

МИНОБРНАУКИ РОССИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра общей и консультативной психологии

**Авторская модель психологического сопровождения  
матерей детей с нарушениями развития в связи с очень  
ранними преждевременными родами**

---

АВТОРЕФЕРАТ ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ  
МАГИСТРА

Студентки 3 курса 374 группы  
направления 37.04.01 «Психология»

факультета психологии

Бариновой Марии Сергеевны

Научный руководитель

к.псих.н., доцент

\_\_\_\_\_  
должность, уч. степень, уч. звание

\_\_\_\_\_  
подпись, дата

М.М. Орлова

\_\_\_\_\_  
инициалы, фамилия

Зав. кафедрой

д.псих.н. доцент

\_\_\_\_\_  
должность, уч. степень, уч. звание

\_\_\_\_\_  
подпись, дата

С.В. Фролова

\_\_\_\_\_  
инициалы, фамилия

Саратов, 2024

## Введение

### **Актуальность темы исследования:**

С 2012 года Российская Федерация официально приняла предлагаемые ВОЗ критерии живорождения – срок гестации от 22 недель, масса тела ребенка при рождении от 500 грамм, длина тела ребенка при рождении от 25 см. Таким образом сформировалась категория новорожденных в классификации детей по массе тела при рождении – дети с экстремально низкой массой тела (от 500 до 999 грамм) и по сроку гестации – дети от сверхранних или очень ранних преждевременных родов (от 22 недель до 27 недель и 6 дней гестации). До 2011 года выхаживали новорожденных со сроком гестации от 28 недель и массой тела от 1000 грамм. Различные авторы в своих исследованиях глубоко недоношенных детей используют в качестве критерия как массу тела при рождении, так и срок гестации. Длина тела ребёнка при рождении в качестве критерия как правило не используется, поскольку является более вариативной и менее информативной. Масса тела при рождении и срок гестации являются важными прогностическими критериями, от которых зависят такие параметры, как выживаемость, инвалидность и дальнейшие прогнозы здоровья недоношенных детей. В литературе встречаются оба этих критерия, причём чаще используется масса тела при рождении. Категория детей с экстремально низкой массой тела при рождении и детей от очень ранних преждевременных родов являются пересекающимися множествами, и чаще всего, у одного новорождённого присутствуют оба этих критерия. Но ребёнок, рождённый после 28 недель гестации, может относиться к категории детей с ЭНМТ при рождении, а рождённый до 28 недель может иметь массу тела более 1000 граммов. Таким образом, небольшая часть детей из обеих категорий может не учитываться в исследованиях, использующих только один из критериев. Однако при анализе литературы нами не было найдено достаточно статистически значимых различий в прогностических свойствах массы тела при рождении и срока гестации. В связи с этим, выборка нашего исследования включала обе

категории – детей с ЭНМТ при рождении и детей от ОРПР, и оба этих критерия учитываются в исследовании в равной степени.

По данным Министерства здравоохранения Саратовской области за последние двенадцать лет (с 2011 по 2022 год) в Саратовской области родилось живыми 934 ребенка с ЭНМТ при рождении, что составляет 5,03% от всех родившихся живыми недоношенных детей и 0,324% от всех родившихся живыми детей. При этом доля умерших детей с ЭНМТ при рождении от общего количества умерших детей до года за этот же период составляет 24,32% (по Саратовской области). За данный период снизились показатели перинатальной смертности детей с ЭНМТ при рождении (по данным разных авторов выживаемость составляет около 65%). Причем по данным Н.В. Башмаковой и соавт., отмечаются существенные различия внутри группы детей с ЭНМТ. В группе детей с массой тела 500-749 грамм летальность составила 54,8%, в группе с массой тела 750-999 грамм – 11,5%. Выживание в данной группе новорожденных сопряжено с целым рядом серьезных патологий, наиболее частыми из которых являются внутрижелудочковые кровоизлияния, респираторный дистресс-синдром и бронхолегочная дисплазия, ретинопатия недоношенных, белково-энергетическая недостаточность, инфекционные заболевания (пневмония, сепсис) и другие. Это дорогостоящий процесс оказания высокотехнологичной медицинской помощи, требующий высокой квалификации медицинского персонала, обеспечения специализированной помощью и длительного нахождения ребенка в стационаре. После выписки таким детям, как правило, требуется длительная реабилитация для достижения нормальных показателей психомоторного и соматического развития, однако частота инвалидизации по данным наблюдения в динамике первого года жизни детей с ЭНМТ при рождении составляет до 30% за счет нарушений в двигательной сфере и сенсорных функций. Реабилитационные процедуры требуют больших финансовых и временных затрат от семьи, а

