**Министерство социальной защиты Алтайского края**

**Краевой кризисный центр для женщин**

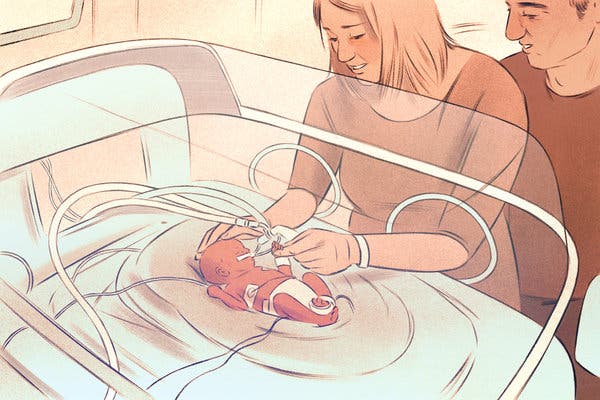
**ПРОГРАММА**

**по формированию ответственного отношения**

**к материнству и укрепления материнских чувств**

**«Я люблю тебя»**

**(работа с женщинами, родившими недоношенных детей)**



Составитель

**Эндерс Евгения Сергеевна**,

психолог

**Содержание**

1. **Пояснительная записка…………………………………………** 3

1.1. Актуальность программы……………………………………………3

1.2. Цель, задачи и принципы……………………………………………5

1.3. Характеристика целевой группы……………………………………6

1.4. Этапы реализации программы………………………………………6

1.5. Ожидаемые результаты………………………………………….…..6

**II. Методические рекомендации………………………...…………**8

2.1. Место проведения и оборудование…………………………………8

2.2. Требования к специалистам…………………………………………8

2.3. Кадровый состав……………………………………………………...9

* 1. Проведение экстренной социально-психологической помощи женщинам, преждевременно родившим ребёнка…………………………….9

**III. Список литературы…………………………………….………..**22

Приложение. Рекомендации для мам недоношенных детей……………….24

**Пояснительная записка**

* 1. **Актуальность программы**

В настоящее время недоношенные дети составляют от 6 до 8% от числа родившихся детей, особые трудности для выхаживания новорожденных этой категории создают дети, родившиеся глубоко и экстремально недоношенными. В мировой и российской практике активно разрабатываются методики оказания помощи недоношенным детям. Однако, очевидно, что в помощи нуждаются не только сами дети, но и их матери и члены их семей.

При рождении недоношенного или «маловесного» ребенка, у женщины возникает повышенное чувство тревоги за здоровье и жизнь своего малыша, а также может возникнуть чувство вины и неполноценности. Уход за недоношенным ребенком требует больших усилий со стороны мамы, и её психологическое состояние может сильно влиять на способность эти усилия прикладывать.

Значительный вклад в изучение роли матери в образовании ранних личностных структур и психическом развитии младенца, осознание включения *раннего вмешательства* как одного из направлений психологической деятельности в учреждениях родовспоможения и детства, коррекции ранних нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья внесли зарубежные и отечественные исследования, научные теории: положения о социальности развития младенцев (Л. С. Выготский); теория влияния раннего эмоционального опыта ребенка на его дальнейшее развитие (Дж. Боулби, Д. Винникотт, М. Айнсворт); теория психологии младенчества и генезиса общения М. И. Лисиной, онтогенетическая концепция материнства Г. Г. Филипповой, биопсихосоциальная концепция девиантного материнства В. И. Брутман, концепция взаимодействия матери и младенца Р. Ж. Мухамедрахимова, а также изучение различных аспектов материнской сферы в русле отечественной возрастной психологии.

1 октября 2010 года Российская Федерация признала нормы выхаживания недоношенных младенцев, разработанные ВОЗ. Согласно определению ВОЗ, потенциально жизнестойкими считаются малыши, родившиеся не ранее 22 недели беременности (другими словами с 5,5 месяцев) и с массой тела более 500 грамм. В настоящее время преждевременными родами в Российской Федерации считаются роды после 22 недели с весом более 500 грамм, и к детям родившемся после этого срока применяются реанимационные мероприятия (при наличии возможностей в медицинском учреждении). До 1 октября 2010 года преждевременные роды считались в 28 недели ребенка с весом более 900 грамм. По данным Министерства здравоохранения в России недоношенными рождается 8% детей (недоношенным считается ребенок, родившийся с 22 до 37 недели). Около 40% всех преждевременных родов наступают до 34 недели, и 20% - до 32 недели. Отечественные и зарубежные исследователи отмечают, что раннее психическое развитие недоношенных младенцев значительно отличается от их доношенных сверстников. Недоношенные дети составляют группу высокого риска возникновения у них в дальнейшем нарушений соматического, неврологического характера, что ведет к отклонениям в психическом развитии.

