



# **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

Dipartimento di Psicologia

Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e  
delle Relazioni Interpersonali

Tesi di laurea Triennale

## **NASCITA PRE-TERMINE: L'IMPORTANZA DELLA FIGURA PATERNA NEL REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA.**

**Relatrice**

Prof.ssa Elisa Di Giorgio

**Laureanda**

Erica Brentan  
Matricola 2013501

Anno accademico 2022-2023



*“La VITA che GRAN cosa è.*

*A volte nascendo prematuramente*

*Come avesse fretta di viverla*

*ELLA la SUA*

*Arriverà a percorrerla in*

*Serenità e fermezza.*

*Maggiormente*

*Pur essendo VITA.*

*Anch'esso suo Padre.*

*Riuscirà a Essere MADRE.*

*Donandole forza*

*DI VITA.*

*Non c'è dottorato che lo possa spiegare*

*Serve VIVERLA nel FARE*

*Sì ma con cuore.”*

Francesco, un amico.



# Indice

**Introduzione.....**

## **Capitolo 1**

### **Introduzione al fenomeno della nascita prematura.**

- 1.1. Introduzione.....
- 1.2. La nascita prematura.....
- 1.3. Epidemiologia della nascita prematura.....
- 1.4. Cause e classificazioni della nascita prematura.....
- 1.5. Conseguenze psicologiche della nascita prematura.....

## **Capitolo 2**

### **La trasformazione del ruolo paterno: storia, cambiamenti e l'importanza del padre nel reparto di terapia intensiva neonatale.**

- 2.1. Introduzione.....
- 2.2. La paternità: un concetto mutevole nel tempo.....
- 2.3. L'evoluzione degli studi sulla paternità.....
- 2.4. Il coinvolgimento dei padri nel setting neonatale.....
  - 2.4.1. Modalità dirette di supporto per i bambini prematuri nel reparto di terapia intensiva neonatale.....
  - 2.4.2. Modalità indirette di supporto per i bambini prematuri nel reparto di terapia intensiva neonatale.....

## **Capitolo 3**

### **Ostacoli all'accesso nel reparto di terapia intensiva neonatale e interventi clinici di gestione e prevenzione della sintomatologia negativa nei padri.**

- 3.1. Introduzione.....
- 3.2. Fattori ostacolanti all'accesso dei padri nei reparti di terapia intensiva neonatale....
- 3.3. Interventi psicologici progettati per supportare i padri .....

**Conclusione.....**

**Bibliografia e Sitografia.....**



## **Introduzione.**

Quando ci si trova ad affrontare il tema della nascita, specialmente quando si tratta di situazioni non comuni, come nel caso della prematurità, spesso l'attenzione si concentra principalmente sulla figura materna, relegando in secondo piano quella paterna. Tuttavia, con questo elaborato ho scelto di dirigere l'attenzione verso l'importanza dell'evento della nascita prematura per i padri, evidenziando come essi possano avere un ruolo cruciale nei primi mesi di vita del bambino, soprattutto quando questi necessita di cure in reparti di terapia intensiva. L'obiettivo del seguente elaborato è quindi quello di esaminare l'efficacia della presenza della figura paterna nei reparti di terapia intensiva neonatale per incoraggiarne la presenza.

L'elaborato è stato redatto mediante revisione della letteratura relativa all'argomento; la struttura è organizzata nel seguente modo: nel primo capitolo viene esaminato il fenomeno della prematurità alla nascita, presentando dati e statistiche relativi a questa tematica. Nel secondo capitolo, si approfondisce il concetto di paternità e il suo evolversi nel corso del tempo. In particolare, si esplora l'importanza della figura paterna all'interno dei reparti di terapia intensiva neonatale, con un'attenzione particolare rivolta agli interventi diretti e indiretti che i padri possono intraprendere per promuovere il benessere dei loro figli. Nel terzo capitolo, l'analisi si concentra sui fattori ostacolanti che impediscono ai padri di partecipare attivamente all'interno dei reparti. Poiché la prematurità rappresenta un evento inaspettato con potenziali ripercussioni negative anche per i padri, vengono esaminati degli interventi psicologici pensati per supportarli, affinché anche loro possano affrontare questo momento delicato senza sentirsi sopraffatti e per garantire la loro presenza accanto ai loro neonati.





# Capitolo 1

## Introduzione al fenomeno della nascita prematura.

### 1.1. Introduzione.

Nel primo capitolo del presente elaborato si affrontano tematiche di fondamentale importanza per comprendere il fenomeno della nascita prematura. Inizialmente, verrà fornita una definizione accurata del fenomeno. Successivamente, verranno analizzate le diverse tipologie di parto prematuro; attraverso l'approfondimento dei dati epidemiologici verranno fornite informazioni significative riguardanti l'incidenza a livello globale. Infine, verranno esplorate le conseguenze psicologiche e relazionali che questa condizione può avere sui caregiver.

### 1.2. La nascita prematura.

Con il termine “nascita prematura” si intende la nascita del bambino prima di aver raggiunto le 37 settimane di gestazione. Fino agli anni ‘90 la prematurità veniva definita dal peso alla nascita, negli ultimi anni, invece, è stata presa in maggior considerazione l’età gestazionale come principale indicatore della maturazione fisica e biologica dei bambini (Sansavini & Faldella, 2013). La severità del parto prematuro, definita in base alle settimane gestazionali, dalla World Health Organization viene così suddivisa:

- estremamente pretermine: il bambino nato prima delle 28 settimane di gestazione;
- molto pretermine: il bambino nato tra le 28 e 33 settimane di gestazione;
- moderatamente pretermine: quando la nascita avviene tra la trentaduesima e trentasettesima settimana di gestazione;
- tardo pretermine: la nascita avviene tra la trentaquattresima e trentaseiesima settimana di gestazione.

### 1.3. Epidemiologia della nascita prematura.

Si stima che nel 2020 i bambini nati pretermine siano stati 13.4 milioni, e che nei paesi ad alto reddito i tassi di nascita pretermine siano in aumento. Secondo uno studio di Blencowe e colleghi, 62 su 65 paesi hanno registrato un aumento tra il 2000 e il 2010. Nel 2010, 15 milioni di bambini (su 135 milioni) sono nati prematuramente, con un

tasso del 11,1% (Blencowe et al., 2012). Sempre nello stesso anno è stato riscontrato che il tasso di nascite pretermine in 184 paesi variasse dal 5% di molti paesi Nord Europei, al 18% del Malawi. Le statistiche evidenziano tassi di natalità pretermine più elevati nei paesi a medio-basso reddito (rispettivamente 11,8% e 11,3%), rispetto ai paesi con reddito medio-alto (con tassi al 9,4% e 9,3%). Nel complesso, oltre il 60% delle nascite pretermine avvengono in Africa sub-sahariana e in Asia mediorientale, entrambi paesi caratterizzati da basse risorse e alta fertilità, nei quali si stimano nove milioni di nascite pretermine all'anno (12,8%). La nazione con il tasso di incidenza più alto tra i paesi ad alte risorse sono gli Stati Uniti, con un tasso di nascite pre-termine al 42%. Con questa percentuale, si può considerare l'unico paese ad alto reddito a posizionarsi tra i primi 10 paesi con maggior numero di nascite pretermine (Purisch & Gyamfi-Bannerman, 2017).

