**Quyển sách “MẸ VÀ CON”**

**BS. Vũ Thị Chín**

**NXB Văn hóa thông tin**

*(Tác phẩm được giải nhất giải thưởng Nguyễn Khắc Viện năm 1997)*

|  |
| --- |
| **NHÓM 8: (Lớp Tâm lý K03)**   1. Nguyễn Thị Mỹ Hạnh 1056160015 2. Trịnh Thị Mỹ Hạnh 1056160017 3. Phạm Nguyễn Hoàng Hữu Lý 1056160036 4. Nguyễn Trần Kim Ngân 1056160041 5. Nguyễn Trọng Nghĩa 1056160043 6. Lâm Tấn Ngọc 1056160045 7. Trần Huỳnh Phương Trang 1056160088 |

MỤC LỤC

Trang

**PHẦN MỘT: TỔNG LUẬN BƯỚC ĐẦU TÌM HIỂU TÂM LÝ**

**SẢN PHỤ (TLSP) VÀ QUAN HỆ SỚM MẸ CON (QHSMC) Ở VIỆT NAM**

* 1. Tâm lý sản phụ………………………………………………………………4
  2. Quan hệ sớm mẹ con………………………………………………………...5
  3. Tiếp cận dự phòng và trị liệu………………………………………………...6

**PHẦN HAI: NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG**

1. ***Hồ sơ điều tra***

2.1. Tìm hiểu TLSP và QHSMC qua phỏng vấn 43 sản phụ

ở Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (1995)……………………………………………8

2.2. Một số đặc điểm tâm lý của sản phụ trong mổ đẻ (1986)………………….10

1. ***Hồ sơ tâm lý***

2.3. Thai nghén sinh đẻ. Mẹ con cùng khổ cùng vui (1995)……………………11

2.4. Trăn trở tâm lý cảm xúc ở mẹ và rối nhiễu ở con (1995)………………….13

2.5. Tương tác sớm mẹ con. Ngôn ngữ cơ thể (1995)………………………….15

2.6. Một số trường hợp bỏ rơi con ngay sau đẻ………………………………...16

**PHẦN BA: CHĂM CHỮA**

3.1. Tuyên bố Bagota về chăm sóc bà mẹ Căng-gu-ru……………………….18

3.2. Giới thiệu hoạt động của chương trình CSBMCG tại

Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí, Quảng Ninh………………………..19

3.3. Tóm tắt điều trị trẻ cân nặng thấp khi đẻ bằng

hai phương pháp Căng-gu-ru và Lồng ấp………………………………………19

3.4. Một số nhận xét về VSBMCGR của Trung tâm CGR,

Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí, Quảng Ninh……………………….20

3.5. Khía cạnh tâm lý của phương pháp Căng-gu-ru

đối với sơ sinh cân nặng thấp khi đẻ…………………………………………..21

3.6. Khi đẻ non………………………………………………………………23

3.7. Về một trường hợp tử vong sơ sinh…………………………………….25

**PHẦN BỐN: PHỤ LỤC**

4.1. Thang đo trầm nhược sau đẻ Edinburgh……………………………….30

4.2. Phiếu kĩ thuật Bbigguy (QHSMC)…………………………………….32

4.3. Đánh giá trả lời của sơ sinh (NBAS của Brazelton)…………………..32

4.4. Diễn biến tâm lý của bà mẹ trong khi thai ghén………………………32

4.5. Tương tác sớm mẹ con và sự ra đời của đời sống tâm lý……………..34

4.6. Ràng buộc……………………………………………………………..36

4.7. Những nghiên cứu về tương tác………………………………………36

4.8. Tìm hiểu phong cách của con bạn…………………………………….40

4.9. Đối thoại. Nên mẹ và già dặn…………………………………………40

4.10. Mẹ và con bị rối nhiễu………………………………………………..42

4.11. Những phương tiện giao tiếp của trẻ thiếu tháng…………………….43

4.12. Đẻ non………………………………………………………………..47

4.13. Tử vong chu sinh………………………………………………………48

**ĐÁNH GIÁ CHUNG**………………………………………………………..49

**PHẦN MỘT:**

**TỔNG LUẬN BƯỚC ĐẦU TÌM HIỂU TÂM LÝ SẢN PHỤ (TLSP) VÀ**

**QUAN HỆ SỚM MẸ CON (QHSMC) Ở VIỆT NAM**

*Nhiều nhà tâm lý và phân tâm nhấn mạnh rằng phần lớn các chứng tâm bệnh bắt nguồn từ những xung đột đã được chủ thể trải nghiệm vào những năm đầu tiên của cuộc đời (Ph.Mazet, S.Stoleru); đại bộ phận bệnh lý chức năng sớm ở trẻ bé tí: biếng ăn, biếng ngủ, nôn trớ, đau bụng tiên phát chẳng hạn, bắt nguồn từ sự phong tỏa hoặc chệch hướng của các quá trình tâm lý xung quanh thai nghén, sinh nở và sau đẻ (L.Kreisler và M.Soule), từ các rối nhiễu trong quan hệ sớm mẹ con. Do vậy, muốn tiếp cận dự phòng và trị liệu nghiêm túc trong lĩnh vực tâm bệnh ở trẻ bé đòi hỏi hiểu biết và kinh nghiệm về khủng hoảng tâm lý của thời kì sinh con với những gian truân của nó và sự hình thành và diễn biến của quan hệ sớm mẹ con. Chính vào thời kì này những hoạt động chức năng tâm lý có lẽ còn dễ biến đổi hơn, nên việc can thiệp dễ có hi vọng tránh khỏi những hậu quả xấu sau này.*

* 1. **Tâm lý sản phụ**

Ở mục này, tác giả tập trung nêu rõ những ***Đặc điểm tâm lý sản phụ qua ba thời kì:***

1. ***Thời kì thai nghén***
2. ***Giai đoạn thứ nhất: 3 tháng đầu***
3. ***Giai đoạn thứ hai: 3 tháng giữa***
4. ***Giai đoạn thứ ba: 3 tháng cuối***
5. ***Cuộc đẻ và sinh con***
6. ***Sau đẻ***

Cụ thể:

**i.a.** Đây là giai đoạn bà mẹ chấp nhận hay không chấp nhận cái thai.

-Nguyên nhân: mong muốn/lỡ lầm, thỏa mãn huyễn tưởng được làm mẹ lúc ấu thơ, củng cố địa vị trong gia đình, thai nghén mệt mỏi, trách nhiệm với đứa con, vấn đề tài chính, phong tục tập quán, siêu âm chẩn đoán,…

-Dấu hiệu: tính khí thất thường, thích ăn những thứ kì quặc, sởn gia ốc, sẩy thai tự nhiên,…

**i.b.** Đây là giai đoạn thai bắt đầu máy, thai phụ đi vào thế ổn định hơn và chấp nhận thai nhi.

-Trung tâm mối quan tâm của thai phụ chuyển dần sang đứa con trong bụng: xây dựng hình ảnh đứa con mơ ước, quan tâm đến giới của con, mong con được cuộc đời sung sướng, có địa vị trong xã hội…

**i.c.** Đây là giai đoạn chuẩn bị làm tổ, mong mỏi tích cực sự ra đời của đứa con.

-Thai lớn nhanh; thai phụ đi lại, ăn uống, ngủ gặp khó khăn; thai phụ hay lo sợ những điều không biết, mong mỏi có người bám víu,…

-Hành vi làm tổ: chuẩn bị quần áo, tả lót, chỗ nằm cho con,…

**ii.** Tác giả đề cập những đặc điểm chính về sinh lý lẫn tâm lý của thai phụ trong thời kì này ( dễ yếu đi về thể xác lẫn tinh thần, thai phụ rơi vào tình trạng mất chủ động do không làm chủ được thời điểm sinh con, thời kì lo hãi và đau đớn) ; tập trung trình bày những lo hãi và đau đớn của thai phụ trong thời kì này qua những đoạn văn trong tác phẩm “Câu chuyện làng Cuội” của Lê Lựu cùng những số liệu từ những cuộc điều tra của Phạm Bích Nhung.

**iii.**Thời kì thường đi kèm với trầm nhược nhẹ và một trạng thái u buồn sau đẻ. Tác giả cũng giải thích rõ nguyên nhân sinh lý – tâm lý gây nên tình trạng u buồn trầm nhược này.

* 1. **Quan hệ sớm mẹ con**

Những giờ đầu sau đẻ là một thời kì bà mẹ rất nhạy bén để bắt đầu quan hệ với con, thiết lập được cầu nối, sự gắn bó mẹ con. Chia tay với đứa con tưởng tượng, mơ ước, bà mẹ dễ dàng hoặc khó khăn đi tới chấp nhận đứa con thực. Trong phần này, tác giả trình bày rõ những dễ dàng hay khó khăn khi bà mẹ chấp nhận đứa con thực này, cùng với những dẫn chứng văn học lẫn số liệu thực tế để làm rõ vấn đề. Bên cạnh đó, tác giả cũng không quên nêu lên tầm quan trọng, ảnh hưởng nhất định của giai đoạn này đối với tâm lý mẹ-con và sự phát triển của đứa con về sau (giai đoạn xây dựng bản chất và căn tính làm mẹ của sản phụ cùng bản ngã của sơ sinh, mẹ quen dần với đặc tính có con, mẹ con học hỏi đặc tính của nhau,…)

Tác giả cũng tập trung phân tích quá trình tương tác qua lại giữa mẹ và con (mẹ-kích thích (S) và con- phản ứng (R) ), những nhiễu loạn có thể gặp phải trong quá trình tương tác này cũng như nguyên nhân của nhiễu loạn ấy. Có 3 tương tác :

*1.Tương tác ứng xử*

*2.Tương tác tình cảm*

*3.Tương tác huyễn tưởng*

* 1. **Tiếp cận dự phòng và trị liệu**

Những hiểu biết tốt hơn về diễn biến tâm lý sản phụ, về phát triển và rối nhiễu tâm lý ở trẻ bế bồng đã dẫn đến việc tiếp cận dự phòng trong sản khoa và nhi khoa, xa hơn nữa đến tiếp cận trị liệu. Ở phần này, tác giả đề cập đến 2 cách tiếp cận : dự phòng và trị liệu nhưng chủ yếu tập trung ở hướng tiếp cận dự phòng.

1. **Dự phòng**

Dự phòng có thể được nhìn nhận ở 3 cấp độ:

-Dự phòng cấp I (nhằm giảm tỉ lệ mới bị trong dân cư)

-Dự phòng cấp II (nhằm giảm tổng số người mắc, ngăn chặn và rút ngắn thời gian mắc)

-Dự phòng cấp III (nhằm giảm những bất lực mãn tính, tái phát, hạn chế tối đa những tàn phế chức năng do bệnh tật).

Tác giả tập trung trình bày hoạt động tổ chức dự phòng ở 3 thời kì:

1. ***Thời kì thai nghén:***

-Can thiệp ngay vào thời kì thai nghén, định kì khám thai, tránh các nhiễm trùng gây tổn thương cho hệ thần kinh trung ương và các giác quan của trẻ, ngăn ngừa đẻ non, các rối loạn có thể dẫn đến tai biến thiếu oxy ở sơ sinh.

-Các chuyên khoa cần phát triển và nâng đỡ quá trình thai sản.

1. ***Tại nhà hộ sinh:***

-Sự chuẩn bị tâm lý cho cuộc sinh nở theo Lamaze (phương pháp đẻ không đau).

-Mối quan hệ sản phụ – nữ hộ sinh có vai trò quan trọng.

-Cho phép ông bố, người thân vào phòng đẻ giúp nâng đỡ sản phụ.

-Thực hiện “rooming-in” (trẻ sơ sinh được ở trong phòng mẹ nhằm hình thành quan hệ sớm mẹ con).

1. ***Trở về nhà:***

-Vai trò người chồng là đặc biệt quan trọng cần được phát huy khi vợ đẻ và sau khi sinh.

-Bà ngoại là chỗ dựa nhưng đừng làm lu mờ vai trò của người mẹ

-Cần chú ý nhu cầu cần được tiếp xúc của trẻ sơ sinh nhưng ở mức độ thích hợp.

1. **Trị liệu**
2. ***Tư vấn trị liệu:***

-Nhằm vào quan hệ (bố) mẹ-con, tác động lên các đối tác bằng biến đổi theo hướng cải thiện quan hệ sớm mẹ con.

-Quá trình tư vấn trị liệu: nâng cao lòng tin vào khả năng làm bố mẹ của họ 🡪 dẫn dắt bố mẹ tự tìm ra mình và con mình 🡪 Tự tìm ra cách thích nghi để tương tác với con có hiệu quả.

1. ***Tiếp cận trị liệu phân tâm bằng lời nói:***

-Nhà phân tâm theo dõi, nghe hiểu ngôn ngữ cơ thể của trẻ bé tí và cách chăm chữa có kết quả nhiều rối nhiễu ở trẻ bằng lời nói. Tác giả đã chứng minh rõ luận điểm cũng là phát hiện tuyệt vời trong tiếp cận trị liệu phân tâm bằng lời nói, đó là: “bà mẹ là một nhà phân tâm tuyệt vời”. Bà mẹ có thể cảm nhận tất cả những cảm giác, những tín hiệu ở trẻ và thường “miệng nói tay làm” để diễn giải tín hiệu và đáp ứng chúng một cách tương ứng.