Рождение и воспитание недоношенного ребенка является для семьи сверхсильным и хроническим стрессом: сверхсильным поскольку родители не подготовлены к происходящему. Такое событие оказывает значительное влияние на все сферы жизни семьи.

Отношение матери безусловно является важнейшим фактором развития ребёнка. Нарушение контакта «мать – дитя» на раннем этапе развития (отсутствие контакта в первый месяц и тяжелые эмоциональные переживания матери) не позволяет сформировать адекватный контакт в диаде. Если влияние биологических факторов возможно нивелировать с помощью повышения качества медицинского обслуживания, то коррекция воздействий психосоциальных факторов, очевидно, психологическая задача. Психологическая поддержка и обучение матери после преждевременных родов является важным шагом на пути к созданию лучших условий развития недоношенного ребёнка.

**1.2. Цель, задачи и принципы**

*Цель программы*:

Создание условий для формирования ответственного отношения к материнству и укрепления материнских чувств у преждевременно родивших женщин.

*Задачи программы:*

1. Оказать психологическую поддержку женщине, родившей недоношенного ребёнка.

2. Предоставить женщине возможность отреагирования негативных эмоций, связанных с рождением недоношенного ребёнка.

3. Предоставить женщине информацию по особенностям развития недоношенных детей.

4. Обучить женщин способам взаимодействия с недоношенным ребёнком.

*Принципы работы по программе:*

Ведущая стратегия (она же основной принцип) – общение на равных, вера в способность клиента самостоятельно справляться с трудностями и брать тот уровень внешней помощи, который необходим для преодоления ситуации.

* Эмпатический контакт;
* Безотлагательность;
* Высокий уровень активности консультанта;
* Ограничение целей;
* Поддержка;
* Фокусированность на основной проблеме;
* Уважение к клиенту;
* Конфиденциальность;
* Доступность;
* Индивидуальный подход;
* Адресность;
* Системность.

**1.3. Характеристика целевой группы**

* Женщины, преждевременно родившие ребёнка.

**1.4. Этапы реализации программы**

Реализация программы осуществляется по следующим этапам:

Первым этапом работы является прием и регистрация сигнала из учреждения родовспоможения о необходимости работы с преждевременно родившей женщиной. Время до приезда специалистов важно поддерживающее поведение со стороны медицинского персонала, не усугубляющее тяжелое эмоциональное состояние женщины.

На втором этапе происходит встреча специалистов с женщиной, родившей недоношенного ребёнка.

На третьем этапе специалисты обеспечивают сопровождение женщины.

* 1. **Ожидаемые результаты**
* Снижение риска появления послеродовой депрессии у преждевременно родившей женщины.
* Снижение количества осложнений у ребёнка из-за низкой информированности женщины об особенностях ухода за недоношенным ребёнком.
* Успешное прохождение женщиной кризисного периода, обусловленного преждевременными родами, в плане эмоционального состояния.
* Предоставление женщине необходимой комплексной консультативной помощи специалистов.
* Создание комфортных условий для развития и воспитания недоношенного ребенка посредством психосоциальной поддержки женщин после родов.

**II. Методические рекомендации**

**2.1. Место проведения и оборудование**

* Отдельное помещение, свободное и светлое, без предметов непонятного назначения от 12 м2;
* Возможность выдержать расстояние от 75 до 97 см;
* Отсутствие предметов между консультантом и женщиной;
* Звуконепроницаемость и уединенность кабинета;
* Мебель – стол, два удобных стула или кресла – расположены с максимальным удобством для женщины;
* предусмотреть возможность женщине передвигаться по комнате (стоять);
* Необходимое оборудование: бумага для записей, ручка, сигнальный лист, карта скрининга.

