Ontario are most often exposed to English while watching television, visiting websites, and when reading various materials (Laflamme & Bernier, 1998). Also, children will speak English in the hallways and in the schoolyard despite attending a French-language school (Landry et al., 2010; Simard & Mayer-Crittenden, 2015). Consequently, the omnipresence of the English language in the media and in children's surroundings limits opportunities for children to gain exposure to the minority language (French) outside of their classroom.

It has been documented that there is a lack of standardized assessments in the French language (Garcia, Paradis, Sénécal, & Laroche, 2006). Rather than adapting tests, it is recommended that French test development and standardization occur; in fact, it is discouraged

to compare French-Canadian linguistic competencies to European French or English linguistic competencies, due to the possibility of a potential over or underestimation (Bouchard-Gaul, Fitzpatrick, & Olds, 2009; Garcia et al. 2006). In Northern Ontario, Speech-Language Pathologists (SLPs) often assess children in junior kindergarten. In order to do so, SLPs will often enough use subtests from various standardized tests or will create their own screening tools to evaluate children needing a complete assessment (CSCNO, 2004-2014; Mayer-Crittenden et al., 2014). Hence, it would be useful to have a battery of tests that would allow SLPs to accurately identify PLI in French-Canadian bilingual children, in linguistic minority regions such as Northern Ontario. The lack of standardized assessments in the French language combined with the amount of bilingual children learning French, the minority language, in a predominantly English context, often presents a challenge for SLPs screening for PLI.

Youngsters who have primary language impairments, who make up approximately 7% of children (Tomblin, Records, Buckwalter, Zhang, Smith, & O'Brien, 1997), have difficulty learning language with the inclusion of very subtle cognitive shortfalls (Tomblin et al., 2003). Also, children with PLI show deficits in lexical, grammatical, and morphological development (Leonard, 2014). The identification of PLI in monolingual children can be challenging. This challenge is twofold when identifying PLI in bilingual children in a linguistic minority setting. The source of language development delays in bilingual children may be due to a primary language impairment, which presents itself in both languages (e.g. Kan & Kohnert, 2005; Kohnert, 2002; Kohnert & Danahy, 2007; Kohnert, Windsor, & Danahy Ebert, 2009) or to a difficulty learning certain language structures, in part due to limited exposure to the target language and limited knowledge of words in the target language (Kohnert, 2010). Also, language profiles of typically developing (TD) bilingual children and monolingual children with PLI tend to overlap (Håkansson & Nettelbladt, 1996; Paradis & Crago, 2000, 2004; Paradis, 2004, 2005). For example, TDL2 learners of English show acquisition patterns of grammatical morphemes similar to children with PLI (Paradis, 2005). Furthermore, TD bilingual children often do not perform well on standardized language measures. Poor performance levels obtained by these children may be a result of the distributed characteristic of bilingual learning across both languages, such as lexical knowledge (Oller & Pearson, 2002). When only one language is considered, bilingual children have a smaller vocabulary size compared to monolingual children. However, when both languages are considered, the vocabulary size of bilingual children is comparable to monolingual children (Hoff, Core, Place, Rumiche, Señor, & Para, 2012). In addition, standardized measures are typically knowledge-dependent (Campbell, Dollaghan, Needleman, & Janosky, 1997). As a result, bilingual children may be at a disadvantage if they have less experience in the language of testing (e.g. Restrepo & Silverman, 2001). Consequently, standardized language measures used to identify PLI in monolingual children may not be suitable when identifying PLI in bilingual children.

Studies have shown that nonword repetition tasks (NWRT) serve as a useful and unique tool when assessing bilingual children. Extensive research done in many different languages supports nonword repetition as a clinical marker when identifying PLI in monolingual children: French (Thordardottir & Brandeker, 2013), Icelandic (Thordardottir, 2008), Italian (Casalini Brizzolara, Chilosi, Cipriani, Marcolini, Pecini, Roncoli, & Burani, 2007; Dispaldro, Leonard & Deevy, 2013), Russian (Kavitskaya, Babyonyshev, Walls, & Grigorenko, 2011), Spanish (Girbau & Schwartz, 2007), and Swedish (Sahlén, Reuterskiöld-Wagner, Nettelbladt, & Radeborg, 1999). In fact, Boerma, Chiat, Leseman, Timmermeister, Wijnen, & Blom (2015) recently

conducted a study on NWRT when identifying PLI in monolingual and bilingual children who have Dutch as a second language: they evaluated the clinical applicability of the Dutch version of the newly developed NWRT by Chiat et al. (2015). They found rather large effects of language impairment during the quasi-universal test and during the language-specific test, in both bilingual and monolingual groups. This could explain why children with language impairment obtained lower scores in all instances when compared to their typically developing monolingual and bilingual peers. In addition, negative effects of bilingualism were only found during the language-specific task.

During NWRT, children with PLI show deficits that are not linked to the different levels of language knowledge (Dollaghan & Campbell, 1998). Nonword repetition entails the repetition of items that do not exist in the target language, and, consequently, repeating words that have not been heard previously. For this reason, it is assumed that children cannot draw from stored language knowledge. Thus, children who speak more than one language are not disadvantaged as nonword repetition is less dependent on language knowledge (syntax and vocabulary), and nonword repetition draws primarily from phonological processing and short-term memory. In order to repeat nonwords correctly, many processing operations linked to language learning are required: for example, transformation of the acoustic-phonetic sequence into its constituent phonemes, retention of the ordered and phonologically coded string in working memory, and articulatory output organization (Dollaghan & Campbell, 1998). Thus, nonword repetition is associated with phonological memory skills that play an important part when learning new word structures and vocabulary (Baddeley, Gathercole, & Papagno, 1998).

It is important to note that nonword repetition is, however, influenced by language-specific knowledge. Children are more successful when repeating words that share phonological characteristics with real words in their spoken language (Gathercole, 1995; Gathercole, Willis, Emslie, & Baddeley, 1991). Consequently, it is possible that the performance of bilingual children with different amounts of language exposure and knowledge will vary during a NWRT (Chiat, 2015). For example, studies conducted by Thordardottir and Juliusdottir (2013), Armon-Lotem et al. (in preparation), Lee and Gorman (2012), and Thordardottir and Brandeker (2013), found no or little effect of language experience on bilingual childrens' performances. However, other studies involving bilingual children show that exposure does affect nonword repetition in the sense that children with more exposure to the target language obtain higher scores (Sharp and Gathercole 2013; Lee and Gorman 2012; Summers, Bohman, Gillam, Peña, & Bedore, 2010).

Chiat et al. (2015) created a NWRT that would minimize the effects of bilingualism, such as exposure, in order to prevent pitfalls when identifying PLI in bilingual children. The COST Action IS0804 implied a useful framework when developing a NWRT that could be used across different languages. The goal of the framework constructed by Chiat et al. (2015) was to maximize differences in the performance of TD children and children with PLI, and to minimize the differences in the performance of TD children with varying levels of experience in the target language. The COST Action IS0804 considered the following factors influencing nonword repetition performance: length, prosodic structure, segmental complexity, word-likeness and phonotactic probability. The effects of length have been observed in many languages (e.g., Stokes et al., 2006; Armon-Lotem et al., in preparation). When compared to TD children, children with language impairment tend to show deficits in all nonword lengths, but difficulty increases with longer items, such as words with three to five syllables (Bishop, North, & Donlan,

1996; Boerma et al., 2015; Dolloghan & Campbel, 1998; Marton & Schwartz, 2003). Studies conducted on prosodic structure have shown significant effects on performance (Sahlén et al. 1999; Archibald & Gathercole, 2007; Chiat & Roy, 2007; Roy & Chiat, 2004; Williams, Payne, & Marshall, 2013). It is also important to consider segmental complexity: children have more difficulty with nonwords containing clusters than words containing single consonants (e.g. of studies done in English: Archibald & Gathercole, 2006; Jones, Tamburelli et al., 2010). However, consonant clusters are not universal across all languages therefore they are less universal and more language-specific. Word-likeness may also have an effect on nonword repetition; nonwords may resemble real words in the target language. Consequently, children with more knowledge in the target language, such as semantics, may benefit from repeating nonwords similar to those existing in the target language. Furthermore, studies have shown that performance levels in children completing NWRT may vary depending on phonotactic probability, including the frequency of relative phoneme sequences within each word (Jones, Tamburelli et al., 2010; Munson, 2001; Munson, Kurtz, & Windsor, 2005). Chiat et al. (2015) determined the extent to which these factors were language-specific when creating their universal NWRT.

The COST Action IS0804 incorporated quasi-universal and language-specific components in an attempt to extend its applicability across different languages and to maximize the discrimination between TD children and children with PLI (Chiat et al., 2015). The quasi-universal (QU) test incorporated a task with quasi-neutral prosody and one with language-specific prosody. Both QU tests included a list of 16 nonwords with simple consonant-vowel-consonant-vowel (CVCV) structures, varying from two to five syllables and containing a limited amount of consonants and vowels. The QU tests were created so that they could be used across diverse languages because they are less dependent on language exposure and knowledge. The framework also included a language-specific (LS) test consistent with lexical phonology in the target language. The LS test was created to allow manipulation of phonological properties that could affect performance and that would be relevant to the target language (Chiat et al., 2015). It is important to note that a truly universal nonword repetition task is not probable; nonwords will most likely contain language-specific properties found in one language or another (Chiat et al., 2015).

In an attempt to develop an assessment that would allow SLPs to identify language impairment in francophone and bilingual children, the present study will examine the adapted nonword repetition framework, COST IS0804, created by Chiat et al. (2015), which will be adapted for this study. This study will use three tasks to identify language impairment in Canadian French-English and English-French speaking children: the QU task with quasi-neutral prosody, the QU task with language-specific prosody, and the LS task. We will determine whether or not clinicians could use this particular NWRT as a screening tool for PLI in bilingual children residing in a French linguistic minority context. Also of interest will be to investigate the differences between French-English and English-French speaking children's scores in order to determine the effects of bilingualism for each test. Various scoring methods (percentage of whole-items correct and percentage of phonemes correct) and effects of syllable length will be used in order to establish what method better differentiated performances between TD bilingual children and bilingual children with PLI.

Based on other studies conducted on NWRT discriminating TD bilingual children from bilingual children with PLI (Boerma et al., 2015; Thordardottir & Brandeker, 2013), we predict that bilingual children previously identified as having PLI participating in this study will show deficits in all three tasks and on all syllable lengths when using both scoring methods. Also, we hypothesize that French-English and English-French speaking children will not show significant differences in performance when completing the QU test (including the QU task with quasi-neutral prosody and QU task with language-specific prosody) despite varying levels of bilingualism. However, considering that the LS test is more dependent on language-specific knowledge, we predict that there will be differences in French-English and English-French speaking children's scores during the LS test. From that, bilingual children with less exposure to the target language or with less knowledge in the target language will potentially be at a disadvantage by the LS test.

References

- Archibald, L.M.D., & Gathercole, S.E. (2006). Nonword repetition: A comparison of tests. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 49*, 970-983.
- Archibald, L.M.D., & Gathercole, S.E. (2007). Nonword repetition in specific language impairment: More than a phonological short-term memory deficit. *Psychonomic Bulletin & Review, 14*, 919-924.
- Armon-Lotem, S., Meir, N. and Chiat, S. (in preparation). The role of language experience in a STM task: Evidence from nonword repetition in Russian and Hebrew monolingual and sequential bilingual children.
- Baddeley, A., & Gathercole, S. & Papagno, C. (1998). The phonological loop as a language learning device. *Psychological Review, 105*, 158-173.
- Bishop, D.V.M., North, T., & Donlan, C. (1996). Nonword repetition as a behavioural marker for inherited language impairment: Evidence from a twin study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 37*(4), 391-403.
- Boerma, T., Chiat, S., Leseman, P., Timmermeister, M., Wijnen, F. & Blom, E. (2015). A Quasi-Universal Nonword Repetition Task as a Diagnostic Tool for Bilingual Children learning Dutch as a Second Language. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 58*, 1747-1760.
- Bouchard-Gaul, M.-E., Fitzpatrick, E., M., & Olds, J. (2009). Analyse psychométrique d'outils d'évaluation utilisés auprès d'enfants francophones. *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie, 33*(3), 129-139.
- Campbell, T., Dollaghan, C., Needleman, H. & Janosky, J. (1997). Reducing bias in language assessment: Processing-dependent measures. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 40*(3), 519-525.
- Casalini, C., Brizzolara, D., Chilosi, A., Cipriani, P., Marcolini, S., Pecini, C., Roncoli, S & Burani, C. (2007). Nonword repetition in children with specific language impairment: A deficit in phonological working memory or in long-term verbal knowledge? *Cortex, 43*, 769-776.
- Chiat, S., (2015) Nonword Repetition. In Armon-Lotem, S., de Jong, J., & Meir, M. (Eds.)(2015) Methods for assessing multilingual children: Disentangling bilingualism from language impairment. *Bristol: Multilingual Matters*.
- Chiat, S., & Roy, P. (2007). The Preschool Repetition Test : An evaluation of performance in typically developing and clinically referred children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 50*, 429-443.
- Conseil scolaire catholique du Nouvel-Ontario (CSCNO). (2004-2014). *Données portant sur les inscriptions à la maternelle*. Unpublished Manuscript. Sudbury.

- Dispaldro, M., Leonard, L.B., & Deevy, P. (2013). Real-word and nonword repetition in Italian-speaking children with Specific Language Impairment: A study of diagnostic accuracy. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 56*, 323-336.
- Dollaghan, C., & Campbell, T.F. (1998). Nonword repetition and child language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 41*(5), 1136-1146. doi: 10.1044/jslhr.4105.1136.
- Garcia, L. J., Paradis, J., Sénécal, I., & Laroche, C. (2006). Utilisation et satisfaction à l'égard des outils en français évaluant les troubles de communication. *Revue d'orthophonie et d'audiologie, 30*(4), 239-249.
- Gathercole, S.E. (1995). Is nonword repetition a test of phonological memory or long-term knowledge? It all depends on the nonwords. *Memory & Cognition, 23*, 83-94.
- Gathercole, S.E., Willis, C., & Baddeley, A.D. (1991). Differentiating phonological memory and awareness of rhyme: Reading and vocabulary development in children. *British Journal of Psychology, 82*, 387-406.
- Girbau, D, and Schwartz, R.G. (2007). Nonword repetition in Spanish-speaking children with Specific Language Impairment (SLI). *International Journal of Language and Communication Disorders, 42*, 59-75.
- Grimm, A., & Schulz, P. (2014). Specific Language Impairment and Early Second Language Acquisition: The Risk of Over- and Underdiagnosis. *Child Indicators Research, 7*(4), 821-841.
- Grüter, T. (2005). Comprehension and production of French objets clitics by child second language learners and children with specific language impairment. *Applied Psycholinguistics, 26*(3), 363-391. doi:10.1017/S0142716405050216.
- Håkansson, G., & Nettelbladt, U. (1996). Similarities between SLI and L2 children: Evidence from the acquisition of Swedish word order. In C. E. Johnson & J. H Gilbert (Eds.), *Children's language, 9* (pp. 135-151). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hoff, E., Core, C., Place, S., Rumiche, R., Señor, M., & Para, M. (2012). Dual Language exposure and early bilingual development. *Journal of Child Language, 39*(1), 1-27.
- Jones, G., Tamburelli, M., Watson, S.E., Gobet, F., & Pine, J.M. (2010). Lexicality and frequency in Specific Language Impairment: Accuracy and error data from two nonword repetition tests. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 53*, 1642-1655.
- Kan, P. F., & Kohnert, K. (2005). Preschoolers learning Hmong and English: Lexical-semantic skills in L1 and L2. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 48*, 372-378.
- Kavitskaya, D., Babyonyshev, M., Walls, T., & Grigorenko, E. (2011). Investigating the effects of syllable complexity in Russian-speaking children with SLI. *Journal of Child Language, 38*, 979-998.

- Kohnert, K. (2010). Bilingual children with primary language impairment: issues, evidence and implication for clinical actions, *Journal of Communication Disorders*, 43(6), 456-473.
- Kohnert, K. (2002). Picture naming in early sequential bilinguals: A 1-year follow up. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 759-771.
- Kohnert, K., & Danahy, K. (2007). Young L2 learners' performance on a novel morpheme task. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 21, 557-569.
- Kohnert, K., Windsor, J., & Danahy Ebert, K. (2009). Primary or "specific" language impairment and children learning a second language. *Brain and Language*, 109, 101-111.
- Laflamme, S. & Bernier, C. (1998). *Vivre dans l'alternance linguistique: Médias, langue et littérature en Ontario français*. Sudbury, Ontario: Centre franco-ontarien de ressources en alphabétisation.
- Landry, R., Allard, R., & Deveau, K. (2010). *École et autonomie culturelle; Enquête pancanadienne en milieu scolaire francophone minoritaire*, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.
- Lee S. A.S. and Gorman B.K. (2012). Nonword repetition performance and related factors in children representing four linguistic groups. *International Journal of Bilingualism*, 17, 479-495.
- Leonard, L. B. (2014). Specific Language Impairment Across Languages. *Child Development Perspectives*, 8, 1-5. doi: 10.1111/cdep.12053
- Marton, K., & Schwartz, R. G. (2003). Working memory capacity and language processes in children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 1138-1153.
- Mayer-Crittenden, C., Thordardottir, E., Robillard, M., Bélanger, R., & Minor-Corriveau, M. (under review). Minority Language Learners with Language Impairments: The Case of French and English in Ontario, Canada. *Journal of Communication Disorders*.
- Mayer-Crittenden, C., Thordardottir, E., Robillard, M., Minor-Corriveau, M., & Bélanger, M. (2014). Données langagières franco-ontariennes: effets du contexte minoritaire et du bilinguisme. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 38(3), 304-324.
- Munson, B. (2001). Phonological pattern frequency and speech production in children and in adults. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 778-792.
- Munson, B., Kurtz, B.A., & Windsor, J. (2005). The influence of vocabulary size, phonotactic probability, and wordlikeness on nonword repetition of children with and without specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 48, 1033-1047.

- Oller, D.K., & Pearson, B. Z. (2002). Assessing the effects of bilingualism: A background. In: D. K. Oller & R. E. Eilers (Eds.), *Language and Literacy in Bilingual Children* (pp. 3-21). Clevedon, UK: Multilingual Matters.
- Paradis, J. (2005). Grammatical morphology in children learning English as a second language: Implication of similarities with Specific Language Impairment. *Language, Speech and Hearing Services in the Schools, 36* (3), 172-187.
- Paradis, J. & Crago, M. (2000). Tense and temporality: A comparison between children learning a second language and children with SLI. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 43*, 834-847.
- Paradis, J., & Crago, M. (2004). Comparing L2 and SLI grammars in French: Focus on DP. In J. Paradis, & P. Prévost (Eds.). *The acquisition of french in different contexts: Focus on functional categories* (pp. 89-108). Amsterdam, The Netherlands: John Benjamins.
- Paradis, J. (2004). The relevance of specific language impairment to understanding the role of transfer in second language acquisition. *Applied Psycholinguistics, 25*, 67-82.
- Restrepo, M.A., & Silverman, S. (2001). Validity of the Spanish Preschool Language Scale-3 for use with bilingual children. *American Journal of Speech Language Pathology, 10* (4), 382-393.
- Roy, P., & Chiat, S. (2004). A prosodically controlled word and nonword repetition task for 2- to 4-year-olds: Evidence from typically developing children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 47*, 223-234.
- Sahlén, B., Reuterskiöld-Wagner, C., Nettelbladt, U., & Radeborg, K. (1999). Nonword repetition in children with language impairment – pitfalls and possibilities. *International Journal of Language and Communication Disorders, 34*, 337-352.
- Sharp, K. M. & Gathercole, V.C.M. (2013). Can a novel word repetition task be a language-neutral assessment tool? Evidence from Welsh-English bilingual children. *Child Language Teaching and Therapy, 29*, 77-89.
- Simard, N. & Mayer-Crittenden, C. (2015). *L'effet du contact des langues en classe préscolaires minoritaire*, Manuscript in preparation.
- Stokes, S.F., Wong, A., Fletcher, P., & Leonard, L.B. (2006). Nonword repetition and sentence repetition as clinical markers of specific language impairment: The case of Cantonese. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 49*, 219-236.
- Summers, C., Bohman, T.M., Gillam, R.B, Peña, E.D., Bedore, L.M. (2010). Bilingual performance on nonword repetition in Spanish and English. *International Journal of Language and Communication Disorders, 45*, 480-493.
- Thordardottir, E. (2008). Language-specific effects of task demands on the manifestations of specific language impairment: A comparison of English and Icelandic. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 51*, 922-937.

- Thordardottir, E., & Brandeker, M. (2013). The effect of bilingual exposure versus language impairment on nonword repetition and sentence imitation scores. *Journal of Communication Disorders*, 46, 1-16.
- Thordardottir, E.T., and Juliusdottir, A.G. (2013). Icelandic as a second language: a longitudinal study of language knowledge and processing by school-aged children. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 16, 411-435.
- Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E., & O'Brien, M. (1997). The prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40 (6), 1245-1260. doi: 1092-4388/97/4006-1245
- Tomblin, J. B., Zhang, X., Buckwalter, P., & O'Brien, M. (2003). The Stability of Primary Language Disorder: Four Years After Kindergarten Diagnosis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46 (6), 1283-1296. doi: 1092-4388/03/4606-1283
- Williams, D., Payne, H., & Marshall, C. R. (2013). Non-word repetition impairment in autism and SLI: Evidence for distinct underlying cognitive causes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 404-417.

Needs Assessment for an Inter-Professional Health Clinic to Serve Poor and Homeless People in Sudbury

Carol Kauppi, Henri Pallard, Lyndsay Glass, Melissa Stacy, Sarah McDonald, Chris Lavalle

Abstract

Students in the Northern Ontario School of Medicine, on the East and West campuses, initiated projects to examine the feasibility of establishing inter-professional clinics. The project in Sudbury focused on an identified gap in health services for poor and homeless people in the downtown core. A needs assessment was initiated in 2014 to examine stakeholder perspectives related to a proposed inter-professional clinic serving poor and homeless people in downtown Sudbury. This paper provides some background to the issue of “student-led” clinics, the methodology for the needs assessment, and study findings on physical and mental health from an analysis of 26 interviews with poor and homeless people. Participants were recruited from agencies providing front-line services to this population. Demographic data show that a majority of the participants were men (65%) and the majority of participants self-identified as Indigenous people (61%). Anglophones of European origins (23%) and Francophones (12%), along with one individual from a racialized group, were also interviewed. The main themes pertaining to health as well as recommendations for a student-directed clinic are described. Data from a 2015 study of homeless people in Sudbury provide for a comparison of the physical and mental health challenges experienced by 583 homeless people. The findings are discussed with regard to implications for health policy and services.

Background

A student-led clinic (SLC) is a mode of healthcare delivery in which students plan and carry out health services under the direct supervision of licensed practitioners (Kent & Keating, 2013; Palombaro, Dole, & Lattanzi, 2011; Ryskina, Meah, & Thomas, 2009). This model has been implemented by more than 7 Canadian medical schools and at least 49 American schools (Holmqvist, Courtney, Meili & Dick, 2012; Moskowitz, Glasco, Johnson & Wang, 2006). According to Simpson and Long (2007). Many medical schools in the United States (USA) provide more than one student-run clinic. Moreover, various other disciplines within the health professions have utilized this model to offer healthcare services while also providing students with learning opportunities—these include nursing, dentistry and physiotherapy (Courtney-Pratt, FitzGerald, Ford, Marsden & Marlow, 2012; Hall, Forrest, Alan, Niki, 2006; Stuhlmiller & Tolchard, 2015). Such clinics provide a unique learning environment for students while also improving healthcare access to underserved populations (Moskowitz, Glasco, Johnson & Wang, 2006). As observed by Stuhlmiller and Tolchard (2015), providing better access to health care is a vital strategy in improving general health status.

Survey results on 111 student-run medical clinics in the USA showed that most students were motivated by a desire to serve poor people, to spend time with patients, and to learn clinical skills. The benefits of the clinics also extended to community members by delivering valued medical care and complementing existing services, most often to low-income people (Simpson & Long, 2007). SLCs have been described as a “health delivery model that embraces a community-driven client-focused approach” (Stuhlmiller & Tolchard, 2015, p. 2). Hastings, Zulman & Wali,

(2007) asserted that SLCs delivering free services to homeless people are vital to the street community while also fostering awareness of social issues among students and providing them with primary care experience.

Poverty and homelessness are associated with a high burden of disease and premature mortality (Canadian Medical Association, 2013; Hwang, Wilkins, Tjepkema, O'Campo and Dunn, 2009). Studies in the USA have found that, compared with people who are housed, homeless people have a greater number of health problems and concerns, more limitations with functioning, and more chronic diseases (Hastings et al., 2007). Indigenous people are overrepresented amongst Canadians living with homelessness (Gaetz, Donaldson, Richter & Gulliver, 2013) and, in Sudbury, Ontario, Indigenous people comprise over 40% of homeless people (Kauppi, Pallard & Faries, 2015). The size of the homeless and near-homeless population in Sudbury is 1,419; this indicates that there is a need for additional health services to complement the existing service system (Kauppi et al., 2015). In light of the substantial numbers of Indigenous people amongst those living with homelessness in Sudbury, a recent report about the barriers faced by Indigenous people regarding access to health services and resources underscores the need to implement new strategies to mitigate against inequalities in health care access (Allan & Smylie, 2015). Indeed, the Canadian Medical Association (CMA) has stated that the “medical profession has the authority and voice to take leadership” on issues relating to key social determinants of health, notably income, housing, and food security (CMA, 2013, p. 2).

The aim of the current paper is to report on findings from a needs assessment related to the development of an inter-professional model for a new SLC in downtown Sudbury. The SLC would enable students in varied areas of health care education to take part in providing multidisciplinary, holistic care to poor and homeless people in Sudbury, Ontario. A needs assessment was conducted from 2014 to 2015 to examine perspectives on a proposed inter-professional clinic or SLC in downtown Sudbury.

Method

The approach to the needs assessment project was developed in conjunction with Northern Ontario School of Medicine (NOSM) students on the East and West campuses. The approaches differed in the East and West. On the West campus, students began working on a concept for an SLC in Thunder Bay and obtained approval from the Research Ethics Board (REB) in early 2014 to conduct a needs assessment. The needs assessment project in Sudbury, the East Campus, built on the work of the West Campus REB application. However, recognizing the existing research on homelessness in Sudbury, indicating the presence of a sizeable homeless population, the NOSM East Campus students decided to focus the needs assessment on people living with forms of homelessness. In collaboration with the Centre for Research in Social Justice and Policy and the Poverty, Homelessness and Migration project, an application to Laurentian University's REB was submitted and approval was received in October 2014. This paper focuses on the results of the needs assessment in Sudbury (East Campus). The needs assessment project involved the completion of 64 individual interviews with consumers (n=26), students (n=14), agency staff (n=10), educators (n=9), and potential host agencies (n=5).

Participants

This paper focuses on the face-to-face interviews that were conducted in agency settings with the twenty- six participants living with forms of homelessness in Sudbury . The participants were accessing services, including those at Indigenous agencies, outreach, an existing health clinic, and drop-in programs. Table 1 shows the characteristics of the consumer participants in the needs assessment and provides a comparison with results from a study by Kauppi et al. (2015) based on a period prevalence count (PPC) of 1,419 homeless people conducted in Sudbury in early 2015. The PPC study used a standardized method and provides an estimate of the size of the homeless population and subgroups within it. The sizes of the subgroups of the SLC consumers are similar to the proportions within the total population of homeless people as indicated by the PPC of homeless people in Sudbury (Kauppi et al., 2015). There were some differences, however; in the needs assessment study of consumers, there was a larger proportion of Indigenous people and a smaller proportion of Anglophones.

Table 1: Characteristics of Participants

	<i>SLC</i>		<i>Kauppi et al. 2015 (%)</i>
	<i>Number</i>	<i>Percent</i>	
<i>Gender</i>			
Female	8	31	37
Male	17	65	62
LGBTQ	1	4	1
<i>Culture/language</i>			
Anglophone	6	23	37
Francophone	3	12	14
Indigenous	16	61	43
Other	1	4	6

Using purposive sampling, participants who were 18 years of age or older were recruited from 7 health and social service agencies in the City of Greater Sudbury. With assistance from agency staff, twenty-six people were recruited who met the criteria of being homeless, at risk of becoming homeless, or being precariously housed/insecurely housed.

Procedure

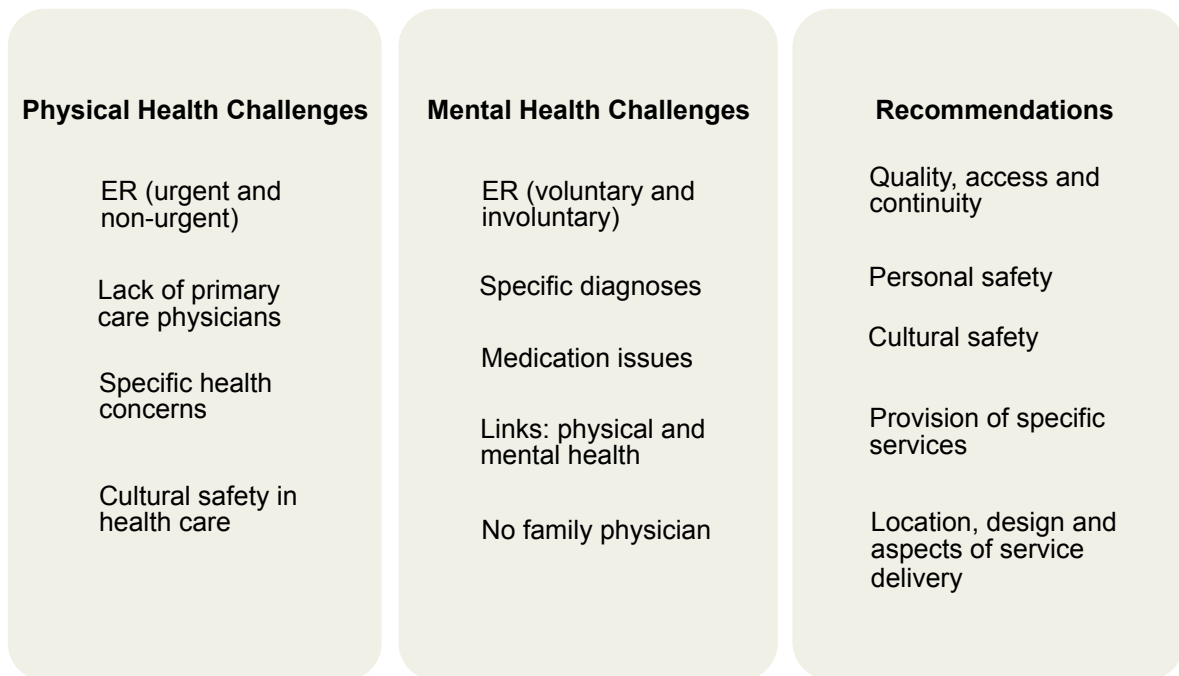
The initial contact with the participants was made by employees of the agencies who assisted with the project. They explained that researchers at Laurentian University were conducting a study examining issues related to the health needs of people living with forms of homelessness in the City of Greater Sudbury. Those who indicated an interest in the study were told that participation would involve a face-to-face interview.

Persons who expressed a willingness to participate subsequently met with a research assistant at the agency where they were recruited. The participants were given an explanation of the study both verbally and in written form. The participants provided written consent for participation in the interview. Permission was also sought to audio record the interview and all participants gave verbal consent. At the end of the interview, a debriefing session was held to discuss the interview process. Participants received twenty dollars at the end of the interview. The interviews were transcribed verbatim and each participant was given a gender neutral pseudonym to preserve confidentiality. Pseudonyms are used to report the results.

Approach to the Analysis

Three members of the research team conducted a qualitative thematic analysis of the data to identify dominant themes (cf. Tesch, 1990). The current paper describes the types of physical and mental health challenges identified by participants as well as their recommendations regarding the establishment of an SLC. Members of the research team conducted separate analyses of the transcripts to identify themes in the data. Agreement was reached on major themes related to the three areas shown in Figure 1. The results follow the order reflected in Figure 1.

Figure 1: Major Themes and Sub-Themes Emerging from the Analysis of Needs



Data from the PPC of 1,419 homeless people conducted in 2015 (Kauppi et al., 2015) was analyzed to provide information about the physical and mental health challenges that were self-reported by a large sample of homeless people and those at risk of homelessness. Self-reported health problems were coded by two nursing students and two NOSM students using the World Health Organization’s (1993) International Classification of Diseases (ICD-10).

Results

All of the SLC participants and 61% of the PPC participants reported that they had experienced physical or mental health challenges, or both, within the year prior to the study. The themes pertaining to physical and mental health challenges are described in the sections below and are illustrated with verbatim quotations from participants. Pseudonyms are used to differentiate between participants.

Physical Health Challenges

Many of the participants spoke about the need to use the emergency room (ER) in order to obtain health services, as the vast majority (three-quarters) did not have a family physician. The ER was described by some as a scary place. Some participants had been brought to the ER by ambulance, police, or by friends, or family members. They accessed the ER for physical health issues such as seizure, concussion, pregnancy and miscarriage, kidney stones, gastritis or broken bones. Finley reported being treated differently when the reason for the visit to the ER was a physical versus a mental health problem:

Going to emergency [room at the hospital], I find that [the treatment] depends on what you are going to emergency for. If I have a seizure, I find they treat you so much differently: they take you in first, they freaking hook you up to the machines, they may show that everything is perfect, they make sure you have water, they make sure you have the catheters in. They make sure everything is setup for you. But if you are going in there with a mental health [issue], they don't do anything. And I find that so wrong. Because what's the difference between the two? I mean, if you have seizure, I get it—it's bodily harm. But, at the same time, your mental health is also very, very important. So I [say] treat mental health as if there is something wrong with you. I mean, that doesn't mean you should be treated any differently than a person that's having a heart attack, you know what I mean? I have been treated differently being in the hospital for mental health rather than seizure.

Several participants had sought, or been brought for, medical help at the ER due to mental health challenges including depression, addiction, overdose, or suicide attempt. While a few participants stated that people had been “nice” or “polite” to them at the ER, others, like Finley, had negative experiences. Some also spoke of the long wait; several participants mentioned waiting for 12, 14 or 18 hours to be seen by a doctor at the ER: “I had to wait one time 18 hours. I had gastritis and I just had so long to wait that I just don't go [anymore], you know?” (Micah). Amari also commented about a long wait and the decision not to seek help there again: “I just felt that it was pretty ... harsh. They would ask me a lot of generalized questions and then they would make me wait for a long time. And then they would be [saying], ‘Well, we can't help you, we'll give you a pill and send you home.’”

Many participants described how they were living with complex physical and mental health challenges. Zion, a 53 year old Indigenous participant, was diagnosed with post-traumatic stress disorder, fetal alcohol syndrome, spinal cord damage and neurological challenges. Zion has been chronically homeless, has a history of addiction and was a recipient of financial

supports from the Ontario Disabilities Support Program at the time of the interview. While Zion had obtained housing, it was explained that the situation was still precarious:

No human being should have to endure what I have to go through. I fought tooth and nail to try to get it together but I keep on losing. People don't know what it's like to go days on end with an empty stomach, sick, not enough sleep and knowing you might lose your home tomorrow. I've been in and out of hospitals for ten years and it hasn't gotten better.

On average, participants reported three medical problems, the most common of which are noted in Table 2 below. Rylee listed six physical health challenges: "I have acid reflux, I have high blood pressure, high cholesterol, fibromyalgia and arthritis. And I have um low circulation in my legs. And that's it. For now (chuckle). Because my legs give out on me on a regular basis."

Table 2 compares the general categories of health challenges, based on ICD-10 codes, as reported by the 26 SLC participants compared with 583 participants of the 2015 period prevalence count (PPC) of homeless people in Sudbury (Kauppi et al., 2015). The 26 SLC participants reported 76 health challenges compared to 763 reported by 583 PPC participants. The proportionately larger number of health issues reported by the SLC participants may be due to the specific focus of the SLC needs assessment study on health issues and the individual data gathering procedures which involved detailed questioning about health. Despite the differences, it is evident that the three ICD-10 categories (XIII, XVIII and XIX) with the largest number of reported health challenges were the same in both studies. With the exception of the XVIII category for issues not elsewhere classified, the two categories identified by the largest number of individuals (n=8) were diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (XIII) and injury and poisoning (XIX). Category XIII included arthritis, limb, muscle or joint pain or fibromyalgia. Category XIX included various injuries and broken bones, concussion or spinal damage. Another similarity between the two samples was that the ICD-10 categories with fewest reported health challenges were the same in both studies. These data provide useful information for the needs assessment and SLC about the nature of the physical health challenges experienced by poor and homeless people in Sudbury.

Not having a family physician meant that participants had to use the ER or walk-in clinics. Eli explained the problem with finding a family physician: "I know Sudbury's [underserviced], many parents, they struggle with that, especially low income [people] because a family physician is hard to find. And we been, for six years, in a waiting list." Rylee and Dakota spoke about challenges relating to a lack of continuity that results from not having a family physician:

The worst thing is having to explain to a doctor all the time, cause I have to go to a clinic. I don't have a family doctor. I used to have one but she refuses to take me (Rylee).

It's always different and that's hard because you got to explain everything. And you are just repeating and repeating and repeating. And they are just almost like experimenting because, you know, whatever the first doctor tried didn't work (Dakota).

Table 2: ICD-10 Coding and Frequencies for Physical Challenges

<i>ICD Chapter Number</i>	<i>Name</i>	<i>Study Participants</i>		
		<i>SLC</i>	<i>Kauppi et al. 2015 Period Prevalence Count</i>	
		Responses	Responses	Percent
I	Certain infectious and parasitic diseases	3	29	5.4
II	Neoplasms	3	12	2.2
III	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	1	2	0.4
IV	Endocrine, nutritional and metabolic diseases	6	50	9.3
VI	Diseases of the nervous system	7	25	4.6
VII	Diseases of the eye and adnexa	3	19	3.6
VIII	Diseases of the ear and mastoid process	1	5	1.0
IX	Diseases of the circulatory system	4	36	6.7
X	Diseases of the respiratory system	5	28	5.3
XI	Diseases of the digestive system	5	44	8.3
XII	Disease of the skin and subcutaneous tissue	1	2	17.0
XIII	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	8	91	16.9
XIV	Diseases of the genitourinary system	2	7	1.3
XV	Pregnancy, childbirth and the puerperium	1	–	–
XVII	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	2	2	0.4
XVIII	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	11	142	26.5
XIX	Injury, poisoning and certain other consequences of external cause	8	225	41.6
XX	External causes of morbidity and mortality	–	22	–
XXI	Factors influencing health status and contact with health services	3	12	–
	Total	74	763	156.9

Note: Results are based on multiple responses; therefore the total number of responses is greater than the number of participants. The ICD chapter numbers not included in this table were not referenced by participants.

Zion, an Indigenous person with numerous health issues was concerned about difficulties in receiving care due to a history of homelessness: “They were supposed to do a home visit but I have a funny feeling it’s not going to happen. That they’re not coming because I don’t meet up to their so called standards.” Other participants stated that receiving appropriate care was challenging because health service providers did not understand the realities of people living with poverty or homelessness. Finley provided some examples of this:

The clinic won't understand that I am on OW [Ontario Works] and they will write a prescription that's not [accepted] for OW. They will give me some crazy, like \$500, medication. And it's, like, ‘No, I can't do that.’... I don't feel comfortable. I don't go there often.

