

Summer2020, Volume 6, Issue 4

Involving the Parents in Caring for Hospitalized Premature Infant in the NICU: A qualitative study

*Fatemeh Ghorbani¹, Jila Mirlashari², Sousan Valizadeh³

1- PhD in Nursing, Pediatric Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences. Tabriz, Iran (**Corresponding author**)

Email: f.ghorbani2006@gmail.com

2- Associated Professor in Nursing, Pediatric Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. Tehran, Iran.

3- Professor in Nursing, Pediatric Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences. Tabriz, Iran.

Received: 19 July 2019

Accepted: 12 Aug 2019

Abstract

Introduction: Nurses have important role in providing emotional support, decreasing stress and educating the parents to involve them in care of premature infant. The aim of this study was discovering the NICU Nurses' perception about involving the parents in caring for infants.

Methods: This qualitative study was carried out based on interpretative phenomenological approach. The study setting was three separate NICUs of three teaching hospitals affiliated with Tabriz University of Medical Sciences. Eleven in-service NICU nurses were selected purposefully. Data collection was performed through semi-structured interviews and field notes and was analyzed using the seven-stage Diekelmann, Allen, and Tanner approach.

Results: One of the important themes emerging in this study was "Patience to Progress" that included four subthemes of "Developing intellectual movement", "Sending off the family to overpass the crisis", "step by step until parents' independency" and "help to correct decision making".

Conclusions: Nurses' experiences showed that there is developing intellectual movement on accepting the parents' presence philosophy and their participation in the NICUs. This changing in nurses' perception has occurred because of emphasis on family and NIDCAP importance. In nurses' experiences involving parents in caring for premature infant, is gradual and needs effort, patience, flexibility and continuous directing along with changing attitude.

Keywords: Nurse experiences, Parents' participation, Infant, NICU, Phenomenology.

درگیر کردن والدین در مراقبت از نوزاد نارس بستری در NICU: یک مطالعه کیفی

*فاطمه قربانی^۱، ژیلا میرلاشاری^۲، سوسن ولیزاده^۳

۱- دکترای آموزش پرستاری، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران (نویسنده مسئول) ایمیل: f.ghorbani2006@gmail.com

۲- دانشیار پرستاری، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- استاد پرستاری، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۵/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۲۹

چکیده

مقدمه: پرستاران نقش مهمی در فراهم کردن حمایت عاطفی، کاهش استرس و آموزش والدین جهت درگیر شدن در مراقبت از نوزاد نارس ایفا می کنند. هدف این مطالعه بررسی تجربه پرستاران بخش های مراقبت ویژه نوزادان از درگیر کردن والدین در مراقبت از نوزاد نارس بود.

روش کار: این مطالعه کیفی بر اساس رویکرد پدیدارشناسی تفسیری انجام شده است. محیط پژوهش بخش های مراقبت ویژه نوزادان سه بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بود. یازده مشارکت کننده بصورت هدفمند انتخاب شدند. جمع آوری داده ها با استفاده از مصاحبه های نیمه ساختار یافته عمیق انجام شد و با روش هفت مرحله ای دیکلمن و آلن و تنر مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یکی از مقوله های مهم پدیدار شده در مطالعه "شکیبایی تا فرایش" بود که از چهار زیرمقوله "حرکت فکری رو به رشد"، "مشایعت خانواده برای گذر از بحران"، "گام به گام تا راه افتادن والدین" و "کمک به تصمیم گیری صحیح" تشکیل شد.

نتیجه گیری: در چند سال اخیر سیر رو به رشدی در زمینه ی پذیرش فلسفه حضور و مشارکت والدین در بخش های مراقبت ویژه نوزادان مشاهده می شود و این تغییر در دیدگاه و نگرش پرستاران، مرهون توجه و تاکید بر اهمیت نقش خانواده و مراقبت های تکاملی فردی نوزادان می باشد. در تجربه پرستاران، درگیر کردن والدین در مراقبت از نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان، تدریجی بوده و علاوه بر تغییر نگرش، نیازمند پشتکار، صبوری، انعطاف پذیری و هدایت مستمر می باشد.

کلیدواژه ها: تجارب پرستار، مشارکت والدین، نوزاد، بخش مراقبت ویژه نوزادان، پدیدارشناسی.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

را جزئی از تیم مراقبتی احساس نمایند، اعتماد به نفس و حس رقابت آنها در مراقبت از فرزندشان افزایش یافته و در نهایت توانایی آنها جهت تصمیم گیری در مراقبت و درمان فرزندشان افزایش می یابد (۴).

مراقبت خانواده محور طبق تعریف، روشی از مراقبت برای کودکان و خانواده هاست که در آن از برنامه ریزی مراقبت حول تمامیت یک خانواده و نه فقط کودک، اطمینان حاصل شده و تمام اعضای خانواده به عنوان گیرندگان مراقبت به رسمیت شناخته می شوند (۵). اصول اساسی مراقبت خانواده محور در بخش مراقبت ویژه نوزادان، همکاری مفید

تولد نوزاد نارس نه تنها سلامتی نوزاد، بلکه سلامتی اعضای خانواده وی را با چالش مواجه می کند (۱). والدین اغلب برای تولد نوزاد نارس و ایفای نقش والدی خود آماده نیستند و فشار عواطف گیج کننده می تواند سبب بروز بحران در آنان شود (۲). توانمندسازی والدین توسط پرسنل بیمارستان و مشارکت آنان در امر مراقبت از نوزاد نارس، روشی است که می تواند احساس استرس و ناامنی والدین را تا حد زیادی کاهش دهد (۳). هنگامی که والدین خود

حجم کاری زیاد باشد (۱۵). برخی از پرستاران نیز نسبت به تهدید شدن کنترل و قدرت خود توسط مشارکت والدین در مراقبت‌ها حساس بوده و نیاز به ارزیابی مکرر توانایی والدین قبل از اجازه به مشارکت آنان را در عمل تا حد زیادی مشکل می‌دانند (۷).

