

С. Б. Лазуренко, Н. Н. Павлова **S. B. Lazurenko, N. N. Pavlova**
Москва, Россия Moscow, Russia

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ
С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ
ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС
В СТАЦИОНАРЕ ВТОРОГО
ЭТАПА ВЫХАЖИВАНИЯ**

Аннотация. Представлены результаты научно-практической деятельности педагогов и психологов, направленные на комплексную помощь недоношенному ребенку и его семье на втором этапе выхаживания. Раскрыты условия проведения педагогического консультирования матерей по вопросам воспитания и развития психических возможностей новорожденного. Изложена последовательность организации педагогических занятий в процессе реабилитации, содержание деятельности педагога-дефектолога в стационаре второго этапа выхаживания.

Ключевые слова: ранняя педагогическая помощь, психологическая поддержка, новорожденные высокого риска, комплексная реабилитация, качество жизни, профилактика социального сиротства.

Сведения об авторе: Лазуренко Светлана Борисовна, кандидат педагогических наук, доцент.

Место работы: заведующий лабораторией специальной психологии и коррекционного обучения Научного исследовательского института профилактической педиатрии и восстановительного лечения.

Сведения об авторе: Павлова Наталья Николаевна, младший научный сотрудник.

**ORGANIZATION
OF PSYCHOLOGICAL
AND PEDAGOGICAL HELP
TO INFANTS WITH NERVOUS
SYSTEM ORGANIC PATHOLOGIES
IN A SECOND STAGE HOSPITAL
OF SPECIAL CARE**

Abstract. The content of correctional and pedagogical help to infants with combined disorders of psychophysical development is presented. Conditions of carrying out pedagogical consultation of mothers concerning education and development of mental possibilities of infants are revealed. The sequence of organization of pedagogical training in the rehabilitation process, as well as the content of defectologist activities in a second stage hospital of special care, are stated. The effective methods and techniques of pedagogical influence on the course of mental development of infants with nervous system organic pathologies are specified.

Key words: early pedagogical help, psychological support, high-risk infants, complex rehabilitation, quality of life, prevention of child abandonment.

About the author: Lazurenko Svetlana Borisovna, Candidate of Pedagogy, Associate Professor.

Place of employment: Chief of Laboratory of Special Psychology and Correctional Education in Scientific Research Institute of Preventive Pediatrics and Rehabilitation Treatment, Federal State-Financed Organization "Children's Health Care Sciences Center" of Russian Academy of Medical Sciences.

About the author: Pavlova Nataliya Nickolaevna, Junior Research Associate.

Место работы: Российская Академия медицинских наук «Научный центр здоровья детей»

Place of employment: Scientific Research Institute of Preventive Pediatrics and Rehabilitation Treatment, Federal State-Financed Organization "Children's Health Care Sciences Center" of Russian Academy of Medical Sciences.

Контактная информация: 119991, г. Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2.
E-mail: preeducation@gmail.com.

Изменение стандартов медицинской помощи новорожденным с патологией ЦНС различной этиологии и степени тяжести, распространение гуманистических идей в обществе определяют необходимость поиска и внедрения в систему здравоохранения новых эффективных технологий восстановления здоровья детей [1, 6]. Усилия современных ученых и практиков направлены на разработку немедикаментозных методов восстановительной терапии, которые позволяют снизить фармакологическую нагрузку, стимулировать работу адапционных и компенсаторных механизмов детского организма [11].

Одним из таких методов является психолого-педагогическая поддержка семьи в период выхаживания незрелого малыша в стационаре второго этапа [3, 9]. На второй этап выхаживания в большинстве случаев дети переводятся из родильного дома в возрасте от 3 до 20 дней жизни в связи с наличием патологического состояния в сочетании с нарушением работы жизненно важных функций [11]. Дети, родившиеся в тяжелом состоянии (около 30% от общего числа детей с ограниченными возможностями здоровья), после рождения нахо-

дятся первые недели жизни в отделении реанимации или интенсивной терапии [12]. Все новорожденные с перинатальной патологией ЦНС первые недели, а иногда и месяцы жизни переживают острый период адаптации к внешним условиям среды, в связи с этим получают комплексную медицинскую помощь по нормализации жизнедеятельности организма столь длительное время [11, 12]. Во многих учреждениях здравоохранения практикуется совместная госпитализация новорожденного ребенка с близким взрослым (чаще всего матерью). Постоянное присутствие матери рядом с младенцем позволяет ему ощутить чувство безопасности и комфорта, ей удовлетворить свою потребность в материнской любви и заботе о новорожденном [2, 10]. Это в свою очередь способствует гармоничному формированию эмоционального общения в диаде мать-дитя и оказывает благоприятное влияние на психологическое состояние членов диады, а значит, повышает эффективность восстановительной терапии [2, 5].