Indigenous people spoke to the need to be able to access services in a culturally sensitive and safe manner. It was explained that, following a difficult experience using mainstream services, Zion had been accessing an Indigenous health service: “Right now, I’m dealing with [an Indigenous service provider] this year, and I guess partially last year. Cause after the hospital incident last year, it’s just I’m trying to reach out, trying to get back to that balance again.”

Mental Health Challenges

Amari described an experience of living with serious mental illness for over 30 years and referenced the challenge of being without a family physician:

I have mental health issues with schizophrenia, schizoaffective disorder and I don't have a family doctor, so. A big one is with schizophrenia, I've been that way since I was 17 years old, 47 now so that been about 30, 31 years and dealing with schizophrenia. I try my best to survive and function normally, but you know that’s all I can do is just do the best I can. Yeah, it creates a lot of unwarranted attention at times. I'm on a good medicine now—it’s really a miracle drug because it took away a lot of my side effects. It really helps me a lot. Like, my delusions or hallucinations, it takes them out of the real world and puts them back into my head. There is some correlation to having mental illness and suffering physical abuses as a child. [There are] things that you can’t remember, because it goes even before that five-year-old [can remember], the impressionable child at five years of age. You know, there’s a lot of things that have been ingrained into me, and one of them is failure. I forgive my mother but, you know, she never had to take off my clothes, and take out a leather belt, and just hit me with it and hit me with it and hit me with it. And it wasn’t only that she would hit me but she would say, ‘You god damn kid, you’re never gonna amount to anything, you’re useless’. Like downgrading verbally while she’s hitting me. And ah, oh god it just totally messed up my life.

Amari’s narrative identifies the perceived links between childhood abuse, mental illness and the sense of “failure” or lack of self-worth. Amari noted the importance of appropriate medication; in other parts of the interview Amari had stated that medications prescribed previously had undesirable side effects, such as lethargy, drooling, and had made it difficult to function. Other participants described being prescribed medications that were not helpful,

Table 3: ICD-10 Coding and Frequencies for Mental Health Challenges

<i>ICD Category</i>	<i>Description of Mental Health Complaint</i>	<i>Study Participants</i>		
		<i>SLC</i>	<i>Kauppi et al. 2015 Period Prevalence Count</i>	
		Responses	Responses	Percent
F00-F09	Unspecified organic or symptomatic mental disorder	–	3	0.5
F10-F19	Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances: psychotic disorder	1	22	3.8
F20-F29	Acute and transient psychotic disorder, unspecified	7	78	13.4
F30-F39	Unspecified mood [affective] disorder	8	449	77.7
F40-F49	Other specified neurotic disorders	23	203	35.1
F50-F59	Mild mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified	1	4	0.7
F60-F69	Habit and impulse disorder, unspecified	–	10	1.7
F70-F79	Mild mental retardation	–	1	0.2
F80-F89	Unspecified disorder of psychological development	1	6	1.0
F90-F99	Unspecified mental disorder, not otherwise specified	2	153	26.6
R40-R69	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified	10	29	5.1
T74	Adult and child abuse, neglect and other maltreatment, confirmed	3	4	0.7
X71-X83	Intentional self-harm	–	1	0.2
Z00-Z99	Factors influencing health status and contact with health services	19	64	11.2
	<i>Total</i>	<i>75</i>	<i>1,027</i>	<i>177.9</i>

Note: Results are based on multiple responses. Therefore the total number of responses is greater than the number of participants.

including Finley and Zion: “I don't find they are much help, like they give you medications and stuff and [don't hear] your needs.” (Finley) “I used to be on Zoloft but I took myself off it because it was making me even worse” (Zion).

The participants identified a range of mental health challenges. Table 3 shows the results of the analysis of mental health issues that were self-reported by the participants of the SLC needs assessment and the PPC data. The ICD-10 classification was used rather than the DSM in order to be consistent with the analysis of physical health issues; the tools developed by the World Health Organization (1993; 2015) were used for both analyses. Twenty SLC participants identified 75 mental health challenges compared to 1,027 listed by 564 PPC participants. On average, 20 SLC participants identified approximately four mental health issues while the PPC participants self-reported approximately two.

There is some consistency between the SLC and PPC results in that the categories in which none or only one of the SLC participants reported mental health issues were also categories seldom found in the self-reports of PPC participants. The largest number of SLC participants' reports fell into the categories of “other neurotic disorders” and the general categories of “factors influencing health status and contact with health services” and “abnormal clinical findings”. Participants with specific diagnoses reported mood and psychotic disorders; these included schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar affective disorder or depressive episodes. In the PPC sample, mood and unspecified neurotic or mental disorders were the largest categories of issues identified.

Recommendations of Participants for the Clinic

All 26 participants wanted to see a SLC clinic established. Amari stated:

[An inter-professional clinic] would work good. The [students] could learn about street life and the people on the street could learn about taking care of themselves and [their] physical health. It's a win-win situation.

Others made positive statement such as “there's a need. I'd love to partake”, “I will attend”, “I'd feel comfortable” and “I think that's going to help everybody.” Participants made many suggestions to guide the model for a clinic. They wanted specific workshops on issues such as hepatitis C, seizures, suicide, addictions and mental health coping. They also spoke to the need for multiple professions to be involved including medicine, social work, nursing, pharmacy, dental, vision and dietetics. Indigenous people spoke to the need for more culturally safe services. There were numerous suggestions regarding the structure of services including location, hours of operation, accessibility, transportation and provision for continuity of care.

Discussion and Conclusions

The findings show the need for additional services to address the physical and mental health challenges of homeless and near-homeless people in Sudbury. All participants of the SLC needs assessment believed that they could be better served by an inter-professional clinic than by walk-in clinics or ER services; yet, as over three-quarters did not have a family physician, they had few other options. The ER is an expensive way for homeless people to access the healthcare system (Dawson & Zinck, 2009) and many of our participants noted that their needs were not met when seeking services there.

Simpson and Long (2007) observed that student-run clinics in the USA operate with considerable flexibility and often offer services in non-traditional locations and in alternative modes such as mobile vans. By implementing collaborative working relationships with community partners, SLCs can provide for better access to health care for vulnerable and marginalized people. Holmqvist et al. (2012) described characteristics of SLCs in Canada. These authors argued that SLCs in Canada often operate in a manner that embodies values such as health equity, student leadership and inter-professionalism (IP). The incorporation of the IP approach is beneficial in that student learning can be multi-directional such that students benefit from others at different stages of learning, from varied disciplines, from licensed professionals and from the people who access services.

SLCs are a growing phenomenon in the USA, Canada, Australia and the UK (Holmqvist et al., 2012). They can provide a sound mechanism for social accountability in the provision of healthcare services while simultaneously offering an additional strategy for addressing the needs of marginalized people and complementing existing services. In addition, SLCs can have a positive impact on learners who want to volunteer their time while gaining clinical and leadership skills. The data gathered as part of the needs assessment demonstrate that people living with homelessness in Sudbury want to see an SLC operating in this city. Collectively, they articulated a vision of healthcare that includes learners working collaboratively while supervised by qualified professionals as a means to improve access to services.

Finally, the development of an SLC in Sudbury could embrace the goal of serving Indigenous people in a way that offers cultural safety. Allan and Smylie (2015) have described the policy statements and guidelines of Canadian medical training organizations which seek to optimize services to Indigenous people. Such policies are consistent with the strategic plans of Laurentian University and NOSM. NOSM's strategic plan for 2015-2020 states that recruiting learners from the north is essential to "graduating health professionals who have the knowledge, skills, competencies, and humility to provide care adapted to the needs of Northern, rural, and remote—including Aboriginal and Francophone—communities" (NOSM, 2015, p. 2). The inclusion of an approach that offers services in a culturally sensitive way is an important way to complement the existing healthcare services in Sudbury.

References

- Allan, B. & Smylie, J. (2015). *First Peoples, Second Class Treatment: The Role of Racism in the Health and Well-being of Indigenous Peoples in Canada*. Discussion Paper. Toronto, Ontario: Wellesley Institute.
- Canadian Medical Association. (2013). *Health Care in Canada: What Makes Us Sick?* Canadian Medical Association Town Hall Report. CMA, July 2013.
- Courtney-Pratt, H., FitzGerald, M., Ford, K., Marsden, K., & Marlow, A. (2012). Quality clinical placements for undergraduate nursing students: A cross-sectional survey of undergraduates and supervising nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (6), 1380–1390.
- Dawson, H. & Zinck, G. (2009). ED spending in Canada: A focus on the cost of patients waiting for access to an in-patient bed in Ontario. *Healthcare Quarterly*, 12 (1), 25-28.
- Gaetz, S., Donaldson, J., Richter, T. & Tanya Gulliver, T. (2013). The State of Homelessness in Canada 2013. *Homeless Hub Paper #4*. Canadian Homelessness Research Network Press. <http://www.homelesshub.ca/SOHC2013> (accessed 7 March 2015).
- Hall, A., Forrest, A., Alan S. & Niki, C. (2006). Making a difference. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 61 (3), 408-436.
- Hastings, J., Zulman, D. & Wali, S. (2007). UCLA mobile clinic project. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 18, 744-748.
- Holmqvist, M., Courtney, C., Meili, R. & Dick, A. (2012). Student-run clinics: Opportunities for interprofessional education and increasing social accountability. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 2 (3), 264-277.
- Hwang, S., Wilkins, R., Tjepkema, M., O'Campo, P. & Dunn, J. (2009). Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *BMJ*, 7 November, 339, b4036.
- Kauppi, C., Pallard, H. & Faries, E. (2015). *Homelessness in Greater Sudbury: 2015 Period Prevalence Count*. Report prepared for the City of Greater Sudbury. Sudbury, Ontario: Centre for Research in Social Justice and Policy, Laurentian University.
- Kent, F. & Keating, J. (2013). Patient outcomes from a student-led interprofessional clinic in primary care. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 336-338.
- Moskowitz, D., Glasco, J., Johnson, B., & Wang, G. (2006). Students in the community: An interprofessional student-run free clinic. *Journal of Interprofessional Care*, 20 (3), 254–259.
- Northern Ontario School of Medicine. (2015). 2020 Vision: Reaching Beyond Extra Ordinary Together. NOSM Strategic Plan 2015-2020. http://www.nosm.ca/uploadedFiles/about_us/NOSM%20Strategic%20Plan%20ENG%20%E2%80%94%20Web.pdf

- Palombaro, K., Dole, R., & Lattanzi, J. (2011). A case report of a student-led pro bono clinic: A proposed model for meeting student and community needs in a sustainable manner. *Physical Therapy, 91* (11), 1627–1635.
- Ryskina, K.L., Meah, Y.S., & Thomas, D.C. (2009) Quality of diabetes care at a student-run free clinic. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 20* (4), 969-981.
- Simpson, S. & Long, J. (2007). Medical student-run health clinics: Important contributors to patient care and medical education. *Journal of General Internal Medicine, 22* (3), 352–356.
- Stuhlmiller, C. & Tolchard, B. (2015). Developing a student-led health and wellbeing clinic in an underserved community: Collaborative learning, health outcomes and cost savings. *BMC Nursing, 14*, 32.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research: Analysis and Software Tools*. Bristol, PA: The Falmer Press.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision*. Geneva, World Health Organization.

Gouvernements, réseaux et infirmières devant les besoins de santé des francophones en situation minoritaire*

Anne Marise Lavoie, Sylvie Larocque, Amélie Hien, Marie St. Onge, Diane Mageau

Résumé

En Ontario, comme ailleurs au Canada, la satisfaction des besoins de santé des francophones en situation minoritaire est une préoccupation majeure de sécurité et de qualité des services. Des lois et des règlements ont été émis par les gouvernements, des documents sur la recherche ont été produits par les organismes et des interventions ont été effectuées par les gestionnaires et les professionnels des systèmes de santé pour endosser cette préoccupation. Toutefois, ces efforts ne sont pas suffisants. Encore aujourd'hui, les francophones ayant des problèmes de santé ne sont pas assurés d'avoir des intervenants qui parlent leur langue lorsqu'ils se présentent à l'hôpital, même dans une région désignée en vertu de la Loi sur les services en français. De plus, les travailleurs de la santé ne voient pas d'amélioration sur le terrain. Il manque des professionnels de la santé, particulièrement des infirmières bilingues qui donnent des soins de première ligne à la clientèle francophone. Parfois, les gestionnaires n'embauchent pas de francophones; pour eux, la langue française est un atout, mais pas une obligation. Les infirmières francophones continuent de parler anglais dans leurs milieux de travail parce qu'elles veulent éviter les conflits interpersonnels et elles ont peur de subir de la discrimination. Il reste donc aux établissements d'enseignement de convaincre les étudiantes infirmières francophones, lorsqu'elles seront sur le marché du travail, de promouvoir la cause du français en offrant activement les soins dans leur langue.

Problématique

L'anglais et le français sont les deux langues officielles du Canada, mais approximativement 85% de la population canadienne a déclaré faire usage de l'anglais au travail. De cette proportion de travailleurs, environ 77% qui utilisent l'anglais presque tout le temps, 2% à proportion égale avec le français et 6% comme langue seconde. Quant au français, il est utilisé dans une proportion de 25% au Canada. De ce nombre, environ 20% utilisent le français plus souvent que l'anglais, 2% en proportion égale avec l'anglais et 4% comme langue seconde (Statistique Canada, 2011). L'anglais comme langue de travail domine largement dans toutes les provinces canadiennes à l'exception du Québec, province majoritairement francophone où environ 98% de la population déclare en faire usage (Statistique Canada, 2011).

La plus forte proportion de travailleurs, soit environ 58%, rapporte faire usage des langues anglaises et françaises au travail dans la région de Gatineau, 48% à Montréal, 37% à Moncton, 29% à Sherbrooke, 28% à Ottawa et 23% dans le Grand Sudbury (Statistique Canada, 2011). Les plus fortes proportions d'utilisation des deux langues officielles au travail se retrouvent dans certaines régions du Québec, du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario. En

* Le féminin est utilisé dans le texte pour faire référence aux étudiantes en sciences infirmières, qui surpassent significativement le nombre d'étudiants -masculins- dans ce domaine et reflète la littérature que nous avons recensée.

Ontario, à peu près 70% des travailleurs francophones utilisent régulièrement ou principalement le français comme langue de travail (Statistique Canada, 2006). Certains travailleurs de la province qui œuvrent auprès du public sont surtout en contact avec des clientèles anglophones et ils conversent avec eux en anglais. Cependant, il y a des clientèles francophones qui malheureusement n'obtiennent pas leurs services en français, car les prestataires de ces services ne sont pas nécessairement bilingues malgré qu'il y ait deux langues officielles au Canada. Les professionnels de la santé sont des travailleurs qui ont des contacts fréquents avec ces clientèles.

En Ontario, il y a 561,155 francophones, soit 4,4% de la population totale de la province (Statistique Canada, 2011). Depuis 2001, une diminution en pourcentage de personnes francophones est à noter en Ontario (Statistique Canada, 2011). Cette situation résulte du fait que la population ontarienne en général augmente plus rapidement tandis que la population francophone ne s'accroît pas au même rythme. La population francophone se place au deuxième rang au Canada après celle du Québec et au premier plan parmi les communautés francophones hors Québec. D'après Statistique Canada (2006), la distribution régionale de la population francophone en Ontario se répartit de la manière suivante : 41,5% des francophones sont regroupés dans l'est de la province, 28,7% dans le Centre, 22,5% dans le Nord-Est, 5,9% dans le Sud-Ouest, et 1,4% dans le Nord-Ouest. La population francophone comprend 14,6 % de personnes âgées de 65 ans ou plus (Office des affaires francophones, 2011). En effet, il est important de noter que un francophone sur cinq en Ontario se retrouve dans les groupes d'âge de 45 à 54 ans et de 65 ans et plus, et que la moyenne d'âge des francophones est supérieure à celle des anglophones (Office des affaires francophones, 2011). Aussi, les francophones hors Québec sont plus âgés mais aussi moins scolarisés et moins actifs sur le marché du travail.

Cette tendance démographique est lourde de conséquences puisque les personnes plus âgées nécessitent plus de contacts avec les travailleurs de la santé et ont des problèmes plus complexes et représentent 60% des dépenses annuelles en soins de santé en Ontario (Sinha, 2012). Ces statistiques relatives à l'âge auront des implications importantes au niveau des besoins de santé de la population francophone au cours des prochaines années. L'enquête menée par la Société Santé en français en 2011 établit que l'offre de services de santé en français est un enjeu majeur pour les communautés francophones un peu partout au pays. De plus, il y a une grande hétérogénéité dans l'offre de services puisque d'importantes différences régionales existent entre les diverses communautés francophones canadiennes (Forgues, Bahi, Michaud, Deveau, Boudreau & St-Onge, 2011). En situation minoritaire, 85% des francophones jugent qu'il est important d'obtenir des services de santé dans leur langue, peu importe le type de services (Forgues et coll., 2011). Les travailleurs de la santé doivent s'engager davantage dans l'offre de service de santé en français.

De manière générale, les francophones hors Québec décrivent leur état de santé comme inférieure comparé aux anglophones (Forgues, Guignard Noël, Nkolo & Boudreau, 2009; Bouchard, Beaulieu & Desmeules, 2012). À titre d'exemple, des études démontrent qu'en Ontario, l'incidence de certaines maladies est plus élevée dans la population francophone qu'anglophone (Gaboury, Guignard Noël, Forgues & Bouchard, 2009). Les Franco-ontariens se sentent mal desservis par les fournisseurs de soins. Ils aimeraient que les professionnels de la santé s'expriment en langue française lorsque leur état de santé nécessite des soins complexes ou lorsque leur problème est de nature psychosociale (Bouchard, Chomienne, Benoit, Boudreau, Lemonde & Dufour, 2012). Cette situation demeure critique pour certains Franco-ontariens en

raison principalement du manque de compétences linguistiques en français et en anglais, du faible niveau d'éducation et de la difficulté à comprendre le langage médical (Hien & Giroux, 2013). De plus, les francophones de l'Ontario ont peur de demander des services dans leur langue, parce qu'ils se sentent souvent intimidés, pensent être une gêne et qu'ils veulent avoir accès à un service dans un délai raisonnable (Drouin & Rivet, 2003; Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert & Dubois, 2009; Hien & Giroux, 2013; Drolet, Savard, Savard, Benoît, Arcand, Lagacé, Lauzon & Dubouloz, 2014).

L'Ontario est la province, en dehors du Québec, ayant la plus grande communauté francophone de professionnels de la santé. En 2006, les professionnels de la santé francophones représentaient 9,6% de cette catégorie de travailleurs en Ontario et seulement 10% pour tout le pays (Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada, 2009). Les professionnels de la santé doivent dispenser un service sécuritaire et de qualité. Ils sont imputables de leurs actes qui sont régis par un code provincial de déontologie (Lortie & Lalonde, 2012). Cependant, cette imputabilité n'exige pas d'eux qu'ils parlent français dans des milieux de soins anglophones ou bilingues. De plus, les professionnels bilingues qui sont ouverts aux minorités linguistiques, ont de la difficulté à offrir des services en français lorsqu'ils travaillent dans ces milieux (Bouchard & Vézina, 2009; Bouchard, Vézina & Savoie, 2010). Les infirmières francophones bilingues font partie de ces professionnels de la santé et on s'interroge sur leur capacité à offrir des soins de qualité et des services aux Franco-ontariens.

Le but de la présente étude est d'explorer comment les gouvernements, les réseaux et les infirmières peuvent répondre équitablement aux besoins de santé des francophones en situation minoritaire.

Méthodologie

La recherche documentaire est une recension systématique et exhaustive des écrits (Favre & Kramer, 2013). Elle nous permettra de répondre à notre question de recherche en identifiant des sources d'information sur le travail dans le domaine de la santé auprès des francophones en situation minoritaire (Université de Moncton, 2016). Il s'agit ici dans un premier temps de consulter les bases de données Medline et CINALH, et de passer en revue les résumés des articles des vingt dernières années sur le sujet afin de dégager une idée générale.

La première étape est de définir le sujet de la recherche en faisant des remue-méninges pour trouver l'angle sous lequel aborder le sujet (Favre & Kramer, 2013; Fortin & Gagnon, 2015), soit scientifique, chronologique, thématique, historique ou bien une combinaison de plusieurs aspects. Pour cette recherche, les aspects thématiques ont été choisis. La recherche des bases de données a fait ressortir les thèmes politiques et sociologiques des services de santé des francophones en situation minoritaire.

La deuxième étape d'une recherche documentaire consiste en l'identification des mots-clés ou des concepts liés au thème (Favre & Kramer, 2013; Fortin & Gagnon, 2015). Pour cette recherche, les mots-clés (français et anglais) choisis sont travail, francophone, situation minoritaire, langue, travailleur, professionnel, gestionnaire, infirmières, santé et système. Il faut aussi utiliser, lors de cette étape, les mots associés ou adjacents, les synonymes et les antonymes.

La troisième étape concerne la consultation des ouvrages de référence tels que des dictionnaires et des encyclopédies, les livres, les monographies et la consultation des catalogues de la bibliothèque et les périodiques dans les bases de données (Favre & Kramer, 2013; Fortin & Gagnon, 2015). Une cinquantaine d'articles discutant de la santé des francophones en situation minoritaire ont été sélectionnés sur diverses bases de données comme PsyINFO, Medline, CINALH, ERIC.

La quatrième étape est de considérer les informations sur Internet en utilisant des moteurs de recherche comme Google et Yahoo et en portant une attention particulière à la qualité des données obtenues (Centre de ressources en soins infirmiers, 2016). Les sites Internet privilégiés sont administrés par des gouvernements, des collèges ou des universités, des organismes non gouvernementaux ou des organismes internationaux. Les écrits sur les associations qui défendent les francophones en situation minoritaire ont été compilés afin de traiter le sujet de manière exhaustive.

La cinquième étape comporte une collecte de tout autres renseignements sur le sujet susceptibles d'entrer dans le cadre du travail, sans oublier de noter les références qui permettront d'identifier ces sources. Finalement, la rédaction d'un travail avec une introduction, un développement et une conclusion tout en soignant le contenu et la forme du document qui répond à la question de recherche documentaire sur les francophones en situation minoritaire sera produit. Le document rédigé comprend enfin une analyse ou une critique des résultats provenant de la collecte de données afin d'orienter la conclusion (Favre & Kramer, 2013).

Résultats

Au Canada, il y a plusieurs lois en vigueur pour assurer les droits des francophones en situation minoritaire. La Charte canadienne des droits et libertés décrit les droits linguistiques et protège les minorités linguistiques du pays. L'Acte officiel des langues établit le respect des droits égaux pour les populations anglophone et francophone. De plus, la loi soutient le développement linguistique des communautés minoritaires (Commissariat aux langues officielles, 2013).

En 1980, le Gouvernement fédéral révisé la Loi sur les langues officielles en stipulant dans l'article 41 que le « gouvernement fédéral s'engage à favoriser l'épanouissement des communautés francophones et anglophones en situation minoritaire au Canada et à appuyer leur développement, ainsi qu'à promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne » (Gouvernement fédéral, 2001, p. 13). La loi n'impose pas que les citoyens canadiens doivent parler les deux langues officielles, mais elle souligne l'importance d'offrir des services dans les deux langues officielles à travers le pays. Il faut noter que des services de qualité, accessibles et équitables, doivent être disponibles dans les deux langues officielles aux Canadiens quelle que soit leur situation dans les institutions fédérales (Bouchard, Beaulieu & Desmeules, 2012).

En 1986, la Loi sur les services en français (LSF) enjoint le gouvernement de l'Ontario et ses organismes d'offrir ses services en français dans les régions où le nombre de francophones l'exige. Il y a jusqu'à maintenant vingt-six régions désignées en vertu de la LSF. Par cette loi, la

population ontarienne est ainsi assurée de pouvoir obtenir des services en français dans les organismes gouvernementaux de santé. Elle assure que l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la transférabilité et la gestion publique soient en marche (Commissariat aux services en français, 2009). Cette loi est à l'origine du long processus de reconnaissance des besoins de santé des francophones de l'Ontario à travers toute la province. En Ontario, le système de désignation sous la LSF est une reconnaissance légale à offrir des services en français selon des critères fixés par l'Office des affaires francophones dans le but de satisfaire aux besoins de santé des francophones (Assemblée de la francophonie de l'Ontario, 2014). Certains organismes sont désignés partiellement ou totalement bilingues. Pour obtenir une désignation, l'organisme doit en faire demande et offrir des preuves qui démontrent qu'ils satisfont aux quatre critères suivants: 1) offrir de manière permanente des services de santé de qualité, 2) assurer l'accessibilité des services en français, 3) assurer une représentation équitable sur le conseil d'administration et dans les échelons gestionnaires de l'organisme et 4) rendre explicite l'offre des services en français par écrit en identifiant les rôles, les responsabilités et les stratégies pour assurer l'offre de ces services. Toutefois, plusieurs organismes en Ontario sont identifiés comme fournisseurs de services de santé en français sans nécessairement posséder la désignation.

Toutefois en 2001, selon le rapport au Ministre fédéral de la santé par le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, environ 50% des francophones en situation minoritaire avaient accès à des services de santé dans leur langue maternelle. L'accès au système de santé comprend la capacité de pouvoir communiquer ses besoins de santé aux intervenants sans rencontrer des barrières à la communication. Les intervenants doivent avoir la capacité linguistique d'aider, de conseiller, d'orienter et d'éduquer (Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, 2001). Les barrières linguistiques tel que le fait de ne pas pouvoir s'exprimer et de ne pas être compris augmentent le stress et l'anxiété et peuvent créer une baisse au recours à des services préventifs, une hausse du temps de consultation, une réduction de la qualité des services, une diminution de la probabilité d'observance des traitements, une diminution de la satisfaction à l'égard des soins et un accroissement des coûts de soins de santé (Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire, 2001; Hien & Giroux, 2013). Les besoins de santé des communautés francophones sont inégalement remplis sur le territoire canadien.

La Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local en Ontario prévoit un système de santé qui devrait améliorer la santé de la population ontarienne grâce à la création de quatorze réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Ces réseaux doivent proposer des plans de services de santé en français de grande qualité qui devraient être mis en place en collaboration avec les francophones et les entités de la collectivité qui les représentent (Assemblée de la francophonie de l'Ontario, 2014). Ces services sont destinés à répondre aux besoins de santé des communautés comme celles des francophones en améliorant le système de santé dans son ensemble. Le gouvernement ontarien fait davantage d'effort pour combler les besoins des communautés francophones et il met sur pied six entités pour planifier les services de santé en français et conseiller les RLISS. Ces entités couvrent toute la province et sont réparties par régions (Sud-Ouest, Sud, Centre-Ouest, Centre-Est, Sud-Est et Nord; Gouvernement Ontarien, 2010).

En 2009, le commissariat aux services en français, un organisme gouvernemental, produit un rapport avec des recommandations spécifiques destinées au système de santé de la province afin d'assurer l'amélioration des services de santé en français lors de la planification des soins de santé en Ontario (Commissariat aux services en français, 2009). La santé d'une personne dépend en grande partie de sa capacité d'accéder au système de santé dans un délai raisonnable et aussi de sa capacité de pouvoir communiquer ses besoins dans sa langue puisque la communication est un déterminant de la santé (Bowen, 2001). Malgré les efforts faits pour les francophones, le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée réitérait l'observation suivante « Le système de santé doit être guidé par un engagement à l'égard de l'impartialité et du respect de la diversité au sein des collectivités lorsqu'il dessert la population de l'Ontario et respecter les exigences de la communauté francophone de l'Ontario, p. 41 » (Bouchard, Beaulieu & Desmeules, 2012).

L'objectif de ce système est de permettre à la population francophone d'assurer sa santé et son bien-être grâce à un accès équitable à des services de santé en français de grande qualité. D'après Lortie et Lalonde (2012), cette situation se poursuit parce que les systèmes de santé ne donnent pas suffisamment de soins ou un accès égal à toutes les personnes, ils accentuent les disparités sociales et conduisent à la dégradation de l'état de santé de la population. En raison de cette situation, en 2014, la Ministre de la Santé madame Rona Ambrose, a décidé avec le gouvernement canadien d'investir dans de nouveaux projets à l'échelle du pays et qui devraient améliorer l'accès à des services de santé des communautés francophones à l'extérieur du Québec, et cela, par la formation et l'intégration d'un nombre plus important de professionnels bilingues dans les systèmes provinciaux de santé pour offrir activement des services (Gouvernement fédéral, 2014).

L'autre constat fait par le gouvernement fédéral est que la réponse aux besoins de services en français passe par l'offre active. Avant 2008, l'offre active des services en français par les fournisseurs de soins n'était pas à l'ordre du jour des instituts de recherche et des écrits scientifiques (Forgues et coll. 2011). Entre 2001 et 2008, le sujet d'étude privilégié s'avérait être la compétence culturelle et linguistique et domine les publications de l'époque. C'est seulement entre 2008 et 2009 que l'offre active des services de santé en français est étudiée dans la littérature (Forgues et coll. 2011). L'offre active est importante car elle est l'un des éléments essentiels et nécessaires pour mettre en place un modèle de services de santé en français adapté aux besoins de la communauté. L'offre active implique un engagement de la part de tout organisme à connaître les besoins de la clientèle francophone et à prendre le temps de planifier et d'organiser les services pour les francophones (Forgues et coll., 2011).

Depuis 2008, le Consortium national de formation en santé (CNFS) a été mandaté par le gouvernement fédéral et s'est intéressé à l'offre des services de santé en français au Canada pour les personnes en situation minoritaire. Grâce au CNFS, des groupes de chercheurs sont encouragés à réaliser de nombreuses études. Les premières études se rapportent aux contenus et aux outils de formation des étudiants afin de les sensibiliser à la clientèle francophone qu'ils vont potentiellement desservir en milieu de stage (Bouchard et Vézina, 2009). Les études suivantes s'adressent aux futurs professionnels de la santé afin qu'ils prennent conscience des réalités des communautés francophones en contexte minoritaire (Bouchard et Vézina, 2009).

Une étude effectuée pour le CNFS au sujet de l'état de santé chez les francophones en situation minoritaire montrait que les barrières linguistiques produisent des effets négatifs sur l'accès aux services de santé, sur la qualité des soins et des traitements, sur les droits et sur la satisfaction des clients et des professionnels de la santé (Gaboury, Guignard, Forgues & Bouchard, 2009). De plus en 2010, le CNFS et la Société santé en français (SSF) ont recommandé conjointement au Gouvernement ontarien de recueillir des données plus précises concernant la langue de communication primaire. Plus spécifiquement, il s'agit de départager la langue maternelle, la langue parlée à la maison et la connaissance du français et de l'anglais. Ces distinctions deviennent essentielles pour déterminer les besoins de santé particuliers des francophones en situation minoritaire et pour identifier le nombre réel de francophones.

Le document officiel produit par l'institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques (2012) critiquait le fait que les gestionnaires des services de santé n'embauchaient pas des travailleurs francophones ou bilingues et n'utilisaient pas des volontaires bilingues afin de répondre aux besoins de la clientèle francophone. Il est attristant de savoir que la recherche menée par l'institut révèle que les politiques d'embauche ne tiennent pas compte des compétences linguistiques des candidats. En ce qui a trait aux gestionnaires et au personnel administratif, une recherche qualitative produite en 2011 par Forgues, Bahi et Michaud s'intéressait au sujet de la langue employée dans leur milieu de travail. Les participants de cette étude comprenaient du personnel de bureau, des administrateurs, et des membres de l'équipe interprofessionnelle. La plupart des participants interrogés, qu'ils soient anglophones ou francophones, s'exprimaient en anglais au travail puisque cette langue était parlée par tous, ce qui n'est pas le cas du français. Les auteurs n'ont pas questionné les infirmières, pourtant un groupe particulier qui donne des soins de première ligne et qui doivent répondre aux besoins des personnes ayant des problèmes de santé.

Les professionnels de la santé en Ontario doivent dispenser un service sécuritaire et de qualité et sont imputables de leurs actes régis par un code provincial de déontologie (Lortie & Lalonde, 2012). Cependant, cette imputabilité n'exige pas d'eux qu'ils parlent français dans des milieux de soins anglophones ou bilingues. De plus, les professionnels bilingues ont de la difficulté à offrir des services en français lorsqu'ils travaillent dans ces milieux (Bouchard & Vézina, 2009; Bouchard, Vézina & Savoie, 2010). Certains de ces professionnels hésitent à s'afficher comme francophones par peur que cette offre active leur occasionne une surcharge de travail et que des conflits éclatent dans leurs milieux de soin (De Moissac, Savard, Ba, Zellama, Benoit, Giasson & Drolet, 2014). Les besoins de santé des francophones ne sont pas nécessairement pris en compte dans le travail.

Selon Bouchard et Vézina (2009), les nouvelles infirmières formées en français ne sont pas adéquatement outillées pour œuvrer auprès des communautés francophones en situation linguistique minoritaire, et ce, tant pour reconnaître les enjeux liés à l'offre active de services en français que pour poser des gestes concrets afin d'améliorer l'accès à ces services et répondre aux besoins de santé des francophones. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2007) indique que les infirmières francophones qui travaillent en milieu minoritaire rencontrent souvent des contraintes à parler en français parce que leur milieu de soins (la direction, les gestionnaires et les collègues) manifeste peu de réceptivité à ce qu'elles parlent français avec leurs collègues francophones ou bien avec leurs clients.

Selon le rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario, le commissaire aux services en français soulève l'obligation et la responsabilité des différents acteurs du système de la santé, notamment les infirmières autorisées (IA) et les infirmières auxiliaires autorisées (IAA), d'être en mesure d'offrir des services en français (Commissariat aux services en français, 2008). Seulement 3,4% des professionnels en sciences infirmières ont le français comme la première langue parlée tandis que 95,7 % parlent principalement l'anglais (Consortium national de formation en santé, 2011). En 2010, le rapport entre le nombre d'infirmières autorisées travaillant en soins infirmiers et la population canadienne s'établissait à une infirmière pour 127 personnes (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2012). Par contre, le rapport entre la proportion d'infirmières francophones au Canada en 2006 (9 175 soit 3,4%) et la population de langue maternelle française (6 970 405), était de seulement une infirmière pour 759 individus (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2007). On peut déduire que, soit il existe une pénurie d'infirmières francophones, soit les milieux de soins n'en embauchent pas assez.

En ce qui a trait aux institutions d'enseignement, il existe trois collèges et sept universités qui proposent des études postsecondaires en français aux étudiants provenant habituellement du secondaire. Le Campus d'Alfred de l'Université de Guelph, le Collège Boréal et la Cité collégiale dispensent généralement des programmes de formation technique de niveau collégial. Le Collège Glendon de l'Université York, le Collège universitaire de Hearst, le Collège universitaire dominicain, l'Université d'Ottawa, l'Université Laurentienne, l'Université de Sudbury et l'Université St Paul offrent des programmes de premier cycle universitaire. Quatre de ces institutions offrent des programmes de baccalauréat en sciences infirmières en français.

Les étudiants francophones qui poursuivent leurs études en français le font parce qu'ils ont étudié en français au primaire et au secondaire et veulent continuer leurs études dans leur langue (Allard, Landry et Deveau, 2010). Leurs écoles étant un milieu entièrement francophone, ces jeunes ont évolué, appris et vécu en français. L'apprentissage et la vie scolaire sont enrichis d'activités qui ont mis en valeur la culture francophone dans toute sa diversité. De plus, ils ont été probablement élevés dans un milieu familial francophone et c'est tout à fait naturel pour eux d'étudier en français (Allard, Landry et Deveau, 2010). Par contre, plusieurs francophones décident de poursuivre leurs études en anglais parce qu'ils comprennent, lisent et parlent l'anglais couramment et parce qu'ils baignent dans cette langue depuis l'enfance (Allard, Landry et Deveau, 2010). Ils croient que les milieux de travail sont principalement anglophones et que l'effort supplémentaire pour apprendre les termes en français et en anglais ne se justifie pas. Même si les institutions où ils travaillent sont désignées bilingues partiellement ou totalement, leurs expériences dans les milieux de travail démontrent bien que l'anglais demeure la principale langue de communication. Étant donné que l'apprentissage des deux langues officielles du pays est tissé dans leur vécu, les jeunes francophones ontariens qui fréquentent les institutions d'enseignement de langue française ont de plus fortes chances de maintenir un haut niveau de compétences linguistiques en français et en anglais, et ce, pendant toute leur vie (Allard, Landry et Deveau, 2010).

En Ontario, on observe que la communauté francophone se diversifie de plus en plus avec le temps, qu'elle doit se prendre en charge afin d'assurer sa survie identitaire et le développement de sa langue et de sa culture. La communauté francophone se doit d'investir dans son éducation en français (Allard, Landry et Deveau, 2010). Étant donné qu'il existe des

iniquités de santé en milieu minoritaire en Ontario et plus particulièrement, chez les immigrants francophones (Hien & Lafontant, 2013; Sanou, Beaudoin, Ngouabé & Lamothe, 2014), l'éducation demeure la pierre angulaire de l'offre active des services de santé en français et la réponse incontournable aux besoins de santé des francophones Ontariens et dans le reste du Canada.

Discussion

Toutes les études précédentes et les témoignages des divers organismes démontrent l'importance de considérer l'impact des barrières linguistiques sur la qualité des services de santé pour une communauté vivant en situation linguistique minoritaire.

À travers les lois promulguées depuis 1986, les gouvernements ont montré leur volonté d'offrir de services accessibles et équitables pour les francophones. Toutefois, la disponibilité du personnel francophone pour offrir un service ponctuel demeure un défi. Le patient/client a le droit de demander des services de santé en français dans les institutions et les organismes désignés, mais si son besoin de santé est urgent et que le personnel bilingue n'est pas accessible, peut-il attendre et mettre en danger sa sécurité? Il est particulièrement important d'augmenter le nombre de professionnels infirmiers pouvant offrir des soins en français et aussi de s'assurer que les clients francophones, lorsqu'ils sont hospitalisés, demeurent assignés à ces infirmières.

Les intervenants de la santé doivent également être en mesure de fournir des services de santé de qualité, efficaces et rentables dans la langue du choix du patient/client. De plus, un nombre suffisant de professionnels en santé, notamment des infirmières bilingues, est nécessaire afin de pouvoir offrir des services de santé de qualité non seulement curatifs, mais aussi préventifs. En vue de prévenir les barrières linguistiques à la communication, il est essentiel que l'offre active des services de santé fasse partie des compétences des professionnels de la santé, en particulier les infirmières qui sont en contact direct et permanent avec les patients/clients.

Les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières autorisées sont aux prises avec une incompréhension ou une inadéquation linguistique des établissements de santé et un accroissement non seulement de la population francophone, mais aussi de la population de personnes âgées qui sont plus susceptibles d'être admises dans les hôpitaux. Il faut aider les infirmières francophones à se sentir plus aptes à travailler en français en leur donnant de bons outils de travail, en leur fournissant la documentation nécessaire et en les intégrant dans un environnement de travail adéquat et bienveillant. Par la suite, elles doivent être en mesure d'échanger avec d'autres professionnels les informations sur les problèmes de santé des francophones soignés, d'encourager le suivi des soins en maintenant de bonnes relations avec les personnes concernées et, finalement, de favoriser le rétablissement ou le maintien de la santé.

Afin de combler à cette pénurie de main-d'œuvre francophone, les institutions postsecondaires de langue française en Ontario ont un grand rôle à jouer. Elles ont le mandat de former des professionnels de la santé capables de répondre aux besoins de santé en français de leur clientèle. À l'aide du CNFS, les étudiants finissants de ces institutions d'enseignement auront le devoir de promouvoir l'offre active de services de santé en français.