**2.2.Требования к специалистам**

* Знания о последствиях преждевременных родов для матери и ребёнка и способах оказания помощи;
* Специалист должен владеть навыками поддержки, слушанья, конструктивного выражения своих эмоциональных состояний и применять эти навыки в работе с женщиной;
* Должен иметь навык психологического консультирования в кризисной ситуации;
* Владение информацией по тематике психосоциальной поддержки женщин в дородовый и послеродовый периоды;
* Умение эффективно и доступно доносить информацию;
* Отсутствие мифов и страхов по поводу периода беременности и родов;
* Навыки общения с клиентами;
* Навыки кризисного консультирования.

**2.3. Кадровый состав**

Психолог, специалист по социальной работе, юрист (при необходимости).

**2.4. Проведение экстренной социально-психологической помощи в ситуации отказа от новорожденных детей**

**I этап.** Выявление женщин, родивших недоношенного ребёнка (родильные дома, перинатальные центры) и регистрация случая.

**II этап.** Первичная консультация (выезд в родильный дом и другие организации, на дом).

Основной метод – консультирование, т.к. он предполагает развитие равных (кооперативных) отношений между женщиной и специалистами, позволяющий ей самостоятельно принимать решения и нести за них ответственность.

* + 1. *Знакомство с женщиной.*
    2. *Создание атмосферы доверия* - ее можно отмечать как возникновение раппорта, или взаимного чувства близости. Женщина не сможет открыться, если не почувствует атмосферу душевного тепла и поддержки со стороны специалиста. Психолог, в свою очередь, без раппорта не сможет получить необходимую информацию и быть эффективным в консультировании.

Можно выделить несколько методов достижения переживания раппорта, лёгкие и быстрые. На этом этапе психолог в ходе вербального и невербального общения должен быть понятным для клиента, идти ему навстречу. Этого можно добиться, выражая своё одобрение и поощрение, давая ясные и содержательные ответы на вопросы клиента.

Для создания конструктивных рабочих отношений необходимо в понятной форме рассказать клиенту о концепции консультирования, её смысле и цели. Как показывает опыт, временные границы скорее ободряют клиента, т.к. у него перед глазами оказывается достижимая цель.

Клиенту следует также понять, что в ходе консультации он будет активным партнёром психолога. Тем самым за ним признаются такие возможности, о которых он, возможно, не думал; он вырастает в собственных глазах и испытывает воодушевление.

* + 1. *Установление эмпатии*, для этого важно определить эмоциональное состояние женщины «группы риска» на основе мимических реакций, поступков, жестов и т.д.; понять ее эмоциональное состояния посредством сопереживания; проникнуть в ее субъективный мир; воспринимать ее внутренний мир точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков.

Эмпатическая позиция консультанта характеризуется следующими особенностями:

1) сохранение собственной позиции консультанта, наличие определенной психологической дистанции между консультантом и клиентом, отсутствие отождествления между переживаниями консультанта и женщиной (в отличие от идентификации);

2) наличие сопереживания (каким бы по знаку ни было переживание женщины), а не просто эмоционально положительного отношения консультанта (в отличие от симпатии);

3) динамический (а не статический) характер эмпатических отношений, глубина и качество которых зависят и от консультанта (сензитивность, умение дистанцироваться от своей позиции, жизненный и профессиональный опыт и пр.), и от клиента (экспрессивность, владение языком), и от количества доступной консультанту информации.

* + 1. *Обсуждение переживаний и проработка актуальных чувств*

Очень важно на этом этапе предоставить женщине возможность выражать любые чувства и важно относиться к ним с уважением, пониманием, поддержкой и без предубеждения. Задача консультанта поддерживать выражение чувств женщины. Особенно важно мобилизовать поддержку в моменты, когда ее состояние ухудшается. Консультант должен чувствовать, что любые ее эмоции имеют право на существование, что они важны и достойны уважения. Часто звучат такие чувства как ужас, страх, беспомощность, бессилие, одиночество, чувство вины. Если женщина начинает плакать важно поддержать ее в этом и можно сказать о том, что слезы здесь совершенно уместны и приемлемы. Старайтесь сосредоточиться на актуальных чувствах женщины.

На данном этапе так же уместно отражение чувств. Отражение чувств - это вербализация тех чувств, о которых женщина прямо не говорит, но которые вы можете в ней предположить, исходя его из невербальных проявлений (поза тела, язык тела, тон голоса и пр.), а также исходя из особенностей ее ситуации. Помочь женщине идентифицировать свои чувства и побудить её говорить о своих аффективных переживаниях в связи с проблемой. Отражение чувств может помочь женщине почувствовать, что её чувства приемлемы и таким образом снизить уровень напряжения, что, в конечном счете, обеспечит возможность сфокусироваться на проблеме, так же продемонстрирует Ваше эмпатическое понимание проблемы женщины и улучшить раппорт с ней.