#### **1.4. Cause e classificazione della nascita prematura.**

Il parto pretermine può avvenire in modo spontaneo o a seguito di induzione medica, in entrambi i casi le cause possono essere molteplici. Approssimativamente, due terzi delle nascite pretermine avviene con parto spontaneo.

Il parto pre termine spontaneo è un processo multifattoriale che causa le contrazioni dell'utero prima delle 37 settimane di gestazione. Le ragioni possono essere molteplici, tra queste troviamo: possibili infezioni, età della madre, fattori sociali e ambientali ed etnia. In letteratura è stata ampiamente dibattuta la correlazione tra nascita prematura spontanea ed etnia: inizialmente questa variazione era stata rapportata a fattori socioeconomici, tuttavia, studi più recenti relegano importanza alla genetica. I tassi di natalità pretermine negli stati uniti sono il 48% più alti tra le donne nere non ispaniche rispetto alle donne di altre etnie (Purisch & Gyamfi-Bannerman, 2017).

Il parto pretermine medicalmente indotto è caratterizzato dall'induzione del travaglio con metodi artificiali. Questa tipologia di nascita prematura è consigliata ed utilizzata in caso di severe condizioni mediche, tra cui: eclampsia, distacco della placenta, rottura dell'utero, casi di sofferenza fetale (Ananth e Vintzileos, 2006). Si veda tabella 1.

A livello mondiale si possono osservare delle tendenze differenti:

- i paesi con alto onere presentano bassi tassi di parti medicalmente indotti a causa della scarsa copertura del monitoraggio del decorso della gravidanza e di alti tassi di parti spontanei. Inoltre, non sono disponibili studi basati su popolazione proveniente da paesi a basso o medio reddito; tuttavia, la percentuale varia dal 20% in Sudane Tailandia, al 40% in 51 strutture dell'America latina e in un ospedale a Ghana (Barros e Velez Mdel, 2006; Alhaj et al., 2010; Ip et al., 2010; Nkyekyer et al., 2006).
- Diversamente, in svariati paesi le statistiche stanno subendo degli incrementi causa di politiche aggressive nei confronti del parto cesareo in caso di crescita fetale non adeguata (Joseph et al., 1998, 2002). Un recente studio ha evidenziato che negli Stati Uniti la metà delle nascite pretermine avviene per parto indotto tra la trentaquattresima e trentaseiesima settimana nonostante l'assenza di un'indicazione medica (Gyamfi-Bannerman et al., 2011). Negli anni 2000, in Francia e in USA, circa il 40% delle nascite premature sono state segnalate essere nascite indotte, rispetto al 20% in Scozia e Paesi Bassi. Negli Stati Uniti, queste politiche hanno permesso, oltre all'incremento del tasso di nascite pretermine dal 1990 al 2007, anche il calo della mortalità perinatale (Ananth e Vintzileos, 2006).

In conclusione, le nascite pretermine per parto indotto rappresentano una popolazione clinica relativamente più piccola nei paesi nei quali l'accesso agli strumenti diagnostici è molto limitato.

<b>Tipologia</b>	<b>Fattori di rischio</b>	<b>Esempi</b>
<b>Parto prematuro spontaneo</b>	Età della gravidanza, “ <i>pregnancy spacing</i> ”.	Gravidanza adolescenziale, avanzata, età materna, breve intervallo tra due gravidanze.
	Gravidanze multiple.	
	Infezioni.	Infezioni del tratto urinario, malaria, HIV, sifilide, vaginosi batterica.
	Condizioni mediche croniche materni.	Diabete, ipertensione, anemia, asma, malattia della tiroide.
	Condizioni nutrizionali.	Denutrizione, obesità, carenze di micronutrienti.
	Stile di vita.	Fumo, eccesso di consumo di alcol, utilizzo di droga ricreativa, eccesso di lavoro/attività fisica.
	Salute psicologica della madre.	Depressione, violenza subita.
	Fattori genetici e altro.	Rischi genetici (storie familiari), incompetenza cervicale.
<b>Parto pre termine medicalmente indotto</b>	Induzione medica o parto cesareo per indicazione ostetrica o indicazione fetale.	

Tabella 1: tipologie di parto pretermine e fattori di rischio.

### **1.5. Conseguenze psicologiche della nascita prematura.**

La nascita pretermine è un evento che presenta tra le principali conseguenze anche il possibile impatto negativo nella relazione tra i caregivers e tra le interazioni genitori-figlio (Müller-Nix & Ansermet, 2009). Il parto prematuro è un evento inaspettato che influenza in modo significativo più contesti: la vita personale dei genitori, il rapporto di coppia e il rapporto con la famiglia, specialmente nonni e fratelli del nascituro. La ricerca si è da sempre focalizzata sullo studio degli esiti psicologici del parto pretermine nella madre ma anche i padri risultano essere profondamente segnati da questo evento, spesso descritti come i “genitori dimenticati” (Mancini, 2023). Anche la ricerca italiana pubblicata nel 2016, intitolata “*Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress*” conferma come, non solo le madri, ma altrettanto i padri siano a rischio dopo la nascita prematura. Ulteriori studi hanno evidenziato come il parto pretermine sia in grado di causare anche nei padri sintomi tipici di un trauma: sintomi di evitamento, ostilità, inerzia, depressione, stress (Matricardi, Agostino, Fedeli, & Montiroso, 2013; Miles, Holditch-Davis, Schwartz, & Scher, 2007; Sansavini & Faldella, 2013). La nascita prematura inoltre comporta l’ospedalizzazione del neonato e ciò incrementa il senso di paura dei genitori. Nei reparti di terapia intensiva non sono rare tra i padri le sensazioni di mancanza di controllo e difficoltà nell’assumerlo (Lindberg et al. 2007, Arockiasamy et al. 2008). Diversi studi (Diego, Field, Jones, & Hernandez-Reif, 2006; Feldman & Eidelman, 2007; Müller-Nix & Ansermet, 2009) evidenziano che il carico di disagio emotivo provato da genitori potrebbe avere effetti a lungo termine sulla qualità delle interazioni genitori-bambino nel periodo post-natale. Pertanto, è di fondamentale importanza indirizzare le future ricerche non solo sulla figura materna, ma anche sulla figura paterna poiché come verrà approfondito nel secondo capitolo, essa riveste un ruolo fondamentale.