La recherche sur cette thématique démontre que l'idée des services de santé en français pour les communautés en situation minoritaire est relativement nouvelle, datant seulement de

2001. La situation est plus critique au niveau du manque de connaissance sur l'utilisation du français en milieu de travail par les diplômés des programmes en soins infirmiers car on a recensé que fort peu d'études.

Conclusion

Étant donné les écrits précédents, les efforts des gouvernements, des réseaux et des infirmières afin de desservir la population francophone de l'Ontario se poursuivent. Il convient toutefois de se donner collectivement les moyens d'agir mais le nombre grandissant de recherches dans le domaine suscite de l'espoir. Nos résultats révèlent qu'il n'y a pas ou peu d'études sur les diplômés formés dans un programme de santé en français en Ontario, plus particulièrement en soins infirmiers. Les recherches futures devraient porter sur la capacité des finissants d'utiliser leur langue de formation dans leur milieu de travail. Il conviendrait également de s'interroger sur l'effet des caractéristiques individuelles et des composantes du contexte général du milieu de travail sur l'utilisation du français. La prise en compte du contexte expliquera mieux le choix de la langue de travail des professionnels de la santé.

Les expériences de travail établissent les principes de base pour assurer l'accès des services dans les deux langues officielles. C'est pour cette raison que la recherche sur les aspects du milieu de soins des infirmières francophones devrait se poursuivre. Cette étude sociolinguistique sur l'utilisation de langue française par les diplômés en sciences infirmières dans le contexte du système de la santé constitue une première étape.

Références

- Allard, R., Landry, R. et Deveau, K. (2010). *Et après le secondaire? Aspirations éducationnelles et intentions de faire vie-carrière dans leur communauté des élèves de 12e année des écoles de langue française de l'Ontario*. Rapport de recherche. Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.
- Assemblée de la francophonie de l'Ontario. (octobre 2014). Livre blanc sur les assises de la santé en français en Ontario. Consulté le 8 février 2016. <https://monassemblee.ca/wp-content/uploads/2014/10/livre-blanc-sante-fr.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (novembre 2012). Profil des effectifs d'infirmières et infirmiers autorisés au Canada pour l'année 2010. Consulté le 10 février 2016. https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/2010_rn_snapshot_f.pdf
- Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Ottawa, ON. Santé Canada.
- Bouchard, L., Beaulieu, M., & Desmeules, M. (2012). L'offre active de services de santé en français en Ontario : une mesure d'équité. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 18 (2), 38-65.
- Bouchard, L., Chomienne, M.H., Benoit, M., Boudreau, F., Lemonde, M. & Dufour, S. (2012). Les Franco-Ontariens âgés souffrant de maladies chroniques se perçoivent-ils bien desservis? Une étude exploratoire de l'impact de la situation linguistique minoritaire. *Le médecin de famille canadien*, 58, 1325.
- Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M. H., Gilbert, A., & Dubois, L. (2009). La santé en situation linguistique minoritaire. *Healthcare Policy*, 4 (4), 33-40.
- Bouchard, P., & Vézina, S. (2009). *L'outillage des étudiants et des nouveaux professionnels: Un levier essentiel à l'amélioration des services de santé en français*. Ottawa, Ontario: Consortium national de formation en santé.
- Bouchard, P., Vézina, S., & Savoie, M. (2010). *Rapport du dialogue sur l'engagement des étudiants et des futurs professionnels pour de meilleurs services de santé en français dans un contexte minoritaire: Formation et outillage, recrutement et rétention*. Ottawa, Ontario: Consortium national de formation en santé.
- Centre de ressources en soins infirmiers. *Le Cadre formateur et l'apprentissage à la recherche documentaire sur Internet*. Recherche documentaire et formation. Consulté le 6 février 2016. http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Le_Cadre_formateur_et_l_apprentissage_a_la_recherche_documentaire_sur_Internet.pdf
- Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. (2001). *Rapport au Ministre fédéral de la santé*. Ottawa, ON. Santé Canada

- Commissariat aux langues officielles. (2013). *Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario*. Toronto, ON. Gouvernement de l'Ontario. Consulté le 9 février 2016. http://www.officiallanguages.gc.ca/fr/publications/rapports_annuels/2012-2013
- Commissariat aux services en français. (2009). *Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario*. Toronto, ON. Gouvernement de l'Ontario. Consulté le 8 février 2016. http://csfontario.ca/wpcontent/uploads/2009/05/CSF_rapport_planification_sante_francais_2009.pdf
- Consortium national de formation en santé et Société santé en français. (2010). *La santé des francophones en situation minoritaire: un urgent besoin de plus d'information pour offrir de meilleurs services*. Ottawa, ON
- Consortium national de formation en santé. (2011). Sommaire de l'analyse de la conjoncture et des facteurs pouvant influencer sur la formation et la recherche en santé en français. Consulté le 10 février 2016. <http://cnfs.net/wp-content/uploads/2015/06/SOMMAIRE-DU-RAPPORT-FINAL-ANALYSE-DE-LA-CONJONCTURE-CNFS-12-SEPTEMBRE-2011.pdf>
- De Moissac, D., Savard, S. Ba, Halimatou, Zellama, F., Benoit, J., Giasson, F., et Drolet, M. (2014). *Le recrutement et la rétention des professionnels de la santé et des services sociaux bilingues en situation minoritaire*. Ottawa, ON. Consortium national de formation en santé. Consulté le 9 février 2016. <http://ustboniface.ca/file/documents---recherche/Recrutement-et-rtention-des-professionnels-bilingues-2014.pdf>
- Drolet, M., Savard, J., Savard, S., Benoît J., Arcand I., Lagacé J., Lauzon S. et Dubouloz, C-J. (2014) « Health Services for Linguistic Minorities in a Bilingual Setting : Challenges for Bilingual Professionals », *Qualitative Health Research*, 24 (3), 295-305.
- Drouin, J., & Rivet, C. (2003) Training medical students to communicate with a linguistic minority group. *AcademicMedicine*, 78 (6), 599-604.
- Favre, N. & Kramer, C. (2013). *La recherche documentaire au service des sciences infirmières: méthodes et ressources*. Paris:Éditions Lamarre.
- Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada. (2009). Profils des communautés francophones et acadiennes du Canada. Consulté le 11 février 2016. http://profils.fcfa.ca/user_files/users/44/Media/Canada/canada_fr.pdf
- Forgues, E., Bahi, B., Michaud, J., Deveau, K., Boudreau, J., St-Onge, S. (2011). *L'offre des services de santé en français en contexte minoritaire*. Moncton, NB. Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques.
- Forgues, E., Guignard Noël, J., Nkolo, C. & Boudreau, J. (2009). *De l'émergence à la consolidation — L'état de la recherche en santé chez les francophones en situation minoritaire: rapport de recherche*. Ottawa, Consortium national de formation en santé.

- Fortin, M.F. & Gagnon, J. (2015). *Fondements et étapes du processus de la recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Gaboury, I., Guignard Noel, J., Forgues, E., et Bouchard, L. (2009). *Les données administratives et d'enquêtes sur l'état de santé et l'accès aux services des communautés francophones en situation minoritaire: Potentiel d'analyse et état de situation*. Ottawa, ON. Consortium national de formation en santé. Consulté le 10 février 2016. http://cnfs.net/wp-content/uploads/2015/06/Rapport_final_de_recherche_0.pdf
- Gouvernement fédéral. (2001). *Rapport au Ministre fédéral de la santé. Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire*. Ottawa, ON. Santé Canada
- Gouvernement fédéral. (30 mai 2014). *Le gouvernement Harper investit dans les services de soins de santé pour les communautés linguistiques minoritaires*. Consulté le 7 février 2016. <http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=852299&tp=1>
- Gouvernement ontarien. (15 décembre 2010). Les entités de planification des services de santé en français prévues par la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et le Règlement 515/09. Bureau des services de santé en français. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Consulté le 11 février 2016. <http://health.gov.on.ca/fr/public/programs/flhs/planning.aspx>
- Hien, A. et Giroux M. (2013). «La Loi sur les services en français de l'Ontario et le domaine de la santé : le cas de la ville du Grand Sudbury», *Plurilinguisme et monde du travail. Professions, opérateurs et acteurs de la diversité linguistique*, Giovanni Agresti et Cristina Schiavone (dir.), Actes des Cinquièmes Journées des Droits Linguistiques (Teramo-Giulianova-Civitanova Marche, 19–21 mai 2011), Roma, Aracne, p. 177–195.
- Hien, A. & Lafontant, J. (2013). Iniquités de santé en milieu minoritaire: diagnostic de la situation chez les immigrants francophones de Sudbury. *Revue canadienne de santé publique* 104 (6), 75-78.
- Lortie, L., & Lalonde, A. (2012). *Cadre de référence pour la formation à l'offre active des services de santé en français*. Ottawa, ON. Consortium national de formation en santé.
- Office des affaires francophones. (2011). *Données du recensement de 2011 selon la Définition inclusive de francophone (DIF)*. Consulté le 9 février 2016. <http://www.ofa.gov.on.ca/fr/franco-stats.html>
- Sanou, B., Beaudoin, M., Ngouabé, J. & Lamothe, L. (2014). *Étude des besoins de santé des immigrants francophones de Sudbury Rapport final*. Centre de santé communautaire du Grand Sudbury. Consulté le 10 février 2016. http://santesudbury.ca/sites/default/files/rapport_final_sante_des_immigrants_24_11_14.pdf
- Sinha, S.K. (décembre 2012). *Vivre bien et plus longtemps. Rapport soumis au ministre de la Santé et des Soins de longue durée et au ministre délégué aux Affaires des personnes âgées sur les recommandations visant à contribuer à la Stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées*. Consulté le 9 février 2016. http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/seniors_strategy/docs/seniors_strategy_report.pdf

Statistique Canada. (2011). *Effectif et proportion de la population ayant déclaré le français selon la caractéristique linguistique, Nouveau-Brunswick et Ontario, 2006 et 2011*. Consulté le 8 février 2016. https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-314-x/2011003/tbl/tbl3_1-4-fra.cfm

Statistique Canada. (2006). *Nombre et proportion de travailleurs francophones/ qui utilisent le français le plus souvent ou régulièrement au travail, Canada, provinces, territoires et Canada moins le Québec, 2001 et 2006*. Consulté le 8 février 2016. http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-555x/table/t2_1-fra.cfm

Université de Moncton. *Exemple de recherche documentaire. Science infirmière*. Consulté le 6 février 2016. http://www.umoncton.ca/umcs-bibliotheque/files/umcs-bibliotheque/wf/scienceinfirmiere_cinahl_2e_3e_040914.pdf

Closer to Home: A mixed methods client satisfaction study at a Canadian northern satellite pediatric cardiology clinic *

Nancy Lightfoot, Gil Gross, Jennifer Russell, Colin Berriault, Nicole Barbosa, Rose Ann Kozinski, Elizabeth Wenghofer, Diane Belanger-Gardner

Abstract

Coping with a child with congenital heart disease (CHD) is made more difficult by distant travel for specialist healthcare. Children with CHD in northeastern Ontario, Canada are initially assessed in Toronto. A satellite clinic was established in Sudbury Ontario to which a pediatric cardiologist travels three or four times annually. This study involves quantitative responses from 84 patient/families living in Greater Sudbury (GS) or other northeastern Ontario locations (ONEO) regarding travel to the satellite clinic, the satisfaction with clinic visit, and patient quality of life. One family was interviewed for a qualitative case study. The satellite clinic was described as 'very convenient' by 92% of GS families, but only 60% of ONEO families. There was, however, no statistically significant difference in quality of life between GS and ONEO patients. Overall, 69% reported being 'very satisfied' with the satellite clinic visit. Those in the 'very satisfied' response category also had a higher mean on the quality of life measure ($p < 0.05$). Qualitative results indicated difficulties associated with the Northern Health Travel Grant process. Further study is required in order to better support those who must travel for healthcare.

Introduction

Congenital heart disease (CHD) currently affects 6 to 8 babies in every 1,000 births (Wessels & Willems, 2010). One or more early surgical interventions are commonly required, but with support and monitoring even those with complex lesions may survive to adulthood (Blue, Kirk, Sholler, Harvey, & Winlaw, 2012). Importantly, during the years that a CHD patient is a minor, their condition, treatment, and ongoing care are likely to affect the entire family. A diagnosis of CHD can significantly affect both parents (Hinoki, 1998; Upham & Medoff-Cooper, 2005) and mothers most frequently (Bevilacqua et al., 2013; Garson Jr, Benson, Ivler, & Patton, 1978; Lobo, 1992; Upham & Medoff-Cooper, 2005; Uzark, Rosenthal, Behrendt, & Becket, 1985). Serious cases may place great emotional and financial strain on young families, although patient and family education play an important role in coping (American Heart Association, 2012). Lower education, unemployment, and financial strain are associated with greater reported psychosocial problems (Davis, Brown, Bakeman, & Campbell, 1998; Lawoko, 2007; Storhaug, 1983). Children with CHD may have behavioural, emotional, psychological, and social adjustment problems that influence family well-being and quality of life (Brandhagen, Feldt, & Williams, 1991; Kokkonen & Paavilainen, 1992; Lawoko, 2007; Utens et al., 1993). Younger

* The authors are grateful for data entry and coding assistance from Dr. Sherry Price and for funding provided from a grant awarded by the Labatt Family Heart Centre. Correspondence concerning this article should be addressed to Nancy Lightfoot, School of Rural and Northern Health, Laurentian University, 935 Ramsey Lake Rd., Sudbury, Ont., P3E 2C6, SE-205 F; Telephone: 1-705-675-1151 ext. 2972; Fax: 1-705-671-6603; nlightfoot@laurentian.ca

patients experience greater impairment, whereas adolescents and young adults tend to report quality of life positively (Ferguson & Kovacs, 2013; Lawoko & Soares, 2003).

The impact of having a family member with CHD means that satisfactory health care support is important, yet research about satisfaction with care is discrepant and suggests that although children with CHD and their families may receive inadequate information about the condition, treatment, and medical prognosis (Lawoko, 2007), parents of children with CHD have reported greater satisfaction with care than parents of children with other diseases (Lawoko & Soares, 2002). An American cross-sectional study of parents of older children with CHD and cardiologists reported parental desire for more counselling and education in the prenatal and newborn periods than cardiologists perceived was desired (Arya, Glickstein, Levasseur, & Williams, 2013).

Likelihood of dissatisfaction with care for CHD has been associated with the economic burden on parents, and parents of younger children appear more likely to report dissatisfaction with care versus those with older children (Lawoko & Soares, 2004). Chronic conditions requiring travel to a hospital or specialty outpatient clinic, especially more than 80 km away, are a key factor affecting quality and cohesion of immediate family relationships and may be associated with the need to make arrangements for child care, transportation, school and work, and associated meal and accommodation costs (Yantzi, Rosenberg, Burke, & Harrison, 2001).

In Canada, most CHD patients are followed at 15 major regional hospital facilities in large, urban areas such as the Hospital for Sick Children in Toronto, Ontario where over 5,000 patients with CHD have been seen during the last decade (Congenital Heart Surgeons Society, 2015). There is also one satellite clinic in the city of Greater Sudbury, about 400 km north of Toronto, in northeastern Ontario where CHD patients are able to receive non-urgent care closer to home. One of two cardiologists travels from the Hospital for Sick Children to Sudbury for two-day clinics, three or four times annually. During these clinics, patients from newborn up to 18 years-of-age receive follow-up care, usually subsequent to an initial visit in Toronto. Patients seen at the satellite clinic reside in urban, rural, and remote locations in northeastern Ontario. Those residing outside of Sudbury may still travel great distances to the Sudbury clinic, but the distance and time required for travel are still less than that required to travel to Toronto.

Currently in Ontario, patients, or their families, can apply for the Northern Health Travel Grant (NHTG) if they must travel at least 100 km one-way road distance to access a medical specialist or approved health care facility service (Ministry of Health and Long-Term Care, 2015). Grant amounts are based primarily on kilometers traveled beyond a 100 km deductible. If the forms are completed correctly and any required receipts are provided, grants may be approved and patients are purported to receive payment within six weeks.

In view of the impact of CHD on family quality of life, the importance of adequate health care support for CHD patients and the additional burden of distance experienced by northern patients and families, this study at the Sudbury Pediatric Cardiology Clinic (SPCC), located at a small urban tertiary care full-service and teaching health facility known as Health Sciences North, was conducted to determine: satisfaction with the travel process (including the NHTG) for families residing in Greater Sudbury (GS) and other northeastern Ontario locations (ONEO); satisfaction with the clinic; and current patient quality of life while coping with CHD.

Methods

This mixed methods study included quantitative data obtained from self-completion of a questionnaire in English by 84 participants and qualitative data from a 1.5 hour interview with one family. The study received ethics approval from Laurentian University, Health Sciences North, and The Hospital for Sick Children research ethics boards.

Study recruitment for questionnaire completion occurred in conjunction with SPCC clinics held at Health Sciences North in Sudbury, Ontario in March, June, and October 2012 and January 2013. Information, consent and questionnaire documents were mailed to clinic patients and their parents, guardians or escorts approximately four weeks before their clinic appointments. Additional copies of these documents were available at the clinic. Questionnaires were completed only by first time respondents in the SPCC waiting room, subsequent to the appointment with the cardiologist. Due to some requests at the first clinic, the option of mailing back the questionnaire in prepaid envelopes was also offered from the second clinic onwards.

Questionnaires were completed by parents, guardians, or escorts for patients under age eight. Patients aged 8 to 12 were asked to complete the questionnaire with their parents, guardians, or escorts. Patients aged 13 and over were encouraged to complete the questionnaire themselves, although most had parental, guardian, or escort assistance. Although the usual limit for clinic attendance is 18, one questionnaire was completed by a 19 year old patient attending a final follow-up visit. Informed consent for both questionnaire and qualitative study participation was supplied primarily by parents or guardians.

The questionnaire incorporated questions about general demographics, travel, financial, and employment-related challenges, and satisfaction with the clinic facilities and information provided. Patient quality of life was assessed using the Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q) (Endicott, Nee, Yang, & Wohlberg, 2006), which contains 15 Likert-scaled questions regarding health, mood or feelings, school or learning, helping out at home, getting along with friends, getting along with family, play or free time experience, getting things done, love or affection, getting or buying things, experience with the place resided, paying attention, energy level, feelings, and impression of overall life. The PQ-LES-Q has been validated for use with clinical pediatric populations age 6 to 17 and has good internal and test-retest reliability. Scores are reported as a percentage of maximum score with higher scores indicating greater self-reported quality of life (Endicott et al., 2006). The instrument is well-suited to assess change from baseline in individual clinical patients and norms are not provided.

Quantitative data were entered into SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 20 (IBM Corp., 2011), and analyzed, where appropriate, using frequencies, percentages, cross-tabulations, chi-square, and t-tests. Quality of Life (PQ-LES-Q) scores were also analyzed using linear regression to examine their relationship with patient age at clinic visit and residence (GS vs. ONEO).

One family was willing to remain after its appointment to participate in the qualitative portion of the study. The family members completed a separate consent for the recorded interview and were provided with lunch and a \$20 honourarium. Questions addressed the impact of the CHD diagnosis, recommendations for other families, a comparison of the Hospital for Sick

Children versus Sudbury clinic, impressions of information received from the cardiologist at the SPCC, and Northern Health Travel Grant experiences and recommendations. The session was digitally recorded and transcribed. The pragmatic qualitative research approach (Savin-Baden & Major, 2013) was used to thematically analyze the anonymized verbatim transcriptions. Pragmatic qualitative research is not tied to a particular philosophy, theory or methodology, and can be useful when applied to small datasets to produce a low-level interpretation with the objective of obtaining quick results to improve professional practice. Basic independent researcher coding - followed by inter-researcher validation - resulted in identification of important thematic categories within the data (Savin-Baden & Major, 2013).

Results

The response rate for the study was 70.6% (84 of 119) and 8.2% of those mailed the questionnaire back. The average patient age was 8.8 years (SD 5.5) and ranged from 4 months to 19 years, with 31.0% in the 10 to 15 year age group and 29.8% in the 4 to 9 year age group (see Table 1). Slightly less than half (44%) resided within Greater Sudbury (GS) and slightly more than half resided in other northeastern Ontario (ONEO) locations. Patient gender was approximately evenly split. Mothers were the most common respondents for the questionnaires (67.9% overall) with only two patients completing the questions alone (2.4%). The majority of those completing the questionnaire were married or living in common law relationships (81.0%), with 28.6% having completed secondary school and 40.5% having a college or trade school education.

Results from questions about travel for care appear in Table 2. Notably, although 73.8% overall reported that travel to the SPCC was 'very convenient,' this response was endorsed by 91.9% of GS residents, but only 59.6% of ONEO residents. Further, 66.0% of respondents from ONEO had to take time off work to attend clinic appointments, in contrast with only 45.9% from GS. The most common cost of an overnight stay reported by ONEO residents was between \$100 and \$150 but the majority (74.5%) of ONEO residents reported being able to travel home the day of the appointment. At least half of respondents (51.4% GS, 72.3% ONEO) reported travelling with someone other than the patient-child, with spouses representing the largest percentage of additional escorts.

In Table 3, responses to questions about satisfaction with the Sudbury clinic visit are shown. Parking was described as 'difficult' or 'very difficult' by 39.7% of the 81% who parked at the hospital. Wait times to see the cardiologist varied widely (from 5 to 180 minutes), but 54.8% reported a wait time from 'very short' to 'just right'. The majority (75% overall) felt that the cardiologist explained patient-related information very well, with 91.7% indicating information was explained 'well' or 'very well'. Overall 67.9% reported no intense fear associated with the visit (70.3% GS, 66.0% ONEO). Costs associated with the clinic visit were judged as 'too much' or 'way too much' by 19.1% of ONEO residents (vs. 2.7% of GS) and 53.2% of ONEO residents planned on applying for the Northern Health Travel Grant. When comparing the SPCC and the Hospital for Sick Children Cardiology Clinic, about 60% of both GS and ONEO residents indicated that care at the two clinics was equally good. Overall, 77.4% rated the patient's health, as 'good' or 'excellent' (70.2% in GS vs. 83.0% in ONEO). The majority (70.2%) were very satisfied with the clinic visit (81.1% from GS vs. 61.7% ONEO), and no respondents were unsatisfied. When satisfaction was examined according to patient age group, the smallest percentage (2.4%) reporting 'very' or 'moderately satisfied' was in the

youngest age group (less than one year old).

Results from the Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire appear in Table 4. Overall, the largest percentage of patients (29.8%) scored in the 71-80% range (35.1% GS vs. 25.5% ONEO) with 17.9 % in the 91-100% category (18.9 GS vs. 17.0 ONEO). Independent t-tests indicated that mean scores for GS and ONEO were not significantly different ($p=0.824$). Results from chi-square testing revealed that patients reporting 'very satisfied' with the clinic visit were more likely to be found in a higher scoring PQ-LES-Q category ($p<0.05$). The linear regression model indicated that neither residence (GS vs. ONEO), nor patient age at clinic visit, explained a significant proportion of the variance in PQ-LES-Q scores. Other analyses revealed that ONEO residents were significantly less likely to report being 'very satisfied' with their clinic visit ($p<0.05$), and parents with post-secondary education were significantly more likely to report being 'very satisfied' with their visit ($p<0.05$).

Findings from the family interview appear in Table 5. Six themes were identified: emotional impact of the initial diagnosis; present feelings of relief; recommendations for other families regarding CHD; the convenience of the SPCC, satisfaction with the cardiologist and information provided; and frustrations and recommendations regarding the Northern Health Travel Grant.

Discussion

This is the first study of which we are aware that evaluated satisfaction with a satellite pediatric cardiology clinic. The study response rate was acceptable, given no incentive was used for the questionnaires. The fact that some families wanted to get home quickly, rather than staying to complete a questionnaire, suggests that some selection bias may have occurred. Only one family participated in the qualitative part of the study, which limits transferability. Telephone-based questionnaire and qualitative interviews might be preferable for this population.

With regard to travel, the majority of participants described the clinic as 'very convenient,' however families residing in other parts of northeastern Ontario were more likely to endorse only 'somewhat convenient.' Over half of families experienced time off from work to attend the clinic, but only families from outside of Greater Sudbury needed to secure overnight accommodations. The qualitative results emphasized both the convenience of the Sudbury clinic and frustrations with the Northern Travel Grant process and paperwork, as well as the need to consider individual circumstances. This should be explored in more depth in a qualitative study.

The study indicates that there was good overall satisfaction with the clinic visit. Although about half of the families had to wait over an hour to see the cardiologist, there was high satisfaction with the time spent with the cardiologist and with explanation provided about the patient. Qualitative results confirmed and enhanced this finding. Families residing outside Greater Sudbury were, however, significantly less likely to be very satisfied with the clinic visit. A longitudinal qualitative study, that could be conducted by telephone, for those travelling from outside Sudbury to determine how to better assist them, determine the impact of CHD on parental occupation and finances, and recount experiences with the Northern Health Travel Grant and suggestions for improvement, including financial, is considered high priority.

Patients at the satellite clinic generally scored high on the quality of life measure, despite their CHD. Discrepant cross-sectional study of quality of life results in a recent review suggests the need for longitudinal assessment across various ages and families (Ferguson & Kovacs, 2013). The instrument used in this study could be used to track changes in a patient's quality of life over multiple clinic visits. The emotional impact of the initial CHD diagnosis on parents was highlighted in the qualitative results of this study and their need for support should be considered. An Italian cross-sectional study found that parents (particularly mothers) of newborns with severe CHD, need psychological support during patient hospitalization and possibly throughout pregnancy (Bevilacqua et al., 2013). A Swedish review highlighted the need to acknowledge the role of parental perceptions of CHD and for psychosocial resources, and social vulnerability in the adaptation journey (Lawoko, 2007).

Conclusion

Cost and human resources preclude pediatric cardiology services in each northeastern Ontario community. The Sudbury Satellite Pediatric Cardiac Clinic makes cardiologists available only three to four times annually, yet there was good overall satisfaction with the clinic and quality of life reported for CHD patients. These results demonstrate the desire and need for the clinic to continue operation. Despite the benefits of the clinic, the study results also indicate that residents of more rural and remote regions of Ontario must cope with greater challenges to access health care for their children with CHD and this is a burden which is often inadequately addressed by the Northern Health Travel Grant. A longitudinal qualitative study is recommended for those travelling from outside Sudbury to address how to better assist such families in terms of dealing with the emotional and financial impact of CHD, travel-related issues, and applying for, and the process of dealing with, the NHTG.

Looking to the future, there are several options for delivery of pediatric cardiology services in northeastern Ontario. Telemedicine might be explored. An Irish trial demonstrated the feasibility and value of telemedicine home support for families of infants with major CHD, and that parents preferred video-conferencing to telephone consultations (McCrossan et al., 2012). A pediatric centre of excellence has been proposed for Sudbury, which would involve Sudbury-based pediatric cardiologists. While local pediatric cardiologists would be desirable from the perspective of northerners, that model would likely depend on training by Toronto cardiologists and the provincial government has requested a revised proposal prior to making a final decision such that the status quo is the delivery method for now.

Table 1. Demographic characteristics of questionnaire respondents, overall, and by residence

Variable	No. (%) of cases					
	Total n = 84 (100)		Greater Sudbury n = 37 (44)		Other NE Ontario n = 47 (56)	
Patient Gender						
Male	41	(48.8)	17	(45.9)	24	(51.1)
Female	43	(51.2)	20	(54.1)	23	(48.9)
Age in years of patient at time of clinic visit						
< 1 – 3 yrs	19	(22.6)	6	(16.2)	13	(27.7)
4 - 9 yrs	25	(29.8)	11	(29.7)	14	(29.8)
10 - 15 yrs	26	(31.0)	13	(35.1)	13	(27.7)
16 - 19 yrs	12	(14.3)	6	(16.2)	6	(12.8)
Missing	2	(2.4)	1	(2.7)	1	(2.1)
Age	Mean	SD	Range			
(years)						
Overall	8.8	5.54	0 - 19			
Sudbury	9.8	5.55	1 - 17			
Other NEO	8.1	5.48	0 - 19			
Questionnaire respondent						
Child	2	(2.4)	2	(5.4)	0	(0.0)
Father	10	(11.9)	4	(10.8)	6	(12.8)
Mother	57	(67.9)	24	(64.9)	33	(70.2)
Mother and Father	13	(15.5)	6	(16.2)	7	(14.9)
Grandmother and Grandfather	2	(2.4)	1	(2.7)	1	(2.1)
Other	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Self-reported ethnic or cultural group of child/patient						
English-Canadian	43	(51.2)	19	(51.4)	24	(51.1)
French-Canadian	25	(29.8)	13	(35.1)	12	(25.5)
Aboriginal/Native	9	(10.7)	0	(0.0)	9	(19.1)
Other	3	(3.6)	3	(8.1)	0	(0.0)
Missing	4	(4.8)	2	(5.4)	2	(4.3)
Educational attainment of person who completed questionnaire						
Secondary School	24	(28.6)	5	(13.5)	19	(40.5)
College/Trade School	34	(40.5)	13	(35.1)	21	(44.7)
University-Undergrad	18	(21.4)	13	(35.1)	5	(10.6)
University-Graduate School	6	(7.1)	5	(13.5)	1	(2.1)
Missing	2	(2.4)	1	(2.7)	1	(2.1)
Child/Patient's educational attainment						
Jr Kindergarten - Grade 6	25	(29.8)	9	(24.3)	16	(34.0)
Grades 7 - 11	21	(25.0)	11	(29.7)	10	(21.3)
Not Applicable	38	(45.2)	17	(45.9)	21	(44.7)
Parent/Guardian marital status						
Single	14	(16.7)	6	(16.2)	8	(17.0)
Married or Common-law	68	(81.0)	30	(81.1)	38	(80.9)
Missing	2	(2.4)	1	(2.7)	1	(2.1)

Table 2. Responses about travel for care

Variable	No. (%) of cases					
	Total n = 84		Greater Sudbury n = 37		Other NE Ontario n = 47	
Very convenient	62	(73.8)	34	(91.9)	28	
Somewhat convenient	17	(20.2)	2	(5.4)	15	(31.9)
Fairly Inconvenient	2	(2.4)	0	(0.0)	2	(4.3)
Very inconvenient	3	(3.6)	1	(2.7)	2	(4.3)
Anyone travel with you other than child						
Yes	53	(63.1)	19	(51.4)	34	(72.3)
No	27	(32.1)	16	(43.2)	11	(23.4)
Missing	4	(4.8)	2	(5.4)	2	(4.3)
Who else travelled with you						
My spouse	34	(40.5)	14	(37.8)	20	(42.6)
A friend	5	(6.0)	1	(2.7)	4	(8.5)
Other	14	(16.7)	4	(10.8)	10	(21.3)
Missing	31	(36.9)	18	(48.6)	13	(27.7)
Close enough to go home after appointment						
Yes	71	(84.5)	36	(97.3)	35	(74.5)
No	10	(11.9)	0	(0.0)	10	(21.3)
Missing	3	(3.6)	1	(2.7)	2	(4.3)
Average dollar cost of an overnight stay						
< \$100	2	(2.4)	0	(0.0)	2	(4.3)
\$100 - 150	10	(11.9)	0	(0.0)	10	(21.2)
\$151 - 250	2	(2.4)	0	(0.0)	2	(4.3)
\$251 - 300	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(2.1)
Not Applicable	69	(82.1)	37	(100.0)	32	(68.1)
Time taken off of work for clinic visit						
Yes	48	(57.1)	17	(45.9)	31	(66.0)
No	35	(41.7)	20	(54.1)	15	(31.9)
Missing	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(2.1)
Days expected to be away from work						
< 1 day	11	(13.1)	8	(21.6)	3	(6.4)
1 day	24	(28.6)	6	(16.2)	18	(38.3)
2 days	7	(8.3)	0	(0.0)	7	(14.9)
3+ days	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(2.1)
Missing	41	(48.8)	23	(62.2)	18	(38.3)
Days Away	Mean	SD	Range			
Overall	1.1	0.69	0 – 4			
Sudbury	0.7	0.35	0 – 1			
Other NEO	1.3	0.72	0.3 – 4			

Table 3. Responses to questions about the Sudbury Satellite Pediatric Cardiology Clinic visit

Variable				No. (%) of cases			
		Total n = 84		Greater Sudbury n = 37		Other NE Ontario n = 47	
Wait Time minutes	Mean	SD	Range				
Overall	69.5	44.39	5 – 180				
Sudbury	63.6	44.24	5 – 180				
Other NEO	74.5	44.49	15 – 180				
Impression of wait duration							
Very long		7	(8.3)	3	(8.1)	4	(8.5)
Long		28	(33.3)	12	(32.4)	16	(34.0)
Just right		35	(41.7)	16	(43.2)	19	(40.4)
Short		7	(8.3)	2	(5.4)	5	(10.6)
Very short		4	(4.8)	3	(8.1)	1	(2.1)
Missing		3	(3.6)	1	(2.7)	2	(4.3)
Cardiologist explained situation							
Very well		63	(75.0)	29	(78.4)	34	(72.3)
Well		14	(16.7)	7	(18.9)	7	(14.9)
Not good or bad		1	(1.2)	0	(0.0)	1	(2.1)
Not well		0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Not very well		0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Missing		6	(7.1)	1	(2.7)	5	(10.6)
Cardiologist was							
Very caring		74	(88.1)	35	(94.6)	39	(83.0)
Somewhat caring		7	(8.3)	2	(5.4)	5	(10.6)
Neither caring nor uncaring		0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Somewhat uncaring		0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Very uncaring		0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Missing		3	(3.6)	0	(0.0)	3	(6.4)
Amount of time spent							
Way too long		0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Too long		0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Just right		76	(90.5)	33	(89.2)	43	(91.5)
Too short		2	(2.4)	2	(5.4)	0	(0.0)
Way too short		0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Missing		6	(7.1)	2	(5.4)	4	(8.5)
Parked at the hospital							
Yes		68	(81.0)	27	(73.0)	41	(87.2)
No		16	(19.0)	10	(27.0)	6	(12.8)
Experience parking							
Very easy		7	(8.3)	2	(5.4)	5	(10.6)
Easy		21	(25.0)	9	(24.3)	12	(25.5)
Neither easy or not easy		13	(15.5)	4	(10.8)	9	(19.1)
Difficult		11	(13.1)	7	(18.9)	4	(8.5)
Very difficult		16	(19.0)	5	(13.5)	11	(23.4)
Missing		16	(19.0)	10	(27.0)	6	(12.8)

Found wait area						
Comfortable	72	(85.7)	33	(89.2)	39	(83.0)
Neither comfortable or uncomfortable	9	(10.7)	3	(8.1)	6	(12.8)
Uncomfortable	2	(2.4)	1	(2.7)	1	(2.1)
Missing	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(2.1)
Most severe visit fear						
Not at all intense	57	(67.9)	26	(70.3)	31	(66.0)
Somewhat intense	12	(14.3)	5	(13.5)	7	(14.9)
A little intense	10	(11.9)	4	(10.8)	6	(12.8)
Very intense	2	(2.4)	2	(5.4)	0	(0.0)
Extremely intense	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Missing	3	(3.6)	0	(0.0)	3	(6.4)
Impression of visit costs						
Way too much	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(2.1)
Too much	9	(10.7)	1	(2.7)	8	(17.0)
Neither too much nor too little	59	(70.2)	24	(64.9)	35	(74.5)
Too little	2	(2.4)	1	(2.7)	1	(2.1)
Way too little	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(2.1)
Missing	12	(14.3)	11	(29.7)	1	(2.1)
Applying for the Northern Health Travel Grant (NHTG)						
Yes	26	(31.0)	1	(2.7)	25	(53.2)
No	54	(64.3)	35	(94.6)	19	(40.4)
Missing	4	(4.8)	1	(2.7)	3	(6.4)
Ever applied for the NHTG previously						
Yes	68	(81.0)	31	(83.8)	37	(78.7)
No	14	(16.7)	6	(16.2)	8	(17.0)
Missing	2	(2.4)	0	(0.0)	2	(4.3)
Applying for other travel funds						
Yes	9	(10.7)	2	(5.4)	7	(14.9)
No	70	(83.3)	33	(89.2)	37	(78.7)
Missing	5	(6.0)	2	(5.4)	3	(6.4)
Satisfaction with clinic visit						
Very satisfied	59	(70.2)	30	(81.1)	29	(61.7)
Moderately satisfied	16	(19.0)	4	(10.8)	12	(25.5)
Somewhat satisfied	5	(6.0)	2	(5.4)	3	(6.4)
Not sure	2	(2.4)	0	(0.0)	2	(4.3)
A little unsatisfied	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Moderately unsatisfied	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Very dissatisfied	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Missing	2	(2.4)	1	(2.7)	1	(2.1)

Care at SPCC vs. the Hospital for Sick Children (HSC)

SPCC is better	6	(7.1)	2	(5.4)	4	(8.5)
Clinics equally good	51	(60.7)	22	(59.5)	29	(61.7)
HSC better but SPCC more convenient	14	(16.7)	9	(24.3)	5	(10.6)
HSC better & justifies inconvenience of Toronto travel	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Never been to HSC clinic	2	(2.4)	1	(2.7)	3	(6.4)
Missing	11	(13.1)	3	(8.1)	6	(12.8)

Rate child's health

Excellent	32	(38.1)	14	(37.8)	18	(38.3)
Good	33	(39.3)	12	(32.4)	21	(44.7)
Average	10	(11.9)	6	(16.2)	4	(8.5)
Fair	6	(7.1)	4	(10.8)	2	(4.3)
Poor	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Not sure	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
Missing	3	(3.6)	1	(2.7)	2	(4.3)

Table 4. Responses to Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: (PQ-LES-Q) and Scores

PQ-LES-Q %Max score	No. (%) of cases					
	Total n = 84		Greater Sudbury n = 37		Other NE Ontario n = 47	
< 40	1	(1.2)	0	(0.0)	1	(2.1)
41 - 50	3	(3.6)	2	(5.4)	1	(2.1)
51 - 60	3	(3.6)	1	(2.7)	2	(4.3)
61 - 70	12	(14.3)	6	(16.2)	6	(12.8)
71 - 80	25	(29.8)	13	(35.1)	12	(25.5)
81 - 90	12	(14.3)	5	(13.5)	7	(14.9)
91 - 100	15	(17.9)	7	(18.9)	8	(17.0)
Missing	13	(15.5)	3	(8.1)	10	(21.3)

PQ-LES-Q%Max	Mean	SD	Range
Overall	76.98	14.39	39.3 – 100.0
Sudbury	77.38	13.76	50.0 – 100.0
Other NEO	76.63	15.10	39.3 – 100.0

Table 5: Case study qualitative focus group themes and examples

Themes	Examples
Emotional impact of initial CHD diagnosis Present feelings of relief	<i>A (Mother): "Lots of crying"</i> <i>B (Father): "Relieved. It is a big relief just to see that he is growing at a normal rate, to see that he is not really held back by anything that happened."</i>
Recommendations for other families that experience CHD	<i>A: "Hold on for the bumpy ride."</i> <i>B: "Stay positive, you have to stay positive."</i> <i>A: "And if people ask you if you need help, and you need it, say yes. Like don't be shy to. And I mean, it's a really rough time."</i>
Convenience of Sudbury vs. Sick Kids clinic	<i>B: "I think it is very convenient for us...It is a lot easier to take a day off than two to go to Toronto and back."</i>
Satisfied and happy with presence of cardiologist in Sudbury; current information provided	<i>B: "They take time out of their lives to come down here, or to come up here, I guess."</i> <i>A: "We are lucky."</i> <i>B: "Reassuring, very reassuring."</i> <i>A: "I was happy with it. I mean, I know it hasn't changed, and, but just, like, to hear him explain everything, it's good. He was clear. He puts it in perspective for us."</i> <i>B: "He answered everything that I asked. He even gave us his card. He said if there is any more questions we can call him."</i>
Northern Health Travel Grant frustrations, process and paperwork challenges, and recommendations for improvement	<i>A: "And I mean nobody would really talk to us when we got denied. They said we had to write a letter to a certain person, and that's why I got very upset because nobody was listening to us."</i> <i>A: "You know when you have to deal with paperwork for something that they put in place to help you and it is just more of a headache than helping."</i> <i>A: "I think they need to, ah, assess each case individually, even the most minute things like where are they coming from, where do they have to stay, the cost, some people need a lot more than what they've been given. And I just, it baffles me that they make this grant for us to use, and they don't make it easy enough and we have to fight for stuff that we shouldn't have to fight for, when we are under circumstances like this."</i> <i>B: "Actually I think, as far as filling out the form, they should have an area that you can describe your situation, as opposed to a form that you just fill out."</i>

References

- American Heart Association. (2012). How we help families and healthcare providers cope with congenital heart defects. Retrieved March 20, 2015, from http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@mwa/documents/downloadable/ucm_438992.pdf
- Arya, B., Glickstein, J.S., Levasseur, S. M., & Williams, I.A. (2013). Parents of children with congenital heart disease prefer more information than cardiologists provide. *Congenital Heart Disease*, 8(1), 78-85.
- Bevilacqua, F., Palatta, S., Mirante, N., Cuttini, M., Seganti, G., Dotta, A., & Piersigilli, F. (2013). Birth of a child with congenital heart disease: Emotional reactions of mothers and fathers according to time of diagnosis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 26(12), 1249-1253.
- Blue, G.M., Kirk, E.P., Sholler, G.F., Harvey, R.P., & Winlaw, D.S. (2012). Congenital heart disease: Current knowledge about causes and inheritance. *The Medical Journal of Australia*, 197(3), 155-159.
- Brandhagen, D.J., Feldt, R.H., & Williams, D.E. (1991). *Long-term psychologic implications of congenital heart disease: A 25-year follow-up*. Paper presented at the Mayo Clinic Proceedings.
- Congenital Heart Surgeons Society. (2015). Facts and statistics. Retrieved March 20, 2015, from <http://www.chssdc.org/content/facts-statistics>
- Davis, C.C., Brown, R.T., Bakeman, R., & Campbell, R. (1998). Psychological adaptation and adjustment of mothers of children with congenital heart disease: Stress, coping, and family functioning. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(4), 219-228.
- Endicott, J., Nee, J., Yang, R., & Wohlberg, C. (2006). Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q): Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 401-407.
- Ferguson, M.K., & Kovacs, A.H. (2013). Quality of life in children and young adults with cardiac conditions. *Current Opinion in Cardiology*, 28(2), 115-121.
- Garson, Jr, A., Benson, R.S., Ivler, L., & Patton, C. (1978). Parental reactions to children with congenital heart disease. *Child Psychiatry and Human Development*, 9(2), 86-94.
- Hinoki, KW. (1998). Congenital heart disease: Effects on the family. *Neonatal Network: NN*, 17(5), 7-10.
- IBM Corp. (2011). IBM SPSS Statistics for Windows, (Version 20.0) [Statistics]. New York: IBM Corp.
- Kokkonen, J., & Paavilainen, T. (1992). Social adaptation of young adults with congenital heart disease. *International Journal of Cardiology*, 36(1), 23-29.