مراقبت خانواده محور یک مفهوم پیچیده و دارای ابعاد گسترده است (۸) که مشارکت خانواده اصل اساسی آن می‌باشد لذا استفاده از رویکرد کیفی می‌تواند لایه‌های ناشناخته این مفهوم را آشکار کرده و درک بهتری از آن ایجاد کند. اسپیلبرگ معتقد است که حقایق ضروری در مورد واقعیت، ریشه در تجارب اشخاص دارد و این تجارب زیسته هستند که به درک افراد از یک پدیده خاص معنا و مفهوم می‌بخشد و نشان می‌دهد چه چیزی در زندگی آنها حقیقت یا واقعیت است. روش پدیدارشناسی، ابزاری جهت رسیدن به درک عمیق تر وجود و هستی انسان از طریق توجه به ماهیت زبان و معنا و مفهوم آن بوده و شکاف میان شناخته‌ها و ناشناخته‌های ما از جهان هستی را برطرف می‌کند. این روش، متد ارزشمندی برای مطالعه پدیده‌های مرتبط با آموزش، تحقیق و عمل پرستاری می‌باشد (۱۶). در پدیدارشناسی تفسیری، محقق بجای اینکه پیش فرض‌های خود را تعلق کند، آن‌ها را آزموده و آشکار می‌کند و تجارب قبلی می‌تواند منبعی از دانش بوده و وی را به معانی موجود در بیانات شرکت کنندگان نزدیک نماید (۱۷).

مشارکت اعضای خانواده بویژه والدین در حیطه نوزادان، مفهومی است که در سال‌های اخیر در کشور ما به طور جدی تر مورد توجه قرار گرفته و از جمله الویت‌های اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت می‌باشد. با وجود اینکه مطالعات زیادی مشارکت والدین در مراقبت از نوزاد بستری در NICU را مدنظر قرار داده‌اند لیکن بیشتر مطالعات بر نیازهای والدین متمرکز بوده و تعداد اندکی به بررسی تجارب پرستارانی که هدایت و آموزش والدین را بر عهده دارند پرداخته‌اند. سؤال پژوهش ما این بود که تجربه پرستاران شاغل در بخش‌های NICU از درگیر کردن والدین در مراقبت از نوزاد چیست؟ با توجه به ماهیت سؤال پژوهش و تجربه کاری محقق در بخش مراقبت ویژه نوزادان، پدیدارشناسی تفسیری بعنوان روش شناسی مناسبی جهت پاسخ به سؤال پژوهشی انتخاب شد.

متقابل است که با حضور بدون محدودیت والدین در بخش، مشارکت والدین در مراقبت از نوزاد و تعامل باز پرسنل با آنان مشخص می‌شود (۶). این همکاری متقابل می‌تواند مراقبت با کیفیتی برای نوزاد فراهم آورد (۷) چرا که والدین بهتر می‌توانند رفتارهای نوزاد خود را تشخیص داده و با حضور و توجه بدون محدودیت خود، از آن‌ها مراقبت کنند. همچنین بدین ترتیب مسئولیت پذیری اعضای خانواده در مورد مراقبت از نوزاد در منزل نیز با استفاده از پتانسیل آنان فراهم می‌شود (۸).

در برنامه مراقبت تکاملی فردی نوزاد (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program : NIDCAP) که مشارکت خانواده مفهوم مرکزی آن بوده و امروزه مورد تاکید جامعه جهانی سلامت نوزادان است نیز بر پیوستگی نوزاد با والدین در یک مراقبت شخصی تاکید شده و از ارتباطی که بین مراقبت دهندگان، نوزاد و اعضای خانواده ایجاد شده و سبب ارتقای رشد نوزاد می‌شود حمایت می‌گردد (۹). این مدل مراقبتی، بر اساس حفظ نزدیکی فیزیکی نوزاد-والدین و گسترش نزدیکی عاطفی آنان انجام شده و خانواده را با توانمند کردن مداوم و پیشرونده حمایت می‌کند (۱۰). در حقیقت پرسنل سیستم بهداشتی با خانواده کودک بستری شریک هستند چرا که هر دو هدف مشترکی را دنبال می‌کنند، بنابراین هر زمان که ممکن باشد کارهایی را با خانواده و نه برای خانواده انجام می‌دهند (۱۱). با توجه به اینکه امروزه والدین بعنوان یک جزء مهم تیم مراقبتی در مراقبت از نوزاد نارس در نظر گرفته می‌شوند و نگرش آنها بصورت مشارکت عمیق در مراقبت از کودکشان تغییر یافته است، عملکرد مراقبت دهندگان نیز در جهت تقاضای والدین بوده (۱۲) و از بین آنها پرستاران نقش بسیار مهمی در فراهم کردن حمایت عاطفی، کاهش دیسترس و تشویق آنها برای ایجاد پیوستگی با نوزادشان بازی می‌کنند. پرستاران بهترین معلم، راهنما و تسهیل کننده مشارکت خانواده در محیط Neonatal Intensive Care Unit (NICU) هستند (۱۳) و از طریق فراهم کردن فرصت‌هایی جهت درگیر شدن والدین در مراقبت‌ها، آنان را برای برآورده کردن نیازهای نوزاد توانمند می‌کنند (۱۴). برخی از مطالعات نشان داده است با وجود مثبت بودن نگرش پرستاران، درگیر کردن والدین در مراقبت‌ها کاری پر زحمت برای آنان است چرا که مستلزم صرف زمان زیادی بوده و می‌تواند به معنی

روش کار

این مطالعه کیفی به روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شده است. هدف آن، بررسی تجربه زیسته ی پرستاران از درگیر کردن والدین در مراقبت از نوزاد بستری در بخش های مراقبت ویژه نوزادان بود. محیط پژوهش، بخش های مراقبت ویژه نوزادان سه بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بود که مراکز ارجاعی اصلی نوزادان نارس شمالغرب ایران می باشند. انتخاب شرکت

کنندگان بصورت هدفمند بوده و معیارهای ورود پرستاران شامل اشتغال به کار در بخش مراقبت ویژه نوزادان و سابقه کار حداقل سه سال در بخش مراقبت ویژه نوزادان بود. پس از اطلاع رسانی عنوان و هدف تحقیق به محیط پژوهش (بخش های NICU سه مرکز آموزشی درمانی)، تعداد یازده پرستار شاغل در بخش مراقبت ویژه نوزادان که واجد شرایط بوده و علاقمند به موضوع مطالعه بودند وارد مطالعه شدند. مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان در (جدول ۱) آمده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک پرستاران شرکت کننده در مطالعه