В стационаре матери имеют возможность наблюдать за состоянием здоровья ребенка, присутствовать на врачебном осмотре, уча-

ствовать в обсуждении медицинских мероприятий и планов лечения, получать информацию о работе органов и систем детского организма, принимать активное участие в процессе кормления (обеспечивают ребенка грудным молоком), выполнять гигиенические процедуры, общаться со своим малышом [11, 9]. Благодаря постоянному присутствию и участию мать в жизни новорожденного повышает свою родительскую компетентность в вопросах воспитания и ухода за больным ребенком, получает знания об особых физических и психических потребностях малыша с ограниченными возможностями здоровья [5, 9].

В то же время нет единых правил, методических рекомендаций относительно режима пребывания матерей в отделениях по выхаживанию грудных детей, не разработаны технологии ее включения в процесс ухода за особым новорожденным. Как правило, мать начинает выполнять свои обязанности интуитивно, руководствуясь эмпирическими представлениями либо предыдущим материнским опытом. Однако состояние здоровья, внешний вид, поведение и реакции новорожденного на воздействие окружающей среды значительно отличаются от тех, которые ожидает увидеть матери. Эти обстоятельства затрудняют адекватное восприятие матерью ситуации, связанной с состоянием здоровья, искажают понимание индивидуальных психологических потребностей ребенка, нарушают процесс взаимодействия

матери с младенцем, снижают самооценку и чувство уверенности в родительской компетентности. Ситуация осложняется тем, что подавляющее большинство матерей при появлении на свет больного ребенка находятся в состоянии стресса или эмоциональной подавленности, испытывают потребность в психологической поддержке, обучении методам восстановления здоровья, ухода и воспитания незрелого малыша [2, 5]. Родители нуждаются в подробном, длительном обучении использованию необходимых для восстановления здоровья методов и приемов, в том числе воспитания и развития потенциальных психических возможностей младенца. Все выше сказанное требует учета особенностей психологического и физиологического состояния каждого члена диады (матери и ребенка) при организации реабилитационного процесса, обучении семьи правилам ухода и воспитания больного малыша [4, 5, 9].

Одним из таких методов является психолого-педагогическое сопровождение семьи в процессе восстановления здоровья новорожденного в стационаре второго этапа выхаживания. Он был разработан в НЦЗД РАМН в 2005 году и успешно применяется в течение 6 лет.

Психолого-педагогическое сопровождение — это педагогическая работа с членами семьи и ребенком с ограниченными возможностями здоровья с целью создания оптимальных условий среды и эмоционально-развивающего общения для развития его психологического

потенциала, а также психологическая помощь в осознании специальных образовательных потребностей малыша и принятии специальной психолого-педагогической помощи [3, 9]. Психолого-педагогическое сопровождение семьи позволяет согласовать и удовлетворить потребности родителей, связанные с овладением необходимыми знаниями и навыками по воспитанию больного ребенка, помогает активному их включению в реабилитационный процесс, оптимизирует осуществление восстановительных мероприятий по нормализации состояния здоровья ребенка в семье [9, 11].