Отражая чувства, старайтесь выражаться просто и коротко, и говорить только об одном чувстве в каждый момент времени. Краткость увеличивает ясность и минимизирует возможность интерпретаций. В фокусе внимания остается женщина.

Позитивные формулировки более эффективны, чем негативные ("чувствуете себя оскорбленной" вместо "Вы не чувствуете себя счастливой").

Далее очень важным этапом является присоединение чувства к содержанию. Этот процесс помогает прояснить чувства и связать их с вызвавшими их событиями, за счет этого уменьшается ощущение хаоса и утраты контроля, проясняются объекты работы.

**5**. *Включение техник активного слушания* (техника вербализации, рефлексивного слушания), которые основаны на принципе *информационной обратной связи*, вербально выраженной в сообщениях о понимании переданной женщиной информации. Вот основные техники активного слушания:

• Уточнение. Чтобы убедиться в точном понимании чувств и мыслей женщины консультант время от времени просит дать дополнительные разъяснения.

Высказывание информационной обратной связи обычно сопровождается соответствующими вводными фразами. Нагляднее всего принцип информационной обратной связи демонстрирует вводная фраза «Если я вас правильно понял…».

*•* Безмолвное слушание — заинтересованное молчание, прерываемое короткими словами и междометиями, направленными на поощрение вербальной активности женщины; это также паузы, дающие возможность ей встретиться со своими мыслями.

Безмолвное слушание — это минимальная информационная обратная связь, по которой женщина может без труда определить, слышит консультант его или просто слушает.

*•* Повторение — консультант повторяет всю фразу женщины, конец фразы или отдельные слова («ключевые слова»), на которых хотелось бы заострить внимание.

• Перефразирование (парафраз) — пересказ смысла высказываний женщины своими словами. Помимо общих для техник активного слушания функций (уточнение правильности понимания собеседника, активизация обсуждения, демонстрация уровня понимания собеседника и т.д.) перефразирование выполняет важную специфическую функцию: парафраза консультанта расширяет языковое пространство беседы, помогает женщине найти новые слова для описания своего опыта.

*•* Резюмирование — краткое повторение вышесказанного, подведение итогов. В сжатом виде консультант повторяет основные высказанные идеи, факты, чувства женщины и пр. Подведение итогов полезно не только в конце беседы, к резюмированию необходимо периодически прибегать также во время беседы («после каждого абзаца»), поскольку оно способствует прояснению и более четкому обозначению направления беседы.

1. *Локализация проблемы* – детализация проблемной ситуации из хауса эмоций, из множества жизненных ситуаций – «не все плохо, а плохо что мама не понимает», «не все бросили, а молодой человек не поддерживает» и др.
2. *Оценка эмоционального состояния и определение потребностей* *женщины.*
3. *Сбор информации о том, насколько приспособлены и подготовлены жилищные условия женщины к выписке малыша, имеется ли всё необходимое для ухода за младенцем.*
4. *Предложение услуг.*

***9****. Индивидуальный приём других специалистов* (по потребности).

**III этап. Повторное посещение**

1. *Проработка актуальных проблем*.
2. *Проработка эмоций*

В результате анализа результатов исследования у преждевременно родивших женщин было выявлено несколько наиболее значимых эмоций.

Первая значимая эмоция – чувство собственной неполноценности и чувство вины. Это переживание возникает первым после родов у 81% женщин вне зависимости от причин преждевременных родов, прогнозов и срока рождения. В содержании переживания мамы отмечают:

•неспособность выполнить главную женскую функцию;

•невыполнение чаяний и ожиданий близких (чаще всего мужа и свекрови);

•физическую неполноценность отмечают мамы после операционного вмешательства (кесарева сечения).

Возникновению и увеличению интенсивности ощущения собственной неполноценности способствовало нахождение в роддоме в общей палате с мамами, родившими в срок и ухаживающими за своими новорожденными детьми.