محل انجام مصاحبه	سابقه کار (سال)	مدرک تحصیلی	وضعیت تاهل	سن (سال)	کد مشارکت کننده
بخش NICU بیمارستان A	۱۵	کارشناسی	متاهل	۴۰	۱
بخش NICU بیمارستان A	۱۱	کارشناسی	متاهل	۳۹	۲
دانشکده پرستاری	۱۰	کارشناسی ارشد	مجرد	۳۱	۳
بخش NICU بیمارستان B	۱۱	کارشناسی	متاهل	۳۴	۴
بخش NICU بیمارستان A	۱۲	کارشناسی	متاهل	۴۱	۵
بخش NICU بیمارستان B	۸/۵	کارشناسی	مجرد	۳۴	۶
بخش NICU بیمارستان C	۷	کارشناسی	متاهل	۳۲	۷
بخش NICU بیمارستان A	۱۱/۵	کارشناسی	متاهل	۳۵	۸
دانشکده پرستاری	۸	کارشناسی	متاهل	۳۵	۹
بخش NICU بیمارستان C	۵	کارشناسی ارشد	متاهل	۳۴	۱۰
دانشکده پرستاری	۱۱	کارشناسی	مجرد	۳۷	۱۱
-	۱۰	-	-	۳۵/۶	میانگین

جمع آوری داده ها با استفاده از مصاحبه های چهره به چهره نیمه ساختار یافته و عمیق در سال ۹۵ انجام شد. در ابتدای مصاحبه یک سؤال کلی بصورت "تجربه شما از مشارکت دادن والدین در مراقبت از نوزاد چیست؟" و "مشارکت دادن والدین در مراقبت از نوزاد بستری در NICU شبیه چیست؟" مطرح شد و سپس با تاکید بر بیانات شرکت کنندگان جریان مصاحبه با طرح سئوالاتی هدایت شده و به شکل نیمه ساختاریافته ادامه یافت. جهت عمق بخشیدن به مصاحبه و دستیابی به داده های غنی، از سئوالات کاوشی مانند "می توانید در این مورد بیشتر توضیح دهید؟" یا "ممکن است مثالی بزنید" استفاده شد.

به اشباع داده ها ادامه یافت به این معنی که زمانی که اعضای تیم تحقیق در حین تحلیل دریافتند، تغییرپذیری داده ها کاهش یافته، توضیحات یا دیدگاه های جدیدی ظاهر نشده و مقوله های قبلی تکرار می شوند، مصاحبه ها متوقف گردید. بطور کلی دوازده مصاحبه با مشارکت کنندگان انجام شد. ۹ مورد از مصاحبه ها بر اساس تمایل شرکت کنندگان در اتاق استراحت پرستاران که در مجاورت بخش های NICU بود و ۳ مصاحبه در اتاق دانشجویان دکتری واقع در دانشکده پرستاری مامایی تبریز انجام شد. متن مصاحبه ها طبق هماهنگی قبلی و با اجازه شرکت کنندگان با استفاده از ضبط کننده دیجیتالی ضبط شده و پس از پایان جلسه توسط محقق بطور کامل و کلمه به کلمه پیاده سازی شد. تجزیه تحلیل داده ها بلافاصله پس از پایان اولین مصاحبه و همزمان با جمع آوری داده ها، با استفاده از روش هفت مرحله ای دیکلمن و آلن و تتر انجام

در این مطالعه برای دستیابی به داده های غنی، تلاش گردید مصاحبه ها با نمونه های متفاوت از نظر سوابق کاری، سن و بیمارستان محل خدمت انجام شود. ورود مشارکت کنندگان به مطالعه و انجام مصاحبه ها تا دستیابی

یافته‌ها تا حد امکان از تأویل‌گرایی (Reflexivity) استفاده کرد بدین ترتیب که احساسات و تجارب خود را در یک دفترچه یادداشت روزانه ثبت می‌کرد. یادداشت‌های ثبت شده در این دفترچه، هنگام تحلیل داده‌ها به وی کمک می‌کرد تا تجارب مشارکت‌کنندگان را بدون دخالت پیش‌فرض‌های خود تحلیل و تفسیر نماید. مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز مطرح شده و طی نامه شماره ۵/۴/۴۹۵۴ و کد ۱۳۹۴/۳۷۸ از نظر اخلاقی تأیید گردید. جهت اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، اطلاعات کافی در مورد اهداف و نحوه‌ی انجام پژوهش و زمان کافی جهت تصمیم‌گیری مشارکت در مطالعه به ایشان داده شده و توضیح داده شد که هر زمانی مایل به ادامه مشارکت در مطالعه نبوندند مختار هستند که مطالعه را ترک کنند. جهت حفظ راحتی مشارکت‌کنندگان، محل انجام مصاحبه به دلخواه ایشان انتخاب شده و جهت ضبط صدا با رکورد دیجیتال از ایشان اجازه گرفته شد.

یافته‌ها

یکی از مقوله‌های مهم پدیدار شده در مطالعه "شکلیابی تا فرایش" بود که از زیرمقوله‌های "حرکت فکری رو به رشد"، "مشایعت خانواده برای گذر از بحران"، "گام به گام تا راه افتادن والدین" و "کمک به تصمیم‌گیری صحیح" تشکیل شد. پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه، به حرکت فکری مثبتی که در زمینه‌ی درگیرکردن اعضای خانواده در مراقبت از نوزاد نارس در چند سال اخیر ایجاد شده است اشاره کردند. در راستای این تغییر دیدگاه، پرستاران تجربیاتی از مدیریت استرس والدین در روزهای اول بستری نوزاد و کمک به عبور آنان از بحران تولد نوزاد نارس بیان کردند. آنان همچنین علی‌رغم چالش‌های مختلفی که با آن روبرو بودند قدم به قدم والدین را آموزش داده، با ارائه اطلاعات و انجام مشاوره به تصمیم‌گیری آنها جهت داده و برای مشارکت در مراقبت‌ها توانمند می‌کردند (جدول ۲).

شد.

بر اساس مرحله اول فرایند تجزیه تحلیل دیکلمن، متن مصاحبه برای بدست آوردن درک کلی از بیانات شرکت‌کننده چندین بار خوانده شد. در مرحله دوم جهت سازماندهی و مدیریت بهتر داده‌ها، متن مصاحبه‌ها وارد نرم‌افزار Word شد، سپس برای درک بهتر معانی نهفته در متون، خلاصه تفسیری برای هر مصاحبه نوشته شده و با خواندن خط به خط و تفکر در جملات شرکت‌کننده، واحدهای معنایی استخراج شدند. در مرحله سوم، معانی بصورت تم‌های فرعی و اصلی شکل گرفته و استعاره مناسبی برای آنها انتخاب گردید. در طی مرحله چهارم تجزیه تحلیل، جهت رفع هرگونه عدم توافق اعضای تیم تحقیق در تفاسیر، بطور مکرر به متون مصاحبه‌ها مراجعه شد. در مرحله پنجم برای تعیین تم‌هایی که بیانگر معانی مشترک بودند، متون مصاحبه‌ها با یکدیگر مقایسه شده و مقابل هم قرار داده شدند. در مرحله ششم رابطه بین تم‌های اصلی شناسایی شد و در مرحله نهایی پیش‌نویسی از تم‌های استخراج شده و الگوی ساختاری توسط اعضای تیم تحقیق ارائه شدند (۱۸).