Период выхаживания ребенка в стационаре второго этапа является оптимальным временем начала осуществления психолого-педагогического сопровождения семьи новорожденного ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Мать и ребенок в этот период жизни находятся на начальном этапе формирования привязанности и взаимоотношений. Именно с целью оптимизации этого процесса в отделениях второго этапа выхаживания создается среда для общения матери и ребенка, оказывается квалифицированная медицинской помощь по восстановлению их здоровья, организуются социальные и бытовые условия для их комфортного пребывания [5, 9]. Именно от медицинских работников, на которых возложена ответственность за жизни и здоровье новорожденного, родители ждут помощи в вопросах связанных с восстановлением здо-

ровья, относятся с доверием к их советам и рекомендациям [4, 5]. Процесс лечения ребенка на втором этапе выхаживания занимает от 2-х до 12-ти недель. В течение этого времени педагог-психолог может выявить детей, нуждающихся с первых месяцев жизни в создании специальных условий среды и применении специальных методов воспитания для активизации первых ориентировочных реакций и социального поведения, разработать программу психолого-педагогической семьи, познакомить родителей с педагогическими технологиями воспитания и обучения ребенка с особыми образовательными потребностями, поддержать их педагогические усилия, обсудить достигнутые ими и малышом результаты, наблюдать и давать объективную педагогическую оценку изменениям в психическом развитии ребенка [3, 9]. Для этого специалист должен обладать знаниями в вопросах нормативного и отклоняющегося варианта развития психики ребенка раннего возраста, т. е. иметь диплом (специализацию) специального детского психолога или педагога-дефектолога [2, 7, 10]. Деятельность и участие специалиста психолого-педагогического профиля в процессе выхаживания ребенка в стационаре второго этапа становится неотъемлемой частью восстановительного лечения. В связи с чем, организация психолого-педагогической помощи осуществляется и контролируется лечащим врачом ребенка. В обязанности педагога-дефектолога входит:

– анализ анамнестических сведений и данных состояния здоровья ребенка;

– проведение психолого-педагогического обследования психического развития ребенка первых месяцев жизни (методика РАМПО) [8];

– разработка программы психолого-педагогической помощи на период лечения и проведение индивидуальных педагогических занятий с ребенком;

– повышение педагогической компетентности матери в вопросах воспитания и развития младенца путем демонстрации педагогических занятий с малышом, обучения специальным педагогическим методам и приемам активизации заложенного природой психологического потенциала малыша;

– составление психолого-педагогической характеристики и индивидуальной программы воспитания и обучения ребенка на последующие 2-3 месяца жизни после выписки из стационара.

Взаимосвязь с лечащим врачом и другими специалистами педагог-дефектолог поддерживает путем регулярных записей в истории болезни ребенка, в которых обобщает информацию об особенностях психического развития малыша, собранную в ходе психолого-педагогического обследования и беседы с родителями, фиксирует поведение ребенка во время занятий, указывает результаты психолого-педагогической поддержки (эффективность данной формы работы с семьей) [3].

Содержание деятельности педагога с ребенком определяется в зависимости от соматофизического состояния малыша, характера, структуры и степени тяжести нарушений в развитии. Для этого педагог совместно с лечащим врачом ребенка определяет оптимальное время в режиме дня малыша и внутри реабилитационного процесса для проведения первичного психолого-педагогического обследования. Первичное психолого-педагогическое обследование осуществлялось по окончании раннего периода адаптации, т. е. на стадии стабилизации состояния ребенка [8]. Чаще всего оно проводится на 10-15 день жизни детей, рожденных с перинатальным поражением ЦНС средней тяжести (21%), и в конце первого месяца жизни детей, родившихся в тяжелом состоянии в связи с наличием сочетанных нарушений здоровья. Решение о возможности и необходимости его проведения принимает лечащий врач ребенка. Применение специальных дидактических приемов и игрового инструментария позволяет педагогу-дефектологу вызывать у ребенка безусловно-рефлекторные ответы на воздействие сенсорных стимулов, а также выявить его потенциальные психологические возможности. По результатам обследования педагог-дефектолог разрабатывает программу психолого-педагогической поддержки семьи на период лечения ребенка в стационаре. Содержание коррекционно-педагогической работы педагог-дефектолог определяется в двух

направлениях: для ребенка и близких взрослых. Коррекционно-педагогический процесс осуществляется в следующих организационных формах: диагностического обследования, наблюдения, лекций, бесед, индивидуальных занятий [3, 10].

