МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ПАСТРИК ТЕТЯНА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК 59.942:159.925]:616.34(043.5)

ДИСЕРТАЦІЯ
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ СТОСОВНО ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

19.00.01 – загальна психологія, історія психології
19.00.04 –медична психологія

Подається на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідні джерела
_____ Т.В. Пастрик

Луцьк – 2023

АНОТАЦІЇ

Пастрик Т. В. Психологічні основи емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.01 – загальна психологія, історія психології (05 – соціальні та поведінкові науки); 19.00.04 – медична психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2023.

У дисертації представлено науково-теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення проблеми емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Емоційну експресивність визначено як конструкт, що виражає особливості ставлення стосовно осіб із хронічними захворюваннями, зокрема сукупність критичного і ворожого ставлення до особи, а також емоційної гіперопіки. У дослідженні представлено методологію дослідження та його логіку у сукупному розгортанні есперієнтальних, методологічних, феноменологічних, психолінгвістичних та експериментально-розвивальних дослідницьких запитань. Відповідно до їх послідовного вирішення у досліджені визначено феноменологію емоційної експресивності як одночасно об’єктивно існуючого та суб’єктивно проживаючого конструкту, що зумовлює подвійну специфіку його дослідження на рівні об’єктивного ставлення родичів до особи із захворюванням та власне суб’єктивного переживання цього ставлення особою із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. На емпіричному рівні виявлено структуру управління хворобою й саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту та їх зв'язок з якістю життя, пов’язаною з хворобою. Встановлено опосередкований вплив емоційної експресивності на управління хворобою й саморегуляцію, зокрема на взаємозв’язок втомлюваності і виснаженості осіб із захворюваннями шлунково-кишкового тракту та труднощів, пов’язаних із

хворобою. Визначено реципрокний характер емоційної експресивності, зокрема встановлено тісний кореляційний зв'язок між суб'єктивним переживанням критичності отримувачами медичних послуг як з боку родичів, так і медперсоналу.

Результати психолінгвістичного аналізу наративів про хворобу осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту та родичів цих осіб дали змогу встановити основні категорії цих наративів, а також визначити позитивні кореляційні зв'язки між емоційною експресивністю з боку родичів та домінуванням у їхньому мовленні категорій афекту, а також негативні кореляційні зв'язки між емоційною експресивністю та когнітивними дієсловами, що свідчить про нерозуміння родичами спектру переживань осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. На основі наративів про хворобу також визначено психолінгвістичні маркери стигми стосовно осіб хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, яку можна розглядати як прояви емоційної експресивності на рівні суспільства, що відповідає макро-рівню біопсихосоціального підходу у нашому дослідженні.

Розроблено експериментальну когнітивно-поведінкову психоедукаційну програму для медперсоналу, спрямовану на зниження емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту та її негативного впливу на якість життя отримувачів медичних послуг. На основі виявлених експерієнтальних, методологічних, феноменологічних, психолінгвістичних та експериментально-розвивальних особливостей відповідно до дослідницьких запитань запропоновано рекомендації для родичів, які спрямовані на зниження їхньої емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

Дисертація складається зі вступу, шести розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

У *вступі* обґрунтовано вибір теми дослідження, визначено мету, завдання, об’єкт, предмет, вказано використані наукові методи дослідження, розкрито його теоретико-методологічні засади, висвітлено наукову новизну і практичну значущість праці, подано відомості про апробацію та впровадження її результатів, структуру і обсяг дисертації.

У першому розділі «*Теоретико-методологічні засади дослідження емоційної експресивності у науковій літературі»* представлено результати теоретичного вивчення літератури з розвитку поняття емоційної експресивності у психології та зіставлено його з категорією ставлення; встановлено концептуальні межі емоційної експресивності у контексті взаємодії найближчого оточення з особами із хронічними захворюваннями; специфікується конструкт емоційної експресивності з боку родини до особи із хронічним захворюванням фізичної та психічної етіології, зокрема стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, а також уточнено зміст емоційної експресивності у контексті якості життя та харчової поведінки при хронічних захворюваннях особи; детально описується сучасний психодіагностичний інструментарій вивчення емоційної експресивності у наукових дослідженнях; здійснюється зіставний аналіз емоційної експресивності з боку медперсоналу та членів родини до особи із хронічним захворюванням.

У другому розділі «*Методологічні засади дослідження емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту»* висвітлено методологічні засади теоретико-емпіричного та експериментального дослідження психологічних основ емоційної експресивності родичів та медперсоналу стосовно осіб із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями.

У третьому розділі *«Емпіричне дослідження проявів емоційної експресивності у контексті якості життя та управління хворобою й саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями*» викладено результати емпіричного дослідження, які висвітлюють специфіку прояву якості життя та

управління хворобою й саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту та зв'язок цих конструктів із рівнем емоційної експресивності стосовно цих осіб із боку родичів.

У четвертому розділі «*Прояви об'єктивного рівня емоційної експресивності та її суб'єктивне переживання особами із хронічними захворюваннями»* висвітлено зв'язки між показниками сприйнятого рівня емоційної експресивності та об'єктивного рівня емоційної експресивності як показника сімейного клімату; визначено предиктори суб'єктивного переживання з боку отримувача медичних послуг та відмінності у показниках суб'єктивного переживання емоційної експресивності з боку родичів, якості життя, пов'язаної з хворобою, та стану здоров'я осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту відповідно до статі, сімейного стану, професійного статусу; встановлено взаємозв'язки між показниками сприйнятої емоційної експресивності з боку членів сім'ї та медперсоналу та якістю життя осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, що свідчить про реципрокність емоційної експресивності, та відповідний стиль емоційної експресивності.

У п'ятому розділі **«***Наративи про хворобу як прояви емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту»* представлено результати психолінгвістичного та контент-аналізу наративів як матеріалу дослідження емоційної експресивності з боку родичів та медпрацівників, а також суб'єктивного переживання цієї емоційної експресивності отримувачами медичних послуг із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

У шостому розділі «*Динаміка емоційної експресивності з боку членів родини та медперсоналу стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту»* висвітлено результати дослідження моделі рис особистості як методологічної основи для вивчення емоційної експресивності родичів до особи із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, а також описано дизайн та експериментальне впровадження

психоедукаційної когнітивно-поведінкової програми, спрямованої на зниження емоційної експресивності та морального дистресу у медпрацівників, а також викладено рекомендації для родичів осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

вперше визначено феноменологію емоційної експресивності як одночасно об’єктивно існуючого та суб’єктивно проживаючого конструкту, що зумовлює подвійну специфіку його дослідження; виявлено структуру управління хворобою й саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту та її зв'язок з якістю їхнього життя: опосередкований ефект емоційної експресивності на управління хворобою й саморегуляцію, зокрема на взаємозв’язок втомлюваності і виснаженості осіб із захворюваннями шлунково-кишкового тракту та труднощів, пов’язаних із хворобою; виявлено взаємозв’язок між емоційною експресивністю з боку медперсоналу та родини та низьким рівнем якості життя осіб із захворюванням, управлінням хворобою та саморегуляцією цих осіб; встановлено реципрокний профіль сприйнятої критичності у взаємних стосунках осіб із захворюваннями шлунково-кишкового тракту, членами їхньої родини та медперсоналом; визначено кореляційні зв’язки між емоційною експресивністю з боку родичів та домінуванням у мовленні категорій афекту, негативних емоцій, водночас зниження дієслів, що виражають розуміння і усвідомлення, скорочення кількості слів у реченні; розроблено експериментальну когнітивно-поведінкову психоедукаційну програму для медперсоналу, спрямовану на зниження емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту та її впливу на якість життя; встановлено негативний вплив COVID-19 як екосистеми на емоційний дистрес осіб із захворюваннями шлунково-кишкового тракту; визначено психолінгвістичні маркери ставлення до хвороби і стигми стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, а також сприйнятої

критичності осіб із захворюванням шлунково-кишкового тракту;

уточнено і розширено уявлення про соціально-психологічну підтримку осіб із хронічною хворобою, їхню якість життя і психологічне благополуччя, а також ставлення до хвороби в межах загальної категорії ставлення;

подальшого розвитку набули положення біопсихосоціального підходу та категоріальних моделей щодо дослідження конструктів у галузі клінічної й медичної психології.

Ключові слова: емоційна експресивність, особи із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, управління хворобою й саморегуляція, якість життя, пов'язана із хворобою, когнітивно-поведінкова психоедукаційна програма, члени сім'ї, медпрацівники.

Pastryk T. V. Psychological Foundations of Expressed Emotion Towards Service Users with Chronic Gastrointestinal Diseases.

Thesis for a Doctor Degree in Psychology, Specialty 19.00.01 – General Psychology, History of Psychology (05 – Social and behavioral sciences). 19.00.04 – Medical Psychology. Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2023.

The dissertation presents a theoretical, empirical, and experimental exploration of the problem of family members' expressed emotion towards service users with chronic gastrointestinal diseases. *Expressed emotion* is defined as a construct denoting a set of attitudes with criticism, hostility, and emotional over-involvement towards service users. Expressed emotion is a key concept in family members' attitudes toward a person with a condition. Expressed emotion is a reliable psychosocial predictor of relapses in mental and physical health and covers three key aspects: the behaviour of family members, the quality of relationships and the home environment.

The study presents the research methodology and its logic in the complex set of experiential, methodological, phenomenological, psycholinguistic, and experimental-developmental research questions. Accordingly, to research

questions and their consistent solution, the phenomenology of expressed emotion as a simultaneously objectively existing and subjectively experienced construct is defined.

This phenomenology determines the necessity to examine the objective level of expressed emotion, presented by family members' attitudes, and the subjective level, presented by service users with chronic gastrointestinal diseases who experience critical, hostile and emotional over-involving attitudes towards them. According to the experiential research questions, the empirical study results indicate the structure of disease management and self-regulation of service users with chronic gastrointestinal diseases. A strong association between disease management and disease-related quality of life has also been revealed. The mediating effect of expressed emotion on disease management and self-regulation, specifically on the relationship between fatigue and exhaustion in service users with chronic gastrointestinal diseases and difficulties related to the disease, was established. The reciprocal character of expressed emotion was determined; in particular, an association between the service users' subjective experience of family members' and healthcare staff's expressed emotion was revealed.

The results of the psycholinguistic analysis of illness narratives of service users with chronic gastrointestinal diseases indicate the main categories of these narratives. Additionally, positive association between family members' expressed emotion and the dominance of categories of the affect and emotions in their speech, and negative association between family members' expressed emotion were defined. The decrease of cognitive verbs in family members' narratives might be explained by a lack of their understanding of the spectrum of disease-related experiences of service users with chronic gastrointestinal diseases. Based on disease narratives, psycholinguistic markers of stigma towards service users with chronic gastrointestinal diseases as expressed emotion at the societal are also determined. The results of psycholinguistic analysis of disease narratives in service users with chronic gastrointestinal diseases indicate different types of attitudes towards their disease; among them, the anxious type has been the most developed.

The service users in the current research demonstrate all types of attitudes to the disease were established, except the apathetic type. The most frequent types are the anxious type with a hypochondriac variant, the melancholic type and the paranoid type of attitude towards the disease. The study demonstrates that stigma is a complex societal expressed emotion towards service users with chronic gastrointestinal diseases, which is examined at the macrosystem level in our study's biopsychosocial approach.

Most narratives express external vs. internal stigma towards service users with chronic gastrointestinal diseases. Among the causes of the stigma that have been traced in the narratives with the paranoid type of attitude towards the disease, there is a lack of public awareness of the disease, whereas, in the narratives with the anxious type of attitude towards the disease, the cause of stigma is viewed as the result of progressive and incurable nature of the disease.

An experimental cognitive-behavioural psychoeducational program for healthcare staff to reduce their expressed emotion towards service users with chronic gastrointestinal diseases has been developed. The results of the study indicate the main problems in the attitude of healthcare staff to service users with chronic gastrointestinal diseases under limited resources and identify the critical areas of the experimental cognitive-behavioural psychoeducational program for medical personnel. These areas include awareness of the nature of expressed emotion and its types, as well as the impact of expressed emotion on disease-related quality of life, disease management, and self-regulation; definition of emotional overinvolvement as a type of expressed emotion, which negatively affects the quality of life service users with chronic gastrointestinal diseases; the importance of mentalization for understanding the experience of service users with chronic gastrointestinal diseases and the importance of their own positive attitude towards the service users in the context of their disease-related quality of life.

Specifically, the task of the cognitive-behavioural psychoeducational program is to reduce the sense of guilt, confusion, helplessness, and excessive responsibility of healthcare staff (moral distress), which is associated with critical, hostile, and

emotional over-involving attitudes toward service users. The program consists of three modules, each lasting six hours, with its own tasks and content. The field experiment results show that the cognitive-behavioural psychoeducational program effectively reduces expressed emotion in healthcare staff who interact with service users with chronic gastrointestinal diseases. At the same time, the program requires more focus on psychoeducational and cognitive-behavioural techniques aimed at reducing moral distress among medical workers. In particular, we consider introducing interventions into the program to reduce feelings of shame and guilt and to develop effective decision-making under the circumstances of limited resources in healthcare staff.

Based on the experiential, methodological, phenomenological, psycholinguistic, and experimental-developmental peculiarities of expressed emotion, guidelines for family members have been developed. The guidelines for family members aim to reduce family members' expressed emotion towards service users with chronic gastrointestinal diseases.

The dissertation consists of an introduction, six chapters, conclusions, a list of references, and appendices.

The introduction substantiates the choice of the research topic, defines the goal, objectives, object, and subject matter, indicates the scientific methods used, reveals its theoretical and methodological foundations, highlights the scientific novelty and practical significance of the work, provides information on the testing and implementation of its results, the structure and scope of the dissertation.

The first chapter, "Theoretical and Methodological Foundations of the Study of Expressed Emotion in the Scientific Literature", presents the results of the theoretical study of the literature on the development of the concept of emotional expressiveness in psychology and compares it with the category of attitude; establishes the conceptual boundaries of expressed emotion in the context of interaction of the immediate environment with people with chronic diseases; specifies the construct of expressed emotion on the part of the family to a person with a chronic disease of physical and mental aetiology, in particular.

The second chapter, "Methodological Foundations of the Study of Expressed Emotion in Relation to Persons with Chronic Gastrointestinal Diseases," highlights the methodological foundations of theoretical, empirical and experimental research on the psychological foundations of expressed emotion in relation to persons with chronic gastrointestinal diseases.

The third chapter, "Empirical Study of Expressed Emotion in the Context of Quality of Life and Disease Management and Self-Regulation of People with Chronic Diseases," presents the results of an empirical study that highlights the specifics of the manifestation of quality of life and disease management and self-regulation of people with chronic gastrointestinal diseases and the relationship of these constructs with the level of expressed emotion in relation to these people by relatives.

The fourth chapter, "Manifestations of the Objective Level of Expressed Emotion and Its Subjective Experience by People with Chronic Diseases," highlights the relationship between the indicators of perceived expressed emotion and the objective level of expressed emotion as an indicator of family climate; predictors of subjective experience on the part of the recipient of medical services and differences in the indicators of the subjective experience of expressed emotion on the part of relatives, quality of life associated with the disease, and health status of people with chronic gastrointestinal diseases according to gender, marital status, and professional status are identified; the correlations between the indicators of perceived expressed emotion by family members and medical staff and the quality of life of people with chronic gastrointestinal diseases, which indicates the recurrence of expressed emotion and its corresponding style.

Chapter 5, "Illness Narratives as Manifestations of Emotional Expressiveness in Relation to People with Chronic Gastrointestinal Diseases," presents the results of psycholinguistic and content analysis of narratives as material for the study of expressed emotion by relatives and healthcare professionals, as well as the subjective experience of this expressed emotion by healthcare recipients with chronic gastrointestinal diseases.

Chapter 6, "Dynamics of Expressed Emotion on the Part of Family Members and Medical Staff Towards People with Chronic Gastrointestinal Diseases," highlights the results of a study of the personality trait model as a methodological basis for studying the expressed emotion of relatives towards people with chronic gastrointestinal diseases, and describes the design and experimental implementation of a psychoeducational cognitive-behavioural programme aimed at reducing the expressed emotion and moral distress of medical staff.

The academic novelty of the obtained results is as follows:

- for the first time the phenomenology of expressed emotion as both an objectively existing and subjectively lived construct was defined, which determines the dual specificity of its study; the structure of disease management and self-regulation of people with chronic gastrointestinal diseases and its relationship with the quality of their life was revealed: the indirect effect of expressed emotion on disease management and self-regulation, in particular, on the relationship between fatigue and exhaustion of people with gastrointestinal diseases and difficulties associated with the disease the relationship between expressed emotion on the part of medical staff and family and low quality of life of people with the disease, disease management and self-regulation of these people was identified; the recurrent profile of perceived criticality in the mutual relations of people with gastrointestinal diseases, their family members and medical staff was established; the correlations between expressed emotionality on the part of relatives and the dominance of affect and negative emotions in speech, while reducing verbs expressing understanding and awareness, reducing the number of words in a sentence; an experimental cognitive-behavioural psychoeducational programme for medical staff aimed at reducing expressed emotion in relation to people with chronic gastrointestinal diseases and its impact on quality of life; the negative impact of COVID-19 as an ecosystem on the emotional distress of people with gastrointestinal diseases was identified; psycholinguistic markers of attitudes towards illness and stigma towards people with chronic gastrointestinal diseases, as

well as the perceived criticality of people with gastrointestinal diseases were identified;

- the concept of social and psychological support for people with chronic illness, their quality of life and psychological well-being, as well as attitudes towards illness within the general category of attitudes, were clarified and expanded;

- the provisions of the biopsychosocial approach and categorical models for the study of constructs in clinical and medical psychology were further developed.

Key words: expressed emotion, service users with chronic gastrointestinal diseases, disease management and self-regulation, disease-related quality of life, cognitive-behavioral psychoeducational program, family members, healthcare staff.

Список публікацій здобувача за темою дисертації

Навчальний посібник

1. Засєкіна, Л. В., Пастрик Т. В.. Основи психології та міжособове спілкування : навч. посіб. для студ. мед. училищ, коледжів, академії та ін-тів медсестринства.2-е вид. Київ : ВСВ «Медицина», 2018. 216 с.