состояние соматического здоровья детей с ЭНМТ после выписки чаще, чем для нормотипичных детей, требует госпитализации (что обусловливается в основном особенностями протекания респираторных инфекций при наличии бронхолегочной дисплазии).

По данным опроса респондентов (30 матерей детей с ЭНМТ при рождении или детей от очень ранних преждевременных родов) процент ежемесячного дохода, уходящий на реабилитацию ребёнка указан до 95% (7 респондентов (23,3% выборки) указали от 0% до 9,9%, 14 респондентов (46,7% выборки) – от 10% до 29,9%, 2 респондента (6,7%) – от 30% до 49,9%, 2 респондента (6,7%) – от 50% до 69,9%, 3 респондента (10%) – от 70% до 89,9% и 1 респондент (3,3% выборки) указал 95% от ежемесячного дохода на реабилитацию ребенка, а также 1 респондент ответил на данный вопрос «по-разному»). Из той же выборки (30 семей) процент инвалидности у детей составляет 23,3% (7 из 30). Все это определяет высокий уровень стресса, нагрузки и напряжения, физического и морального, для семьи ребенка с ЭНМТ и от ОРПР. И, зачастую, большая часть нагрузки ложится на плечи матери, поскольку именно мать является значимым взрослым, обеспечивающим основную часть ухода за ребенком, а порой и единственным. По данным опроса выборки из 30 матерей детей с ЭНМТ при рождении или детей от ОРПР процент разведенных и матерей-одиночек составляет 33,3% (10 из 30). Таким образом, матери детей с ЭНМТ при рождении и детей от ОРПР являются категорией, требующей социальной и психологической помощи.

**Целью** исследования являлось: выявление степени психологического неблагополучия женщин, родивших детей с ЭНМТ и от ОРПР, и формирование психологических задач в консультировании.

### **Задачи исследования:**

1. Теоретические и методологические основания исследования компонентов совладания матери с трудной жизненной ситуацией, в частности ситуацией болезни ребёнка
2. Эмпирическое исследование взаимосвязи компонентов самоотношения, жизнеспособности, отношения к различным сферам жизни и к болезни ребёнка, и качества жизни матерей детей с ЭНМТ при рождении и от ОРПР
3. Анализ полученных данных и формулирование основных выводов
4. Получение опыта консультативной работы с матерью в ситуации хронической болезни ребёнка – инвалидностью в связи с очень ранними преждевременными родами и ЭНМТ при рождении
5. Соотнести полученные эмпирические данные с опытом консультирования, на основании чего разработать модель психологического консультирования для матерей детей от ОРПР и с ЭНМТ при рождении.

**Объектом исследования** являлись компоненты совладания матерей детей от ОРПР и с ЭНМТ при рождении с ситуацией болезни ребенка.

**Предмет исследования:** роль самоотношения, отношения к различным сферам жизни, жизнеспособности и отношения к болезни ребёнка в формировании качества жизни матерей детей от ОРПР и с ЭНМТ при рождении.