- Lawoko, Stephen. (2007). Factors influencing satisfaction and well-being among parents of congenital heart disease children: development of a conceptual model based on the literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 106-117.
- Lawoko, S., & Soares, J.J.F. (2002). Distress and hopelessness among parents of children with congenital heart disease, parents of children with other diseases, and parents of healthy children. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(4), 193-208.
- Lawoko, S. & Soares, J. J.F. (2003). Quality of life among parents of children with congenital heart disease, parents of children with other diseases and parents of healthy children. *Quality of Life Research*, 12(6), 655-666.
- Lawoko, S., & Soares, J.J.F. (2004). Satisfaction with care: A study of parents of children with congenital heart disease and parents of children with other diseases. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), 90-102.
- Lobo, M.L. (1992). Parent-infant interaction during feeding when the infant has congenital heart disease. *Journal of Pediatric Nursing*, 7(2), 97-105.
- McCrossan, B., Morgan, G., Grant, B., Sands, A.J., Craig, B.G., Doherty, N. N, . . . Casey, Frank A. (2012). A randomised trial of a remote home support programme for infants with major congenital heart disease. *Heart*, 98(20), 1523-1528.
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2015). *Northern Health Travel Grants*. Retrieved March 13, 2015, from http://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/ohip/docs/brochure_northern_en.pdf
- Savin-Baden, M. & Major, C.H. (2013). *Qualitative Research: The Essential Guide to Theory and Practice*. London: Routledge.
- Storhaug, K. (1983). Aspects of living conditions among groups of disabled children and their families in Norway: Family situation, mothers' health, financial assistance. *Social Science & Medicine*, 17(23), 1837-1845.
- Upham, M., & Medoff-Cooper, B. (2005). What are the responses & needs of mothers of infants diagnosed with congenital heart disease? *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 30(1), 24-29.
- Utens, E.M.W.J., Verhulst, F.C., Meijboom, F.J., Duivenvoorden, H.J., Erdman, R.A.M., Bos, E., . . . Hess, John. (1993). Behavioural and emotional problems in children and adolescents with congenital heart disease. *Psychological Medicine*, 23(02), 415-424.
- Uzark, K., Rosenthal, A., Behrendt, D., & Becket, M. (1985). Use of videotape to promote parenting of infants with serious congenital heart defects. *Patient Education and Counseling*, 7(2), 111-119.
- Wessels, M.W. & Willems, P.J. (2010). Genetic factors in non-syndromic congenital heart malformations. *Clinical Genetics*, 78(2), 103-123.

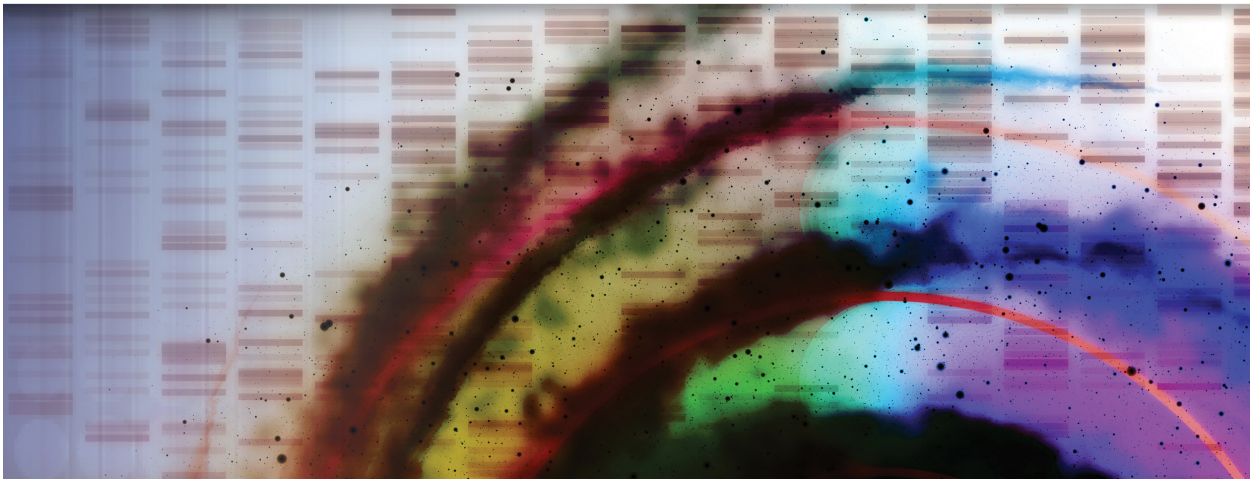
Yantzi, N., Rosenberg, M.W., Burke, S.O., & Harrison, M.B. (2001). The impacts of distance to hospital on families with a child with a chronic condition. *Social Science & Medicine*, 52(12), 1777-1791.

Section B – Posters/Abstracts

DIVERSITY IN RESEARCH

LA DIVERSITÉ DANS LA RECHERCHE

NOOCH GEGOO NDAGKENDMA-DAA



Laboratoire en sciences infirmières: stratégies pour diminuer l'anxiété des étudiantes

Chanelle Bélanger, Anne Marise Lavoie, Jeannette Lindenbach


Présentation d'affiche

Laboratoire en sciences infirmières : stratégies pour diminuer l'anxiété des étudiantes



Introduction

L'anxiété est décrite comme étant une sensation de détresse ou d'inquiétude imminente causant des symptômes émotionnels (peur, désespoir, nervosité), somatiques (nausée, vomissement, diarrhée), cognitifs et comportementaux.¹ Beck, Hackett, Srivastava, McKim and Reeves² révèlent que les étudiantes dans les programmes des sciences infirmières ressentent des niveaux d'anxiété plus élevés que les étudiants dans d'autres programmes universitaires. Un manque de connaissances et compétences professionnelles, une charge de travail débordante, un manque de support et le fait d'être évalué par des membres de la faculté sont tous des sources d'anxiété importantes pour ces étudiantes lors de cours théoriques, en laboratoire de pratique ainsi qu'en stage clinique.³ En effet, Moscaritolo⁴ fait mention dans sa recherche qu'un niveau élevé d'anxiété entraîne la concentration, la mémoire et la résolution de problème des étudiantes, et qui à son tour nuit à leur rendement académique et clinique. La capacité des étudiantes à surmonter cette anxiété détermine leur rétention dans le programme.⁵ Par conséquent, les membres de la faculté en sciences infirmières doivent prendre conscience des niveaux élevés d'anxiété des étudiantes afin d'implémenter des interventions afin que les étudiantes puissent appliquer leurs connaissances habilement dans un environnement qui est favorable et propice à l'apprentissage.⁶



Chanelle Bélanger, M.ScInf. (étudiante), sous la direction d'Anne Marise Lavoie, Ph.D. et de Jeannette Lindenbach, Ph.D. (étudiante)

Mise en situation

Dans les dernières décennies, les laboratoires d'apprentissages dans les maisons d'enseignements sont devenus la norme. Ceux-ci permettent aux étudiantes de faire le lien entre la théorie et la pratique. Les laboratoires de pratique clinique en soins infirmiers sont des environnements d'apprentissage excellents pour les étudiantes poursuivant le programme de baccalauréat en sciences infirmières. Les étudiantes sont en mesure d'acquiescer les compétences cliniques nécessaires à la pratique infirmière, dans un environnement contrôlé où elles sont capables d'apprendre de leurs erreurs sans nuire aux partenaires de soins.⁷ Afin de savoir si les compétences cliniques apprises ont été bien maîtrisées par les étudiantes, il est très important pour les membres de la faculté d'évaluer l'application des techniques infirmières.⁸ Malheureusement, comme mentionnée antérieurement, cette méthode d'évaluation apporte beaucoup d'anxiété chez les étudiantes.

Résultats

Il existe plusieurs recherches au sujet de stratégies que les étudiantes peuvent utiliser pour diminuer l'anxiété. Pour cette recherche documentaire, les stratégies que les membres de la faculté peuvent intégrer dans le curriculum pour soulager l'anxiété des étudiantes seront explorées. Trois grands thèmes ont ressorti lors de l'analyse des articles recherchés, ceux-ci étant toutes des stratégies que les étudiantes ont confirmées étant bénéfiques.

Question de recherche

Quelles sont les stratégies à adopter dans le programme des sciences infirmières afin de diminuer l'anxiété des étudiantes face aux évaluations des compétences cliniques en laboratoire?

Humour

Depuis 2001, trois articles de recherches font mention de l'humour comme étant une méthode efficace pour réduire l'anxiété des étudiantes. D'après Cook⁹, Hayden-Miles¹⁰ et Ullrich¹¹, l'humour aide à rendre l'apprentissage plus amusant, augmentant l'estime de soi et la concentration des étudiantes et renforce les relations interpersonnelles. D'après l'étude de l'Ullrich¹¹, toutes les étudiantes ont affirmé que l'humour avait diminué leur stress et anxiété.

Encadrement par des pairs chevronnées

Durant la dernière décennie, plusieurs études ont été faites sur l'effet d'encadrement par des pairs chevronnées auprès d'étudiantes novices dans le programme des sciences infirmières.¹²⁻¹⁴ Cette stratégie favorise la confiance et l'estime de soi, tout en encourageant les étudiantes à poser des questions sans avoir peur de jugement par les membres de la faculté.¹⁵⁻¹⁶ Comme effet, les étudiantes se sentaient plus confortables et leurs niveaux d'anxiété ont diminué.¹⁷⁻¹⁹ Pour ces raisons, la rétention des étudiantes dans le programme augmente.¹⁵

Méditation de pleine conscience

Deux articles de recherches ont évalués l'effet d'un cours MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction ou Réduction du stress basé sur la pleine conscience) sur le niveau d'anxiété des étudiantes.^{16, 17} Ces cours englobent le yoga et la méditation. Les résultats de ces recherches ont indiqué que les étudiantes étaient capables de mieux gérer les situations stressantes dans la salle de classe, et lors de stages cliniques.^{16, 17}

Méthodologie

Étapes de la recherche documentaire

- Énoncer la question de recherche
- Choisir les mots clés
- S'appuyer sur les bases de données
- Lire et analyser les articles de recherche

Critères d'inclusion

- Recherches publiées en français et anglais, entre 2001 et 2015

Bases de données

- CINAHL
- CAIRN
- Google Scholar

Mots clés

- Anxiété
- Laboratoire de pratique clinique
- Étudiantes
- Stratégies

Discussion

Tous les articles de recherche sur l'intégration de l'humour dans l'enseignement ont démontré des résultats positifs sur la réduction de l'anxiété des étudiantes. Cependant, l'étude de Moscaritolo⁴ indique dans sa recherche que l'humour devrait être incorporé avec sensibilité, étant donné les différentes cultures et les expériences passées des étudiantes. En ce qui a trait à l'encadrement par des pairs chevronnées, les étudiantes novices ont grandement apprécié cette stratégie. Toutefois, l'étude de Sprengel et Job¹⁴ mentionne que l'efficacité du programme était de courte durée puisque l'expérience durait qu'une journée de stage seulement. D'après quelques recherches, l'incorporation de cours de méditation de pleine conscience dans le curriculum est bénéfique pour l'apprentissage des étudiantes. D'ailleurs, les composantes des cours (types d'exercices par exemple) varient d'une étude à l'autre.^{16, 17}

Conclusion

Les étudiantes en soins infirmiers et à les membres de la faculté ne prennent pas les mesures nécessaires pour aider ces étudiantes à gérer leurs anxiétés et les nombreux stress qui en découlent, la profession d'infirmière ne pourra pas prospérer. Il serait donc avantageux pour les programmes en sciences infirmières d'adopter les stratégies présentées ci-dessus. Comme recommandation, il serait intéressant de faire une recherche qui examine l'effet de ces stratégies sur l'anxiété par rapport à la performance des étudiantes lors d'évaluations des compétences infirmières en laboratoire et lors de stages cliniques.

Références

1. Houtman, S. L. (2013). *Psychologie: une introduction*. Montréal: Éditions Éolane.

2. Beck, C., Hackett, D., Srivastava, S., McKim, J., & Reeves, M. (2008). *Stress and anxiety in nursing students: a review of the literature*. *Nursing Education Today*, 23(1), 1-10.

3. Lindenbach, J., & Lavoie, A. (2015). *Stress and anxiety in nursing students: a review of the literature*. *Nursing Education Today*, 30(1), 1-10.

4. Moscaritolo, J. (2003). *Stress and anxiety in nursing students: a review of the literature*. *Nursing Education Today*, 18(1), 1-10.

5. Beck, C., Hackett, D., Srivastava, S., McKim, J., & Reeves, M. (2008). *Stress and anxiety in nursing students: a review of the literature*. *Nursing Education Today*, 23(1), 1-10.

6. Lindenbach, J., & Lavoie, A. (2015). *Stress and anxiety in nursing students: a review of the literature*. *Nursing Education Today*, 30(1), 1-10.

7. Lindenbach, J., & Lavoie, A. (2015). *Stress and anxiety in nursing students: a review of the literature*. *Nursing Education Today*, 30(1), 1-10.

8. Lindenbach, J., & Lavoie, A. (2015). *Stress and anxiety in nursing students: a review of the literature*. *Nursing Education Today*, 30(1), 1-10.

9. Cook, J. (2001). *Humour and stress in nursing students*. *Nursing Education Today*, 16(1), 1-10.

10. Hayden-Miles, J. (2001). *Humour and stress in nursing students*. *Nursing Education Today*, 16(1), 1-10.

11. Ullrich, J. (2001). *Humour and stress in nursing students*. *Nursing Education Today*, 16(1), 1-10.

12. Sprengel, J., & Job, J. (2001). *Humour and stress in nursing students*. *Nursing Education Today*, 16(1), 1-10.


13. Sprengel, J., & Job, J. (2001). *Humour and stress in nursing students*. *Nursing Education Today*, 16(1), 1-10.

14. Sprengel, J., & Job, J. (2001). *Humour and stress in nursing students*. *Nursing Education Today*, 16(1), 1-10.

15. Sprengel, J., & Job, J. (2001). *Humour and stress in nursing students*. *Nursing Education Today*, 16(1), 1-10.


16. Sprengel, J., & Job, J. (2001). *Humour and stress in nursing students*. *Nursing Education Today*, 16(1), 1-10.

17. Sprengel, J., & Job, J. (2001). *Humour and stress in nursing students*. *Nursing Education Today*, 16(1), 1-10.



Centre d'Initiative en Santé Financée par Santé Canada dans le cadre de la Feuille de route pour les jeunes professionnels de Santé Canada 2013-2019

Coopération, Initiatives en Santé, consortium164.



Dans le présent document, le générique féminin est utilisé uniquement pour alléger le texte. Les vues exprimées ici ne représentent pas nécessairement la position officielle de Santé Canada.

Les laboratoires de pratique en sciences infirmières sont des environnements d'apprentissage excellents pour les étudiantes au baccalauréat et qui les préparent à l'expérience clinique. Toutefois, plusieurs étudiantes éprouvent de l'anxiété élevée lors de ces activités et certaines d'entre elles rapportent que les laboratoires sont les activités les plus stressantes du programme. L'anxiété élevée peut nuire au rendement de l'étudiante et l'inciter à abandonner le programme. Afin de répondre à cette problématique, cette recherche documentaire a examiné la littérature

afin de trouver les données probantes face aux stratégies qui visent à diminuer le niveau d'anxiété chez les étudiantes. Parmi les stratégies recensées, nous retrouvons 1) l'utilisation de l'humour qui rend l'apprentissage plus amusant, augmente l'estime de soi, améliore la concentration et solidifie les relations interpersonnelles, 2) la présence d'une étudiante plus expérimentée pour assister la technicienne de laboratoire que les étudiantes peuvent consulter en plus du professeur, 3) les cours de méditation pleine conscience qui augmentent la prise de conscience des pensées, actions et motivations tout en favorisant la relaxation. En conclusion, les stratégies recensées permettent l'application des connaissances théoriques et le développement des habiletés cliniques en créant un environnement moins anxiogène qui favorise l'apprentissage.

La formation des infirmières praticiennes au Canada: qualité et sécurité des soins

Tanya Bélanger, Roger Pilon, Anne Marise Lavoie

Présentation d'affiche

La formation des infirmières praticiennes au Canada : qualité et sécurité des soins

« Les vues exprimées ici ne représentent pas nécessairement la position officielle de Santé Canada »

« Cette initiative est financée par Santé Canada dans le cadre de la Feuille de route pour les langues officielles du Canada 2013-2018: éducation, immigration, communautés. »

Auteurs
Tanya Bélanger, IP-SSP, B.Sc.inf., M.Sc.inf. (candidate)
Cofauteurs
Anne-Marise Lavoie, Ph.D., Roger Pilon, IP-SSP, Ph.D.

INTRODUCTION

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2015), indique qu'il y avait 365 422 infirmières enregistrées au Canada en 2012. Chaque infirmière est réglementée par un corps gouvernemental qui est qualifiée à la province ou territoire. Tous les corps gouvernementaux des infirmières au Canada assurent des façons variées que leurs membres produisent les soins infirmiers de manière sécuritaire. Ces multiples corps ont des méthodes qui permettent de garantir au public que les soins prodigués par leurs membres sont toujours de bonne qualité. Ces méthodes incluent les normes d'accréditation, les normes de conduite ainsi que plusieurs standards de pratique. Comme exemple, L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OII) (2015) oblige le Programme éducatif de la qualité (PAQ) pour tous leurs membres. Celui-ci se fonde sur le principe que l'apprentissage continu est essentiel au maintien de la compétence. Ceci aide aussi à assurer que les infirmières sont toutes au courant de l'importance de la qualité et sécurité des soins prodigués.

Ces standards de pratique s'appliquent aussi aux infirmières praticiennes (IP) dans notre pays. Les nouvelles diplômées de divers programmes d'IP possèdent les compétences nécessaires pour passer l'examen canadien des infirmières praticiennes, mais est-ce suffisant pour assurer que les soins de santé primaires sont homogènes, sécuritaires et de haute qualité à travers le pays.

MÉTHODOLOGIE

La première étape de cette recherche était de prendre le temps et évaluer le sujet, comme le suggèrent Fava et Kramer (2013). Par la suite, un survol de la documentation existante a été réalisé pour mieux cerner ce sujet. Les ouvrages de références ont été consultés. Seul les articles publiés dans les derniers quinze ans ont été retenus et évalués lors de ce travail. Les bases de données électroniques inclues CINAHL, ProQuest Nursing and Allied Health Sources, CARRN ainsi que quelques littératures grises des corps professionnels infirmiers au Canada. La prochaine phase était de représenter ses idées grâce à la carte mentale trouvé au tableau 1.

Mots clés
Infirmières praticiennes, éducation, qualité et sécurité

Tableau 1. Carte mentale

MISE EN SITUATION

D'après l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2015), en 2009 il avait 2 048 infirmières praticiennes actives et qualifiées au Canada. C'est une profession qui est considérée jeune dans notre système de santé. La pratique d'IP continue toujours à progresser pour aider les patients canadiens à mieux vivre leurs jours. Selon Martin-Misener (2010) le taux de preuves et témoignages qui démontrent que les infirmières praticiennes font une différence au Canada continue à augmenter (p.13).

La formation des IP au Canada, plus spécifiquement à L'Université Laurentienne, existe depuis plus de 20 ans, il existe plusieurs variantes dans les différentes formations d'IP à travers le pays. Ces programmes consistent de formations à base de certificats de spécialités d'IP et celles de maîtrises. De plus en plus, les universités visent à offrir cette formation seulement au niveau de la maîtrise.

Il serait important de développer une vision qui assure que toutes les provinces et territoires du pays offrent une formation homogène qui prépare toutes les futures IP de la même façon pour l'examen canadien. De plus, il serait essentiel d'assurer que ces programmes maintiennent en évidence l'importance de la qualité et sécurité des soins dans leur curriculum.

QUESTIONS DE RECHERCHE

Contexte 3000P

Qui – Les infirmières praticiennes (IP).
 Quoi – Les éléments problématiques de ce travail sont l'homogénéité de la sécurité et qualité des soins dans la formation des IP.
 Où – Présentement et de façon continue.
 Ou – À travers le Canada.

Comment – L'approche recommandée est d'incorporer davantage ces éléments dans les programmes de formation d'infirmières praticiennes.
 Pourquoi – Améliorer les compétences des nouvelles infirmières praticiennes relatif aux soins de qualité et sécuritaires.

Question de recherche

Est-ce que la formation des infirmières praticiennes au Canada assure des soins de santé de qualité et de sécurité?

RÉSULTATS

Qualité et sécurité des soins au Canada

Les soins dispensés par les IP au Canada sont décrits par les auteurs comme des soins de haute qualité et toujours bien appréciés par les clients. Martin-Misener (2010) indique dans son article qu'une recherche par Pohl et al. (2010) a évalué la qualité de soins de santé et la sécurité des soins en Ontario en guise d'évaluer la qualité. Ils ont identifiés que la qualité des soins liée à la gestion des maladies chroniques est significativement plus élevée avec la contribution des IP dans les soins (p.13).

Pour atteindre un niveau augmenté de qualité de soins, il serait important d'évaluer certains indicateurs de qualité et mesurer ces valeurs de façon régulière pour assurer une amélioration continue. De plus, la sécurité sera évaluée par un processus qui assurera de minimiser le risque de dommage aux patients ainsi que l'efficacité des systèmes et performance individuelle des fournisseurs de soins de santé.

Aux États-Unis

Étant donné que la pratique infirmière existe depuis plus longtemps aux États-Unis, il semble approprié d'explorer les études qui ont été réalisées à ce sujet de la qualité et sécurité des soins. De plus, ses recherches permettront d'identifier des méthodes et des outils utilisés dans les facultés américaines pour assurer d'être les formations similaires au Canada.

Formation des infirmières praticiennes au Canada

Martin-Misener et ses collaborateurs (2010) indiquent qu'il y a plusieurs différences avec les formations des infirmières praticiennes à travers le pays (p.11). Cette situation handicape les diplômées de être plus que les autres connaissances, développés les mêmes habiletés et acquis les mêmes compétences. C'est un défi de taille, car les diverses juridictions provinciales régissent la formation des infirmières praticiennes. Pohl et ses collaborateurs (2009) mentionnent qu'il existe un besoin de développer et d'intégrer des outils mesurant la qualité et confirmant la sécurité dans les facultés des formations. Ces données veulent à assurer que les prochaines générations d'IP possèdent des capacités qui sont davantage axées sur des soins de santé primaires sécuritaires et de haute qualité.

Aux États-Unis

Coverman et ses collaborateurs (2009) ont identifiés dans leur recherche académique 6 compétences qui devraient être incorporées dans toutes les formations des IP. Ces compétences assurent que les connaissances, habiletés et attitudes acquises lors de la formation sont bien en ligne avec des pratiques cliniques de haute qualité et sécuritaire. Le tableau 2 démontre les compétences suggérées ainsi que leurs définitions.

DISCUSSION

Les compétences identifiées par Coverman et ses collaborateurs (2009) sont des concepts qui pourraient être incorporés dans les programmes de formations d'IP au Canada pour améliorer les connaissances, habiletés et attitudes envers les six différentes compétences. Puisque ceux-ci sont axés sur les soins sécuritaires et l'importance de la qualité, ces outils et lignes directrices intégrés dans les curriculums des formations d'IP au Canada assurent un début.

Il est important de travailler avec les différents ordres provinciaux, l'association des infirmières et infirmiers du Canada ainsi que les établissements éducatifs pour assurer que les buts établis avec ces changements sont toujours mesurables et objectifs de façon cohérente dans le pays.

En dernier lieu, les soins de santé primaires qui sont dispensés aux patients par les IP sont souvent décrits comme des services exceptionnels et toujours bien appréciés. Par contre, l'hétérogénéité de la formation des IP à travers le pays ne garantit pas des soins de santé primaires reçus par les patients à travers du pays soient toujours sécuritaires et d'excellente qualité.

CONCLUSION

Cette recherche documentaire a permis d'identifier les méthodes de formation d'IP qui existe au Canada ainsi que le niveau de qualité des soins dispensés par les IP au Canada et aux États-Unis. Les bases de données avaient des ressources limitées relatives à l'incorporation de la qualité et sécurité des soins dans les formations au Canada. Par contre, si le pays vise à mieux harmoniser les programmes de formation d'IP il sera plus facile d'ajouter ces éléments dans les curriculums. Ceci nous mène à la conclusion que de plus amples recherches seraient nécessaires pour explorer l'effet de l'ajout de ces compétences dans la formation. Pour bien incorporer ces changements, il aura sans doute besoin d'un certain niveau de collaboration entre les universités, les corps gouvernementaux provinciaux ainsi que l'association des infirmières et infirmiers du Canada.

RÉFÉRENCES

Bélanger, Tanya, & Pilon, Roger. (2015). La formation des infirmières praticiennes au Canada: qualité et sécurité des soins. *Revue canadienne de soins infirmiers*, 49(1), 1-10.

Coverman, S., & Coverman, S. (2009). *Quality and safety in primary care: A national survey of primary care nurses*. Ottawa: Canadian Nurses Association.

Fava, M., & Kramer, M. (2013). *Research methods in nursing: A practical guide to evidence-based practice*. Philadelphia: Elsevier.

ICIS. (2015). *Canadian nursing workforce: A national overview*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Martin-Misener, E. (2010). *The role of the nurse practitioner in primary care: A review of the literature*. Ottawa: Canadian Nurses Association.

Pohl, R., & Pohl, R. (2010). *Quality and safety in primary care: A national survey of primary care nurses*. Ottawa: Canadian Nurses Association.

La formation des infirmières praticiennes (IP) au Canada, plus spécifiquement à L'Université Laurentienne, existe depuis plus de 20 ans. Plusieurs nouvelles diplômées du programme possèdent les compétences pour passer l'examen canadien des infirmières praticiennes, mais est-ce suffisant pour s'assurer que les soins de santé primaires sont sécuritaires et de haute qualité? Cette recension des écrits a pour but d'expliquer la relation entre la formation de l'infirmière praticienne en soins primaires au Canada et la qualité et la sécurité des soins dispensés aux personnes. Martin-Misener et ses collaborateurs (2010) indiquent qu'il y a plusieurs différences avec les formations des infirmières praticiennes à travers le pays. Cette situation pourrait être problématique pour ces diplômées, si elles n'ont pas obtenu les mêmes connaissances, habiletés et compétences. Pour atteindre un niveau augmenté de qualité de soin, il serait important d'évaluer certains indicateurs de qualité, qui peuvent être identifiés en fonction du secteur dans lequel l'infirmière praticienne travaille, et mesurer les valeurs de façon régulière pour assurer une amélioration continue. Pohl et ses collaborateurs (2009) mentionnent qu'il existe un besoin de développer et d'intégrer des outils mesurant la qualité et confirmant la sécurité dans les Facultés de formation. Plus de recherches semblent nécessaires pour évaluer le lien entre les méthodes et outils d'enseignement utilisées dans les universités lors de formation des infirmières praticiennes et la qualité et la sécurité des soins.

La formation accélérée de baccalauréat en sciences infirmières au Canada

Mariama Camara, Sylvie Laroque, Anne Marise Lavoie

Présentation d'affiche

Le stress dans la formation accélérée du baccalauréat en sciences infirmières au Canada

Mariama Camara, B.Sc.inf, étudiante à la maîtrise en Sc.inf.; Anne Marise Lavoie PhD et Sylvie Laroque, PhD.

Introduction

INTRODUCTION

Les services aux étudiants sont bien au courant du modèle étudiant. Il se manifeste par le sentiment de solitude, le sentiment des pressions externes et d'urgence et une tension de l'ordre émotionnelle et du stress. Devant une situation difficile, une réaction physiologique et psychologique de l'organisme accompagne de la solitude de l'individu ou l'établissement scolaire. On parle alors de stress. La situation de stress s'accompagne de changements de comportement en réponse à une pression forte ou soudaine (Boujut et al. 2008; Lamour et al. 2011; Pineda).

Pour être une infirmière autorisée au Canada, toutes les provinces à l'exception de la province du Québec exigent un baccalauréat en sciences infirmières (B.Sc.inf). La formation est habituellement d'une durée de quatre ans. Certaines maisons d'enseignement post-secondaire offrent des programmes accélérés de deux à trois ans. Les programmes de baccalauréat sont offerts dans les universités, les collèges communautaires et certains CEGEP. La formation accélérée en sciences infirmières repose sur des notions théoriques, la pratique clinique, les laboratoires de pratique, des tests de rendement et sur le contrôle des connaissances accrues (tests hebdomadaires, examens de fin-semester, examens finaux). Les aspects didactiques, pratiques et de contrôle des connaissances accrues qui sont les étudiants qui la formation en sciences infirmières doivent vivre un stress supplémentaire tout au long de leur parcours (Boujut et al. 2008; Lamour et al. 2011; Sharma et Kaur (2011)). Les articles quantitatifs et qualitatifs publiés au cours des cinq dernières années ont été les plus évalués. Les mots clés sont: facteurs de stress, étudiants, sciences infirmières, programme accéléré, Canada.

Méthodologie

Méthodologie

La méthodologie de cette recherche documentaire consiste à chercher toutes les informations écrites, disponibles sur les facteurs de stress chez les étudiants dans le programme accéléré en sciences infirmières. Une revue de la littérature a été effectuée à la recherche d'articles qui parlent des facteurs de stress et des techniques de gestion de stress. Le démarrage de la recherche consiste à choisir le thème de la recherche, cerner le sujet, rechercher les écrits scientifiques, collecter et évaluer les données, sélectionner et trier les résultats, rédiger et présenter le document final selon les normes en vigueur (Favre & Kramer, 2013, p. 14 ; Forin, 2010). Le choix du thème facteur de stress a été inspiré par la recension des écrits et par le fait que cette thématique n'a pas encore été étudiée à l'université Laurentienne. La collecte, le traitement et l'interprétation des données se feront selon les approches de Lamour et al. (2011) et de Sharma et Kaur (2011). La sélection des articles a été faite grâce à l'exploitation de plusieurs bases de données : Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medline, Pubmed, Psycinfo. Les articles quantitatifs et qualitatifs publiés au cours des cinq dernières années ont été les plus évalués. Les mots clés sont: facteurs de stress, étudiants, sciences infirmières, programme accéléré, Canada.

Conclusion

Conclusion

L'identification du niveau de stress, le choix et l'application d'une technique de gestion donnée constituent des dynamiques parfois difficiles à comprendre, car plusieurs variables interviennent dans le niveau de stress.

Références

Références

- Boujut, E., Koleck, M., Bruchon-Schwitzer, M., Bourgeois, M.-L. (2008). La santé mentale chez les étudiants: suivi d'une cohorte en première année d'université. *Annales médico-psychologiques revue psychiatrique* 167(9) : 662-668.
- Favre, N., Kramer, C. (2013). La recherche documentaire au service des sciences infirmières : méthodes et ressources. Paris, Editions Lamarre.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de la recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Lamour, F., Estyry-Behar, M., Le Moir, R., Chérien, T., Mathieu, B. (2011). Enquête sur le vécu et les comportements de santé des étudiants des sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 2 (103)44-59
- Lavoie, C.G., Profetto-Gratch, J., Post, D.F., Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en soins infirmiers : approches quantitatives et qualitatives*. Montréal: Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Phaneuf, M. (2012). *Vaincre le stress en soins infirmiers (power point) décembre 2012*.
- Rosa, S. E., Niebling, B. C., Heckert, T. C. (1999). Sources of stress among college student. *College student journal*, 33(2) 312-317.
- Rudd, D., Goulding, J., Bryan, C. J. (2011). Student veterans: a national survey exploring psychological symptoms and suicide risk. *Professional Psychology: Research and Practice* 42(5): 354-360.
- Sharma, N., Kaur, A. 2011. Factors associated with stress among nursing students. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 7 (1) 12-21.
- Spitz, E., Costantini, M.-L., Baumann, M. (2007). Détresse psychologique et stratégies de coping des étudiants en première année universitaire. *Stress and Trauma* 2007; 7(3) : 217-225.
- Strenna, L., Chahraoui, K., Vinay, A. (2009). Santé psychique chez les étudiants de première année d'école supérieure de commerce : liens avec le stress de l'orientation professionnelle, l'estime de soi et le coping. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 38(2)2009, 183-204.

Cette initiative est financée par Santé Canada dans le cadre de la Feuille de route pour les langues officielles du Canada 2013-2018: éducation, immigrations, communautés.


Les vœux exprimés ici ne représentent pas nécessairement la position officielle de Santé Canada

Le baccalauréat en sciences infirmières (B.Sc.inf) est exigée pour l'autorisation de pratique partout au Canada sauf dans la province du Québec. La formation est habituellement de quatre ans et certaines universités offrent des programmes accélérés de trois ans. Le programme de quatre ans est déjà très lourd avec ses cours théoriques, ses laboratoires et ses stages cliniques. Les étudiants qui suivent la formation accélérée doivent vivre un stress supplémentaire tout au long de leur parcours. Le but de cette recherche documentaire était d'explorer les facteurs de stress des étudiants inscrits au programme accéléré. Aucune étude recensée n'a examiné la différence entre les deux programmes. Nous avons trouvé que les symptômes de stress sont amplifiés en programme accéléré. Le stress des étudiants augmente lors leur formation. Les sources de stress associées aux études sont les exercices en classe, les travaux scolaires, les rétroactions sommatives, les tests et les examens (mathématiques, médicaments), les épreuves de laboratoire et les évaluations de stage. Ce stress affecte leur vie personnelle et a un impact sur leur performance scolaire. En conclusion, si les étudiants suivent une formation accélérée en sciences infirmières, ils doivent être capables de bien gérer leur stress au risque d'échec ou d'abandon.

It Takes Two: A Mixed-Methods Analysis of Sibling Experiences When a Brother or Sister has Autism Spectrum Disorder


Marilia Carvalho, Shelley Watson

Poster Presentation



It Takes Two:
A Mixed Methods Analysis of Sibling Experiences
when a Brother or Sister has Autism Spectrum Disorder

Marilia J. Carvalho & Shelley L. Watson
 Laurentian University, Sudbury, ON, Canada



Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is an umbrella term for a range of neurodevelopmental disorders, characterized by social and communication impairments and restrictive and repetitive patterns of behaviour. Studies within the family literature have shown that ASD has a potential impact on all family members due to parenting stress. However, siblings of children with ASD are often not studied.

A mixed-methods approach was employed to learn about the negative and positive experiences of 15 siblings who have a brother or sister with ASD, but whom do not have ASD themselves.

Research Question

What is it like living with a sibling with ASD?

Objectives

- Gain insight into experiences
- Understand positive and negative aspects
- Understand familial dynamics, as informed by the Family Adjustment and Adaptation Response (FAAR) model (Patterson & Garwick, 1994; 1998)

Qualitative Findings

Themes

Stressors and Strains

"When he was going through certain phases that was really tough. Mostly, when he was younger, like biting or pinching or yelling, like that, would be difficult because that actually physically hurts, so those kinds of things."

-Mariana, 22, sibling of a brother with ASD

A Positive Catalyst for Personal Growth

"The amount of compassion and understanding and genuine appreciation for difference that I have and that I'm able to approach people and in interactions in ways that I probably wouldn't if I didn't have someone like Kyle in my life. So he's really taught me what it means to be different and how to care for people who are different and to be above and beyond." Jessica, 31, sibling of a brother with ASD

Concerns about the future

"Not knowing where he's going to be later on in life. So it's not really anything about him...it's just about his autism that's the negative part. It's just not knowing what the future brings for him, because once my mother is gone, who's going to take care of him? That sort of thing. So it's kind of one of those worrisome issues that's looming in the back of my mind every now and then."

-Eric, 26, sibling of a brother with ASD

Adjustment and Adaptation

"It was harder before, but after their diagnosis, my mom and I took a lot of parenting classes, about how to deal with ASD. After that, it was so much easier."

-Lilliana, 18, sibling of a brother and sister with ASD

Supports

"As a family, we needed a hell of a lot more supports than that...and at that point we had none, we were all in survival mode, that's what we called it"

- Laura, 33, sibling of a brother with ASD

Introduction

Siblings have a unique relationship that differs from relationships with parents and peers (Begum & Blacher, 2011). Therefore, it is important to consider what role a disability, such as ASD, may play in these relationships.

Studies suggest that children with siblings who have ASD may have a higher risk of psychological problems (e.g., anxiety and hyperactivity). Siblings have also reported less favourable attitudes toward their brother or sister's role in the family (Begum & Blacher, 2011).

