Тематична експертна група
Дитино- та сімейно-орієнтована допомога, що сприяє розвитку

Освіта й практична підготовка з дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду

Warren I, Westrup B, Kuhn P, Guerra P, Ahlqvist-Björkroth S, Bertoncelli N, König K

Цільова група
Немовлята, їхні батьки та інші члени родини

Група користувачів/-ок
Медичні працівники/-ці, персонал лікарні, неонатальні відділення, лікарні та служби охорони здоров'я

Формулювання стандарту
Компетентний дитино- та сімейно-орієнтований розвитковий догляд, який забезпечують завдяки формальному навчанню та періодичним тренінгам для керівництва лікарні та відділення, медичних працівників/-ць та іншого персоналу, який працює у неонатальному відділенні або відвідує його.

Обґрунтування
Дитино- та сімейно-орієнтована допомога, що сприяє розвитку (IFCDC — infant- and family-centred developmental care) — це модель догляду, заснована на теоріях і концепціях нейророзвитку, нейроповедінки, взаємодії між батьками та немовлям, залученні батьків, підтримці грудного вигодовування та адаптації довкілля. Модель передбачає три основні принципи: чуйний догляд — корисний для головного мозку немовлят; залучення батьків — корисне для розвитку дітей; індивідуалізований догляд надає немовлятам «голос» у процесі надання допомоги (суб'єктність) та покращує її результат. (1–4)

Знання і навички спеціалістів/-ок— основа безпечного й ефективного дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду. Належна практика ґрунтується на освіті, що сприяє розумінню теоретичних і наукових основ, та володінні доказовою базою, на основі якої впроваджується в практику. Структура тренінгів із відпрацювання практичних навичок ґрунтується на цих знаннях; також новачки можуть набувати навички під керівництвом спеціалістів/-ок безпосередньо на роботі.

Широко та успішно апробовані інтервенції дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду ґрунтуються на надійних теоретичних моделях і формалізованих тренінгах із відпрацювання практичних навичок. Наприклад, індивідуалізована програма з догляду та оцінки розвитку новонароджених NIDCAP (Newborn Individualised Developmental Care and Assessment Program) заснована на синактивній теорії розвитку немовляти Гайделізе Алс (5) і передбачає структуровану навчальну програму й підтримку досвідченими менторами/-ками (6); програма взаємодії матері й немовляти MITP (Mother Infant Transaction Programme) (7) подібним чином ґрунтується на роботах Т. Беррі Бразелтона з колегами, які взяли за основу у тренінгах із застосування шкали оцінювання поведінки новонароджених NBAS (Newborn Behavioral Assessment Scale). (8)

Розвиток освітніх маршрутів від новачків до експертів/-ок (9) забезпечить всім професіонали/-ки відділення інтенсивної терапії новонароджених освітні та тренінгові можливості для розвитку знань і навичок, необхідних для впровадження якісного дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду, що містить супровід батьків як основних доглядальників/-ць. Слід застосовувати широкий спектр освітніх стратегій — від доступу до інтернет-ресурсів до підготовки лідерів/-ок і спеціалістів/-ок, які можуть впроваджувати практики та політики, встановлювати й оцінювати стандарти, забезпечувати навчання, коучинг, менторство та супервізію (див. «Освіта та навчання»).

Переваги

Переваги від інтервенцій, заснованих на структурованій освіті в межах моделі дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду, можна вважати опосередкованими для немовлят, батьків та медичних працівників/-ць. (5,7,8,10–12)

Короткострокові переваги:

- Коротше перебування у стаціонарі (7,13,14)
- Менше медичних ускладнень, зокрема кращі результати з боку дихальної системи (13,15,16)
- Краща регуляція сну (17)
- Краще управління стресом і болем (18)
- Краще налагодження грудного вигодовування та методу «Мати-кенгуру» (19,20)
- Краще сприйняття батьками підтримки з боку персоналу ВІТН (21–23)
- Краще сприйняття переваг для власної практики професіоналами/-ками та усвідомлення загальної користі для немовлят і сімей (21–23)