به منظور دستیابی به صحت و اعتبار مطالعه، معیارهای ارزیابی شده توسط Lincoln و Gobbie یعنی مقبولیت، اعتمادپذیری، انتقال‌پذیری و تاییدپذیری (۱۹) مورد توجه و استفاده تیم تحقیق قرار داشت لذا با تأکید بر انتخاب عرصه مناسب، منابع اطلاعاتی واجد شرایط، تعامل نزدیک با مشارکت‌کنندگان، درگیری طولانی مدت و مستمر با داده‌ها، اتخاذ رویکرد تیمی و استفاده از نظرات جمعی تیم تحقیق از اعتبار و صحت مطالعه اطمینان حاصل گردید. همچنین جهت افزایش اعتبار داده‌ها، بلافاصله پس از انجام مصاحبه اطلاعات توسط خود محقق پیاده‌سازی شدند ضمن اینکه محقق اصلی خود دارای سابقه کار نسبتاً طولانی در بخش مراقبت ویژه نوزادان بود که به یافتن معانی نهفته در بیانات شرکت‌کنندگان به وی کمک کرد. محقق برای اطمینان از عدم جهت‌دهی به

جدول ۲: مقوله و زیرمقوله‌های استخراج شده از داده‌ها

مقوله	زیر مقوله اصلی	زیرمقوله فرعی
	حرکت فکری رو به رشد	-
	مشایعت خانواده برای گذر از بحران	-
پروراندن جوانه‌ی نوپا	گام به گام تا راه افتادن والدین	-
	کمک به تصمیم‌گیری صحیح	تصویر گنگ از تصمیم‌گیری والدین
		جهت دادن به تصمیم والدین

زیرمقوله "حرکت فکری رو به رشد"

مصاحبه با پرستاران حاکی از آن بود که در چند سال اخیر به دنبال تاکید وزارت بهداشت به مراقبت های تکاملی نوزادان نارس که در رأس آن بر حضور و مشارکت والدین تاکید می شود، همچنین توجه به نتیجه مطالعات انجام شده در این زمینه سبب شده است، دیدگاه مسئولین بخش ها و به تبع آن دیدگاه پرسنل به تدریج تغییر کرده و حرکت روبه جلوی چشمگیری در این زمینه ایجاد شود. "قوانین الان به نسبت چند سال قبل خیلی سبک تر شده مثلاً حضور مداوم مادر و همکاری توی مراقبت خیلی تشویق میشه. در مورد ملاقات پدرها زیاد سخت گیری نمیکنن. بالاخره مسئولینی که میرن کشورهای خارج می بینن اونجا پدر و مادرها هر موقع بخوان میتونن پیش نوزادشون باشن و ازش مراقبت کنن و این چقدر برای نوزاد خوبه، دیدگاهشون بهتر شده و سخت گیری رو کمتر کردن. بخاطر همین دیدگاه ماها هم تغییر کرده." (مشارکت کننده ۱۱).

مشارکت کننده دیگر، تاکید بر اهمیت حضور و مشارکت والدین و تاثیر آن در رشد و تکامل نوزاد را در افزایش انعطاف پرستاران و پذیرش حضور خانواده مؤثر دانست.

"یادمه اوایل کارم همکاری داشتیم که از حضور والدین کنار نوزاد ناراحت می شدن. خیلی سرسختانه باهاشون برخورد می کردن. بد اخلاقی می کردن. تقریباً همه دوست داشتن دور و برشون خلوت باشه تا بتونن کار کنن. ولی الان که خیلی تاکید میشه به حضور والدین و اهمیت اون برای نوزاد، پرستارها تغییر کردن و می شه گفت الان پرستارهای مخالف انگشت شمارن." (مشارکت کننده ۷).

زیرمقوله "مشایعت خانواده برای گذر از بحران"

بر اساس تجارب پرستاران، خانواده ها با تولد نوزاد نارس که در بیشتر اوقات غیرقابل پیش بینی است در شرایط بغرنج روحی قرار گرفته و جهت پذیرش نوزاد بستری و سازگاری با این موقعیت نیازمند مشاوره صحیح و حمایت روحی می باشند. در چنین شرایطی پرستاران به نقش حمایتی خود کاملاً واقف بوده و تلاش می کردند ارتباط مناسبی با والدین برقرار کرده، آنان را با محیط و تجهیزات بخش آشنا کرده و اطلاعات را به زبان ساده و قابل فهم ارائه دهند بطوری که سبب کاهش استرس و ایجاد امیدواری شود. بدین وسیله علاوه بر همراهی با والدین، برای عبور از بحران و پذیرش موقعیت، آنان را جهت حضور مستمر در

روزهای آتی و مشارکت و همکاری در مراقبت تشویق می کردند.

"اکثر پدر و مادرها از تولد نوزاد نارس شوکه هستن و توی اولین برخوردشون با نوزاد استرس خیلی زیادی دارن مخصوصاً مادرها. چون بیشتر وقتا حتی نمی دونن بچه چرا زود بدنیا اومده؟ واقعاً چه مشکلی داره؟ گاهی حتی تمایل به پذیرش نوزاد ندارن. اینجور موقع ها وقتی با حوصله و آرامش بهش توضیح می دیم و نمونه های مشابه و مثال می زنیم که مرخص شدن و رفتن استرسش خیلی کمتر می شه." (مشارکت کننده ۶).

"خیلی وقتا پدر و مادر وقتی دستگاه ها و سیم هایی که به نوزاد وصل شده رو می بینن وحشت می کنن. اونوقت بهشون توضیح می دم که هر دستگاهی چیکار می کنه و چرا به نوزاد وصل شده. اکثر مادرا می ترسن به نوزاد نزدیک بشن یا بهش دست بزنن که می گم برو دستاتو بشور بیا با هم دست بزاریم روی نوزاد و بارها دیدم که وقتی دستشو میزازه رو سینه نوزاد و نفس کشیدن نوزادو زیر دستش حس می کنه دیگه ترسش می ریزه." (مشارکت کننده ۵).