Other researchers argue that there is insufficient evidence that indicates negative psychological outcomes for children with siblings with ASD. Instead, siblings have reported a high level of admiration and affection for their brother or sister (with ASD). Siblings have also revealed that they argued less with their sibling with ASD compared to brothers or sisters with typical development (Kaminsky & Dewey, 2001).

Rationale for Study

There are mixed findings regarding the experiences of siblings of children with ASD. Accounts of siblings are often misrepresented because the family matriarch is commonly asked to complete questionnaires and interviews about children in the household (Moyson & Roeyers, 2012). Thus, a study focusing on the perspective of siblings will contribute greatly to family research. In addition, mixed-methods are often not employed in studies examining sibling relationships where ASD is present. A mixed-methods approach allows researchers to quantify positive and negative experiences, while attaining more detail through qualitative interviews. As a result, quantitative and qualitative approaches provide a fuller understanding of dynamics that occur between siblings. Most importantly, with the advent of deinstitutionalization, the onus of such care on siblings is a fairly new phenomenon. Therefore, information is required in understanding what qualities of sibling relationships lead to caregiving roles in older age (Heller & Arnold, 2010) and if so, how they manage these new responsibilities.

Methods

Sample

- 15 Participants

A mixed-methods approach was employed and consisted of two questionnaires and an interview:

Quantitative

Sibling Inventory of Behaviour Scale (SIB; Schaefer & Edgerton, 1981; Hetherington, Henderson & Reis, 1999).

- Siblings completed the SIBS scale, a self-report questionnaire with 64 items; questionnaires completed online or in paper/pencil format
- Assesses positive and negative involvement.

Sibling Daily Hassles and Uplifts Scale (Giallo & Gavidia-Payne, 2005).

- A self-report questionnaire completed by siblings.
- There are 67 items that allow siblings to rate the frequency and intensity of hassles ("i.e. "We have to change our plans all the time because of my brother/sister with a disability") and uplifts ("My mom/dad tell me that I am being a big help around the home").

Qualitative

Semi-structured interview with an Arts-Based Method

- A semi-structured interview guide with 20 questions was used to ask the participants about their sibling experiences.

Interpretative Phenomenology Analysis (IPA)

- Focuses on the real meaning or essence of the everyday experiences (Smith & Flowers, 2002) of siblings.

Raising a child with Autism Spectrum Disorder (ASD) has a potential impact on the mental health and overall well-being of family members. Siblings of individuals who have ASD, however, are not frequently investigated and existing literature yields mixed findings. This study described the experiences of individuals who have a brother or sister with ASD. A mixed-method approach was employed, consisting of two questionnaires, the Sibling Inventory of Behaviour Scale and The Sibling Daily Hassles and Uplifts Scale, and semi-structured interviews. Interviews were analyzed using Interpretative Phenomenology which led to the finding of five themes. The analysis revealed that a sample of 15 siblings "adjust and adapt" when they experience "stressors and strains" such as problematic behaviour. "Supports" consisting of external networks, and "viewing the relationship as a positive catalyst for personal growth," assisted siblings in overcoming hassles and embracing more positive experiences. Siblings also expressed a "Concern about the Future," where they discussed whether the same degree of care provided by parents could be provided in later life and how they would handle future caregiving responsibilities. Quantitative data obtained through questionnaires was used to support and further inform finalized themes.

Les infirmières praticiennes formées dans un programme de langue française

Anne Despatie, Sylvie Larocque, Anne Marise Lavoie

Présentation d'affiche

Les infirmières praticiennes formées dans un programme de langue française

Anne Despatie, B.Sc.Inf sous la direction d'Anne Marise Lavoie et de Sylvie Larocque professeures titulaires à l'Université Laurentienne, Sudbury, Ontario

INTRODUCTION

L'infirmière praticienne est une infirmière avancée qui a suivi une formation additionnelle et possède des connaissances et compétences particulières pour son champ de pratique (Profession Santé Ontario, 2013). L'infirmière praticienne occupe un rôle important pour l'équipe interdisciplinaire en communautaire. L'évaluation de l'état de la santé, les tests diagnostiques, le diagnostic médical et la prescription de médicaments. Elle communique particulièrement sur la promotion de la santé et la prévention des maladies tout en offrant des soins holistiques (Profession Santé Ontario, 2013). La formation des infirmières praticiennes au Canada est très particulière. Selon l'Association des infirmières et infirmières du Canada (AIC) (2015), généralement, un baccalauréat en sciences infirmières de quatre ans doit être complété et l'examen d'admission doit être réussi. Ensuite, les infirmières doivent travailler pendant au moins deux ans en soins infirmiers. Le programme de maîtrise d'infirmière praticienne qui est d'une durée de deux ans le temps plus deux ans de perfectionnement (AIC, 2015). En soins infirmiers, le langage est considéré dans le communication efficace, l'évaluation appropriée, l'intégration ainsi que l'intervention (Adams, Nebo, Mathews, & Aguilera, 1998). Selon le Consortium national de la formation en santé (2012) la qualité des soins et la sécurité du patient est augmentée lorsque les soins infirmiers sont prodigués dans la langue de choix du client. Même si l'anglais est la langue officielle de l'Ontario, plus de sept-cent-mille francophones vivent dans cette province (Statistique Canada, 2014). Ainsi, en Ontario, les infirmières ont le choix de suivre le programme d'infirmière praticienne soit en anglais, ou en français.

QUESTION DE RECHERCHE

Quel sont les avantages de la formation des infirmières praticiennes en français sur la population francophone et le système de santé en Ontario?

Critères 3OQCP

Quoi? La population francophone
Où? Les effets de la formation des infirmières praticiennes en Ontario
Qui? En Ontario
Comment? Une recherche documentaire
Pourquoi? Pour améliorer la santé des franco-ontariens

MÉTHODOLOGIE

Le travail a pour but d'explorer les avantages de la formation des infirmières praticiennes en français sur la population francophone et le système de santé en Ontario. Les objets de la recherche documentaire de l'étude (2010) ont été services pour ce travail. Les sources incluent le thème de recherche et le sujet ont été choisis pour cette recherche. Ensuite, les six articles de Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medline et PubMed. Les mots clés ont été les suivants: anglais et de soins de santé en français, infirmières praticiennes, Ontario, training et culturally competent. Quelques mots clés de deuxième ordre ont été ajoutés à la recherche à la suite de la rédaction de ce document. Les données ont été bien lues et évaluées. Les articles de plus de quinze années et qui ont été publiés à la suite de l'époque de recherche ont été ajoutés. L'information a été sélectionnée et les résultats ont été triés. Finalement, cela a été corrigé, cela a été bien repris.

RESULTATS

Voici les avantages de la formation des infirmières praticiennes dans un programme de langue française:

- Qualité des soins** Il y a plusieurs avantages sur la population francophone de la formation des infirmières praticiennes dans un programme de langue française. Premièrement, les infirmières praticiennes ont des diagnostics médicaux plus rapides, plus précis, et des interventions plus appropriées. En plus, les francophones ont une meilleure santé en général (Anderson, Scrimshaw, Fullbrook, Faldut, & Scrimshaw, 2007).
- L'utilisation appropriée du système de santé** : La formation des infirmières praticiennes dans un programme de langue française a aussi plusieurs effets positifs pour le système de santé en Ontario. Ces changements incluent à une utilisation plus appropriée du système de santé et une diminution des coûts à la province (Anderson et al., 2007).
- Niveau de satisfaction plus élevé** : L'infirmière praticienne profite également de sa formation dans un programme de langue française. Les avantages pour celles qui ont été recrutées sont la diminution de frustration et de risque d'erreur médicale (Ebers, Barton, Lavoie, Mayo, Zuckerman, Allen, Medina & Harsh, 2005). Ainsi, les francophones sont plus satisfaits des services de santé reçus (Anderson et al., 2007).
- Meilleure relation patient-praticienne de soins** : Les francophones sont plus enclins à accéder les services de santé et ils sont offerts en français et la relation de confiance entre le client et le professionnel de la santé est de meilleure qualité (Boschard, Choquette, Benoit, Bosworth, Lemieux & Parise, 2012).

Un plus grand nombre d'infirmières praticiennes formées dans un programme de langue française répondent au moins aux besoins des Franco-ontariens.

DISCUSSION

La formation des infirmières praticiennes dans un programme de langue française pourrait présenter plusieurs avantages pour les francophones et le système de santé en Ontario. Les articles recensés nous l'importance des professionnels de la santé qui offrent des soins adaptés sur la culture et le langage afin de bien répondre aux besoins de la population. Les auteurs suggèrent également que les résultats de l'étude pourraient être non seulement adaptés aux soins de santé primaire mais aussi les soins hospitaliers et les soins à domicile (Boschard et al., 2012). Les professionnels de la santé en général doivent offrir des soins culturels et linguistiquement compétents aux patients de tous les dialectes et de tous les âges. Certains des articles abordent le sujet de population particulière. Pour en nommer, Flores et al. (2003) discutent des effets des services linguistiques appropriés sur les femmes mexicaino-américaines et la population pédiatrique tandis que Boschard et al. (2012) discutent des effets positifs sur la population âgée franco-ontarienne. Le travail de Gato, Michel, Pong & Stewart (1999), mentionne que le succès de l'infirmière praticienne en Ontario est directement lié avec les besoins combinés de la population ontarienne incluant leurs services. Il est important de faire comprendre ces avantages à l'infirmière praticienne afin d'améliorer la qualité des soins offerts à cette population.

CONCLUSION

Cette recherche fait ressortir les avantages de la formation des infirmières praticiennes dans un programme de langue française pour la population franco-ontarienne. Les recommandations découlées de cette recherche documentent les occasions de formation et de développer ces programmes, particulièrement les occasions de stages dans des milieux francophones, plus que la formation d'étape en français, pour les étudiants dans le programme de langue française. Les infirmières praticiennes formées dans un programme de langue française n'est pas un sujet bien recherché. Ce travail a permis de faire un survet de la recherche par cox, particulièrement, il serait avantageux de faire des recherches supplémentaires. Ainsi, l'étude des avantages de la formation des infirmières praticiennes dans des programmes de langue française pourrait aussi être profitable pour la population francophone et le système de santé en Ontario. En conclusion, plus d'infirmières praticiennes formées dans un programme de langue française répondent plus aux besoins des Franco-ontariens.

REFFÉRENCES

- Anderson, L.M., Scrimshaw, S., Fullbrook, M., Faldut, J., & Scrimshaw, J. The Role of Infirmière Praticienne in the Health Care System: Cultural Competency and Language Proficiency. *American Journal of Preventive Medicine*, 2, 6-9.
- Association professionnelle infirmières du Québec. (2015). *Code de déontologie infirmière*. Québec: Association professionnelle infirmières du Québec.
- Boschard, L., Choquette, M., Pong, M., Stewart, P., Lemieux, M., & Parise, M. (2012). *Le rôle de l'infirmière praticienne en soins de santé communautaire en français*. Québec: Éditions du Centre de la recherche en santé communautaire.
- Gato, S., Michel, L., Pong, M., & Stewart, P. (1999). *Que ont les avantages de la formation des infirmières praticiennes en français*. Québec: Éditions du Centre de la recherche en santé communautaire.
- Harsh, S., Barton, L., Lavoie, A., Mayo, S., Zuckerman, B., Allen, M., Medina, L., & Ebers, P. (2005). *Impact of language on patient satisfaction: A study of French-speaking patients in Ontario*. *Medical Care*, 43, 1148-1154.
- Le rôle des infirmières praticiennes en soins de santé communautaire (2015). *Programme de formation des infirmières praticiennes en soins de santé communautaire*. Québec: Éditions du Centre de la recherche en santé communautaire.
- Lavoie, A., Barton, L., Pong, M., & Stewart, P. (2003). *Impact of language on patient satisfaction: A study of French-speaking patients in Ontario*. *Medical Care*, 41, 1148-1154.
- Profession Santé Ontario (PSO) (2013). *Infirmière praticienne*. Infirmière praticienne. Retrieved from <http://www.healthcareprofessionals.ca/PSO/Document/InfirmierePraticienne.aspx>
- Statistique Canada (2014). *Statistiques sur la langue officielle*. Ottawa: Statistique Canada.
- Université de l'Ontario. (2015). *Sciences infirmières*. Retrieved from http://www.uwo.ca/academic/healthsciences/undergraduate/bsc_nursing/index.html

Cette initiative est financée par Santé Canada dans le cadre de la feuille de route pour les langues officielles du Canada 2013-2018: éducation, immigration, communauté. Les sites web de Santé Canada sont disponibles à l'adresse www.santecanada.ca.


Les services en santé sont plus accessibles aux personnes francophones de l'Ontario majoritairement anglophone en raison de la barrière de la langue. Une barrière de communication entraîne plusieurs conséquences chez le bénéficiaire comme la difficulté à gérer ses problèmes de santé, une moins bonne qualité des services et l'augmentation des visites à l'urgence. L'infirmière praticienne occupe un rôle important en santé primaire incluant l'évaluation de l'état de la santé, le diagnostic médical et la prescription de traitements. Le but de cette recherche documentaire était d'explorer les effets de la formation des infirmières praticiennes en français sur les bénéficiaires et le système de santé en Ontario. Parmi les avantages recensés se trouvent des diagnostics médicaux, des traitements et des interventions plus justes qui se traduisent par meilleure santé en général, ainsi que moins de frustration et d'erreurs médicales. La livraison de services en français conduit à une utilisation plus appropriée du système de santé et une diminution de ses coûts. L'offre de services de santé en français assure une meilleure qualité de service et favorise la relation de confiance entre le client et le professionnel. En conclusion, un plus grand nombre d'infirmières praticiennes éduquées en français est nécessaire.

60

An Evolving Rural Health Conceptual Framework

Emily Donato

Poster Presentation



A Rural Health Conceptual Framework

Emily Donato R.N., B.Sc.N., M.Ed., Ph.D. (Cand.),
Assistant Professor, School of Nursing, Laurentian University

Introduction: An Evolving Framework

Main Concepts: Place and Context, Geographic Location, Culture: Individual and Community, Education and Literacy, Individual Health & Behaviours, Community Relations, Political Structures, Socio-Economic Structures, Accessible Health Services.

All concepts are inter-connected and influence each other resulting in the overall health care status of each individual within a community, and the community itself. Community sustainability which is enhanced through the contributions of appropriate health services is perceived as the ultimate outcome (Farmer, Prior, & Taylor, 2012).

Key Social Determinants of Health identified by White (2013) are interspersed throughout this framework within the key concepts.

Key Concepts: Background Literature (cont.)

Socio-Economic Structures
Affects health status of rural communities (Bourke, Humphreys, Wakerman, & Taylor, 2012; DesMeules et al., 2012; White, 2012).

Accessible Health Services
Key factor in determining health status of rural communities (Bourke, Humphreys, Wakerman, & Taylor, 2012; DesMeules et al., 2012; Moss et al., 2012; White, 2013; Pong et al., 2011); Moss et al. gives a taxonomic definition of access: availability, accessibility, accommodation, affordability and acceptability; Russell et al., 2013 - provides a detailed analysis of the concept of access and a framework to address dimensions of rural health access; Adams et al., 2015- describes access to physiotherapy in a rural setting, describes rationing methods; Muir-Cochrane, 2014 – identified *service availability and access* as one of two main themes in looking at access to mental health care for older adults.

Social Determinants of Health
Key Social Determinants of Health as identified by White (2013) - social support networks, education and literacy, social environments, physical environments, personal health practices and coping skills, culture, healthy child development, health services need to be included in the assessment of rural health. DesMeules et al., 2006 *How Healthy Are Rural Canadians? An Assessment of Their Health Status and Health Determinants:* Summary Report also identified these as important.

Overall Health Care Status: individual, population, and community health (Farmer, Munoz, & Threlkeld, 2012), are affected and influenced by all of the above.

Community sustainability is the ultimate outcome.

Influencing Frameworks

A Population Health Framework for Rural Health (DesMeules et al., 2012)
"Portrays the hypothesized relationships between major categories of health determinants, including place, and the health status of populations" (DesMeules et al., 2012, p. 27).


A Rural Health Framework (White, 2012.)
An evidence-based framework that was developed to guide rural health program, policy and service planning (White, 2012).

A Conceptual Framework of Rural and Remote Health (Bourke, Humphreys, Wakerman, & Taylor, 2012.)
A framework for educators, practitioners, researchers and policy-makers to better understand rural and remote health (Bourke, Humphreys, Wakerman, & Taylor, 2012).

Conceptual Framework based on Population Health Framework of Health Canada (Pahwa, et al. 2012, fig. 2, p. 5)
Contains elements such as: covariates, individual factors, and contextual factors that affect health outcomes (Pahwa et al., 2012).

Influencing Government and Related Documents

Canada Health Act (R.S.C., 1985, c. C-66).
Ministry of Health and Long-term Care (2015). *Patients First Action Plan for Health Care*
Ministry of Health and Long-term Care (2012). *Ontario's Action Plan for Health Care*
Ministry of Health and Long-term Care (2010). *Rural and Northern Health Care Framework/Plan: Report of the Rural and Northern Health Care Panel*.
Ministry of Infrastructure, Ministry of Northern Development and Mines. (2011). *Growth Plan for Northern Ontario*.
Romanow, H. (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada: Report of the Commission on the Future of Health Care in Canada. Chapter 7: "Rural and Remote Communities"*. Ottawa, Ontario: Commission on the Future of Health Care in Canada.
Glauber, R.H., Godfrey, P., Neilson, N. (2011). *Geographic Access to Primary Care and Hospital Services for Rural and Northern Communities: Report to the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*.
Hathorn & Levesque, J. Sprimell, E., Coyle N. (2011). *Primary health care in Canada: systems in motion*. *Millbank Quarterly*, 131(2):256-288.
Drummond D. (2012). *Commission on the Reform of Ontario's Public Services. Chapter 5: Health*.
Brazier-Landage, A., Verma, J., Malinski, G., Barclay, R. (2011). *Canadian Health Services Research Foundation: Provincial and Territorial Health System Priorities*.
Health Quality Ontario. (2012). *Health Quality Monitor: 2012 Report on Ontario's Health System*.
The 2009 First Ministers Health Accord at <http://www.hc-sc.gc.ca/thetaac/initia/population/factcollab/2009/accord/index-eng.php>
Sibley, L.M., Weiner, J.P. (2013). *An evaluation of Access to health care services along the rural-urban continuum in Canada*. BMC Health Services Research.
North East LHN Community Report (September 2014). *PEOPLE FOCUSED CARE: Report to Fellow Northerners and Northwestern Ontario Communities*. (From Ontario Rural Institute of Health website).
MacNeilson, G.P. (2013). *Canada Health Systems Review: Health Systems in Transition*, 15(1): 1-179. Retrieved from: http://www.eur.nyu.edu/~data/assess/pdf_files/00111818555v09759.pdf



Contact Information
Emily Donato, School of Nursing, Laurentian University edonato@laurentian.ca

The health status of rural communities is determined and affected by several factors and cannot be viewed with the same lens as for urban communities. The development of an evolving framework emerged from the review of key concepts in rural health literature, noting primarily what contributes to its status within a community as well as to community sustainability. Influencing frameworks from within the rural health literature were also reviewed, as were government and related documents. The main concepts of this evolving framework are identified as: place and context, geographic location, individual and community culture, education and literacy, individual health and behaviours, community relations, political structures, socio-economic structures, and accessible health services. All concepts are perceived to be inter-connected, and influence each other resulting in the overall health care status of each individual within a community, the population, and the community itself. Some concepts may be more pronounced depending on what is occurring in a community during a specific point in time. Key social determinants of health are interspersed throughout this framework within the main concepts. Community sustainability is perceived as a positive health outcome for rural communities.

How important are definitions of problem drinking in alcohol addiction treatment and research?

Corie Ann Flesch, Shelley Watson

Poster Presentation



How important are definitions of problem drinking in alcohol addiction treatment and research?



Corie Ann Flesch & Shelley Watson

Abstract

Despite the fact that excessive or problematic drinking behaviours have been widely associated with various social, psychological, and medical costs, there is a lack of consistent terminology in the literature to define problematic drinking behaviours. The lack of consistent terminology in the literature for addiction, as well as various drinking behaviours, has resulted in a conceptual confusion that makes it difficult to accurately diagnose, and determine appropriate treatment.

The analysis of the semi-structured interviews yielded three primary themes regarding the role of excessive alcohol consumption, avoidance of using definitions, and an evolution in the understanding of definitions. The findings from this study reveal a lack of consistency amongst counsellors interviewed in the definitions that they use to diagnose problematic drinking behaviours.

Introduction

The clear, accurate, and consistent definition of medical conditions, psychological disorders, developmental disabilities, and addictions is essential in providing the appropriate diagnosis, intervention, and the most effective treatment options available (Samet, Waxman, Hatzenbuehler, & Hasin, 2007).

When it comes to alcoholism and other addictions, the ability to accurately diagnose is the first step towards appropriate treatment and recovery (Canadian Center on Substance Abuse, 2008). Unfortunately, there is an absence of clear and concise definitions when it comes to binge drinking, problem drinking, alcohol intoxication, and alcohol use disorder. The lack of consistent terminology in the literature for addiction as well as various drinking behaviours has resulted in a conceptual confusion that makes it difficult to accurately diagnose and determine appropriate treatment (Shaffer, 1999).

Excessive or problematic drinking behaviours have been widely associated with various social, psychological, and medical costs (Canadian Center on Substance Abuse, 2007). These various consequences include deaths and injuries due to drinking and driving, suicides, academic difficulties, sexually transmitted diseases, fetal alcohol spectrum disorder, as well as premature death due to alcohol related illnesses (Canadian Center on Substance Abuse, 2007).

Objective

This study aimed to explore the knowledge and the use of specific definitions of drinking behaviours in everyday clinical assessment. As well as ascertain which definitions are more useful to professionals working in the addiction field.

Method

Participants
Eight participants (Six females; two males)
Average of 13.4 years of counselling experience

Materials
13 interview questions varying from "How do you define binge drinking?" to "How important do you feel it is to be able to clearly discriminate between different types of drinking?"

Procedure
Individual interviews were conducted in a location chosen by the participants.

Interviews were digitally recorded to allow for accurate transcription

Results

Excessive alcohol consumption

"And then they drink and drink and drink and then they can't stop."

"[...] just some body that consumes alcoholic beverages to the point where they would be inebriated, where one is never enough type of thing, where they just go out and drink everything is sight until they pass out basically."

individual who "...will go for long periods of time without drinking and then drink a lot at one time"

Avoidance

"I don't label the clients, I put out information and we discuss and I make suggestions."

"...people... get defensive towards labels."

"...each individual person has their individual needs or concerns [...] where alcohol is involved."

Evolution of understanding of definitions

"The way that I define now is more flexible or adaptable to the specific situation."

[Just] because somebody comes in and says this is how I'm behaving now, you know it's important to look at, what's the context, some people are going through stressful situation, doesn't mean that they have to go to AA they can just learn different coping strategies.

Discussion

The results from the current study as well as a review of the body of literature reveal a lack of consistency in the criteria applied in order to classify specific drinking behaviours.

These irregularities in the criterion for diagnosing drinking behaviours are so prevalent that it is evident that there is a need to delineate more consistent and distinguishable definitions in the literature.

References

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Canadian Center on Substance Abuse (2008). A systems approach to substance use in Canada: Recommendations for a national treatment strategy.

Canadian Center on Substance Abuse (2007). Reducing alcohol-related harm in Canada: Toward a culture of moderation.

Canadian Center on Substance Abuse (2010). Substance abuse in Canada: Concurrent disorders.

Courtney, K. E. & Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological Bulletin*, 135(1), 142-156. doi:10.1037/a0015411

Han, L. S. & Hope, D. A. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23(2), 178-209. doi:10.1016/S1521-7735(03)00071-0

Samet, S., Waxman, K., Hatzenbuehler, M., & Hasin, D. S. (2007). Assessing Addiction: Concepts and Instruments. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(1), 18-31.

Shaffer, H. J. (1999). What is addiction? A Perspective. *World Health Organization* (2015). *Alcohol: Fact sheet*.

Despite the fact that excessive or problematic drinking behaviours have been widely associated with various social, psychological, and medical costs, there is a lack of consistent terminology in the literature to define problematic drinking behaviours. The lack of consistent terminology in the literature for addiction, as well as various drinking behaviours, has resulted in conceptual confusion that makes it difficult to accurately diagnose and determine appropriate treatment. This study presents some of the various definitions that have been used in the literature in order to classify binge drinking, alcohol intoxication, alcohol use disorder, and problematic drinking. This study also explores the knowledge and the use of specific definitions of drinking behaviours in everyday clinical assessment situations by interviewing various general counsellors. The analysis of the semi-structured interviews yielded three primary themes including the role of excessive alcohol consumption, avoidance of using definitions, and an evolution in the understanding of definitions. The findings from this study reveal a lack of consistency amongst counsellors interviewed with respect to the definitions that they use to diagnose problematic drinking behaviours.

Le défi d'une culture autochtone dans la formation en sciences infirmières

Renée Gamache, Lynn Aubuchon, Anne Marise Lavoie

Présentation d'affiche



Les obstacles d'une culture autochtone dans les formations en sciences infirmières

Renée Gamache, B.Sc. Inf., M.Sc. Inf. (étudiante à la maîtrise en sciences infirmières)
Sous la direction de Anne Marise Lavoie (professeure en sciences infirmières) et Lynn Aubuchon (professeure en sciences infirmières)

Question de recherche

Quels sont les obstacles des aspirants étudiants de la culture autochtone devant les formations en sciences infirmières?

Critères 3QOCP

Qui? La population des étudiants de culture autochtone
Où? Connaître les obstacles des étudiants devant les formations en sciences infirmières
Quand? Sujet d'actualité (données limitées aux cinq dernières années)
Où? Canada
Comment? Comparaison des études en sciences infirmières de la population autochtone et caennaise
Pourquoi? Améliorer l'éducation de la population en question, identifier les défis et faciliter leur expérience

Conclusion

Pour conclure, la recherche concernant la culture autochtone et l'éducation en sciences infirmières est très limitée. La majorité des recherches trouvées sont liées aux obstacles que les étudiants de la culture autochtone doivent affronter si ils poursuivent une formation en sciences infirmières. Donc, des méthodes adaptées à la culture autochtone telles que prolonger la durée du programme étendu, offrir des mentors et des bourses d'études sont tous des éléments que les programmes gouvernementaux en collaboration avec les écoles et les écoles de sciences infirmières peuvent développer pour éliminer les obstacles qui se présentent aux étudiants de la culture autochtone.

Recommandations

Les recommandations, afin d'augmenter le recrutement ainsi que la rétention des étudiants autochtones dans la formation en sciences infirmières, sont de développer une mission pour apprécier la diversité de la culture autochtone. De plus, il est important d'incorporer des stratégies qui peuvent aider les étudiants à développer un sens d'appartenance lors des stages cliniques. D'autres recommandations sont d'encourager, de promouvoir et d'informer les jeunes autochtones sur la profession infirmière pour développer leur intérêt envers celle-ci. Il est aussi important d'avoir une collaboration avec les écoles secondaires afin de faire du recrutement et de s'assurer que les étudiants ont accès à l'appui académique, financier, culturel et personnel nécessaires. Le gouvernement, les autorités de la santé et de l'éducation devraient encourager cette population à continuer leurs études dans la profession infirmière. En développant des stratégies pour augmenter le nombre d'étudiants autochtones dans le programme de sciences infirmières, ceci pourrait favoriser à long terme l'augmentation des infirmières autochtones de culture autochtone dans leurs communautés.

Obstacles des étudiants de la culture autochtone

Il y a plusieurs recherches qui ont examiné les raisons d'un faible taux d'étudiants de la culture autochtone qui poursuivent des études dans une formation en sciences infirmières. Selon les recherches, il y a deux catégories d'obstacles: interpersonnels et structurels.^{1,2,3,4} Les obstacles interpersonnels sont les plus communs et ils affectent le taux d'inscription des étudiants autochtones dans le domaine des sciences infirmières. Les recherches démontrent que les gens de la culture autochtone ne croient pas que c'est réaliste d'être dans une profession de la santé. Ceci dit, la majorité des étudiants autochtones doutent d'avoir les habiletés requises pour être dans une telle profession. De plus, les recherches indiquent que l'appui familial peut poser un défi. Si un membre de la famille a une éducation et une carrière, il y a plus de chance que les enfants vont être encouragés et motivés à poursuivre leurs études aussi.^{5,6} Malheureusement, les étudiants de la culture autochtone ont peu de motivation et d'appui familial pour poursuivre une formation dans le domaine de la santé. Aussi, selon les recherches, un autre obstacle que les autochtones vivent est la décision de dévier quitter leur réserve afin de poursuivre leurs études dans un environnement étranger, ce qui peut potentiellement créer le sentiment d'être isolé culturellement.^{7,8}

Obstacles en milieu clinique

Les chercheurs croient que les étudiants autochtones avaient des obstacles sociaux et psychosociaux lors des stages cliniques. En effet, ils se sentent jugés par leurs collègues et leurs professeurs cliniques.^{9,10} De plus, ils trouvent que le « feedback » des professeurs cliniques était plutôt critique et négatif que positif. Ils se sentaient invisibles sur l'étage. Aussi, les infirmières autochtones n'étaient pas accueillies. Les étudiants se sentaient donc dévalorisés et avaient une pauvre estime de soi. Donc, les étudiants autochtones trouvent qu'il était très difficile de se rapprocher de leurs professeurs cliniques et des infirmières autorisées présentes pour avoir de l'aide lors des stages.¹¹

Obstacles à l'appui des étudiants

Certains chercheurs croient que les programmes qui appuient les étudiants de la culture autochtone dans la poursuite de leurs études en sciences infirmières ont un grand impact positif.^{12,13} Les recherches démontrent que des programmes d'appui pour les étudiants autochtones permettent d'éliminer certains obstacles. Les programmes ayant pour but d'être consistants, accessibles aux deux ressources culturelles permettent de promouvoir le recrutement et la rétention des étudiants autochtones dans la formation infirmière.¹⁴ De plus, l'appui émotionnel, qui inclut l'empathie, le « scrupule » et la confiance, est crucial pour le succès des étudiants de la culture autochtone. Les recherches indiquent qu'un environnement positif et accueillant permet aux étudiants de se sentir plus à l'aise dans la salle de classe et le milieu clinique.^{15,16}

Discussion

Afin de tenir compte des considérations culturelles de notre société, les infirmières autochtones sont une ressource inestimable dans leurs collectivités et elles sont peu nombreuses. Avec l'historique des iniquités vécues par les autochtones, particulièrement dans le domaine de la santé et dans la formation, dont celle en sciences infirmières, il faut trouver une façon de réparer les erreurs du passé. Il est évident qu'il y a plusieurs obstacles qui peuvent avoir un impact sur le recrutement et la rétention des étudiants de la culture autochtone. La profession infirmière est très exigeante et peut être intimidante pour les individus de la culture autochtone qui voudraient poursuivre leurs études dans le domaine de la santé. Il y a plusieurs similitudes entre les obstacles rencontrés par les étudiants de la culture autochtone et ceux des étudiants de la culture autochtone. Les recherches ont montré que des sentiments d'isolement et d'incertitude, en lien avec le fait de ne pas être familiarisés avec son nouvel environnement, étaient très communs.^{17,18} De plus, l'environnement de classe avec des tâches très spécifiques et des chercheurs de différents noms de la culture autochtone est aussi un obstacle. Aussi, il est d'être un étudiant intermédiaire dans le programme est déterminé par les ressources accessibles, les contraintes institutionnelles ainsi que les aspects socioéconomiques, psychologiques et sociaux.^{19,20} Les chercheurs sont en accord qu'il est important que tous les professeurs, dont celles en milieu clinique, comprennent la perspective des étudiants de la culture autochtone.^{21,22} Les chercheurs croient aussi que l'utilisation d'un système qui examine les obstacles en regardant l'ensemble du problème tout en réfléchissant aux valeurs et aux croyances de la culture autochtone a un effet positif sur le recrutement des étudiants de la culture autochtone.^{23,24} Il y a plusieurs options pour aider les étudiants de la culture autochtone à poursuivre leurs études dans ce domaine qui peut sembler être un défi. Malheureusement, il n'y a pas assez de programmes gouvernementaux et de collaboration avec les réserves et les écoles afin d'aider les étudiants de la culture autochtone. Certains chercheurs croient que l'appui informel (ex : le tuteurat) était plus efficace à augmenter la probabilité que les étudiants réussissent dans leur programme. Le tuteurat et des groupes d'études permettent de promouvoir l'apprentissage des étudiants et le développement de meilleures techniques d'étude.²⁵ Avec l'accès à ce type d'aide, les étudiants ont plus de chances de réussir et cela peut permettre de motiver à continuer leur formation et de continuer à apprendre et à grandir. Les chercheurs croient que les étudiants de la culture autochtone ainsi que les autres étudiants.^{26,27} Il est important de réfléchir aux défis ainsi qu'aux valeurs et croyances liées à la culture autochtone afin d'en tenir compte dans les programmes de formation pour inciter ces étudiants à poursuivre leurs études en sciences infirmières.


Au Canada, un nombre peu élevé d'étudiantes provenant de la culture autochtone poursuivent leurs études en sciences infirmières. Il y a non seulement un énorme défi pour les recruter, mais il faut aussi savoir comment les retenir dans le domaine puisqu'elles deviendront éventuellement une ressource inestimable dans leurs collectivités. Cette recherche documentaire avait pour but

d'examiner les expériences des étudiantes autochtones inscrites dans un programme en sciences infirmières. Une recension des écrits a été faite à partir des portails de recherche avec les mots-clés suivants: éducation, culture autochtone et sciences infirmières. La recherche sur la culture autochtone et l'éducation en sciences infirmières est très limitée et seulement six articles récents ont été trouvés et utilisés pour la présente recherche. Les résultats démontrent que les étudiantes de culture autochtone se sentent inconfortables et discriminées lors de leur formation et plus particulièrement lors des stages cliniques. Il y a beaucoup de travail à faire afin de les inciter à faire des études en sciences infirmières, sans oublier toutefois, que les programmes de formation doivent revoir leurs stratégies, afin d'éliminer les obstacles qui se présentent à ces étudiantes quand celles-ci sont inscrites dans un tel programme.

Surviving to Thriving: A Literature Review of Terminology and Family Reactions to Disability


Meghan Gray, Shelley Watson

Poster Presentation



Surviving to Thriving: Terminology and Family Reactions to Disability A Literature Review

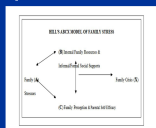
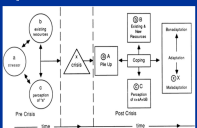
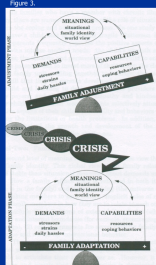
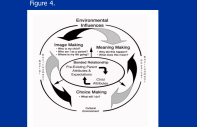
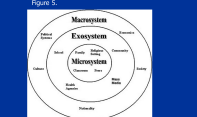
Meghan L. Gray & Shelley L. Watson



Abstract

This literature review examined the theories and models surrounding the topic of family reactions to disability. Five models were assessed in terms of their structure and their terminology. An historical review has been provided to give context for the models under examination. Analysis of the terminology used within the models included the terms stress, coping, adjustment, adaptation, resilience and transformation. Functionality of the models was ascertained with regards to their applicability in the literature and ease of use. Concerns with the terminology used in the literature included the flexible nature of the terminology as well as the ease with which these words were confused. The findings of this review reveal a lack of consistency within the literature pertaining to family reactions to disability as well as the terminology within the models and theories themselves.

Models

Objective

This paper aimed to understand the meaning of the terminology applied and how this meaning affects the interpretation and application of the models pertaining to family reaction to disability.

Introduction

Some of the most useful tools to have come out of family reaction to disability research have been the development of a series of models that attempt to provide a picture of the dynamic processes involved within families as they are faced with, and experience, stress and crisis.

The first to create a model in understanding family stress process was Reuben Hill. Hill's (1958) research focused on the family's definition of a major stressor event, in this case military caused separation. Hill (1958) examined three variables that are involved within the conceptual framework that evolved regarding families in crisis; family, crisis-provoking event, and the meaning that the family ascribes to this event (see Figure 1).

Building upon Hill's (1958) model, Patterson and McCubbin (1983) developed a new multivariate model coined the Double ABCX (see Figure 2). McCubbin and Patterson (1983) stated that the central research question pertinent to any work done regarding family stress is to examine how many, and what kinds, of stressors there are. This line of questioning includes what mediates these stressors (personal, family, and community resources), what coping responses the family has, and what family processes occur in shaping the family's adjustment and adaptation in the long term (McCubbin & Patterson, 1983).

The FAAR model was developed through research performed by Benson, McCubbin, Dahl, and Hunter, (1974), McCubbin, Dahl, Lester and Ross, (1976), and McCubbin and Metres, (cited in McCubbin & Patterson, 1983; see Figure 3). The FAAR is composed of two distinct sections, family adjustment and family adaptation separated by crisis.

Terminology

	ABCX	Double ABCX	FAAR	Transformational Outcomes
Necessity/Stress	Stressor	Stressor	Stressor	Stressor
Strain	Stressor	Stressor	Stressor	Stressor
Demand	Stressor	Stressor	Stressor	Stressor
Coping	Stressor	Stressor	Stressor	Stressor
Crisis	Stressor	Stressor	Stressor	Stressor
Adjustment	Stressor	Stressor	Stressor	Stressor
Adaptation	Stressor	Stressor	Stressor	Stressor
Resilience	Stressor	Stressor	Stressor	Stressor
Transformation	Stressor	Stressor	Stressor	Stressor

Discussion

The terminology applied in the literature is directly representative of the constructs that theorists are attempting to define. When the vocabulary of these theorists becomes muddled with flexible words that can be applied to multiple events the levels of clarity and functionality of the models are drastically reduced.

References

Hill, R. (1958). Social stresses on the family. *Social Casework*, 39(2), 130.
 McCubbin, H. J., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process. *Marriage & Family Review*, 6(1-2), 7-37.
 Patterson, J. M. (1988). Families experiences stress: I. the family adjustment and adaptation response model. II. applying the FAAR model to health-related issues for intervention and research. *Family Systems Medicine*, 6(2), 202-237.
 Patterson, J. M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of marriage and family*, 64(2), 349-360.
 Scorgie, K., Wilgosh, L., & Sobsey, D. (2004). The experience of transformation in parents of children with disabilities: Theoretical considerations. *Developmental Disabilities Bulletin*, 32(1), 84-110.

This literature review examined the theories and models surrounding the topic of family reactions to disability. Five models were assessed in terms of their structure and their terminology. An historical review has been provided to give context to the models under examination. Analysis of the terminology used within the models included the terms stress, coping, adjustment, adaptation, resilience and transformation. The functionality of the models was ascertained with regards to their applicability in the literature and ease of use. Concerns with the terminology used in the literature included the flexible nature of the terminology as well as the ease with which these words were confused. The findings of this review reveal a lack of consistency within the literature pertaining to family reactions to disability as well as the terminology within the models and theories themselves.