Довгострокові переваги:

- Кращий розвиток головного мозку немовляти (24–27)
- Кращі результати розвитку та поведінкові результати в немовлят (7,13,21,26,28–32)
- Краще відчуття добробуту / якості життя у дитячому віці (33,34)
- Знижений рівень стресу в батьків, більша впевненість і добробут (19,35–38)
- Краще психічне здоров'я батьків (14,36)

Складники стандарту

Складник	**Оцінка якості досліджень і сили доказів**	**Індикатор дотримання стандарту**
Для батьків і родини		
Не визначено		
Для медичних працівників/-ць		
1. Медичні працівники/-ці дотримуються затвердженого на рівні відділення протоколу з підтримки за принципом «Рівний — рівному» для нових учасників/-ць команди та участі у робочих групах із дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду. (1,4,21,39)	A (Середня якість) B (Середня якість)	Протокол

2.	Усі відповідальні медичні працівники/-ці відвідують тренінги з дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду. (1,4,21,39)	A (Середня якість) B (Середня якість)	Навчальна документація
Для неонатального відділення			
3.	Є протокол, що регулярно оновлюють на рівні відділення, який регламентує: ● час для координатора/-ки з належною підготовкою із дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду; ● коучингові сесії для медичних працівників/-ць, які проводить координатор/-ка з дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду; ● плани управління якістю та використання інструментів оцінювання практики. (1,4,21,39)	A (Середня якість) B (Середня якість)	Протокол
4.	Освітній маршрут, що містить дитино- та сімейно-орієнтований розвитковий догляд. (39)	A (Середня якість) B (Середня якість)	Протокол
Для лікарні			
5.	Навчання з дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду для всіх медичних працівників/-ць та іншого персоналу неонатального відділення. (1,4,21,39)	A (Середня якість) B (Середня якість)	Навчальна документація
Для служб охорони здоров'я			
6.	Є національна настанова з навчання і практичної підготовки з дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду, яку регулярно оновлюють. (1,4,21,39)	A (Середня якість) B (Середня якість)	Настанова

Напрями подальшого вдосконалення допомоги

Подальше вдосконалення	**Оцінка якості досліджень і сили доказів**
Для батьків і родини	
● Представники/-ці батьків відіграють активну роль в освіті персоналу, зокрема через участь у рефлексійних сесіях.	B (Середня якість)
● Медичні працівники/-ці навчають і підтримують батьків, що дозволяє тим брати участь в усіх аспектах розвитку та догляду за немовлям. (1,21)	A (Середня якість)

Для медичних працівників/-ць	
● Забезпечити базову підготовку з дитино- та сімейно-орієнтованого догляду. (1,4,21,39,40)	A (Середня якість) B (Середня якість)
● Залучати всіх працівників/-ць до команди з розвиткового догляду, яка сприяє навчанню та практичній підготовці з дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду. (1,4,21,39,40)	A (Середня якість) B (Середня якість)
Для лікарні	
● Запровадити внутрішній освітній маршрут із дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду на всіх рівнях. (1,4,21,39,40)	A (Середня якість) B (Середня якість)
Для служб охорони здоров'я	
● Акредитувати програму навчання з дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду в співпраці з академічною установою або професійними організаціями. (1,4,21,39,40)	A (Середня якість) B (Середня якість)
● Підтримати національну програму навчання. (1,4,21,39,40)	A (Середня якість) B (Середня якість)

Із чого розпочати?

Початкові кроки

Для батьків і родини

- Медичні працівники/-ці усно інформують батьків про навички та освітні матеріали з дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду.