## **Capitolo 2**

### **La trasformazione del ruolo paterno: storia, cambiamenti e l'importanza del padre nel reparto di terapia intensiva neonatale.**

#### **2.1. Introduzione.**

Nel secondo capitolo dell'elaborato si pone particolare attenzione alla figura paterna e al suo ruolo di fondamentale importanza all'interno del setting neonatale. Con il fine di comprendere l'importanza della figura paterna, la prima parte del capitolo si concentrerà sull'evoluzione del concetto di padre nel corso del tempo e sulla ricerca scientifica che ha indagato questa figura. Infine, verrà trattata l'importanza del coinvolgimento dei padri nel setting neonatale: verranno illustrate le modalità, dirette e indirette, attraverso le quali i padri possono intervenire nel reparto di terapia intensiva neonatale al fine di migliorare le condizioni di salute dei propri figli.

#### **2.2. La paternità: un concetto mutevole nel tempo.**

Il concetto di paternità è estremamente complesso e ricco di sfumature. Nel corso dei secoli ha subito numerose modifiche a seguito di cambiamenti sociali e culturali impattanti e, ancora oggi, continua a evolversi costantemente. In passato il ruolo paterno era caratterizzato principalmente dalla guida morale e dal sostegno economico alla famiglia; negli anni Settanta, a seguito dell'urbanizzazione, della crescita economica e di tendenze sociali che portarono verso l'individualizzazione (Cheal, 2008:34-44) si verificarono i primi cambiamenti salienti: la partecipazione alla famiglia e alla crescita dei figli iniziò ad essere considerata una componente centrale della paternità. Questo cambiamento fu influenzato, oltre che dai fattori menzionati in precedenza, anche dalla Seconda ondata femminista e ai movimenti di mascolinità negli anni '60 e '70, i quali invitarono i padri a partecipare maggiormente e in modo attivo alla cura dei bambini e ai lavori domestici (Becker, 2013). La globalizzazione poi ha contribuito a velocizzare il processo di "dissolvenza patriarcale dei modelli familiari" con conseguente creazione di nuove ideologie di genere (Trask, 2009:185-191). Oggi, la nuova figura del padre, sebbene ci siano delle variazioni culturali, è caratterizzata da padri presenti dalla nascita, partecipi alla cura dei bambini, coinvolti in egual modo sia che si tratti di figlio maschio o femmina. (Palkovitz, 2002: 40-41).

### **2.3. L'evoluzione degli studi sulla paternità.**

Nel 900, a seguito della separazione delle scienze sociali dalla filosofia, biologia e medicina gli studiosi hanno iniziato a riconoscere il ruolo del padre. Tuttavia, la figura del padre era fortemente influenzata dalle concezioni sociali dell'epoca; se consideriamo le teorie psicoanalitiche di Freud, la visione di padre rifletteva le caratteristiche stereotipate associate alla mascolinità dell'epoca: doveva essere psicologicamente forte, decisivo, assertivo, autoritario e dominante nei confronti della famiglia. Il padre rappresentava la figura con cui figli maschi dovevano poi identificarsi. Questa concezione ha caratterizzato gli studi compiuti tra gli anni '20 e '40 focalizzati sul concetto di identificazione; in quel periodo vi era interesse nel comprendere come i bambini si comportassero, agissero o si sentissero simili ai loro padri (Lynn, 1969; Mussen, 1967). La ricerca scientifica è stata poi condizionata dalle conseguenze della Seconda guerra mondiale. John Bowlby, un medico, psicologo e psicoanalista britannico, ad esempio, ha condotto studi sugli effetti della mancanza della figura materna sui bambini cresciuti in orfanotrofi o strutture ospedaliere. Allo stesso modo, un filone della letteratura ha prestato attenzione anche alle conseguenze dell'assenza del padre.: gli studi hanno evidenziato i gravi danni subiti dai ragazzi, a causa dell'assenza del padre dovuta a morte o separazione prolungata (Sears, 1951). Malgrado alcune critiche metodologiche sollevate negli anni '70 (Herzog & Sudia, 1973; Rutter, 1972), i risultati di tali studi non sono stati influenzati. La ricerca sulla mancanza della figura materna ha successivamente portato allo sviluppo della teoria dell'attaccamento di Bowlby e questo ha comportato la sottostima di altre figure importanti come padri, fratelli e coetanei. Negli anni successivi, la letteratura si è focalizzata su studi riguardanti principalmente la quantità di tempo che i padri trascorrevano con i loro figli, trascurando però la qualità dell'interazione; questa visione limitata ha impedito l'analisi di come i padri potessero contribuire al benessere dei loro figli attraverso modalità differenti, ad esempio, fornendo aiuto finanziario o supporto emotivo alla madre. Solo negli ultimi decenni la ricerca scientifica si è intensificata, superando la dicotomia del padre assente o presente ed evidenziando quanto sia determinante il sostegno paterno in tutte le sue forme. Studi recenti indicano come nelle prime fasi dello sviluppo la presenza del padre possa portare ad esiti positivi nella sfera affettiva, sociale, comportamentale, psicologica, cognitiva e neurologica (Craig et al., 2018). La presenza



del padre può determinare outcome positivi anche nell'interazione precoce tra madre e bambino (Yogman et al., 2016).

#### **2.4. Il coinvolgimento dei padri nel setting neonatale.**

Attualmente il coinvolgimento dei padri nella cura dei bambini supera quello delle generazioni precedenti (Craig and Mullan, 2010) e questa tendenza si estende anche in ambito neonatale. In caso di nascita prematura, la figura del padre riveste un ruolo di estrema importanza: spesso è il primo a incontrare il neonato nel reparto di terapia intensiva neonatale, raccogliendo informazioni circa le condizioni di salute e le cure necessarie, facendosi poi da portavoce agli altri membri della famiglia (Baldoni et al., 2021). La presenza e il coinvolgimento attivo del padre durante il periodo di ospedalizzazione nel reparto di terapia intensiva neonatale possono portare ad un significativo impatto sulla salute e sugli esiti dello sviluppo del proprio figlio (Filippa et al., 2021) e contribuiscono a creare un ambiente stabile e di sostegno anche per la madre. La revisione di Filippa e Colleghi, intitolata: *“Systematic review shows the benefits of involving the fathers of preterm infants in early interventions in neonatal intensive care units”* e pubblicata nel 2021, ha evidenziato come gli interventi paterni nei reparti di terapia intensiva neonatale siano limitati alla *“Skin to Skin Therapy”* o alla stimolazione tattile. Su 14 studi selezionati, con popolazione di 511 neonati pretermine (nati tra le 28 e 37 settimane di gestazione) e 478 padri, 10 prevedevano l'uso della *“Skin to Skin Care”*, questo a causa della sottovalutazione della potenzialità dei padri, con conseguenza lo scarso utilizzo di tipologie di intervento differenti. La *“Skin to Skin Care”*, una tecnica che consiste nel posizionare il neonato a contatto diretto con la pelle di uno dei due genitori per favorire l'interazione e in legame, però non è l'unica modalità con i quali i padri possono supportare la sana crescita nel bambino nel reparto neonatale: esistono numerose forme di supporto, dalle più dirette a quelle più indirette che svolgono un ruolo di importanza nella crescita del figlio.