زیرمقوله "گام به گام تا راه افتادن والدین"

مصاحبه ها نشان داد پرستاران جهت درگیر کردن والدین به ویژه مادران در مراقبت از نوزاد، پس از کنترل استرس روزهای اول و آشناسازی آنان با محیط بخش، مراقبت ها را به تدریج، مطابق با سطح سواد آنها و به زبان ساده و قابل فهم و از ساده به پیچیده آموزش می دادند. سپس از طریق بازخورد گرفتن از مادران، نقاط ضعف آنان را شناسایی کرده و در صورت نیاز آموزش ها را تکرار می کردند. در مرحله بعدی فرصت مشارکت در مراقبت به مادران داده و با نظارت دقیق تلاش می کردند آنان را به استقلال در مراقبت از نوزاد برسانند.

"بعضی وقتا مادرای که بچه اولشونه حتی طرز پوشک بستن رو هم بلد نیستن. در مورد همه چیز سؤال میپرسن. ما بتدریج آموزش ها رو از مسائل ساده به پیچیده می دیم، روزای اول معمولاً آموزش های اولیه در مورد شیردوشی، ذخیره شیر و ... اگر سواد داشته باشن پمفلت هم می دیم که توی خونه مطالعه بکنن." (مشارکت کننده ۶).

پرستاران بیان کردند با توجه به اینکه در شیفت های گردشی و متغیر مشغول به کار بودند از طریق تعامل با همکاران خود، نقاط ضعف مادران را شناسایی کرده و فرایند

والدین"

پرستاران با اینکه حق تصمیم گیری برای والدین قائل بودند ولی تصویر مهمی نسبت به این موضوع داشته و معتقد بودند که تصمیم گیری نباید به طور کامل به والدین واگذار شود چرا که تصمیم والدین می تواند به دلیل شرایط بحرانی خانواده غیر قابل اعتماد و از روی احساسات باشد.

"من به تصمیم گیری والدین حس خوبی ندارم. چون احتمالش زیاده پدر و مادر توی اون لحظه احساساتی برخورد کنن و تصمیم درستی نگیرن یا تصمیمی که می گیرن به نفع نوزادشون نباشه، عملاً هم چنین چیزی اتفاق نمی افته." (مشارکت کننده ۳).

"داشتیم نوزاد پره ترمی که با وزن خیلی پایین متولد شده بود وقتی پدر و مادر بار اول دیدنش گفتن ما اصلاً این بچه رو نمی خواییم، رضایت می دیم که اگر نیاز به احیا داشت احیاش نکنید یعنی یه تصمیم عجولانه گرفتن ولی بعدش که اون دوران بحرانی رو گذروندن از تصمیمشون منصرف شدن" (مشارکت کننده ۱۰).

زیرمقوله فرعی "جهت دادن به تصمیم والدین" مشارکت کنندگان با اشاره به تجارب خود بیان کردند خانواده ها جهت اتخاذ تصمیم درست نیازمند حمایت و هدایت گروه پزشکی می باشند و پرستاران به دلیل ارتباط نزدیک تر با والدین و تعامل بیشتر با آنان نقش پررنگی در ارائه توضیحات و مشاوره در این زمینه داشتند.

"یادمه یه کیس آترزی مری داشتیم که نیاز فوری به عمل داشت. پدر اصلاً اجازه عمل نمی داد و می گفت ما راضی هستیم که همین طور بمونه و فوت بکنه. من و همکارام کلی به پدر توضیح دادیم تا رضایت عمل داد. یعنی اگر تصمیم گیری رو کلاً به والدین واگذار کنیم احتمالش زیاده که حتی به قیمت جون نوزاد تموم بشه" (مشارکت کننده ۴).

"شده که گاهی والدین تصمیم اشتباهی بگیرن. مثلاً نوزادی داشتیم که با وجود اینکه وابسته به اکسیژن بود پدر و مادر اصرار داشتن که با رضایت شخصی مرخصش کنن، هر چقدر بهشون توضیح می دادیم قانع نمی شدن، آخرش پزشک بخشمون هم اومد برای پدر توضیح داد تا از تصمیمشون صرف نظر کردن." (مشارکت کننده ۷).

آموزش را ادامه می دادند.

"بعد از اینکه به مادر آموزش دادم میگم حالا تو انجام بده ببینم درست انجام میدی؟ اگر خوب بلد نباشه می فهمم که آموزشش کافی نبوده و دوباره از اول بهش توضیح می دم. اگر هم شیفتهم تموم بشه به همکارم می سپارم که مادر تو این زمینه ضعیفه تا اونم آموزش بده. اینطوری آموزش حالت پیوسته پیدا می کنه." (مشارکت کننده ۴).

پرستاران در تجارب خود به سطح آموزشی مادران اشاره کرده و بیان کردند که برای آموزش مادران بی سواد، انرژی و زمان زیادی صرف کرده و برای مشارکت دادن ایشان در مراقبت ها علاوه بر تکرار آموزش ها، کنترل و نظارت بیشتری انجام می دادند.

"آموزش مادرهایی بی سوادن سخت تره بعضی وقتا مجبور می شم یه مطلبو سه چهار بار آموزش بدم تا اهمیت قضیه رو متوجه بشن. اینجا از کلمات خیلی ساده استفاده می کنم، اگه اون مطلبو گرفته باشه میرم سراغ مطلب بعدی. اینجور مادرها معمولاً طول می کشه تا راه بیافتن" (مشارکت کننده ۱).

"من شخصاً زیاد کنترل می کنم یعنی زود کارو نمی سپرم به مادر مخصوصاً اونایی که سواد کمی دارن. چون مسئولیتش با منه. بعد از اینکه چند بار از نزدیک کارشو دیدم اگر خوب یاد گرفته باشه و مراقبتو درست انجام بده، اونوقت اجازه میدم که خودش انجام بده." (مشارکت کننده ۸).

زیرمقوله "کمک به تصمیم گیری صحیح"

پرستاران اگرچه در مورد حدود اختیارات و تصمیم گیری والدین نکات مهم زیادی در ذهن داشتند، بیان کردند غالب تصمیم گیری هایی که نظر والدین در آن دخالت داده می شود مربوط به احیاء یا عدم احیای نوزادان آنومال و یا اعزام نوزاد به سایر مراکز جهت جراحی یا انجام یک رویه درمانی خاص می باشد. مشارکت کنندگان در تجارب خود به تصمیمات نادرستی که والدین بدلیل آگاهی اندک در امور درمانی گرفته بودند اشاره کرده و بیان کردند در این مواقع برای کمک به تصمیم گیری صحیح والدین، با آنان مشاوره کرده و فرایند تصمیم گیری را جهت دهی می کنند. زیرمقوله "کمک به تصمیم گیری صحیح" از دو زیر مقوله فرعی "تصویر گنگ از تصمیم گیری مستقل والدین" و "جهت دادن به تصمیم والدین" تشکیل شده است.