Для медичних працівників/-ць

- Розробити інформаційні матеріали з дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду для батьків.
- Пройти навчання з дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду.
- Розробити освітні та навчальні матеріали для всього персоналу, де наведені відомості про переваги дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду з покликаннями на джерела та анотаціями, даними про розвиток передчасно народжених і народжених у термін дітей, настановами з належної практики (за можливості ілюстровані), покликаннями на корисні сайти, матеріали для самооцінки, опис ролей лідера/-ки / спеціаліста/-ки з розвитку, перелік очікуваних компетенцій.
- Організовувати відкриті регулярні зустрічі та тренінги для всіх доглядальників/-ць у ВІТН. Впровадити цикли коротких навчальних сесій для покращення практичних навичок, фокус-групи з розвиткового догляду, включити тему дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду в порядок денний журнального клубу команди.
- Сформувати команду з розвиткового догляду для промоції освіти з дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду.
- Визначити ключових осіб серед персоналу, які мають потенціал, щоб стати експертами/-ками вищого рівня та лідерами/-ками.
- Залучати батьків до підтримки освітніх програм з дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду.
- Використовувати інструменти самооцінки та оцінки відділення / закладу, щоб визначити сфери, де оновлені знання та навички вдосконалять управління якістю.

Для лікарні

- Підтримувати участь медичних працівників/-ць у навчанні з дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду.

- Сприяти розробленню та поширенню довідника з дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду для батьків.

Для служб охорони здоров'я

- Організовувати спільні тренінги між регіональними / національними неонатальними службами.

Опис

Переваги дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду описані у роботах Бйорна Веструпа (1) та Розаріо Монтіроссо (4), а також у звітах інших тематичних експертних груп, однак можливості для навчання та стандарти суттєво відрізняються від місця до місця.

Міжнародні стандарти з навчання дитино- та сімейно-орієнтованого розвиткового догляду містять NIDCAP (6) та NBAS (8). Рандомізовані дослідження із застосуванням втручань на основі NIDCAP і NBAS продемонстрували позитивні коротко- та довгострокові результати для розвитку й добробуту немовлят і їхніх сімей. (7,13,15,21,28,29) Результати закономірно різняться через велику кількість неконтрольованих змінних, які впливають на спосіб надання допомоги в кожному центрі. Серед переваг NIDCAP зазначають скорочення тривалості госпіталізації, зниження інвалідизації, кращі показники розвитку до і після двох років, а також більш нормальні структури та функції головного мозку. (24–26,41) Програма взаємодії матері й немовляти MITP на основі NBAS продемонструвала кращі когнітивні та поведінкові результати у дітей навіть у старшому віці. (29,30,33)

Відгуки персоналу щодо впровадження NIDCAP свідчать про позитивне сприйняття впливу на немовлят, батьків і сам персонал. (21–23) Подібні відгуки персонал у Фінляндії надав і на програму Close Collaboration with Parents — тісна співпраця з батьками. (42) Масштабне дослідження у Франції виявило, що освіта на засадах NIDCAP сприяла впровадженню політик розвиткового догляду та практик, особливо методу «Шкіра до шкіри» та грудного вигодовування. (20) Більш доступною та гнучкою альтернативою є освітній маршрут Family and Infant Neurodevelopmental Education (FINE) — навчання з нейророзвитку для немовляти та сім'ї (39), — заснований на аналогічних доказах і принципах. Попередні результати опитувань свідчать, що персонал позитивно сприймає покращення якості надання допомоги немовлятам, батькам та робочих практик. (в процесі підготовки: Warren I, Mat Ali E, Green M. Preliminary Evaluation of Family and Infant Neurodevelopmental Education (FINE)).

Ці програми присвячують значну увагу коучингу, який є ефективнішим за класичне аудиторне навчання, коли йдеться про впровадження нових практик. (43) Навчання поруч із досвідченими спеціалістами/-ками — це дієвий метод опанування навичок. (44) У програмі Close Collaboration with Parents також застосовують коучингову модель для навчання персоналу спостереження за немовлятами та консультування батьків. (10)

Програми, спрямовані на навчання всієї команди, зазвичай потребують значних фінансових витрат і мають обмежену доказову базу щодо користі для нейророзвитку. Сімейний інтегрований догляд FIC (Family Integrated Care) — відносно недорогий підхід, орієнтований на роботу в команді та підтримку батьків за принципом «Рівний —рівному». Він дозволяє батькам брати на себе більше аспектів догляду за немовлям. (45) Однак освітній компонент чуйного розвиткового догляду обмежений однією 4-годинною навчальною сесією.