#### **2.4.1. Modalità dirette di supporto per i bambini prematuri nel reparto di terapia intensiva neonatale.**

Tra le modalità di supporto dirette alla crescita del bambino rientrano: l'uso della stimolazione tattile e stimoli olfattivi, l'utilizzo del linguaggio verbale, frequenti visite al reparto di neonatologia e infine la *Kangaroo Father Care*.

- **Stimolazione tattile e stimoli olfattivi:** recenti studi hanno dimostrato che dieci minuti al giorno di stimolazione tattile, come carezze al neonato, da parte dei padri per almeno cinque giorni possano stabilizzare lo status psicologico del neonato, il battito cardiaco, il respiro e la saturazione dell'ossigeno (Kim and Bang, 2018). Inoltre, fornire ai neonati un pezzo di stoffa con l'odore del genitore può facilitare il legame genitore-bambino (Bruce et al., 2021).
- **Uso del linguaggio e della voce:** già dalla ventiseiesima settimana di gestazione i bambini iniziano a reagire ai primi suoni. I bambini prematuri che alla nascita fanno esperienza della terapia intensiva sono esposti a molti rumori artificiali, a differenza dei bambini con parto gestazionale completo (Wachman and Lahav, 2011). L'ascolto delle voci dei genitori durante l'ospedalizzazione migliora lo stato comportamentale dei bambini, i quali risultano più tranquilli, vigili e con una risposta emozionale positiva (Filippa et al., 2018).
- **Visite frequenti nel reparto di terapia intensiva:** la ricerca ha evidenziato che la frequenza delle visite paterne è un fattore determinante della qualità dello sviluppo del bambino: i bambini tendono a registrare un aumento di peso, hanno maggiore probabilità di essere dimessi prima dall'ospedale e presentano un migliore sviluppo sociale e adattivo (Levy-Shiff et al., 1990).
- **Kangaroo father care:** L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'utilizzo di questa pratica come parte delle cure di routine per i neonati che pesano fino ai due kilogrammi alla nascita. Tale pratica dovrebbe essere prolungata fino al raggiungimento delle 40 settimane (Chavula et al., 2020; Logan and Dormire, 2018). L'intervento prevede

che il bambino venga tenuto sul petto del genitore pelle a pelle; nonostante sia a basso costo, i risultati sono eccezionali: promuove la stabilità respiratoria e del battito cardiaco, l'aumento di peso, migliora la temperatura corporea, riduce le risposte di dolore a seguito di procedure mediche, favorisce lo sviluppo neurologico e migliora l'allattamento in termini di assunzione e durata (Charpak et al., 2005; Hardin et al., 2020; Head, 2014; Johnston et al., 2003; Ludington-Hoe and Swinth, 1996). Inoltre, gli effetti positivi sono osservabili anche a distanza di vent'anni: i ragazzi dimostrano avere livelli più bassi di iperattività, aggressività, esternalizzazione e comportamenti socialmente devianti rispetto ai neonati prematuri che non hanno fatto esperienza della *Kangaroo Care* (Charpak et al., 2017). La *Kangaroo Care*, intervento inizialmente progettato sulla figura materna, negli ultimi anni ha iniziato ad essere adottato nei reparti di terapia intensiva anche con i padri, rivelando risultati positivi simili.

È importante ricordare che l'attuazione di queste pratiche, oltre ad essere vantaggiosa per il bambino, comporta dei benefici significativi anche per il padre poiché anche la sua salute psicologica viene messa a dura prova. In particolare, l'utilizzo della *Kangaroo Father Care* comporta un miglioramento nella fiducia nel ruolo genitoriale, crea un legame più solido tra padre e bambino, riduce lo stress paterno e instaura un maggiore senso di realtà e di consapevolezza nell'essere padre (Zeng et al., 2023).

#### **2.4.2. Modalità indirette di supporto per i bambini prematuri nel reparto di terapia intensiva neonatale.**

In aggiunta al supporto diretto esistono anche modalità indirette che contribuiscono positivamente allo sviluppo del bambino (Smith et al., 2006). Come precedentemente evidenziato, in passato, la letteratura ne ha sottovalutato l'importanza, anche se questi approcci dovrebbero essere considerati altrettanto rilevanti.

- **alleanza presente nel rapporto genitoriale:** le relazioni sane tra i genitori sono associate a un miglioramento del bambino durante il ricovero nel reparto di terapia intensiva. I genitori con una buona alleanza genitoriale presentano maggiore consapevolezza su come supportarsi (Fisher et al., 2018). Una buona alleanza permette al padre di essere più sensibile e attento

ai bisogni del proprio partner e permette di prendersi cura dei figli con maggiore attenzione e impegno (Baldoni et al., 2021). La buona cooperazione tra i genitori ha conseguenze positive per diverse ragioni: riduce lo stress psicosociale del bambino, migliorano i parametri vitali quali l'aumento di peso e la saturazione dell'ossigeno (Fisher et al., 2018) In aggiunta, poiché anche le neomamme ne traggono beneficio migliora anche composizione del latte materno.

- **Gestione delle responsabilità domestiche e supporto finanziario:** in letteratura molti studi hanno evidenziato che il coinvolgimento del padre nelle responsabilità domestiche e nella cura di altri figli può alleviare il carico del lavoro della madre, ciò consente alle madri di ottimizzare il rapporto tra madre e bambino prematuro, in modo da favorirne lo sviluppo. Anche il sostegno finanziario risulta importante per far fronte alle numerose spese mediche.
- **Supporto alle pratiche di alimentazione:** la ricerca ha dimostrato che, quando i padri offrono supporto nei confronti delle madri e dimostrano comprensione nell'importanza delle pratiche di allattamento, le madri si impegnano maggiormente nelle pratiche di estrazione del latte e di allattamento (Lucas et al., 2014), ciò risulta essere un vantaggio per i figli poiché possono beneficiare dell'assunzione di un latte materno ricco di elementi nutritivi che ne favoriscono la crescita.





## Capitolo 3

### **Ostacoli all'accesso nel reparto di terapia intensiva neonatale e interventi clinici di gestione e prevenzione della sintomatologia negativa nei padri.**

#### **3.1. Introduzione.**

Il capitolo conclusivo di questo elaborato si concentrerà sull'analisi dei fattori sociali, culturali e psicologici che comunemente ostacolano la figura del padre nel reparto di terapia intensiva neonatale. Nonostante la limitata disponibilità di studi su questo argomento, verranno illustrati quali interventi clinici risultano essere positivi per prevenire e gestire sintomatologia negativa dei padri, favorendo così il loro coinvolgimento attivo nella crescita e nel benessere dei figli.