Статті, опубліковані у наукових періодичних виданнях, проіндексованих у базах даних Scopus і Web of Science

2. Pastryk T., Kotys O., Dyachuk N., Milinchuk V. Conscious control in speech pathology and speech rehabilitation following stroke. *East European Journal of Psycholinguistics.* 2019. Vol.6, No. 2. P. 89–97. https://doi.org/10.5281/zenodo.3637746 (Scopus)
3. Pastryk T., Kireieva Z., Kordunova N., Lyla M. Perceived Expressed Emotion in the Illness Narratives of Individuals with Chronic Gastrointestinal. *East European Journal of Psycholinguistics*. 2021. Vol.8, No. 2. P. 189–200. https://doi.org/10.29038/eejpl.2021.8.2.pas (Scopus)
4. Zasiekina L., Pastryk T., Kozihora M., Fedotova T., Zasiekin S. Cognition, Emotions, and Languagein Front-Line Healthcare Workers: Clinicaland Ethical Implications for Assessment Measures. *Psycholinguistics.* 2021. Vol. 30, No.1. P. 8–25.https://doi.org/10.31470/2309-1797-2021-30-1-8-25 (Web of Science, Scopus)

5. Pastryk, T., & Kots, M. (2022). Translationand Cross-Cultural Adaptationof Expressed Emotion Measure. *East European Journal of Psycholinguistics*, 9(1). P. 134-144. https://doi.org/10.29038/eejpl.2022.9.1.pas (Scopus)

Статті у фахових виданнях, що включені до переліку, затвердженого МОН

6. Кихтюк О. В., Пастрик Т. В. Психологічні проблеми осіб із віл-позитивним статусом. *Психологія: реальність і перспективи*, 2016. Вип. 6. С. 71-76.
7. Пастрик Т. В. Емоційна експресивність vs емоційне ставлення до осіб із хронічними захворюваннями: концептуалізація понять. *Психологія та соціальна робота.* 2020. Вип. 1(51). С. 154–164. https://doi.org/10.18524/2707-0409.2020.2(52).238111
8. Пастрик Т.В. Здоров'я та психологічний добробут осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту під час карантинних обмежень COVID-19. *Наукові записки національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*. 2021. Вип. 12. С. 12–17. https://doi.org/10.25264/2415-7384-2021-12-12-16
9. Пастрик Т. В. Емоційна експресивність у контексті ставлення до себе, до інших і до світу. *Науковий вісник ХДУ. Серія «Психологічні науки»*. 2021. Вип. 4. С. 55–61. https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-7
10. Пастрик Т. В. Психологічні прояви емоційної експресивності стосовно осіб із медичними діагнозами. *Психологія та соціальна робота.* 2021. Вип. 1 (53). С. 136–150. https://doi.org/10.18524/2707-0409.2021.1(53).243358
11. Пастрик Т. Методологічні засади дослідження емоційної експресивності родичів стосовно осіб із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями. *Психологічні перспективи.* 2022. Вип. 39. С. 306-321. https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-pas
12. Пастрик Т. В. Культурна адаптація та стандартизація опитувальника управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюванням. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи.* 2022. Вип. 1(57) Т. 2. С. 154-167. https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-57-1-2-154-166
13. Пастрик Т. В. Емоційна експресивність у контексті моделі рис особистості: теоретико-емпіричне осмислення понять. *Психологічні перспективи.* 2022. Вип. 40. С. 136-149. https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-40-pas
14. Пастрик Т. В. Демографічні характеристики як детермінанти емоційної експресивності у родинах осіб із хронічними захворюваннями шлунково-

кишкового тракту. *Психологія: реальність і перспективи.* 2022.Вип.19. С. 110-118. https://doi.org/10.35619/praprv.v1i19.314

15. Пастрик Т. В. Суб'єктивне переживання емоційної експресивності особами із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. *Психологічний часопис: науковий журнал.* 2022. Вип. 5(8). С. 39-46. https://doi.org/10.31108/1.2022.8.5.4
16. Засєкіна Л. В., Пастрик Т. В. Моральний дистрес та емоційна експресивність медпрацівників: когнітивно-поведінкова психоедукаційна програма. *Журнал сучасної психології.* 2022. Вип. 4(27). С. 23-31 https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-4-3
17. Пастрик Т. В. Реципрокність емоційної експресивності у тріаді «Користувач медичних послуг-родина-медпрацівник». *Український психологічний журнал: збірник наукових праць.* 2022. Вип. 2(17). С. 103-118. https://doi.org/10.17721/upj.2022.1(17).6
18. Пастрик Т.В. Системний огляд проблеми емоційної експресивності найближчого оточення стосовно осіб із психічними та фізичними захворюваннями. *Науковий вісник ХДУ. Серія Психологічні науки.* 2022. Вип. 2. С. 109-116.https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-2-15
19. Пастрик Т. В. Психодіагностика емоційної експресивності у наукових дослідженнях об'єктивний рівень ставлення родини чи суб'єктивне переживання. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. 2022. Вип. 2(58). С. 160-170. https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-58-2-160-170
20. Пастрик Т. В. Управління хворобою та якістю життя осіб із захворюваннями шлунково-кишкового тракту. *Наукові перспективи.* 2022. Вип.12(30). С. 473-487. https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-12(30)-473-486
21. Пастрик Т. В. Прояви емоційної експресивності в мові та мовленні. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. 2022. Вип. 3(59). С. 16-24. https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-59-3-16-24

Статті в інших наукових виданнях та збірниках науково-практичних конференцій

22. Федонюк Л. Я., Пастрик Т. В. Музей як освітній простір та просвітницький ресурс у закладах вищої медсестринської освіти. Науково-практичний журнал «Медсестринство» Тернопіль: Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, 2021р. Вип. 4. С. 16-17.
23. Пастрик Т. В. Ефективне спілкування членів родини з особою із хронічним захворюванням як чинник здоров'я громади: Комунікація і спілкування в XXI

столітті: *Збірник наукових робіт учасників Всеукраїнського круглого столу: «Комунікація і спілкування у XXI столітті» (22 лютого 2022 р.)* [Електронний ресурс] / за наук. ред. Г. М. Бевз, І. В. Петренко, В. І. Юрченко. Вісник педагогіки і психології. 2022. Вип. 29. 2022. С. 84-89.

24. Пастрик Т. В. Психічні стани медпрацівників у кризових ситуаціях під час пандемії COVID-19 *Актуальні проблеми екстремальної та кризової психології* : зб. тез Міжнар. наук.-практ. конф. (21 лютого 2022 р.). Дніпро : ДДУВС. 2022. – С. 66-69.
25. Пастрик Т. В. Емоційний дистрес медпрацівників у кризових ситуаціях під час пандемії COVID-19 *Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості* : матеріали XIV міжнар. наук. - практ. конф. (7 – 8 квіт. 2022 р.) / за заг. ред. М. І. Магдисюк. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. С. 130 – 133.
26. Пастрик Т.В. Емоційна експресивність членів родини та медперсоналу до особи із хронічним захворюванням. *Стратегічні орієнтири розвитку науки, освіти, технологій і суспільства*: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Біла Церква, 5 листопада 2022 р.): у 2 ч. Біла Церква: ЦФЕНД, 2022. Ч. 1. С. 9-10.
27. Pastryk T. Conceptual models of relatives expressed emotion towards service users with gastrointestinal disease. *International scientific innovation sinhuman life. Proceeding softhe 12 th International Scientific and Practical Conference.* Manchester, United Kingdom. 8-10 June, 2022. Manchester. P. 548-558.
28. Chopiak V. V., Kovpak A. V., Pastryk T. V., Mishchenko I.V. Changes in In icators of Fibrinolysis and Proteolisis in Rats with Spontaneous Hypertension During Treatment with Ramipril. *Proceedingsof the 3rd International scientific and practical conference* "*Scientific Research in the modern world"*(January 12-14, 2023). Perfect Publishing, Toronto, Canada. 2023. P. 48-55.
29. Chopiak V. V., Kovpak A. V., Pastryk T. V., Mishchenko Changes in lipid peroxidation activity in rats with congenital hypertension during candensartan treatment. *Proceeding sof the 4th International Scientificand Practical Conference*. (18-20 January, 2023). Osaka, Japan. P. 29-40.

ЗМІСТ

ВСТУП…… 22

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ У НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1. Емоційна експресивність у контексті взаємодії з особами із хронічними захворюваннями: концептуалізація понять……. 37

1.1.1. Емоційна експресивність до особи із хронічними захворюваннями фізичної та психічної етіології……. 43

1.1.2. Вивчення емоційної експресивності у наукових дослідженнях.. 57

1.1.3. Вивчення емоційної експресивності в контексті різних хронічних захворювань …….. 60

1.1.4. Емоційна експресивність з боку родичів, якість життя та харчова поведінка при хронічних захворюваннях…….. 66

1.1.5. Емоційна експресивність з боку медперсоналу до особи із хронічним захворюванням……. 71

1.1.6. Види психосоціальної терапії зі зниження рівня емоційної експресивності…… 73

1.2. Динаміка досліджень емоційної експресивності у науковій літературі. 75

1.3. Зіставлення поняття емоційної експресивності із категорією ставлення у науковій літературі……. 81

1.4. Психологічні прояви емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту 91

Висновки до розділу 1……. 106

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ СТОСОВНО ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

2.1. Методологічні моделі дослідження емоційної експресивності родичів та медперсоналу стосовно осіб із хронічними шлунково-

кишковими захворюваннями…… 111
2.2 Методи та методики організації дослідження емоційної експресивності…… 125
2.3. Культурна адаптація та стандартизація опитувальника «Управління здоров'ям та саморегуляція осіб із захворюванням»... 137
2.4. Дослідницькі запитання та організація дослідження емоційної експресивності найближчого оточення стосовно отримувачів медичних послуг…… 156
Висновки до розділу 2……. 161
РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ У КОНТЕКСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА УПРАВЛІННЯ ХВОРОБОЮ Й САМОРЕГУЛЯЦІЇ ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
3.1. Управління хворобою, саморегуляція та якість життя осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту…….. 165
3.2. Якість життя та управління хворобою й саморегуляція осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту відповідно до демографічних характеристик…… 179
3.3. Якість життя та благополуччя осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту під час карантинних обмежень COVID-19…….. 186
3.4. Прояви емоційної експресивності членів сім'ї та управління хворобою і саморегуляція осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту…… 196
Висновки до розділу 3……. 205

РОЗДІЛ 4

ПРОЯВИ ОБ'ЄКТИВНОГО РІВНЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ ТА ЇЇ СУБ'ЄКТИВНЕ ПЕРЕЖИВАННЯ ОСОБАМИ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

4.1. Психодіагностика емоційної експресивності у наукових дослідженнях: об'єктивний рівень ставлення родини та суб'єктивне переживання……. 211

4.2. Прояви емоційної експресивності відповідно до демографічних характеристик осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту……. 218

4.3. Реципрокність емоційної експресивності у тріаді «користувач медичних послуг-родина-медпрацівник»……. 236

4.4. Емпіричне дослідження сприйнятої критичності та об'єктивного рівня емоційної експресивності…… 250

Висновки до розділу 4……. 253

РОЗДІЛ 5

НАРАТИВИ ПРО ХВОРОБУ ЯК ПРОЯВИ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ СТОСОВНО ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОГО ТРАКТУ

5.1. Наративи про хворобу як психодіагностичний матеріал дослідження…… 259

5.2. Особливості прояву емоційної експресивності з боку медиків відповідно до типу їхнього професійного наративу…….. 270

5.3. Прояви емоційної експресивності в наративах родичів отримувачів медичних послуг…… 285

5.4. Наративний підхід до сприйняття емоційної експресивності як сімейної комунікативної моделі…….. 294

5.5. Наративний аналіз ставлення до хвороби отримувачів медичних послуг……. 305

Висновки до розділу 5……..… 317

РОЗДІЛ 6

ДИНАМІКА ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ З БОКУ РОДИЧІВ ТА МЕДПЕРСОНАЛУ СТОСОВНО ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОГО ТРАКТУ

6.1. Емоційна експресивність родичів у контексті моделі рис особистості: теоретико-емпіричне осмислення понять……. 321

6.2. Емпіричне дослідження загальної обізнаності медпрацівників стосовно емоційної експресивності та її впливу на якість життя й управління хворобою отримувачів медичних послуг…… 330

6.3. Моральний дистрес та емоційна експресивність медпрацівників: когнітивно-поведінкова психоедукаційна програма…….. 341

6.4. Рекомендації для членів родини щодо зменшення рівня емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту…… 363

Висновки до розділу 6……. 369

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ…… 372

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ……. 382

ДОДАТКИ …… 419

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЕЕ – емоційна експресивність

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Особи, які живуть із діагнозом хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ), мають багато викликів, пов'язаних із управлінням хворобою, плануванням способу життя, який передбачає дотримання дієти та медикаментозне лікування. Тому підтримка родини для таких осіб є надзвичайно важливою, що підкреслюється у дослідженнях психологічного супроводу осіб із хворобами ШКТ (Enck et al., 2006).

Серед сімейної та психосоціальної підтримки, міжособових стосунків осіб із хронічним захворюванням до фокусу уваги потрапляє конструкт емоційної експресивності (ЕЕ), який виражає особливості критичного і ворожого ставлення до особи, а також прояви емоційної гіперопіки. Попри те, що перші дослідження ЕЕ здійснювалися у контексті психічних захворювань, зокрема шизофренії, розладів особистості та розладів харчової поведінки, сучасні дослідження містять результати впливу ЕЕ на перебіг хвороби і якість життя осіб із такими захворюваннями, як астма, артрит, целіакія, серцево-судинні захворювання (Hooley & Gotlib, 2000; Hooley & Parker, 2006; Hooley & Licht, 1997; Wearden et al., 2000).

Також існують дослідження впливу ефекту ЕЕ на ефективність дотримання дієти особами із хронічними захворюваннями. Як зазначають J. Hooley, Z. Lister, A. Wearden та ін., при хронічному перебігу хвороби важко визначити, що є позитивним наслідком її лікування, адже часто повне одужання є неможливим, і тоді варто говорити про якість життя особи та мінімізацію фізичних проявів симптомів (Hooley & Parker, 2006; Licht; Wearden et al., 2000). Таким чином, зрозумілою є думка про те, що для таких осіб важливим є забезпечення якомога вищої якості життя та подолання труднощів, пов'язаних із хворобою, зокрема з необхідністю дотримання пожиттєвої дієти (О. Бобров, О. Старостіна, A. Wearden, N. Tarrier, C. Barrowclough, T. Zastowny, A. Rahill та ін.). Отже, якість життя осіб із

захворюваннями ШКТ набуває важливого значення.

За даними ВООЗ, захворювання ШКТ входять до числа найбільш поширених, займаючи 3-4 місце серед усіх проблем зі здоров'ям. Це хвороби, які вражають різні органи ШКТ, в тому числі шлунок, кишечник, печінку і т. ін. Вони характеризуються масовістю і притаманні усім віковим групам без виключення (Person & Keefer, 2021). Нормальна діяльність ШКТ – це повноцінна доставка будівельного матеріалу для організму, що постійно добудовується і перебудовується упродовж життя, а також саме ШКТ забезпечує організм енергетичним матеріалом, який є необхідним для повсякденної активності.

Захворювання ШКТ ускладнюються тим, що окрім фізичних симптомів відбувається значне погіршення функціонування особи у різних сферах життя, в соціальній взаємодії зокрема, внаслідок необхідності дотримуватися певного режиму поведінки й харчування. Такі обмеження призводять не лише до скорочення важливих соціальних контактів, а й до часткової або повної непрацездатності особи. У теперішній час не існує єдиного визначеного підходу до класифікації та діагностики хвороб ШКТ, при цьому однакові фізичні симптоми часто позначаються різними визначеннями, наприклад, синдром дефіцитності всмоктування (синдром мальабсорбції), синдром дефіцитності травлення, синдром подразненої товстої кишки. Це ускладнює не лише процес вдосконалення протоколів лікування осіб із захворюваннями ШКТ, а й налагодження необхідного психологічного супроводу цих осіб та їхніх сімей для підтримки якості життя, пов’язаної з хворобою.

Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених ЕЕ у контексті хронічних хвороб та її впливу на різні аспекти перебігу хвороби, ефект ЕЕ членів сім’ї на якість життя та управління хворобою осіб із хронічними захворюваннями ШКТ не отримав комплексного вивчення у науковій літературі.

Таким чином, важливість ЕЕ як конструкту, що виражає ставлення з боку найближчого оточення у контексті цілісної психосоціальної підтримки осіб із захворюваннями ШКТ для ефективного управління їхньою хворобою й підтримання якості життя, з одного боку, та недостатність досліджень із цієї проблеми, з іншого, зумовили **актуальність дослідження та вибір теми** «Психологічні основи емоційної експресивності членів сім'ї стосовно осіб із хронічними хворобами шлунково-кишкового тракту».

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами Дослідження виконувалося з погодження Комітету з етики наукових досліджень Волинського національного університету імені Лесі Українки (протокол № 03-24/04/1107 від 20.05.2022). Тема дисертаційного дослідження затверджена на засіданні вченої ради Волинського національного університету імені Лесі Українки (протокол № 12 від 29.10.2020 р.). Розділ дисертації про динаміку морального дистресу медпрацівників та його зв'язок з ЕЕ, а також експериментальну когнітивно-поведінкову психоедукаційну програму для медпрацівників виконано у відповідності до держбюджетної теми МОН України «Моральна травма та моральне зцілення учасників бойових дій: нейрокогнітивні кореляти та психологічні інтервенції» (0122U000945).

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити емоційну експресивність із боку родичів та медпрацівників стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту та її ефект на управління хворобою та якість життя осіб із цим діагнозом, сконструювати й впровадити експериментальну когнітивно-поведінкову психоедукаційну програму для медперсоналу щодо зменшення впливу їхньої емоційної експресивності на якість життя осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, а також розробити рекомендації для членів родини щодо зменшення рівня їхньої емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

Відповідно до мети поставлені такі основні **завдання дослідження**:

1. На основі теоретико-методологічного аналізу проблеми визначити сутність ЕЕ як конструкту, що виражає особливості ставлення членів родини та медперсоналу стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, здійснити зіставний аналіз категорії ставлення та конструкту ЕЕ, визначити психологічні наслідки захворювання осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та їхню якість життя, пов'язану із хворобою, а також встановити типи ставлення до хвороби цих осіб.