**PHẦN HAI:**

**NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG**

1. **Hồ sơ điều tra:**
   1. ***Tìm hiểu TLSP và QHSMC qua phỏng vấn 43 sản phụ ở Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (1995)***

*(Tổng sản phụ được phỏng vấn: 43 nhưng tổng số phiếu được khai thác là 42).*

Ở phần này, tác giả đã trình bày rõ:

* Mục tiêu điều tra: Tìm hiểu và nêu những nét tâm lý đặc trưng của sản phụ trong suốt quá trình thai nghén – sinh nở – chăm nuôi con trong những ngày đầu.
* Phương pháp điều tra: phỏng vấn ngẫu nhiên
* Kết quả điều tra: Các số liệu tổng kết theo các mục được trình bày thành các bảng:

1. Tuổi và số lần đẻ
2. Nơi ở và nghề nghiệp
3. Con mong muốn
4. Cảm xúc khi biết có thai
5. CẢm xúc khi bắt đầu thấy thai máy
6. Đứa con mơ ước (giới tính, hình dáng, tính nết, tương lai, thời gian có hình ảnh đứa con tưởng tượng)
7. Cảm xúc khi đi đẻ
8. Đau đẻ
9. Thái độ của sản phụ khi đẻ
10. Mong có người ở cạnh khi đẻ
11. Cảm xúc dau đẻ (So sánh đứa con thực với đứa con tưởng tượng, cảm giác sau đẻ)
12. Cảm xúc lần đầu thấy con
13. Cảm xúc khi cho con bú lần đầu
14. Tương tác mẹ con – các kênh tương tác
15. Đáp ứng của con (theo nhận xét của mẹ)
16. Đồng ý cho người khác bế từng lúc
17. Người giúp và sản phụ mong được giúp
18. Cảm tưởng đối với cán bộ y tế
19. Cảm tưởng về nuôi con trong những ngày đầu
20. Ra viện thích về đâu
21. Tâm tư khi ra viện

* Nhận xét – Bình luận khái quát một số vấn đề tâm lý sản phụ và QHSMC thông qua các số liệu phần trăm về: Sự thích nghi với thai nghén của sản phụ khi biết có thai – khi thai bắt đầu máy,lo hãi khi chuyển dạ, u buồn trầm nhược sau đẻ, cảm xúc tích cực khi lần đầu trông thấy con, cảm xúc tích cực khi cho con bú, mẹ tiếp xúc với con bằng nhiều kênh tương tác, việc xây dựng hình ảnh của đứa con mơ ước chủ yếu hướng về giới, có ý muốn cụ thể đồng nhất con với bố mẹ về hình dáng –các giá trị tinh thần- đạo đức, suy nghĩ tới tương lai của con, chấp nhận đứa con bằng xương bằng thịt, mong muốn có chồng ở cạnh nhiều hơn, ….
* Kết luận:

-Thời kì thai nghén và sinh nở là một thời kì khủng hoảng quan trọng về tâm lý cảm xúc ở người phụ nữ, diễn biến tâm lý trong giai đoạn này là sự chuyển động tâm lý không ngừng và không ổn định.

-Giai đoạn tương đối êm ả nhất: tam cá nguyệt, thứ hai và 2 tháng đầu trong tam cá nguyệt thứ ba của thai nghén: sản phụ chấp nhận cái thai, thích nghi tốt với thai nghén và dần nuôi dưỡng hình ảnh đứa con tưởng tượng.

-Lo lắng và bồn chồn xuất hiện lúc cận đẻ.

-Thử thách của cuộc đẻ khiến sản phụ lâm vào tình trạng lo hãi, hoảng hốt. Họ rất mong có người thân cạnh bên, nhất là người chồng.

-Sự ra đời của đứa trẻ:

+đáp ứng đúng nguyện vọng của sản phụ: cảm xúc tích cực, tinh thần vượt khó khăn và đau đớn của buổi đầu cho bú.

+Không đáp ứng đúng nguyện vọng của sản phụ: hụt hẫng, đau khổ tâm lý không biết bao giờ mới bù đắp được, nguy cơ trầm nhược sau đẻ, rối nhiễu trong quan hệ sớm mẹ –con.

* Đề nghị, khuyến cáo:

-Tâm lý cảm xúc trong thời kì thai nghén sinh nở và nuôi con đầy chất khủng hoảng nên sản phụ cần được sự nâng đỡ tinh thần cùng sự chăm sóc y tế phù hợp.

-Trong thời kì xây dựng hình ảnh đứa con tưởng tượng thì nhận xét của người thân củng xét nghiệm, siêu âm cần “lựa lời mà nói” để tránh gây stress, mất tinh tưởng nơi sản phụ.

-Trong cơn hoảng loạn vì đau dẻ, sản phụ cần lời nói dịu êm, động viên ngọt ngào và tay nghề khéo léo để cuộc đẻ diễn ra thuận lợi.

-tạo điều kiện cho mẹ con gặp nhau sớm, cho trẻ bú mẹ càng sớm càng tốt, giúp khia thông tương tác mẹ – con.

-Trách nhiệm của gia đình và XH, đặc biệt là người chồng là rất quan trọng để giúp sản phụ tránh lo âu, căng thẳng trước những vấn đề về đời sống kinh tế, mối quan hệ gia đình, chăm sóc và bảo vệ bà mẹ – trẻ em.

* 1. ***Một số đặc điểm tâm lý của sản phụ trong mổ đẻ (1986)***

Tác giả lần lượt trình bày và phân tích 11 trường hợp mổ đẻ được lọc ra từ 42 trường hợp phỏng vấn ngẫu nhiên trong cuộc nghiên cứu này. Từ đó đưa ra những nhận xét – bình luận khá chi tiết:

-Tuổi sinh nở tập trung ở 25 đến 36 tuổi

-1 là đẻ so, 10 đẻ con rạ

-1 nửa sản phụ ở thành thị, 1 nửa ở nông thôn

★*5 ca không có tiền sử mổ đẻ (chỉ có 1 thai ngoài ý muốn), 6 ca có tiền sử mổ đẻ:*

-Trạng thái hồ hởi, bồn chồn khi qua được 3 tháng đầu.

-Sản phụ rơi vào tình trạng lo hãi khi nghe tin đẻ mổ đến quá đột ngột. Những sản phụ đã có tiền sử mổ đẻ thì một số không lo, số khác vẫn thấy lo do nỗi lo hãi của lần mổ đẻ trước để lại.

-Tỉnh dậy sau đẻ mổ, sản phụ rất mừng, muốn gặp con ngay, muốn giữ con thường xuyên nhưng do đau vết mổ nên vẫn còn lóng ngóng trong bế ẵm con, cho bú khó khăn 🡪 kém tin tưởng vào khả năng bản thân và con.

-Sau mổ, sản phụ rất cần sự giúp đỡ của người thân. Họ chỉ muốn ra viện khi mẹ con thật khỏe.

* Kết luận:

-Mổ đẻ gây chấn thương về thể xác và là một trải nghiệm tâm lý mãnh liệt, bà mẹ phải chịu đựng những thử thách nặng nề trên bình diện ái kỉ và quan hệ sớm mẹ con. Điều này kèm theo việc sinh ra những sơ sinh có nguy cơ. Do đó, một sự quan tâm đặc biệt cần được dành vào thời kì chu sinh cho các sản phụ cả về tâm lý xã hội và cho việc theo dõi trẻ bé tí.

1. **Hồ sơ tâm lý**

Từ trước tới nay, khoa sản phụ chăm sóc thai nghén và sinh đẻ chỉ quan tâm đến mặt sinh học. Vào những năm gần đây, y học các nước mới nhận rõ tác động sâu sắc của tâm tư người mẹ và quan hệ sớm mẹ con. Ở nước ta, tài liệu đầu tiên nghiên cứu về vấn đề này là tập sách nhỏ “Phát triển tâm lý trẻ em trong năm đầu” do trung tâm N.T xuất bản năm 1990. Ngoài ra còn có một số tài liệu biên soạn và dịch bởi BS Vũ Thị Chín. Năm 1994, BS Phạm Bích Nhung đã vận dụng kiến thức mới này ở bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

Mỗi mục là những câu chuyện hay một số câu chuyện đã được tác giả đặt tên dựa trên những đặc điểm chính, nổi bật của câu chuyện.

* 1. ***Thai nghén sinh đẻ. Mẹ con cùng khổ cùng vui (1995)***

Sản phụ: H (33 tuổi)

Hoàn cảnh:

-Lớn tuổi, đẻ con so

-Ở vùng nông thôn, nhiều định kiến

-Cha mẹ ruồng bỏ khi hay tin chị có thai vì có quan hệ ngoài giá thú với anh X (42 tuổi). Anh X cũng đã có vợ con.

-Sống nhờ nhà anh trai. H phải tự lo kinh tế.

-Anh X ít ghé thăm, chị gần như sống tách biệt.

★Diễn biến tâm lý trong thời kỳ mang thai và sau khi sinh:

-Khi mang thai:Khóc nhiều, không có mơ tưởng về đứa con.

-Khi sinh:Lo sợ phải mổ, lo cho con yếu, cô đơn vì không có người thân bên cạnh khi sinh, nhất là không có anh X.

-Sau sinh:

+Chị H sinh đôi, 2 cháu đều suy dinh dưỡng, suy hô hấp, phải nuôi lồng kín nên quan hệ mẹ con bị gián đoạn.

+2 ngày sau, 1 bé mất, chị H chỉ khóc sụt sịt, không hỏi gì thêm. Chị H chậm trễ trong việc cho vắt sữa, lờ đờ, kém ăn, kém ngủ.

+Khi bé A được trả về với mẹ: chị H lúng túng, không dám động đến con. Đứa bé quấn kín, thiếu tiếp xúc da kề da với mẹ. Chị H ít chịu vuốt ve, nựng con và khóc suốt, mắt sưng húp.

+Sau 2 tuần nằm với mẹ, bé đã bú tốt, lên cân. Tuy nhiên, 2 ngày sau bé lại khóc nhiều, bỏ bú, H cũng chỉ biết ngồi khóc.

+Chị H thiếu sự quan tâm từ người thân: chị ít lên thăm, anh X không thăm, cha mẹ chị H thì đã đuổi chị đi.

Chẩn đoán: rối nhiễu trẻ sơ sinh do rối nhiễu mối quan hệ sớm mẹ con, bà mẹ trầm nhược sau đẻ.

Xử trí: giải thích với H rằng bé không có bệnh, động viên chị H ở lại viện, giảm viện phí, liên hệ chị của H thăm thường xuyên.

Kết quả: tình hình dần tiến triển tốt. Cháu A sau 2 ngày thì cơn khóc giảm dần, bú trở lại. Cùng lúc đó, anh X xuất hiện. Sự có mặt của X làm chị H phấn khởi ra mặt, bắt đầu cười. Thêm 2 ngày nữa, cháu hết khóc, bú tốt.

Dự đoán: cháu bé là đứa con mong đợi, là con trai, chị H ít nhất cũng có sự hỗ trợ từ chị mình và anh X, do đó, có thể sẽ có một tiến triển khá hơn về mối quan hệ mẹ-con.

Bình luận: Bệnh án này tập hợp rất nhiều nét điển hình về sự rối nhiễu quan hệ mẹ -con trong thời gian thai nghén và sinh đẻ. Người mẹ gặp hàng loạt cú sốc từ lúc mang thai đến lúc sinh con. Sự rối nhiễu ở người mẹ đã khiến đứa bé gặp vài vấn đề về sức khỏe. Và chứng trầm nhược của người mẹ không thể chữa bằng thuốc mà bằng cách nâng đỡ về tâm lý xã hội. Trong ca này, còn thấy rõ đứa trẻ rất nhạy bén với những biến chuyển tâm lý của người mẹ. Tuy nhiên, bệnh án này còn thiếu một mặt là việc luyện tập cho bà mẹ bế ẵm, cho con bú.

* 1. ***Trăn trở tâm lý cảm xúc của mẹ và rối nhiễu ở con (1995)***

Sản phụ: K.T (36 tuổi) và K.L (28 tuổi) là hai chị em ruột, sinh con cùng tháng, chệch 3 tuần.

Hai bé trai : Anh Tuấn, con K.T và Duy Thắng, con K.L.

Hoàn cảnh, lịch sử sản phụ:

-Sản phụ K.T: trầm, ít nói, ngoại hình và học vấn thua kém chị em trong nhà, hai vợ chồng chị đều là cán bộ trung cấp, lương thấp, kết hôn muộn (35t).

-Sản phụ K.L: là con út, sinh ra ở nước ngoài, ngoại hình và học vấn tốt ( tốt nghiệp ĐH Y Khoa), lấy chồng giàu lúc 26t. Khi mới cưới, chị sống với nhà chồng, qua hai lần sẩy thai và thất nghiệp trong thời gian dài, bất hòa với mẹ chồng, hai vợ chồng K.L chuyển ra ngoài ở. Tại đây chị có thai lần 3.