#### **3.2. Fattori ostacolanti all'accesso dei padri nei reparti di terapia intensiva neonatale.**

L'accesso dei padri al reparto di terapia intensiva neonatale è spesso ostacolato da una serie di fattori che influenzano la loro partecipazione attiva nella cura e nel sostegno dei loro neonati prematuri. È importante comprendere questi ostacoli psicologici, sociali e culturali, per abbatterli e così promuovere un coinvolgimento paterno più significativo e migliorare l'esperienza complessiva per i neonati, i padri e famiglie.

- **Limitazioni del congedo parentale:** nonostante ci siano stati dei progressi riguardo al congedo parentale, quel periodo di congedo dal lavoro con conseguente diminuzione e/o annullamento della paga per prendersi cura del figlio, si tratta di un diritto che presenta ancora numerose limitazioni. Nella maggior parte degli Stati Europei è previsto il congedo di paternità, un periodo di tempo disponibile per i padri, solitamente da utilizzare in seguito alla nascita del bambino; le disposizioni variano di paese in paese e non è sempre ben retribuito. Solitamente i padri fanno uso del congedo di paternità ma raramente estendono questo periodo (Van Belle 2016). Negli Stati Uniti, paese con un alto tasso di nascite premature, esiste un periodo di congedo chiamato "*length of leave*" che prevede dodici settimane di assenza da lavoro

spendibili in un anno; per tale periodo non è presente nessun tipo di retribuzione e questo ne rende difficile l'utilizzo.

- **Concezioni sociali circa la figura paterna:** anche le concezioni sociali riguardanti il ruolo paterno possono costituire un ostacolo significativo. Nonostante i cambiamenti in corso nella società, persiste ancora l'idea che la crescita dei figli sia una responsabilità femminile. Questa mentalità patriarcale può danneggiare gli uomini inducendoli a sentirsi inadeguati nel sostenere la crescita e prendersi cura del loro bambino. Studi dimostrano che i padri che non si ritengono in grado di prendersi cura del neonato o che considerano la cura del bambino a carico del personale infermieristico o della madre sono meno propensi a visitare il reparto e ad avere contatti diretti con il neonato (Lee et al., 2009). Risulta quindi cruciale decostruire questo sistema di idee per permettere ai padri di sentirsi all'altezza dell'incarico.
- **Salute mentale dei padri:** per anni la ricerca circa i disturbi affettivi perinatali, in particolare la depressione post partum, si è focalizzata sulla madre. Ciò è stato determinato da diversi fattori, tra cui:
  - Per decenni la gravidanza e la nascita sono state considerate un argomento prevalentemente femminile. Questo fenomeno noto come "*maternal gatekeeping*" ha portato alla svalutazione della figura paterna anche da parte dello staff medico e dai professionisti.
  - Gli uomini, per motivi sociali e culturali, tendono ad esprimere le emozioni e le possibili difficoltà, in maniera differente rispetto alle donne. I disturbi affettivi perinatali maschili, di conseguenza, sono stati da sempre considerati clinicamente meno gravi e più trascurati.

In aggiunta, il Covid-19 non ha apportato dei miglioramenti. Durante il periodo di picco della pandemia nel 2020, i reparti di terapia intensiva neonatali hanno adottato politiche molto rigide e restrittive; ad oggi non è ancora stato quantificato l'impatto a lungo termine della partecipazione limitata dei genitori nei reparti di terapia intensiva a causa del Covid-19. Sebbene ora le restrizioni più severe siano diminuite, alcuni reparti intensivi continuano a mantenere orari di visita modificati. È di grande importanza



permettere ai padri di vivere l'esperienza nel reparto di terapia intensiva neonatale e abbattere i fattori che ostacolano il loro accesso poiché tale accesso consente loro anche di apprendere come supportare lo sviluppo dei loro neonati sotto la supervisione di professionisti sanitari specializzati. Questa esperienza permette ai padri di acquisire conoscenze e competenze necessarie per sentirsi più preparati nel fornire il sostegno necessario anche dopo la dimissione del neonato (Hearn et al., 2020).

### **3.3. Interventi psicologici progettati per supportare i padri.**

Per sostenere i padri, prevenire possibili disturbi affettivi perinatali con il fine di promuovere il loro coinvolgimento attivo nella cura dei neonati prematuri, ci si può avvalere di diversi interventi. Tra le attività di maggiore rilievo possiamo evidenziare:

- **Interventi di mindfulness e rilassamento:** la mindfulness, una forma di meditazione, è risultata efficace per diminuire “i sintomi di stress, depressione, ansia e rabbia, migliorare la qualità della vita, il benessere, la compassione verso sé stessi e il sonno negli adulti” (Chiesa & Seretti 2009; Khoury et al, 2015). Un recente studio condotto in Grecia da Fotiou e colleghi (Fotiou et al, 2016) ha esaminato l'effetto di un intervento, il quale prevedeva l'integrazione di tre esercitazioni di rilassamento in un training informativo indirizzato ai genitori di neonati prematuri ospedalizzati. Ai genitori sono stati insegnati tre esercizi: la respirazione diaframmatica, il rilassamento progressivo dei muscoli ed esercizi di immaginazione guidata. È stato consigliato ai genitori di utilizzare queste pratiche due volte al giorno sia durante il ricovero sia in seguito alla dimissione del neonato. I risultati hanno dimostrato che rispetto al gruppo di controllo, il quale aveva partecipato a corsi focalizzati sull'educazione dei figli senza l'inclusione di esercizi di rilassamento, i genitori che avevano seguito il programma di mindfulness hanno riportato un calo dell'ansia di tratto a distanza di tre mesi dalla dimissione nel neonato.
- **Interventi di arte-terapia:** recentemente, la letteratura ha incominciato ad esplorare l'uso di arti espressive per ridurre lo stress. Uno studio condotto da Mouradian e Colleghi (Mouradian et al., 2013) ha evidenziato come l'impiego di tali pratiche, in particolare lo

*scrapbooking*, una tecnica creativa che consente di personalizzare album e fogli attraverso l'uso di immagini e materiali ornamentali con differenti texture, non solo porti a una riduzione dell'ansia di stato, ma anche ad una significativa diminuzione dell'ansia di tratto. Anche le tecniche artistiche permettono la creazione di spazi dedicati ai genitori e ne promuovono la connessione.