La formation des infirmières praticiennes en régions éloignées du Canada

Megan Harvey, Roger Pilon, Anne Marise Lavoie

Présentation d'affiche

Formation avancée: la formation d'infirmière praticienne en région éloignées au Canada

Megan Harvey, M.Sc.Inf. (candidate), sous la direction d'Anne Marise Lavoie, Ph.D. et de Roger Pilon, IP-SSP, Ph.D. Université Laurentienne, Sudbury, Ontario



Introduction

Une région éloignée est décrite comme étant une région géographiquement distante et/ou isolée. En terme médical, l'éloigné englobe également un endroit ayant des difficultés d'accès à des ressources médicales, ainsi que non médicaux¹. Les déterminants de la santé sont uniques en régions éloignées; à titre d'exemple, il y a un taux élevé de mortalité et de morbidité et des problèmes de la santé particuliers en ces régions. Ces besoins élevés peuvent s'associer à des différences dans l'accès aux services, les facteurs de risques, l'environnement éloigné et les multiples problèmes culturels et mentales qui sont devenus des symboles de certaines collectivités éloignées². Par conséquent, les soins en régions éloignées sont connus comme étant complexes et fortement reliés à des compétences en soins de santé primaire. Le manque d'accessibilité aux soins de santé primaires, la pénurie de médecins et les champs de pratiques plus vastes des infirmières de ces régions contribuent à une demande accrue d'infirmières praticiennes. Le champ de pratique des infirmières praticiennes complètement de façon congruente les besoins présents dans ces régions. Ces besoins cessent d'exister et contribuent à un problème d'équité qui affecte largement notre système de santé dans sa globalité. En considérant ceci, la formation des infirmières praticiennes devrait avoir un aspect orienté vers les soins de santé primaires uniques à ces régions.

Mise en situation

La formation avancée en science infirmière, plus spécifiquement la formation des infirmières praticiennes (IP) en soins de santé primaire est un programme de spécialisation au niveau de la maîtrise fondées sur les compétences de l'infirmière autorisée (IA). Les IP sont des IA de la catégorie spécialisée [IA (cat. spéc.)] qui possèdent une formation et une expérience plus poussées en soins infirmiers. Le programme offre de l'éducation supplémentaire afin de permettre à l'infirmière de prodiguer des soins spécialisés aux individus, aux familles et aux communautés en offrant des services de promotion de la santé, de prévention de maladie, de traitement de maladie, de soutien et de réhabilitation³. Les IP ont, et démontrent en pratique, les compétences nécessaires pour exercer leur autorisation de diagnostic, d'ordonner et d'interpréter des résultats d'analyse de diagnostic, de prescrire des produits pharmaceutiques et d'effectuer certaines interventions⁴. En 1972, la formation des infirmières praticiennes est fortement orientée vers la préparation des infirmières praticiennes pour les postes de l'extrême nord et les communautés isolées et éloignées dues à leurs champs de pratique en lien avec les besoins de ces endroits. Malheureusement, ces programmes furent discontinués en 1983 par l'élimination de fondation gouvernementale⁵. Éventuellement, le système de santé à vécut de nouveaux problèmes et le programme fut ré-établi en 1995 avec une orientation vers les soins de santé primaires urbains et ruraux. Le programme est offert à 19 universités à travers le Canada. Ces programmes sont gérés de façon provinciale et ils varient énormément en ce qui concerne l'éducation, en termes de contenu des cours, les exigences et les titres de compétence (Canadian Nurse Practitioner Initiative, 2005).

Question de recherche: La question de recherche a été développée selon la méthode de 3QOCP.
Qui: Les infirmières dans le domaine spécialisé d'infirmière praticienne en soins de santé primaire
Quoi: Les besoins de formation avancée en région éloignée
Quand/Où: durant et suite à la formation des IP au Canada
Comment: Recherche documentaire
Pourquoi: Pour apporter plus d'attention à ce sujet afin de promouvoir la nécessité d'accès à une formation orientée aux soins en région éloignée.

QUESTION DE RECHERCHE: Quelles sont les besoins de formation des infirmières praticiennes qui travaillent en région éloignée au Canada et celles qui prévoient travailler en ces endroits?

Méthodologie

La recherche documentaire a été effectuée dans le but d'identifier, d'explorer et de comprendre les besoins de formation des IP en région éloignée. Les étapes de la recherche documentaire ont suivi la méthode selon Fortin, 2010.
1) Cerner le sujet de recherche par une question précise
2) Élaborer un plan de concepts
3) Choisir les sources appropriées
4) Utiliser les bases de données (appliquer opérateurs logiques)
5) Évaluer la qualité et la pertinence de ses sources
Les articles sélectionnés décrivent les expériences et les réalités des infirmières en régions éloignées. Les articles ont été publiés dans les derniers 12 ans en français ou en anglais. Ils ont été identifiés en utilisant les mots-clés suivants: infirmière praticienne, région éloignée et formation avancée. Les bases de données explorées comprennent Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PubMed et Canadian Rural and Northern Health Research. 6 articles scientifiques qualitatifs et quantitatifs ont été évalués de façon approfondie et utilisés pour cette recherche documentaire.

Résultats

Besoin de connaissances: Les régions éloignées présentent des besoins particuliers qui nécessitent un ensemble de connaissances approfondies en soins de santé primaires^{6, 7, 8, 9}. Les infirmières de ces régions nécessitent un enseignement supplémentaire de haute qualité au-delà de leurs programmes de soins infirmiers de base, afin de les préparer pour les besoins complexes et un rôle difficile de l'infirmière¹⁰. En réalité, les infirmières qui occupent les postes en régions éloignées n'ont pas de formation avancée qui mène souvent à un taux élevé de transition des infirmières vers une région plus urbaine¹¹. La formation avancée des IP apporte l'autonomie, les responsabilités et les compétences nécessaires pour ces postes¹². Malheureusement, il continue à avoir un manque d'IP dans ces régions. Étant dit, le programme d'IP doit adopter une composante sur les connaissances nécessaires pour une infirmière en région éloignée.

Besoin en éducation: La formation au niveau des écoles professionnelles en soins infirmiers néglige l'exposition clinique aux régions éloignées qui son tour contribue à l'omission de ces endroits¹³. Les programmes doivent concentrer sur le développement des compétences cliniques, d'organisation et de confiance pour but d'améliorer la satisfaction des expériences cliniques. L'acquisition de ces compétences influence les étudiantes à entreprendre des stages en endroits éloignés puisqu'elles se sentent éduquées^{14, 15}. Il faut également avoir une conscience accrue de la valeur et de la nécessité d'une composante sur les soins infirmiers en région éloignée à base de la formation infirmière et les possibilités de développer et d'affiner la spécialité des soins infirmiers en milieu éloigné à un niveau des études supérieures^{16, 17}. La formation continue a démontré une négligence en termes de connaissances et compréhension de ces besoins particuliers en région éloignée¹⁸.

Engagement dans la communauté: Chaque communauté a ses propres besoins spécifiques^{19, 20, 21}. Une bonne compréhension du fonctionnement et du contexte particulier de la communauté permet à l'infirmière de s'engager comme membre active^{22, 23}. Ceci est un aspect très important qui favorise par la suite la relation thérapeutique et l'implémentation des soins de santé primaires²⁴. Le rôle de l'infirmière en région éloignée comprend également un devoir de baïr et de maintenir des relations parmi la communauté²⁵. Étant dit, l'IP a un besoin par rapport à la compréhension culturelle des environnements éloignés.

Besoin d'autonomie professionnelle: Les infirmières en régions éloignées ont moins de ressources et de soutien professionnels²⁶. Le rôle de l'IP et son champ de pratique indépendante favorise cette pratique²⁷. Cependant, l'IP est toujours restreint dans sa pratique et nécessite l'appui d'autres professions médicales, surtout les médecins²⁸. La formation ne prépare ni maintient les IP dans l'indépendance professionnelle qui existe dans ces régions²⁹.

Besoin de soutien provinciale: Un grand nombre de communautés éloignées sont des communautés autochtones. Ceux-ci sont gérés par une juridiction fédérale³⁰. Le manque de gestion et de l'implémentation provinciale contribuent à une carence d'institution de formation offrant des programmes d'IP orientés vers les soins dans des régions éloignées. Ceci apporte un manque de soutien des IP, ainsi qu'un nombre insuffisant d'IP pour ces régions.

Besoin continu de disponibilité à la formation à distance: Il existe plusieurs programmes de formation avancée pour les infirmières praticiennes à travers le Canada. Un grand nombre de ces programmes sont offerts à distance ce qui permet aux infirmières dans le nord d'y participer. Les infirmières provenant ou pratiquantes dans un endroit éloigné ont plus tendance d'y rester³¹. Le fait d'offrir des opportunités pour un développement professionnel continue favorise la pratique en région éloignée³². Ceux-ci sont minimes et ont toujours plusieurs barrières attribuées comme par exemple, des déplacements mensuels et des lieux de stages éloignée de chez-soi.

Discussion

Il est évident que la formation des infirmières praticiennes en régions éloignées a un grand impact sur les communautés éloignées ainsi que sur le système de santé en général. Il existe plusieurs besoins dans la formation avancée des IP en régions éloignées et ces besoins non comblés contribuent à des soins de santé non équitables. Les recherches ont toutes accepté l'IP comme rôle vital au sein des soins primaires dans ces régions. Les recherches étaient en accord avec le manque d'éducation en lien avec les contextes particuliers de ces régions et le besoin de s'engager activement dans la communauté. Certaines recherches se contredisent par rapport à l'implémentation du gouvernement provincial puisqu'il y a des problèmes d'uniformisation provinciale parmi les diverses provinces³³. En explorant les besoins dans la formation avancée dirigés vers les endroits éloignés, ceci peut aider les institutions de formation des professionnels de la santé à améliorer leurs contenus des programmes ainsi que leurs méthodes de distribution des connaissances.

Ceci permettra aux infirmières d'approfondir leurs connaissances face aux soins en région éloignée. De plus, les communautés vont avoir plus de soutien, un meilleur rapport avec leurs infirmières et recevoir plus de services.

Conclusion

Selon les résultats des études révisées, il existe plusieurs besoins dans la formation des IP en situations particulières de ces endroits. De plus, le manque d'éducation du gouvernement provincial parmi les endroits éloignés contribue à des divers problèmes, puisque c'est le gouvernement provincial qui réglemente la pratique des IP³⁴. Comme pistes de recherche futures, il serait intéressant d'avoir des échantillons plus grands pour assurer une bonne généralisation des résultats. Il serait également intéressant de faire une étude sur les facteurs influençant la rétention dans IP dans les régions éloignées, puisque ceci fut également un problème. Les soins de santé primaire en région éloignée est un sujet extrêmement important pour le système de santé en entier, autant pour les utilisateurs que les pourvoyeurs. Des recherches futures ont la possibilité d'apporter une amélioration de l'équité à travers le Canada.

Références

1. Kavanagh, M., & B. B. (2005). *Integrated Nurse Practitioner Roles in Ontario*. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 1-10.
2. Fortin, M. (2010). *Recherche documentaire*. Montréal: Éditions de l'Université de Montréal.
3. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
4. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
5. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
6. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
7. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
8. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
9. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
10. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
11. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
12. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
13. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
14. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
15. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
16. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
17. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
18. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
19. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
20. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
21. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
22. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
23. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
24. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
25. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
26. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
27. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
28. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
29. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
30. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
31. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
32. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
33. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.
34. Canadian Nurse Practitioner Initiative. (2005). *Canadian Nurse Practitioner Initiative: A National Strategy for the Future of Primary Health Care*.

« Cette initiative est financée par Santé Canada dans le cadre de la Feuille de route pour les langues officielles du Canada 2013-2018: Éducation, Immigration, communautés. »
« Les vues exprimées ici ne représentent pas nécessairement la position officielle de Santé Canada »




Les déterminants de la santé sont uniques en régions éloignées, par exemple, il y a un taux élevé de mortalité, de morbidité et d'autres problèmes particuliers de santé dans ces régions. Le manque d'accessibilité aux soins de santé primaires, la pénurie de médecins et les champs de

pratiques plus vastes des infirmières de ces régions contribuent à une demande accrue d'infirmières praticiennes (IP). Afin de relever le défi, ces praticiennes devraient recevoir une formation favorisant une approche orientée vers la réalité des soins de santé primaires dans ces milieux. Cette recherche documentaire a pour but d'explorer la formation des praticiennes dans le domaine d'expertise de la santé en région éloignée. Quelques articles de recherches démontrent que les praticiennes ne reçoivent pas l'éducation appropriée pour fournir des soins de haute qualité aux populations en régions éloignées. Ces praticiennes sont les intervenantes de première ligne dans ces régions, souvent, n'ayant aucun moyen de consultation professionnelle immédiat. Le développement de stratégies pour combler ces lacunes pourrait donner de meilleurs services pour ces populations et par conséquent, améliorer l'état de santé et l'équité à travers le Canada.

Comparison of Sibling Relationships in Families of Children with Autism Spectrum Disorder, Fetal Alcohol Spectrum Disorder, and Down Syndrome

Tara Hughes, Shelley Watson

Poster Presentation




Laurentian University
Université Laurentienne

Sibling Relationships in Families of Children with Autism Spectrum Disorder, Down syndrome, and Fetal Alcohol Spectrum Disorder: A Comparison Study

Tara Hughes¹, Shelley L. Watson, Ph.D.¹

¹Laurentian University, ²School of Northern and Rural Health



Laurentian University
Université Laurentienne

Abstract

Employing a mixed methods approach, the purpose of this present study is to examine the lived experiences of siblings of children with autism spectrum disorder, Down syndrome, and fetal alcohol spectrum disorder. Interpretative phenomenological analysis was used and five main themes were identified: positive transformational outcomes, sibling challenges, caregiving roles, awareness of disabilities, and formal supports.

Introduction

Disabilities are becoming increasingly prevalent, and like the general population, individuals with disabilities are also experiencing increased life expectancy due to medical advances and improved living conditions (Heller et al. 2010). Since the deinstitutionalization movement, 60 percent of individuals diagnosed with a developmental disability (DD) are currently living at home with their parents and caregivers (Abrams, 2009; Hodapp et al., 2010), and due to this increased prevalence, future planning becomes imperative. Studies have shown that it is often a sibling who takes on the support and caregiving role in the life of a person with a developmental disability (DD) when the parent is no longer able to (Griffiths & Unger, 1994). However, very little research has examined how siblings adapt to their brother or sister with DD, specifically with autism spectrum disorder (ASD), fetal alcohol spectrum disorder (FASD), and Down syndrome (DS).

Differences in the behavioural challenges posed by children with ASD, DS, and FASD are critical, and to the extent that those difficulties vary across diagnoses, differences in sibling reactions are possible. It is important to make clear why siblings' experiences would be expected to differ as a function of their sibling's diagnosis, and if researchers can determine where siblings of children with specific disabilities struggle, supports can be tailored to help lighten their experience.

Please address any correspondence to thughes@laurentian.ca

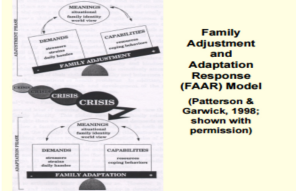
Methods

Qualitative Interviews: Semi-structured interviews, applying a basic interpretive approach (Merriam, 2002, 2003), analyzed using interpretative phenomenological analysis (IPA; Lyons & Coyle, 2007)

Research Questions

1. What is the lived experience of having a sibling with ASD, DS, or FASD?
2. Are there similarities or differences of the lived experiences of these three types of siblings?

Theoretical Background



Family Adjustment and Adaptation Response (FAAR) Model (Patterson & Ganwick, 1998; shown with permission)

Participants

39 Siblings
 - 13 siblings of children with ASD
 - 11 siblings of children with DS
 - 15 siblings of children with FASD

Demographic Characteristics			
Characteristics of siblings	ASD (N=13)	DS (N=11)	FASD (N=15)
Average Age	24	33	16
Age range	11 – 48	8 – 71	7 – 29
Relationship to child with disability	Biological (n=13) Adoptive (n=0)	Biological (n=10) Adoptive (n=0)	Biological (n=0) Adoptive (n=15)

Interview Analysis

Positive transformational outcomes

Growth

"I see with having him in my life, it made a big change"

Patience

"It's made me very patient with others"

Acceptance

"She's taught me to be accepting... no matter whether the person's special needs or not"

Sibling demands

Difficult to understand needs

"The difficult part would be not knowing what to do...because he can't tell you"

Safety/Violence issues

"I was threatened by knife point several times"

Health concerns

"It's scary when he goes to the hospital because you never know what's going to happen"

Caregiving roles

Not wanting to be a future caregiver

"I just think of the amount of stress that I went through as a child"

Potential caregiving in the future

"I'll always be hugely involved in his life, so he's always got a room here and he knows he can stay here anytime"

Awareness of disabilities

Other people's opinions and their knowledge on disabilities
 "A difficult part would be not so much her, but dealing with other people and how they view her... Because not everyone understands"

Formal supports

Need more support groups for siblings of children with FASD

"The siblings need it just as much if not more"

Supports have made life easier for siblings of children with ASD

"Ever since the [support] dog came two years ago it's been better"

Family support for siblings of children with DS

"Just being a support as a family has made a huge difference"

Studies have shown that it is often a sibling who takes on the support and caregiving role in the life of a person with a developmental disability (DD) when the parent is no longer able to. However, very little research has examined how siblings adapt to their brother or sister with DD, specifically with autism spectrum disorder (ASD), fetal alcohol spectrum disorder (FASD), and Down syndrome (DS). As part of a larger mixed methods research project examining the experiences of families raising children with ASD, FASD, and DS, this study involves collecting, analyzing, and integrating both qualitative and quantitative data. So far interpretative phenomenological analysis has been used to analyze interview transcripts, and questionnaire responses were integrated to triangulate themes. Five main themes were identified: positive transformational outcomes, sibling challenges, caregiving roles, lack of awareness of disabilities, and formal supports. The preliminary results of this study provide some understanding of the lived experiences of siblings whose brothers or sisters are dealing with ASD, FASD, and DS and indicate direction for offering supports.

La formation des infirmières en santé rurale au Canada

Joëlle Lachance, Anne Marise Lavoie, Jeannette Lindenbach

Présentation d'affiche

La formation continue des infirmières travaillant dans les régions rurales et éloignées au Canada

Supervisée par Anne Marise Lavoie, Ph.D., et Jeannette Lindenbach, M.Sc.Inf., Ph.D. (étudiante)

→ **Question de recherche:** Quels sont les obstacles rencontrés pour les infirmières dans les régions rurales en face de l'éducation continue?

Méthodologie

- Une analyse des articles de recherches avec plusieurs méthodes sur le sujet de la formation continue, les infirmières autorisées, les régions rurales et les barrières contre la formation continue. Les articles de recherches viennent du Canada et des États-Unis. Les banques de données utilisées pour cette recherche incluent ProQuest, CINAHL et COVID Nursing. Le critère d'inclusion était la formation continue offerte avec les infirmières autorisées dans les régions rurales ainsi que leurs besoins en éducation. Le nombre total d'articles choisis est 7 qui ont été analysés afin de rencontrer les critères d'inclusion.
- Cette recherche est importante pour les régions rurales afin d'identifier les besoins et de trouver les solutions possibles pour venir en aide aux infirmières qui travaillent dans les régions rurales.

Résultats

Distance

- La distance entre les hôpitaux urbains qui offrent de la formation continue et les hôpitaux ruraux présente un impact négatif sur les infirmières.
- Le temps de voyage pour participer à la formation continue et le temps de congé du travail pour participer.

Motivation

- La motivation des infirmières à vouloir participer affecte leur vouloir de faire partie de l'éducation continue.
- Il y a des facteurs comme la distance, le congé du travail et les fonds nécessaires qui jouent un rôle dans la motivation des infirmières envers la formation continue.

Fonds

- L'argent nécessaire est un facteur qui affecte la participation à la formation.
- Les fonds doivent parfois venir des infirmières si c'est une formation non obligatoire.

Infirmières Expertes

- Les infirmières expertes dans le domaine d'enseignement ne sont pas toujours disponibles ou dans les régions rurales, c'est difficile de rejoindre celles qui peuvent donner la formation continue dans les hôpitaux ruraux.

Discussion

- Les articles de recherche sont de divers types soit qualitative, soit quantitative. Les similitudes des recherches sont qu'elles ont tous été complétées dans l'Amérique du nord. Elles ont tout été fait avec les infirmières qui travaillent dans les régions rurales et les conclusions ont tous présenté un besoin important pour améliorer et augmenter les opportunités de la recherche. Les différences identifiées sont: la location des régions soit canadiennes et américaines; la culture des régions; le type d'éducation des infirmières car les exigences d'éducation au Canada et aux États-Unis sont différentes.
- La revue de la littérature démontre que 71% des résultats présentent les barrières de finance et la distance comme problèmes pour les infirmières à participer à la formation continue. Un autre 42% présentent un manque de motivation et le vouloir de participer à la formation due à plusieurs facteurs. Un article parle de la distance et l'éducation des infirmières nouvellement diplômées comme des problèmes face à la formation continue. Un article seul parle de la satisfaction au travail avec un facteur de manque d'éducation qui a un influence sur elles. Un article indique un besoin important dans la formation continue pour les infirmières qui sont nouvelles et commencent dans les hôpitaux dans les régions rurales.

Conclusion

En conclusion cette recherche présente qu'il y a un manque de formation continue due à la distance, les fonds, la motivation et le manque d'infirmières expertes. Cependant les limites de cette recherche sont: une population trop vaste qui n'a pas les mêmes démographiques et une petite quantité d'articles qui ne présente pas tous les résultats possibles. Les recommandations seront que les hôpitaux devrait considérer ses résultats afin d'améliorer leurs opportunités en éducation afin de combler leurs besoins.

Thèmes

Distance, Motivation, Fonds, Infirmières Expertes

Beatty, R. (2001). Continuing Professional, Education, Organizational, Support and Professional Competence: Dilemmas of Rural Nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(5), 205-208.
Farrichild, M., Everly, M., Walters, L., Bone, R., Laws, S., & Anderson, L. (2013). Rural Nurses Continuing Education Needs: A U.S. Multi-site needs challenges and opportunities. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(5), 45-55.
Fitzgerald, C., & Townsend, R.P. (2012). Assessing the Continuing Education Needs and Preferences of Rural Nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 43(9), 421-427.
Kataoka-Yahiro, M., Richardson, K., & Mobley, J. (2011). Benefits, Barriers, and Intentions/Desires of Nurses Related to Distance Learning in Rural Island Communities. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(3), 127-136.
Larousse (2014). *Discrimination en français*. Repéré de <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rural/20223>
Pearson, C., & Care, W.D. (2002). Meeting the Continuing Education Needs of Rural Nurses in Role Transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(4), 174-179.
Pear, K., D'Arcy, C., Stewart, N., Kosman, J., Morgan, D., & Smith, B. (2007). Barriers to Participation in Continuing Education Activities Among Rural and Remote Nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(2), 58-66.
Wolf, L. (2013). Identifying the Educational Needs of Emergency Nurses in Rural and Critical Access Hospitals. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 44(9), 424-428.

Depuis longtemps, le ratio « infirmières autorisées par population » est plus élevé dans les régions urbaines que dans les régions rurales et éloignées du Canada. Les infirmières autorisées des régions rurales occupent souvent des emplois qui nécessitent des habiletés et connaissances qui sont au-delà de leur formation de base. De plus, elles ont davantage de responsabilités cliniques et administratives, et doivent quelquefois soigner des partenaires de soins complexes ou en situation d'urgence pour lesquelles elles ne sont pas outillées. Il est clair que l'éducation doit satisfaire aux besoins accrus des infirmières pratiquant en régions éloignées des grands centres urbains. Le but de cette recherche documentaire est d'explorer les possibilités formatives qui sont maintenant à leur disposition ainsi que de proposer des solutions pour l'avenir. Les résultats de cette recherche dévoilent un manque important dans les occasions d'éducation continue pour les infirmières dans les régions rurales et éloignées. Quelques facteurs influençant la formation sont la distance, l'aide financière, l'accessibilité, l'environnement de travail et la motivation. Des recommandations sont offertes afin d'augmenter le niveau de confort des infirmières dans les régions rurales face aux partenaires de soins complexes. À l'avenir, les infirmières profiteraient d'un accès à la formation sur les soins virtuels des personnes en état critique afin de mieux travailler en collaboration avec les centres urbains. En conclusion, les infirmières qui travaillent dans les régions rurales nécessitent une formation supplémentaire afin de pouvoir relever les défis de soins envisagés dans les communautés des régions éloignées des grands centres urbains.

La formation d'infirmière praticienne en soins de santé primaire: les prescriptions de drogues et autres substances contrôlées

Sylvain Leduc, Lynn Aubuchon, Anne Marise Lavoie

Présentation d'affiche

La formation d'infirmière praticienne en soins de santé primaire et les prescriptions de drogues et autres substances contrôlées

Créé par Sylvain Leduc dans le cadre du cours SCIN 5106FL. Sous la direction d'Anne-Marise Lavoie et de Lynn Aubuchon

Université Laurentienne

Université de la Gaspésie

Health Canada Santé Canada

Introduction

La formation d'infirmière praticienne est gérée par le Conseil ontarien des programmes universitaires en sciences infirmières (COUPN) qui a établi le Programme ontarien de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires (IP-SSP) en 1995. Un consortium de neuf universités de l'Ontario offre le programme : Lakeshore, York, McMaster, Ottawa, Laurentienne, Western, Windsor, Queens et Ryerson; à noter que le programme en langue française est offert seulement à l'Université d'Ottawa et l'Université Laurentienne. Les diplômés sont admissibles à passer l'examen canadien des infirmières et infirmiers praticiens (famille tous âges) pour devenir IP-SSP. Pour s'inscrire à ce programme, une formation au niveau du baccalauréat en sciences infirmières et un certificat d'admission à l'ordre professionnel comme infirmière autorisée sont essentiels. Selon des données de 2013, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIO) mentionne qu'il y a 2 486 infirmières praticiennes au Canada; 1 482 travaillent en Ontario, 64 au Québec, 129 en Colombie-Britannique (29 et 263 en Alberta). Les IP qui détiennent un certificat en soins de santé primaire n'ont pas reçu de formation avancée sur les prescriptions de drogues et autres substances lors de leur formation. Suite aux changements de législation, ces IP doivent obtenir de la formation additionnelle pour leurs permettre d'ajouter cette fonction à leur rôle. Il est à noter que depuis 2013, la formation IP est au niveau de la maîtrise alors qu'auparavant, elle était au niveau d'un certificat.

Selon l'OIO (2015), une ou un IP est donc une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé qui possède une formation et de l'expérience additionnelle en soins infirmiers. Les IP sont des professionnels de la santé qui traitent les personnes dans leur entité. Ils s'occupent des besoins liés à la santé physique et la santé mentale. Ils font la collecte des renseignements sur les antécédents familiaux, s'attardent sur la façon dont la maladie influe sur la vie quotidienne du patient et de sa famille, et offrent des conseils aux personnes pour mener une vie saine ainsi que sur les façons de gérer les maladies chroniques. Les IP sont aussi des formateurs qui font de l'éducation à la santé ainsi que de la recherche. Les IP posent des diagnostics, traitent les maladies, demandent des examens diagnostiques et rédigent des ordonnances.

Dans leur travail, ils offrent toute une gamme de services de santé : promotion de la santé, prévention et traitement des maladies et des blessures, réadaptation et services d'appui. Ils offrent des services de santé de base qui complètent les soins dispensés par les médecins. Ils font généralement partie d'une équipe interdisciplinaire qui inclut des médecins, dietétistes, infirmières autorisées, travailleurs sociaux. Ils peuvent aussi travailler seuls dans des régions rurales et éloignées (COUPN, 2015).

Mise en situation

En 2012, Santé Canada a accepté une nouvelle réglementation sur les classes de professionnels de la santé qui sont autorisés à prescrire des drogues et autres substances contrôlées. Les IP ont été inclus dans les classes autorisées à faire cette acte.

Même si le gouvernement fédéral a permis d'augmenter le champ de pratique des IP, la mise en application de cette nouvelle règle à travers les provinces et les territoires rencontre plusieurs défis. En effet, les droits imposés sur quels médicaments sont autorisés et la formation additionnelle requise pour avoir le droit de faire la prescription des drogues et autres substances contrôlées varient selon les provinces et territoires.

Une substance contrôlée est définie par Santé Canada (2012) comme toute forme de drogue que le gouvernement a catégorisé comme ayant un grand risque de voir développer chez le consommateur de l'abus ou de la dépendance à la substance. Les substances à risque peuvent varier des drogues illicites à des médicaments prescrits. Les médicaments sont divisés par catégories selon leurs potentiels de développement d'abus ou de dépendance.

Les IP sont autorisés à prescrire toutes les drogues et autres substances contrôlées décrites dans l'acte, à l'exception de l'héroïne, cannabis, opium, coca et stéroïdes anabolisants, autres que la testosterone (L'Infirmière canadienne, 2013). Depuis 2012, les provinces tentent de modifier leurs législations et standards de pratiques mais à un rythme plutôt lent et en différents temps.

Couramment, huit provinces et deux territoires ont approuvé les modifications apportées à la législation provinciale, donnant ainsi le droit aux IP de prescrire les drogues et autres substances contrôlées. Le développement de ce champ de pratique impose à l'IP, qui pratique présentement dans les milieux cliniques, de poursuivre et compléter des programmes de formation additionnelle qui ont reçu l'approbation gouvernementale, afin de leur permettre d'acquiescer à leur droit de prescrire ces substances. Présentement, en Colombie-Britannique, Ontario et Yukon, les IP n'ont pas encore reçu l'autorisation de prescrire les drogues et autres substances contrôlées légalement.

Bien que la majorité des provinces et territoires ont permis à l'IP l'autorité de prescrire les drogues et autres substances contrôlées, seulement trois provinces ont établi des standards de pratique spécifiques à ces prescriptions. Ces provinces sont la Colombie-Britannique, la Nouvelle-Écosse et l'Alberta. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIC) avait développé un cadre réglementaire sur les compétences requises pour être IP. Cependant, ce document n'a pas été révisé pour y incorporer les changements imposés au champ de pratique des IP en tenant compte de ce type de prescription (Gouvernement du Canada, 2014).

Question de recherche

La question de recherche a été développée selon la méthode de 3QOQC, qui est indispensable dans un premier temps. Il est conseillé d'utiliser la méthode 3QOQC qui est une méthode empirique de questionnement, permettant d'affiner au maximum l'objet d'une recherche. Elle tonne de répondre aux questions QUOI, QUI, QU'AND, POURQUOI, OÙ et COMMENT.

Qui : la formation infirmière praticienne
Quoi : Les drogues et autres substances contrôlées
Quand/Où : Présentement au quotidien
Comment : Revue de la littérature

Pourquoi : Vérifier si les programmes de formation IP sont bien préparés à former les IP qui détiennent un certificat à faire la prescription des drogues et autres substances contrôlées

Est-ce que la formation d'infirmières praticiennes prépare les IP, qui détiennent un certificat, à incorporer la prescription de drogues et autres substances contrôlées dans leur pratique?

Méthodologie

La recherche documentaire est une démarche qui consiste à identifier, collecter et traiter des informations sur un sujet donné, en s'appuyant sur des sources fiables. C'est un excellent moyen d'approfondir ses connaissances. Elle répond à un besoin : exposé, mémoire, étude ou encore simple curiosité.

La méthodologie de cette recherche est du type documentaire. Les étapes de la recherche documentaire ont suivi la méthode indiquée dans Fortin (2010).

Cerner le sujet de recherche
Élaborer un plan de concepts
Choisir les sources (choix de descripteurs)
Utiliser les bases de données (appliquer des opérateurs logiques)
Lire et évaluer les sources

La relecture des écrits a été faite dans les portails de recherche de CINAHL, de Medline et Proquest Nursing. Les mots-clés recherchés étaient formation IP, substances contrôlées, compétences, champs de pratique.

Cette recherche a révélé plus de 30 articles. Après élimination des articles de plus de 5 ans, seulement 15 articles ont été utilisés pour la rédaction de ce travail.

Résultats

Le Canada est le deuxième plus grand consommateur de médicaments opiacés dans le monde (National Advisory Council on Prescription of Drug Misuse, 2013). Bien que ces traitements offrent à plusieurs clients la capacité de gérer leur douleur, les problèmes reliés à la surutilisation, la dépendance et au détournement des médicaments vers le milieu criminel sont en croissance (Embrey, 2012).

La prescription des drogues et autres substances contrôlées requiert des compétences et des connaissances additionnelles pour permettre à l'IP de bien gérer ces traitements. Les intervenants en soins de santé primaires doivent aussi être bien informés des risques associés à ces prescriptions, tels que l'abus de substances et le détournement vers le milieu criminel. Les intervenants qui détiennent les droits de prescription pour des drogues et autres substances contrôlées ressentent la pression de faire preuve de bon jugement quant à la prescription (Arnstein & St. Marie, 2010).

Arnstein et St. Marie (2010) soulignent que présentement au Canada, il y a très peu de programmes de gestion de douleur qui offrent de la formation pour les professionnels de la santé. Les intervenants en soins de santé ont besoin d'être éduqués sur des stratégies pour assurer une gestion sécuritaire des drogues et autres substances contrôlées. Les facteurs importants à considérer sont la prescription du médicament approprié, la durée, la fréquence et la surveillance de signes et symptômes d'abus. Le National Advisory Council on Prescription of Drug Misuse (2013) souligne que les risques et les bénéfices des médicaments, la prévention et la gestion de surdosages manquent dans les curriculums de formation qui existent actuellement.

Discussion

Présentement en Ontario, l'approbation provinciale est en attente. Le champ de pratique des IP augmente et l'ajout de prescription des drogues et autres substances contrôlées est imminente. La formation d'IP offre pas présentement les modules sur la gestion de la douleur et la pharmacothérapie des substances contrôlées. L'OIO (2015) souligne que tous IP, qui pratique présentement en Ontario doit compléter un programme de formation sur la gestion de la douleur et les substances contrôlées. Cependant, il existe très peu de ces programmes destinés aux IP. La majorité des programmes existants s'inscrivent dans les modèles de médecine traditionnelle pour la formation des médecins.

Les cadres conceptuels pour les prescriptions des drogues et autres substances contrôlées ont déjà été développés par le Canadian Council of Registered Nurse Regulators, «NP competencies for the Prescribing of Controlled Drugs and Substances» (2015), mais n'a pas encore été publié. Le seul programme disponible pour les IP présentement est celui de l'Université d'Ottawa, qui se base sur les cadres conceptuels de la médecine traditionnelle.

Les IP sont prêts à accepter les défis associés au changement de leur champ de pratique, mais plusieurs indiquent qu'ils n'ont pas acquis les compétences requises (CCRNA, 2014). La formation à distance est le seul moyen d'acquiescer ces compétences, mais occasionne plusieurs défis et incertitudes pour les IP.

Pour permettre une bonne intégration des concepts de prescription des drogues et autres substances contrôlées dans leur pratique, les associations et les programmes de formation doivent travailler de concert avec toutes les agences qui réglementent la profession, afin de bien cibler les compétences requises à ce type de prescription. Il est clair que les IP ont déjà acquis les compétences de base à travers les programmes de formation et par l'entretien de leur travail clinique.

La recherche démontre bien que la formation additionnelle sur les drogues et autres substances contrôlées est nécessaire afin de préparer adéquatement les IP. Il faut que les règles soient bien définies. La Nouvelle-Écosse, par exemple, a spécifié les exigences requises à la prescription des drogues et autres substances contrôlées telles que l'évaluation des risques, le potentiel d'abus, la mauvaise utilisation du médicament, la surveillance et les suivis nécessaires. Le College of Registered Nurses of Nova Scotia a développé un programme auquel tous les IP doivent participer afin de recevoir l'autorité à prescrire dans la province.

Conclusion

Les IP détiennent déjà les compétences requises pour prescrire. Les programmes de formation offrent aux étudiants des programmes une bonne base académique et pratique sur les prescriptions en général, sur les pratiques sécuritaires concernant les médicaments. Cependant, les compétences pour la prescription des drogues et autres substances contrôlées demandent plus. Les programmes de formation doivent inclure dans leur curriculum les pratiques reliées aux prescriptions des drogues et autres substances contrôlées. Les diplômés de ces programmes seront en mesure de travailler en utilisant leur plein champ de pratique.

Les cadres conceptuels ont été développés par le Canadian Council of Registered Nurse Regulators, qui souligne que tout programme doit suivre les mêmes principes utilisés dans les programmes de formation IP pour la prescription. Les programmes développés présentement utilisent un modèle de formation plutôt destiné aux médecins. Ces programmes doivent être modifiés pour respecter le processus infirmier et offrir aux IP les compétences requises concernant la prescription sécuritaire des drogues et autres substances contrôlées.

Les programmes doivent offrir des modules sur les compétences requises pour la prescription de substance contrôlée, l'évaluation de la douleur, la gestion de la douleur, la pharmacothérapie et la pharmacodynamie, les risques associés avec les drogues et les autres substances ainsi que la prévention d'abus.

En Ontario, nous attendons toujours l'approbation gouvernementale qui permettra aux IP de prescrire les drogues et autres substances contrôlées. Bien qu'il y ait quelques programmes qui offrent de la formation additionnelle pour préparer les IP pratiquant présentement, aucun de ces programmes ne semble avoir l'approbation officielle des agences gouvernementales et éducationnelles.

Références

- Auboue, M. & Tarlier, D. (2013). Nurse practitioners and controlled substances prescriptive authority: improving access to care. *Nursing Leadership*, 20(1), p.58-69.
- Arnstein, P. & St. Marie, B. (2010). Managing chronic pain with opioids: A call for change. *Nurse Practitioner Healthcare Foundation*, Bellevue, WA.
- Canadian Medical Association. (2014). *Review of controlled drugs and substances act*. http://www.cma.ca/~/media/2014/05/Review_of_Controlled_Drugs_and_Substances_Act_CMA_Moderation.pdf
- Canadian Nurse. (2013). *Expanded prescribing authority*. Retrieved from <http://www.canadian-nurse.com/articles/news/2013/January-2013/Expanded-prescribing-authority>
- CARNA. (2012). *Prescribing controlled drugs and substances requirements*. Retrieved from <http://www.nurses.ab.ca/Content/Documents/PrescribingCDNSP/PrescribingStandards12-1310>
- CARNA. (2014). *Prescribing standards for Nurse Practitioners (NPs)*. Retrieved from http://www.nurses.ab.ca/content/dam/carna/pdfs/Document/StandardsNP_PrescribingStandards-20141019.pdf
- CCRNA. (2014). *Nurse Practitioner Prescribing Standards, Limitations and Conditions: Incorporating the prescribing of controlled drugs and substances*. Retrieved from <http://www.ccrna.ca/~/media/2014/09/PrescribingStandardsNP.pdf>
- College of Nurses of Ontario. (2014). *Medication*. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/pnrc/41007_Medication.pdf


L'infirmière praticienne (IP) pourra prescrire des drogues et d'autres substances contrôlées si une nouvelle législation provinciale est adoptée en Ontario. Un sondage fait en 2013 auprès des IP indique qu'elles ne sentent pas bien préparées au changement qui s'annonce en Ontario. Le but de cette recherche documentaire était de vérifier si les infirmières praticiennes possèdent la

formation et les connaissances nécessaires en vue de cet élargissement de leur champ de pratique. Une recension des écrits a été faite à partir des portails de recherche avec les mots-clés suivants: formation IP, substances contrôlées, compétences, champs de pratique. Quinze articles publiés ont été retenus pour répondre à notre question de recherche. Il appert que les infirmières formées avant 2015, n'ont pas reçu une formation adéquate sur la gestion de la douleur et les composantes thérapeutiques associées pour satisfaire les exigences de ce changement; une formation continue s'impose ici! Plus de recherches sont nécessaires pour évaluer les programmes de formation continue présentement offerts afin de déterminer si ceux-ci préparent bien les infirmières praticiennes au changement futur.