★Diễn biến tâm lý trong thời kỳ mang thai và sau khi sinh:

-Khi mang thai:

+Sản phụ K.T: chồng K.T được đi tu nghiệp ở nước ngoài gần tháng sinh của chị.

+Sản phụ K.L: dựa theo hoàn cảnh, chị có thai lúc chưa vượt qua được rối nhiễu lúc ở nhà chồng. Khi thai được 4,5 tháng, chị tìm được việc làm thuộc ngành y, chồng thì công tác ở nước ngoài.

+Trong hoàn cảnh đó, cả hai được cha mẹ đón về nhà.

-Khi sinh: (không có đề cập)

-Sau khi sinh:

*Ở nhà mẹ ruột:*

+Mẹ con K.L: K.L sinh trước, dư sữa. Do sinh được con trai khỏe mạnh, chồng K.L nghe tin về ngay nên chị rất hạnh phúc. Thỉnh thoảng khóc do con dãy dụa, không bú. Về bé D. Thắng, phát triển tốt về tâm vận động và thế chất ở giai đoạn đầu.

+Mẹ con K.T: chị sinh mổ, mệt mỏi, buồn do con mình yếu hơn con em. Cho đến khi hai mẹ con ra viện và chồng chị về thì phấn chấn hẳn. Về bé A. Tuấn, những ngày đầu phải ăn sam sữa bò, thường khò khè khi bú, ít cân. Được 1 tháng thì bé bị viêm phế quản phải nằm viện. Khi cha về, bé khỏe hẳn lên, ăn ngủ tốt, tăng cân.

*Về nhà riêng:*

+Mẹ con K.L: ông bà nội D.T không quan tâm và đến thăm cháu nội lần nào. Một mình chị ở nhà loay hoay với con, làm việc nhà. Chị còn bị chồng chê trách không biết nuôi con, con mình kém phát triển hơn con chị. Từ những lý do đó, khi nào về nhà mẹ ruột chị cũng sụt sùi ủ rũ. Về bé D.T, do mẹ bận bịu, bé được cho ngậm vú cao su và cai sữa sớm. Nửa tháng sau, bé ăn kém, nôn trớ, khóc nhiều, ít ngủ, lên cân chậm. Khi đi khám, về mặt thể chất bé bị còi xương, về tâm vận động bé tương tác kém với mẹ. Bé khó ăn và hay nôn, theo tư vấn, vú cao su chính là nguyên nhân khiến bé có rối loạn tiêu hóa.

+Về mẹ con K.T: bé phát triển tốt và hầu như không có khó khăn gì, do đó, K.T không có rối nhiễu. Về bé A.T, bé được gửi cho ông bà ngoại, khỏe mạnh, tăng cân, tâm vận động phát triển tốt.

Bình luận: Đây là một bệnh án nói lên những diễn biến tâm lý của bà mẹ khi mang thai và sau khi sinh cùng các rỗi nhiễu của con phản ánh tâm trạng của mẹ.

Tâm trạng của hai người mẹ không chỉ ảnh hưởng bởi sức khỏe của con và bản thân, sự quan tâm chăm sóc của người thân mà còn bởi sự so sánh, ngầm ganh đua với chị (em) mình. Từ lúc nhỏ, cho tới khi sinh con so, hai chị em này đều trái ngược nhau.

* 1. ***Tương tác sớm mẹ con. Ngôn ngữ cơ thể (1995)***

Hoàn cảnh, lịch sử sản phụ: (không nêu)

Diễn biến tâm lý trong thời kỳ mang thai và sau khi sinh: (không nêu)

-Khi mang thai: (không nếu)

-Khi sinh: (không nêu)

-Sau sinh: sinh mổ, mẹ khỏe, về nhà mẹ đẻ ở, được chăm sóc chu đáo. Bé khỏe mạnh, đủ cân, bú tốt. Tuy nhiên, đến hơn 1 tháng tuổi, bé khóc ưỡn người trên tay mẹ, khóc ngằn ngặt, và chưa đi đại tiện trong ngày. Mẹ rất lo lắng.

Chẩn đoán: rối nhiễu nhất thời về tương tác, xuất phát từ cơn khó chịu nhỏ (ngạt mũi, táo bón) và một cơn đói không thể giải quyết kịp thời, phù hợp, dẫn tới phản ứng khóc dang cơn đạu bụng.

Nguyên nhân: do người mẹ thiếu kinh nghiệm trong việc giải mã những nét mặt, cử chỉ, trương lực cơ, tiếng khóc….của trẻ. Nói về việc giải mã ngôn ngữ cơ thể của trẻ, tác giả đã đưa ra các kiểu biểu lộ của trẻ bé tí theo Marie Claire Busnel.

* 1. ***Một số trường hợp bỏ rơi con ngay sau đẻ***

**TH1:**

Sản phụ: Nguyễn Thị B (46t)

Hoàn cảnh: Góa chồng, có 5 con đều đã lớn và có gia đình. Chị quan hệ với anh H (46 tuổi) cũng đã có vợ con và có thai ngoài ý muốn, đi phá quá trễ nên phải sinh. Khi đi sinh, kinh tế khó khăn.

Diễn biến tâm lý trong thời kỳ mang thai và sau khi sinh

-Mang thai: lo nhiều, không có đứa con tưởng tượng, tủi thân và hay khóc vì nghèo.

-Khi sinh: sinh dễ, khóc vì tủi thân do không có người thân bên cạnh khi đang chuyển dạ

-Sau sinh: không nhìn con, không hỏi tới và nhất quyết bỏ con dù nhiều người trong bệnh viện thuyết phục giữ. Bé gái khỏe mạnh, một quần sau được nhận nuôi và được thương yêu.

**TH2**:

Sản phụ: L.A. Th. (21t)

Hoàn cảnh: cha mẹ đều hưu, anh trai có việc làm khá, gia đình sống biệt lập trên đồi. Chị là con út, tính tình lỳ, hay tự ái, thích gì làm nấy và có ngoại hình đẹp. Chị yêu a H (31t).

Diễn biến tâm lý trong thời kỳ mang thai và sau khi sinh

-Khi mang thai: phát hiện mình mang thai lúc 4 tháng, tin tưởng vào lời hứa của a H sẽ làm đám cưới. Đến 7 tháng, chị đi kiếm H và phát hiện mình bị phản bội. Khi kể cho gia đình nghe, cha chị tức giận,cha mẹ chị xô xác nhau. Chị bị đuổi khỏi nhà. Th luôn có đứa con tưởng tượng trong đầu nhưng không có quá trình làm tổ, kèm thêm tâm trạng căm tức H.

-Khi sinh: dễ sinh, bé đủ tháng.

-Sau sinh: chị không có cảm xúc gì sau khi sinh, “không có ý nghĩ mình đã làm mẹ”. Sau khi sinh được 4 ngày thì mẹ Th vào thăm, tâm trạng chị vui vẻ hẳn lên. Cháu bé khỏe mạnh, tâm vận động tốt.

**TH3**:

Phụ sản: Nguyễn Thị A (22 tuổi)

Hoàn cảnh và lịch sử: học hết lớp 8 đã vào thành phố bán hàng với cha. Chị yêu a H (26t) được 2 năm thì bị gia đình cấm do anh là kẻ trộm cắp cờ bạc và có họ bên ngoại với A.

Diễn biến tâm lý trong thời kỳ mang thai và sau khi sinh

-Khi mang thai: có thai theo ý muốn vì 2 người đã định ngày cưới, hơn nữa còn tính ngày sinh để sinh con trai. Khi chị chậm kinh 10 ngày thì a H bị bắt tù 7 năm. Khi gia đình A phát hiện, bắt phá thai và không cho về làng. Với những cú sốc dồn dập trên, A chắc hẳn có rỗi nhiễu. Chị có đứa con tưởng tượng, có quá trình làm tổ và luôn chờ được đoàn tụ với H.

-Khi sinh: đi sinh có người theo. Chị rất lo, lo con mình có làm sao không, lo bị chết và từng chứng kiến một ca chết cả mẹ lẫn con.

-Sau sinh: sinh con trai, sau 1 ngày thì đón con và cho con bú, không chịu rời con, khóc nhiều và cuối cùng chị dứt khoát giữ con và chờ H.

***★Nhận xét chung:*** *( về 3 trường hợp trên: 2 đã bỏ rơi con và 1 manh nha ý định bỏ rơi)* Theo tác giả, có **3 nguyên nhân** quyết định việc bỏ con hay không:

-Yếu tố gia đình và xã hội: sự thúc ép từ gia đình, nhất là từ người cha có uy quyền trong nhà có ảnh hưởng rất lớn, đồng thời sự lên án của xã hội cũng không kém phần quan trọng.

-Vai trò của bố đứa trẻ: ở trường hợp đầu, người bố khuyên bỏ, trường hợp thứ hai, người bố phản bội. Đây chính là hai động lực lớn để người mẹ quyết định bỏ con. Trường hợp thứ 3, người bố thể hiện vai trò tích cực của mình, cả hai đều muốn sinh con nên sản phụ quyết giữ con lại.

-Quan hệ sớm mẹ con có được thiết lập hay không: 2 trường hợp đầu đều không thiết lập được mối quan hệ này. Riêng trường hợp thứ ba, sau khi sinh 1 ngày đã đón con và cho bú, luôn giữ con với mình, từ đó thiết lập mối quan hệ mẹ con chặt chẽ.

**PHẦN BA**

**CHĂM CHỮA**

**3.1. Tuyên bố Bogota về chăm sóc bà mẹ Căng-gu-ru (CSBMCGR):**

Hội nghị Quốc tế lần thứ hai về chăm sóc bà mẹ Căng-gu-ru tổ chức tại Bogota, Colombia tháng 12/1998 gồm 30 nước đã đưa ra tuyên bố:

Nguyên nhân chính tử vong ở trẻ nhỏ liên quan đến tử vong chu sinh và sơ sinh.

-Tỉ lệ trẻ thấp cân rất cao góp phần đáng kể vào tỉ lệ tử vong chung ở trẻ.

-Các trẻ thấp cân có hậu quả về thần kinh, chậm lớn và chậm phát triển do việc chăm sóc tốn kém và không được thực hiện ở 1 số khu vực.

-Chăm sóc Căng-gu-ru là 1 phương pháp rất phù hợp và mang lại nhiều kết quả tốt.

Khuyến cáo: Chăm sóc Căng-gu-ru nên là 1 phương pháp được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới và coi nó là một trong các chương trình hành động chăm sóc sức khỏe Quốc gia cho trẻ sơ sinh.

Tuyên bố lúc 20 giờ ngày 04 tháng 12 năm 1998:

-Chăm sóc Căng-gu-ru phải được coi là một quyền cơ bản của trẻ sơ sinh.

-Chăm sóc Căng-gu-ru phải là 1 hoạt động hợp pháp trong quản lí chăm sóc trẻ sơ sinh đẻ thấp cân và đủ tháng ở tất cả các mặt, mức độ chăm sóc và tất cả các quốc gia.

* 1. **Trích giới thiệu hoạt động của chương trình “Chăm sóc bà mẹ Căng-gu-ru” tại bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí, Quảng Ninh:**

Năm 1978, bác sĩ Rey và Martinez đã áp dụng thành công phương pháp Căng-gu-ru cho điều trị, chăm sóc trẻ thấp cân ở Viện Sản khoa (Instuto Materno Infantile) ở Bogota, Colombia. Với nhiều tính cách ưu việt đặc biệt, phương pháp Căng-gu-ru đã được áp dụng rộng rãi. Hiện nay, hơn 30 nước đã sử dụng phương pháp trên như Mexico, Brazil, Pháp, Thụy Điển, Anh, Mĩ, Việt Nam, Indonexia, Nam Phi…

Từ năm 1985 khoa Nhi bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí đã khởi đầu áp dụng phương pháp Căng-gu-ru. Phương pháp này phỏng theo sinh vật học – con chuột túi Kangaroo ở Australia. Con chuột mẹ luôn luôn ấp co ở trước ngực trong 1 túi bằng da thịt của chính mình. Chuột con luôn được sưởi ấm bằng thân nhiệt của mẹ, được bú sữa mẹ bất kì lúc nào nó muốn.

Các ích lợi của phương pháp: thân nhiệt ổn định, nhịp tim ổn định, thở đều đặn hơn, sự trao đổi oxy tốt hơn, giấc ngủ tốt hơn, thời gian thức tỉnh táo hơn, tăng cân nhanh hơn. Hơn nữa, mối tương tác mẹ con được thiết lập sớm hơn và gắn bó hơn nên khả năng bú mẹ sớm hơn và sức khỏe tốt hơn do nuôi bằng sữa mẹ.

Nên áp dụng phương pháp chăm sóc Căng-gu-ru càng sớm càng tốt kể cả giai đoạn hồi sức cấp cứu sơ sinh.