2. Розробити методологічні засади дослідження ЕЕ з боку родичів і медперсоналу стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ із визначенням парадигми, методологічних підходів, принципів, методів та стандартизованого психодіагностичного інструментарію для визначення ЕЕ. Здійснити культурну адаптацію та стандартизацію опитувальника «Управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюванням» (Health and Self-Management in Disease-HASMID) із визначенням її психометричних властивостей, а також здійснити культурну адаптацію шкали для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE).

3. На емпіричному рівні встановити особливості якості життя й управління хворобою й саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, взаємозв'язок якості життя й управління хворобою з демографічними особливостями отримувачів медичних послуг, визначити факторну структуру управління хворобою та вивчити ЕЕ з боку родичів у контексті управління хворобою й саморегуляцію осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, визначити якість життя та благополуччя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ під час карантинних обмежень COVID-19.

4. Визначити феноменологію ЕЕ як одночасно *об'єктивно* функціонуючого конструкту, що *суб'єктивно* переживається отримувачами медичних послуг та впливає на якість життя, пов'язану із хворобою. Встановити суб'єктивне переживання ЕЕ (сприйнятої критичності, дратівливості, нестачі підтримки, емоційної гіперопіки) відповідно до

демографічних характеристик отримувачів медичних послуг); дослідити прояви реципрокності ЕЕ у відповідній тріаді: особа із захворюванням ШКТ – найближчий родич (піклувальник) – медпрацівник; вивчити суб'єктивне переживання критичності з боку родичів у контексті якості життя та управління хворобою й саморегуляцію осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

5. Визначити структурні компоненти медичних наративів та наративів про хворобу. На основі наративів про хворобу отримувачів медичних послуг встановити типи їхнього ставлення до хвороби та переживання стигми як прояву ЕЕ до отримувачів медичних послуг з боку суспільства. Використовуючи медичні наративи медперсоналу як професійні історії, встановити специфічні труднощі медпрацівників у взаємодії з особами із захворюваннями ШКТ під час кризових умов (на матеріалі пандемії COVID-19).

6. На основі теоретико-емпіричного осмислення результатів дослідження, а також враховуючи досвід роботи медперсоналу в кризових умовах та ситуаціях морального дистресу, розробити та впровадити експериментальну когнітивно-поведінкову психоедукаційну програму для медперсоналу, спрямовану на зменшення рівня їхньої ЕЕ та її негативного впливу на якість життя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. Враховуючи результати емпіричного дослідження, розробити рекомендації для членів родини щодо зменшення рівня їхньої ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Об'єкт дослідження – феномен емоційної експресивності.

Предмет дослідження – психологічні основи емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали положення біопсихосоціальної парадигми й ідеографічного підходу та багатовимірних моделей у психології (G. Engel, A. Grant та ін.); основні ідеї з проблеми ставлення, зокрема ставлення до хвороби (Л. Бурлачук, О. Богучарова, С.

Максименко, О. Шпортун, Т. Хомуленко та ін.); ЕЕ з боку піклувальників та медпрацівників у контексті хронічних хвороб (М. Маркова, G. Brown, Gotlib, J. Hooley, D. Licht, A. Wearden та ін.); основні ідеї з проблеми ЕЕ та психологічних ускладнень осіб із захворюваннями ШКТ (І. Аршава, О. Бобров, О. Старостина, Z. Lister, C. Wilson, C. Fox та ін.); дослідження якості життя і психологічного благополуччя (Я. Гошовський, Л. Засєкіна, З. Кіреєва, О. Лазорко, М. Мушкевич, М. Орап, Л. Сердюк, C. Ryff та ін.); психологічних засад професійної свідомості та діяльності медпрацівників (Ж. Вірна, Н. Шевченко та ін.); основні положення наративного підходу у психології (Дж. Брунер, З. Карпенко, Т. Титаренко, Н. Савелюк, О. Савченко, Н. Чепелєва та ін.)

Для реалізації завдань та досягнення поставленої мети було використано такі **методи** дослідження: *теоретичні*: аналіз, порівняння, узагальнення, синтез, систематизація наукових джерел із проблем ЕЕ, психологічних особливостей осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та їхньої якості життя; *емпіричні для трьох груп досліджуваних* – отримувачів медичних послуг, піклувальників та медпрацівників: бесіда, тестування із застосуванням: опитувальника *Управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюванням* (Health and Self-Management in Disease-HASMID, J. Cartler); *методика для діагностики якості життя* (М. Фетискин**)**; *шкала для оцінки сприйнятої критичності* (Hooley & Teasdale); *шкала для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ* (Perceived Level of Expressed Emotion Scale, pLEE, J. Cole і S. Kazarian); *шкала ставлення родини* (Family Attitude Scale, FAS, J. Cole і S. Kazarian); *шкала сприйнятої ЕЕ з боку медперсоналу* (The perceived expressed emotion in staff scale, Forster et al.), *опитувальник якості життя, пов'язаної із хворобою* (EQ-5D-3L), о*питувальник для діагностики темпераменту (коротка версія), the Temperament Evaluation – Short Version (TEMPS-A,), опитувальник для визначення стану здоров'я в кризових умовах (*Patient-Reported Health Outcome Measure-Core Thrive Items, Wicks et al., 2019); *опитувальник для діагностики морального дистресу у медпрацівників*

(Moral Distress in Healthcare Workers, Kälvemark et al, 2004), комп'ютерний метод психолінгвістичного аналізу текстів *Linguistic Inquiry and Word Count* (LIWC), J. Pennebaker, методи наративного аналізу (Н. Чепелєва), контент-аналізу (Л. Засєкіна, С. Засєкін), метод природного експерименту у сукупності констатувального й формувального етапів із впровадження психоедукаційної когнітивно-поведінкової програми для медпрацівників.

У дослідженні використовувався **багатоплановий дизайн** емпіричного дослідження із використанням методів кореляційного аналізу, однофакторного дисперсійного аналізу, регресійного аналізу, зокрема з використанням медіативної моделі, факторний аналіз програми програмного забезпечення SPSS, версія 24.

Упродовж роботи було поставлено двадцять дослідницьких запитань:

Методологічні питання:

($ДЗ_1$) Чи відповідає культурна адаптація й стандартизація методики HASMID (Health and Self-Management in Disease-HASMID) психометричним вимогам до психодіагностичного інструментарію?

($ДЗ_2$) Чи відповідає культурна адаптація шкали для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE) усім етапам перекладу та культурної адаптації, визначених ВООЗ?

Експерієнтальні питання:

($ДЗ_3$)Чи існує взаємозв'язок між управлінням хворобою та якістю життя осіб із захворюваннями ШКТ?

($ДЗ_4$) Які особливості управління хворобою й саморегуляції та якості життя осіб із захворюваннями ШКТ під час карантинних обмежень у період пандемії COVID-19?

($ДЗ_5$**)** Якою є факторна структура управління хворобою та саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та як вона пов'язана з ЕЕ?

($ДЗ_6$) Які особливості управління хворобою та якості життя осіб із захворюваннями ШКТ відповідно до демографічних характеристик?

Феноменологічні питання:

(ДЗ$_7$) Чи існують кореляційні зв'язки між показниками сприйнятого рівня ЕЕ за шкалою pLEE та об'єктивного рівня ЕЕ як показника сімейного клімату за шкалою FAS?

(ДЗ$_8$): Чи об'єктивний рівень ЕЕ, представлений емоційною гіперопікою, критичністю та ворожістю та тривалість хвороби є предикторами суб'єктивного переживання з боку отримувача медичних послуг?

(ДЗ$_9$) Чи існують відмінності у показниках суб'єктивного переживання ЕЕ з боку родичів (сприйнята ЕЕ) та її субшкал (нестача підтримки, дратівливість, емоційна гіперопіка та критичність стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ з боку їхніх родичів), якості життя, пов'язаної з хворобою, та стану здоров'я особами із хронічними захворюваннями ШКТ відповідно до статі, сімейного стану, професійного статусу?

(ДЗ$_{10}$): Чи існують кореляційні зв'язки між показниками ЕЕ з боку членів сім'ї, медперсоналу та сприйнятої ЕЕ осіб та якістю життя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, що свідчить про реципрокність ЕЕ та відповідний ЕЕ стиль?

(ДЗ$_{11}$): Чи є 1) об'єктивне ставлення родини до особи із захворюванням, представлене ЕЕ; 2) суб'єктивне переживання цього ставлення особами із захворюваннями ШКТ (сприйняте ЕЕ з боку родичів); 3) суб'єктивне переживання ставлення з боку медпрацівників особами із захворюваннями ШКТ (сприйняте ЕЕ з боку медиків) та 4) стан здоров'я предикторами якості життя, пов'язаної із хворобою?

(ДЗ$_{12}$): Чи існують відмінності у показниках суб'єктивного переживання ЕЕ, стану здоров'я та якості життя, пов'язаної із хворобою, відповідно до статусу родича (шлюбний партнер/інший родич)?

(ДЗ$_{13}$) Чи існує кореляційний зв'язок між сприйнятою критичністю й власною вираженою критичністю отримувачів медичних послуг як маркер реципрокності ЕЕ.

Психолінгвістичні питання:

(ДЗ$_{14}$) : Чи існують особливості прояву ЕЕ з боку медиків відповідно до типу їхнього професійного наративу, виражені у медичних наративах?

(ДЗ$_{15:}$) Чи існує зв'язок між ЕЕ піклувальників щодо осіб із захворюванням ШКТ та лінгвістичними маркерами й психологічними значущими категоріями їхнього мовлення?

(ДЗ$_{16}$) Чи існує зв'язок між сприйнятою ЕЕ та агентністю, спільністю та зв'язністю наративу як маркерами конструювання значення в наративах про хворобу?

(ДЗ$_{17}$): Який розподіл типів ставлення до хвороби осіб із хронічними захворюваннями ШКТ на основі контент-аналізу їхніх наративів про хворобу та які є фактори ризику й ресурсів їхньої якості життя,

Експериментально-формувальні питання:

(ДЗ$_{18}$) Чи може слугувати теоретична модель рис особистості методологічною основою для вивчення ЕЕ родичів до особи із хронічними захворюваннями ШКТ?

(ДЗ$_{19}$) Чи ефективною є психоедукаційна когнітивно-поведінкова програма, спрямована на зниження ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників?

Експериментальна база дослідження. Дослідження реалізоване впродовж 2018-2022 рр. Культурна адаптація та апробація опитувальника HASMID здійснювалася упродовж 2018-2021 років із врахуванням основних психометричних вимог щодо перекладу, культурної апробації і стандартизації тестів. Експериментальна вибірка становила 310 осіб із захворюваннями ШКТ у КЗ «Волинська обласна клінічна лікарня», віком від 18 до 68 років, середній вік 44,86±13,66. Визначення психометричних характеристик відбувалося за неповним «лоскутним» експериментальним

планом. Статистична обробка здійснювалося за допомогою комп'ютерної програми SPSS для Windows версії 24.

Вибірку дослідження для проявів ЕЕ стосовно осіб із захворюваннями ШКТ склали 119 осіб, які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному й проктологічному відділеннях КЗ «Волинська обласна клінічна лікарня». Після отримання згоди на дослідження і заповнення бланків опитувальників, відбулося остаточне формування вибірки у кількості 118 осіб. 1 особа не повністю/некоректно заповнила бланки опитувальників, відповідно ці дані не були використані у дослідженні. При діагностиці сприйнятої ЕЕ з боку сім'ї досліджуваним надавалася інструкція уявити члена родини, який контактує із ними щонайменше 10 годин щотижня.

Окрім цього у дослідженні взяли участь 88 найближчих родичів (23 опитувальника виявилися неповними серед 111 досліджуваних), внаслідок чого утворилося 88 діад, дані яких є придатними для аналізу: особа із захворюваннями ШКТ та її найближчий родич. У період карантинних обмежень і вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 (квітень-червень 2020) була сформована вибірка з 18 осіб із хронічними захворюваннями ШКТ з КП «Волинська обласна клінічна лікарня». У дослідженні використовувався опитувальник самооцінювання стану здоров'я та благополуччя (Patient-Reported Health Outcome Measure-Core Thrive Items) для визначення психологічних наслідків пандемії для цих осіб. Також було опитано 50 осіб медперсоналу (письмовий наратив «Мій досвід роботи із особами із хронічними захворюваннями ШКТ під час пандемії»), який працював із цими особами під час пандемії в проктологічному та гастроенторологічному відділеннях. Вік досліджуваних становить від 19 до 70 років, середній вік становить 45 років, з них 66% осіб жіночої статі та 34% осіб чоловічої статі.

Експериментальна програма когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми впроваджувалася у КЗВО «Волинський медичний інститут» у

грудні 2022 року. До експериментальної (n=47) та контрольної (n=33) груп увійшли слухачі відділення післядипломної освіти загальної практики сімейної медицини, а також медсестри акушерських, реанімаційних, проктологічних й гастроентерологічних відділень. Для діагностики ЕЕ було застосовано *шкалу ставлення родини (Family Attitude Scale, FAS)*, призначену для вивчення ставлення родини до осіб із хронічними захворюваннями, яка була адаптована до визначення ставлення медпрацівників до отримувачів медичних послуг. Також було використано опитувальник для діагностики морального дистресу, запропонованого S. Kälvemark та ін.

Таким чином, усього в дослідженні взяло участь 664 особи, дані яких обраховувалися та інтерпретувалися.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

вперше визначено феноменологію ЕЕ як одночасно об’єктивно існуючого та суб’єктивно проживаючого конструкту, що зумовлює подвійну специфіку його дослідження; виявлено структуру управління хворобою й саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та її зв'язок з якістю їхнього життя: опосередкований ефект ЕЕ на управління хворобою й саморегуляцію, зокрема на взаємозв’язок втомлюваності і виснаженості осіб із захворюваннями ШКТ та труднощів, пов’язаних із хворобою; виявлено взаємозв’язок між ЕЕ з боку медперсоналу та родини й низьким рівнем якості життя осіб із захворюванням, управлінням хворобою та саморегуляцією цих осіб; встановлено реципрокний характер сприйнятої критичності у взаємних стосунках осіб із захворюваннями ШКТ, членами їхньої родини та медперсоналом; визначено кореляційні зв’язки між ЕЕ з боку родичів та домінуванням у мовленні категорій афекту, негативних емоцій, водночас зниження дієслів, що виражають розуміння і усвідомлення, скорочення кількості слів у реченні; розроблено експериментальну когнітивно-поведінкову психоедукаційну програму для медперсоналу, спрямовану на зниження ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та її впливу на якість життя; встановлено негативний вплив COVID-19

як екосистеми на емоційний дистрес осіб із захворюваннями ШКТ; визначено психолінгвістичні маркери ставлення до хвороби і стигми стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, а також сприйнятої критичності осіб із захворюванням ШКТ;

уточнено і розширено уявлення про соціально-психологічну підтримку осіб із хронічною хворобою, їхню якість життя і психологічне благополуччя, а також ставлення до хвороби в межах загальної категорії ставлення;

подальшого розвитку набули положення біопсихосоціального підходу та категоріальних моделей щодо дослідження конструктів у галузі клінічної й медичної психології.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що його основні положення та висновки можуть використовуватись у дослідницькій роботі та лікуванні осіб із захворюваннями ШКТ. Експериментальна когнітивно-поведінкова психоедукаційна програма для медперсоналу щодо зменшення рівня ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ може широко впроваджуватися для покращення якості життя осіб із захворюваннями ШКТ. Розроблено рекомендації для членів родини щодо зменшення рівня їхньої ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. Адаптовані і стандартизовані українськомовна версія опитувальника «Управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюванням» (Health and Self-Management in Disease-HASMID) із визначенням її психометричних властивостей, а також шкала для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion Scale, pLEE) у сукупності сприйнятих критичності, дратівливості, емоційної гіперопіки та ворожості може широко застосовуватися в психодіагностиці цих осіб. Отримані результати можуть використовуватися при викладанні дисциплін «Клінічна психологія», «Медична психологія». «Психосоціальна підтримка у медичних закладах».

Результати дослідження **впроваджено** в навчальний процес Волинського національного університету імені Лесі Українки (довідка 03-

24/04/88 від 13.01.2023 р.), Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля (довідка 20/15.16 від 11.01.2023 р.), Комунального закладу вищої освіти «Волинський медичний інститут» Волинської обласної ради (довідка 628.1/02/2-22 від 23.12.2022 р.), Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка (довідка 25/33-03 від 10.01.2023 р.).

Особистий внесок здобувача. Розроблені наукові положення та одержані емпіричні дані є самостійним внеском у дослідження феномену ЕЕ особистості. У працях, опублікованих у співавторстві, авторка здійснила теоретичний аналіз конструкту емоційної експресивності та дотрималася основних вимог щодо культурної адаптації методик за інструкціями ВООЗ, узагальнила основні положення наративного підходу та здійснила якісний аналіз наративів про хворобу, розробила й обґрунтувала експериментальну програму для медпрацівників, а також встановила зв'язок між ЕЕ та моральним дистресом медпрацівників.

Апробація результатів дослідження. Результати наукових пошуків оприлюднено на таких науково-практичних конференціях і семінарах: XIII Міжнародна науково-практична конференція студентів і аспірантів «Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень» (Луцьк, 2016-2019), Міжнародна науково-практична конференція молодих науковців, аспірантів і здобувачів вищої освіти «Проблеми та перспективи розвитку сучасної науки» (Рівне, 2020), Міжнародна наукова та професійна конференція “Pedagogy and Psychology In an Era of Increasing Flow of Information” (Будапешт, 2020), I Міжнародна науково-практична онлайн-конференція «Психологічні умови благополуччя персоналу організацій» (Львів, 2020), XV Міжнародна науково-практична конференція «Психолінгвістика в сучасному світі» (Переяслав-Хмельницький, 2020-2022), Міжнародна наукова та професійна конференція «Pedagogy and Psychology in the age of globalization – 2020-2022» (Будапешт, 2020-2022), Міжнародна науково-практична конференція «Стратегічні орієнтири розвитку науки, освіти, технологій і суспільства»

(Біла Церква, 2022), Всеукраїнський науково-практичний семінар «Когнітивно-комунікативні стратегії розвитку здобувачів вищої освіти у процесі професійної підготовки (Дніпро, 2021), XIV Міжнародна науково-практична конференція «Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості» (Луцьк, 2022), Всеукраїнська науково-практична конференція «Теорія и практика підготовки конкурентоспроможного фахівця як фактор освітніх парадигм» (Тернопіль, 2022); Міжнародна науково-практична конференція «Комунікація і спілкування у XXI столітті» (Київ, 2021); Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми екстремальної та кризової психології» (Дніпро, 2022), XVI Міжнародна науково-практичної конференція студентів, аспірантів та молодих вчених «Молода наука Волині: пріоритети та перспективи досліджень» (Луцьк, 2022), I Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми клінічної психології та нейропсихології» (Луцьк, 2022), Міжнародна науково-практична конференція стратегічні орієнтири розвитку науки, освіти, технологій і суспільства (Полтава, 2022); XII Міжнародна науково-практична конференція "*International scientific innovations in human life*" (Манчестер, 2022), III Міжнародна науково-практична конференція "Scientific research in the modern world» (Торонто, 2023), IV Міжнародна науково-практична конференція (Осака, 2023).