Для снижения интенсивности переживания вины и собственной неполноценности женщины вырабатывали следующие стратегии:

•стратегию ухода (уход из палаты и нахождение в коридоре или в курилке; уход в интернет и бесцельное блуждание по сайтам; отключение органов чувств (лежали с закрытыми глазами и наушниками); отключение телефона и отказ общаться с родственниками);

•стратегию поиска информации (выяснение подробностей у врачей; поиск информации в интернете);

•стратегию помощи другим (такой вариант выбирали уже рожавшие мамы, которые имели опыт ухода за детьми). Они помогали молодым неопытным мамам переодевать, сцеживаться, кормить их малышей.

По сообщениям матерей, стратегия ухода в интернет или отключение органов чувств оказывалась самой эффективной и наиболее способствовала снижению ощущения собственной неполноценности.

Стратегия поиска информации способствовала снижению чувства неполноценности, но при этом значительно увеличивала страх будущего (следующее самое сильное переживание в структуре эмоциональных страданий мамы после преждевременных родов). Это, скорее всего, связано с тем, что, с одной стороны, мама находила единомышленников и поддержку (а также понимала, что ее вины в случившемся нет), а с другой стороны, получала информацию обо всех возможных осложнениях и проблемах ребенка, связанных с ранним рождением.

Стратегия помощи другим мамам оказалась самой неэффективной и усиливала чувство неполноценности и страха. Это, по сообщениям женщин, связано со следующими переживаниями:

• ощущением пустоты, когда отдают ребенка родной маме;

• ощущением тактильной потери;

• возникновением резких отрицательных эмоций по отношению к «благополучным» мамам.

Второе сильное переживание, которое возникало в первые сутки после родов, – острый страх за жизнь и здоровье ребенка. Это самое сильное и долговременное переживание во всем эмоциональном комплексе переживаний матерей недоношенных детей после преждевременных родов. Такой страх является одним из стержневых переживаний матери недоношенного малыша на протяжении всего периода младенчества, тогда как в отношении доношенных детей страх не носит столь острой формы и снижается в первый месяц после родов. Скорее всего, данное переживание сохраняет свою актуальность и в дальнейшем, но в рамках нашего исследования более старший возраст просто не затрагивался. На первом этапе, пока ребенок находится в реанимации, наибольшую актуальность имеет страх за жизнь ребенка. Возникает и развивается этот страх по мере увеличения информированности мамы об особенностях здоровья ее ребенка и недоношенных детей в целом. Выделим несколько основных факторов усиления негативного эмоционального состояния.

Третья значимая эмоция в симптомокомплексе переживаний матери после преждевременных родов – чувство беспомощности. Это чувство возникает примерно на вторые-третьи сутки после рождения ребенка, когда мама уже физически несколько окрепла и у нее появляется стремление к активности. Чувство беспомощности описывается женщинами следующим образом: «Хожу вокруг кувеза, хочется себе всю боль забрать, а ничего сделать не могу», «Понимаю, что все идет не так, а помощи от меня – ноль», «Смотрю на разбитого горем мужа, а сказать нечего, утешить нечем», «Ночью совсем тяжело – малышка далеко, ничего сделать нельзя», «Даже потрогать не дают, хоть бы за пальчик подержаться». Невозможность каким-либо образом повлиять на ситуацию (жизненно значимую ситуацию) оказывает очень негативное влияние на эмоциональное состояние женщины, усугубляя и ее чувство неполноценности и страх за жизнь ребенка. Усиливает это переживание наблюдение за «благополучными» матерями, родившими своих детей в срок и ухаживающими за ними. Для снижения чувства беспомощности женщины стремятся к поиску информации, общению на форумах, где они находят поддержку и опыт уже переживших это. Наиболее эффективным способом преодоления чувства беспомощности и невозможности как-то повлиять на ситуацию является сохранение лактации: «Молоко будет, значит будет кому его давать». Однако, несмотря на декларируемое медицинским персоналом максимальное поддержание грудного вскармливания, всего 14% исследуемых была предложена активная помощь в становлении и сохранении лактации, а 28% самостоятельно решали задачу сохранения грудного молока. Всем матерям глубоко недоношенных детей (с 4-й и 3-й степенью недоношенности) было предложено медикаментозно подавить лактацию с формулировкой «Нет смысла себя утруждать, молоко еще долго не понадобится». Такая стратегия в роддомах достаточно негативно сказывается как на эмоциональном состоянии матери, так и, главное, на здоровье недоношенных детей, для которых важность грудного вскармливания сложно переоценить как в физиологическом, так и в психологическом плане.