**3.3. Tóm tắt kết quả điều trị trẻ cân nặng thấp khi đẻ (BW) bằng hai phương pháp Căng-gu-ru và lồng ấp**

***I. Đại cương về phương pháp CRG:***

- Đối tượng: trẻ LBW

- Cách thức: Trẻ được đặt nằm sấp trên ngực mẹ giữa 2 bầu vú, da liền da với mẹ, đầu sát dưới cằm mẹ và mặt quay về một bên. Trẻ được quấn tả lót và đóng khố sạch. Giữ ấm đầu bằng mũ hoặc khăn. Dùng chăn bông đắp lên người trẻ và ngoài cùng là áo của người mẹ. Nếu mẹ muốn đi lại cùng với đứa con trên ngực thì dùng thêm địu buộc về đằng trước.

Nuôi dưỡng trẻ bắt đầu ngay trong những giờ đầu và bằng sữa mẹ. Có thể ăn qua sonde dạ dày hoặc bú mẹ trực tiếp hoặc kết hợp đổ thìa.

Cần phải theo dõi thường xuyên tình trạng của trẻ.

Trẻ được áp dụng cho tới khi cân nặng 1800 – 2000g. Ra viện khi cân nặng trên 2000g, tự bú mẹ tốt và đã lên cân.

***II. Số liệu và kết quả điều trị:***

Dựa theo bảng số liệu về 2 phương pháp được áp dụng là Căng-gu-ru và lồng ấp, có các kết luận sau:

-Tỉ lệ tử vong phụ thuộc nhiều nhất vào cân nặng khi sinh: dưới 1000g tỉ lệ chết là 75%

-Nhóm cân dưới 1000g và 1000 – 1250g của phương pháp LA có tỉ lệ chết thấp hơn hẳn nhóm CGR (66,6% và 53,8%).

-Nhóm cân từ 1500 – 2000g thì nhóm CGR có tỉ lệ chết thấp hơn nhóm LA

*Kết luận:*

-Phương pháp CGR đơn giản, dễ thực hiện, có thể thực hiện ở các tuyến y tế.

-Đặc biệt áp dụng cho nhóm cân trên 1500g*.*

-Hướng dẫn cho người mẹ thực hiện tại nhà để giảm thời gian nằm viện, giảm nguy cơ nhiễm trùng, quá tải ở bệnh viện.

**3.4. Một số nhận xét về hoạt động chăm sóc bà mẹ Căng-gu-ru của Trung tâm Căng-gu-ru bệnh viện Việt Nam Thụy Điển:**

*Thuận lợi:*

-Có thời gian dài áp dụng phương pháp Căng-gu-ru.

-Bệnh viện đã có mô hình về thực hiện CSB<CGR từ 1996 nên đã trở thành thường quy ở khoa sơ sinh, khoa sản và TTCGR.

-Chế độ miễn phí cho trẻ dưới 6 tuổi giúp đỡ rất nhiều cho bà mẹ và gia đình.

*Khó khăn:*

-Các bà mẹ ở xa, điều kiện còn khó khăn

-Các cháu có tỉ lệ duy dinh dưỡng (40%), thiếu máu, còi xương nhiều hơn trẻ đẻ đủ tháng nhưng không có kinh phí hỗ trợ.

-Các trẻ có tỉ lệ chậm phát triển tâm vận động nhiều hơn trẻ khác.

-Chưa có các đơn vị CSBMCGR khác để có thể chuyển sang chăm sóc gần nhà.

-Chưa có đủ nhân lực và nguồn lực để thực hiện nghiên cứu.

*Kết luận và đề nghị:*

-CSBMCGR là một phương pháp đậm tính nhân văn, cần được sự giúp đỡ, đầu tư từ nhiều tổ chức của chính phủ, xã hội để phát triển.

-Cần phổ biến rộng rãi phương pháp CSBMCGR để các bà mẹ, nhân viên y tế có thể áp dụng ngay cho các cặp mẹ - con để giảm tỉ lệ tử vong cho trẻ.

-Cần phối hợp với các chương trình chăm sóc bà mẹ trước sinh, phòng chống suy dinh dưỡng… Nên tập trung ở khu vực miền núi, vùng xa xôi, gặp nhiều khó khăn.

-Cần có những nghiên cứu khoa học về mối quan hệ mẹ -con và phát triển tâm vận động để đánh giá cụ thể về phương pháp CSBMCGR.

* 1. **Khía cạnh tâm lý của phương pháp Căng – gu – ru đối với sơ sinh đẻ thấp cân:**

1. ***Đối với sơ sinh đẻ thấp cân hoặc đẻ non:***

Theo báo cáo của Bác sĩ Thu Nga và cs. ở bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí, hầu hết các sơ sinh thấp cân thuộc trung tâm Căng – gu – ru (có tuổi thai trung bình là 34 tuần).

Các bé dù đẻ non nhưng đều đã được trang bị đầy đủ khả năng để đi vào tiếp xúc, giao tiếp với mẹ và môi trường xung quanh. Các sở trường đó có nguy cơ bị tổn thương do ở lâu trong lồng ấp, có thể hại cho thính giác, cho thị giác,…

Phương pháp Căng – gu – ru thuận lợi cho việc bế ẵm (Holding) và chăm sóc nâng niu (Handing), vào thời kì nhạy cảm của nỗi canh cánh ban đầu của mẹ, một trạng thái tâm lý làm bà mẹ sẵn sàng đáp ứng và nhạy bén với mọi nhu cầu, mọi tín hiệu của con, rất có lợi cho sự gắn bó mẹ con.

Tư thế Căng – gu – ru tạo điều kiện cho các tiếp xúc da kề da, mặt đối mặt, mắt nhìn mắt khi bà mẹ cúi xuống cho con bú, cho việc nhận ra hơi ấm của mẹ. Nhận ra tiếng nói và bước đi quen thuộc của mẹ, nhất là nhịp tim của mẹ. Khi bé được nghe 24/24 giờ sẽ làm êm dịu trẻ, làm bé nín khóc và giúp bé tăng cân nhanh.

Được các bà mẹ Căng – gu – ru kích thích, các bé Căng – gu – ru “đủ hiểu” có thể nắm bắt và giải mã được. Việc khai thông các kênh tương tác dẫn tới thiết lập và tăng cương gắn bó mối tương tác của cặp mẹ - con.

Phương pháp Căng – gu – ru giúp cho sơ sinh đẻ thấp cân tránh được những cuộc tách biệt lặp đi lặp lại – nguồn gốc của lo hãi do mất an toàn vì nếu theo phương pháp thông thường thì trẻ phải nuôi trong lồng ấp được nhiều y tá dưỡng nhi chăm sóc luân phiên trong ngày và từ ngày nọ qua ngày kia.

Suốt trong thời kì cộng sinh khi ở tư thế Căng – gu – ru. Chính ở trong chiếc nôi tự nhiên vô cùng ấm áp và ổn định đó mà bé Căng – gu – ru tìm thấy cảm giác an toàn và liên tục hiện hữu cần thiết cho sự thiết lập của cái tôi của nó. Dù chỉ là sự ý thức một cách mơ hồ, nhưng sẽ là điều kiện tiên quyết cho việc nhận ra tính cách cá biệt về tâm lý.

1. ***Đối với bà mẹ:***

Bà mẹ phát hiện ra ở con những khả năng giao tiếp thông qua các tín hiệu. Bà ta nhận biết các cố gắng của con để bám vào cuộc sống đương bắt đầu nảy nở nơi sinh thể mong manh này, yêu thương và âu yếm tràn ngập nơi bà mẹ.

Lúc đầu bà mẹ Căng – gu – ru còn rất vụng về, lung túng, nếu là sinh con so, bà mẹ mạnh dạn dần lên, sau nhiều lần sai và sửa sai, bà ta trở nên khéo tay hơn và tiến bộ trong đối thoại trương lực và tình cảm với con. Và như thế xây dựng được dần căng tính làm mẹ.

Những tiến bộ của con và vươn tới ý thức trách nhiệm ở bà mẹ có xu hướng làm giảm các mặc cảm của bà ta về làm nhẹ gánh nặng về chấn thương ái kỉ vì đã sinh ra một đứa trẻ nhỏ nhoi, mỏng manh không như như trẻ khác.

Bà mẹ Căng – gu – ru được thỏa mãn trong nhu cầu được bế ẵm cho con bú, vuốt ve nó, ru nó, nhìn vào mắt nó, mỉm cười với nó,… khoảng cách giữa đứa con tưởng tượng, huyễn tưởng và đứa con thực thu hẹp dần giúp bà mẹ quên đi những đau khổ của ngày đầu và cảm thấy được đền bù bằng sự tiến bộ của đứa con.

1. ***Đối với gia đình:***

Gặp gỡ hằng ngày giữa gia đình và cặp mẹ con làm gia đình an tâm, làm vơi nhiều nỗi lo hãi bị tách biệt trẻ phải nằm lồng ấp.

Bà, bố sẵn sàng làm bà mẹ Căng – gu – ru khi được hướng dẫn, để cho sản phụ được nghỉ ngơi đôi chút (trong trường hợp sinh đôi, mẹ yếu).

1. ***Đối với người chăm sóc:***

Nỗi vất vả của nhũng người chăm sóc một trẻ yếu ớt có nguy cơ, đôi khi quá sức đối với họ, vậy mà chẳng mấy ai quan tâm đến. Bố mẹ của bé và chuyên môn không còn đối đầu với nhau ở tư thế đối lập mà là ở quan hệ hợp tác thành thực, tự nguyện, đầy hiệu quả.

Hằng ngày, họ không còn bị quay nhiễu bởi những câu hỏi chất vấn lo hãi, bực tức khẩn nài của bố mẹ ngong ngóng chờ họ để hỏi tin tức của đứa bé trong lồng ấp.

Hằng ngày, họ không cần chờ đợi đến làm các việc chăm sóc theo thường qui mà như những người lương thiện đến giúp đỡ, kèm cặp các bà mẹ còn lung túng vụng về không biết ôm ấp, nâng niu chăm sóc bé sơ sinh đẻ thấp cân.

* 1. **Khi đẻ non**

Yếu tố gây nhiều thảm kịch nhất và có nhiều hậu quả nhất đối với quan hệ mẹ - con sau này là việc tách mẹ ra khỏi con. Nên không thêm vào những khó khăn do đẻ non, những khó khăn do tách mẹ.

**★Những thông tin cho bà mẹ về tình trạng của đứa con:**

Những thông tin đầu tiên được bà mẹ cảm nhận, đôi khi đến ngay lúc đẻ. Sản phụ nắm bắt mọi chỉ báo, ở trong một trạng thái rất nhạy cảm về cảm xúc:

Mặc cảm tội lỗi. Thất bại ái kỷ.

Một thời điểm khác nữa là lúc tách mẹ, tức là lúc chuyển đứa bé sang một đơn vị điều trị chuyên biệt, cần được thông báo cho bà mẹ.

Những thông tin đều đặn về diễn biến của trẻ. Cần có sự phối hợp giữa hai kíp: khoa sản, chỗ của bà mẹ và khoa nhi, chỗ của sơ sinh.

Ai cung cấp thông tin? Và thông tin khi nào?

Mọi thông tin cần phải được giải thích rõ ràng và có đủ thì giờ. Mọi thông tin truyền đạt vội vã, đều có thể gây lo hãi.

Không bao giờ nên nói dối bố mẹ, nhưng không thể nói ngay tất cả sự thật. Khi chưa thật chắc chắn có tử vong: đừng để bố mẹ nghĩ tới.

**★Sự nâng đỡ tâm lý khi ở nhà hộ sinh:**

Nếu trên bình diện tâm lý như Winnicott đã nhấn mạnh; thai sản làm tan rã cấu trúc, thì đẻ non, do sự thiếu hụt ở bà mẹ, được gia tăng vì tách khỏi con, và sự không ăn khớp về thời gian của nhu cầu đôi bên.

Đa số các bà mẹ cần được nâng đỡ, do một ngươi có kinh nghiệm tiếp cận. Do đó, cần hiểu được các khía cạnh khác nhau của hoàn cảnh sinh tâm lý ở bà mẹ, cách theo dõi trong quá trình thai nghén, tác động của gia đình,…

**★Các cuộc tiếp cận hướng vào dự vào dự phòng tâm lý:**

*Các cuộc tiếp cận hướng vào dự phòng tâm lý nhằm:*

-Giúp giải tỏa lo hãi, bằng cách tạo điều kiện cho biểu lộ cảm xúc.

-Tạo điều kiện cho đứa bé hòa nhập vào thế giới tưởng tượng và tượng trưng của bà mẹ.

-Cố gắng làm giảm nhẹ những tác động của sự không ăn khớp giữa nhu cầu của mẹ và của con.

-Làm cho thoát khỏi hình ảnh của một đứa bé ốm yếu, chưa hoàn thiện, chưa thành công bằng những trẻ khác.

-Cần xua tan hình ảnh của đứa bé đã từng làm mẹ nó đau khổ, một đứa bé gắn với hình ảnh ốm đau, bệnh tật đẩy bà mẹ trở về với những huyễn tưởng chết của bản thân.

-Giúp đỡ bà mẹ làm sáng tỏ và chấp nhận mặc cảm tội lỗi có thể có đối với đứa trẻ cũng như đối với gia đình, trong đó có bố đứa trẻ.