Надійність та об'єктивність результатів дослідження забезпечено всебічним теоретико-методологічним аналізом проблеми, застосуванням коректного комплексу діагностичних методів, достатнім обсягом емпіричного матеріалу, використанням сучасних методів математичної статистики, репрезентативністю вибірки.

Кандидатську дисертацію за темою «**Психологічні особливості формування продуктивного білінгвізму у майбутніх перекладачів**» зі спеціальності 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія захищено в спеціалізованій вченій раді Прикарпатського національного університету

імені Василя Стефаника (2007 р.). Матеріали та результати кандидатської дисертації в докторській дисертації не використовувались.

Публікації. Основні результати дослідження представлено в 29 публікаціях здобувача, з яких 1 навчальний посібник, 4 статті опубліковані у наукових періодичних виданнях, проіндексованих у базах даних Scopus і Web of Science, 16 статей – у наукових періодичних виданнях, включених до переліку фахових з психології, 9 – статті та тези у збірниках матеріалів міжнародних, всеукраїнських і регіональних конференцій.

Обсяг та структура роботи. Дисертація складається зі вступу, шести розділів, висновків, списку використаних джерел (350 найменувань, з них – 273 іноземними мовами). Робота містить 61 таблиць, які займають 27 сторінок, 32 рисунка на 14 сторінках, 3 додатки. Загальний обсяг дисертаційної роботи 433 сторінок. Основний зміст роботи викладено на 381 сторінці.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ У НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ

У розділі висвітлено теоретико-методологічні засади дослідження психологічних основ ЕЕ родичів та медперсоналу стосовно осіб із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями. Представлено результати теоретичного вивчення літератури з розвитку поняття ЕЕ у психології та зіставлено його з категорією ставлення; встановлено концептуальні межі ЕЕ у контексті взаємодії найближчого оточення з особами із хронічними захворюваннями; специфікується конструкт ЕЕ з боку родини до особи із хронічним захворюванням фізичної та психічна етіологія конструкту ЕЕ, також уточнюється природа ЕЕ та її прояви стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, визначається зміст ЕЕ у контексті якості життя та харчової поведінки при хронічних захворюваннях особи; детально описуються сучасні методи та методики вивчення ЕЕ у наукових дослідженнях; здійснюється зіставний аналіз ЕЕ з боку медперсоналу та членів родини до особи із хронічним захворюванням, а також науково-доказових інтервенцій, спрямованих на зниження ЕЕ з боку найближчого оточення до осіб із хронічним захворюванням.

1.1. Емоційна експресивність у контексті взаємодії з особами із хронічними захворюваннями: концептуалізація понять

У клінічній психології та психології здоров’я з’являється дедалі більше науково обґрунтованих фактів про тісний взаємозв’язок типу сімейних відносин та якості життя особи із хронічним захворюванням, яка у цих відносинах перебуває (Маркова & Діхтяр, 2010; Маркова & Косенко, 2014; Cole & Reiss, 1993). Результати останніх досліджень вказують на те, що

вразливість до хвороби, процес лікування й адаптації до хвороби й одужання значною мірою визначаються низкою факторів, зокрема психологічних, соціальних та сімейних. Таким чином, вплив сімейних відносин на якість життя особи із хронічним захворюванням зіставляється з біопсихосоціальною моделлю, запропонованою G. Engel (1978). У цій моделі вчений підкреслює клінічні та особистісні аспекти одужання у сукупності трьох складових: медичної (клінічні симптоми та фізіологічна патологія), психологічної (думки, емоції, поведінка, зокрема психологічний дистрес, страх, стратегії уникання та охоронної поведінки) та соціальної (сімейні стосунки, соціально-економічні фактори, місце роботи і т.ін.) (Engel, 1978). Ця модель була розроблена з огляду на те, що часто психофізіологічні реакції, такі як хронічний біль та інші хвороби, не можуть бути пояснені лише одним фізіологічним фактором, а потребують комплексного підходу.

ЕЕ – це конструкт, що з моменту своєї появи у науковій літературі означав ключові особливості ставлення до особи із хронічним захворюванням, які виражаються в позитивних коментарях, теплоті, критичності, емоційній гіперопіці та ворожості. У сучасних зарубіжних дослідженнях саме ЕЕ є центральним поняттям у ставленні членів родини до особи із хронічним захворюванням, водночас вперше ЕЕ досліджувалося у контексті пацієнтів із психічними розладами. При цьому спостерігається чітка тенденція у сучасній науковій літературі до тлумачення ЕЕ як конструкту, що виражає виключно негативне ставлення у вигляді критичності, емоційній гіперопіці та ворожості до осіб із хронічним захворюваням. Саме це визначення буде використовуватися у нашій праці.

G. Brown та M. Rutter (1966) вперше увели це поняття у науковий обіг при вивченні пацієнтів із шизофренією, які мають високий ризик рецидиву хвороби. Результати їхнього дослідження засвідчили, що ризик рецидиву зростає, якщо при поверненні додому після госпіталізації родичі пацієнта проявляють емоційну гіперопіку та критичність до них.

Слід заначити, що у вітчизняній психології дослідження функціонування осіб із шизофренією також ураховувало фактор родинної взаємодії. Зокрема найкращою взаємодією вважався гармонійний тип відносин, який передбачав доброзичливу підтримку з боку родини, стримування прояву негативних емоцій, натомість максимальне вираження розуміння та довіри (Маркова & Діхтяр, 2010). У подальших працях вчені зазначають про важливість встановлення типу родинних зв'язків для впровадження психокорекційного супроводу для отримувачів медичних послуг (Дрюченко & Маркова, 2017).

За G. Brown (1972), J. Hooley (2000; 2006) та ін., ЕЕ є надійним психосоціальним індикатором рецидивів не лише у психічному, а й фізичному здоров'ї. Визначення ЕЕ, за A. Wearden, охоплює три аспекти: поведінка родичів, якість стосунків та домашнє середовище (Wearden, 2000). Концептуалізація ЕЕ ґрунтувалася на оцінці сімейних стосунків, представлених п'ятьма типами ставлення до людей із шизофренією: критичні зауваження, ворожість, позитивні зауваження, тепло та емоційна гіперопіка (Weisman, 1993; Wearden, Tarrier, Barrowclough, 2000). Пізніше J. Hooley та H. Parker (2006) почали оцінювати ЕЕ виключно на основі критики, ворожості та гіперопіки, оскільки ці типи ЕЕ тісно пов'язані з хронічними захворюваннями як психічної, так і фізичної етіології.

Нещодавно були зроблені спроби вивчити вплив ЕЕ на такі хвороби, як діабет, астма, ревматоїдний артрит, операції на серце та ожиріння (Wearden, Tarrier, Barrowclough, 2000). Результати досліджень показали, що у літературі відсутні комплексні дослідження ЕЕ стосовно осіб із фізичним захворюванням у порівнянні з особами з психічними захворюваннями. Як засвідчили дані, серед осіб із цукровим діабетом типу I частка родичів із високим рівнем ЕЕ становить лише 17%, порівняно з часткою у 41,4% родичів із високим рівнем ЕЕ щодо осіб із шизофренією та часткою 28% родичів із високим рівнем ЕЕ серед осіб із деменцією (Wearden, Tarrier, Barrowclough, 2000). Не існує також загальної згоди щодо наявності зв'язку між ЕЕ та наслідками захворювань на ревматоїдний артрит, операцій на серці

та ожиріння. Однак представлені дані свідчать про зв’язок між ставленням родичів з елементами критики і частотністю астматичних та епілептичних нападів в отримувачів медичних послуг (Wearden, Tarrier, & Davies, 2000).

На сьогоднішній день учені не мають достатньо даних стосовно того, що можна сприймати як позитивний чи негативний клінічний результат хронічної хвороби. Так, огляд літератури останніх років із проблеми дає змогу зробити висновок, що контроль за власним здоров’ям та здоровий спосіб життя можуть здійснювати позитивний вплив на перебіг хвороби, при цьому ЕЕ має сильний ефект (Wearden, Tarrier, & Davies, 2000; Wearden, Tarrier, Barrowclough, 2000). Таким чином, у контексті хронічної хвороби A. Wearden та ін. пропонують говорити про якість життя, обумовлену хворобою, а не про конкретний клінічний результат. Більш того, одне із першочергових завдань досліджень проблеми ЕЕ полягає в з’ясуванні того, чи містить вона спільні механізми впливу на перебіг і психічних, і фізичних захворювань, чи ЕЕ має різні механізми впливу на психічні і фізичні захворювання (Nuechterlein, et al., 1992).

Так, в останніх дослідженнях вивчається ЕЕ у осіб, що страждають і на психічні, і на фізичні захворювання одночасно, наприклад, депресію після інсульту (Hooley, Gruber, & Parker, 2009). У цих дослідженнях ідеться про те, що як на депресію, так і ускладнення після інсульту більшою мірою впливає сприйнятий рівень ЕЕ родичів, інакше кажучи суб’єктивний рівень переживання ЕЕ (тобто як отримувач медичних послуг сприймає ставлення родича до себе), а не високий рівень ЕЕ сам по собі. Результати дослідження F. Zingone, можуть бути застосовані при інших медичних станах, оскільки хронічні фізичні захворювання часто супроводжуються психологічними ускладненнями (Zingone, 2015).

Інше дослідження зосереджує увагу на проявах основних видів ЕЕ, зокрема на взаємозв’язку між ЕЕ (ворожістю / критикою та гіперопікою), менталізацію та прив’язаністю (Cherry, 2018). Вчені визначають менталізацію як здатність визначати свої й інших людей думки, емоції та потреби як такі,

що обумовлюють поведінку. Результати цього дослідження свідчать про існування позитивного кореляційного взаємозв'язку між ворожістю як субшкалою ЕЕ та прив'язаністю уникнення та позитивного кореляційного взаємозв'язку між ворожістю та менталізацією. Водночас, не виявлено жодного взаємозв'язку між емоційною гіперопікою, тривожною прив'язаністю та менталізацією. Більше того в результаті регресійного аналізу з медіацією не встановлено опосередкованого впливу прив'язаності на ЕЕ через менталізацію.

Інтерпретуючи результати досліджень, вчені вважають за необхідне враховувати у клінічній практиці процеси менталізації й типи прив'язаності для зменшення критичного й ворожого ставлення родичів до особи із хронічними захворюваннями. Дані цього дослідження суттєво розширюють уявлення психологів щодо ЕЕ з боку родичів до осіб із захворюваннями протягом усього життя і підкреслюють необхідність досліджувати кожен вид ЕЕ – критику, ворожість та емоційну гіперопіку окремо.

Загалом розглянуті вище дослідження окреслюють вагому роль конструкту ЕЕ, представленого проявами емоційних реакцій, зокрема критичним, ворожим ставленням та гіперопікою щодо осіб із хронічними захворюваннями. Хоча ЕЕ не має суттєвого впливу на сам процес одужання, вона відіграє важливу роль на перебіг хвороби і може значно покращити якість життя, пов'язану з хворобою.

В останніх працях з проблеми ЕЕ спостерігаємо дедалі більше вивчення цього конструкту стосовно осіб із фізичними захворюваннями (Wearden, 2000, Засєкіна, 2019, Zasiekina, & Zasiekina, 2019), а також прояви ЕЕ з боку медперсоналу до особи із діагнозом (Tanaka et al., 2015). Так, результати останніх досліджень свідчать про те, що існує позитивний кореляційний зв'язок між низькою ЕЕ та ефективним управлінням хворобою особами з цукровим діабетом. Інакше кажучи, відсутність критичності, ворожості та гіперопіки у родичів цих осіб сприяє ефективній саморегуляції та управлінню їхнім станом здоров'я. Також вчені встановили кореляційний зв'язок між ЕЕ

та високою втомлюваністю і виснаженістю осіб із цукровим діабетом, між високим рівнем ЕЕ з боку члена родини та низькою якістю життя, між сприйнятою критичністю з боку члена сім'ї та власною критичністю особи із цукровим діабетом стосовно родича. Ці результати імплікують думку про те, що існує відповідний стиль ЕЕ як з боку родини до особи із діагнозом, так і з боку цієї особи до сім'ї. Інакше кажучи, якщо особа із цукровим діабетом сприймає ставлення члена сім'ї як критичне, вона також вирізняється підвищеною критичністю до нього. Таким чином, результати дослідження осіб із цукровим діабетом свідчать про реципрокний характер ЕЕ (відповідний прояв ЕЕ отримувача медичних послуг та родича).

Вивчення ЕЕ як конструкту, що представляє сукупність певних видів ставлення, зокрема емоційної гіперопіки, ворожого та критичного ставлення до особи із хронічним захворюванням, є доволі поширеним у сучасній зарубіжній психології. Водночас у вітчизняній психології спостерігаємо переважання категорії ставлення як наукової категорії, зокрема ставлення до особи, ставлення до здоров'я, ставлення до хвороби. Для подальшого використання терміну ЕЕ одним із важливих завдань нашого дослідження є здійснити зіставний аналіз ЕЕ та категорії ставлення відповідно до чітких критеріїв.

Результати теоретичного аналізу сучасних досліджень із проблеми ЕЕ підкреслюють важливість низки теоретичних розвідок, по-перше, необхідність окремого вивчення особливостей прояву ЕЕ до осіб із психічними розладами та фізичними хворобами, по-друге, виокремлення особливостей ЕЕ з боку родини та з боку медперсоналу до особи із хронічними захворюваннями, по-третє, розмежування змісту поняття ЕЕ та категорії «ставлення» у вітчизняній психології, насамкінець, виявлення особливостей прояву ЕЕ до осіб із захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

1.1.1. Емоційна експресивність до особи із хронічними захворюваннями фізичної та психічної етіології

A. Wearden та її команда (2000) зазначають, що упродовж десятиліть вплив родинних відносин на процес сприйняття хвороби й одужання вивчається у трьох напрямах: а) розуміння родиною різних станів хвороби та здоров'я; б) специфіка хвороби та вплив сім'ї на перебіг хвороби; в) вплив поведінкових стратегій сім'ї на короткотривалі й довготривалі виклики хвороби члена родини. Ці вчені зазначають, що психологічні фактори разом із родиною й соціальними факторами впливають на ступінь вразливості до хвороби, адаптацію до хвороби та одужання, а також ступінь недієздатності особи, зумовленої хворобою, ефективністю допомоги з боку служб охорони здоров'я, та якістю життя особи загалом. При цьому вчені зазначають, що провідну роль серед цих факторів відіграє ставлення сім'ї до особи із хворобою, яке оптимально вивчати через поняття ЕЕ.

Результати теоретичного аналізу свідчать про те, що існує три теоретичні моделі, з допомогою яких описується ЕЕ (Wearden et al., 2000). До них належить модель каузальної атрибуції, модель вразливості або діатезного стресу, модель рис особистості. Розглянемо ці моделі більш докладно.

Модель каузальної атрибуції введена у науковий обіг C. Brewin та колегами (Brewin et al., 1991). Найпоширенішими проявами, які зумовлюють виникнення високого рівня ЕЕ у членів родини, на думку авторів моделі, є приписувані отримувачам медичних послуг таких внутрішніх атрибуцій, як контрольованість захворювання з боку особи із хронічним захворюванням. Члени сім'ї з високим проявом ЕЕ вимагають, аби особи із хронічним захворюванням здійснювали контроль над своїми симптомами, відтак вони часто застосовують критичність та критичні судження. Також у межах моделі вважається, що особи із хронічним захворюванням часто самі винні у своїх проблемах та важкому перебігу одужання.

Модель вразливості або діатезного стресу відображає ЕЕ як медіатор взаємодії між членами сім'ї та особами, що хворіють. J. Hooley та I. Gotlib

(2000) зазначають, що модель вразливості або діатезного стресу охоплює випадки шизофренії, пограничного розладу особистості та депресії, та при цьому розглядає ЕЕ у членів родини як один із важливих предикторів стресу в осіб із захворюваннями. Окрім цього і сам стрес у родичів залежить від вираження симптомів та тривалості захворювання. Зазначимо, що модель розглядає захворювання, які важко піддаються лікуванню, тому мова радше йде не про одужання, а про якість життя осіб із психічними захворюваннями та їхніх родин.

Модель рис особистості, розроблена J. Leff та C. Vaughn, ґрунтується на толерантному та емпатійному ставленні членів родини до особи із захворюванням. ЕЕ, на думку вчених, – це особистісна риса, яка визначається недорозвинутим толерантним та емпатійним ставленням до особи із захворюванням. За J. Leff та C. Vaughn, родичі із високим рівнем ЕЕ є менш толерантними, більш негнучкими та нав'язливими, ніж родичі з низьким рівнем ЕЕ (Leff & Vaughn, 1995). Цікавим є висновком учених, що прояви теплих стосунків та гіперопіки зумовлюються психічним та фізичним станами осіб, які хворіють, а критичні коментарі родичів зумовлюється власне рисами особистості цих родичів.

Єдине дослідження ЕЕ серед вітчизняних вчених, було здійснено L. Zasiekina (Zasiekina, 2018), яка представила систематичний літературний огляд проблеми. Сильною позицією цього огляду є те, що вчена охопила сучасні дослідження ЕЕ з боку родини до осіб не лише й з психічними захворюваннями, а й фізичними діагнозами, зокрема діабет, артрит, астма і т. ін.

Як зазначалося вище, одна з перших моделей ЕЕ як поведінки найближчого оточення стосовно осіб із хронічними захворюваннями, запропонована в науковій літературі, пропонує розглядати ЕЕ як негативну рису особистості. Ця риса пов'язується з надлишковою критичністю, ворожістю та емоційною гіперопікою (Leff & Vaughn, 1985). Характерна манера реагування родичів із низькою ЕЕ описується як терпима,

ненав’язлива та чутлива поведінка до потреб отримувачів медичних послуг, тоді як члени родини із високою ЕЕ – схильні до нетерпимості до проблем осіб з діагнозом, нав'язливості та використання недоречних та негнучких стратегій під час вирішення труднощів.