### **Гипотезы исследования:**

1. Существует взаимосвязь самоотношения, отношения к различным сферам жизни и жизнеспособности матерей детей от ОРПР и с ЭНМТ

при рождении с их отношением к болезни ребёнка и качеством их жизни

2. Самоотношение, отношение к различным сферам жизни, жизнеспособность и отношение к болезни ребёнка матерей влияет на их качество жизни
3. Психологическое консультирование может быть эффективным способом формирования ресурсного самоотношения и жизнеспособности матерей детей от ОРПР и с ЭНМТ при рождении, что может оптимизировать их качество жизни и совладание с ситуацией болезни ребёнка

### **Научная новизна и теоретическая значимость исследования:**

В ходе проведённого исследования получены данные о различиях между группой матерей глубоко недоношенных детей, имеющих в связи с этим нарушения в развитии, и группой матерей доношенных нормотипичных детей. Выявлены предикторы снижения качества жизни и получено понимание взаимосвязи самоотношения, жизнеспособности, отношения к различным сферам жизни и совладания с ситуацией болезни ребёнка, а также их влияния на качество жизни матерей. Дальнейшее изучение данной темы поможет сформировать понимание особенностей трудной ситуации, в которой оказываются семьи после рождения детей с нарушениями развития в связи с очень ранними преждевременными родами.

### **Практическая значимость исследования:**

В ходе работы проанализированы особенности группы матерей детей с нарушениями развития в связи с очень ранними преждевременными родами, на основании чего разработана модель психологического сопровождения таких матерей. Внимание к психологическому благополучию матерей детей с нарушениями развития может способствовать более успешной реабилитации детей, их развитию и нормализации внутрисемейных взаимоотношений.

Результаты данного исследования могут стать основой для составления программы психологического сопровождения матерей детей с нарушениями развития после очень ранних преждевременных родов. Изучение семей в трудной жизненной ситуации в связи с хроническим заболеванием ребёнка способствует дальнейшему развитию этой темы в междисциплинарном аспекте.

#### **Методы исследования:**

1. Теоретический анализ психологической литературы по проблеме совладания с ситуацией болезни ребёнка и его компонентов
2. Тестирование
3. Психологическое консультирование

#### **Психодиагностические методики, применявшиеся в исследовании:**

1. Методика незаконченных предложений, адаптация варианта Saks - Sidney для матерей, использовалась в сокращённом варианте как полупроективная методика для выявления установок по отношению к таким сферам жизни, как отношение к себе, жизненные цели, отношение к будущему, страхи и опасения, отношение к прошлому, отношение к друзьям и знакомым, отношение к семье и сознание вины. Остальные шкалы опросника варианта Saks-Sidney (отношение к отцу, отношение к матери, отношение к мужчинам, отношение к половой жизни, отношение к школе и учителям, отношение к подчинённым, отношение к товарищам и одноклассникам) были отобраны как менее отвечающие целям и задачам исследования и не были включены в вариант опросника для матерей, что позволило сократить предлагаемое респондентам количество материала к заполнению.
2. Диагностика отношения к болезни ребёнка (ДОБР, В.Е. Каган, И.П. Журавлева) включала шкалы интернальности, тревоги, нозогнозии, контроля активности и общей напряжённости. Методика

предназначена для индивидуальной и семейной диагностики отношения взрослых членов семьи к болезни ребенка, оценки эффективности семейной психотерапии, в консультативной работе, а также в научно-практической работе для изучения отношения к болезни ребенка в зависимости от заболевания, типа лечения (амбулаторное, стационарное, полустационарное, санаторное), культурного уровня семьи, качества семейных отношений, мало- и многодетности семьи и т.д.

3. Тест жизнеспособности личности (А.А. Нестерова), в котором исследовались шкалы самомотивация и достижения, активность и инициатива, эмоциональный контроль, позитивные установки, самоуважение, социальная компетентность, адаптивные стили поведения, самоорганизация.
4. Опросник качества жизни ВОЗКЖ-100 использовался для исследования показателей по шкалам общее качество жизни и состояние здоровья, физическая сфера (включающая субшкалы физическая боль и дискомфорт, жизненная активность, энергия и усталость, сон и отдых), психологическая сфера (содержит субшкалы положительные эмоции, познавательные функции, самооценка, образ тела и внешность, отрицательные эмоции), уровень независимости (включает подвижность, способность выполнять повседневные дела, зависимость от лекарств и лечения, способность к работе), социальные отношения (содержащая субшкалы личные отношения, практическая социальная поддержка, сексуальная активность), окружающая среда (физическая безопасность и защищенность, окружающая среда дома, финансовые ресурсы, медицинская и социальная помощь (доступность и качество), возможности для приобретения новой информации и навыков, возможности для отдыха и развлечений и их использование, окружающая среда вокруг, транспорт), духовная сфера и суммарная оценка по опроснику.