Основными факторами, утяжеляющими эмоциональное состояние женщин, являются, в первую очередь, неготовность медицинского персонала и близких к взаимодействию с женщиной, пережившей преждевременные роды.

Помощь в данном взаимодействии, информирование об особенностях переживаний и реакций с учетом специфического стрессора – задача психолога, работающего в системе сопровождения беременности и родов. Такая работа позволит в значительной степени преодолеть сложности в диаде «мать – дитя», возникающие в результате преждевременных родов, а, следовательно, и улучшить прогноз развития недоношенного ребенка.

**3. Определение стадии горевания**

Преждевременные роды являются для женщины сильным стрессом, могут являться даже травмой, поэтому и переживание этого события проходит стандартные стадии переживания горя, утраты: шок, отрицание, гнев, торг, депрессия, принятие (адаптация). Длительность прохождения каждой фазы определяется индивидуально. На этапе лечебного учреждения женщина чаще всего находится в стадии шока, отрицания, гнева или торга. Поэтому работа строится с учётом стадии горевания.

На стадии шока женщина может испытывать потрясение, растерянность, дезорганизованность. Она не может адекватно оценить ситуацию. На этой стадии не нужно давать много информации, важно оказывать поддержку и не предлагать принимать значимые решения.

На стадии отрицания риск покинуть лечебное учреждение очень высок. Появление отрицания характеризуется активацией защитных механизмов психики, которые позволяют «смягчить удар» стресса. На этом этапе важны действия медицинского персонала по оказанию помощи ребёнку и разъяснения для родителей их действий в ближайший период времени. Требуется терпеливая и бережная поддержка для женщины.

Далее наступает стадия гнева, который может быть направлен как на медицинский персонал, так и на саму себя. Специалистам рекомендуется по возможности спокойно реагировать на выражение гнева, конструктивно направляя общение в русло обсуждения вариантов помощи, не включаясь в «поиск виноватых». Стадии торга и гнева могут меняться местами, торг может быть выражен как обращение к религии или другим источникам с надеждой на благополучный исход ситуации. Если надежды рушатся, возникает гнев.

На стадии депрессии важна адекватная оценка состояния женщины в плане интенсивности депрессивных проявлений. При подозрении на клиническую депрессию нужно привлекать психотерапевтов или психиатров с целью проведения диагностики и назначения медикаментов. Если депрессия проходит без клинических проявлений, важно поддерживать женщину, работать с негативными убеждениями, обеспечивать помощь женщин с подобным опытом. Необходимо подчеркивать, что эта стадия предшествует стадии адаптации.

На стадии адаптации женщина адекватно оценивает ситуацию и готова предпринимать необходимые действия.

Желание покинуть лечебное учреждение может возникать на стадиях отрицания, гнева, торга. Очень важно разъяснить женщине о стадиях переживания и их особенностях, о том, что те переживания, в которых она сейчас находится, в конечном итоге приведут к адаптации к ситуации.

**4. Информирование об особенностях взаимодействия с недоношенным ребёнком.**

Ориентируясь на эмоциональное состояние женщины и на стадию горевания, даётся информация о развитии ребёнка и взаимодействии с ним.

Постоянно делается акцент на том, что развитие преждевременно родившегося ребёнка очень сильно зависит от приложенных родителями усилий. Стоит делать упор на том, что у ребёнка есть шанс вырасти здоровым, ему просто очень нужна помощь мамы.

Смертность и частота осложнений среди детей с весом при рождении ниже 1500 г сейчас настолько низкая, что практически не отличается от показателей детей, родившихся в срок. У доношенных детей также могут возникать поражения, связанные с беременностью, родами и периодом новорожденности.

За детьми, которые родились до 28-й недели беременности, необходимо присматривать особенно тщательно. Чаще всего за ними наблюдают в поликлинике больницы, в которой им проводилось лечение.

Всем детям, родившимся ранее 28-й недели беременности или менее 1000 г, рекомендовано наблюдение у специалистов. Чаще всего это означает, что наблюдение проводится в поликлинике детского отделения.

Важно, чтобы за ребенком наблюдали специалисты. Это позволяет снизить риск осложнений, так как некоторые поражения могут проявить себя не сразу.