Незважаючи на відносно легке пояснення природи ЕЕ з допомогою цієї моделі, така модель дещо обмежена у забезпеченні превентивних заходів, щоб уникнути поведінки членів родини з високим ЕЕ. Адже припущення про те, що високий рівень ЕЕ є стійкою особистісною рисою не дає простору для впровадження інтервенцій, спрямованих на формування сімейного клімату, який би сприяв одужанню чи підтриманню якості життя особи із хронічним захворюванням.

У вітчизняній науці розробка психологічних та психокорекційних заходів, а також план одужання значною мірою повинні ґрунтуватися на типові взаємовідносин у родині (Маркова & Діхтяр, 2010; Маркова & Косенко, 2014). Поряд із цим, у вітчизняній медичній психології також наголошується на важливості моделі рис особистості у поясненні різних психологічних феноменів. Зокрема Ю. Чистяковська зазначає, що розуміння процесу розгортання людських взаємовідносин неможливе без урахування індивідуальних психологічних особливостей кожної конкретної особи (Чистяковська, 2017).

Таким чином, вдосконалення існуючих моделей та розробка нових підходів є важливим у контексті розуміння факторів, що лежать в основі різних поведінкових реакцій родичів на хворобу. Також методологічно обґрунтовані підходи є основоположними для вдосконалення стратегій допомоги родичам та покращення результатів лікування отримувачами медичних послуг.

Упродовж останніх декількох років було проведено низку досліджень, що підтвердили важливість ЕЕ родичів щодо перебігу хвороби. C. Brewin та ін. (Brewin et al., 1991) виявили, що родичі з вираженою ворожістю та критичністю значно більше порівняно з родичами з емоційною гіперопікою

приписували погане самопочуття та хронічність захворювання особистісним рисам осіб із діагнозом і вважали, що останні можуть повністю контролювати свій стан. Родичі з високим рівнем емоційної гіперопіки не виражають негативних атрибуцій щодо поведінки користувачів медичних послуг, і в цьому відношенні схожі на групу з низьким рівнем ЕЕ.

Подібно до попереднього дослідження C. Barrowclough та ін. (Barrowclough et al., 1994) виявили відмінності між родичами з високим та низьким рівнем ЕЕ у плані їх атрибуцій. Так, родичі з високою критичністю давали каузальні пояснення поведінки як такій, що повною мірою залежить від особи із хронічним захворюванням.

У дослідженні C. Brewin та ін. (Brewin et al., 1991) надмірна емоційна гіперопіка була пов’язана з переконаннями, аналогічними переконанням родичів з низьким рівнем ЕЕ. Таким чином, бачимо, що гіперопіка часто стоїть осторонь інших видів ЕЕ – критичності та ворожості, та деколи зіставляється із низьким рівнем ЕЕ. Таким чином, важливо зрозуміти, у яких захворюваннях та яку роль відіграє гіперопіка як вид ЕЕ.

A. Weisman та ін. (Weisman et al., 1993), використовуючи іншу методологію для вивчення переконань про вольовий контроль симптомів хвороби з боку отримувачів медичних послуг, знову виявили зв'язок між атрибуцією родичів щодо контрольованості хвороби та підвищеною критичністю стосовно отримувачів медичних послуг .

Працюючи над вдосконаленням теоретичних моделей, J. Hooley і D. Licht, розширили модель атрибуції для пояснення ЕЕ і вивчали атрибуції шлюбних партнерів осіб із депресією (Hooley & Licht, 1997). Відповідно до результатів дослідження шизофренії, партнери з високим рівнем критичності частіше, ніж партнери з низьким рівнем, приписували проблеми осіб із діагнозом факторам, контрольованим цими особами та характерними для них.

C. Barrowclough та ін. (Barrowclough et al., 1994), спираючись на ранні ідеї про зв’язок сприйнятої контрольованості симптомів отримувачами

медичних послуг та критичності родичів (Greenley, 1986; Hooley, 1985), припустили, що переконання родичів можуть опосередковувати різні стратегії копінгу осіб із діагнозом. З одного боку, атрибутивне пояснення проблемної поведінки як внутрішньої та контрольованої призводить до спроб змусити отримувача медичних послуг повернутися до нормального життя (критичне ставлення). З іншого боку, переконання в тому, що отримувачі медичних послуг не можуть допомогти собі самі, і що їхні проблеми викликані зовнішніми, тобто незалежними від них причинами, призвело б до стратегії надлишкового контролю та емоційної гіперопіки. Підтвердженням ідеї про те, що когніції родичів мають першорядне значення для зв'язку між ЕЕ та рецидивом, є висновок C. Barrowclough та ін. (Barrowclough et al., 1994) про те, що власне атрибуції були статистично більш значущими предикторами рецидиву через дев’ять місяців спостереження, ніж показники ЕЕ.

До подібного висновку дійшли також J. Hooley і D. Licht, які підтвердили, що атрибуції виявилися більш значущими предикторами рецидиву ніж ЕЕ (Hooley & Licht, 1997). На наш погляд, атрибуції слід розглядати у контексті ЕЕ як причинно-наслідкові відношення, адже знаючи природу атрибуцій, можна передбачити вектор та рівень ЕЕ. Така ідея також зіставляється із сучасними ідеями когнітивно-поведінкової терапії Д. Вестбрука та ін., що в подальшому дасть змогу розробляти психологічні інтервенції у клінічному середовищі (Westbrook et al., 2011).

Незважаючи на зростаючий інтерес до впливу ЕЕ на якість життя осіб із хронічними фізичними і психічними захворюваннями, у науковій літературі досі не має узгодженості щодо методологічних засад вивчення ЕЕ та основних теоретичних моделей. Водночас значущість цього конструкту зумовлює необхідність подальших наукових пошуків та систематизації нових отриманих даних вивчення ЕЕ у контексті різних хронічних захворювань.

Одним із завдань теоретико-методологічного дослідження ЕЕ є систематичний огляд джерел із проблеми ЕЕ найближчого оточення до осіб із хронічними психічними і фізичними захворюваннями.

Оскільки дослідження ЕЕ стосовно осіб із психічними і фізичними захворюваннями значно збагатилися упродовж останніх років, розглянемо систематичний огляд останніх досліджень ЕЕ за п’ять років (див. табл. 1.1).

Методами дослідження слугували аналіз, синтез, узагальнення наукової літератури у період 2018-2022 рр. Пошук здійснювався з допомогою ключових слів ЕЕ, ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями, ЕЕ з боку піклувальників, членів сім’ї, медперсоналу з використанням баз Scopus, PsycINFO, ResearchGate, Web of Science, PubMed, IndMed.

Ці бази було обрано з огляду на те, що вони вміщують переважну більшість статей із медичної і психологічної літератури. Після пошуку статей у цих наукометричних базах було здійснено додатковий пошук в Reaerch4Life та Mendeley, щоб переконатися у повному охопленні відповідних публікацій.

Такий хронологічниій період обрано через те, що дослідження ЕЕ стосовно осіб із психічними і фізичними захворюваннями значно збагатилися упродовж останніх років. Важливо відмітити, що в останніх публікаціях фокус інтересу до ЕЕ зміщується з родичів як основних піклувальників для осіб із хронічними захворюваннями на медпрацівників, ставлення яких також значно впливає на якість життя, пов’язану з хворобою.

Основними критеріями включення джерел для аналізу були такі:

- період проведення досліджень 2018-2022;
- розроблення чіткої методології дослідження, з позиції якої перебіг хронічного захворювання пов'язаний із сімейними відносинами і ставленням до особи із захворюванням;
- використання методології біопсихосоціального підходу до вивчення ЕЕ;
- у дослідженнях взяли участь діади – особи із хронічним захворюванням та їхні родичі, шлюбні партнери або медичні працівники;

- наявність емпіричного дослідження із використанням змішаних або кількісних методів дослідження, зокрема стандартизованих методик вивчення ЕЕ та отриманням надійних результатів;
- предметом дослідження є ЕЕ стосовно осіб із хронічними фізичними чи психічними захворюваннями;
- дослідження представлені у рецензованих журналах, які належать до вищезгаданих наукометричних баз.

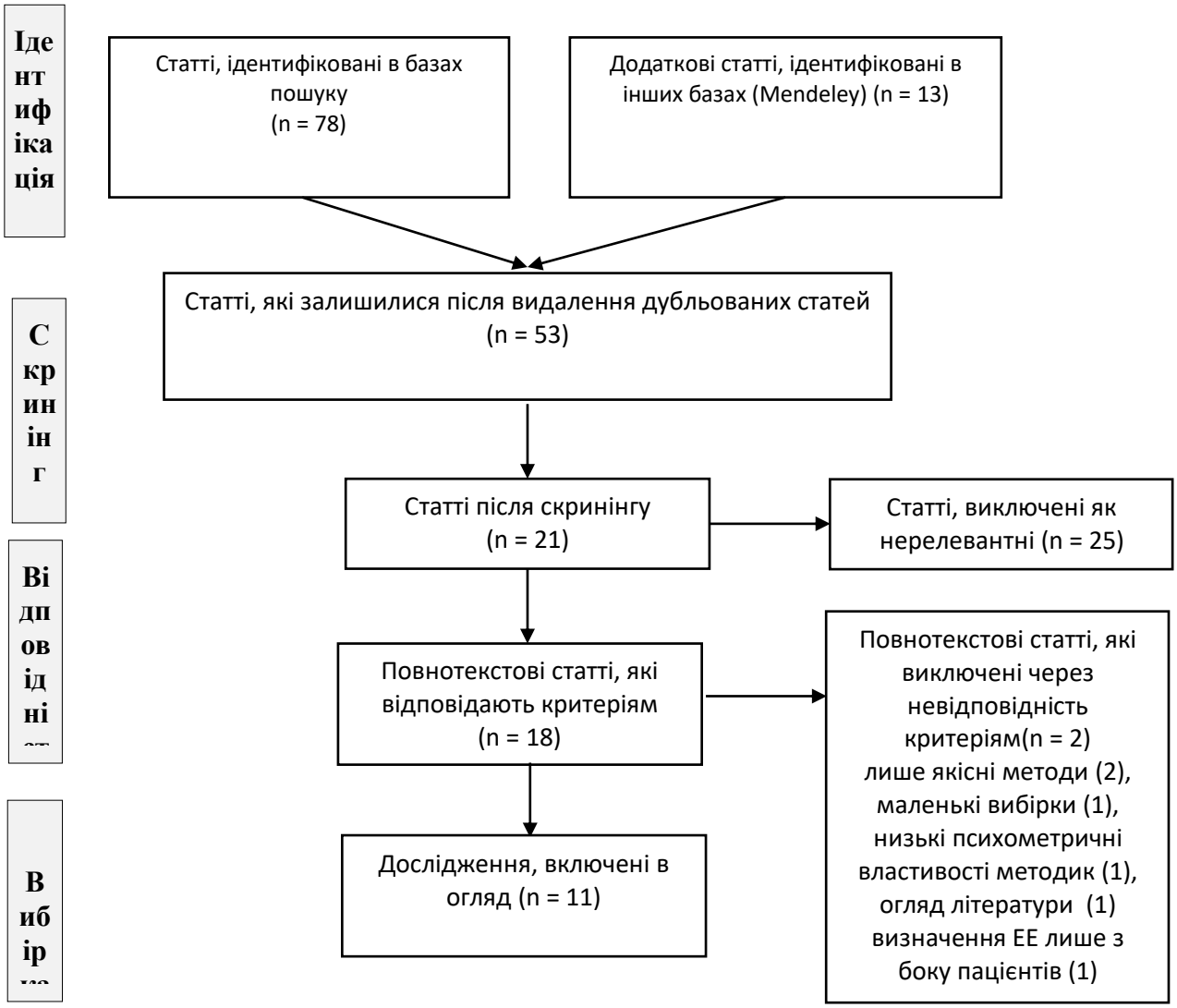


Рис. 1.1. Етапи відбору, скринінгу та включення статей для аналітичного огляду

Рис. 1.1 відображає стратегію пошуку. Використання такої великої кількості критеріїв включення джерел до систематичного аналізу привело до того, що багато досліджень було виключено через невідповідність критеріїв.

До найбільш поширених невідповідностей належали так, як відсутність емпіричного дослідження, а лише наявність систематичного огляду літератури (теоретичний аналіз), вивчення лише суб'єктивного переживання ЕЕ без залучення діад «пацієнт-родич» чи «пацієнт-медпрацівник».

Як видно з рисунку 1.1, за означеній період значна кількість статей містила аналітичний структурний чи систематичний огляд літератури та використання лише якісних методів дослідження: Тому до остаточного аналітичного огляду літератури було відібрано 11 статей, які повністю відповідають вимогам. У таблиці 1.1 відображена основна інформація стосовно досліджень ЕЕ з боку найближчого оточення до осіб із хронічними фізичними і психічними захворюваннями.

Результати, викладені у таблиці 1.1, дають змогу окреслити провідні тенденції вивчення ЕЕ у сучасних працях з використанням емпіричних та експериментальних методів дослідження.

Таблиця 1.1

Систематичний огляд досліджень (2018-2022 рр.) ЕЕ з боку найближчого оточення до осіб із хронічними фізичними і психічними захворюваннями

№ з/п	Автори (перший автор)	Мета дослідження та методики	Методи і методики	Досліджу-вані	Результати дослідження
1	Colpan et al., 2018	Порівняти сприйняту ЕЕ, психопатологію, самооцінку, поведінкові проблеми серед підлітків з ожирінням та без ожиріння.	Shortened Level of Expressed Emotion Scale (SLEES), Rosenberg Self-Esteem Scale, Strength and Difficulties Questionnaire-Adolescent Form.	49 осіб – підлітків з ожирінням та 47 осіб – контрольної групи – підлітки без діагнозу	Встановлено значні відмінності між особами експериментальної і контрольної груп. У підлітків з ожирінням вищі показники сприйнятої ЕЕ, зокрема нестача соціальної підтримки, втручання, дратівливість. Також існують відмінності в міжособовій взаємодії та самооцінці ($p<0.001$).

Продовження табл. 1.1

2	Dogan et al. (2020)	Визначення взаємозв'язку ЕЕ та афективних рис темпераменту піклувальникі в осіб із хворобою Альцгеймера	Clinical Dementia Rating Scale (CDR), and Mini-Mental State Examination.Expressed Emotion Scale (EES), Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego auto-questionnaire, and Hamilton Depression Rating Scale	Піклувальники осіб із хворобою Альцгеймера, високий рівень ЕЕ (n = 41) і низький рівень ЕЕ (n = 39)	Піклувальники з високим рівнем ЕЕ мають вищі показники депресивних, циклотимічних та тривожних рис темпераменту порівняно з піклувальниками з низьким ЕЕ. Лінійна регресія показала, що депресивний темперамент є предиктором високого рівня ЕЕ.
3	Ellis et al. (2020)	Визначення взаємозв'язку між ЕЕ та стигмою, соц.підтримкою осіб із синдромом залежності внаслідок вживання опіоїдів	Онлайн опитувальник на визначення стигми, соціальної підтримки, шкала LEE, демографічні характеристики	Емоційна гіперопіка стосовно осіб із синдромом залежності внаслідок вживання опіоїдів (195 осіб)	Встановлено взаємозв'язок рівня стигми, відсутності соціальної підтримки та емоційної гіперопіки стосовно осіб із синдромом залежності внаслідок вживання опіоїдів
4	Hack et al., 2018	Вивчити взаємозв'язок між сприйнятою ЕЕ та відчуттям сорому, емоційної гіперопіки, депресії, тривожності, самоушкодження.	Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS), Experience of Shame Scale, Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)	264 досліджуваних, (57 чоловічої та 207 жіночої статі), 14–59 років; *M* = 22.95, *SD* = 7.07), серед них представники Австралії (*n* = 177, 67%), США (*n* = 18), Китаю (*n* = 14), Малайзії (*n* = 9), Нової Зеландії (*n* = 5), Великої Британії (*n* = 8), та інші (*n* = 33).	Особи із самоушкодженням мають вищі показники ЕЕ ніж особи без самоушкодження ($t(254) = -3.24$, $p = 0.001$). Відмінності в ЕЕ стосовно осіб із минулими і актуальними випадками самоушкодження відсутні. Особи із актуальними випадками самоушкодження мають вищі показники сорому. ($t(252) = 6.78$, $p < 0.001$).

Продовження табл. 1.1

5	Hayta et al., 2018	Вивчити ЕЕ з боку родичів стосовно осіб із діагнозом псоріаз	Шкала рівня ЕЕ (Level of Expressed Emotion Scale), (LEE), the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) and Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)	62 осіб із діагнозом псоріаз та 83 особи контрольної групи та їхні партнери або кровні родичі	Встановлено вищий рівень ЕЕ родичів до осіб із діагнозом псоріаз порівняно з контрольною групою ($p < 0.05$). Також встановлено негативний кореляційний зв'язок між віком та субшкалою втручання ($p < 0.05$).. Стать, тривалість хвороби, інтенсивність хвороби та вид родичів не впливають на рівень ЕЕ. ЕЕ зростає до осіб з нижчім рівнем освіти ($p < 0.05$). Не встановлено кореляційні зв'язки між депресією й тривожністю, та рівнем ЕЕ. Встановлено негативну кореляцію між віком та рівнем ЕЕ в групи осіб із діагнозом. (p <0.05).
6	Moung et al. (2019)	Визначити ефективність сімейно-орієнтованих інтервенцій для зменшення рівня ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями	Шкала LEE, формувальний експеримент	Критичність, емоційна гіперопіка, ворожість, загальний рівень ЕЕ з боку шлюбних партнерів	Сімейно-орієнтовані психотерапевтичні інтервенції зменшують прояви ЕЕ з боку шлюбних партнерів

Продовження табл. 1.1

7	Nalbant et al. (2020)	Порівняти безпечну прив'язаність та сприйняту ЕЕ у здорових підлітків та підлітків з діагнозом нервової анорексії, а також порівняти ЕЕ їхніх батьків. .	Eating Attitudes Test-40 (EAT-40), the Perceived Expressed Emotion Scale (PEES), the Short Form of Inventory of Parentand Peer Attachment (IPPA), the Beck Depression Inventory (BDI), the Screenfor Child Anxiety and Related Disorders (SCARED). Parents were assessed with the Expressed Emotion Scale (EES).	43 особи жіночої статі віком 12–18 років з діагнозом нервової анорексії та 37 осіб контрольної групи здорових підлітків	Підлітки з нервовою анорексією мають нижчі показники безпечної прив'язаності та вищі показники сприйнятої критичності та ворожості з боку батьків. Депресія та тривожність не мають впливу на ці результати.
8	Pauli-Pott et al. (2020)	Визначення ЕЕ матерів стосовно дітей із опозиційно-зухвалим розладом з синдромом дифіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ)	the Five Minute Speech Sample (FMSS), скрінінг СДУГ та мульти-інформативна модель спостереження	138 дітей (58% хлопчики) 5 та 8-річного віку із опозиційно-зухвалим розладом, які є групою ризику СДУГ та їхні матері. .	Результати множинної лінійної регресійної моделі свідчать про те, що високий рівень ЕЕ з боку матерів є незалежним значущим предиктором опозиційно-зухвалої поведінки у період між передшкільним і шкільним віком. Водночас, ADHD не зумовлюється поведінкою батьків.