Оптимальну «дозу» розвиткового догляду визначити складно. Розаріо Монтіроссо проаналізував результати у немовлят, які отримували високу або низьку «дозу» розвиткового догляду (ICC — Infant Centred Care, дитиноцентричний догляд), і встановив, що немовлята у відділеннях із вищою інтенсивністю дитиноцентричного догляду мали кращі показники за індексом якості життя у п'ятирічному віці. (34) Немовлята у відділеннях, де батьки присутні цілодобово, менше перебувають у лікарні під час госпіталізації та у відділенні інтенсивної терапії. (46) Нещодавній звіт Баррі М. Лестера про індивідуальні сімейні палати продемонстрував, що міра залучення матері у догляд за немовлям визначає результати розвитку дитини у віці 18 місяців. Навіть короткотривалі втручання можуть мати суттєві переваги. (31,35,47,48)

Дослідження підтверджують ефективність окремих практик, як-от контакт «Шкіра до шкіри» (48–50), вигодовування (51) та керування параметрами середовища. (52,53) Рекомендації та клінічні настанови з належної практики, засновані на свідченнях, формують модель необхідних компетенцій і практичної підготовки. (54–58) Освіта — стратегія для розширення таких практик. (59)

Підтримка батьків для зміцнення їхньої резильєнтності та залучення до догляду за немовлям — це складне завдання, яке вимагає високої кваліфікації. Стратегії підтримки персоналу, що допомагають командам підтримувати батьків, містять освітні програми. (60) Розвитковий догляд входить до переліку освітніх рекомендацій, від Сью Л. Голл та її колег. Ці рекомендації дозволяють персоналу бути готовим надавати психосоціальну підтримку сім'ям немовлят, які перебувають у лікарні. (61)

Розвинуті комунікативні навички підкріплюють дитино- та сімейно-орієнтований розвитковий догляд. Ще один підхід до навчання, який учасники/-ці добре сприйняли (і були впевненішими, комунікуючи з сім'ями), — проведення групових навчальних виїзних сесій за програмою, що включає рольові ігри (з акторами), презентації та дискусії. (62,63)

Досвід стресу та болю пов'язаний із подальшими показниками розвитку. (64–66) Розвитковий догляд допомагає зменшити рівні стресу та болю, тому слід навчати оцінювати біль та впроваджувати нефармакологічні стратегії знеболення, щоб немовлята не наражалися на ризик через недотримання рекомендацій із безпечної та гуманної практики. (18,67) Зараз є численні інструменти для оцінювання болю, однак недостатня підготовка персоналу може бути однією з причин недостатнього використання таких інструментів. (68) Шкала оцінки інтервенцій EVIN (Evaluation of Intervention Scale), яка кількісно визначає якість догляду, необхідного для мінімізації стресу та болю під час усіх процедур, є дешевим та ефективним інструментом, що стане у пригоді для навчання, аудиту та самооцінки нефармакологічного контролю болю. (69)

Наявність висококваліфікованих лідерів/-ок у сфері розвитку немовлят або фасилітаторів/-ок у відділеннях для новонароджених дітей дозволяє інтегрувати коучинг у форматі груп рівних, рефлексію та інновації у стратегію навчання персоналу. Гендрікс Муньоз дослідила, що коли є команда з розвиткового догляду, то персонал був впевненішим. (70) Ларс Валлін у дослідженні, метою якого було покращення впровадження контакту «Шкіра до шкіри», продемонстрував, що фасилітатори/-ки можуть сприяти змінам практик. (71) Переваги підготовки

спеціалістів/-ток та лідерів/-ок, які володіють коучинговою моделлю навчання, ймовірно, є більш значними, ніж при інших підходах до зміни практики. (43)

Деякі члени/-кині мультидисциплінарної команди можуть мати потребу опанувати спеціальні навички, пов'язані з їхньою професійною роллю. Тоді вони стають ресурсом для решти команди, що дозволяє індивідуалізувати плани догляду відповідно до потреб немовлят із високим ризиком інвалідності внаслідок вроджених чи перинатальних ускладнень. (54–57)

Є багато освітніх ресурсів — публікації, навчальні відео, електронні модулі та інструменти оцінки, що підтримують навчальний процес, забезпечують діяльність досвідчених лідерів/-ок та допомагають новачкам приступити до роботи.