5. Для анализа полученных результатов использовались непараметрический U-критерий Манна-Уитни для выявления различий между малыми выборками, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, регрессионный анализ. Обработка статистических данных производилась с помощью пакета программ SPSS Statistics 22.

### **Описание выборки:**

Работа по формированию выборки исследования проводилась в несколько этапов. В первый этап была обработана база данных детей, родившихся преждевременно в Саратовской области с 2011 по 2024 год, из которых отобраны дети от ОРПР и/или дети с ЭНМТ при рождении. Указанным критериям соответствовал 301 случай преждевременных родов. Во второй этап проводился опрос семей по телефону. Из 301 контакта согласились пройти опросники 147 человек, прошли один или более опросник 46 человек. Таким образом, в основную группу исследования вошли 46 женщин, родивших детей на сроке гестации от 23 до 32 недель с массой тела при рождении от 550 до 1300 граммов. Возраст респондентов основной группы от 22 до 42 лет. Контрольную группу составили матери доношенных нормотипичных детей в количестве 26 человек, возраст респондентов от 27 до 46 лет. Третий этап работы включал опыт психологического консультирования с матерью ребёнка от ОРПР с ЭНМТ при рождении.

### **Основное содержание работы**

Во введении к данной работе определена актуальность, объект, предмет, степень научной разработанности темы, теоретическая основа исследования, практическая значимость, а также гипотезы исследования.

**В первой главе** проведён анализ литературы по теме феномена материнства и его влияния на формирование психики ребёнка, рассмотрены особенности психологии материнства в трудных жизненных ситуациях, в частности в ситуации длительного хронического заболевания ребёнка.

Описана теория и методология изучения понятия материнского совладания с ситуацией болезни ребёнка, рассмотрены его компоненты, а также составлена модель факторов, влияющих на матерей в трудной жизненной ситуации, связанной с хроническим заболеванием ребёнка. Проанализированы литературные источники по теме оказания консультативной помощи матерям детей с нарушениями развития, разработаны теоретико-методологические основы оказания психологической помощи матерям детей с нарушениями развития в связи с очень ранними преждевременными родами.

**Во второй главе** приведено описание процедуры эмпирического исследования материнского совладания с ситуацией болезни ребёнка, приведён опыт психологического консультирования матери ребёнка с нарушениями развития в связи с очень ранними преждевременными родами, а также разработана модель психологического сопровождения таких матерей.

С помощью непараметрического критерия Манна-Уитни были выявлены различия между основной и контрольной группами по шкалам используемых в исследовании методик. Основная группа (матерей детей от ОРПР и с ЭНМТ при рождении) по данным методики незаконченных предложений имеет меньше позитивных установок по отношению к жизненным целям ( $U_{\text{эмп.}} = 118,5$  при  $p \leq 0.01$ ), отношению к будущему ( $U_{\text{эмп.}} = 118,5$  при  $p \leq 0.01$ ), отношению к друзьям и знакомым ( $U_{\text{эмп.}} = 94,5$  при  $p \leq 0.01$ ), отношению к прошлому ( $U_{\text{эмп.}} = 106,5$  при  $p \leq 0.01$ ), сознанию вины ( $U_{\text{эмп.}} = 112$  при  $p \leq 0.01$ ). Различия в опроснике ДОБР показали более высокие уровни интернальности ( $U_{\text{эмп.}} = 138$  при  $p \leq 0.05$ ) и нозогнозии ( $U_{\text{эмп.}} = 125$  при  $p \leq 0.01$ ) у матерей основной группы по сравнению с контрольной. По шкалам методики Жизнеспособность личности не выявлено значимых различий между основной и контрольной группой. В опроснике ВОЗКЖ-100 выявлены различия по шкале окружающая среда ( $U_{\text{эмп.}} = 365$  при  $p \leq 0.01$ ).