Закінчення табл. 1.1

9	Safavi et al., 2018	Визначення ЕЕ та психологічного дистресу й відчуття тягаря у піклувальників стосовно осіб із деменцією	Camberwell Family Interview (CFI)	Піклувальники 61 осіб недавно діагностованих на деменцію досліджувалися у два періоди з розривом 6 місяців	Високий рівень ЕЕ пов'язаний із психологічним дистресом й відчуттям тягаря у піклувальників стосовно осіб із деменцією як відразу після встановлення діагнозу, так і через 6 місяців.
10	Sharma et al., 2021	Дослідити ЕЕ як вони сприймаються користувачами медичних послуг та зіставити їх з біполярним розладом (БР).	Perceived criticism measure (PCM), Family emotional involvement and criticism scale (FEICS), Brief dyadic scale for expressed emotions (BDSEE), Vulnerability for abuse screening scale (VASS)	100 пацієнтів з діагнозам БР.	Довший перебіг хвороби та довше лікування пов'язані з нижчим рівнем сприйнятої критичності. (коефіцієнт Пірсона: −0.317; p =.001***). Механізми копінгу: стримування, уникання, покірність асоціюються з вищим рівнем сприйнятої ЕЕ, тоді як механізми пошуку додаткової інформації, спілкування, соціального включення – з нижчим рівнем сприйнятої ЕЕ.
11	Uçar et al. (2020)	Визначення відмінностей у рівні сприйнятої ЕЕ та роздратованості юнаками із залізодефіцитною анемією (ЗДА) та юнаками без діагнозу	The Shortened Level of Expressed Emotion Scale (SLEES)	19 осіб, які були щойно діагностовані на ЗДА, 31 вже мали ЗДА, 39 осіб контрольної групи.	Експериментальна група демонструє вищі показники сприйнятої ЕЕ та роздратованості порівняно з контрольною групою. Юнаки з ЗДА також демонструють вищі показники роздратованості ніж їхні однолітки без діагнозу.

Важливою тенденцією є те, що розпочинається дослідження фізичних хронічних захворювань поряд із психічними, а також збільшується кількість досліджень із різним статусом піклувальника, і медперсоналу, ставлення яких впливає на якість життя, пов'язану із хронічним захворюванням. Також помітним є невеликий обсяг вибірок, що зумовлюється складністю вивчення діад або тріад досліджуваних «отримувач медичних послуг-родич-медпрацівник».

Результати систематичного огляду літератури у період 2018-2022 відповідно до виділених нами критеріїв свідчать про те, що основним фокусом інтересу вчених є зіставлення ЕЕ з особливостями перебігу хвороби, ефективністю лікування, якістю життя, пов'язаної із захворюванням. Також помітно, що з'являється дедалі більше досліджень, які включають вивчення осіб із хронічними фізичними захворюваннями. Зокрема вчені зосереджують увагу на вивченні взаємозв'язку між ЕЕ та залізодефіцитною анемією, псоріазом та ожирінням. Водночас зберігається інтерес і до психічних захворювань, зокрема деменції, Альцгеймера, СДУГ, нервової анорексії, синдрому залежності внаслідок вживання опіоїдів, опозиційно-зухвалої поведінки, біполярного розладу та самоушкодження.

Важливо відмітити, що серед вчених немає одностайності щодо методів та методик дослідження. Попри те, що на початку дослідження ЕЕ переважав метод *сімейного інтерв'ю Кембервела* (Camberwell Family Interview, CFI), у сучасних працях немає узгодженості щодо вибору методів и методик. Помітним є зростання досліджень із допомогою виключно якісних методів, що зумовило вилучення значної кількості праць із нашого огляду літератури. Також помітна тенденція відходу від *сімейного інтерв'ю Кембервела* (Camberwell Family Interview, CFI), та методу аналізу п'ятихвилинного мовленнєвого патерну (Five Minute Speech Sample (FMSS). Найбільш поширеним опитувальником оцінювання є *шкала діагностики рівня ЕЕ* (Level of Expressed Emotion Scale (LEE) та її скорочені форми (Cole & Kazarian, 1988).

Результати систематичного огляду літератури також свідчать про те, що до уваги вчених потрапляють різні суб'єкти ЕЕ, зокрема батьки (якщо це стосується дітей, підлітків та юнаків), шлюбні партнери, інші піклувальники з боку родини. Також виокремлюються дослідження про зв'язок ЕЕ з боку медперсоналу та особливостей перебігу захворювання й швидкістю одужання.

Новим напрямом дослідження є вивчення стигми та само-стигми, яка пов'язується з високим рівнем ЕЕ та перешкоджає одужанню й нормальній якості життя отримувачів медичних послуг. Враховуючи існування стигми щодо осіб із порушеннями фізичного й психічного здоров'я в Україні, вважаємо цей напрям перспективним для подальшого вивчення. Також відносно новим є акцент не лише на конструкті ЕЕ, а й на конструкті сприйнятої ЕЕ, інакше кажучи, суб'єктивному переживанні ЕЕ, що також є важливим у дослідженні стосунків між отримувачами медичних послуг й їхнім найближчим оточенням (Тапалова, 2016). Новим також є напрям розроблення специфічних сімейних інтервенцій для родичів та медперсоналу з високим рівнем ЕЕ, що значно може покращити якість життя осіб із хронічними захворюваннями.

Результати систематичного огляду літератури дали змогу дійти висновків про те, що спостерігається тенденція до вивчення ЕЕ стосовно осіб із фізичними захворюваннями порівняно з психічними розладами. Також з'являються дослідження про реципрокний характер ЕЕ (взаємне ставлення осіб із діагнозом та родичів одне до одного) та важливість низького рівня прояву ЕЕ з боку медперсоналу у підтриманні якості життя осіб із хронічними захворюваннями.

Важливим узагальненням є те, що попри існування досліджень ЕЕ стосовно осіб із фізичним діагнозом, деякі хвороби, які потребують значної підтримки з боку родичів, залишаються поза фокусом уваги. До них належать захворювання ШКТ, які часто потребують пожиттєвого дотримання дієти и відповідно налагодження сприятливого сімейного клімату.

В усіх представлених дослідженнях автори розглядають конструкт ЕЕ у контексті біопсихосоціального підходу із використанням голістичної методології до розуміння і лікування хвороби. В усіх представлених дослідженнях встановлено взаємозв'язок ЕЕ чи певного її виду з іншими змінними, які стосуються якості життя, пов'язаної з хворобою, психологічного дистресу, відчуття тягаря з боку отримувачів медичних послуг, копінг стратегій у ситуаціях загострення хвороби і т. ін.

Відмінності у результатах різних досліджень пов'язані не лише з тим, що ЕЕ досліджується у різних культурних контекстах, а й з тим, що використовуються різні методи й методики для її вивчення. Результати систематичного вивчення літератури з проблеми ЕЕ дають змогу визначити одним із необхідних основних напрямів досліджень цього феномену розробку надійного діагностичного інструментарію. Розглянемо цей напрям дослідження ЕЕ докладніше.

1.1.2. Вивчення емоційної експресивності у наукових дослідженнях

Результати систематичного огляду літератури дали змогу визначити, що надійними інструментами для визначення ЕЕ вважається *сімейне інтерв'ю Кембервела* (Camberwell Family Interview, CFI), яке вперше застосовувалося з родинами, у яких є особа із шизофренією, та метод аналізу п'ятихвилинного мовленнєвого патерну (Five Minute Speech Sample (FMSS)).

Сімейне інтерв'ю Кембервела зазвичай проводиться за три місяці до того, як особа госпіталізована, а також за кілька днів після госпіталізації. Опитування має форму тригодинного напівструктурованого інтерв'ю із родичами особи із захворюваннями і потребує спеціального навчання для проведення, кодування й інтерпретації даних. Тому замість сімейного інтерв'ю Кембервела часто застосовують експрес метод аналізу п'ятихвилинного мовленнєвого патерну, який є зручнішим у використанні. У п'ятихвилинному інтерв'ю родичів просять безперервно говорити упродовж 5 хвилин про члена родини із хронічним захворюванням.

Ідею використання *методу п'ятихвилинного інтерв'ю* запропонував L. Gottschalk, & G. Gleser у 1969 році (Gottschalk, & Gleser, 1979). На його думку, мовлення відображає тенденцію інтра-психічних якостей та реакцій родичів на хворобу і члена родини з цією хворобою, а також низку ставлень, які є більш правдоподібними ніж у випадку, коли необхідно давати відповіді на запитання інтерв'ю. Мовлення родичів не переривається, а записується, транскрибується, кодується й згодом аналізується. Кодування здійснюється за такими субшкалами: тривожність (опис випадків чи загроз смерті, каліцтво, сором, провина, сепарація); ворожість (опис вороже-агресивної поведінки); надія (вираження оптимізму щодо перебігу хвороби). Результати апробації методу дали змогу отримати додаткові дані, зокрема; значущі показники кореляційного зв'язку між субшкалою тривожності та генералізованою тривожністю; вищі показники ворожості спостерігалися у госпіталізованих осіб ніж у здорових осіб; особи із високою субшкалою надії показують кращі прогнози у лікуванні та дотриманні інструкцій лікарів.

Наступним важливим опитувальником оцінювання є *шкала діагностики рівня ЕЕ* (Level of Expressed Emotion Scale (LEE), (Cole & Kazarian, 1988). Цей опитувальник містить 60 запитань, які діагностують ставлення родичів до особи з медичним діагнозом та сімейну атмосферу загалом. Шкала LEE презентована чотирма субшкалами, зокрема втручання, емоційна реакція, ставлення до хвороби та толерантність й очікування. Шкала має дві версії, одна версія – для родичів, які оцінюють свої стосунки із своїм найближчим родичом, а інша версія для особи із медичним діагнозом, яка оцінює свої стосунки із цим родичом. Використання двох версій дає змогу вченим визначати реципрокний характер ЕЕ, про який ми зазначали вище. Оскільки шкала передбачає самооцінювання, вона значно швидше проводиться й інтерпретується порівняно з іншими методиками. Окрім цього внутрішня узгодженість шкали та тест-ретестові показники свідчать про достатні психометричні властивості цього інструментарію. Враховуючи можливості

опитувальника визначати реципрокність ЕЕ, вважаємо цю шкалу найбільш придатною для діагностики ЕЕ.

Шкала ставлення сім'ї (Family Attitude Scale, FAS) (Kavanagh et al., 1997) використовується для діагностики ЕЕ членів сім'ї щодо осіб із медичним діагнозом. Методика передбачає, щоб досліджувані подумали про свій досвід спілкування із членом родини та оцінили його. Високі бали в FAS асоціюються з високою критичністю, ворожістю та низькою теплотою в інтерв'ю CFI. Однак FAS легше адмініструвати, оцінювати та інтерпретувати, ніж CFI. D. Kavanagh та ін. (1997) стверджують, що FAS є надійним діагностичним інструментом визначення критичного емоційного клімату в сім'ї, який негативно впливає на якість життя особи із медичним діагнозом. FAS має високу надійність, альфа Кронбаха для 112 випадків осіб із целіакією та їхніх батьків становить 0,90 (Kavanagh et al., 1997).

Альтернативною методикою діагностики ЕЕ також вважається *шкала для оцінки сприйнятої критичності* (Hooley & Teasdale, 1989) Шкала представлена двома основними питаннями 1) *Наскільки засмучує критичність з боку найближчого члена сім'ї? 2) Наскільки засмучується найближчий член сім'ї від сприйнятої критики?* Шкала має високі показники тестової надійності і конструктивної валідності з іншими діагностичними методиками ЕЕ.

На думку авторів, важливого значення набуває не стільки власне критичність, як сприйнята критичність, адже сприйнята критика – не завжди є об'єктивною, і може зумовлюватися надзвичайною сензитивністю та особливостями чутливого сприйняття особи із хворобою. Окрім цього, критичність є важливою субшкалою ЕЕ і дає змогу визначити загальний сімейний клімат. На наш погляд, ця методика є також цінною, оскільки поряд з LEE може визначити реципрокність ЕЕ як з боку отримувача медичних послуг, так і з боку членів родини. Відповідний стиль взаємної реципрокної сприйнятої критичності був вперше досліджений на вибірці осіб із діагнозом булімія та анорексія. Результати

цих досліджень засвідчили, що низький рівень ЕЕ родичів зіставляється із низьким рівнем ЕЕ осіб із діагнозом, і навпаки (Rienecke & Richmond, 2017).

J. Hooley та H. Parker розглядають найважливіші проблеми, пов'язані з діагностикою ЕЕ (Hooley & Parker, 2006). Передусім, зазначені опитувальники не можуть чітко визначити, чи це стосується сприйняття сімейного клімату особою з хронічним захворюванням, чи це стосується дійсно порушених стосунків у родині й неправильного ставлення до хвороби. Окрім цього структуровані й напівструктуровані інтерв'ю для діагностики ЕЕ дають багато важливої детальної інформації про сімейний контекст, водночас, вони дуже важкі в адмініструванні і зумовлюють багато проблем для комплексного клінічного дослідження. Адже в ідеалі передбачають одночасну діагностику пари досліджуваних: особи із хронічним захворюванням та її найближчого родича.

Окрім цього усі зазначені вище методи і методики не завжди дають результати, які корелюють між собою, тому вчені порушують питання про те, чи насправді усі вони однаковою мірою діагностують ті ж самі аспекти ЕЕ. Важливо відзначити, що немає жодного стандартизованого українськомовного опитувальника для діагностики ЕЕ, що ускладнює вивчення цього феномену і зумовлює необхідність формулювання дослідницького задання із розробки надійного психометричного інструментарію.

1.1.3. Вивчення емоційної експресивності в контексті різних хронічних захворювань

Проаналізуємо прояви ЕЕ в контексті різних хронічних захворювань.

Шизофренія. Спроби зрозуміти, чому в осіб із шизофренією спостерігаються різні наслідки хвороби, дали початковий імпульс для розвитку конструкту ЕЕ. Саме тому переважна більшість праць із ЕЕ

представляла результати вивчення осіб із цим розладом. Численні дослідження, проведені з отримувачами медичних послуг з усього світу, неодноразово демонстрували, що ЕЕ (діагностовані з використанням CFI) є надійним предиктором рецидиву для шизофренії. Коли пацієнти повертаються додому з лікувального закладу і проживають у сім'ях із високим рівнем ЕЕ, ризик розвитку рецидиву більш ніж вдвічі більше в період 9-12 місяців після госпіталізації, ніж у пацієнтів, які живуть серед родини з низьким рівнем ЕЕ (Butzlaff, 1998). Більше того, хоча ЕЕ є фактором ризику навіть для осіб, у яких розлад розвинувся нещодавно, пацієнти з тривалими хронічними станами мають ще більший ризик розвитку рецидиву, якщо вони проживають у домашньому середовищі з високим рівнем ЕЕ.

Крім того, дослідження показують, що при зниженні рівня ЕЕ у сім'ях (зазвичай завдяки психологічним інтервенціям) частота рецидивів у пацієнтів також зменшується (Faloon et al., 1985; Hogarty, 1986; Leff, 1982; Mcfarlane, 1995).

*Розлади настрою***.** Проводились дослідження для вивчення взаємозв'язку між рівнем ЕЕ в сім'ї та рецидивом із розладами настрою. Більшість із них (крім одного – (Hayhurst, 1997)) показали позитивний взаємозв'язок між ЕЕ та виникненням рецидиву (Hooley & Gotlib, 2000; Hooley, 2007).

Необхідно відзначити, що більшість родичів отримувачів медичних послуг із шизофренією – це батьки, тоді як більшість родичів отримувачів медичних послуг із депресією – подружжя. Важливим є той факт, що ЕЕ продовжують залишатися предиктором рецидиву, навіть коли родичі не мають тісної біологічної спорідненості із пацієнтом, і коли основний діагноз не шизофренія.

*Тривожні розлади***.** У дослідженнях осіб із тривожними розладами дослідники вивчали вплив ЕЕ на результати лікування методом поведінкової терапії.

N. Tarrier та колеги використовували методику CFI для діагностики ЕЕ у родичів (переважно подружжя) осіб із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) (Tarrier & Sommerfield, 1999). Результати були такими ж, як і для шизофренії і депресії. Критичність і ворожість передбачали менший ефект від психотерапії, що проводиться. Натомість, H. Peter та I. Hand засвідчили, що особи з агорафобією, які проживають з подружжям, чиї рівні ЕЕ були оцінені як високі за субшкалою критичність відповідно до CFI, демонстрували кращі клінічні результати через 1-2 роки після поведінкової (експозиційної) терапії порівняно з пацієнтами, які проживали з подружжям з низьким рівнем критичності (Peter & Hand, 1988). Цей досить суперечливий висновок був повторений в амбулаторних пацієнтів, які страждали або на агорафобію, або на обсесивно-компульсивний розлад, які також лікувалися з допомогою поведінкової терапії (Chambless, 1999).

Хоча критичність була пов'язана з більш позитивним клінічним результатом, отримувачі медичних послуг не показували таких же добрих результатів, якщо вони проживали у сімейному середовищі із високим рівнем ворожості. В отримувачів медичних послуг, які проходили когнітивно-поведінкову терапію при соціальній фобії, ЕЕ не була пов'язана з ефективністю терапії, хоча відзначалася тенденція до погіршення результатів терапії в отримувачів медичних послуг, родичі яких продемонстрували високі бали за субшкалою емоційної гіперопіки (Fogler, 2007).

Ці дані можуть свідчити про те, що вплив критичності може бути неоднаковим для отримувачів медичних послуг із різними видами психопатології. Хоча особи із шизофренію, розладами настрою та ПТСР, як правило, мають тенденцію гірше почуватися за наявності високого рівня критичності в сім'ї, це не властиво пацієнтам з агорафобією та обсесивно-компульсивним розладом.