Джерела

1. Westrup B. Family-Centered Developmentally Supportive Care. NeoReviews. 1. August 2014;15(8):e325–35.
2. Westrup B. Family-centered developmentally supportive care: the Swedish example. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. Oktober 2015;22(10):1086–91.
3. Roué J-M, Kuhn P, Lopez Maestro M, Maastrup RA, Mitanchez D, Westrup B, u. a. Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. Juli 2017;102(4):F364–8.
4. Montirosso R, Tronick E, Borgatti R. Promoting Neuroprotective Care in Neonatal Intensive Care Units and Preterm Infant Development: Insights From the Neonatal Adequate Care for Quality of Life Study. Child Dev Perspect. März 2017;11(1):9–15.
5. Als H. Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. Infant Ment Health J. Dezember 1982;3(4):229–43.
6. Als H. Program Guide. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). An Education and Training Program for Health Care Professionals. [Internet]. 2015. Verfügbar unter: http://nidcap.org/wp-content/uploads/2014/09/Program-Guide-Rev-22Sep2014.pdf
7. Rauh VA, Nurcombe B, Achenbach T, Howell C. The Mother-Infant Transaction Program. The content and implications of an intervention for the mothers of low-birthweight infants. Clin Perinatol. März 1990;17(1):31–45.
8. Brazelton T, Nugent JK, Lester BM. Neonatal Behavioral Assessment Scale. In: Wiley series on personality processes Handbook of infant development. Oxford, England: John Wiley & Sons.; 1987. S. 780–817.
9. Benner PE. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Commemorative ed. Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall; 2001. 307 S.
10. Ahlqvist-Björkroth S, Boukydis Z, Axelin AM, Lehtonen L. Close Collaboration with ParentsTM intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. Behav Brain Res. 15 2017;325(Pt B):303–10.
11. Welch MG, Hofer MA, Brunelli SA, Stark RI, Andrews HF, Austin J, u. a. Family nurture intervention (FNI): methods and treatment protocol of a randomized controlled trial in the NICU. BMC Pediatr. 7. Februar 2012;12:14.
12. Nugent JK, Herausgeber. Understanding newborn behavior & early relationships: the newborn behavioral observations (NBO) system handbook. Baltimore, Md: Paul H. Brookes Pub; 2007. 256 S.
13. Peters KL, Rosychuk RJ, Hendson L, Coté JJ, McPherson C, Tyebkhan JM. Improvement of short- and long-term outcomes for very low birth weight infants: Edmonton NIDCAP trial. Pediatrics. Oktober 2009;124(4):1009–20.
14. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, u. a. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. Pediatrics. November 2006;118(5):e1414-1427.
15. Als H, Gilkerson L, Duffy FH, McAnulty GB, Buehler DM, Vandenberg K, u. a. A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: medical, neurodevelopmental, parenting, and caregiving effects. J Dev Behav Pediatr JDBP. Dezember 2003;24(6):399–408.
16. Westrup B, Kleberg A, von Eichwald K, Stjernqvist K, Lagercrantz H. A randomized, controlled trial to evaluate the effects of the newborn individualized developmental care and assessment program in a Swedish setting. Pediatrics. Januar 2000;105(1 Pt 1):66–72.