زیرمقوله فرعی "تصویر گنگ از تصمیم گیری مستقل

بحث

تحلیل تجربیات پرستاران از درگیر کردن والدین در مراقبت از نوزاد بستری نشان داد، توانمندسازی والدین برای مشارکت در مراقبت، تدریجی بوده و رساندن ایشان به استقلال، نیازمند پشتکار، صبوری، انعطاف پذیری و هدایت مستمر پرستاران می باشد. تجارب مشارکت کنندگان نشان داد در سال های اخیر سیر رو به رشدی در زمینه ی به رسمیت شناختن خانواده به عنوان جزء مهمی از تیم مراقبتی نوزاد و انعطاف پذیری بیشتر پرسنل درمانی در زمینه حضور بدون محدودیت والدین در کنار نوزاد نارس و فراهم کردن تمهیداتی جهت درگیر شدن آن ها در مراقبت ها در بخش های مراقبت ویژه نوزادان کشورمان مشاهده می شود که مرهون توجه سیاست گزاران عرصه نوزادان و مسئولین بخش ها به استانداردهای جهانی و عملکرد کشورهای توسعه یافته در این زمینه می باشد. پرستاران بیان کردند این تغییر تدریجی در دیدگاه و نگرش که در سال های اخیر سرعت چشمگیری داشته است، سبب شده آنان بیش از گذشته به نیازهای حمایتی خانواده ها توجه کنند. بطور کلی تغییراتی که در سطح سیستم برای به اشتراک گذاری اطلاعات و توانمند کردن خانواده ها و تصمیم گیری آنان ایجاد می شود، نوعی همکاری ایجاد می کند که منجر به بهبود پیامدها می شود. این پیشرفت ها نشان می دهد تغییر شکل کامل به مراقبت خانواده محور که با درگیر شدن تمام اعضای خانواده مشخص می شود، می تواند با تغییرات کوچک آغاز شود (۲۰) همانگونه که پیشرفت قابل ملاحظه دستورالعمل کشورهای اروپایی از محدودیت ملاقات والدین و سایر بستگان در NICU به سمت حضور بدون محدودیت آنان در طی ده سال اخیر صورت گرفته (۲۱) و با ارتقای تعامل والدین- نوزاد، بطور معنی داری رضایت والدین را افزایش داده است (۲۲) با این حال باید در نظر داشت که انتقال پرستاران از نقش مراقبت دهنده به آموزش دهنده و هدایت کننده یک تغییر در پارادایم است و ممکن است پرستاران به دست کشیدن از عادت های حرفه ای خود بی تمایل بوده و پرستاران جدید به دلیل بی تجربگی در آموزش والدین، احساس ناامنی در نقش جدید کنند (۲۳). پرستاران در تجارب خود بیان کردند والدین نوزادان نارس هنگامی که برای اولین بار به بخش مراجعه می کنند، اضطراب شدید و وضعیت روحی آشفته دارند و بیشتر آن ها با دیدن نوزاد کوچک و آسیب پذیر خود در یک محیط

ناآشنا و میان تجهیزات و دستگاه های مختلف دچار وحشت زدگی می شوند. پرستاران با آگاهی از نقش حمایتی خود در چنین شرایطی تلاش می کردند استرس والدین را مدیریت کرده و با دادن اطلاعات به زبان ساده در مورد شرایط نوزاد، پاسخ دادن صبورانه به سئوالات والدین و همچنین آشنا کردن آنان با عملکرد تجهیزات و دستگاه هایی که به نوزاد وصل شده بود، گذراندن این دوره بحرانی را برای والدین تسهیل کنند. به طور کلی گفته می شود نوزادی که نارس متولد می شود والدین نارس نیز دارد که بدنبال بستری شدن نوزاد، از سیستم حمایتی خود جدا می شوند. از طرف دیگر محیط بخش ویژه برای اکثر والدین یک محیط بیگانه است و تجربه اول آن ها در این محیط به صورت شوک و آسیب زننده است (۲۴). افکار آشفته و احساس ناتوانی برای مراقبت از نوزاد نارس در والدین بصورت عدم تمایل آنان به صحبت کردن در مورد مراقبت از نوزاد، احساس بیگانگی و مسائل مرتبط با پیوستگی با نوزاد مشخص می شود (۲۵). در این شرایط پدرها و مادرها به طور مساوی نیاز به کمک های فوری پس از تولد و بستری نوزاد داشته و مداخلات زودرس می تواند از مشکلات بعدی در ارتباطات آنها با نوزاد جلوگیری کند (۲۷)، مشخص شده است که این نیازهای خاص می تواند با کمک و حمایت پرسنل بیمارستان مدیریت شده و میزان استرس های عاطفی و روانی منفی وارد شده به خانواده را تقلیل دهد (۲۸). بنابراین اولین ملاقات از لحاظ عاطفی برای والدین سخت و فشارآور است و در این مرحله هدف باید یک ملاقات کوتاه و پرمعنی باشد که محیطی برای تسهیل پیوستگی ایجاد کند. فراهم کردن محیطی خلوت با کمترین مداخله گرها برای والدین جهت ملاقات، تعامل آنان با نوزاد را تشویق می کند (۲۹). در مطالعه Aliabadi هم مشخص گردید که خواسته والدینی که نوزاد بستری در NICU دارند در وهله اول این است که از سوی پرسنل درک شوند و معتقدند تیم حرفه ای می تواند نقش بزرگی در کاهش استرس آنان داشته باشد (۳۰).

در مطالعه ما پس از گذر والدین از بحران روزهای اول بستری نوزاد، پرستاران به تدریج آنان را با بخش مراقبت ویژه آشنا کرده و نحوه ی مشارکت در مراقبت ها را به زبان ساده و قابل فهم و از ساده به پیچیده به آنان آموزش می دادند. در مطالعات دیگر نیز مشخص شده است که تعیین نیازهای آموزشی والدین و حمایت و آماده سازی آنان

درگیر می شوند که پرستاران اطلاعات کامل را با آن ها به اشتراک گذاشته و فرصتی برای پرسیدن سئوالات به آن ها بدهند (۴۰). یافته های مطالعه فوق از نظر نیاز والدین به آموزش و مشاوره جهت تصمیم گیری صحیح با مطالعه حاضر همسو می باشد.