Умеренные поражения практически никогда не обнаруживаются в течение первого года жизни. Последующий контроль очень важен для выявления таких нарушений, как косоглазие или небольшой церебральный паралич. У многих недоношенных детей в течение первого года жизни наблюдается некоторая скованность в движениях без признаков церебрального паралича. Контроль помогает обнаружить, что ребенок развивается медленнее, чем положено, и в случае необходимости позволяет начать стимуляцию развития. Даже если ребенок развивается нормально, родителей очень успокаивает подтверждение этого во время очередного контроля.

При оценке развития недоношенного ребенка в первые 12-18 месяцев после рождения необходимо корректировать возраст с поправкой на срок недоношенности. Это означает, что, если в норме ребенок должен начать ползать примерно в возрасте 9 месяцев, для ребенка, рожденного на 3 месяца раньше, допустимо начать ползать до 12 месяцев, и это не считается патологией. Необходимо также помнить, что если ребенок серьезно болел и, например, был на искусственной вентиляции, это окажет влияние на развитие. В этом случае некоторая задержка свидетельствует об отсутствии внешней стимуляции в этот период. Ребенок немного позже всему научится.

Многие мамы недооценивают важность сохранения грудного вскармливания, если нет возможности начать кормление грудью, когда ребёнок в реанимации. Можно предложить обратиться к консультанту по грудному вскармливанию либо сотрудникам учреждения родовспоможения. Сейчас консультации по грудному вскармливанию можно получить онлайн. Часто малыш слишком слаб, чтобы сосать, поэтому мамочке приходится сцеживать молоко. Поддержать желание сохранить грудное вскармливание можно, дав информацию об огромном влиянии материнского молока на развитие ребёнка и снижение рисков осложнений.

Недоношенный ребёнок особенно сильно нуждается в телесном контакте с мамой. Существует Метод Кенгуру, при котором максимально задействуется физический контакт «кожа к коже» малыша и матери. Суть метода заключается в том, что малыша ежедневно от одного до нескольких часов в день выкладывают на открытую поверхность груди мамы или папы. Его использование позволяет малышу быстрее адаптироваться к окружающему миру и набирать вес. Также при таком способе легче наладить процесс грудного вскармливания.

Метод кенгуру (МК) был разработан в 1970-х гг. колумбийским педиатром Эдгаром Рэем, который искал решение проблем, связанных с нехваткой кувезов, высокими показателями распространения инфекций и отказов от недоношенных детей в его больнице (Charpak et al., 2005; Rey and Martinez, 1983). Суть метода состоит в том, что недоношенного ребенка помещают в условия раннего, длительного и непрерывного телесного контакта с матерью или другим членом семьи для обеспечения постоянного тепла и поощрения частого индивидуального грудного вскармливания. Систематический обзор и мета-анализ нескольких рандомизированных контролируемых исследований обнаружили корреляцию между использованием МК, при условии его применения начиная с первой недели, и снижением на 51% неонатальной смертности среди стабильных новорожденных с массой тела менее 2 000 г, по сравнению с нахождением

в кувезе (Lawn et al., 2010). Во всех этих исследованиях рассматривалось применение метода кенгуру на базе лечебного учреждения в условиях доступности дополнительного питания. В обновленном Кокрановском обзоре приводятся данные о 40%-м снижении риска смертности после выписки, примерно 60%-м снижении частоты возникновения неонатальных инфекций и почти 80%-м уменьшении числа случаев гипотермии. Другие выгоды включают в себя повышение продолжительности грудного вскармливания, увеличение массы тела, общение матери и новорожденного, и положительные результаты в области развития ребенка (Conde-Agudelo et al., 2011).

1. *Работа по формированию взаимодействия в диаде мать-дитя.*

Здесь самое важное – донести до женщины важность общения с ребёнком в любых обстоятельствах. Одним из важных факторов, влияющих на эмоциональное состояние женщины является длительная разлука с ребёнком с самого момента родоразрешения и невозможность быстрого установления утраченной эмоциональной связи матери с младенцем. В данном случае и ребёнок начинает страдать из-за отсутствия или редких случаев общения с матерью. У женщины же зачастую происходит блокирование потребности в эмоциональном контакте с ребёнком, поскольку разлука с ним происходит как раз в тот момент, когда запускаются многие поведенческие паттерны материнства.

Далеко не во всех родильных домах есть возможность матери проводить время вместе с ребёнком в условиях реанимации и интенсивной терапии. Немаловажным фактором, также влияющим на отношение матери к ребёнку, является его своеобразный внешний вид, так как он не соответствует представлению матери о будущем ребёнке.