Рисунок 1



Полученные различия по U-критерию Манна-Уитни говорят о статистически значимых особенностях группы матерей детей от ОРПР и с ЭНМТ при рождении по сравнению с матерями нормотипичных доношенных детей. Таким матерям в меньшей степени присущи позитивные установки по отношению к жизненным целям и по отношению к будущему, что может говорить о неуверенности в будущем, его неопределённости, тревоге по поводу прогнозов здоровья недоношенного ребёнка. Более негативные установки по отношению к прошлому и сознанию вины указывают на непрожитые чувства в связи с преждевременными родами и нахождением ребёнка в реанимации новорождённых, а также на деструктивном, «мешающем жить» чувстве вины в произошедшем. Кроме того, матерям из основной группы присуща меньшая позитивность установок по отношению к друзьям и знакомым, что является сигналом возможного социального

неблагополучия вплоть до социальной изоляции, поскольку, судя по ответам матерей детей от ОРПР и с ЭНМТ при рождении, они сталкиваются с непониманием окружающих и получают недостаточно поддержки близкого окружения. В отношении к болезни ребёнка матерям основной группы присущи большая интернальность и нозогнозия, то есть они в большей степени считают себя ответственными за болезни своих детей (что соотносится с их чувством вины) и склонны к гипернозогнозии (преувеличении тяжести заболеваний ребёнка). По данным опросника качества жизни, матерям детей с ЭНМТ при рождении и от ОРПР свойственно снижение удовлетворенности окружающей средой, что имеет отношение к особенностям жизни с ребенком, требующим постоянной реабилитации и особого ухода (включает такие сложности, как недоступность транспорта, долгая дорога в учреждения здравоохранения, сложности в передвижении и перемещении ребенка).

В ходе проведенного корреляционного анализа с применением коэффициента Спирмена обнаружилось значимые корреляции шкал используемых в исследовании опросников. К полученным значениям применялась поправка Бонферрони для исключения сомнительных результатов. Корреляционный анализ проводился отдельно для основной и контрольной групп. В основной группе (матерей детей от ОРПР и с ЭНМТ при рождении) общий показатель жизнеспособности коррелирует с такими шкалами опросника ВОЗКЖ-100, как психологическая сфера, социальные взаимоотношения и суммарная оценка по опроснику качества жизни (Коэффициент ранговой корреляции Спирмена 0,817, 0,70 и 0,779 соответственно при  $p < 0,01$ ). Психологическая сфера ВОЗКЖ-100 коррелирует также со шкалами Активность и инициатива и Самоорганизация и достижения методики Жизнеспособность личности (коэффициент Спирмена 0,706 и 0,661 при  $p < 0,01$ ). Эмоциональный контроль взаимосвязан с суммой опросника качества жизни (коэффициент Спирмена 0,688 при  $p$

<0,01). Самоорганизация и достижения связаны с Социальными взаимоотношениями (коэффициент 0,706 при  $p < 0,01$ ) и суммарной оценкой по опроснику качества жизни ( $r_s = 0,743$  при  $p < 0,01$ ). Шкала Адаптивные стили имеет положительную корреляцию с суммой по методике незаконченных предложений (коэффициент 0,659 при  $p < 0,01$ ). Шкала опросника ВОЗ Окружающая среда имеет отрицательную корреляцию с процентом семейного бюджета, затрачиваемого на реабилитацию ребёнка (коэффициент Спирмена -0,619 при  $p < 0,01$ ). Наличие или отсутствие инвалидности связано с уровнем нозогнозии (коэффициент корреляции - 0,646 при  $p < 0,01$ ).