17. Bertelle V, Mabin D, Adrien J, Sizun J. Sleep of preterm neonates under developmental care or regular environmental conditions. Early Hum Dev. Juli 2005;81(7):595–600.
18. Kleberg A, Warren I, Norman E, Mörelius E, Berg A-C, Mat-Ali E, u. a. Lower stress responses after Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program care during eye screening examinations for retinopathy of prematurity: a randomized study. Pediatrics. Mai 2008;121(5):e1267-1278.
19. O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, McBride T, Robson K, O'Leary L, u. a. A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. BMC Pregnancy Childbirth. 2013;13(Suppl 1):S12.
20. Pierrat V, Coquelin A, Cuttini M, Khoshnood B, Glorieux I, Claris O, u. a. Translating Neurodevelopmental Care Policies Into Practice: The Experience of Neonatal ICUs in France-The EPIPAGE-2 Cohort Study. Pediatr Crit Care Med J Soc Crit Care Med World Fed Pediatr Intensive Crit Care Soc. Oktober 2016;17(10):957–67.
21. Westrup B, Stjernqvist K, Kleberg A, Hellström-Westas L, Lagercrantz H. Neonatal individualized care in practice: a Swedish experience. Semin Neonatol SN. Dezember 2002;7(6):447–57.
22. van der Pal SM, Maguire CM, Cessie SL, Veen S, Wit JM, Walther FJ, u. a. Staff opinions regarding the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). Early Hum Dev. Juli 2007;83(7):425–32.
23. 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. Januar 2013;89(1):27–33.
24. Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyam S, Mulkern RV, u. a. Early experience alters brain function and structure. Pediatrics. April 2004;113(4):846–57.
25. Als H, Duffy FH, McAnulty G, Butler SC, Lightbody L, Kosta S, u. a. NIDCAP improves brain function and structure in preterm infants with severe intrauterine growth restriction. J Perinatol. 2. Februar 2012;32:797.
26. McAnulty G, Duffy FH, Kosta S, Weisenfeld NI, Warfield SK, Butler SC, u. a. School-age effects of the newborn individualized developmental care and assessment program for preterm infants with intrauterine growth restriction: preliminary findings. BMC Pediatr. 19. Februar 2013;13:25.
27. Welch MG, Myers MM, Grieve PG, Isler JR, Fifer WP, Sahni R, u. a. Electroencephalographic activity of preterm infants is increased by Family Nurture Intervention: a randomized controlled trial in the NICU. Clin Neurophysiol Off J Int Fed Clin Neurophysiol. April 2014;125(4):675–84.
28. Achenbach TM, Howell CT, Aoki MF, Rauh VA. Nine-year outcome of the Vermont intervention program for low birth weight infants. Pediatrics. Januar 1993;91(1):45–55.
29. Nordhov SM, Rønning JA, Dahl LB, Ulvund SE, Tunby J, Kaaresen PI. Early intervention improves cognitive outcomes for preterm infants: randomized controlled trial. Pediatrics. November 2010;126(5):e1088-1094.
30. Landsem IP, Handegård BH, Ulvund SE, Tunby J, Kaaresen PI, Rønning JA. Does An Early Intervention Influence Behavioral Development Until Age 9 in Children Born Prematurely? Child Dev. Juli 2015;86(4):1063–79.
31. Welch MG, Firestein MR, Austin J, Hane AA, Stark RI, Hofer MA, u. a. Family Nurture Intervention in the Neonatal Intensive Care Unit improves social-relatedness, attention, and neurodevelopment of preterm infants at 18 months in a randomized controlled trial. J Child Psychol Psychiatry. November 2015;56(11):1202–11.
32. McAnulty GB, Duffy FH, Butler SC, Bernstein JH, Zurakowski D, Als H. Effects of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) at age 8 years: preliminary data. Clin Pediatr (Phila). März 2010;49(3):258–70.
33. Landsem IP, Handegård BH, Ulvund SE, Kaaresen PI, Rønning JA. Early intervention influences positively quality of life as reported by prematurely born children at age nine and their parents; a randomized clinical trial. Health Qual Life Outcomes. 22. Februar 2015;13:25.
34. Montirosso R, Giusti L, Del Prete A, Zanini R, Bellù R, Borgatti R. Does quality of developmental care in NICUs affect health-related quality of life in 5-y-old children born preterm? Pediatr Res. 2016;80(6):824–8.
35. Lester BM, Salisbury AL, Hawes K, Dansereau LM, Bigsby R, Laptook A, u. a. 18-Month Follow-Up of Infants Cared for in a Single-Family Room Neonatal Intensive Care Unit. J Pediatr. Oktober 2016;177:84–9.
36. Welch MG, Halperin MS, Austin J, Stark RI, Hofer MA, Hane AA, u. a. Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are decreased at 4 months corrected age with Family Nurture Intervention in the NICU. Arch Womens Ment Health. Februar 2016;19(1):51–61.
37. Kaaresen PI, Rønning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. Pediatrics. Juli 2006;118(1):e9-19.
38. Kleberg A, Hellström-Westas L, Widström A-M. Mothers' perception of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care. Early Hum Dev. Juni 2007;83(6):403–11.