Программа педагогической поддержки детей с легкой степенью поражения ЦНС включает в себя 1-2 коррекционно-педагогических занятия в неделю и нескольких обучающих бесед и лекционных групповых занятия с родителями. Развивающие занятия проводятся в утреннее время, непосредственно перед кормлением малыша, в присутствии родителей, общей продолжительностью от 5-ти до 10-ти минут. Повышение педагогической компетентности родителей осуществляется в форме наглядной демонстрации и практического обучения матери применению специальных приемов активизации первых ориентировочных реакций малыша, а также в процессе еженедельных 30 минутных лекций и обучающих бесед в период дневного сна ребенка. Такого количества встреч и времени работы с семьей достаточно для знакомства матерей с необходимыми методами и приемами воспитания ослабленного ребенка в семье, овладения родителями педагогическими технологиями для активизации темпа психического развития малыша в первые месяцы его жизни.

Педагогическая поддержка семьи и наблюдение за процессом восстановления здоровья и формирования психики в течение 2-3 недель позволяет осуществить по-

этапное предъявление новой психолого-педагогической информации, повысить педагогическую компетентность родителей в вопросах воспитания малыша, внести необходимые коррективы в индивидуальную программу воспитания и обучения ребенка перед выпиской его из стационара, определить необходимые виды педагогической помощи семье по месту жительства.

Психолого-педагогическая помощь детям с тяжелым поражением ЦНС включает в себя два-три еженедельных занятия с ребенком (продолжительностью до 5-ти минут) и нескольких обучающих бесед с семьей (длительностью до 60 минут). В процессе работы педагог должен определить наиболее эффективные дидактические приемы, игровой инструментарий для активизации и закрепления первых ориентировочных реакций и социальных ответов на воздействие стимулов окружающей среды, обучить их использованию родителями. Педагог-дефектолог знакомит родителей с различными позами и положениями тела ребенка во время общения, результативностью использования различных поверхностей во время бодрствования, возможностью воздействовать и развивать функциональные возможности нескольких анализаторов одновременно с помощью игрушек, обучает выполнению элементов дыхательной гимнастики, тактильной стимуляции кистей и пальцев рук, массажа артикуляционной мускулатуры. В ходе обучающих бесед педагог оказывает психологиче-

скую поддержку матери в принятии особенностей здоровья ребенка, подводит ее к осознанию необходимости использования специальных педагогических технологий для развития психики малыша и медицинской помощи для восстановления его здоровья. Методика построения обучения родителей тяжелобольного ребенка педагогическим технологиям и стиль взаимодействия педагога с родителями определяются в зависимости от их жизненных мотивов и ценностей, позиции в отношении воспитания ребенка, эмоционального состояния, образовательного уровня, психологической готовности к получению сведений о тяжести состояния здоровья и прогноза психического развития. В ситуации отсутствия у родителей готовности к усвоению новых педагогических знаний педагог ограничивается демонстрацией специальных методов и приемов активизации первых ориентировочных реакций малыша, знакомством с содержанием специальной разработанной для ребенка программой обучения и воспитания, информированием родителей о наличии и расположении служб ранней педагогической помощи по месту их жительства.

Необходимо отметить, что на втором этапе выхаживания психолого-педагогическое обследование и индивидуальные педагогические занятия проводятся не со всеми младенцами. Они противопоказаны детям, находящимся в тяжелом сомато-неврологическом состоянии (судорожная готовность, падение

массы тела, нарастающая гипертензия и т. д.). Психолого-педагогическая помощь семье таких малышей заключается организации педагогом развивающего взаимодействия матери с малышом в минуты общения, кормлений, осуществления гигиенических и лечебных процедур, проведении психолого-педагогических бесед с семьей и лекционных занятий. Педагогическая работа с этими малышами начинается на третьем этапе выхаживания.

Анализируя результаты включения психолого-педагогической помощи детям с перинатальной патологией ЦНС различного генеза и степени тяжести в процесс их лечения на втором этапе выхаживания, нами было установлено следующее:

1. Вследствие нарушений здоровья у 100% новорожденных с последствиями перенесенного перинатального поражения ЦНС отмечаются особенности безусловно-рефлекторных ответов (отсроченность, сглаженность, истощаемость) на воздействие стимулов окружающей среды, крайне медленное, парциальное формирование социальных навыков. По этой причине у детей задерживается формирование более сложных условно-рефлекторных способов реагирования.