Вчені припустили, що шлюбні партнери, які вирізняються підвищеною критичністю, більше змушують тривожних пацієнтів конфронтувати зі стимулами, які провокують тривогу. Не заохочуючи уникнення, партнери з

високою критичністю можуть фактично допомагати отримувачам медичних послуг включатися в конструктивні дії для підтримки якості життя в їхньому повсякденному середовищі, що зумовлює ефективність результатів лікування.

Це може не діяти у ситуації осіб із ПТСР, які часто перебувають в уявній реальності флешбеків та інтрузій, які перешкоджають контактам із родичами. Також ефективність терапії може зменшуватися, якщо отримувачі медичних послуг отримують переважно когнітивні, а не поведінкові техніки терапії (Fogler, 2007).

Розлади харчової поведінки. L. Fischmann-Havstad, A. Marston повідомили, що заміжні жінки, які втратили щонайменше 6 кг за минулий рік, були більш схильні до рецидиву та повторного набору ваги, якщо вони жили з подружжям із високим рівнем ЕЕ (Fischmann-Havstad & Marston, 1984). Вищі рівні батьківської критики також передбачали гірший клінічний перебіг в осіб із нервовою анорексією після шести місяців терапії (Le Grange, 1992) та менш сприятливі наслідки в осіб із нервовою булімією наприкінці шестирічного періоду спостереження за ними (Hedlund, 2003). Отримувачі медичних послуг із нервовою анорексією та нервовою булімією з більшою ймовірністю переривали амбулаторну сімейну терапію передчасно, якщо їхні батьки мали високий рівень ЕЕ (Szmukler, 1985). Про взаємозв'язок між ЕЕ та зниженням терапевтичного альянсу повідомляли D. Flanagan та H. Wagner для пацієнтів із тяжкою формою ожиріння (Flanagan & Wagner, 1991).

Отримані дані свідчать про те, що рівень ЕЕ в сім'ї є хорошим предиктором терапевтичного стосунку, ефективних результатів лікування та довгострокових клінічних результатів для осіб із розладами харчової поведінки та проблемами ваги.

*Зловживання психоактивними речовинами***.** M. Fichter та ін. відзначили зв'язок між високим рівнем ЕЕ та великою кількістю рецидивів при шестимісячному катамнезі в осіб зі зловживанням психоактивними речовинами (Fichter et al., 1997). Кількість критичних зауважень, зроблених

членами сім'ї (найчастіше чоловіком), також пов'язана з коротшим терміном до початку рецидиву. T. O'Farrell та ін. (1998) показали, що особи чоловічої статі, які отримували сімейну терапію, розроблену для заохочення абстиненції, значно погіршували свої результати протягом наступного року, якщо мешкали з дружиною з високим рівнем ЕЕ (O'Farrell et al., 1998).

У них з більшою ймовірністю розвивався рецидив, час до розвитку рецидиву був коротшим, і вони частіше випивали протягом наступного дванадцяти-місячного періоду спостереження порівняно з тими, у кого дружини мали низький рівень ЕЕ. У дослідженні, де вивчалися особи із подвійним діагнозом (психоз та зловживання психоактивними речовинами), D. Pourmand та ін. виявили, що ЕЕ були найсильнішим предиктором рецидиву серед усіх змінних, що вивчаються (Pourmand et al., 2005).

*Особисті розлади***.** J. Hooley та P.Hoffman вимірювали ЕЕ у членів сімей осіб, госпіталізованих із діагнозом пограничний особистісний розлад (Hooley & Hoffman, 1999). За отримувачами медичних послуг здійснювали спостереження протягом одного року після того, як їх виписали з лікарні, та ЕЕ вивчалася як предиктор ефективного результату лікування. Всупереч очікуванням, ані критичність, ані ворожість не були пов'язані з клінічними результатами протягом цього періоду. Більше того, особи, в сім'ях яких були високі рейтинги емоційної гіперопіки, насправді відчували себе краще.

Такі дані свідчать про важливість урахування діагнозу отримувача медичних послуг у розумінні ролі ЕЕ у виникненні рецидиву. Незважаючи на те, що всі родичі з високим рівнем ЕЕ демонструють однакові ставлення, способи, якими ці відносини і поведінка сприймаються і переживаються отримувачами медичних послуг, різні. Для осіб із шизофренією або розладами настрою високий рівень критичності та емоційної гіперопіки пов'язані з рецидивом. Водночас при діагнозі «пограничний особистісний розлад», критичність не пов'язана із рецидивом, а емоційна гіперопіка є індикатором кращого довготривалого впливу лікування.

J. Hooley та I.Gotlib припустили, що поведінка, пов'язана з високим рівнем ЕЕ, що демонструється членами сім'ї, сприймається пацієнтами як стрес (Hooley & Gotlib, 2000). Крім того, було виявлено, що родичі з високим рівнем ЕЕ схильні до контролю поведінки отримувачів медичних послуг (Hooley & Campbell, 2002). Коли вони намагаються допомогти, вони роблять це дуже настирливими способами. Цілком можливо, що благонамірені спроби родичів зробити краще просто справляють зворотний ефект. Якщо отримувачі медичних послуг відчувають стрес через дії їхніх родичів, це може призвести до збільшення рівня кортизолу, вплинути на важливі нейротрансмітерні системи та зрештою призвести до повернення симптомів.

Нині немає прямих доказів того, як працюють механізми впливу ЕЕ на перебіг хвороби. Проте психолінгвістичне дослідження I. Rosenfarb заслуговує на увагу. Група дослідників вивчала комунікативну поведінку хворих на шизофренію, коли вони були залучені до взаємодії з родичами з високим та низьким рівнями ЕЕ (Rosenfarb, 1995). Дослідники помітили, що коли пацієнти породжують незрозумілий комунікативний акт, родичі з високим рівнем ЕЕ критично реагують, і за цим, як правило, слідує інший незрозумілий комунікативний акт у мовленні пацієнта. Інакше кажучи, порушення мовленнєво-мисленнєвої діяльності отримувачів медичних послуг відбувається безпосередньо після того, як вони зазнають критичності з боку члена їхньої сім'ї.

У даний час дослідники використовують техніки функціональної нейровізуалізації, щоб більше дізнатися, як ЕЕ впливають на мозок. Нещодавно отримані дані показують, що вислуховування критики або коментарів із рисами емоційної гіперопіки призводить до різних патернів мозкової активності у людей, які є вразливими до психопатології, порівняно з респондентами контрольної групи (Hooley & Gruber, 2009; Nook, 2018).

1.1.4. Емоційна експресивність з боку родичів, якість життя та харчова поведінка при хронічних захворюваннях

Методологія ЕЕ застосовується при дослідженні хронічних захворювань, коли особа не може очікувати повного одужання; натомість позитивним результатом є стабільність захворювання без будь-яких рецидивів протягом тривалого періоду часу (Cherry, 2018). На сьогоднішній день увага вчених зосереджена на впливі ЕЕ на якість життя отримувачів медичних послуг із діабетом, астмою, ревматоїдним артритом, операціями на серці, ожирінням, целіакією, булімію та нервовою анорексією.

Попередні дослідження встановили, що цукровий діабет типу 1 є аутоімунним захворюванням, яке трапляється в 5-7 разів частіше в осіб із целіакією, ніж у загальної популяції (Bradley, 1988). Крім того, в осіб із цукровим діабетом 1 та 2 і целіакією часто спостерігаються несподівано низький і високий рівень цукру в крові, який можна контролювати за допомогою дотримання дієти (Anderson, 1990). Немає доказів щодо ризику виникнення цукрового діабету в осіб із булімією та нервовою анорексією, однак усі ці захворювання вимагають високої самоефективності при дотриманні дієти.

Нещодавнє дослідження (Feng & Astell-Burt, 2017) показало, що ЕЕ впливає на контроль управління хворобою в осіб із цукровим діабетом 2. Нині з'ясовано, що управління діабетом є посередником взаємодії між ЕЕ та контролем діабету. Більше того, ЕЕ асоціюється з різними аспектами лікування діабету, зокрема, дотриманням дієти, фізичним навантаженням та ставленням до захворювання. Позитивна взаємодія між партнерами була оцінена за *Шкалою теплоти стосунків*, тоді як негативна взаємодія була перевірена за допомогою *Шкали сприйнятої критичності*. Основні висновки цього дослідження свідчать про те, що взаємодія між партнерами відіграє вирішальну роль в ефективному лікуванні діабету. ЕЕ розглядають як важливий психосоціальний фактор, що впливає на

перебіг захворювання, поряд із, наприклад, зниженням ваги, дотриманням дієти та фізичного навантаження (Fischmann-Havstad & Marston, 1984). Теоретичне значення дослідження полягає в тому, що для розробки плану лікування цукрового діабету типу 2 слід ураховувати системний та сімейний підхід.

Дотепер є порівняно небагато досліджень у галузі типів ЕЕ як предикторів контролю глюкози в осіб, осіб із діагнозом діабет (Koenigsberg et al. 1996). Одержані дані переконливо засвідчили про те, що емоційна гіперопіка пов'язана з кращим контролем глюкози.

Цей результат суперечить результатам дослідження (Ayliara, 2017), яке показує, що емоційна гіперопіка чинить негативний уплив на психічні захворювання. Дані інших досліджень також вказують на те, що критичні зауваження мають негативне прогностичне значення для контролю рівня глюкози (Klausner et al., 1995). Контроль рівня глюкози при діабеті можна порівняти з контролем споживання глютену при целіакії або дотримання дієти при ШКТ, тому подальше дослідження впливу критичних зауважень та емоційної гіперопіки з боку родичів на осіб із хронічними захворюваннями видається доволі важливим.

Існує порівняно невелика кількість літератури, де йдеться про коливання рівня глюкози у пацієнтів, залежних від інсуліну, від сприйнятої критичності, а не об'єктивного рівня критичності з боку родичів (Klausner et al., 1995). Як зазначається, ЕЕ є опосередкованим способом контролю глюкози, оскільки оцінюється вплив критичності на стан особи із захворюванням. Тому важливим є вивчення сприйнятої критичності, інакше кажучи, як а особа із цукровим діабетом оцінює критичність родичів. Саме сприйнята критичність може мати більш прямий вплив на хронічний рівень глюкози.

Одним з непередбачуваних висновків дослідження є те, що ЕЕ, вивчена з допомогою CFI, є надійнішим предиктором хронічного рівня глюкози, ніж сприйнята критичність (Peter & Hand, 1988). Можливим

поясненням цьому може бути те, що критичні зауваження щодо осіб сприймаються ними як показник турботи за їхнє здоров'я та діабет загалом, а не як критичні зауваження щодо їхньої особистості. Таким чином, результати ефекту ЕЕ на перебіг цукрового діабету є доволі суперечливими і потребують подальшого вивчення.

Ураховуючи всі ці дані, можемо здійснити висновок, що ЕЕ має непрямий (опосередкований) вплив на управління та боротьбу з хронічними захворюваннями, такими, наприклад, як цукровий діабет типів 1 та 2. Зокрема, критичні зауваження знижують контроль за рівнем глюкози, тоді як вплив гіперопіки на контроль за глюкозою досі залишається нез'ясованим. Оскільки цукровий діабет – діагноз на все життя, що вимагає суворого дотримання дієти та високої самоорганізації, це визначає нагальність подальших досліджень у цій галузі. Більш того, поняття ЕЕ родичів, сприйнята ЕЕ та сприйнята підтримка з боку родини повинні бути диференційованими. Враховуючи той факт, що хронічні захворювання ШКТ потребують такої ж сурової харчової поведінки, як і цукровий діабет, психологічні дослідження останнього видаються дуже актуальними.

Ще одне захворювання, яке потребує, як і цукровий діабет, суворого дотримання дієти, – це ожиріння. Оскільки ця хвороба також потребує дотримання дієти і здорового способу життя, розглянемо ці дослідження більш докладно. Існує низка досліджень, де вивчалося питання зв'язку між ставленням членів родини та здатністю особи, хворої на ожиріння, управляти ним (Russo et al., 2016).

Головним критерієм позитивного результату лікування було підтримання втрати ваги. Дані декількох досліджень засвідчили, що ЕЕ партнерів у формі критичних зауважень та гіперопіки негативно вплинули на втрату ваги їхніх дружин як показник ефективності дотримання лікування (Fischmann-Havstad, 1984). Зокрема, 17% осіб

втратили вагу у випадку високого рівня ЕЕ з боку члена родини, тоді як 83% осіб втратили вагу за умови низького рівня ЕЕ з боку члена родини.

В останніх працях автори доводять, що головними факторами ефективності лікування ожиріння у підлітків є сприйнята ЕЕ разом із самооцінкою пацієнтів та їхніми емоційно-поведінковими особливостями (Çolpan, 2018). Щоб визначити вплив ЕЕ на лікування ожиріння та перебіг захворювання, вчені порівнювали показники ЕЕ члена сім'ї, в термінах емоційної гіперопіки, емоційних реакцій, толерантності та очікувань, з індексом маси тіла осіб із ожирінням. Дані дослідження свідчать про те, що сильний ефект, з одного боку, має сприйнята толерантність особами з діагнозом з боку родичів особи із захворюванням, а з іншого, – значний вплив здійснюють їхні об’єктивні емоційні реакції на зниження індексу маси тіла. Дослідження, таким чином підкреслює, важливість сприйнятої підтримки родичів та низький рівень ЕЕ для позитивного результату захворювання.

Таким чином, як бачимо, вчені чітко розмежовують об’єктивні показники ЕЕ та суб’єктивні прояви, які діагностуються шкалами для визначення сприйнятої критичності.

A. Wearden та колеги стверджують, що у випадку хронічних захворювань із необхідністю дотримання дієти вплив ЕЕ стосується радше перебігу хвороби, ніж її результату (Wearden et al., 2000a). Водночас, на результат хвороби мають вплив й інші аспекти, тісно пов’язані з якістю життя, серед них – «психосоціальна адаптація, подолання проблем, пов’язаних із хворобою, як тягар сім’ї» (Wearden et al., 2000b, p. 656).

Результати іншого дослідження свідчать про те, що молоді люди відчувають більше труднощів у соціальних ситуаціях, що потребують психосоціальної корекції, пов’язаної з дотриманням дієти (Schroeder, 2016). Тому потрібно брати до уваги вік як важливий фактор у дотриманні дієти, якості життя і здоров’я. Загалом, ці дослідження

підкреслюють потребу подальших досліджень ЕЕ та її впливу на ефективне дотримання дієти протягом різних періодів життя, що має вирішальне значення для хронічної хвороби.

Цікавими видаються дослідження взаємозв'язку між ЕЕ та нервовою анорексією й булімією, які також мають спільні із захворюваннями ШКТ умови щодо суворого дотримання дієти та високої самоорганізації (Duclos, 2018; Rienecke, 2018). Автори припускають, що взаємини осіб із нервовою анорексією та їхніх родичів мають реципрокний характер. Отже, відповідні сімейні профілі ЕЕ, а саме низький рівень ЕЕ особи / низька батьківська ЕЕ; високий ЕЕ особи/ висока батьківська ЕЕ; низька ЕЕ особи / висока батьківська ЕЕ; висока ЕЕ особи / низька батьківська ЕЕ впливають на результат лікування нервової анорексії та булімії у підлітків (Szmukler, 1985).

Одним із несподіваних результатів було те, що для пацієнтів із булімією відповідність (реципрокність) ЕЕ між родичом і особою з булімією має більший вплив на якість життя, аніж власне рівень ЕЕ. Водночас, в осіб із нервовою анорексією є дещо інші результати. Зокрема, високий рівень ЕЕ має слабкий вплив на результат лікування, тоді як відповідність сімейних профілів (реципрокність) зовсім не впливали на результати лікування (Hooley & Parker, 2006).

Ще одним важливим висновком досліджень у галузі ЕЕ є те, що рівень ЕЕ пов'язаний із сімейним статусом родичів як при фізичних, так і психічних захворюваннях (Myung &Furrow, 2019). Партнери демонструють значно нижчий рівень ЕЕ стосовно осіб із захворюванням, ніж батьки, дорослі діти та інші родичі. Однак результати отримані лише у двох групах осіб із деменцією та цукровим діабетом типу 1.

На думку вітчизняних дослідників Г. Пріба та С. Бондар, взаємовідносини у сім'ї можуть визначатися акцентуацією партнерів за збудливим типом. Саме цей тип акцентуацій зумовлює прояви слабкості емоційного контролю, підвищену імпульсивність, схильність до конфліктів,

нехтування власними зобов’язаннями (Пріб & Бондар, 2019). Така поведінка, на наш погляд, зумовлює високий рівень ЕЕ. Найбільш очевидним висновком, що випливає з аналізу, є те, що ЕЕ не має подібного впливу на результати лікування та перебіг захворювання при різних медичних діагнозах. Тому ЕЕ слід вивчати окремо на прикладах різних хронічних захворювань, які потребують дотримання дієти та управління хворобами. У нашому дослідженні такими захворюваннями є хронічні хвороби ШКТ.

Таким чином, першочергове значення у дослідженні ЕЕ при хронічних захворюваннях має сім’я, яка може значною мірою визначати ефективність лікування та якість життя осіб, хронічні захворювання яких потребують пожиттєвого дотримання дієти.

1.1.5. Емоційна експресивність з боку медперсоналу до особи із хронічним захворюванням

Результати систематичного огляду літератури свідчать про те, що з’являється дедалі більше досліджень, які презентують не лише ставлення родини до особи із хронічним захворюванням, а й медперсоналу. Таким чином, у цих дослідженнях підкреслюється вагома роль як родини, так і клінічного середовища у підтриманні якості життя особи із хронічним захворюванням.

Усі ці дослідження об’єднує той факт, що не зважаючи на те, хто є суб’єктом ЕЕ, остання здійснює негативний вплив на процес адаптації до хвороби й одужання. Так, результати дослідження K. Tanaka та ін. свідчать про тісний кореляційний зв'язок емоційного вигорання медперсоналу, який працює у приватних будинках догляду за пацієнтами із деменцією, та високим ЕЕ з боку медперсоналу до цих осіб. Результати регресійного аналізу засвідчили, що важливим незалежним предиктором емоційного виснаження є критичність медперсоналу, а для деперсоналізації – ворожість (Tanaka et al., 2015).