39. Warren I. Family and Infant Neurodevelopmental Education: an innovative, educational pathway for neonatal healthcare professionals. Infant. 2017;13(5):200–3.
40. Raiskila S, Axelin A, Toome L, Caballero S, Tandberg BS, Montirosso R, u. a. Parents' presence and parent-infant closeness in 11 neonatal intensive care units in six European countries vary between and within the countries. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. Juni 2017;106(6):878–88.
41. Westrup B, Böhm B, Lagercrantz H, Stjernqvist K. Preschool outcome in children born very prematurely and cared for according to the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). Acta Paediatr Oslo Nor 1992. April 2004;93(4):498–507.
42. Axelin A, Ahlqvist-Björkroth S, Kauppila W, Boukydis Z, Lehtonen L. Nurses' perspectives on the close collaboration with parents training program in the NICU. MCN Am J Matern Child Nurs. August 2014;39(4):260–8.
43. Knight J. Coaching: The Key to Translating Research into Practice Lies in Continuous, Job-Embedded Learning with Ongoing Support. J Staff Dev. 2009;30(1):18–20.
44. Spence K, Sinclair L, Morritt ML, Laing S. Knowledge and learning in speciality practice. J Neonatal Nurs. Dezember 2016;22(6):263–76.
45. Galarza-Winton ME, Dicky T, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: educating nurses. Adv Neonatal Care Off J Natl Assoc Neonatal Nurses. Oktober 2013;13(5):335–40.
46. Ortenstrand A, Westrup B, Broström EB, Sarman I, Akerström S, Brune T, u. a. The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity. Pediatrics. Februar 2010;125(2):e278-285.
47. Hane AA, Myers MM, Hofer MA, Ludwig RJ, Halperin MS, Austin J, u. a. Family nurture intervention improves the quality of maternal caregiving in the neonatal intensive care unit: evidence from a randomized controlled trial. J Dev Behav Pediatr JDBP. April 2015;36(3):188–96.
48. Feldman R, Rosenthal Z, Eidelman AI. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. Biol Psychiatry. 1. Januar 2014;75(1):56–64.
49. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database Syst Rev. 16. März 2011;(3):CD002771.
50. Baley J, COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Skin-to-Skin Care for Term and Preterm Infants in the Neonatal ICU. Pediatrics. September 2015;136(3):596–9.
51. Wellington A, Perlman JM. Infant-driven feeding in premature infants: a quality improvement project. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. November 2015;100(6):F495-500.
52. White RD, Smith JA, Shepley MM, Committee to Establish Recommended Standards for Newborn ICU Design. Recommended standards for newborn ICU design, eighth edition. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. April 2013;33 Suppl 1:S2-16.
53. Liu WF, Laudert S, Perkins B, Macmillan-York E, Martin S, Graven S, u. a. The development of potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. Dezember 2007;27 Suppl 2:S48-74.
54. Sweeney JK, Heriza CB, Blanchard Y, American Physical Therapy Association. Neonatal physical therapy. Part I: clinical competencies and neonatal intensive care unit clinical training models. Pediatr Phys Ther Off Publ Sect Pediatr Am Phys Ther Assoc. 2009;21(4):296–307.
55. Sweeney JK, Heriza CB, Blanchard Y, Dusing SC. Neonatal physical therapy. Part II: Practice frameworks and evidence-based practice guidelines. Pediatr Phys Ther Off Publ Sect Pediatr Am Phys Ther Assoc. 2010;22(1):2–16.
56. Vergara E, Anzalone M, Bigsby R, Gorga D, Holloway E, Hunter J, u. a. Specialized knowledge and skills for occupational therapy practice in the neonatal intensive care unit. Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc. Dezember 2006;60(6):659–68.
57. Barbosa VM. Teamwork in the neonatal intensive care unit. Phys Occup Ther Pediatr. Februar 2013;33(1):5–26.
58. VandenBerg KA. Basic competencies to begin developmental care in the intensive care nursery. Infants Young Child [Internet]. 1993;6(2). Verfügbar unter: https://journals.lww.com/iycjournal/Fulltext/1993/10000/Basic_competencies_to_begin_developmental_care_in.8.aspx
59. Vesel L, Bergh A-M, Kerber KJ, Valsangkar B, Mazia G, Moxon SG, u. a. Kangaroo mother care: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15 Suppl 2:S5.
60. Warren I. Creating a Holding Environment for Caregivers. J Perinat Neonatal Nurs. März 2017;31(1):51–7.
61. Hall SL, Cross J, Selix NW, Patterson C, Segre L, Chuffo-Siewert R, u. a. Recommendations for enhancing psychosocial support of NICU parents through staff education and support. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. Dezember 2015;35 Suppl 1:S29-36.
62. Boss RD, Urban A, Barnett MD, Arnold RM. Neonatal Critical Care Communication (NC3): training NICU physicians and nurse practitioners. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. August 2013;33(8):642–6.