Voices and Visions: Perspectives and Experiences of Teen Mothers in Sudbury, Ontario

Suzanne Lemieux, Leigh MacEwan


Poster Presentation



Voices and Visions

Perspectives and Experiences of Teen Mothers in Sudbury, Ontario

S. Lemieux, Ph. D., Sudbury & District Health Unit, Sudbury, Ontario | L. MacEwan, D. Phil., Laurentian University, Social Work, Sudbury, Ontario



Background

Much of the research on teen pregnancy focuses on:

- Prevalence of teen pregnancies (McKay, 2012)—teen pregnancy rates for Sudbury are higher than the rest of Ontario (Sudbury & District Health Unit, 2013)
- Strategies for reducing its prevalence (Gowling et al., 2014; Kappeler & Erb, 2014)
- Predisposing factors (Al-Sahib et al., 2012; Pedrosa et al., 2011) and reasons for becoming a teen mother (Jackson et al., 2000/2001)
- Risk factors of early motherhood (Brown et al., 2011; Jorshah & Lehman, 2009)
- Negative social construction of teen pregnancy (Wisson, 2012; Yardley, 2008)

Purpose of the Study


- To document teen mothers' voices, stories, and photographs
- To understand teen mothers' experiences
- To hear teen mothers' ideas for solutions for any barriers that limit them in their mothering

Methodology

- Feminist participatory action research
- Photovoice (Wang & Burris, 1997)
- Setting: Sudbury, Northern Ontario
- Sample: 8 teen mothers
- Data collection: 1 semi-structured tape-recorded interview; 3 group activities; 1-10 photograph(s) from each participant
- Data analysis: Thematic
- Criteria for rigor: investigator triangulation; multiple data sources; reflexivity; member checking

Findings: Voices and Visions of Teen Mothers


Family Judgement



Most teen mothers experienced emotional turmoil when they first realized they were pregnant (e.g. lack of family support). Judgement was made by people saying the mom was a failure and not responsible enough to be a mother.

"It's going to be a long road... it's definitely rocky... no matter what, being a family, being a single mom, being a teen mom, being a mom in general, it's patchy and rocky."


Agency Judgement



Teen mothers identified major challenges in mothering: lack of support, accessibility of services, attitudes of service providers, and stigma.

"They are horrible because they don't even support you at all... they like to pick on the negative... they should not judge teen moms at all... they judge you before even they get to know you."

General Public Judgement



Most of the mothers felt they were being judged in the community for being young and this made the moms feel awkward about joining community services, especially older moms.

"I always hear people calling teen moms, welfare cases and it disgusts me like so I won't be able to stereotype me as a teen mom like not in that kind of way."

Recommendations: Perspectives of Teen Mothers

Equality


- Healthy supportive relationships with the father, their families, and their friends
- Adequate and scientific information regarding pregnancy and child rearing

General Public Education

- Education required for the general public on barriers and challenges of being a teen mom

Anti-Stigma - Public/Health Care Professionals

- Public awareness to reduce stigma in order to make it easier to access various services designed for not only teen mothers but all mothers
- Education for professionals to learn how to eliminate unprofessional behaviour and language



"I think they need to keep it professional. I don't care if you think people shouldn't have babies young or what not but that is completely your opinion right? I'm coming to you for help and you should be there to help me, not to judge me. I think people in the healthcare field especially, like everywhere, should be educated on the fact that they do have an impact on us you know what I mean. They are there to help us and they're not doing their job properly. I think they may need some education about that... just to look at it differently."

Discussion

The results of this study revealed a distinct social contradiction. Despite the literature indicating:


- Higher rates of teen pregnancy in Sudbury and district
- Social, economic, and educational difficulties teen mothers face
- Poor health, educational, and social outcomes for mothers and their children

Teen mothers in this study were:

- Resilient and resourceful in spite of experiencing extensive community barriers (e.g. social stereotypes, unempathetic health care professionals)
- Aware of their responsibilities in parenting, and identified needs for prenatal and parental education and resources in order to be a "good" mother

Conclusion

Notwithstanding predictions of dire consequences for teen mothers, this group was resilient, thriving, able to identify their relational/community/social needs, and able to articulate when advocating for themselves.



"So that's what being a teen mom is to me I guess. Because I was told I was a failure, and I was told I was going nowhere and I was told that I wasn't responsible enough to be a mom because of my age... But I guess I am proving everyone wrong."

Acknowledgment: Louise Picard Public Health Research Grant | For additional information please contact: lemieuxs@sdhu.com | lmacewan@laurentian.ca

The literature on teen pregnancies and teen mothers has mainly focused on predisposing risk factors for becoming a teen mother, negative social views of teen pregnancy, the frequency of teen pregnancies, and prevention and reduction strategies of teen pregnancies. Few studies have explored the experiences of the teen mothers themselves, particularly the community barriers they face and how these could be addressed to assist them with parenting. This participatory action research study used a mixed-methods design (a demographic questionnaire, an individual interview, two group interviews, and 10 photographs taken by each participant) to understand the experiences of eight teen mothers. The results indicated themes of pregnancy/birth experiences, challenges of motherhood, significance of judgement and stigma, strengths and resilience, recommendations, and implications for practice. Understanding the stigma that affects teen mothers, particularly in the health care system, was recognized as an area of great need. This presentation focuses on the study results, the community and health care best practice implications, and the potential solutions, as suggested by the participants.

Le suicide chez les étudiants en sciences infirmières en Amérique du Nord

Samantha Nault, Sylvie Larocque, Anne Marise Lavoie

Présentation d'affiche

Le suicide chez les étudiants en sciences infirmières en Amérique du Nord
Samantha Nault, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf. (candidate)
Sous la direction d'Anne Marise Lavoie Ph.D et Sylvie Larocque Ph.D.

Introduction

Durant les dernières 45 années, le suicide est un problème public mondial avec une importance considérable (Organisation mondiale de la Santé, 2015). Durant l'année 2015, le suicide représentait la seconde cause de mortalité chez les personnes âgées entre 15-29 ans. De nombreux suicides ont lieu de manière impulsive, dans un moment de crise et de défaillance de l'aptitude à faire face aux stress de la vie, tels que les problèmes financiers, un conflit avec un malade, la violence, le décès ou les catastrophes (OMS, 2015). Un changement de réseaux de soutien, un événement incontrôlable ou un état de santé mentale instable peut amener à une crise suicidaire de tout étudiant qui il soit en sciences infirmières ou non. Il se peut que les étudiants en sciences infirmières soient encore plus à risque que les autres étudiants au niveau collégial ou universitaire. Ceci peut être grâce à la charge élevée des cours et des placements cliniques. Clary et coll. (2012), soulignent que les étudiants universitaires ont une population à risque du suicide et que l'identification précoce avec traitement approprié est importante pour obtenir de meilleurs résultats.

Mise en situation

Les infirmières sont des professionnelles, auto-réglementées, qui permettent aux personnes, aux familles, aux communautés et aux populations d'atteindre un niveau optimal de santé (Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIRC), 2007). Le titre d'infirmière est protégé, alors toutes les personnes qui sont autorisées par leurs organismes de réglementation peuvent l'utiliser. Pour obtenir le titre d'infirmière, il est nécessaire d'obtenir l'autorisation d'exercer. Cette autorisation d'exercer est obtenue grâce à l'évaluation des compétences requises avec l'examen d'autorisation provinciale. Avant de pouvoir faire l'examen d'autorisation, il est essentiel d'obtenir l'éducation nécessaire. Depuis la fin des années 1990, les provinces et les territoires du Canada exigent un baccalauréat pour les infirmières autorisées (IA) pour entrer à la profession. C'est ainsi, qu'il est requis d'obtenir un baccalauréat en sciences infirmières pour devenir candidate à l'examen d'autorisation pour toutes les IA du Canada, sauf le Québec (AIRC, 2015). Les programmes d'éducation menant au baccalauréat peuvent être terminés entre deux et quatre années. Ces programmes sont offerts dans certaines universités et certains collèges universitaires. Les programmes de sciences infirmières portent sur des notions théoriques et sur les pratiques cliniques (AIRC, 2007). Les étudiants en sciences infirmières acquièrent les connaissances et compétences en recherche, leadership et sciences ainsi que participent à un large éventail de stages cliniques et communautaires. Les étudiants en sciences infirmières doivent prendre des cours en sciences, en soin, en humanité ainsi que sciences sociale. De plus, les étudiants doivent passer plusieurs heures dans un laboratoire de pratique pour perfectionner les techniques en sciences infirmières. Tous ceci en même temps, les étudiants participent à des stages cliniques dans le communautaire. De ce fait, les exigences des programmes en sciences infirmières sont extrêmement hautes, ce qui entraîne les étudiants à éprouver des sentiments de stress.

Question de recherche

La question de recherche a été développée en utilisant la méthode 3QOCP. La question est: Quels sont les facteurs prédisposant au suicide chez les étudiants en sciences infirmières en Amérique du Nord?

Critères 3QOCP	
Qui	Les étudiants en sciences infirmières
Quoi	Le suicide
Quand	Sujet d'actualité
Où	L'Amérique du Nord
Comment	Identification des facteurs
Pourquoi	Améliorer la santé mentale des étudiants en sciences infirmières

Méthodologie

La recherche documentaire est utilisée pour ce familiariser avec la recherche des documents existant pour ensuite renouer des sujets pour de futures recherches. Cette recherche documentaire est réalisée auprès des bases de données telles que Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PubMed, Medline et ProQuest. Les articles ont été recueillis grâce aux mots clés anglais : « suicide, factors, students, nursing ». Cinq articles de recherches scientifiques qualitatives et quantitatives ont été choisis dans le but de comparer les résultats. Seuls les articles publiés dans les 5 dernières années ont été retenus et analysés. Les étapes poursuivies dans cette recherche documentaire sont, choisir le thème de recherche (ici le suicide), cerner le sujet (les étudiants en sciences infirmières), rechercher la documentation utile (en utilisant les bases de données), collecter et évaluer les données, sélectionner et lire les résultats, rédiger et relire le travail (Favre et Kramer, 2013).

Résultats

Voici les facteurs prédisposant au suicide chez les étudiants au niveau du baccalauréat :


- Faible estime de soi** : Tomás-Sábado (2009) a déterminé qu'il y a une corrélation positive entre une faible estime de soi et un haut risque de suicide chez les étudiants en sciences infirmières. Contrairement, Aradilla-Herrero et coll. (2014) ainsi que Shah et coll. (2009) ont déterminé qu'un haut niveau d'estime de soi devient un facteur protecteur contre les comportements suicidaires.
- Depression et anxiété** : Un niveau élevé d'anxiété ou de dépression indique souvent un déséquilibre psychologique qui peut par la suite prédisposer le suicide (Cleary et coll., 2012). La dépression et l'anxiété chez les étudiants en sciences infirmières sont souvent causées par le curriculum académique stressant (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado & Gomez-Benito, 2014; Tomás-Sábado & Gomez-Benito, 2009).
- Curriculum académique** : L'éducation en sciences infirmières comprend à la fois des cours théoriques et des stages cliniques ainsi que d'autres situations stressantes telles que la souffrance et la mort des patients (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado & Gomez-Benito, 2014). Le stress académique causé par les examens, les longues heures d'étude, les travaux et les évaluations, le manque de temps libre ainsi que les relations avec les enseignants prédisposent les étudiants à un haut niveau de stress et mènent aux idéations suicidaires (Melissa-Halkiopoulos, Tsiga, Khacharyan et Pappas, 2011).

Discussion


Les recherches démontrent qu'il y a plusieurs facteurs qui affectent la santé mentale des étudiants et c'est ainsi que leurs formations en souffrent. Il est ainsi important de déterminer les facteurs qui prédisposent le suicide chez les étudiants en sciences infirmières pour pouvoir améliorer leurs sentis et éviter le suicide. D'après les facteurs retrouvés lors de la recherche de divers articles, il est évident que les étudiants en sciences infirmières vivent un haut niveau de stress qui les prédisposent au suicide. Les auteurs sont en accord que les étudiants qui possèdent une faible estime de soi sont plus à risque de suicide et contrairement une haute estime de soi est identifiée comme facteurs protecteurs contre les idéations suicidaires. De plus, plusieurs auteurs ont identifié que les problèmes de santé mentale tels que la dépression ou l'anxiété sont des facteurs prédisposant au suicide. Dans plusieurs cas, l'anxiété découle du curriculum académique stressant. Il est évident que le curriculum en sciences infirmières est très chargé en évidence des cours théoriques et des stages cliniques, ce qui prédispose les étudiants davantage au suicide.

Conclusion


En conclusion, l'identification des facteurs associés au suicide chez les étudiants en sciences infirmières permettra aux professionnels de la santé et aux enseignants à intervenir pour améliorer la santé mentale de leurs étudiants. Des interventions précoces dans l'identification des facteurs de risques identifiés dans cette recherche aidera la santé des étudiants. Les étudiants possédant un facteurs prédisposant au suicide, tels qu'une faible estime de soi, la dépression ou l'anxiété et le stress académique devraient être recommandés à un programme d'évaluation et de traitement. Des protocoles et des programmes d'interventions en situation de crise devraient être disponibles avant qu'une crise (tels qu'un suicide d'étudiants) se produise. D'après l'OMS (2015), une mesure de prévention est d'assurer le dépistage précoce, le traitement et la prise en charge de personnes souffrant de troubles mentaux. Ces résultats ont été retrouvés dans des articles internationaux et non spécifiques à l'Amérique du Nord. Sur le plan de recherche, il serait important d'étudier davantage le suicide chez les étudiants en sciences infirmières, précisément au Canada.



NATIONAL SUICIDE PREVENTION LIFELINE
1-800-273-TALK
www.suicidepreventionlifeline.org



CONSORTIUM NATIONAL DE FORMATION EN SANTÉ



Santé Canada Health Canada

Un changement dans le réseau social (e.g. perte d'amis, rupture), un événement incontrôlable (e.g. décès d'un proche, traumatisme), l'échec scolaire ou un état de santé mentale instable peuvent mener à une crise suicidaire chez un étudiant universitaire. Ces dernières années, les universités Canadiennes ont pris des mesures pour prévenir le suicide. Il est ainsi important de déterminer les facteurs associés au suicide afin de mettre en place des programmes d'interventions appropriés. Cette recherche documentaire a pour but d'analyser les facteurs associés au suicide chez les étudiants en sciences infirmières en Amérique du Nord. Les résultats de cette recherche révèlent que le stress universitaire, les craintes quant à l'avenir et les problèmes personnels (rupture, deuil, perte) sont des facteurs qui prédisposent au suicide ou aux idéations suicidaires chez ce groupe. En conclusion, l'identification des facteurs associés au suicide chez les étudiants en sciences infirmières permettra aux professionnels de la santé et aux enseignants d'intervenir pour améliorer la santé mentale de leurs étudiants. Ces résultats proviennent de recherches effectuées dans différents pays et ne sont pas spécifiques à l'Amérique du Nord. Il serait important d'étudier davantage le suicide chez les étudiants en sciences infirmières au Canada.

La formation au baccalauréat des infirmières canadiennes en provenance du collégial: les obstacles à la poursuite des études

Christina Sckopke, Sylvie Larocque, Anne Marise Lavoie

Présentation d'affiche

Les infirmières canadiennes en provenance du collégial: les obstacles à la poursuite des études au baccalauréat

Christina Sckopke, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf (candidate)
Sous la direction d'Anne Marise Lavoie, Ph.D.
et Sylvie Larocque, Ph.D.

Introduction

A l'exception du Québec, toutes les provinces canadiennes et les territoires exigent un baccalauréat en sciences infirmières (B.Sc.inf) comme condition à l'entrée dans la profession (AHC, 2015). Les B.Sc.inf. permet l'acquisition de connaissances, de compétences et des qualités personnelles nécessaires pour le système de santé d'aujourd'hui. Selon l'Institut Canadien d'information sur la santé (2010) environ 60 pour cent des infirmières autorisées canadiennes possèdent une formation collégiale. Pour obtenir leur baccalauréat, ces infirmières doivent retourner aux études.

Mise en situation

Le programme de baccalauréat en sciences infirmières pour infirmières autorisées (BSIA) a été conçu pour une infirmière autorisée qui a obtenu son diplôme d'un programme accrédité au niveau collégial. Le programme de BSIA a des composantes théoriques et pratiques permettant à l'étudiante de se préparer à mieux répondre aux changements qui se manifestent dans le domaine de la santé permettant ainsi à l'étudiante de maintenir son niveau de compétence et accroître personnellement et professionnellement. Le BSIA de l'Université Laurentienne met l'accent sur les connaissances théoriques, particulièrement sur recherche en soins infirmiers, en soins de santé primaires, en leadership, sur la famille et la promotion de la santé. Les étudiantes sont appelées à accroître leurs connaissances en utilisant des interventions dirigées par la recherche. Les programmes de BSIA peuvent être offerts entièrement à distance, sur campus ou un mélange des deux méthodes (Université Laurentienne, 2015; Athabasca University, 2015). Les diplômées d'un BSIA reçoivent une formation qui leur permet non seulement d'exercer leur profession dans les organismes de santé communautaire, les hôpitaux et les cliniques, mais dans l'enseignement et l'administration en soins infirmiers. Malgré ces avantages, ce n'est pas tous les infirmières ayant obtenu un diplôme collégial qui poursuivent leurs études envers l'obtention d'un baccalauréat en sciences infirmières.

Question de recherche

La méthode 3QOCP a été utilisée pour élaborer la question de recherche suivante:

Quels sont les obstacles rencontrés à la poursuite des études au baccalauréat par les infirmières canadiennes en provenance du collégial?

Qui: infirmières autorisées en provenance collégiale	Où: Canada
Quoi: obstacles à la poursuite des études au niveau du baccalauréat	Comment: identifier les obstacles
Quand: 2004 - 2015	Pourquoi: identifier les obstacles à la poursuite des études au baccalauréat chez les infirmières autorisées

Méthode

Cette recherche documentaire a comme objectif de déterminer les obstacles à la poursuite d'études universitaires par les infirmières autorisées en provenance du collégial. Suite à l'identification du thème, les données ont été recueillies et évaluées et une conclusion a été tirée (Favre et Kramer, 2013). La recherche a été effectuée à l'aide de bases de données telles que le **Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)**, **Medline** et **ProQuest Nursing & Allied Health Source** et à l'aide des mots clés **développement professionnel, formation continue et barrière**. Douze articles de recherche ont été identifiés et huit ont satisfait aux critères d'inclusion suivantes infirmières autorisées, obstacle et formation universitaire.

Résultats

Obstacles économiques

Le fardeau financier de retourner à l'école est un énorme obstacle pour les infirmières autorisées. Les frais de scolarité, les livres, l'équipement et les logiciels sont très coûteux et un dissuasif pour les infirmières qui souhaitent poursuivre des études supérieures (Fitzgerald et Townsend, 2012; Romp et al., 2014; Sarver, Cichra et Kline, 2015; Schweitzer et Brassa, 2010). Les apprenantes adultes doivent aussi prendre en compte les coûts supplémentaires liés à la garderie, prendre des journées de congé non payé du travail afin d'assister aux classes (Schweitzer et Krassa, 2010). Un manque de soutien des employeurs sous forme d'incitatifs ou d'horaires de travail flexibles ont également été cités comme raisons de ne pas poursuivre un baccalauréat (Delancy et Piscopo, 2004; Mizuno-Lewis et al., 2014).

Obstacles pédagogiques

Un curriculum mal conçu était perçu comme un obstacle par certaines infirmières autorisées (Kataoka-Yahiro, Richardson et Mobley, 2011). L'horaire non flexible des cours ne permettent pas aux infirmières de prendre un semestre de congé. Les étudiantes sont parfois obligées de choisir entre l'éducation et le travail; les obligations au travail peuvent augmenter le temps nécessaire pour terminer le programme (Kataoka-Yahiro, et al., 2011; Sarver et al., 2015). Les méthodes d'enseignement c'est-à-dire la manière de présenter en salle de classe ou bien la façon d'enseigner à distance sont aussi des obstacles pédagogiques (Delancy et Piscopo, 2004; Fitzgerald et Townsend, 2012; Mizuno-Lewis et al., 2014). Un manque de connaissances de base, avoir peu de confiance pour mener des recherches, et l'incapacité à recueillir l'information appropriée pour l'ensemble des travaux sont aussi des obstacles (Mizuno-Lewis et al., 2014).

Obstacles environnementaux

Finalement, les salles de classe virtuelles ont été perçues comme un obstacle puisqu'un décalage peut se produire entre le professeur et les étudiantes, ainsi qu'entre étudiante et étudiante. Ces environnements d'apprentissage ne fournissent pas toujours des interactions face à face et, par conséquent, peuvent priver les étudiantes d'une communication qu'elles préfèrent et une compréhension qu'une salle de classe traditionnelle peut offrir (Kataoka-Yahiro et al., 2011).

Discussion

Les obstacles financiers ont été cités comme étant un obstacle à la poursuite des études universitaires. Le manque de soutien financier des employeurs, les frais de scolarité élevés et le coût de matériel peut engendrer un énorme facteur de stress pour les étudiantes. Toutefois, ces obstacles ont des solutions: soutien des employeurs et la création de bourses. Un autre obstacle est la programmation mal conçue et un choix de cours limité pouvant prolonger la durée des études. La création d'horaires flexibles et permettre aux étudiantes de prendre une pause sans pénalité ne sont que quelques solutions à considérer. Un cours d'introduction aux études universitaires pourrait diminuer le stress de celles qui craignent manquer de connaissances nécessaires pour la recherche. Les salles de classe virtuelles peuvent diminuer le temps de ce rendre à des cours sur campus. Cependant, il y a un niveau d'appréhension au sujet de l'enseignement en ligne. Certaines étudiantes craignent ne pas être soutenues par leurs pairs ou leurs professeurs, ils craignent aussi un sentiment de dissociation en raison d'un absence d'interaction face à face. Des améliorations récentes aux logiciels utilisées pour offrir des cours à distance permettent aux élèves de participer à des méthodes d'enseignement semblable aux salles de classe traditionnelle, mais dans le confort de leur propre maison. Les étudiantes sont en mesure de visualiser des conférences, poser des questions en temps réel et d'écouter aux questions des autres étudiantes.

Conclusion

Les infirmières autorisées canadiennes en provenance du collégial qui tentent de s'inscrire ou compléter un programme de formation continue au niveau universitaire rencontrent plusieurs obstacles. Les écoles de formation universitaire doivent prendre en considération ces obstacles dans la création et la conception des programmes de BSIA. Un horaire flexible est essentiel ainsi que des coûts abordables. Un curriculum bien planifié qui encourage la participation active, ainsi qu'une charge de travail académique appropriée pour ces étudiantes matures serait bénéfique. Des recherches futures à considérer seraient: 1) l'identification des avantages perçus par les infirmières ayant obtenu leur baccalauréat et 2) l'implantation et l'évaluation de collaborations entre des milieux de travail et des universités pour accroître le nombre d'inscription et de rétention d'infirmières à des programmes de BSIA. Afin de rencontrer les besoins croissants du système de santé d'aujourd'hui, il est essentiel d'accroître le nombre d'infirmière qui obtiennent leur baccalauréat en sciences infirmières.

Références

Amin, M., Shatt-John, N. (2015). Multivocal factors and barriers related to disadvantaged nurses pursuing a bachelor of science in nursing degree. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 157-162.

Anonymous. (2015). *Baccalauréat en sciences infirmières pour infirmières autorisées*. Université Laurentienne. Récupéré de <http://www.laurentienne.ca>

Anonymous. (2015). *BSc IN Bachelor of Nursing Degree Program*. Athabasca University. Récupéré de <http://www.athabasca.ca>

Anonymous. (2015). *Career pathways*. John Abbott College. Récupéré de <http://www.johnabbott.qc.ca>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2015). *Talents: Les infirmières autorisées et la formation au niveau du baccalauréat*. AHC Récupéré de <http://www.ona-aihc.ca>

Canadian Institute for Health Information. (2010). *Registered nurses canadian trends*. Canadian Institute for Health Information. Récupéré de <http://www.cihi.ca>

Delancy, C. et Piscopo, B. (2004). *RN-BSN Programs: Associate degree and diploma nurses' perceptions of the benefits and barriers to returning to school*. *Journal for Nurses in Staff Development*, 20(4), 157-161.

Fairchild, R., Everly, M., Walters, L., Bauer, R., Lewis, S., Anderson, L. (2013). *Rural nurses' continuing education needs: a U.S. multi-site survey reveals challenges and opportunities*. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(5), 45.

Favre, N. et Kramer, C. (2013). *Le recherche documentaire au service des sciences infirmières*. Edition Lambert.

Fitzgerald, C. et Townsend, R. (2012). *Assessing the continuing education needs and preferences of rural nurses*. *The Journal of continuing education in nursing*, 43(9), 420-427.

Kataoka-Yahiro, M., Richardson, K., et Mobley, J. (2011). *Benefits, barriers, and interests of nurses related to distance learning in rural island communities*. *The Journal of continuing education in nursing*, 42(3), 127-135.

Mizuno-Lewis, S., Kibicki, K., Lewis, D., Corish, V., Nerliko, H., Mitsushashi, S. (2014). *Barriers to continuing education and continuing professional development among occupational health nurses in Japan*. *Workplace health and safety*, 62(5), 199-205.

Perfstein, L., Hoffmann, R., Lindberg, J., Petras, D. (2014). *Addressing barriers to achieving nursing certification*. *Journal for Nurses in Professional Development*, 28(9), 309-315.


Romp, C., Kuhn, E., Barkus, A., Bredius, G., Brown, D., Eick, S., et Wal, M. (2014). *Motivators and barriers to returning to school*. *Journal for Nurses in Professional Development*, 28(9), 83-86.

Sarver, W., Cichra, N. et Kline, M. (2015). *Perceived barriers, motivators, and barriers to advancing nurse education: enhancing barriers to improve success*. *Nursing outcomes perspectives*, 28(3), 153-156.


Schweitzer, D. et Krassa, T. (2010). *Delimiting to nurses' participation in continuing professional development an integrative literature review*. *The Journal of continuing education in nursing*, 41(10), 441-449.

Staber, A., Kropfer, K., Ulrich, D. et Sherrill, S. (2014). *Overcoming the barriers to achieving a BSN part 1*. *Nursing*, 2015, 44(3), 50-53.


Summers, A., Dickinson, P., Lindberg, B. (2015). *Continuing professional development in australia: barriers and support*. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(6), 337-339.



Cette initiative est financée par Santé Canada dans le cadre de la Feuille de route pour les langues officielles du Canada 2013-2018: éducation, innovations, communautés.



Les vues exprimées ici ne représentent pas nécessairement la position officielle de Santé-Canada.



Les infirmières qui ont une formation collégiale peuvent poursuivre leurs études afin d'obtenir un baccalauréat post-diplôme en sciences infirmières. Les études démontrent que les programmes de formation universitaire offrent de meilleures connaissances de base et un niveau de compétences professionnelles supérieur ainsi que de meilleures habiletés en soins infirmiers. Le cursus universitaire fait davantage place à la santé communautaire. Il prépare la bachelière à

74

collaborer étroitement avec les autres professionnels de la santé et à coordonner les soins à domicile. En dépit du fait que les données probantes attestent les avantages du programme de baccalauréat, de nombreuses infirmières ayant une formation collégiale ne poursuivent pas leurs études. Le but de cette recherche documentaire était d'identifier les obstacles à la poursuite des études universitaires. Trois obstacles ont été identifiés: 1) des obstacles financiers (e.g. coûts associés à la scolarité), 2) des obstacles pédagogiques (e.g. méthode de livraison en ligne ou en classe) et 3) des obstacles environnementaux (e.g. proximité avec l'établissement d'enseignement, technologie). En conclusion, les institutions universitaires doivent prendre en considération ces obstacles lors de la conception et la livraison des programmes afin d'augmenter le nombre d'inscriptions et favoriser la rétention d'infirmières autorisées au baccalauréat.

Therapeutic Imagery and Athletic Injuries: A Quantitative Analysis

Khaled Taktek

Poster Presentation

Therapeutic Imagery and Athletic Injuries: A Quantitative Analysis

Dr. Khaled Taktek: Laurentian University School of Education, Email: ktaktek@laurentian.ca



Abstract

The main purpose of this study was to (a) explore the effects of mental imagery during basic therapeutic practice in the rehabilitation of exercise and athletic knee injuries; (b) identify the mental imagery parameters (visual or kinesthetic) which has the most impact on the enhancement of rehabilitation strategies; and (c) verify the relationship between the Vividness of Movement Imagery and rehabilitation performance. Nine students, suffering an exercise and/or athletic knee injury, were proportionally distributed across three groups: Specific Physical Practice Group (SPPG), Physical Practice combined with Visual Mental Imagery Group (PPVMIG), and Physical Practice combined with Kinesthetic Mental Imagery Group (PPKMIG). Participants of the SPPG performed physically 10 rehabilitation sessions (two sessions per week, for a total period of five weeks) of 10 knee flexions each. As for participants of the PPVMIG or PPKMIG, they executed the same number of rehabilitation sessions and knee flexions. However, they alternate after each trial between physical practice and (visual or kinesthetic) mental imagery. Performance of the different experimental groups was measured during pretest, treatment, and posttest. The results demonstrated that performance of PPKMIG or PPVMIG was significantly better than that produced by SPPG. These results may be explained by the fact that mental imagery and the hypothesis inherent to the psychoneuro-muscular, psychologic, learning, psychological skill and/or Title Code Model (Holmes & Collins, 2001; Taktek, 2004; Taktek, Zinsser, & St-John, 2008).

Introduction

Most research and articles dealing with mental imagery were explored within the domain of motor learning and performance (Gould & Greenleaf, 2002; Taktek, 2004; Taktek, Salzman, & Rigal, 2004; Taktek, Zinsser, & St-John, 2008). Mental imagery revealed as an efficient strategy for the development of different forms of cognitive functioning, such as cognition (Cunningham & Ste-Marie, 2001; Puccio, 1983; motivation (Hall, Toews, & Rodgers, 1996), concentration (Duchemin-Milard, Demer, & Vanier-Mary, 1991), preparation (Amundson, 1994; motorization (Kohl, 1984; Rosenk, 1992; Taktek et al., 2004, 2008) and Image-Somatic response-Meaning (Alden, 1984, 2001), thus enhancing motor performance (Gould, Domsday, & Greenleaf, 2002).

Imagery has been employed successfully in a wide range of clinical interventions including the treatment of asthma (Casta, Haged, Palenque, Caudanos, Curo, & Lino, 1999), bulimia (Epstein, Gully, & Gardinali, 1999), chronic tension-type headaches (Mayer, 1992), negative effects of chemotherapy (Walker, Walker, Ogata, Hays, Al-Saei, Miller, Hanchou, Sakka, & Estima, 1999). However, few articles explored the use of mental imagery in rehabilitation cases such as patients who have undergone bone or muscle injury and those who suffered a physical injury (Lambert, 1996). In their study on elderly women, Fincher, Poff and Sheppard (1985), for example, found that mental imagery combined with physical practice improved significantly the balance performance. Linden, Urley, Smith and Bush (1989) obtained similar results while dealing with walking balance of elderly people. Farwetter and Sidway (1993) reported that mental imagery intervention improved posture and reduced low back pain. Alvarez (1997) found that mental imagery was an efficient strategy for correcting motor movements used by people over a lengthy time span on a repetitive task such as gait activity.

Hypothesis of the Study

In light of the above literature overview, the hypotheses of this study could be formulated as follows: (a) mental imagery combined with physical practice produces significantly better knee injury rehabilitation performance than specific physical practice; (b) physical practice combined with kinesthetic mental imagery affords the best knee injury rehabilitation performance; and (c) high vivid imagers will surpass low vivid imagers during knee injury rehabilitation.

Method

Nine students, suffering an exercise and/or athletic knee injury, were selected for this study. Among the various exercises used in the rehabilitation of exercise and athletic knee injuries, it was decided to take measurements of knee flexion. In fact, the participant was required to lie lying prone on a treatment table with her/his injured knee straightened as far as pain will allow (initial position). From this position, she/he should flex her/his injured knee so that the heel gets close to her/his buttocks (135° maximum final position; Magee, 1992, p. 382). The different exercise and athletic injuries affecting knee range of motion varied from simple quadricep strains to complex knee surgeries. The injury types were homogeneous between the experimental groups. Participants were proportionately distributed across three groups: (a) Specific Physical Practice Group (SPPG); (b) Physical Practice combined with Visual Mental Imagery Group (PPVMIG); and (c) Physical Practice combined with Kinesthetic Mental Imagery Group (PPKMIG). Performance of knee bending were measured during three experimental phases: pretest, treatment, and posttest.

During the treatment, participants of the SPPG were required to execute 10 sessions of 10 knee flexions each. Each flexion took ten seconds to be performed. Measurements of knee bending were taken at the beginning and the end of each session. As they were executing their movements, participants listened also to mood words as explained by Rothel (1979) and used later on by Alvarez (1997). The mood words were "good best" and "best a bit more" which provided information on the direction of the movement participants were going to perform.

Results & Discussion

The results demonstrated that knee injury rehabilitation performance obtained by the mental imagery (visual or kinesthetic) combined with physical practice group was significantly better than that produced by the specific physical practice group. These results showed the potential benefits of mental imagery as a rehabilitation strategy and could be explained by the similarity of the three principal functional evidence shared by mental and physical practice: behaviour, control and perceptual (as suggested by Holmes & Collins, 2001).

The results of this study also revealed that kinesthetic mental imagery group produced significantly better performance (PPKMIG) than that obtained by the visual mental imagery (PPVMIG). These results could be explained by the fact that kinesthetic and visual imagery instructions involve different parameters of the exercise task (knee bending) and that kinesthetic mental imagery emphasizes the perception of the body as a product of force (or speed) necessary for the movement execution (Fry & Moroz, 2000). The results of the present study support then those found by several researchers (Fry, 2000; Fry & Moroz, 2000; Hardy, 1997; Taktek, Zinsser, & St-John, 2008).

Conclusions

Further studies should be conducted in order to identify more finely and precisely the characteristics for each mental imagery type (kinesthetic versus visual) and to explore more in-depth their effects in sports injury rehabilitation. These study should involve more participants in order to allow better opportunity of results generalization (Taktek & Rigal, 2005; Taktek et al., 2008).

References

Taktek, K. (2004). *Expérience de la variabilité de la posture pendant une préparation pré-entrainement des entraineurs de handballiers. (Thèse de doctorat en éducation)*. Université de Laurentian, 202, 177-193.

Taktek, K. (2008). *Impact de l'usage précoce d'images mentales et d'expériences de réussite sur les compétences motrices et psychologiques des athlètes de haut niveau. (Thèse de doctorat en éducation)*. Université de Laurentian, 202, 177-193.

Taktek, K. (2006). *Mental representation: Fundamental principle and application. Perspectives. Journal of Mental Imagery*, 36(3), 70-75.

Taktek, K. (2005). *The effects of mental imagery on the acquisition of motor skills and performance: A literature review and theoretical applications. Journal of Mental Imagery*, 35(2), 79-91.

Taktek, K. (2004). *Psychologie de l'entrainement: Théorie, outils, et applications en éducation. New York: Brunner-Routledge*.

Taktek, K. & Robinson, J. (2006). *Does Right Club Match as a relative to motor preparation within handball? (Abstract)*. Paper presented at the 11th International Conference on Motor Behavior, 2006, 1205-1206.

Taktek, K. & Rigal, B. (2005). *Stratégies pré-entrainement et représentation de la tâche motrice chez des athlètes de haut niveau. (Thèse de doctorat en éducation)*. Université de Laurentian, 202, 177-193.

Taktek, K., Zinsser, J., & St-John, S. (2008). *The effects of mental imagery on the learning and transfer of a discrete motor task by young children. Journal of Mental Imagery*, 38, 144-152.

Taktek, K., Zinsser, J., & St-John, S. (2008). *Visual versus kinesthetic mental imagery: Effects for the retention and transfer of a closed motor skill in young children. Canadian Journal of Experimental Psychology*, 62(3), 174-182.

Figure 1: Athletic knee injury rehabilitation



Figure 2: Means of knee bending (in degrees) during the different sessions of the treatment phase, pretest and posttest for each group (SPPG: Specific physical practice group; PPVMIG: Physical practice combined with visual mental imagery group; PPKMIG: Physical practice combined with kinesthetic mental imagery group).



Figure 3: Means of knee bending (in degrees) as a function of the different experimental phases (pretest and posttest) for each group (SPPG: Specific physical practice group; PPVMIG: Physical practice combined with visual mental imagery group; PPKMIG: Physical practice combined with kinesthetic mental imagery group).



Imagery has been employed successfully in a wide range of clinical interventions including the treatment of asthma, bulimia, chronic tension-type headaches, and others issues. However, few articles have explored the use of mental imagery in rehabilitation cases. The main purposes of this study were to (a) explore the effects of mental imagery during basic therapeutic practice on the rehabilitation of exercise and athletic knee injuries; (b) identify the mental imagery modality (visual or kinesthetic) which has the most impact on the enhancement of rehabilitation strategies; and (c) verify the relationship between the Vividness of Movement Imagery and rehabilitation performance. Nine students, suffering an exercise and/or athletic knee injury, were selected at the Athletic Therapy Clinic of Laurentian University. The measurements for each flexion of the exercised knee were taken as soon as the maximum amount of flexion during each intervention was achieved. The main results of the study demonstrated that performance of physical practice combined with visual mental imagery group (PPVMIG) or physical practice combined with kinesthetic mental imagery group (PPKMIG) was equivalent and sometimes significantly better than that produced by specific physical practice group only (SPPG). These results may be explained by the link between mental imagery and the psycho-physiological or neuropsychological mechanisms.

Developing Dementia Health Promotion Materials to Meet the Needs of Aboriginal Peoples in the City of Greater Sudbury, Ontario.

Sharlene Webkamigad, Kristen Jacklin, Sheila Cote-Meek, Birgit Pianosi

Poster Presentation

Developing Dementia Health Promotion Materials to Meet the Needs of Aboriginal Peoples in the City of Greater Sudbury, Ontario
Sharlene Webkamigad, R.N., M. A. Interdisciplinary Health (candidate), Jacklin, K., Cote-Meek, S. & Pianosi, B.

How can health promotion materials concerning dementia be developed to meet the needs of Aboriginal peoples and their caregivers living in the City of Greater Sudbury, Ontario?

BACKGROUND

Culturally appropriate health promotion materials for persons with dementia and their caregivers have not been developed in Canada for Aboriginal people in the past.

SIGNS AND SYMPTOMS OF DEMENTIA: A FIRST NATIONS GUIDE

KEY FACTS:

- Rates of dementia in First Nations people are higher than they are in non-First Nations people in Canada. Research suggests that the number will continue to rise and by 2039 there may be a 4.6 times increase in the number of on-reserve First Nations people living with dementia.
- Symptoms of dementia may begin to appear as early as 45-50 or may begin much later depending on the type of dementia. Research suggests that Alzheimer's disease and dementia may occur as much as 20 years earlier in First Nations people compared to non-First Nations people in Canada.
- Research with Indigenous people in Canada suggests that Alzheimer's disease and age-related dementias are not being diagnosed early enough for clinical and public health benefits from timely available care and support services.
- Some First Nations people may be reluctant to discuss forgetfulness or memory loss with health care providers for many reasons, for example:
 - They consider it to be a normal part of aging and not problematic.
 - They have not had good experiences with health care providers in the past.
 - They do not think a diagnosis would make any difference.
 - They are embarrassed and do not want others to know about their symptoms.
 - They do not want to take the memory tests.
 - They have difficulty accessing health care services.

WHEN IS FORGETFULNESS A PART OF NORMAL AGING VERSUS A SYMPTOM OF ILLNESS?

Forgetting can be a normal part of getting older. We may forget to pay a bill, lose things, and find it hard to remember the words we want to use in conversation and we may have trouble remembering names of people we meet. But, if you are having trouble remembering things that are important to you and you are unable to do things you used to be able to do, it may be a sign that something is wrong. When these types of forgetting become worse over time or begin to happen more often, it may be a sign that something is wrong. The more memory you lose, the more you may need help. Getting help early can help you stay safe and able to live the way you want to live.