*Đẻ non liên quan đến 3 nhân vật chính:*

-Mặc cảm tội lỗi của bà mẹ có thể dẫn tới trầm nhược và tự đánh giá mình. Đối với đứa trẻ, một sư lo hãi nguyên nhân của bao che quá mức và của các xung lực hủy hoại. Đối với bố đứa trẻ, môt sự căm giận có thể dồn lên bố cảm giác tội lỗi mà bà mẹ không gánh chịu được một mình.

-Đối với bố mẹ cần tạo điều kiện cho biểu lô cảm giác tội lỗi đó thậm chí cả những xung lực hủy hoại gây ra do lo hãi sự nghuy hiểm đối với cái chết bất thường nhằm tránh sự dồn nén và những hành vi hung dữ thật sự: 50% những trẻ bị hành hạ là những trẻ đẻ non theo thống kê của Kreisler.

-Để đạt được mục tiêu đó đòi hỏi phải dành một số thời gian cho các bà mẹ để biết được nhu cầu của họ, song cũng cần cả một thiện chí về cảm xúc và tình cảm.

-Giúp đỡ không bao giờ là giam nhốt các bà mẹ trong nhu cầu vô thức của chúng ta. Mọi can thiệp thô bạo, quá ham muốn, quá vội vã, không tính đến nhịp của bà mẹ, cần được loại trừ, do đạo lí hành nghề, do kĩ thuật và vì có nguy cơ khơi dậy một tổ hợp những phòng vệ cương quyết tiêu cực hơn.

-Song, hơn cả nhà tâm lý, đứa con sẽ giúp bà mẹ tốt hơn cả và sự nâng đỡ tâm lý phải đi song song với viêc nhận thức một số thực tế hiển nhiên mà các tiến bộ y học đôi khi đã lãng quên.

* 1. **Một trường hợp tử vong sơ sinh:**

***A. Tóm tắt bệnh án:***

Sản phụ H.T.L. 32 tuổi

-Thai lần 2: 7 tháng ½. Vỡ ối sớm.

Hoàn cảnh: Ở Hồng Kong về được một năm, chưa có công việc làm ăn ổn định, khi ở nhà làm công việc nội trợ, nhưng thỉnh thoảng bán vé số để kiếm sống.

-Chồng 33 tuổi, lái xe.

Tiền sử: Có thai lần đầu vào lúc 30 tuổi. Bị viêm thận. Bác sĩ khuyên phải nạo thai. Sau nạo thai, sức khỏe bình thường.

Diễn biến thai sản:

-Sau khi hồi hương thì có thai lần 2.

-Mừng vì thai mong muốn. Trai hay gái cũng được.

-4 tháng, thai máy: mừng vui, yên tâm.

-5 tháng: động thai, ra máu. Đi khám bệnh viện khuyên nhập viện. Do hoàn cảnh neo đơn nên nghỉ ở nhà và thực hiện những lời khuyên của bác sĩ. Thai ổn định trở lại.

-Lúc bị vỡ ối sớm. Được đưa vào bệnh viện biết mình sắp đẻ và đẻ non, con sẽ yếu. Mong có chồng bên cạnh.

-Sinh con trai. Đẻ non, 7 tháng ½. Cân nặng 1.600g. Đẻ xong không được gặp con lúc nào cả. Sơ sinh phải đưa sang khoa nhi chăm chữa tích cực trong lồng ấp. Hằng ngày chỉ được vắt sữa gửi vào cho con. Không có thông tin gì về con.

-Rất lo lắng cho sức khỏe của con, đứng ngồi không yên, không ăn, không ngủ được.

-Rất mong được nhân viên y tế hỏi han để có dịp thăm dò tin tức của con. Song không ai cung cấp cho.

-Sau 4 ngày, bệnh viện thông báo cho biết con đã chết vì xuất huyết não.

-Khi biết tin H.T.L khó rất nhiều, không nói năng gì, về nhà luôn, không bao giờ được trông thấy con nữa.

-Sau một vài tháng bệnh viện có cử người đến nhà để nắm tình hình thì biết tin là sản phụ đã chuyển địa chỉ.

**B. Lời bàn:**

*Đây là trường hợp duy nhất về tử vong sơ sinh trong đợt nghiên cứu này. Chỉ là một, song đã có một số vấn đề nổi cộm:*

-Đẻ non do mẹ có tiền sử viêm thận và sự cố trong quá trình thai nghén và những nghuyên nhân tâm lý xã hội gây stress (di sản, hồi hương, kinh tế bấp bênh, cuộc sống khó khăn, neo đơn,…).

*-Tâm lý của sản phụ:* Là sản phụ có những lo lắng đe dọa trong khi thai nghén của một bà mẹ có con đẻ non và chết ngay sau khi đẻ.

*-Tâm lý đẻ non:*

+Ở đây, sau khi sinh đứa con non tháng thì nỗi lo âu ngày càng gia tăng: Bà H.T.L không hề được trông thấy con do sơ sinh ngay sau đẻ đã bị tách khỏi mẹ để được chăm chữa tích cực ở khoa sơ sinh.

+Trong những ngày dài lo lắng, mất ăn, mất ngủ, bà mẹ hằng ngày chỉ được nhắc vắt sữa gửi vào cho con, sợi dây mong manh duy nhất của mình còn nối liền với con; và gửi gắm vào trong đó nỗi niềm chăm chút, hy vọng, lo âu, cug2 các tưởng tượng lành dữ, các huyễn tưởng của mình.

+Giá như mà được tiếp cận với nó, được nhìn thấy nó, sờ mó, vuốt ve nó trong lồng ấp, và khi nó được khá hơn, áp nó trong lồng ngực, sưởi ấm nó bằng hơi nóng của cơ thể mình, thấy nó cựa quậy, nghe nó ọ ẹ, tất cả những dấu hiệu chưng tỏ nó vẫn còn sống đó, thì lẽ ra bà mẹ H.T.L cũng đỡ bồn chồn, đứng ngồi không yên, voi được nỗi lòng vì còn cảm thấy phần nào mình vẫn còn được quyện vào, hòa mình với con, mà không có cảm giác như bị chặt cụt, đến đứt cả ruột gan.

*-Tâm lý có con khi chết:* Bà mẹ H.T.L khóc rất nhiều, im lặng không nói gì khi được báo tin là con bị chết và rời bệnh viện về nhà ngay. Một sự chạy trốn trước cái đau khổ đã ập đến với bà mẹ, mở màng cho sự trầm nhược đa có những dấu hiệu báo động từ những ngày trước (mất ăn, mất ngủ, buồn rầu).

⮚Trường hợp của HT.L cũng là trường hợp của nhiều bố mẹ khác có con mới đẻ chết ở bệnh viện.

Cho tới thời gian gần đây, các bố mẹ không được không được tiếp xúc với con mới sinh, khi nó có vấn đề phải nằm khoa nhi khi nó còn sống, và không ai chú ý cho họ được nhìn gặp thì nó chết. Họ không được trông thấy đứa con chết, không sờ được vào nó, bằng lòng cho bệnh viện xử trí với thi hài của đứa trẻ; thường không có dịch vụ nào chuyên lo, cũng không có mộ chí dành cho những đứa trẻ vừa sinh ra đã chết, coi như chúng “chưa thành người”.

Dưới đây được biên soạn một tài liệu về tang tóc trong tử vog sơ sinh, rút ra từ một số công trình nghiên cứu của một số tác giả về các quá trình chịu tang và đoạn tang ở những bố (mẹ) có con chết sau đẻ.

**TỬ VONG SƠ SINH**

* **Bản chất của mối quan hệ bố mẹ - con:**

Trong những tháng ngày của đời sống trong bụng mẹ, đứa trẻ thuộc về mẹ về thể xác và tinh thần. Bà mẹ biết nó là con người thực và riêng biệt.

Sự ra đời của đứa trẻ giúp đi được một bước dì trong nhận ra đứa bé trong việc hận ra đứa bé như một con người đầy đủ, từ đó có thể nhận biết và yêu thương nó như một cá nhân. Song, đồng thời, đối với bà mẹ đó cũng chỉ là một bước nhỏ để bà mẹ biệt hóa đứa con khỏi bản thân mình.

Điều khác biệt duy nhất là trước đẻ, em bé là một phần bên trong bà mẹ và sau đẻ là một phần bên ngoài.

Trong quá trình lớn lên, đứa trẻ đạt được những đặc tính riêng và đóng góp phần mình vào tương tác và kinh nghiệm của cặp, và bà mẹ ngày càng coi nó như một con người yêu dấu riêng biệt.

Đối với nó cũng như thế, lúc đầu cũng không thể phân biệt me với chính bản thân nó, bà mẹ hoạt động như một phần của nó trong một thời gian dài và tồn tại vừa như một người yêu dấu, vừa như một phần của bản thân.

Quan hệ của bố - con có một diễn biến hơi khác. Đứa bé không bao giờ là một phần thuộc cơ thể của bố, tuy nhiên về tinh thần và tình cảm thì đứa bé thuộc về bố.

Khi một đứa bé chết đi mỗi bố mẹ phải thực hiện hai nhiệm vụ tâm lý: chịu tang một người thân yêu và thích nghi vơi sự mất mác một phần của bản thân.

* **Tang tóc:**

Công việc chịu tang thực sự bao gồm hai quá trình bề ngoài có vẻ mâu thuẫn với nhau, Một mặt là rời bỏ, buông lơi các mối quan hê với người thân đã chết, mặc khác là sự đồng nhất, môt sự thu nhập vào mình một nhân cách của người đã khuất. Đó là sự đồng nhất hóa. Nhưng đối với sự mất mác của trẻ sơ sinh, bởi lẽ người lớn không thể bằng cách trở thành một đứa trẻ. Toàn bộ trải nghiệm phải được vượt qua bằng sự tách rời về tinh thần.

Hẳn là đời sống ngắn ngủi của đứa bé không cho phép tạo dựng được nhiều kỷ niệm, nhưng người ta có xu hướng quên rằng những kỉ niệm hiếm hoi được đầu tư mãnh liệt, và trong đa số trường hợp, sự đau khổ rất sâu đậm, cảm giác tội lỗi đối với cái chết đến không đúng lúc khá lớn. Điều đó làm cho quá trình tang tóc phải chịu đựng vô vàn khó khăn.

* **Đương đầu vơi sự mất mát một phần của chính mình:**

Nhiệm vụ tâm lý nhằm vượt qua sự mất mác một phầ bản thân đòi hỏi sự đầu tư tâm trí thoát khỏi yếu tố mất đi và chủ thể chỉnh hợp lại hình ảnh của bản thân cho khớp với hoàn cảnh khách quan mới.

Chinh hợp lại hình ảnh của bản thân lôi kéo sự từ bỏ thói quen tự coi mình là đầy đủ và từ bỏ tương lai mong muốn và dự đoán, không thực hiện được, o sự hạn chế mới này.

Trải nghiệm về sự trống rỗng có thể có nhiều hình dạng: sự mất đi cảm giác dễ chịu của cơ thể, sự lo lắng bị đau ốm, cảm giác có một lỗ hổng trong người mình, hoặc cảm giác đau ở tay.

Sự mất đi lòng tự trọng, thường được các ông bố chia sẻ, có thể được biểu lộ dưới cảm giác là mình vô tích sự, mệt rã rời, nổi khùng, hoặc bất tài; có thể thúc đẩy sự xa lánh các hoạt động và mọi người, có cảm tưởng là không thể thực hiện được những công việc hằng ngày của đời thường. Vì lẽ đó các bố mẹ cảm thấy mình tồi tệ và có tội trong thâm tâm và hổ thẹn trước mọi người.

Bố mẹ vừa bị mất đi một đứa con mới đẻ, thường cảm thấy cô đơn; trải nghiệm của họ không được biế, thiếu sự đồng cảm, thiện cảm thậm chí của cả các thành viên trong gia đình.

* **Giúp đỡ bố mẹ:**

Trước cái chết của đứa trẻ, hiểu được nguyên nhân và hoàn cảnh cụ thể là giúp cho bố mẹ đứa trẻ đồng thời cũng là một cơ may có thể trả lời vô vàn những câu hỏi do họ đặt ra và xua tan những hiểu lầm.

Thay vì cho được sự nhẹ nhõm do bệnh viện gánh vác chôn cất thi hài của đứa trẻ, đa số bố mẹ cảm thấy dễ chịu hơn nếu có thể nhìn thấy va ôm lấy đứa trẻ bị chết. Thầy thuốc và y tá cũng có thể động viên bố mẹ tổ chức một đá tang với nghi thức phù hợp với tập quán và tín ngưỡng của họ.

Những bố mẹ có con bị chết, có thể khẳng định lại lòng tự tin trong trách nhiệm dẫn dắt những đứa con khác của họ để chúng hiểu được và vượt qua được cái chết của anh (chị) hoặc em của chúng.

**PHẦN BỐN**

**PHỤ LỤC**

**4.1. Thang đo trầm nhược sau đẻ Edinburgh**

Trầm nhược hậu sản là những trạng thái trầm nhược xảy ra ở các bà mẹ trong tháng đầu và năm đầu sau khi sinh .