نتیجه گیری

تجارب پرستاران مشارکت کننده در مطالعه نشان داد در سال های اخیر سیر صعودی چشمگیری در زمینه ی پذیرش فلسفه حضور و مشارکت والدین در مراقبت از نوزاد نارس بستری در بخش های مراقبت ویژه نوزادان کشورمان مشاهده می شود که این تغییر در دیدگاه و نگرش پرستاران، مرسوم توجه و تاکید بر اهمیت نقش خانواده و بویژه تمرکز اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت بر مراقبت های تکاملی فردی نوزادان می باشد. تحلیل تجربیات بیان شده نشان داد توانمندسازی والدین جهت درگیر کردن آنان در مراقبت از نوزاد بستری در NICU تدریجی بوده و علاوه بر تغییر نگرش، نیازمند تلاش، انعطاف پذیری، هدایت و صبوری پرستاران می باشد.

محدودیت های مطالعه و پیشنهاد برای مطالعات بعدی:

از نقاط ضعف این مطالعه می توان به عدم دخالت تجارب والدین اشاره کرد، لذا پیشنهاد می شود در مطالعات آتی جهت دستیابی به درک جامع تری از پدیده درگیر شدن خانواده ها در مراقبت از نوزاد بستری، تجارب والدین نیز مد نظر قرار گیرد.

سیاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان نامه دکتری پرستاری و منتج از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره (۱۳۹۴/۳۸۷) می باشد. بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه به جهت همکاری های لازم و مشارکت کنندگان بابت به اشتراک گذاری تجارب خود تشکر و قدردانی می گردد.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

برای مراقبت از نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان فرایندی است که از بدو پذیرش نوزاد در NICU شروع می شود (۳۱). بعبارت دیگر ارتباط متقابل با اعضای خانواده و توانمند کردن آنان یکی از مسئولیت های مهم پرستاران بخش های NICU می باشد تا بدین وسیله تغییرات مثبت در قابلیت های فردی اعضای خانواده ایجاد کنند. آنان باید از طریق ارتباط پایدار با والدین و رها نکردن آنان برای انجام مراقبت ها به تنهایی، اضطراب را کم کرده (۳۲) و جوی ایجاد کنند که اعضای خانواده بتوانند از خصوصیات فردی و توانایی های خود استفاده کنند (۳۳) به این وسیله با تمرکز به نقش والدی و مشارکت در مراقبت از نوزاد، استرس والدین کاهش یافته (۳۴) و والدین احساس می کنند نقش فعالی در بهبود نوزادشان دارند (۳۵). موضوعات آموزشی پرستاران برای پدر و مادرهایی که اولین تجربه والدیشان است می تواند شامل موارد بی شماری از مراقبت های اولیه از قبیل چگونگی بستن پوشک، حمام کردن تا تغذیه و غیره باشد (۳۶). در مطالعه ما نیز پرستاران تلاش می کردند ابتدا آموزش های اولیه در مورد مراقبت های ساده را به مادران داده و به تدریج با پیشرفت آگاهی و افزایش اعتماد به نفس والدین، موارد پیچیده تر را آموزش دهند.

مشارکت کنندگان مطالعه ما با بیان اینکه تصمیم گیری والدین در بخش های مراقبت ویژه نوزادان حالتی غیررسمی دارد تجاربی از تصمیمات نادرست والدین به دلیل فشار و استرس این شرایط، برخورد احساسی و اطلاعات اندک آنان بیان کرده و این تجربیات را عاملی در عدم اعتماد پرسنل به تصمیمات والدین دانستند. در مطالعه Belcher هم پرستاران عقیده داشتند زمانی که وضعیت نوزاد بحرانی است والدین تحت استرس شدید هستند لذا تصمیماتی که می گیرند ممکن است بر اساس اطلاعات داده شده و قضاوت بر اساس آن اطلاعات نباشد (۳۷). تصمیماتی مانند قطع حمایت های زندگی نوزاد برای والدین بسیار استرس آور است و بسیاری از والدین گرفتن چنین تصمیماتی را غیرممکن می دانند (۳۸). از دیدگاه پرستاران به نظر می رسد تصمیمات والدین به ویژه زمانی که در مورد بقای نوزاد می باشد از روی ترس است به همین علت پرستاران، مشارکت والدین در تصمیم گیری را زمانی قابل قبول می دانند که بتوانند به آن تصمیمات اعتماد کنند (۳۹). در مطالعه Feeley نیز مشخص شد پدرها زمانی در تصمیم گیری های نوزاد

References

1. Aemmi SZ, Ahmadi Z, Reyhani T, Hamid Haghani H. Comparison of Perceptions of Nurses and Premature Infants' Mothers about Mothers' Needs in Neonatal Intensive Care Unit. *Hayat journal of Tehran University of medical sciences*. 2013;19(2):14-26.
2. Hall EO, Kronborg H, Aagaard H, Ammentorp J. Walking the line between the possible and the ideal: Lived experiences of neonatal nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010; 26 (6):307-13. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.08.004> PMID:20864347
3. Van der Pal SM, Alpay LL, van Steenbrugge GJ, Detmar SB. An exploration of parents' experiences and empowerment in the care for preterm born children. *J Child Fam Stud*. 2014;23(6):1081-9. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9765-7>
4. Cockcroft S. How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? *J Neonatal Nurs*. 2012;18(3):105-10. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2011.07.008>
5. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of clinical nursing*. 2006 Oct 1;15(10):1317-23. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x> PMID:16968436
6. Griffin T. Family-centered care in the NICU. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2006 Jan 1; 20 (1):98-102. <https://doi.org/10.1097/00005237-200601000-00029> PMID:16508475
7. Harrison TM. Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *J Pediatr Nurs*. 2010;25(5):335-43. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006> PMID:20816555 PMID:PMC2965051
8. Ramezani T, Shirazi ZH, Sarvestani RS & Moattari M. Family-centered care in neonatal intensive care unit: a concept analysis. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2014;2(4):268.
9. Browne JV. Developmental care for high-risk newborns: emerging science, clinical application, and continuity from newborn intensive care unit to community. *Clin Perinatol*. 2011;38(4):719-29. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2011.08.003> PMID:22107900
10. Als H, BMC Anuly G. The newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) with kangaroo mother care (KMC): comprehensive care for preterm infants. *Curr Wom Health Rev*. 2011;7(3):288-301. <https://doi.org/10.2174/157340411796355216> PMID:25473384 PMID:PMC4248304
11. Griffin T, Celenza J. *Family-centered Care for the Newborn: The Delivery Room and Beyond*. Springer Publishing Company; 2014. <https://doi.org/10.1891/9780826169143>
12. Latour JM, Hazelzet JA, Duivenvoorden HJ, Van Goudoever JB. Perceptions of Parents Nurses and Physicians on Neonatal Intensive Care Practices. *J Pediatr*. 2010;157(2):215-20. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.02.009> PMID:20359714
13. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
14. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing and healthcare: John Wiley & Sons*; 2013.
15. Diekelmann N, Allen D, Tanner CA. *The NLN criteria for appraisal of baccalaureate programs: A critical hermeneutic analysis*. 1st ed. Natl League for Nursing Pr; 1989.
16. Reis MD, Rempel GR, Scott SD, Brady-Fryer BA, Van Aerde J. Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2010;39:675-683. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01189.x> PMID:21039850
17. James SR, Nelson K & Ashwill J. *Nursing Care of Children-E-Book: Principles and Practice*. Elsevier Health Sciences; 2014.
18. Mosqueda R, Castilla Y, Perapoch J, de la Cruz J, López-Maestro M, Pallás C. Staff perceptions on Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) during its implementation in two Spanish neonatal units. *Early Hum Dev*. 2013;89(1):27-33. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2012.07.013> PMID:22854393
19. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
20. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-

- centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J.* 2012;16 (2):297-305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7> PMID:21318293 PMCID:PMC3262132
21. Greisen G, Mirante N, Haumont D, Pierrat V, Pallás Alonso CR, Warren I, et al. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit A survey of policies in eight European countries. *Acta paediatrica.* 2009; 98 (11):1744-50. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01439.x> PMID:19650839
 22. Jannes C, Miedaner F, Langhammer K, Enke C, Göpel W, Kribs A, Nitzsche A, Riedel R, Woopen C, Kuntz L, Roth B. Increased parental satisfaction by unrestricted visiting hours and developmentally supportive care in NICUs-results of a German multicenter study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018; 27:1-7. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1532499> PMID:32216530
 23. Nyqvist KH, Engvall G. Parents as their infant's primary caregivers in a neonatal intensive care unit. *J Pediatr Nurs.* 2009; 24(2):153-63. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.07.006> PMID:19268237
 24. Twohig A, Reulbach U, Figuerdo R, McCarthy A, McNicholas F, Molloy EJ. Supporting preterm infant attachment and socioemotional development in the neonatal intensive care unit: Staff perceptions. *Infant Ment Health J.* 2016;37 (2):160-71. <https://doi.org/10.1002/imhj.21556> PMID:26938792
 25. Hagen IH, Iversen VC, Svindseth MF. Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatr.* 2016;16(1):92. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0631-9> PMID:27422718 PMCID:PMC4946152
 26. Herd M, Whittingham K, Sanders M, Colditz P, Boyd RN. Efficacy of preventative parenting interventions for parents of preterm infants on later child behavior: A systematic review and meta-analysis. *Infant Ment Health J.* 2014;35(6):630-41. <https://doi.org/10.1002/imhj.21480> PMID:25798512
 27. Mortensen JA, Mastergeorge AM. A metaanalytic review of relationship-based interventions for low-income families with infants and toddlers: Facilitating supportive parent-child interactions. *Infant Ment Health J.* 2014; 35 (4):336-53. <https://doi.org/10.1002/imhj.21451> PMID:25798486
 28. Rasti M, Aliabadi F, Shafarodi N, Rafiee F, Kalani M. Specification of the educational needs of parents with premature infants admitted to neonatal intensive care unit. *Journal of Modern Rehabilitation.* 2014;8(4):21-9.
 29. Johnson BH, Abraham MR, Shelton TL. Patient- and family-centered care: partnerships for quality and safety. *NC Med J.* 2009;70(2):125-30.
 30. Aliabadi F, Kamali M, Borimnejad L, Rassafiani M, Rasti M, Shafaroodi N, Rafii F, Kachooosangy RA. Supporting-emotional needs of Iranian parents with premature infants admitted to Neonatal Intensive Care Units. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran.* 2014;28:53
 31. Schlittenhart JM, Smart D, Miller K, Severtson B. Preparing parents for NICU discharge. *Nursing for women's health.* 2011;15(6):484-94. <https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2011.01676.x> PMID:22900689
 32. Aein F, Alhani F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Parental participation and mismanagement: a qualitative study of child care in Iran. *Nurs Health Sci.* 2009;11(3):221-7. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00450.x> PMID:19689629
 33. Trajkovski S, Schmied V, Vickers M, Jackson D. Neonatal nurses' perspectives of family-centred care: a qualitative study. *J Clin Nurs.* 2012;21:2477-87. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04138.x> PMID:22889445
 34. Provenzi L, Santoro E. The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review of qualitative studies. *J Clin Nurs.* 2015;24(13-14): 1784-94. <https://doi.org/10.1111/jocn.12828> PMID:25850518
 35. Ionio C, Colombo C, Brazzoduro V, Mascheroni E, Confalonieri E, Castoldi F, et al. Mothers and fathers in NICU: The impact of preterm birth on parental distress. *Europe's journal of psychology.* 2016; 12 (4):604. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093> PMID:27872669 PMCID:PMC5114875
 36. Mosher SL. *Comprehensive NICU*

- Parental Education: Beyond Baby Basics. Neonatal Network 2017;36(1):18-25. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.36.1.18> PMID:28137349
37. Belcher DM. Perceptions and lived experiences of nurses who provide care to extremely immature newborns: Doctoral Dissertation, University of Phoenix. 2013.
38. Eden LM, Callister LC. Parent involvement in end-of-life care and decision making in the newborn intensive care unit: an integrative review. J Perinat Educ. 2010;19(1):29. <https://doi.org/10.1624/105812410X481546> PMID:21197127 PMCID:PMC2820356
39. Follett TL. Nurses' Perceptions of Practicing Family-centred Care in the Neonatal Intensive Care Unit: ProQuest; 2006
40. Feeley N, Sherrard K, Waitzer E, Boisvert L. The father at the bedside: patterns of involvement in the NICU. JPerinatNeonatalNurs. 2013;27(1):72-80. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31827fb415> PMID:23360945