WHY SHOULD WE SEEK CARE FOR FORGETFULNESS OR MEMORY LOSS?

Forgetting is a common problem that can lead to safety risks to yourself or others over time. Getting help for memory loss early is important. If you are worried you should speak to a health care worker or your doctor. An accurate diagnosis can help you and your caregiver understand the illness, identify, and address the things that can be done to help you. Getting help early can help you stay safe and able to live the way you want to live. Getting help early can help you stay safe and able to live the way you want to live. Getting help early can help you stay safe and able to live the way you want to live.

Craven, Jacklin, K., Wiers, W., Blain, M., Sibiakowski, S. (2015) Signs and Symptoms of Dementia: A First Nations Guide. Distributed by First Nations and Inuit Health Branch and Community Care Programs. © Dr. Kraven Jacklin

Two information fact sheets titled: "What is Dementia? First Nations Perspectives and Cultural Understandings", and "Signs and Symptoms of Dementia: A First Nations Guide" were developed to reflect an ongoing need.

We would like to acknowledge our sponsors/contributors to this project:

PURPOSE

To better understand how to create appropriate dementia-related health information in order to respond to the current need for cultural safety in Aboriginal dementia care.

METHODS

a) collaboration with an Aboriginal advisory group
b) two focus groups
c) five individual one-on-one interviews
d) the adaptation, validation and dissemination of two health promotion materials

THEORETICAL AND METHODOLOGICAL APPROACH

This research is guided by a community-based participatory action research approach with additional principles for working with Aboriginal communities. The methodology embraces Kovach's Nēhīyaw Kiskēyītamowin (2009), which is a decolonizing theoretical framework. It will be adapted to apply local Indigenous knowledge.

A FEW DISCUSSION TOPICS INCLUDE:

- What were you thinking when you were reading the Fact Sheets?
- Is it important to have resources in your local Indigenous language?
- What type of local, culturally appropriate icons and/or symbols are preferred in resources?
- If you wanted to spread a health message in this community, how would you do it?
- What is your vision of culturally-appropriate health promotion materials?

BENEFITS AND OUTCOMES

Collaboration with the N'Swakamok Native Friendship Centre will benefit individual caregivers, older adults, the Life Long Care program, and Aboriginal peoples through empowering them to understand dementia from a cultural perspective. Improved understandings of dementia and its signs and symptoms will lead to earlier diagnosis and improve care. Aboriginal people have a long history of oral and visual communication and this study will examine if these traditions of sharing are encouraged and preferred in society today.

CONCLUSION


This research addresses knowledge translation, health promotion, health literacy and cultural safety in the Aboriginal context.

The purpose of this community-based participatory action research (CBPAR) study is to embrace a decolonizing theoretical framework on how health promotion materials developed at the national level for Aboriginal persons with Alzheimers or age-related dementias can be adapted to local conditions. Our methods recognize it is important to collaborate with Aboriginal peoples in developing culturally safe health promotional materials so that language and communication preferences are understood by those who are designing the materials. A partnership agreement and funding from Health Canada, specifically the First Nation and Inuit Health Home and Community Care program, resulted in the development of two dementia fact sheets. In this study we have explored what is necessary to adapt these for local Aboriginal caregivers and older adults of the City of Greater Sudbury. Aboriginal people have a long history of oral and visual communication and this study considers if these traditions are still preferred in society today. Improved understandings of dementia and its signs and symptoms should lead to earlier diagnosis and improved care. This research addresses knowledge translation, health promotion, health literacy, and cultural safety in the Aboriginal context.

An Environmental Scan of Inclusive Recreation Providers

Alexandra Zidenberg, Jennifer Leo

Poster Presentation




Abilities Centre

An Environmental Scan of Inclusive Recreation Providers

Jennifer Leo¹ & Alexandra M. Zidenberg²

¹Abilities Centre, Whitby, ON
²Laurentian University, Sudbury, ON
azidenberg@laurentian.ca



Laurentian University
Université Laurentienne

Background

- People living with disabilities face many unique barriers to participation in sport, including a lack of access to programs and facilities as well as a lack of community acceptance and inclusion.
- Inclusive recreation has been defined by Coco-Ripp (2005) as "providing services that offer everyone involved a full range of choice, social connections and support as well as the opportunity to reach their potential".
- Inclusive physical activities is an area that is well researched in terms of the education system and therapeutic recreation, but information is not very forthcoming in the area of community recreation.
- Increased intergroup contact between differently able persons has been suggested as one of the most important variables in the formation of attitudes towards inclusion and disability.

Inclusive Recreation Training

- Professionals in the field have suggested that many recreation leaders are insufficiently trained to work with individuals with severe handicaps.
- Deficiencies in training, even perceived deficiencies, can be a cause for concern as they can influence staff attitude and behaviours towards participants with disabilities.
- Service providers need to receive training as well.
- Eighty-four percent of administrators felt that inclusion training for staff and coaches who provide direct services to participants was necessary, yet 38.5% of administrators felt that they did not need training themselves.

Attitudes of Professionals

- When attitudes towards individuals with disabilities or inclusion become negative, an attitudinal barrier may develop.
- As exposure increases, attitudes towards people with disabilities tends to increase as well but as the experience becomes more distant, negative attitudes tend to form.
- Conaster, Block, and Lepore (2000) also found that females tended to have more positive attitudes towards inclusion.

Inclusive Recreation Education

Therapeutic recreation literature:

- As seen in the literature regarding teacher's education programs, formal education in the area of disability seems to have a profound impact on the attitudes of professionals.
- In a study by Conaster, Block, and Lepore (2000), it was found that when aquatics instructors had one or more courses in adapted education or more certification, they tended to have more positive attitudes towards participants with disabilities.
- An additional study by Conaster and Block (2001) found that having one or more courses in adapted physical education increased feelings of competence and chances of being an instructor to students with disabilities.
- Only about half of the instructors surveyed by Conaster, Block, and Lepore (2000) had completed formal coursework in adapted physical education.
- When asked about their educational preparedness, therapeutic adventure supervisors were unsure if their staff had

Inclusive Recreation Education Contd.

Adapted Physical Education literature:

- Initial teacher training and preparation have been studied extensively and most sources come to the same conclusion; there is not enough focus on disability in initial undergraduate teacher education.
- Many teacher preparation programs essentially ignore disability and inclusion throughout their programs, relying on the one introductory course offered in the subject to be enough for teacher candidates to learn all there is to know about disability.
- The majority of undergraduate students received between 5 and 70 hours of training related, postgraduate student trainees reported having 0 to 5 hours of training in their program.
- Having only one course does not provide in-depth skills and knowledge and may serve to "other" the students and reinforce the idea of segregation.
- Hardin (2005) suggests that a better approach to teacher education would be to infuse the entire curriculum with special education topics in addition to a few courses with specialized knowledge.
- Having hands-on experience working with students with disabilities and liaising with more experienced teacher has also been identified as an important learning opportunities.

Competencies for Professionals

Continued professional development

- Plans, seeks out, and actively participates in continuing education and/or professional development opportunities in inclusive recreation

Collaboration

- Shares knowledge, experience, and skills with colleagues, students, and volunteers in the field and with other professionals when appropriate

Evidence informed practice

- Stays informed of and applies current research, knowledge, and theories in the field of inclusive recreation

Communication

- Communicates information and instructions clearly to others
- Identifies the best methods of communication based on age, level of ability, etc.

Interpretation of the client

- Identifies the participants needs, goals, values, level of ability, and culture and how these factors will impact their participation in recreation programs
- Utilizes the knowledge and understanding of the participant's needs to set appropriate goals and to select appropriate assessment methods

Delivery of programs

- Assures that delivery of all programs strives to be flexible, appropriate, accessible, barrier free, and enjoyable for all members of the community
- Utilizes knowledge of the participants and best practices in recreation in order to create and/or deliver programming that challenges and stimulates all participants while maintaining the integrity and the safety of the program

Groups

- Understands the diverse composition and needs of groups in recreation and develops programs that effectively address and respect that

Self-awareness

- Performs self-assessments, self-reflection, and self-evaluations in order to identify and improve necessary knowledge, skills, and abilities

Inclusivity

- Identifies barriers and facilitators to participation in recreation and leisure programs and events
- Understands, commits to, and actively applies diversity and inclusion principles to all areas of practice

Soft skills

- Possesses leadership skills and is capable of making quick, ethical, and professional decisions
- Is open-minded, creative, innovative, flexible, positive, and professional in all areas of practice

Attitudes

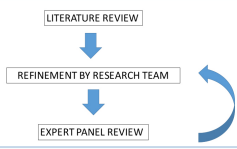
- Understands how positive attitudes toward persons with disabilities may be developed within recreational programs
- Demonstrates awareness of personal attitudes toward persons with disabilities
- Understands various societal attitudes toward persons with disabilities

Facility design and accessibility

- Understands the frustrations experienced in an inaccessible environment
- Understands how equipment can be adapted to best serve all members of the community

Development of the Competencies

- There is a gap in the literature when it comes to discussing community recreation settings.
- There is very little research available on what competencies community recreation professionals need in order to be successful in inclusive environments.
- In order to fill this gap in knowledge, we compiled a list of competencies from fields such as physical education, special education, general recreation and leisure studies, and therapeutic recreation and synthesized 25 competencies that we feel cover the most important areas of the competencies identified by other fields.
- The competencies created by the research team underwent an evaluation by an expert panel, who further refined them.



```

graph TD
    A[LITERATURE REVIEW] --> B[REFINEMENT BY RESEARCH TEAM]
    B --> C[EXPERT PANEL REVIEW]
    C --> A
    
```

This literature review indicates that for individuals living with a disability, physical inactivity is often a significant issue. These individuals may face several barriers to participation in sport including a lack of access to programs and facilities as well as a lack of community acceptance and inclusion. Inclusive physical activity is an area that is well researched in terms of the education system and therapeutic recreation, but there has been less focus on the area of community recreation. Additionally, where the fields of inclusive education and therapeutic recreation tend to have clear competencies necessary for practitioners to be successful, there is often a lack of clearly defined competencies in inclusive community reaction settings. The lack of clear competencies led the research team to create competencies for inclusive recreation professionals spanning the domains of continued professional development, collaboration, evidence-informed practice, communication, interpretation of the client, delivery of programs, group settings, self-awareness, inclusivity, soft skills, attitudes, and facility design and accessibility. The competencies will be further explored in an ongoing project by the researchers.

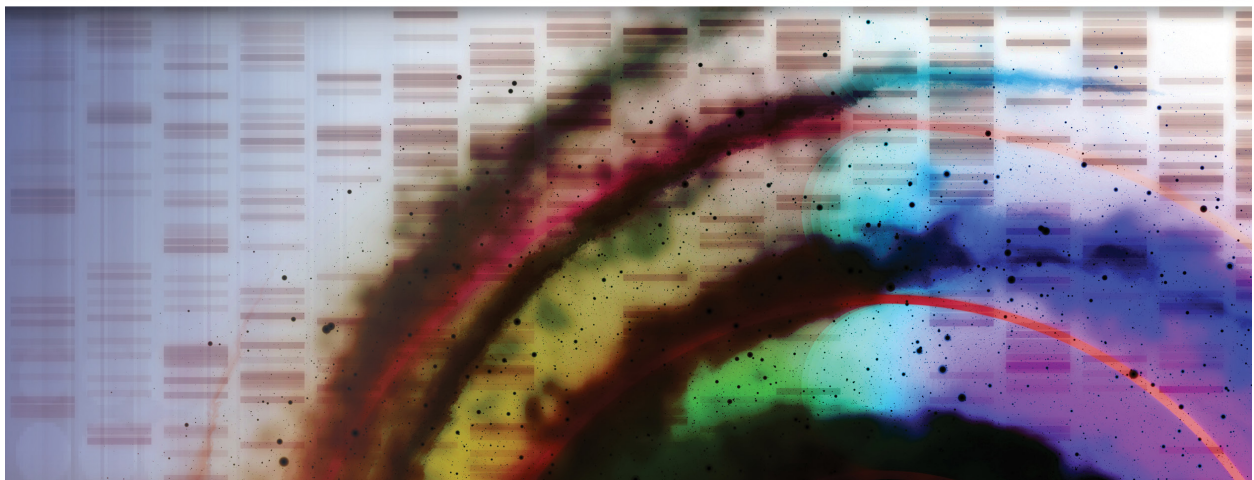
78

Section C – Oral Presentation Abstracts

DIVERSITY IN RESEARCH

LA DIVERSITÉ DANS LA RECHERCHE

NOOCH GEGOO NDAGKENDMA-DAA



A Mixed Methods Study of Patient/Provider Perspectives of Colorectal Cancer Screening and Risk Among Aboriginal Men

Beaudin Bennett

Oral Presentation

In Aboriginal communities in Canada, colorectal cancer (CRC) is on the rise. Screening for cancer is essential in catching CRC early, when it is often easily treated. CRC screening rates among Aboriginal men in Ontario are at 10% or less, far below the provincial average; low screening rates lead to an increase in cancer-related deaths. Research shows that cancer screening can be increased using techniques that recognize the values and experiences of Aboriginal people, in what is known as “culturally competent care.” This research, which is being conducted in a northern Ontario Aboriginal community, seeks to understand how CRC screening rates for Aboriginal men can be increased. Data is being collected through interviews (the researcher lives in the community) and consultation of health records and is being collated so we can better understand what prevents Aboriginal men from getting screened for CRC. Study results should help more Aboriginal men access screening and inform healthcare professionals in their work with CRC. Also this research works to improve quality of life in Aboriginal communities and thus is an important step in making Canadian society more just and equitable.

Four Photographers

Kathy Browning

Oral Presentation

Four Photographers profiled videotaped interviews of artists discussing their art practices, showcasing the interconnections they have made with landscape and the community. These videos - and four teacher facilitation guides - can be used alongside the 2009 and 2010 *Ontario Ministry of Education: The Arts* guidelines. Participants in the session discussed how to use these videos in a variety of subject disciplines, particularly in schools located in more remote areas of the province including northern Ontario. The items can be viewed at http://www3.laurentian.ca/visual_artists/ on the Laurentian University web site. The DVDs are also available through university libraries and Watmedia for future teachers of visual arts and other disciplines in pre-service B.Ed. degrees as well as other faculty, staff, and students at post-secondary, elementary, and secondary schools. These videos, created by Dr. Kathy Browning, Faculty of Education, Laurentian University, are part of a series which has received the Curriculum Services Canada Seal of Approval and Award of Merit (2014) in the Integration of Technology in the K-12 Classroom stream from the Canadian Network for Innovation in Education.

Recommendations of Mongolian Indigenous Herdsmen for International Volunteers

Daniel Coté, Leigh MacEwan, Sébastien Nault

Oral Presentation

The Source of Steppe Nomads is a non-governmental organization (NGO) that runs development projects focusing on health, education, environment and agriculture, with indigenous nomadic herdsman communities in western Mongolia. Board members from this geographically isolated area work on a voluntary basis to coordinate projects that support isolated communities in the region. In reality they also serve some of the Mongolian population in certain areas as the border patrol camp. Over the past several years, international volunteers have come to the area to help with these development efforts. The purpose of this study was to hear the perspectives of NGO members and herdsman families who interact with international volunteer workers, and to receive their suggestions for developing future cultural immersion experiences with volunteers. Data for this qualitative study were obtained through individual and group interviews with indigenous herdsman throughout the area. Recommendations for volunteers, prior to arriving in the Steppes, include knowledge about the local culture, language and history of the herdsman, capacity building and ability to influence government, and having an understanding of the vision of the local indigenous herdsman with a focus on sustainability and future generations.

Living is Ceremony: Indigenizing Resource Industry Practices in Northern Ontario

Ian Desjardins

Oral Presentation

This research will identify how Ontario resource development regulations - created and controlled by federal and provincial governments - affect some northern Ontario Indigenous communities. The study will also discuss what these communities can do to “Indigenize” these regulations. Conclusions will be based on an analysis of current literature and will draw upon the experiences of previously recorded land users and Elders from the Mushkegowuk region of northern Ontario. The analysis will begin with a review of language and industry-related terminology from the Western perspective and the Indigenous/ Mushkegowuk-region perspective. Current legislation and the political and environmental reactions from the Indigenous communities within the Mushkegowuk region will also be addressed. This research will explore the potential to change the resource development landscape by providing insight into operationalizing and Indigenizing future projects. This will be done through a consideration of Indigenous philosophies - such as the Four Directions and the Seven Grandfather Teachings - and how they may be used to inform planning and monitoring.

An Exploration of Accident/Failure Attributions and the Potential Implications for Future Research in Occupational Health Psychology with Psychiatric Nurses

Justin Desroches

Oral Presentation

This literature review investigates Attribution Theory (AT) and the themes, trends, and gaps that have emerged for this construct within the field of occupational health psychology. AT has served as a theoretical framework to investigate how individuals interpret accidents and their causes. The focus of this particular review involves subjective attribution tendencies and their relation to safety behaviours, controversies regarding the assumptions of responsibility, and the importance of accurate accident appraisals. Current gaps in the literature include somewhat dated research and the lack of the full use of Weiner's AT model (1985 & 2010). In addition, there seems to be a paucity of research on AT as it applies to certain occupations with a high prevalence of accidents including psychiatric nursing. The review further describes the extent to which the theory may be useful for accident prevention and in psychiatric nursing where practitioners face common risks inherent to the profession such as patient aggression and violence. This paper concludes by suggesting avenues of possible research as it applies to this profession, methodological challenges, and the implications for future studies.

Indigenous Epistemologies, Worldviews, and Theories of Power

Dana Hickey

Oral Presentation

My master's thesis aims to identify and explore concepts of power from an Indigenous understanding. The topic of power is informed by vast literature that reaches back into the beginnings of Western philosophy but that information does not incorporate cultural differences. An Indigenous Theory of Power can be used to inform strategies toward achieving a more equal distribution of power, and encourage successful Indigenous-Settler Reconciliation. Within the academic setting, Indigenous scholars are developing Indigenous research initiatives aimed at decolonizing methodologies and achieving intellectual self-determination. Utilizing a decolonization framework, I will apply grounded theory and Indigenous methodologies to identify an Indigenous worldview of power. I will be drawing upon a literature analysis, interviews, surveys, and review of historical records.

Using an iPod application in whole-body vibration management for mobile-equipment operators in mining

Wesley Killen

Oral Presentation

The objectives of this field study were to 1) evaluate the influence of the iPod application as part of a whole-body vibration (WBV) management program on knowledge level, and 2) acquire

feedback on the usability and practicality of the iPod application and training material. Operators of mobile equipment at a production and training mine site were shown how to measure WBV using an iPod application. Knowledge level on WBV was assessed using a Likert-scale survey at baseline and follow-up, with participants attending workshops on vibration-related topics in between. In addition participants were asked to provide feedback on the iPod application and training material. Knowledge scores increased, which corresponded to a change in knowledge level of awareness, but mostly just from limited understanding to basic understanding. There were complaints of discomfort in using the application, however, the majority of participants liked knowing their WBV exposure, and agreed that they would feel more confident in approaching a supervisor about discussing control strategies with use of the iPod application. Insight into the practicality and efficacy of the iPod application could prove useful during implementation planning for large-scale interventions.

Indigenous Food Sovereignty: Indigenous Health and Wellbeing

Taima Moeke-Pickering, Sheila Cote-Meek

Oral Presentation

This presentation shares key research findings from a food sovereignty project conducted with Maori in New Zealand. The presenters discuss ideas for understanding how food security and food sovereignty strategies can enhance Indigenous health and wellbeing. The literature on food insecurity in New Zealand and Canada estimates that 10% of families/households experience low food security. Maori and Aboriginal families are more likely to be affected by food insecurity than any other ethnic group. The findings and analysis from this project provides broad themes and ideas for planning Indigenous based food security/sovereignty strategies relevant to cultural health and wellbeing.

Source: Moeke-Pickering, T., Heitia, M., Heitia, S., Karapu, R. & Cote-Meek, S. (2015).

Understanding Maori food security and food sovereignty issues in Whakatane. *MAI Journal*, 4 (1), 29-42.

Reconciliation of Indigenous and Non-Indigenous Youth through Leadership Programs

Carinna Pellett

Oral Presentation

Reconciliation in Canada has been moved to the forefront with the recent publication of the findings of the Truth and Reconciliation Commission. Youth can play a significant role in achieving reconciliation in Canada. In my research, I propose that building balanced relationships during adolescence can counteract the disparity between Indigenous and non-Indigenous youth and lead to reconciliation. These relationships can be encouraged through creating shared experiences in leadership programs that include forums for discussions and cooperative development. Over a five-year period, youth from a remote Northern first nation reserve have participated in two-week leadership training programs at a resident summer camp in the Parry Sound district. I will explore the outcomes of the previous interactions between the youth and staff at the camp and interview camp management in order to determine the

foundational values, the approach and, the vision of the camp. The methodology for this research includes a literature review of the fields of research and collecting data in interviews and focus groups with the participants. The data will be analyzed by looking for themes. By creating experiences where youth can interact and build relationships, they can build a better understanding of each other and thus create social solidarity.

Barriers that Aboriginal Fathers Face in Families and First Nation Communities

Rose Pitawanakwat

Oral Presentation

The aim of my master's research is to examine the family system breakdown due to colonization, social determinants of health, and substance abuse, with a particular focus on men. This presentation identifies key factors that have influenced the disconnection process. These include the deterioration of the family system, as well as Aboriginal fathers losing their roles due to historical trauma, colonization, marginalization, socioeconomic factors, homelessness, incarceration, suicide, and family violence. Using the sweet grass philosophy as my main methodology, in conjunction with the seven Grandfather teachings, I will be using circles, participatory action research involving photo-voice, and drawing upon the guidance of elders to gather information about the strengths of Aboriginal men as fathers, and the barriers that still exist in regard to that family position in Indigenous homes.

Elements of Resilience and Healing among Indigenous Parents Attending Laurentian University

Robyn Rowe

Oral Presentation

Through a comprehensive examination of the impact of European colonialism, as well as oppression faced by Indigenous peoples, trends begin to appear within the literature. These include a persistent disparity between the educational achievement of Indigenous peoples compared to others living in Canada. Current research has indicated that this is, in large part, due to the impact of the residential school system, along with a lack of opportunities to attend post-secondary institutions, and the current western-based curriculum which does not always reflect Indigenous context, practices, or cultures. Nonetheless, many Indigenous people are taking claim to their educational paths and exhibiting high levels of resilience and healing. Due to the lack of inquiry on Indigenous students with children, and based on my own experiences as an urban-Indigenous parent and graduate student, my research aims to further understand how elements of resilience and healing can overcome barriers and challenges for Indigenous parents at University. In order to better understand these factors, I will apply a decolonizing framework and a "two-eyed-seeing" methodology. My methods will include autoethnography, one-on-one interviews with Indigenous students who have children, and a thematic analysis of the literature.

L'Analyse Transactionnelle comme stratégie efficace de communication et d'éducation à la paix : vivre en harmonie et s'affronter sans violence

Khaled Taktek

Présentation Orale

Cette présentation examine les caractéristiques fondamentales de la théorie de l'Analyse Transactionnelle (l'AT) d'Éric Berne comme stratégie dynamique et interactive de communication et d'éducation à la paix. Tout d'abord, les principales structures de la personnalité appelées les « états du Moi » (Parent, Adulte et Enfant) sont définies avec des exemples bien spécifiques. Ensuite, les interactions entre ces états sont présentées et discutées dans des conditions de communications personnelles (c'est-à-dire exclusion, contamination, double contamination) et interpersonnelles (c.-à-d. transactions complémentaires, transactions croisées). Plus particulièrement, selon Berne, quand les « états de Moi » des deux personnes en communication sont au même niveau, neuf transactions complémentaires pourraient survenir (c.-à-d. Parent-Parent, Parent-Adulte, Parent-Enfant, Adulte-Parent, Adulte-Adulte, Adulte-Enfant, Enfant-Parent, Enfant-Adulte, and Enfant-Enfant) donnant lieu à des échanges balancés et harmonieux. Par contre, quand les états de moi des deux personnes se situent à différents niveaux, quatre transactions croisées (c.-à-d. type I, “réaction de transfert - *transference reaction*”; type II, “réaction de contre-transfert - *the counter-transference reaction*”; type III, “exaspération – *the exasperating response*”; and type IV, “effronterie - *impudence*”) pourraient surgir causant des communications précaires et imprédictibles. Finalement, l'AT est utilisée comme stratégie efficace de communication permettant la résolution des conflits et la réconciliation.

Thematic Analysis of Key Recommendations from Commissioned Occupational Health and Safety Reports in Mining

Emily Tetzlaff

Oral Presentation

This research project includes a systematic analysis of past Occupational Health & Safety (OHS) commissioned reports and reviews from Canada, New Zealand, United States of America and the United Kingdom, spanning from 1967 to 2015. The thematic analysis and review of these reports provides a longitudinal perspective of recommendations around key mining hazards, including ground control, occupational disease, worker fatigue, as well as the changing nature of mine rescue and safety programs. The purpose of the research is to identify similarities and differences across key recommendations for each of these reports, and identify what changes, if any, have occurred over the timeframe of the different incidents and resulting reports. A text mining software, *Leximancer*, will be used to analyze the manifest content of each report through conceptual and relational analysis. *Leximancer* will produce concept maps which illustrate the relationships, key recommendations, and hazards that appear to be consistently identified in the reports regardless of time or country. This should suggest where focus is required to ensure recommendations that address hazards are actually implemented.

Making Learning Visible

Jeffrey Wood, Emily Caruso Parnell, Jennifer Hearn

Oral Presentation

The Rainbow District School Board and Faculty of Education have had a seven year partnership exploring the Reggio Emilia approach in kindergarten. During 2012, a Ministry of Education grant was received to explore assessment in kindergarten. In play-based classrooms, where learning occurs in centers, often in small groups, traditional assessments have become increasingly anachronistic. To understand and assess children's thinking and learning, and make sense of their learning in groups, we decided to engage in the practice of pedagogical documentation. It was important to understand learning and how groups work from the perspective of children. To step outside the current assessment paradigms, and open up new possibilities, we chose to use the language of assessment provided by Reggio Emilia educators - 'attributing value.' This enabled us to think about why we choose to document what we do pedagogically. It made us aware of our own subjectivity in documenting and caused us to think about our own point of view as different from others. This research changed how we see children, how we see our classrooms, how we teach, and what we value. Pedagogical documentation as assessment redefined how we assess children and their learning, and its challenges helped us to see beyond the possibilities offered by current assessment paradigms.

Author Affiliations

#	Name	Affiliation	Location
1	Aubuchon, Lynn	Chargée de cours permanente, École des sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
2	Barbosa, Nicole	Research Quality and Risk Management, The Hospital for Sick Children	Toronto ON
3	Bélanger, Chanelle	M.Sc.inf. (Candidat) Sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
4	Bélanger, Tanya	M.Sc.inf. (Candidat) Sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
5	Belanger-Gardner, Diane	Family and Child Program, Health Sciences North (Retired)	Sudbury ON
6	Bennett, Beudin	Graduate Student, Masters in Indigenous Relations, Laurentian University	Sudbury ON
7	Berriault, Colin	Occupational Cancer Research Centre, Cancer Care Ontario	Toronto ON
8	Browning, Kathy	Assistant Professor, School of Education, Laurentian	Sudbury ON
9	Camara, Mariama	M.Sc.inf. (Candidat) Sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
10	Caruso Parnell, Emily	Arts Education Consultant, Rainbow District School Board	Sudbury ON
11	Carvalho, Marilia	Graduate Student, Applied Psychology, Laurentian	Sudbury ON
12	Coté, Daniel	Assistant Professor, School of Social Work, Laurentian	Sudbury ON
13	Cote-Meek, Sheila	Associate Vice President, Academic & Indigenous Programs, Laurentian	Sudbury ON
14	Despatie, Anne	M.Sc.inf. (Candidat) Sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
15	Desjardins, Ian	Graduate Student, Masters in Indigenous Relations, Laurentian	Sudbury ON
16	Desroches, Justin	Graduate Student, Masters in Interdisciplinary Health, Laurentian	Sudbury ON
17	Donato, Emily	Assistant Professor, School of Nursing, Laurentian	Sudbury ON
18	Dubreuil-Piché, Sara	B.Sc.S (Candidat) Orthophonie, Université Laurentienne	Sudbury ON
19	Flesch, Corie Ann	Graduate Student, Masters of Arts in Interdisciplinary Health, Laurentian	Sudbury ON
20	Gamache, Renee	M.Sc.inf. (Candidat) Sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
21	Glass, Lyndsay	Medical Student, Northern Ontario School of Medicine	Sudbury ON

22	Gray, Meghan	Interdisciplinary Health MA, Graduate, Laurentian	Sudbury ON
23	Gross, Gil	Division of Cardiology, The Hospital for Sick Children	Toronto ON
24	Harvey, Megan	M.Sc.inf. (Candidat) Sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
25	Hearn, Jennifer	Teacher, Rainbow District School Board	Sudbury ON
26	Hickey, Dana	Graduate Student, Masters in Indigenous Relations, Laurentian	Sudbury ON
27	Hien, Amélie	Professeure agrégée, Département d'études françaises, Université Laurentienne	Sudbury ON
28	Hughes, Tara	Graduate Student, Interdisciplinary Health Program, Laurentian	Sudbury ON
29	Jacklin, Kristen	Associate Professor, Medical Anthropology, Northern Ontario School of Medicine	Sudbury ON
30	Kauppi, Carol	Director of the Centre for Research in Social Justice and Policy, Laurentian	Sudbury ON
31	Killen, Wesley	Research Assistant, Centre for Research in Occupational Safety and Health, Laurentian	Sudbury ON
32	Kozinski, Rose Ann	Sessional Instructor, Department of Psychology, Laurentian	Sudbury ON
33	Lachance, Joëlle	M.Sc.inf. (Candidat) Sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
34	Larocque, Sylvie	Professeure agrégée/Directrice, École des sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
35	Lavalle, Chris	Medical Student, Northern Ontario School of Medicine	Sudbury ON
36	Lavoie, Anne Marise	Professeur titulaire, École des sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
37	Lemieux, Suzanne	Manager, Research, Evaluation, and Knowledge Exchange, Sudbury and District Health Unit	Sudbury ON
38	Leduc, Sylvain	M.Sc.inf. (Candidat) Sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
39	Leo, Jennifer	Director of Research, Research, Innovation and Education, Abilities Centre	Whitby ON
40	Lightfoot, Nancy	Associate Professor, School of Rural and Northern Health, Laurentian	Sudbury ON
41	Lindenbach, Jeannette	Ph. D (Candidat) École des sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
42	Mageau, Diane	Consultante-experte, Collège Boréal	Sudbury ON
43	Mayer-Crittenden, Chantal	Professeure agrégée, Baccalauréat et maîtrise en orthophonie, Université Laurentienne	Sudbury ON
44	McDonald, Sarah	Medical Student, Northern Ontario School of Medicine	Sudbury ON

45	MacEwan, Leigh	Assistant Professor, School of Social Work, Laurentian	Sudbury ON
46	Moeke-Pickering, Taima	Associate Professor, School of Indigenous Relations, Laurentian	Sudbury ON
47	Nault, Samantha	M.Sc.inf. (Candidat) Sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
48	Nault, Sébastien	Permanent Sessional Instructor, School of Human Kinetics, Laurentian	Sudbury ON
49	Pallard, Henri	Professor, Department of Law and Justice, Laurentian	Sudbury ON
50	Pellett, Carrina	Graduate Student, Masters in Indigenous Relations, Laurentian	Sudbury ON
51	Pianosi, Birgit	Associate Professor, Gerontology, Huntington University	Sudbury ON
52	Pilon, Roger	Professeur adjoint, Sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
53	Pitawanakwat, Rose	Graduate Student, Masters in Indigenous Relations, Laurentian	Sudbury ON
54	Rowe, Robyn	Graduate Student, Masters in Indigenous Relations, Laurentian	Sudbury ON
55	Russell, Jennifer	Division of Cardiology, The Hospital for Sick Children	Toronto ON
56	Stacey, Melissa	Medical Student, Northern Ontario School of Medicine	Sudbury ON
57	St. Onge, Marie	Professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
58	Sckopke, Christina	M.Sc.inf. (Candidat) Sciences infirmières, Université Laurentienne	Sudbury ON
59	Taktek, Kahled	Professeure agrégée, École des sciences de l'éducation, Université Laurentienne	Sudbury ON
60	Tetzlaff, Emily	M.HK (Candidate) Center for Research in Occupational Safety and Health, Laurentian	Sudbury ON
61	Watson, Shelley	Associate Professor, Psychology & School of Rural and Northern Health, Laurentian	Sudbury ON
62	Webkamigad, Sharlene	RN, MA Inter-Disciplinary Health (Candidate) Laurentian	Sudbury ON
63	Wenghofer, Elizabeth	Director, School of Rural and Northern Health, Laurentian	Sudbury ON
64	Wood, Jeffrey	Assistant Professor, School of Education, Laurentian	Sudbury ON
65	Zidenberg, Alexandra	M.A (Candidate) Department of Psychology, Laurentian	Sudbury ON

Index

- Aboriginal, 22, 45, 77, 80, 83, 84
Alcohol Addiction Treatment, 62
Alternative, xi, 22
Alzheimers, 77
Anglophone, 12, 14
Anxiety/ l'Anxiété, 29, 55
Assessment, 2, 3, 41, 50, 86
At-risk, 14, 15
Attribution Theory, 82, 85
Autism Spectrum Disorder (ASD), 59, 68
Barrières Linguistiques, 29, 31, 33
Bilingual/ Bilingue, 2, 4, 5, 6, 33
British Nonword Repetition Test, 2, 3, 4, 5, 6
Canada Colorectal Cancer (CRC), 80
Canadian Network for Innovation in Education, 80
Cardiology, 39, 40, 41, 42, 43, 47, 50
Chronic Conditions, 40, 53
Clinical Interventions, 76
Cognitive Shortfalls, 2, 3
Colonization, 84
Communication, 29, 30, 31, 32, 33, 60, 77, 78, 85
Community Barriers, 72
Community-Based Participatory Action Research (CBPAR), 77
Congenital Heart Disease (CHD), 39, 40, 41, 43, 44, 50
Consortium National de Formation en Santé (CNFS), 30
COST Action IS0804, 4, 5
Culturally Competent Care, 80
Culture
 Safety, 21, 22, 77
 Sensitivity, 19, 22
Decolonize, 82
 Theoretical Framework, 77
Dementia, 77
Development, 3, 13, 20, 22, 61, 78
Diagnosis, 2, 41, 43, 44, 50, 77
Disability, 65, 68, 78
Diversity/ Diversité, 2, v, xi, 30
Down Syndrome, 68
Emergency Room (Services), 16, 17, 21
Equitable, xi, 80
Family Physician, 16, 17, 19, 21
Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD), 68
First Nation and Inuit Health Home and Community Care Program, 77
Food Sovereignty, 83
Francophone, v, xi, 2, 5, 12, 14, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 60
Funding, 39, 50, 77, 86
Grant, 39, 40, 42, 43, 44, 48, 50
Greater/ Grand Sudbury, v, xi, xiii, 2, 12, 13, 14, 17, 21, 22, 25, 32, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 72, 77
Health, v, vi, xi, xii, 15, 17, 21, 23, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 48, 50, 61, 77, 82, 83, 85
 Literacy, 77
 Mental, 12, 15, 19, 21, 59
 Physical, 15, 21
 Promotion, 77
Holistic, 13
Homeless, xi, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 84
Hospital for Sick Children, 40, 41, 42, 48
Immersion, 81
Inclusive Community, 78
Indigenizing, 81
Indigenous, v, xi, 14, 16, 19, 81, 82, 83, 84
 People, 12, 13, 14, 19, 21, 22, 84
 Philosophies, 81
 Theory of Power, 82
Infirmières, xi, 25, 27, 31, 33, 34, 57, 60, 66, 67, 69, 70, 74
 Sciences, 32, 55, 58, 63, 73, 74
Infirmières Autorisées (IA), 32
Infirmières Auxiliaires Autorisées (IAA), 32
Interpretative Phenomenology, 59, 68
Interprofessional/ Interprofessionnelle (IP), v, 22, 31, 57, 67, 70
Isolated Communities, 81

Language

- Delays, 2
- Exposure, 2, 3, 4, 5, 6
- Impairment, 2, 4
- Specific (LS), 2, 4, 5, 6

Leadership Programs, 83

Leximancer, 85

Loi sur les Services en Français (LSF), 28

Mental Health. *See* Health

Mental Imagery, 76

Methodological Challenges, 82

Mining Hazards, 85

Minority/ Minoritaire, xi, 2, 3, 5, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33

Mixed Methods Design, 72

Monolingual, 3, 4

Nonword Repetition Tasks (NVRT), 2, 3, 4, 5, 6

Northern Health Travel Grant, 40, 44, 48

Northern Ontario School of Medicine (NOSM), xi, 12, 13, 15, 22

Obstacles

- Environnementaux, 75
- Financiers, 75
- Pédagogiques, 75

Occupational Health & Safety (OHS), 85

Official Languages/ Langues Officielles, xi, 25, 26, 28, 32, 34

Omnipresence, 2

Ontario Resource Development Regulations, 81

Pediatric, xi, 39, 41, 43, 44

Patient

- Aggression, 82
- Satisfaction, xi, 31, 39, 48

Pedagogical, 86

Period Prevalence Count (PPC), 14, 15, 16, 17, 21

Phonological, 4, 5

Physical Health. *See* Health

Physical Inactivity, 78

Physical Practice with Kinesthetic Mental Imagery Group (PPKMIG), 76

Physical Practice with Visual Mental Imagery Group (PPVMIG), 76

Poverty, xi, 12, 13, 17

Primary Care Experience, 13

Primary Language Impairment (PLI), 2, 3, 4, 5, 6

Problematic Drinking Behaviour, 62

Qualitative, 15, 31, 39, 41, 43, 44, 50, 68, 81

Quality of Services/ Qualité des Services, 25, 28, 29, 33, 60

Quantitative, 39, 41, 59, 68, 76

Quasi- Universal (QU), 2, 4, 5, 6

Racialized Group, 12

Recommendations, 2, 12, 15, 21, 41, 43, 44, 50, 72, 81, 85

Reggio Emilia Approach, 86

Rehabilitation, 76

Research Ethics Board (REB), 13

Réseaux Locaux d'Intégration des Services de Santé (RLISS), 29

Residential School System, 84

Rural Communities, 61

Satellite Pediatric Cardiology Clinic, xi, 39, 40, 44, 47

Satisfaction, 40, 41, 42, 43, 44, 49

Second Language (L2), 2, 3, 4

Second Language Impairment (SLI), 2

Segmental Complexity, 4, 5

Sibling Inventory of Behaviour Scale, 59

Sick Children and Cancer Care Ontario, xi

Social Determinants, 13, 61, 84

Société Santé en Français (SSF), 31

Specific Physical Practice Group (SPPG), 76

Speech-Language Pathologists (SLPs), 3, 5

Standardize, 2, 3, 14

Stigma, 72

Student-Led Clinics (SLC), xi, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22

Suicide, 16, 21, 73, 84

Sustainability, 61, 81

Sweet Grass Philosophy, 84

Teen Pregnancies, 72

The Sibling Daily Hassles and Uplifts Scale, 59

Translation, 77

Travel, xi, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 48, 49

Two-Eyed-Seeing, 84

Typically Developing (TD), 3, 4, 5, 6

Urban Communities, 61
Visual arts education, 80
Vividness of Movement Imagery, 76

Wait Times, xi, 42
Whole-Body Vibration (WBV), 82, 83

ISBN 978-0-88667-091-7 (PDF)