Исходя из этого, нужно объяснять женщине, что малышу необходимо как можно больше времени проводить с мамой, прикасаться к ней, слышать её голос. Согласно работам Кэролин Эльячефф, с новорожденными детьми можно и нужно разговаривать. Мамин голос позитивно влияет на состояние ребёнка, так как слышать его он привык ещё с внутриутробного периода. Также важны и прикосновения. Если нет возможности практиковать метод Кенгуру, то нужно держать малыша за ручку или использовать другие прикосновения и поглаживания, разрешенные неонатологами.

**III. Список литературы**

1. Белоусова М. В., Уткузова М. А., Карпов А. М. Рождение недоношенного ребенка — жизненный кризис семьи // Вестник современной клинической медицины. 2013. №1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/rozhdenie-nedonoshennogo-rebenka-zhiznennyy-krizis-semi (дата обращения: 20.04.2020).
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических состояний). – М.: Изд-во Мокс. Ун-та, 1984.-200с.
3. Иванова О.А. Психологическое сопровождение матерей преждевременно рожденных детей в условиях перинатального центра // Медицинская психология в России. – 2019. – T. 11, № 1. – C. 2.
4. Куфтяк Е.В. Преждевременные роды и женщина: социально-психологические аспекты // Перинатальная психология и психология родительства. 2005. № 2.
5. Поневаж Е.В. Женщина после преждевременных родов: эмоциональные переживания [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2014. Том 3. № 1. URL: https://psyjournals.ru/psyclin/2014/n1/Ponevyazh.shtml (дата обращения: 20.04.2020)
6. Пайнз Д. Беременность и материнство: взаимодействие фантазий и реальности. СПб., 1995.
7. Рожденные слишком рано. Доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов. Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.
8. Филиппова Г. Г. Психология материнства. М., 2002.
9. Эльячефф К. Затаенная боль.

**Приложение. Рекомендации для мам недоношенных детей**

1. Находитесь рядом с ребёнком так долго, как только возможно. Даже если вы думаете, что ничем ему сейчас не сможете помочь, это не так. От того, насколько вы настроены быть рядом с ребёнком, очень сильно зависит ваше взаимодействие и его здоровье и развитие. Если в данный момент вы не можете прикоснуться к ребёнку, просто будьте рядом, разговаривайте с ним, пойте ему песенки, особенно те, что пели или слушали во время беременности. Расскажите ему, как здорово вам будет вместе дома, какую вы приготовили ему кроватку, игрушки. Ребёнок слышит ваш голос и это благотворно влияет на развитие его нервной системы.

Как только будет возможен телесный контакт, прикасайтесь к ребёнку. Подержите его за ручку, положите свой палец ему в ладошку, посидите так какое-то время, разговаривая с ним. Расскажите о себе, как вы его ждали, как сожалеете что не можете его обнять.

Когда здоровье малыша будет в безопасности, используйте метод Кенгуру: с помощью медперсонала устройтесь в кресле и положите ребёнка себе на грудь. Прикройте его тёплым одеялком. Это время можно использовать для того, чтобы приложить ребёнка к груди. Разговаривайте с ним, пойте любимые песенки. Можно даже просто вздремнуть. Малыш будет чувствовать ваше тепло, биение сердца, чувствовать ваш запах. Это для него самые важные ощущения на свете. Исследования показали, что метод кенгуру

Продолжайте использовать метод кенгуру даже после выписки из стационара. Недоношенного ребёнка нужно таким образом «доносить», чтобы он смог быть чаще максимально близко к вам.

2. Проконсультируйтесь с опытным неонатологом, который способен корректно подать информацию. Задайте ему все вопросы относительно здоровья малыша, которые вас волнуют.

3. После выписки из стационара не пропускайте консультации с педиатром и узкими специалистами.

4. Посетите массажиста и научитесь делать малышу массаж. Недоношенным детям он необходим для профилактики нарушений.

5. Ваши чувства также важны, поэтому обращайтесь к психологам комплексных центров и кризисных центров за поддержкой и помощью. Обращайтесь за помощью в благотворительные организации, например, «Право на чудо».

6. Помните о том, что вы – это мир для вашего малыша и он нуждается в вас так же, как в кислороде. Просто будьте рядом.