Таким образом, матери основной группы отличаются большей жизнеспособностью при большем благополучии психологической сферы и социальных взаимоотношений, при этом благополучие психологической сферы связано с активностью и инициативностью матерей, а также с уровнем самоорганизации их личности. Качество жизни этих женщин связано также с уровнем эмоционального контроля, а удовлетворённость социальными взаимоотношениями – с уровнем самоорганизации. Уровень адаптивных стилей поведения взаимосвязан с отношением матерей к себе и наличием позитивных установок в различных сферах жизни, включая отношение к прошлому и будущему, семье, социальному окружению, страхам, вине. Удовлетворённость окружающей средой взаимосвязана с процентом семейного бюджета, затрачиваемого на реабилитацию ребёнка, то есть матери, вынужденные тратить больше на реабилитационные мероприятия своих детей, в меньшей степени удовлетворены качеством окружающей среды. Кроме того, наличие или отсутствие инвалидности связано с уровнем нозогнозии матерей – матери детей-инвалидов более склонны к преувеличению тяжести состояния ребёнка, матери детей без инвалидности – к преуменьшению.

В контрольной группе матерей также выявлены значимые корреляции между суммой по методике незаконченных предложений и психологической сферой, окружающей средой, суммой по опроснику ВОЗКЖ-100 (коэффициент ранговой корреляции Спирмена 0,744, 0,639 и 0,815 соответственно при  $p < 0,01$ ). Положительную корреляцию имеет также шкала эмоциональный контроль методики Жизнеспособность личности с психологической сферой и суммой по опроснику ВОЗКЖ-100 (коэффициент корреляции 0,758 и 0,679 при  $p < 0,01$ ).

Таким образом, в контрольной группе матерей доношенных нормотипичных детей представлена отличная от основной группы картина взаимосвязей. Ресурсное отношение этих женщин к себе и наличие позитивных установок в различных сферах жизни взаимосвязано с их благополучием в психологической сфере, удовлетворённостью окружающей средой и в целом качеством их жизни. Уровень эмоционального контроля матерей в этой группе также связан с психологическим благополучием и качеством жизни.

Проведён регрессионный анализ с помощью пакета программ SPSS Statistics 22. В качестве зависимой переменной использовался суммарный балл по опроснику качества жизни ВОЗКЖ-100, как предикторы проверены Общий показатель жизнеспособности методики Жизнеспособность личности А.А. Нестеровой, сумма баллов сокращённой методики Незаконченные предложения Saks-Sidney, общая напряжённость по отношению к болезни ребёнка методики ДОБР Кагана, Журавлёвой. Выявленные предикторы различны для основной и контрольной групп.

В основной группе матерей детей от ОРПР и с ЭНМТ при рождении предиктором уровня качества жизни является уровень жизнеспособности, в контрольной группе в качестве предиктора выступает сумма по опроснику Незаконченные предложения, характеризующая положительные или отрицательные установки по отношению к себе, страхам, своему прошлому и

сознанию вины, отношению к будущему и постановке жизненных целей, а также по отношению к социальному окружению, включая семью, друзей и знакомых.

Для практического подтверждения полученных эмпирических данных в ходе исследования проводилась консультативная работа с матерью ребёнка от ОРПР с ЭНМТ при рождении. В третьем параграфе данной главы приведены протоколы консультаций, проанализирован ход работы и её результаты. Составлена модель психологического сопровождения матерей детей с нарушениями развития в связи с очень ранними преждевременными родами, направленная на такие терапевтические мишени, как самоотношение и компоненты жизнеспособности (адаптационные стратегии, социальная компетентность, эмоциональный контроль). Формирование ресурсного самоотношения и жизнеспособности в ходе консультирования способно повлиять на качество жизни матерей и их отношение к ситуации болезни ребёнка.

## ВЫВОДЫ

1. В ходе работы были достигнуты цель и задачи исследования – выявлена степень психологического неблагополучия женщин, имеющих детей с нарушениями развития после ОРПР. Эмпирическое исследование позволило подтвердить выдвинутые гипотезы.