* **Mô tả EPDS**

Năm 1987, J.Cox đăng trong tờ British Journal of Psychiatry một bản tự vấn (auto – questionnaire) dùng cho các bà mẹ trầm nhược, cho một dân số bất cứ. Tác giả gọi công cuộc đó là “Thang đo trầm nhược hậu sản Edinburgh (Edinburgh Post – nâtl Depssion Scale EPDS), đây là một bản tự vấn nhằm phát hiện ra những trầm nhược sau đẻ.

* **Lí do để có EPDS**

-Từ công trình nghiên cứu năm 1983 về các trầm nhược sau đẻ, Cox có nhận thấy rằng, trên thực tế không bà mẹ trầm nhược nào được nhân theo dõi trị liệu. Cox lưu ý cần cấp tốc phát triển những phương pháp giúp nhận dạng những rối loạn trầm nhược có thể sử dụng cho những người không chuyên nghiệp.

-Đã có nhiều công cụ để đánh giá trầm nhược, nhưng không đáng tin cậy và ít phù hợp với những trầm nhược hậu sản. Các công cụ đó cũng cần được kiểm tra độ ứng nghiệm trên một dân số bất kì, chứ không phải trên những phụ nữ nằm viện vì các rối nhiễu trầm nhược.

-Những thang đo khác được gọi là đánh giá khác do những chuyên gia cung cấp nhận định lâm sàng. Như vậy họ phải được đào tạo để chẩn đoán tâm thần cũng như về cách đưa công cụ nhằm đạt được độ tin cậy, nhưng thời gian quá dài để thông qua, không phù hợp với thực tiễn ngoài bệnh viện hoặc thực hành nhi khoa.

-Còn có những thang đo gồm những items biểu hiện trên cơ thể thuộc hội chứng trầm nhược hậu sản (rối loạn giấc ngủ, biến đổi cân nặng) nhưng khó giải thích ở thời kì sớm sau đẻ.

* **Tính độc đáo của EPDS**

EPDS được xây dựng nhằm giúp cho những người chuyên môn không phải là các nhà tâm lí biết nhận dạng trạng thái trầm nhược, EPDS không đòi hỏi người đưa câu hỏi phải qua đào tạo gì cả.

Việc cho điểm lại rất dễ dàng. Các từ đơn giản, câu ngắn gọn, và cách trả lời tránh gây tổn thương tới mặc cảm của các bà mẹ và sự nhạy bén của họ, đối với lời phê phán của người khác; đối với bất cứ items nào cũng thế, trả lời bằng trạng từ tránh khỏi phỉa trả lời tốt hay không tốt, bình thường hay bệnh lí. Các câu trả lời cũng đủ khác nhau và đủ sắc thái.

Thang đo rất ngắn – 10 items – chỉ cần ghi trong vài phút là xong.

EPDS có thể đưa ra cho các bà mẹ không biết đọc hoặc không thông thạo tiếng (người dân tộc): lúc đó bản câu hỏi được người chuyên môn đọc cho bà mẹ.

* **Những lời khuyên sử dụng EPDS.**

1. Đánh giá xem bà mẹ có hay không bị trầm nhược. Điểm đạt được có thể giúp nhà chuyên môn quyết định tốt hơn kiểu can thiệp.

Việc thông qua EPDS thường là một yếu tố mở màn cho đối thoại giữa bà mẹ và chuyên môn: nó tạo điều kiện cho việc biểu lộ những cảm tưởng tiêu cực thường bị dồn nén ở các bà mẹ, nhất là trong thời kì đầu sau đẻ, nó chứng tỏ sự quan tâm của chuyên môn và cung cấp cho các bà mẹ cảm giác sẽ được chuyên môn giúp đỡ, quan tâm tới họ như những cá nhân.

1. Đánh giá sự tiến bộ trong diễn biến của trạng thái trầm nhược trong quá trình chăm sóc. Điểm của EPDS thể hiện diễn biến đó.
2. Sử dụng EPDS như một công cụ thăm dò có hệ thống nhằm phục vụ cho dự phòng cấp II.
3. Sử dụng EPDS như một công cụ nghiên cứu trong tâm bệnh học chu sinh.

**4.2. Phiếu kĩ thuật Bobigny**

**4.3 Thang đánh giá ứng xử của sơ sinh – Nbas neonatal behavioral assessment scale (test Brazelton)**

**4.4. Diễn biến tâm lý của bà mẹ trong khi thai nghén**

Trong bài viết này tác giả nhắc tới các giai đoạn chính của diễn biến tâm lý của sản phụ trong khi thai nghén. Thời kì này có thể coi như một giai đoạn chính của quá trình phát triển tâm lý – cảm xúc của người phụ nữ. Thai nghén là một khủng hoảng quan trọng về nhân cách trong đó người phụ nữ có thai rất dễ nhậy cảm với những biểu tượng vô thức. Điều đó có thể được thể hiện bằng lưỡng lự hai mặt, băn khoăn hoặc lo hãi. Theo Bibrring, diễn biến tâm lý của bà mẹ tương lai dựa trên 3 thời kì liên tiếp: chấp nhận thai nhi như một phần của mình; rồi chấp nhận thai như một cá nhân tự lập; cuối cùng mong cho nó ra đời.

Nhiều tác giả đã mô tả thai nghén như một thời kì đảo lộn đối với người phụ nữ, và tùy trường hợp, họ đã gọi là stress tâm lý, khủng hoảng chuẩn hoặc giai đoạn phát triển.

Những nét chính về diễn biến tâm lý của bà mẹ trong thời kì thai nghén:

1. Thời kì đầu, bà mẹ chấp nhận thai nhi như là thuộc một phần của mình. Thường ở lúc đầu mang thai, người phụ nữ cảm thấy việc mang thai có vẻ không thực như thế. Cơ chế phủ định đó có thể giúp đồng hóa dần dần các thay đổi đương diễn ra. Các biến đổi trên cơ thể dẫn tới làm chú ý thêm tới bản thân, điều đó có thể làm dễ dàng chấp nhận thai nhi như một phần của mình. Chấp nhận thai nghén là thuộc về mình cói nghĩa là thai nghén không còn được trải nghiệm như một mối đe dọa. Ở thời kì này này tính hai mặt rất phổ biến, sự phấn khởi tạo nên một sinh mạng mới có thể dịu đi do sợ hãi về trách nhiệm làm mẹ.
2. Chấp nhận thai nhi như một cá nhận tách biệt và tự lập. Trung tâm của sự quan tâm chuyển từ bản thân sang thai nhi. Thái độ đó thể hiện bằng việc chuẩn bị làm tổ (đầu tư của bà mẹ vào chuẩn bị tích cực phòng ở, quần áo, đồ chơi cho đứa trẻ tương lai và thay đổi trong thái độ ứng xử). Các ước mơ và huyễn tưởng là một quá trình thích nghi khác và được nuôi dưỡng bằng những thăm dò y học (nghe tin thai, phát hiện một hình ảnh siêu âm).
3. Thời kì thứ ba của thai nghén ở vào gần cuối và liên quan tới mong mỏi tích cực thấy đứa trẻ sinh ra. Bà mẹ muốn có đứa con thật sự thay cho đứa con tưởng tượng.

Cách bà nẹ giải quyết các nhiệm vụ khác nhau đó quyết định chất lượng của quan hệ với sơ sinh và sự thích nghi của bà ta với chức năng mới làm mẹ. Nó phụ thuộc vào hai yếu tố: tiền sử (quan hệ mà sản phụ đã có trong thời thơ ấu với mẹ đẻ của mình) và hoàn cảnh hiện nay,các yếu tố này khá nhiều: thái độ với thai sản;nhân cách của người bạn trai và chất lượng của quan hệ vợ chồng; kiểu môi trường gia đình; điều kiện kinh tế xã hội; thái độ của nhân viên y tế.

Thai nghén cũng kèm theo một sự biến đổi quan trọng của trạng thái cảm xúc với sự sụp đổ của những kháng cự và phòng vệ thông thường. Ngoài các huyễn tưởng và mơ tưởng, lo hãi rất hay có mặt và theo Colman, đối tượng của nó biến đổi tùy thuộc vào tiến độ của thai nghén. Trong 3 tháng đầu, nó kèm theo sự cô quạnh và sự xa cách đối với người khác. Thông thường vào 3 tháng tiếp theo lo hãi giảm đi và sự ổn định về cảm xúc gia tăng. Trong 3 tháng cuối, lo hãi lại tăng thêm và chủ yếu bao gồm sợ hãi cái không biết về sinh đẻ, về sơ sinh.

* 1. **Tương tác sớm mẹ con và sự ra đời của đời sống tâm lý**
* ***Các phản ứng về ứng xử của sơ sinh:***

Theo Jurari, Sarly và Wu (1973), mới sinh được 10 phút, trẻ bé tí ưa nhìn mắt người lớn hơn bất kỳ kích thích thị giác nào khác, so sinh ưa nhìn một khuôn mặt có cấu trúc bình thường hơn là một khuôn mặt có cấu trúc lôn xộn.

Carpenterr, Tece, Stechler vad Friedman (1970), mới 2 tuần tuổi, trẻ chú ý nhìn khuôn mặt mẹ nếu mẹ vừa nhìn vừa nói.

Theo Brazelton (1979) vài giờ sau đẻ, trẻ đặc biệt nhạy cảm với khôn mặt, mùi vị sữa và tiếng nói của người.

Brazelton còn nhận thấy, đang lúc bú, nếu có tiếng người, trẻ sẽ có phản ứng chờ. Tức là nghỉ một quảng ngắn rồi mới bú tiếp.

* Khuôn mặt người lớn gây kích thích ưu tiên và cấu trúc khuôn mặt khác nhau gây những cấu trúc khác nhau.

Được 6 tuần , trẻ nở nụ cười khi nhìn thấy một khuôn mặt sinh động. nhưng một tờ giấy trắng với hai lỗ tròn cũng gây cho trẻ phản ứng tương tự.

Trước 7 tuần tuổi trẻ nhìn chi khuôn mặt, từ 7 tuần trở đi trẻ nhìn chi tiết khuôn mặt như mứt mũi miệng. (Bergman, Haith, Mann 1971)

Từ 8 đến 17 tuần tuổi, trẻ phân biệt được sự khác biệt giữa các góc độ.

5 đến 6 tháng, sự có mặt của toàn bộ khuôn mặt mới khởi động được nụ cười của trẻ và đặc biệt trẻ chỉ cười với những khuôn mặt quen thuộc.

* Vùng nào cung cấp nhiều sự tương phản nhất đối với mắt và tai trẻ thì vùng đó sẽ lôi kéo sự chú ý của trẻ (do hệ thần kinh ức chế các vùng ít lôi kéo và tập trung vào các vùng có khả năng lôi kéo cao hơn)

Theo Haith, trẻ ra đời với một chiến lược tìm kiếm các thông tin.

* Thần kinh vận động và cảm giác của sơ sinh được chương trình hóa để đáp ứng ưu tiên cho các kích thích phát ra từ sự có mặt của người, coi đó là những kích thích đích thực gây phản ứng.
* **Quan hệ tương tác sớm mẹ - con:**

Thí nghiệm của Brazelton (1979) đối với trẻ từ 2 đến 24 tuần tuổi về phản ứng trước đồ vật và người mẹ. Đối với đồ vật: trẻ có sự chú ý đứt quãng. Trước mặt bà mẹ, sự chú ý của trẻ lên xuống theo chu kỳ.

* Trẻ có xu hướng thích nhìn mặt mẹ nó hơn là một đồ chơi có sức hấp dẫn.

Khuôn mặt bà mẹ đóng vai trò quan trọng trong những sự kiện được ghi. Thế nên trong tương tác mẹ con, em bé chiếm lĩnh không gian của tương tác bằng những động tác hiện diện tích cực, và rút lui kín đáo, ghép với sự có mặt của gương mặt bà mẹ trên màn cảnh trí não của nó.

Mẹ con tác động tương hỗ để tạo quan hệ hoan lạc, trong đó mỗi đối tác không ngừng đến tiếp cận với đối tác kia, thấy lại cái đã thấy, cho tới khi có khae năng nhận ra đối tác đó.

* Diễn biến của nhịp độ các ứng xử ở sơ sinh phụ thuộc vào thái độ của bà mẹ.

Trong quan hệ mẹ con phải tương tác để lôi kéo nhau. Thế nhưng, muốn duy trì quan hệ, bà mẹ nhất thiết phải tôn trọng sự xa lánh của sơ sinh khi cần thiết. Nếu bà mẹ đòi hỏi sự chú ý của con khi nó đã ra khỏi pha hoạt động của tương tác, thì trẻ sẽ thu mình lại trong một thời gian dài bất thường, lẩn tránh cái nhìn của bà mẹ khi bà vẫn cố gắng lôi kéo sự chú ý của con.

Đối với “bà mẹ hiền” (bà mẹ tôn trọng sự rút lui của sơ sinh) hút con vào tương tác bằng cách thích nghi nhịp độ can thiệp với nhịp của con, đồng thời tìm cách gia tăng thời gian và cường độ trao đổi. Khi bà mẹ cố gắng không làm cho quan hệ mẹ con bị quá tải, bà mẹ kích con tiếp xúc lại bằng mắt, cố gắng duy trid cách tiếp xúc đó, đồng thời giảm bớt cường độ của những kêu gọi của bà ta. Trẻ đáp ứng với những đòi hỏi của mẹ, bằng cách ngừng từng lúc động tác rút lui của mình trước khi đầu tư lại đầy đủ vào mối quan hệ. Nếu bà mẹ cố gắng thúc ép quá mức, có khả năng gây ra sự khó chịu, đau đớn cho trẻ.