- **Interventi psicoterapici:** tra gli interventi studiati per migliorare il supporto ai padri di bambini ricoverati nei reparti di terapia intensiva è stata esplorata l'efficacia di interventi basati sulla psicoterapia. Thomson-Salo e Colleghi (Thomson-Salo et al., 2017) hanno pubblicato un articolo che descrive l'implementazione di un gruppo settimanale dedicato ai padri, creato dallo staff di un reparto di terapia intensiva neonatale australiano, con l'obiettivo di ridurre lo stress paterno vissuto nel periodo perinatale. L'intervento prevedeva sessioni di due ore ed era aperto a tutti i padri di neonati nel reparto di terapia intensiva. Agli incontri erano presenti un neonatologo e uno psicologo specializzato. Durante gli incontri sono stati affrontati diversi temi, tra cui: la relazione dei padri con il proprio partner, la gestione del lavoro e altre responsabilità al di fuori del reparto di terapia intensiva e l'elaborazione del lutto per la perdita di una gravidanza "normale". Queste sessioni permettevano ai padri di connettersi tra loro grazie alla condivisione dell'esperienza traumatica vissuta. I feedback ottenuti sono stati positivi, i padri hanno riportato sentirsi più connessi con il neonato.
- **Programmi di supporto con i pari:** diversi studi hanno dimostrato che la creazione di spazi sicuri, anche virtuali, che permettono la condivisione di esperienze e difficoltà tra genitori, possono ridurre il disagio provato dai padri che hanno affrontato le conseguenze psicologiche di avere il proprio figlio ricoverato nel reparto di terapia intensiva. Uno studio condotto da Rackham e Morgan (Rackham et Morgan, 2017) ha descritto i risultati positivi di un gruppo di supporto settimanale creato specificamente per i genitori nel Regno Unito che hanno vissuto tale l'esperienza. Successivamente, in seguito alla crescita di partecipanti, è

stato creato un gruppo anche a livello nazionale chiamato "*NeoMatesUK*", con l'apertura di una pagina Facebook e un account Twitter. I feedback raccolti hanno indicato che, nonostante il sostegno fosse virtuale, i genitori partecipanti si sono sentiti molto più supportati rispetto al passato e hanno sperimentato una diminuzione dei sentimenti di isolamento. La creazione di un ambiente di supporto virtuale ha permesso ai genitori di connettersi tra loro, condividere le proprie esperienze e ottenere un sostegno emotivo prezioso. Questi risultati suggeriscono che non solo i gruppi di ascolto più tradizionali possono avere un impatto significativo sulla riduzione del disagio e dell'isolamento che i padri possono affrontare.

Gli interventi psicologici possono essere organizzati in tre livelli: universali, mirati e clinici. Gli interventi definiti "universali", quali gruppi di supporto, possono risultare vantaggiosi per i padri lavoratori che spesso non possono essere presenti alle sessioni di terapie condotte in ospedale. Gli "interventi mirati", come gli interventi mindfulness o arte terapia, risultano essere adatti per i padri che presentano sintomi o a rischio elevato di sviluppare disturbi perinatali. L'obiettivo finale è quello di ridurre la sintomatologia negativa e aumentare la consapevolezza, l'autoefficacia e la gestione dello stress. Infine, gli interventi a stampo clinico sono riservati ai padri con rischio elevato di sviluppare sintomi gravi o che mostrano un immediato bisogno di supporto; tali interventi individuali forniscono uno spazio clinico personale. Purtroppo, questi programmi non sono economicamente vantaggiosi all'interno di un contesto ospedaliero e richiedono personale con formazione specifica.



## **Conclusione.**

Lo scopo di questo elaborato consiste nell'esaminare in che modo il ruolo del padre possa influire positivamente sulla crescita del neonato prematuro ospedalizzato in unità di terapia intensiva neonatale. L'analisi delle fonti letterarie ha evidenziato che i padri attraversano anch'essi un periodo di sfide e che la loro presenza può costituire un vantaggio significativo. Attualmente, è presente una mancanza di approfondimento nella ricerca scientifica sull'impatto psicologico della nascita prematura nei padri: la maggior parte degli studi si concentra principalmente sulla figura della madre o su entrambi i genitori. Tuttavia, gli studi recenti concordano sul fatto che questo fenomeno può comportare livelli clinici significativi di disagio anche nei padri; ciò può rappresentare un ostacolo per i padri nel sostenere lo sviluppo del bambino sia nel reparto di terapia intensiva, sia nel contesto familiare, una volta dimessi dal reparto. Alla luce di ciò, risulta quindi fondamentale continuare la ricerca sull'impatto psicologico della nascita prematura anche nei padri; i risultati di tali studi sarebbero utili non solo per la loro salute mentale, ma anche per i figli che beneficerebbero nell'essere cresciuti da una figura paterna equilibrata e presente alla crescita. È fondamentale riconoscere il ruolo del padre fin dai primi istanti, è necessario modificare il nostro approccio e la prospettiva con cui affrontiamo la nascita. Dovremmo superare l'idea della nascita come argomento prettamente femminile e relegato alle madri, imparando a riconoscere la figura paterna, educandola anch'essa alla nascita e valorizzandola. Dovremmo imparare a considerare anche i padri come individui che vivono la fragilità e la vulnerabilità che l'evento di un parto prematuro può portare, consentendo loro di esprimere questa fragilità, fornendo spazi dedicati e interventi psicologici appositamente progettati. È essenziale inoltre considerare anche l'importanza del personale medico e sanitario, il quale deve essere dotato, oltre che di una forte preparazione medica, anche una preparazione psicologica adeguata e aggiornata, che consenta di comunicare nel modo corretto con i padri, offrendo loro un sostegno tangibile e facendoli sentire accompagnati anziché soli. La presenza di uno psicologo in un simile contesto risulta preziosa non solo per sviluppare progetti ed interventi a supporto dei padri, ma anche per formare e assistere i colleghi, tra cui medici, ostetriche e infermieri, a interpretare nel modo corretto le reazioni emotive, in quanto risultano essere le figure sanitarie che più interagiscono con i padri in caso di parto prematuro.



## Bibliografia e Sitografia:

- “Preterm Birth”, World Health Organization, 10/03/2023, [Preterm birth \(who.int\)](https://www.who.int).
- Alhaj, A. M., Radi, E. A., & Adam, I. (2010). Epidemiology of preterm birth in Omdurman Maternity hospital, Sudan. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 23(2), 131–134. <https://doi.org/10.3109/14767050903067345>
- Ananth, C. V., & Vintzileos, A. M. (2006). Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 19(12), 773–782. <https://doi.org/10.1080/14767050600965882>
- Arockiasamy, V., Holsti, L., & Albersheim, S. (2008). Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics*, 121(2), e215–e222. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1005>
- Baldoni, F., Ancora, G., & Latour, J. M. (2021). Being the Father of a Preterm-Born Child: Contemporary Research and Recommendations for NICU Staff. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 724992. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.724992>
- Barros, F. C., & Vélez, M.delP. (2006). Temporal trends of preterm birth subtypes and neonatal outcomes. *Obstetrics and gynecology*, 107(5), 1035–1041. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000215984.36989.5e>
- Becker, G. S. (2013). *The economic approach to human behavior*. University of Chicago press.

- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A. B., Narwal, R., Adler, A., Vera Garcia, C., Rohde, S., Say, L., & Lawn, J. E. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet (London, England)*, 379(9832), 2162–2172. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60820-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60820-4)
- Blomqvist, Y. T., Rubertsson, C., Kylberg, E., Jöreskog, K., & Nyqvist, K. H. (2012). Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role: Kangaroo Mother Care helps fathers gain confidence in the paternal role. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 1988–1996. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x>
- Bruce, E., Ahnlund, A.-E., & Svennberg, E. (2022). Swedish neonatal nurses' experiences of enhancing attachment to children born prematurely. *Journal of Neonatal Nursing*, 28(5), 344–348. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.09.006>
- Charpak, N., Ruiz, J. G., Zupan, J., Cattaneo, A., Figueroa, Z., Tessier, R., Cristo, M., Anderson, G., Ludington, S., Mendoza, S., Mokhachane, M., & Worku, B. (2005). Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 94(5), 514–522. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2005.tb01930.x>
- Charpak, N., Tessier, R., Ruiz, J. G., Hernandez, J. T., Uriza, F., Villegas, J., Nadeau, L., Mercier, C., Maheu, F., Marin, J., Cortes, D., Gallego, J. M., & Maldonado, D. (2017). Twenty-year Follow-up of Kangaroo Mother Care Versus Traditional Care. *Pediatrics*, 139(1), e20162063. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2063>
- Chavula, K., Guenther, T., Valsangkar, B., Lwasha, V., Banda, G., Bøe Wensaas, M., Luhanga, R., Chimtembo, L., Kinney, M. V., & Dube, Q. (2020). Improving Skin-to-Skin Practice for babies in Kangaroo Mother Care in Malawi through the use of a customized baby wrap: A



- randomized control trial. *PloS one*, 15(3), e0229720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229720>
- Cheal, D. (2008). *Families in Today's World: A Comparative Approach* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203007211>
  - Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of alternative and complementary medicine* (New York, N.Y.), 15(5), 593–600. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495>
  - Craig, A. G., Thompson, J. M. D., Slykerman, R., Wall, C., Murphy, R., Mitchell, E. A., & Waldie, K. E. (2018). *The Long-term Effects of Early Paternal Presence on Children's Behavior*. *Journal of Child and Family Studies*, 27(11), 3544–3553. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1206-1>
  - Craig, L., & Mullan, K. (2010). Parenthood, gender and work-family time in the United States, Australia, Italy, France, and Denmark. *Journal of Marriage and Family*, 72(5), 1344–1361. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00769.x>
  - Diego, M. A., Field, T., Jones, N. A., & Hernandez-Reif, M. (2006). Withdrawn and intrusive maternal interaction style and infant frontal EEG asymmetry shifts in infants of depressed and non-depressed mothers. *Infant behavior & development*, 29(2), 220–229. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2005.12.002>
  - Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2007). Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: the role of neonatal vagal tone. *Developmental psychobiology*, 49(3), 290–302. <https://doi.org/10.1002/dev.20220>
  - Filippa, M., Gratier, M., Devouche, E., Grandjean, D., 2018. *Changes in infant-directed speech and song are related to preterm infant facial*

*expression in the neonatal intensive care unit. Interact. Stud.* 19, 427–444.

- Filippa, M., Saliba, S., Esseily, R., Gratier, M., Grandjean, D., & Kuhn, P. (2021). Systematic review shows the benefits of involving the fathers of preterm infants in early interventions in neonatal intensive care units. *Acta Paediatrica*, 110(9), 2509–2520. <https://doi.org/10.1111/apa.15961>
- Fisher, D., Khashu, M., Adama, E. A., Feeley, N., Garfield, C. F., Ireland, J., Koliouli, F., Lindberg, B., Nørgaard, B., Provenzi, L., Thomson-Salo, F., & Van Teijlingen, E. (2018). Fathers in neonatal units: Improving infant health by supporting the baby-father bond and mother-father coparenting. *Journal of Neonatal Nursing*, 24(6), 306–312. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.08.007>
- Fotiou, C., Vlastarakos, P. V., Bakoula, C., Papagaroufalis, K., Bakoyannis, G., Darviri, C., & Chrousos, G. (2016). Parental stress management using relaxation techniques in a neonatal intensive care unit: A randomised controlled trial. *Intensive & critical care nursing*, 32, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.006>
- Gyamfi-Bannerman, C., Fuchs, K. M., Young, O. M., & Hoffman, M. K. (2011). Nonspontaneous late preterm birth: etiology and outcomes. *American journal of obstetrics and gynecology*, 205(5), 456.e1–456.e4566. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.08.007>
- Hardin, J. S., Jones, N. A., Mize, K. D., & Platt, M. (2020). Parent-Training with Kangaroo Care Impacts Infant Neurophysiological Development & Mother-Infant Neuroendocrine Activity. *Infant behavior & development*, 58, 101416. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.101416>
- Head L. M. (2014). The effect of kangaroo care on neurodevelopmental outcomes in preterm infants. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 28(4), 290–E4. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000062>

- Hearn, G., Clarkson, G., & Day, M. (2020). The Role of the NICU in Father Involvement, Beliefs, and Confidence: A Follow-up Qualitative Study. *Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 20(1), 80–89. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000665>
- Herzog, E., & Sudia, C. (1973). *Children in fatherless families*. In B. M. Caldwell & H. N. Ricciuti (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 3, pp. 141-232). Chicago: University of Chicago Press
- Ionio, C., Colombo, C., Brazzoduro, V., Mascheroni, E., Confalonieri, E., Castoldi, F., & Lista, G. (2016). Mothers and fathers in NICU: The impact of preterm birth on parental distress. *Europe's Journal of Psychology*, 12(4), 604–621. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i4.1093>
- Ip, M., Peyman, E., Lohsoonthorn, V., & Williams, M. A. (2010). A case-control study of preterm delivery risk factors according to clinical subtypes and severity. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 36(1), 34–44. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2009.01087.x>
- Johnston, C. C., Stevens, B., Pinelli, J., Gibbins, S., Filion, F., Jack, A., Steele, S., Boyer, K., & Veilleux, A. (2003). Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 157(11), 1084–1088. <https://doi.org/10.1001/archpedi.157.11.1084>
- Joseph, K. S., Demissie, K., & Kramer, M. S. (2002). Obstetric intervention, stillbirth, and preterm birth. *Seminars in perinatology*, 26(4), 250–259. <https://doi.org/10.1053/sper.2002.34769>
- Joseph, K. S., Kramer, M. S., Marcoux, S., Ohlsson, A., Wen, S. W., Allen, A., & Platt, R. (1998). Determinants of preterm birth rates in Canada from 1981 through 1983 and from 1992 through 1994. *The New England journal of medicine*, 339(20), 1434–1439. <https://doi.org/10.1056/NEJM199811123392004>

- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 78(6), 519–528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Kim, H. Y., & Bang, K. S. (2018). The effects of enteral feeding improvement massage on premature infants: A randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), 92–101. <https://doi.org/10.1111/jocn.13850>
- Lamb, M. E. (2000). The History of Research on Father Involvement: An Overview. *Marriage & Family Review*, 29(2–3), 23–42. [https://doi.org/10.1300/J002v29n02\\_03](https://doi.org/10.1300/J002v29n02_03)
- Lee, T. Y., Lin, H. R., Huang, T. H., Hsu, C. H., & Bartlett, R. (2009). Assuring the integrity of the family: being the father of a very low birth weight infant. *Journal of clinical nursing*, 18(4), 512–519. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02487.x>
- Levy-Shiff, R., Hoffman, M. A., Mogilner, S., Levinger, S., & Mogilner, M. B. (1990). Fathers' Hospital Visits to Their Preterm Infants as a Predictor of Father-Infant Relationship and Infant Development. *Pediatrics*, 86(2), 289–293. <https://doi.org/10.1542/peds.86.2.289>
- Levy-Shiff, R., Hoffman, M. A., Mogilner, S., Levinger, S., & Mogilner, M. B. (1990). Fathers' hospital visits to their preterm infants as a predictor of father-infant relationship and infant development. *Pediatrics*, 86(2), 289–293.
- Lindberg, B., Axelsson, K., & Öhring, K. (2007). The birth of premature infants: Experiences from the fathers' perspective. *Journal of Neonatal Nursing*, 13(4), 142–149. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2007.05.004>
- Logan, R. M., & Dormire, S. (2018). Finding My Way: A Phenomenology of Fathering in the NICU. *Advances in neonatal care* :

- official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 18(2), 154–162. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000471>
- Lucas, R., Paquette, R., Briere, C. E., & McGrath, J. G. (2014). Furthering our understanding of the needs of mothers who are pumping breast milk for infants in the NICU: an integrative review. *Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 14(4), 241–252. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000110>
  - Ludington-Hoe, S. M., & Swinth, J. Y. (1996). Developmental aspects of kangaroo care. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 25(8), 691–703. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb01483.x>
  - Lynn, D. B. (1969). *Parental and sex-role identification*. Berkeley, CA: McCutchan Publishing
  - Mancini, V. O. (2023). The role of fathers in supporting the development of their NICU infant. *Journal of Neonatal Nursing*, S1355184123000340. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2023.02.008>
  - Matricardi, S., Agostino, R., Fedeli, C., & Montirosso, R. (2013). Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 102(1), 8–14. <https://doi.org/10.1111/apa.12058>
  - Miles, M. S., Holditch-Davis, D., Schwartz, T. A., & Scher, M. (2007). Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 28(1), 36–44. <https://doi.org/10.1097/01.DBP.0000257517.52459.7a>
  - Mouradian, L. E., DeGrace, B. W., & Thompson, D. M. (2013). Art-based occupation group reduces parent anxiety in the neonatal intensive care unit: a mixed-methods study. *The American journal of occupational*

*therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 67(6), 692–700. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.007682>

- Müller-Nix, C., & Ansermet, F. (2009). Prematurity, risk and protective factors. In C. H. Zeanah, Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (3rd ed.). New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Mussen, P. H. (1967). Early socialization: Learning and identification. In T. M. Newcomb (Ed.), *New directions in psychology* (Vol. III, pp. 51-110). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Nkyekyer, K., Laryea, C., & Boafor, T. (2010). Singleton preterm births in Korle bu teaching hospital, Accra, Ghana – origins and outcomes. *Ghana Medical Journal*, 40(3). <https://doi.org/10.4314/gmj.v40i3.55260>
- Ocampo, M. J., Tinero, J. A., & Rojas-Ashe, E. E. (2021). Psychosocial interventions and support programs for fathers of NICU infants – A comprehensive review. *Early Human Development*, 154, 105280. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105280>
- Palkovitz, R. (2002). Involved fathering and child development: Advancing our understanding of good fathering. *Handbook of father involvement: Multidisciplinary perspectives*, 119-140
- Purisch, S. E., & Gyamfi-Bannerman, C. (2017). Epidemiology of preterm birth. *Seminars in Perinatology*, 41(7), 387–391. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.07.009>
- Rackham, O. J., & Morgan, J. (2017). G15 Neomates - a parents' peer support group with a difference. *Archives of Disease in Childhood, Suppl.1*, 102 <https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313087.15>
- Rutter, M. (1972). *Maternal deprivation reassessed*. Harmondsworth, England: Penguin

- Sansavini, A., & Faldella, G. (2013). *Lo sviluppo dei bambini nati pretermine. Aspetti neuropsicologici, metodi di valutazione e interventi*. Franco Angeli.
- Sears, P. S. (1951). Doll play aggression in normal young children: Influence of sex, age, sibling status, father's absence. *Psychological Monographs: General and Applied*, 65(6), i–42. <https://doi.org/10.1037/h0093598>
- Smith, J. R., Jamerson, P. A., Bernaix, L. W., Schmidt, C. A., & Seiter, L. (2006). Fathers' perceptions of supportive behaviors for the provision of breast milk to premature infants. *Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 6(6), 341–348. <https://doi.org/10.1016/j.adnc.2006.08.005>
- Thomson-Salo, F., Kuschel, C. A., Kamlin, O. F., & Cuzzilla, R. (2017). A fathers' group in NICU: Recognising and responding to paternal stress, utilising peer support. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(6), 294–298. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.04.001>
- Tingting, T. (n.d.). *Literature Review on Shifting Fatherhood*.
- Trask, B. (2009). *Globalization and families: Accelerated systemic social change*. Springer Science & Business Media
- Van Belle, J. (2016). *Paternity and parental leave policies across the European Union*. RAND Corporation. <https://doi.org/10.7249/RR1666>
- Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Moller, A.-B., Watananirun, K., Bonet, M., & Lumbiganon, P. (2018). The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 52, 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003>
- Wachman, E. M., & Lahav, A. (2011). The effects of noise on preterm infants in the NICU. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 96(4), F305–F309. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.182014>

- World Health Organization. (2012). *Born too soon: The global action report on preterm birth*. 112.
- Yogman, M., Garfield, C. F., & COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH (2016). Fathers' Roles in the Care and Development of Their Children: The Role of Pediatricians. *Pediatrics*, 138(1), e20161128.  
<https://doi.org/10.1542/peds.2016-1128>
- Zeng, X., Li, L., Wu, X., Tian, Y., Gao, D., & Hu, X. (2023). *Qualitative study on the experience of fathers involved in kangaroo care of premature infants*. *Journal of Neonatal Nursing*, 29(4), 657–661.  
<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.12.001>