2. Основная группа (матерей детей от ОРПР и с ЭНМТ при рождении) по данным методики незаконченных предложений имеет меньше позитивных установок по отношению к жизненным целям, отношению к будущему, отношению к друзьям и знакомым, отношению к прошлому, сознанию вины. Различия в опроснике ДОБР показали более высокие уровни интернальности и нозогнозии у матерей основной группы по сравнению с контрольной. В опроснике ВОЗЖ-100 выявлены различия по шкале окружающая среда.

3. Полученные различия по U-критерию Манна-Уитни говорят о статистически значимых особенностях группы матерей детей от ОРПР и с ЭНМТ при рождении по сравнению с матерями нормотипичных доношенных детей.

4. В ходе проведенного корреляционного анализа с применением коэффициента Спирмена обнаружилось значимые корреляции шкал используемых в исследовании опросников. Матери основной группы отличаются большей жизнеспособностью при большем благополучии психологической сферы и социальных взаимоотношений, при этом благополучие психологической сферы связано с активностью и инициативностью матерей, а также с уровнем самоорганизации их личности. Качество жизни этих женщин связано также с уровнем эмоционального контроля, а удовлетворённость социальными взаимоотношениями – с уровнем самоорганизации. Уровень адаптивных стилей поведения взаимосвязан с отношением матерей к себе и наличием позитивных установок в различных сферах жизни, включая отношение к прошлому и будущему, семье, социальному окружению, страхам, вине. Удовлетворённость окружающей средой взаимосвязана с процентом семейного бюджета, затрачиваемого на реабилитацию ребёнка, то есть матери, вынужденные тратить больше на реабилитационные мероприятия своих детей, в меньшей степени удовлетворены качеством окружающей среды. Кроме того, наличие или отсутствие инвалидности связано с уровнем нозогнозии матерей – матери детей-инвалидов более склонны к преувеличению тяжести состояния ребёнка, матери детей без инвалидности – к преуменьшению.

5. В контрольной группе матерей доношенных нормотипичных детей представлена отличная от основной группы картина взаимосвязей. Ресурсное отношение этих женщин к себе и наличие позитивных установок в различных сферах жизни взаимосвязано с их благополучием в

психологической сфере, удовлетворённостью окружающей средой и в целом качеством их жизни. Уровень эмоционального контроля матерей в этой группе также связан с психологическим благополучием и качеством жизни.

6. В основной группе матерей детей от ОРПР и с ЭНМТ при рождении предиктором уровня качества жизни является уровень жизнеспособности.

7. В контрольной группе в качестве предиктора выступает сумма по опроснику Незаконченные предложения, характеризующая положительные или отрицательные установки по отношению к себе, страхам, своему прошлому и сознанию вины, отношению к будущему и постановке жизненных целей, а также по отношению к социальному окружению, включая семью, друзей и знакомых.

8. В рамках консультирования нужно ставить задачи, связанные с составляющими механизма жизнеспособности – социальной компетентностью, адаптационными стратегиями, эмоциональным контролем, и с самоотношением. Разработанная модель психологического консультирования отвечает ранее сформулированным задачам консультирования и может быть эффективной для формирования ресурсного самоотношения и жизнеспособности матерей детей от ОРПР и с ЭНМТ при рождении, что может оптимизировать их качество жизни и совладание с ситуацией болезни ребёнка.

**Опыт апробации результатов исследования.** Основные положения магистерской диссертации представлены на научно-практических конференциях, по итогам которых опубликованы статьи в научных сборниках:

«Анализ психологической составляющей паллиативной помощи женщинам, матерям детей с экстремально низкой массой тела при рождении» в сборнике конференции «Личность в ситуации социальных изменений», публикация

статьи 2023 г., «Психологическое консультирование матерей детей с экстремально низкой массой тела при рождении: анализ случая» в сборнике конференции «Проблемы современной психологии: теория, практика, эксперимент» 2024 г.