Trẻ có khả năng điều tiết vận động của nó theo mẹ nếu bà mẹ nhạy bén với viwwcj nắm bắt các nhu cầu của con (Sander và cộng sự 1975-1977). Vài giờ có những động tác đồng bộ với tiếng nói của người lớn: trẻ giơ bàn tay lên khi người lớn cất tiếng nói.

* Khai thác tính nhạy bén với khuôn mặt người, bà mẹ sẽ có những cư xử hợp lý tạo điều kiện cho sự phát triển của trẻ.
* Khi bà mẹ là “lá chắn với những kích thích” phòng cho cơ thể non nớt khỏi mọi căng thẳng nội tại hoặc ngoại lai quá mức. Thiếu sự bảo vệ đó, không chỉ chức năng tâm trí về bảo vệ bị tổn thương, mà tiến trình đầu tư dấu tích của ký ức cho các mục đích biểu tượng, tưởng tượng và huyễn tưởng.
  1. **Ràng buộc -Bonding**

Marshall Klaus và John Kennell cho biết mỗi bố mẹ có thể sờ, bế ẵm và giao tiếp với sơ sinh. Họ khuyên nệ đặt em bé mới toanh da kề datreen ngực mẹ và cho nó bú. Ông bố cũng nên bế con và quan sát nó. Sự vuốt ve được thực hiện từ thời thai nghén.

Thế nhưng có những người mẹ bị kiệt sức sau sinh và cần được nghỉ ngơi. Trong trường hợp này, bà mẹ không muốn có con bên cạnh ngay. Ta có thể cần đến người phụ giúp chăm sóc trẻ. Khi việc đón mừng ban đầu bị hoãn lại, bố mẹ vẫn có thể trở nên hoàn toàn gắn bó với con. Điều quan trọng là bố mẹ đương chờ đợi và những người hỗ trợ họ lúc sinh, biết rằng không những mỗi gia đình có thời gian biểu của mình mà sự gắn bó mạnh mẽ lâu dài cũng là mục đích.

* 1. **Nghiên cứu về tương tác**
* **Nghiên cứu phân tâm**

Nghiên cứu các trường hợp vắng mẹ để giải thích cho các cơ chế tự vệ do các stress ở trẻ (Rene Spitz và Anna Freud). Ngoài ra còn có nhiều tác giả khác cũng có những nghiên cứu tương tự để xây dựng quan điểm của mình về sự phát triển bản ngã ở trẻ.

Giai đoạn cộng sinh (<4 tháng tuổi), các tác giả nghiên cứu ở khía cạnh nộ tâm trong các mối quan hệ.

Bowlby cho rằng trao đổi với mẹ không chỉ được tạo nên do sự ban phát ăn uống mad còn do giảm đồng thời sự căng thẳng. ông cho rằng: bú, bám víu, khóc và mỉm cười là những phương thức tương tác với mẹ và gắn bó với mẹ. Thế nên trong tương tác với mẹ trẻ không chỉ có các nhu cầu sinh lý mà thôi.

Công trình của Winnicott chỉ ra sự thúc đẩy sự phát triển của trẻ. Theo tác giả, ăn uống chỉ là một lĩnh vực quan trọng của tương tác trong số các lĩnh vực khác. Ông đề cao tầm quan trọng của kinh nghiệm có đi có lại giữa mẹ và con.

* **Các quan sát tập tính học**

Quan điểm này đánh giá khả năng thích nghi tích cực của sơ sinh với tương tác.

Bowlby sử dụng các khái niệm “sở trường của bé”, “ảnh hưởng của người chăm sóc”. Trường phái phân tâm trước đó nhấn mạnh sự lệ thuộc của con vào mẹ, nhu cầu thỏa lòng đè nén sự căng thẳng do xung lực. Mẹ được coi là nguồn gốc chính đem lại thỏa lòng, mọi thất bại trong tương tác được giải thích như sự thất bại của người mẹ. Các nghiên cứu về sau nhấn mạnh đến các ứng xử yêu sách đòi hỏi của trẻ. Em bé được nhìn nhận như một thành viên tích cực trong quan hệ bố - mẹ - con. Bé tự thỏa lòng mình bằng tăng cường tự nhận ra mình như đóng vai trò trong mối quan hệ và có phần nào độc lập.

Các thời kỳ quyết định là những thời điểm mà mức năng lượng quan trọng ở trẻ và bố mẹ, cần cho việc tiếp thu các tín hiệu do người này hay người kia phát ra cũng như để thích nghi với nhau. Những giờ sau đẻ cũng như thời kỳ thay đổi nhanh khác có thể được coi như những giai đoạn nhạy cảm quyết định. Hiện tượng tiêm nhiễm bắt nguồn từ quan sát những con chim non. Tất cả những tín hiệu nhận được từ gương mặt bố mẹ ngay sau khi mới nở, dẫn tới một sự cắm chốt thường xuyên vào khuôn mặt đó. Từ ngữ của tập tính học xuất phát từ các nghiên cứu về quan hệ mẹ con ở thú vật. Ở người, bố mẹ và con dễ tiếp nhận sự thích nghi hơn nhiều.

Quan sát tự nhiên trong môi trường tự nhiên quan tâm đặc biệt đến các trao đổi tín hiệu là kho tàng phát minh. Robert Hinder nhận xét: “Giai đoạn đầu tiên trong nghiên cứu tương tác là quan sát và phân loại”.

Ảnh hưởng của tập tính học dẫn tới nghiên cứu tương tác hạn chế trong phạm vi miêu tả hành vi biểu hiện trên bề mặt, không ngoại suy về động cơ hay ý nghĩa ẩn dụ.

Các nghiên cứu tập tính học cho thấy sự cần thiết phải miêu tả các tương tác được cấu trúc thế nào trong thời gian, tức là tần số tương tác, tuyệt đối và tương đối, và ảnh hưởng lẫn nhau ra sao.

* **Học tập và tương tác**

Olga Maratos và Andrew Meltzoff M. K khẳng định khả năng của sơ sinh bắt chước được các cử động trên khuôn mặt người lớn khi đi vào tương tác.

Điều kiện hóa và tăng cường cũng có mặt rõ ngay từ những ngày đầu; em bé làm một hành vi, lúc đầu ngẫu nhiên, mẹ tăng cường hành vi bằng cách đáp ứng tích cực, bé nhận được sự phản hồi cho nó biết là hành vi của nó có phần quan trọng. Về sau, nó đi vào hành vi tương tác trong một tương tác tích cực.

Ví dụ: tác giả vừa lắc chuông vừa châm kim vào chân trẻ sơ sinh. Sau khoảng 12 tín hiệu phối hợp đó, chỉ tiếng chuông cũng đủ khiến em bé co bàn chân lại.

Khả năng của trẻ bé nhận được tầm quan trọng của những tăng cường dù nhỏ nhoi, đã có từ lúc mới sinh ra.

Khả năng nhớ hàm ẩn trong mọi hoạt động học tập của sơ sinh qua kinh nghiệm. Khi nó biểu lộ yêu thích, hoặc khi trẻ quen với một kích thích, nó chứng tỏ có một loại trí nhớ nguyên thủy.

Thí nghiệm của Cohen và Salaparek cho thấy:

+Trí nhớ của bé tương đối vững chắc và trơ với vô số kích thích

+Trí nhớ có thể bảo tồn một thời gian dài

+Em bé có xu thế giữ lại lâu nhất những đặc điểm đặc sắc và quan trọng đối với nó

* **Tìm tới định lượng trong nghiên cứu tương tác sớm**

Nghiên cứu định lượng ứng xử của bố mẹ, và con có xu thế tách những nhà nghiên cứu thực nghiệm cố gắng hạn chế quan sát của họ trong phạm vi các mặt có thể.

Những nghiên cứu định lượng đàu tiên đặc biệt quan tâm đến tỷ lệ bắt gặp những loại ứng xử khác nhau. Thí dụ: sử dụng phiếu kiểm tra để liệt kê những gì các em bé và người chăm sóc thực hiện (Rheigold). Các quan sát tiến hành trong một thời gian nhất định từ 15 giây đến 10 phút đầu của mỗi ¼ giờ nối tiếp trong suốt 4 tiếng người ta ghi tần số. Thí dụ một bà mẹ có thể nói với con 10 lần trong một giờ, em bé có thể trả lời 3 lần với mọi ứng xử phát âm.

Khi kiểu làm việc đó ngày càng khuôn sáo hơn, vai trò tích cực của chính các em bé trong hình thành tương tác ngày càng được nhận thấy.

Định lượng cung cấp những kích thích chính cho nghiên cứu tương tác, định hướng ứng xử (không đúng lúc, tránh né, hiếu động, phản hồi, ...), làm sáng tỏ quan hệ từ nguyên nhân đến kết quả giữa các đối tác và giữa các yếu tố khác nhau của hành vi. Phân bố trong thời gian cho phép phát hiện các chu kỳ và nhịp độ

Các dữ kiện định lượng cần được bổ sung bằng các kiểu quan sát để khẳng định những giải thích đó.

* 1. **Tìm hiểu phong cách của con bạn:**

Bố mẹ biết được chu kỳ 6 trạng thái của trẻ (ngủ sâu, ngủ nông, kích thích, kêu khóc, và hai trạng thái tỉnh táo) như là cách trẻ kiểm soát thế giới bên trong và thế giới bên ngoài. Suốt thời gian 24 giờ hé mở cho dự đoán các hành vi mà bố mẹ sẽ gặp trong khi chăm sóc con. Hiểu được kiểu cách sơ sinh quản lý môi trường của nó dẫn bố mẹ và những người chăm sóc trẻ tới sự tôn trọng sở trường của trẻ.

Mục tiêu nắm bắt được tất cả những trả lời và phản xạ của trẻ là nhận dang được đặc tính của sơ sinh. Có những khác biệt lớn của cá nhân trong nhân cách một em bé đáp ứng với những kích thích xung quanh nó.

* 1. **Đối thoại. Nên mẹ và già dặn (dịch)**

Thai nhi nghe từ trong bụng mẹ (Tomatis,Feijoo)

Thai nhi nhận thấy âm thanh + có phản ứng (Busnel, Querleu …)

Nhen nhóm 1 **đối thoại** giữa thai nhi với mẹ và bố nó ( nhà tâm lý Dolto, This …)

**Đối thoại** = giao tiếp (phát ra 🡪 thu nhận)

Hoạt động :

* Phát ra ⬄ có 1 chương trình được ghi vào, thu nhận từ trước
* Thu nhận ⬄ có khả năng thu thông tin để bảo quản và sử dụng sau này.

Tất cả giai đoạn của thao tác đó diễn ra suôn sẻ khi có sự mong muốn hoạt động của cả đôi bên.

Nếu thai nhi ghi nhận dữ kiện và giữ được dấu tích 🡪 nó có thể sử dụng chúng trong thời kỳ thai nghén + sau khi sinh ? Để trả lời câu hỏi này cần có thái độ quan sát các hiện tượng xảy ra.

* Đối thoại với **trẻ sẽ sinh ra.**

Chuẩn bị cho bà mẹ mang thai = phương pháp **thư giãn**, lợi ích là giúp mẹ cảm nhận đầy đủ tầm cỡ nhân cách của thai nhi.

**Thư giãn** = thở yên tĩnh, làm chủ cơ thể mình, vuốt ve cho đứa con qua thành bụng, cho trẻ lắng nghe âm thanh, mẹ cảm thấy con họ **đáp ứng** = cựa quậy, duỗi ra 🡪 khám phá ra con họ **biểu thị tích cực**, **khe khẽ đánh động** họ.

Qua những thời điểm **quan hệ tích cực** và **thân mật** đó 🡪 bà mẹ nhận thức rằng phải giúp con đạt tới **sự tự chủ**, tạo điều kiện cho việc quyết định **giải phóng** đứa trẻ sau này.

Lúc bà mẹ giác ngộ “thai nhi” là 1 con người 🡪 nghe ngóng, phát hiện khả năng đối thoại, nói với con = tiếng hát + bằng lời 🡪 nhận ra thai nhi có phản ứng, chứng tỏ nó có cảm nhận ☺

Ví dụ:

* Thai nhi cựa quậy quá nhiều – động viện bằng lời cho nó yên.
* Muốn nó động đậy – bà mẹ khe khẽ bảo sẽ thấy nó đạp ☺

Tiếng nói **ông bố** và **anh chị** trong gia đình cũng có tác động.