2. Все дети, проходящие лечение на втором этапе выхаживания, нуждаются в создании специальных условий окружающей среды для активизации их психологического потенциала, а родители в повышении педагогической компетенции в

вопросах воспитания и ухода за новорожденным с ограниченными возможностями здоровья.

3. Своевременная педагогическая помощь ребенку с легким и средне-тяжелым поражением ЦНС в процессе лечения способствует гармоничному формированию психологических достижений возраста в индивидуальном для каждого ребенка темпе.

4. Создание в процессе лечения специальных развивающих условий среды в первые месяцы жизни ребенка с тяжелой перинатальной патологией позволяет оказать мягкое стимулирующее воздействие на его центральную нервную систему, активизировать ее работу, а значит укрепить и развить существующие психологические проявления (безусловно-рефлекторные реакции) и на их основе сформировать новые более сложные (условно-рефлекторные) социальные способы взаимодействия с окружающим.

5. Темп психического развития детей с перинатальным поражением ЦНС в первые месяцы жизни зависит от этиологии, структуры и степени тяжести нарушений здоровья, компенсаторных возможностей организма, времени начала и качества медицинской помощи, своевременного включения педагогических технологий в реабилитационный процесс.

6. Овладение родителями педагогическими технологиями и способам развивающего эмоционального общения со своим ребенком, некоторым приемам восстановительного лечения (массажу, гимна-

стике, режиму и процессу питания) позволяет в большинстве случаев восстановить их личностную и педагогическую активность.

Представленный подход к включению психолого-педагогических методов помощи ребенку с перинатальной патологией ЦНС и его семье в процесс восстановительного лечения позволяет реализовать гуманистический подход в предъявлении родителям новой специализированной информации (медицинской, педагогической, психологической) о состоянии здоровья малыша, необходимых видах медицинской и педагогической помощи, о прогнозах его психофизического развития; обучить родителей наблюдению за изменениями в состоянии здоровья ребенка, правильной интерпретации поведенческих реакций малыша; активизировать темп психического развития ребенка с перинатальными проблемами здоровья. Все это улучшает качество здоровья подрастающего поколения и способствует нормализации микроклимата в семье.

Литература

1. Баранов, А. А. Социальные и организационные проблемы педиатрии : избр. очерки / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий. — М. : Династия, 2003.
2. Клиническая психология : учеб. для студ. высш. учеб. заведений : в 4 т. / под ред. А. Б. Холмогоровой. — М. : Академия, 2010.
3. Лазуренко, С. Б. Организация в учреждениях системы здравоохранения коррекционно-педагогической помощи детям с поражением ЦНС : (метод. письмо) / С. Б. Лазуренко. — М., 2008.

4. Лильин, Е. Т. Детская реабилитология : (избр. очерки) / Е. Т. Лильин, В. Ельцин, А. Доскин. — М. : Педиатрия, 1999.
5. Мазурова, Н. В. Обучение родителей педагогическим технологиям воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях стационара / Н. В. Мазурова, С. Б. Лазуренко // Специальное образование : материалы науч.-практ. конф. — СПб., 2010.
6. Малофеев, Н. Н. Модернизация системы специального образования: проблемы коррекции, реабилитации, интеграции: на примере Российской Федерации / Н. Н. Малофеев // Интегративные тенденции современного специального образования. — М. : Полиграф Сервис, 2003.
7. Методы изучения и диагностики психического развития ребенка : сб. науч. тр. / под ред. Н. И. Непомнящей. — М. : НИИ общей педагогики АПН СССР, 1975.
8. Пантюхина, Г. В. Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни / Г. В. Пантюхина, К. Л. Печора, Э. Л. Фрухт. — М. : ЦОЛИУВ, 1979.
9. Половинкина, О. Б. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы : автореф. дис. ... канд. пед. наук / О. Б. Половинкина. — М. : ИКП РАО, 2006.
10. Развитие и воспитание ребенка от рождения до трех лет / под ред. Н. М. Щелованова. — М., 1969.
11. Яцык, Г. В. Неонатология. — 3-е изд. — М. : Наука, 2000.
12. Яцык, Г. В. Гипоксия плода и новорожденного / Г. В. Яцык, Т. П. Жукова, Е. П. Бомбардирова // Советская педиатрия. — М. : Медицина, 1983.