63. Meyer EC, Brodsky D, Hansen AR, Lamiani G, Sellers DE, Browning DM. An interdisciplinary, family-focused approach to relational learning in neonatal intensive care. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. März 2011;31(3):212–9.
64. Vinall J, Miller SP, Bjornson BH, Fitzpatrick KPV, Poskitt KJ, Brant R, u. a. Invasive procedures in preterm children: brain and cognitive development at school age. Pediatrics. März 2014;133(3):412–21.
65. Smith GC, Gutovich J, Smyser C, Pineda R, Newnham C, Tjoeng TH, u. a. Neonatal intensive care unit stress is associated with brain development in preterm infants. Ann Neurol. Oktober 2011;70(4):541–9.
66. Brummelte S, Chau CMY, Cepeda IL, Degenhardt A, Weinberg J, Synnes AR, u. a. Cortisol levels in former preterm children at school age are predicted by neonatal procedural pain-related stress. Psychoneuroendocrinology. Januar 2015;51:151–63.
67. Johnston C, Campbell-Yeo M, Fernandes A, Inglis D, Streiner D, Zee R. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. Cochrane Database Syst Rev. 23. Januar 2014;(1):CD008435.
68. Anand KJS. Pain assessment in preterm neonates. Pediatrics. März 2007;119(3):605–7.
69. Warren I, Hicks B, Kleberg A, Eliahoo J, Anand KJS, Hickson M. The validity and reliability of the EValuation of INtervention Scale: preliminary report. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. Juni 2016;105(6):618–22.
70. Hendricks-Muñoz KD, Prendergast CC. Barriers to provision of developmental care in the neonatal intensive care unit: neonatal nursing perceptions. Am J Perinatol. Februar 2007;24(2):71–7.
71. Wallin L, Rudberg A, Gunningberg L. Staff experiences in implementing guidelines for Kangaroo Mother Care–a qualitative study. Int J Nurs Stud. Januar 2005;42(1):61–73.

1-ше видання, листопад 2018

Життєвий цикл
5 років/наступний перегляд: 2023

Рекомендоване цитування
EFCNI, Warren I, Westrup B et al., European Standards of Care for Newborn Health: Education and training for infant- and family-centred developmental care (IFCDC). 2018.

Особлива подяка Task Force International language service company за переклад цього стандарту українською мовою.