Ngoài tiếng nói, lúc mang thai còn ghi âm những âm thanh khác

* Thai nhi nhạy cảm với tiếng ồn (sân bay …) + nghe đủ sớm 🡪 làm quen với tiếng động ở cường độ nhất định
* Một số bà mẹ tìm nơi yên tĩnh, tránh tiếng ồn cho thai nghén 🡪 trẻ quá mẫn cảm với tiếng ồn đời thường 🡪 có hại. Che chở quá mức sớm 🡪 thích nghi tồi, đem lại lo hãi ☹

Đưá trẻ được chờ đợi trong buồn rầu + bỏ rơi + tang tóc + ốm đau bệnh tật 🡪 thai nhi trải qua tình huống stress, ảnh hưởng ứng xử sau này (rối loạn ăn, ngủ,hành vi),liên quan tới **lo hãi**

* Đối thoại với **sơ sinh**

Mới sinh 🡪 trẻ ưu tiên đáp ứng **tiếng nói trấn an** đã nhận thấy khi còn ở trong bụng mẹ.

Sinh nở không thuận lợi …, trẻ phải ở lồng ấp 🡪 ng tắm + chăm sóc trẻ phải nói năng làm yên lòng trẻ + cử chỉ an toàn, vuốt ve, **nhìn.**

**Bình sữa ngon** = bú trong **quan hệ bình thản** + trao đổi bằng **mắt**. Tỷ lệ **nôn trớ** tăng khi vội vã ,nói chuyện ng lớn với nhau khi đang cho ăn.Đôi khi trẻ ngừng bú khi mẹ quay nhìn chỗ khác.

Hiện nay, đối thoại dễ dàng khi mẹ được vào khoa sơ sinh cho bú và chăm sóc con.

Mẹ nói + vuốt ve = ngón tay, cả bàn tay, xoa dịu, làm yên lòng / kích thích 🡪 con tiến tới đạt **“sơ đồ thân thể”** và mẹ **tránh vứt bỏ con** ở 1 số trường hợp.

Nếu mẹ xa con:

* bù đắp bằng âm thanh êm dịu ( 1 bản nhạc mẹ ưa nghe lúc mang thai) 🡪 trẻ thư giãn, yên ngay ☺
* ông bố (có nói năng với nó khi còn là thai trong bụng mẹ)

Trẻ thường xuyên “ới” = tiếng khóc, âm thanh phát ra, nụ cười, thái độ thờ ơ.

* **Đứa trẻ làm ta lớn lên**

Nên nghe ngóng con từ khi thụ thai , cung cấp sự đối thoại giúp chúng lớn lên hài hòa.

* 1. **Mẹ và con bị rối nhiễu (lược dịch)**

Quan hệ mẹ con khó khăn là dấu hiệu **thích nghi tồi**, nhu cầu mỗi ng ko được đáp ứng. Nguyên nhân đến từ mẹ, con hoặc cả hai.

* Mẹ: trầm nhược, tâm bệnh nặng:

U buồn + trầm nhược do đảo lộn nội tiết và tâm lý sau sinh, khí chất trở nên tẻ nhạt, buồn rầu và ủ rũ, ko quan tâm điều trước đó thích thú.

Bà mẹ ít kích thích con,mệt mỏi,chậm vận động,trẻ mất cảm giác an toàn nội tâm.

Trẻ tìm hệ điều chỉnh ở bản thân làm yên dịu những căng thẳng, ưu tiên đường cơ thể (bệnh tật, rối loạn ăn ngủ…).Mẹ trầm nhược 🡪 con trầm nhược.

Cần xem xét tuổi mẹ và bé + yếu tố liên quan khác: trẻ bị Down hoặc Little.

* **Sự đánh giá cần thiết:**

Dấu hiệu đau khổ của bé đăng ký qua ngôn ngữ cơ thể🡪 quan tâm tư thế, trương lực, tiến triển vận động của bé.

Chú ý các rối loạn chức năng: ăn, ngủ, bài tiết, hô hấp …

Nhìn kiểu tiếp xúc mẹ, ng thân, ng lạ …

Quan sát nhiều lần và đối chiếu.

* **Tiếp cận trị liệu:**

2 người thực hiện: 1 gần mẹ hơn và 1 gần con hơn.

* 1. **Những cách và biểu lộ của trẻ thiếu tháng** (lược dịch)
* **Trẻ thiếu tháng là?**

OMS:trước tuần 37 sau tắt kinh.

Não trẻ sinh non vẫn rất nhạy,chịu ảnh hưởng mọi thông tin cảm giác.

* **Hoạt động trẻ thiếu tháng?**

Thuyết “phát triển đồng hoạt động”-bác sĩ H.Als:

* “Hệ - dưới” **tự chủ**: “chức năng sống còn” thở, nhịp tim,sắc thái da,phủ tạng
* “Hệ - dưới” **vận động**: trương lực cơ, tư thế, vận động chủ định/không chủ định.
* “Hệ - dưới**” tổ chức các trạng thái thức-ngủ**:gam những trạng thái có ý thức + sơ đồ chuyển tiếp các thời kỳ.
* “Hệ - dưới**” chú ý- tương tác xã hội**: nhìn và mỉm cười,xuất hiện muộn nhất vì đòi hỏi mức độ phát triển nhất định của võ não.

Các “hệ - dưới” liên quan mật thiết với các hệ khác,ở cạnh,tương tác,hỗ trợ,tăng cường cho nhau.

* **Ứng xử tự điều chỉnh và cân bằng.**

Ứng xử trong hệ tự chủ phản ánh sự ổn định gồm:

* Thở êm
* Mạch đều
* Sắc thái hồng hào, đều, ổn định.
* Tiêu hóa tốt

Ứng xử trong “hệ-dưới” vận động phản ánh sự ổn định gồm:

* Tư thế hài hòa, trương lực cân bằng
* Tứ chi vận động hài hòa, đồng bộ
* Bàn tay móc vào nhau
* Bám víu vào đồ vật, nắm chặt lấy
* Đưa tay lên mồm
* Mút ngón cái
* Động tác ở mồm như đòi bú

Ứng xử trong “hệ-dưới” thức/ngủ phản ánh sự ổn định gồm:

* Giấc ngủ sâu, phân định rõ
* Khóc khỏe có nhịp
* Tự trấn an, tự an ủi tốt
* Tỉnh táo linh hoạt,mắt sáng long lanh, nét mặt biểu lộ sinh động
* **Ứng xử khi stress hoặc quá tải.**

Trong hệ-dưới tự chủ và phủ tạng gồm:

* Nghỉ thở, thở nhanh
* Da đổi màu
* Chảy dãi
* Nấc
* Rối loạn tiêu hóa
* Run rẩy, giật mình
* Ho,hít
* Ngáp

Trong hệ-dưới vận động gồm:

* Vận động mềm nhẽo
* Thân mình mềm
* Đầu chi mềm
* Tay xòe cánh quạt
* Mặt nhũn…
* Tăng cường trương lực vận động
* Chân tay quá duỗi
* Thân quá duỗi
* Ngón tay quá duỗi
* Nhăn mặt
* Thè lưỡi
* Thân và các đầu chi quá co
* Hoạt động lộn xộn:quan sát trong hệ thức/ngủ
* Thức,ngủ ko rõ rang
* Mắt nhìn mơ hồ
* ứng xử né tránh
* thức hoảng hốt
* mắt đục
* các giai đoạn thức biến đổi nhanh trong thời gian ngắn
* thái độ cáu kỉnh, căng thẳng
* khóc lai rai

Cần giảm bớt nguyên nhân stress bằng cách:

* tạo điều kiện cho tư thế co
* cho 1 cái đầu vú cao su
* giảm bớt ánh sáng, tiếng động
  1. **Đẻ non** (dịch)
* **Lo lắng của bố mẹ**

Bà mẹ tự buộc tội mình, bực tức với mình và với cả thế giới

Bố mẹ so sánh với trẻ bình thường

* **Phục hồi và tăng trưởng**

Không khí yên tĩnh, ánh sáng bớt chói, giảm bớt kích thích khác 🡪 hệ thần kinh trẻ đẻ non tổ chức nhanh và hiệu quả hơn

Trẻ đẻ non, bị stress thu nhận và trả lời cho một phương thức vào 1 thời gian

Trẻ thiếu tháng phòng vệ bằng **ngủ sâu, quấy khóc** :đóng cửa với thế giới bên ngoài.Khi tương tác cần quan sát những tín hiệu quá sức

Ngôn ngữ giao tiếp của trẻ thể hiện khi quá sức: cử động yếu ớt, giật giật,…

Phục hồi và tổ chức tốt khi trẻ chấp nhận vần vò, nói chuyện, nhìn tận mặt

Bố mẹ đến thăm, cho ăn, thay tã, ôm con, nhìn mũ đan len nhỏ, tranh ảnh lồng ấp,đồ chơi🡪 nhận ra trẻ là 1 cá nhân.

Cần can thiệp càng sớm càng tốt để giúp trẻ thiếu tháng phục hồi hệ thần kinh còn non yếu

Bố mẹ chờ đợi 1 thời gian nhất định sẽ đỡ lo lắng về việc đuổi kịp nhóm tuổi của trẻ sinh non, giúp trẻ ở nơi chốn của nó thấy sự tiến bộ thực sự của trẻ.

Chú ý theo dõi về các bất trắc, rối loạn chú ý hiếu động ở trẻ đẻ non để giúp đỡ trẻ, hướng chúng vào tiềm năng hơn là cố định vào mô hình hẫng hụt

* 1. **Tử vong chu sinh** (lược dịch)
* **Song tang**

Bi kịch của sự trống rỗng

* **Tang và thai nghén**

Tránh vội vàng có thai lại, tách biệt hẳn đứa trẻ mới chết với đứa trẻ mới sinh.

* **Giúp đỡ gia đình**
* **Nghe bà** mẹ kể và cung cấp hỗ trợ tình cảm cho họ
* **Cần** 3 cuộc gặp gỡ với bố mẹ:

1. Sau cái chết
2. Hai, ba ngày sau
3. Ba đến sáu tháng sau, 6 tháng đến 1 năm mới có mang lại

* **Nên** có mang lại từ ngoài 1 năm sau

**Kết luận**

1. Tính nghịch lý:chết ngay khi sinh🡪 làm ng ta khó đương đầu với nó
2. Yếu tố tâm lý xã hội như tuổi mẹ,sự cô lập 🡪 ảnh hưởng tiêu cực với tiến trình chịu tang.
3. Thầy thuốc,nhà nhi khoa, y tá tiến hành chương trình dự phòng.

**ĐÁNH GIÁ CHUNG**

***☺ Ưu điểm:***

⮚Bài viết có nội dung khá cụ thể, chi tiết:

+Có trường hợp minh họa ( văn học và các trường hợp điều tra thực tế)

+Phân tích ở khía cạnh tâm lý cụ thể

⮚Bài viết cung cấp kiến thức khoa học khá rõ nét và sát thực tế:

+Áp dụng những kiến thức khoa học

+Các yếu tố tâm lý được đánh giá cụ thể và bao quát ở cả mẹ, con, gia đình sản phụ.

+Sử dụng những số liệu điều tra thực tế để làm rõ vấn đề và đi đến những đánh giá, kết luận có căn cứ.

***☹ Nhược điểm:***

⮚Bài viết đã kết hợp kiến thức khoa học,số liệu thực tế lẫn những dẫn chứng văn học để làm sáng tỏ vấn đề, cũng như giúp bài viết không bị khô khan, nhàm chán. Nhưng, đây cũng là một hạn chế của bài viết, vì:

+Có những phần, tác giả đã kết hợp không khéo léo những điều trên làm bài viết trở nên nhọc nhằn, rời rạc.

+Có những phần, tác giả quá sa đà vào những dẫn chứng văn học khiến cho bài viết trở nên ủy mị, dài dòng.

⮚Các dẫn chứng thực tế:

+được kể quá chi tiết, có những chi tiết không cần thiết và đi quá sâu vào đời tư sản phụ.

+Bố cục từng trường hợp không rõ ràng, thống nhất và cách hành văn không mang tính khoa học.

+Những phần bình luận sau mỗi trường hợp còn lang mang, lập lại ý trên nhiều gây nhàm chán khi đọc và khó nắm bắt ý chính của bài viết.

+Vài trường hợp thực tế thiếu đi phần chẩn đoán-một phần rất quan trọng trong hồ sơ bệnh án.

⮚Có vài chỗ, kiến thức sai (Ví dụ: Tác giả đã sai khi khẳng định “cô gái mới dâng lên lòng căm thù a H phóng chiếu vào cái thai và nghĩ tới phá thai”, ở đây, cô gái này đã sử dụng cơ chế phòng vệ chuyển di, không phải phóng chiếu.)

⮚Cách dịch của tác giả đôi chỗ còn khó hiểu, sử dụng từ phiên âm không chuẩn (VD: foóc xép).

-Sử dụng những từ không phổ biến, gây khó hiểu cho người đọc.

-Thiếu phụ lục giải thích từ viết tắt, gây khó hiểu cho người đọc.

-Thiếu phụ lục giải thích những từ chuyên môn (vì không phải người đọc nào cũng có kiến thức về cả 2 lĩnh vực: tâm lý, sinh lý (của sản phụ).

⮚Các phần trình bày chưa được logic, thiếu tính liên hệ, nối kết giữa các phần.

⮚Bài viết còn dài dòng, lan man, không có sự tóm tắt ý để ngừơi đọc có thể dễ dàng theo dõi. Bài viết còn chưa chỉ rõ những nội dung nào là chính cần đáng phải lưu tâm.