Таким чином, ворожість та критичність є найбільш пов’язаними змінними із емоційним вигоранням. Відтак, ЕЕ впливає не лише на якість життя особи із хронічною хворобою, а й на емоційний стан медпрацівників, які працюють із цією групою осіб. Важливим висновком запропонованого дослідження є те, що медичні працівники з високим рівнем ЕЕ виражають більшою мірою інтернальні, персональні та менш контрольовані каузальні атрибуції ніж медперсонал із низьким рівнем ЕЕ. Враховуючи той факт, що емоційне виснаження та деперсоналізація, як й емоційне вигоряння загалом у медпрацівників, пов’язується з емоціями провини й сорому, вважаємо необхідним у подальших дослідженнях зіставити моральну травму з ЕЕ родичів до особи із захворюваннями. Адже емоції провини й сорому є базовими емоціями моральної травми (Zasiekina et al., 2021).

У дослідженнях E. Moore та ін., також значна увага приділяється критичності як значущому предиктору підвищеної агресивності, поведінки, спрямованої на привернення уваги до себе, та обмеженої соціальної активності осіб із діагнозом шизофренія. Вчені наголошують на необхідності розвитку у медперсоналу вмінь для організації сприятливого клінічного середовища (Moore et al., 1992).

К. Berry та ін. виявили, що підвищена критичність як субшкала ЕЕ з боку медперсоналу пов’язана із гіршим функціонування особи у соціальній сфері життя (Berry et al., 2011). Незважаючи на те, що в емоційному плані медперсонал менше вкладає у відносини з особами із психотичними захворюваннями порівняно із родичами, вчені зазначають на необхідності проводити навчальні семінари із медперсоналом для зменшення їхньої критичності, ворожості та емоційної гіперопіки як проявів ЕЕ та негативного оцінювання цих пацієнтів.

Результати проведеного літературного аналізу свідчать про те, що ЕЕ – важливий конструкт, який виражає критичне, вороже та з елементами гіперопіки ставлення до особи із хронічним захворюванням. ЕЕ

досліджується як в контексті психічних розладів, так і фізичних захворювань, які значно погіршують якість життя особи.

Важливо, що ЕЕ досліджується як з боку родичів, та медперсоналу, так і власне самих осіб із хронічним захворюванням, що дає змогу будувати відповідні профілі взаємодії особи з діагнозом та її найближчим оточенням.

Через відсутність комплексних досліджень ЕЕ у вітчизняній літературі, важливо зрозуміти доцільність виокремлення поняття ЕЕ та його зіставлення із категорією ставлення, яка поширена у вітчизняних дослідженнях. Адже як ЕЕ, так і ставлення відграють важливу роль у збереженні якості життя, пов’язаної із хворобою.

1.1.6. Види психосоціальної терапії зі зниження рівня емоційної експресивності

Успіхи у вивченні ЕЕ у членів сімей пацієнтів із різними захворюваннями привели до розвитку ефективних психосоціальних втручань.

Багато сімейних програм були розроблені на основі результатів досліджень в галузі ЕЕ і включають такі компоненти, як психоедукації пацієнтів і членів їх сімей, криза-менеджмент, роз'яснення міфів і неправильних уявлень, вироблення навичок вирішення проблем, емоційної підтримки та комунікативних навичок. Хоча не всі ці програми виявилися успішними, рівень ЕЕ у родичів і, внаслідок цього, кількість рецидивів у пацієнтів значно знизилася (Barbato, 2000; Dixon, 2000; Pilling, 2002).

Метою психоедукації є зниження ЕЕ під час навчання, а також скорочення прямих контактів із родичами з високим рівнем ЕЕ до менш ніж 35 годин на тиждень. Результати показують, що коли рівні ЕЕ в сім'ї знижуються, кількість рецидивів у пацієнтів також падає (Lam, 1991).

Програм зі зниження рівня ЕЕ у сім'ях розроблено досить багато, в основному для пацієнтів із шизофренією та біполярним афективним розладом. Як приклад можна навести сімейно-орієнтовану терапію (Family-focused treatment, FFT) – психоедукаційний підхід для пацієнтів із

біполярним афективним розладом, які нещодавно пережили епізод манії або депресії, розроблений D. Miklowitz та M. Goldstein (Miklowitz & Goldstein, 1997).

Цей вид втручання проводиться разом зі стандартною фармакотерапією для біполярного розладу і починається відразу після закінчення гострої фази.

Сімейно-орієнтована терапія призначена для отримувача медичних послуг та його референтної групи, до якої може належати чоловік, батьки, брати-сестри та інші родичі. Як правило, ця терапія проводиться протягом двадцять однієї сесії. Вона складається з чотирьох послідовних терапевтичних модулів, що проводяться відповідно до керівництва: психодіагностика сім'ї, психоедукація, тренінг покращення комунікації та тренінг навичок вирішення проблем.

У ході терапії розглядаються установки, пов'язані з ЕЕ на трьох рівнях: атрибуції, зроблені родичами та пацієнтами щодо захворювання та, зокрема, останнього епізоду; базові емоції, які запускають критичне, вороже ставлення або емоційну гіперопіку; і спосіб, за допомогою якого настанови, пов'язані з ЕЕ, виявляються безпосередньо в поведінці (Miklowitz, 1998).

Структура проведення інтервенцій щодо зниження рівня ЕЕ у родичів пацієнтів із шизофренією має низку відмінностей від описаної вище для хворих з біполярним афективним розладом (Dixon, 2000; Pharoah, 2010).

Сьогодні вчені роблять спроби розробити програми втручання для всіх груп отримувачів медичних послуг, у розвитку рецидиву та інших несприятливих наслідків яких велике значення має високий рівень ЕЕ (Garcia-Lopez, 2014).

Отже, ЕЕ, як було показано, нині є один із найменш вивчених психосоціальних конструктів у контексті здоров’я та якості життя, пов’язаної з хворобою. У майбутньому необхідно акцентувати увагу на впровадженні та перевірці ефективності інтервенцій на індивідуальному чи груповому рівні для сімей та отримувачів медичних послуг із різними психічними розладами та іншими соматичними станами, що мають справу з негативною емоційною

атмосферою в сім'ї. Разом з цим потрібне поглиблене розуміння механізмів впливу ЕЕ на розвиток рецидиву та інших несприятливих клінічних наслідків унаслідок високого рівня ЕЕ з боку медперсоналу.

1.2. Динаміка досліджень емоційної експресивності у науковій літературі

У дослідженнях (Brown, 1985) вивчався зв'язок між клінічним результатом в осіб із психотичними захворюваннями та якістю стосунків між ними та їхніми близькими родичами. Було започатковано програму дослідження впливу найближчого соціального оточення – родини – на здоров'я пацієнтів, що передбачало розроблення надійного опитувальника, який визначав би ставлення родичів до пацієнта та їхні взаємовідносини з ним.

Дослідники, зацікавившись долею пацієнтів, виписаних з психіатричної лікарні, виявили, що зазначені особи були більш схильні до рецидиву симптомів шизофренії, якщо вони поверталися до батьків або дружин, ніж ті, які йшли жити в гуртожитки або разом мешкати зі своїми братами і сестрами (Brown, Carstairs, & Topping, 1958). Зазначимо, що цей висновок стосувався лише пацієнтів з діагнозом «шизофренія», а не з іншими діагнозами, таких як «депресія», «епілепсія» або «психоневроз». Отже, виявлено ознаки того, що якість стосунків між родичами та пацієнтом може бути пов'язана з результатами лікування. Було проаналізовано низку об'єктивних чинників, які пояснюють, чому сімейні стосунки є потенційно такими важливими.

З’ясовано, що багато осіб із психотичними із тяжкими порушеннями виявляли тенденцію до ізольованого та усамітненого життя. Це могло бути пов'язано передусім із тим, що вони шукали психологічний захист від проявів нетолерантного ставлення, надмірної чутливості до емоційних стосунків у сімейному житті. По-друге, психофізіологічні дані засвідчили стійку кореляцію між високим рівнем збудження та уникненням соціальних

зв’язків (Venables & Wing, 1962). Таким чином, учені дійшли висновку, що одним із наслідків тісних емоційних зв'язків сімейного життя є надмірне збудження особи з шизофренією, що спричиняє підвищений рівень її фізіологічного збудження та зниження її здатності справлятися з ситуацією. Уникнення соціальних контактів та ізоляція можуть призвести до того, що пацієнт буде уявно відтворювати кількість соціальних контактів, які він мав зі своїм соціальним світом у попередньому досвіді.

У вивченні ЕЕ був період, протягом якого були розроблені інтерв'ю та шкали для оцінки емоційної взаємодії у сімейному житті (Brown & Rutter, 1966). G. Brown був зацікавлений не у вимірюванні наслідків глибоко порушених або незвичайних стосунків, а в розробці шкали, що могла б визначити загальний і звичайний діапазон почуттів та емоцій, які можна переживати в нормальному сімейному житті. Після доопрацювання вчені завершили розробку шкал критичності, ворожості, емоційної гіперопіки, теплоти стосунків та позитивних коментарів.

Критичні зауваження тлумачать як коментарі щодо поведінки або рис отримувача медичних послуг, які явно обурюють або дратують респондента. Ворожість оцінюється відповідно до того, чи висловлює респондент загальну критичність щодо особи із захворюванням, чи висловлює ставлення, яке відштовхує особу. Бали за емоційну гіперопіку та теплоту стосунків оцінюються з урахуванням коментарів та ставлення, висловлених під час інтерв'ю. Оцінка емоційної гіперопіки представляє комплексну оцінку таких чинників, як надмірна емоційна реакція, надміру нав'язлива або жертовна поведінка, а також надмірна ідентифікація з отримувачем медичних послуг.

До того, як у 1976 році було опубліковано третє дослідження з ЕЕ (див. Vaughn, Leff, 1976), значного інтересу до цієї проблеми не простежувалося. Однак згодом було проведено велику кількість досліджень, що відтворювали зв'язок між ЕЕ та результатами лікування шизофренії. Більшість цих досліджень були експериментальними, маючи проспективну модель, в яких

учасниками були особи із захворюванням і її сім'я, як правило, під час її гострого епізоду психозу.

Спостереження здійснювалося протягом відповідного періоду часу після виписки особи зі стаціонару. Результатами спостереження, як правило, були наявність чи відсутність рецидиву та ЕЕ, який оцінювався анонімно щодо родичів. Оцінка того, чи відбувся рецидив, проводилася і проспективно, і ретроспективно.

D. Kavanagh проаналізував 23 експериментальних досліджень, в яких спостерігали за отримувачем медичних послуг протягом дев’яти-дванадцяти місяців після виписки, і три дослідження під час лікування (Kavanagh, 1992). Як засвідчили результати, лише в трьох із двадцяти трьох експериментальних досліджень не було виявлено вищої частотності рецидивів в отримувачів медичних послуг, які повернулися жити в сім'ї з високим рівнем ЕЕ. Із двадцяти досліджень, які повідомили про більшу частоту рецидивів у групі з високим рівнем ЕЕ, у шістнадцяти випадках повідомили, що вона була значущою принаймні на рівні 5%. Усі двадцять три дослідження охопили 1222 особи та членів їхніх сімей. Середня частота рецидивів становила 21% у сім’ях із низьким рівнем ЕЕ та 48% у сім’ях з високим рівнем ЕЕ. Крім того, частота рецидивів у контрольних групах у трьох дослідженнях під час лікування була подібною до тієї, що спостерігалася в експериментальних дослідженнях. У чотирьох дослідженнях частота рецидивів становила раз на 2 роки.

Середній показник виникнення рецидиву становив 27% для сімей із низьким рівнем ЕЕ і 61% для сімей з високим рівнем ЕЕ. Середня частка сімей з високим рівнем ЕЕ у вибірці дослідження становила 54% з діапазоном від 23% до 77%.

Одним із питань, яке викликало дискусії впродовж тридцяти років дослідження феномену ЕЕ, було питання про напрям каузального зв'язку ефектів ЕЕ. Інакше кажучи, на порядку денному було питання того, чи є дійсно об’єктивна поведінка особи із захворюванням причиною того, що

родичі, які перебувають у стресовому стані, висловлюють критичне або надмірне ставлення до неї або саме проживання такої особи разом із родичем з високим рівнем ЕЕ (або родичем зі схильністю до високого рівня ЕЕ) сприяє рецидиву.

Цілком можливо, як припускають інші вчені (Hooley, Richters, 1995), що між ЕЕ і рецидивом існує складний циклічний зв'язок, коли поведінка особи призводить до змін ЕЕ її родича, а ЕЕ родича, своєю чергою, впливає на перебіг хвороби особи. Дослідження щодо лікування шизофренії, в яких інтервенції прямо або опосередковано знижують високий рівень ЕЕ, призводячи до меншої кількості рецидивів, ніж у контрольних групах, де рівень ЕЕ не був змінений, утверджують ідею про те, що статус ЕЕ сім'ї пацієнта може підвищити або зменшити ймовірність рецидиву (Hogarty et al., 1986; Tarrier et al., 1988b).

Існує припущення, що частка сімей із високим рівнем ЕЕ у вибірці збільшується мірою індустріалізації та урбанізації місця проживання (Tarrier & Barrowclough, 1990), а менша частка сімей із високим рівнем ЕЕ в сільській місцевості узгоджується з більш спокійним перебігом шизофренії у країнах, що розвиваються.

Нещодавно опубліковані дослідження вказують на те, що ефекти ЕЕ можуть зберігатися протягом більш тривалих періодів із відмінностями в рецидивах, що проявляються через п’ять років (Huguelet, Favre, Binyet, Gonzalez, & Zabala, 1995; Tarrier, Barrowclough, Porceddu, & Fitzpatrick, 1994) і 8 років (Tarrier et al., 1994). У працях (Kavanagh, 1992; Bebbington & Kuipers, 1994) йдеться про те, що ЕЕ є надійним предиктором рецидиву шизофренії. На противагу цьому G. Parker і D. Hadzi-Pavlovic припустили, що популярність проблеми ЕЕ зменшується в останніх опублікованих дослідженнях (Parker & Hadzi-Pavlovic, 1990). У дослідженні (Butzlaff, Hooley, 1998) підтвердили прогностичну валідність ЕЕ, з’ясувавши, що зв'язок між ЕЕ і рецидивом був найміцнішим у осіб із хронічними захворюваннями, і припустили можливість географічної варіації цього

зв'язку. Поява позитивних симптомів була основною змінною в дослідженнях ЕЕ при шизофренії. У деяких дослідженнях це ототожнювалося з повторною госпіталізацією.

Мало уваги було приділено взаємозв'язку між ЕЕ та нестабільністю симптомів, окрім різкого погіршення позитивних симптомів. Існують дані щодо того, що проживання особи із захворюванням разом із родичем із високим рівнем ЕЕ негативно впливає на появу соціальних контактів в тієї особи (Barrowclough & Tarrier, 1990). У своїх працях автори (Brown, Birley та Wing, 1972) зазначають, що особи із сімей, члени яких мали високий рівень ЕЕ, гірше функціонували в соціумі й мали більше розладів поведінки.

C. Vaughn і J. Leff виявили, що кількість особистих контактів отримувача медичних послуг зі своїм родичем із високим рівнем ЕЕ і те, чи отримував він безперервний прийом нейролептиків, були факторами, які пом'якшували ефект ЕЕ (Vaughn & Leff, 1976). Частотність рецидивів у осіб, які контактували зі своїм родичем з високим рівнем ЕЕ менше 35 годин на тиждень і отримували безперервне лікування, була нижчою, ніж у групі з низьким рівнем ЕЕ. У подальших дослідженнях було доведено, що хоча медикаментозне лікування відіграє важливу роль у запобіганні рецидиву, кількість контактів віч-на-віч виявилася менш надійним прогностичним фактором.

До ключових шкал, які використовуються для класифікації родичів із високим або низьким рівнем ЕЕ, належать шкали, що відображають негативні аспекти критичності, ворожості та емоційної гіперопіки.

Критичність традиційно розглядається як основна шкала. Зазвичай вона тісно корелює з ворожістю, а ворожість рідко має прояв за відсутності критики. З цієї причини ворожість можна вважати радикальною версією критичності, що призводить до рецидиву (Leff et al., 1987). З іншого боку, емоційна гіперопіка відображає відмінний від критики набір почуттів і поведінки, і її зв'язок з рецидивом менш стійкий. Якщо високий рівень ЕЕ кваліфікувати як спробу родичів впоратися з хворобою отримувача медичних

послуг, то вочевидь родичі з високим рівнем ворожості застосовують стратегії, відмінні від стратегій родичів із високим ступенем критичності (Barrowclough, Johnston, & Tarrier, 1994).

Теплота стосунків, як правило, негативно корелює з критичністю і позитивно корелює з емоційною гіперопікою. Останній зв'язок, ймовірно, маскує будь-який позитивний ефект теплоти, оскільки G. Brown та ін. повідомили, що теплота за відсутності емоційної гіперопіки була пов'язана з позитивним результатом (Brown et al., 1972). Достеменно досі не відомо про вплив позитивних коментарів, і ця шкала здебільшого не вивчається.

Прийнято вважати, що ступінь ЕЕ у родичів безпосередньо відображає їх поведінку щодо особи із захворюванням. Дослідження поведінки родичів проводиться за допомогою тестової взаємодії в умовах лабораторії, яка записується і піддається детальному аналізу. Поведінка родичів із високим рівнем ЕЕ відрізняється від поведінки родичів із низьким ступенем ЕЕ.

Родичі з високим рівнем критичності як підвиду їхньої загальної ЕЕ, зазвичай, роблять більш критичні зауваження під час взаємодії з пацієнтом, а ті, хто має високий ступінь емоційної гіперопіки, як правило, більш нав'язливі (Miklowitz et al., 1984; Strachan et al., 1986). Критичні родичі, як правило, «зациклюються» на повторюваній негативній взаємодії, в той час як родичі з низьким рівнем ЕЕ здатні звільнитися від такого типу взаємодії набагато швидше (Hahlweg et al., 1989). Загалом, родичі з високим рівнем ЕЕ виявляються гіршими комунікаторами зі своїм хворим родичем, оскільки вони більше говорять і менш ефективно слухають (Kuipers et al., 1983).

Психофізіологічні дослідження спочатку проводилися для вимірювання впливу домашнього оточення на особу із захворюванням. Фізіологічні вимірювання проводилися в особи в домашніх умовах. Було виявлено, що особи, в яких родич мав вищий рівень ЕЕ, демонстрували більший ступінь збудження, коли цей родич був присутній. Натомість збудження знижувалося, якщо родич мав низький рівень ЕЕ (Tarrier et al., 1979). Пізніші дослідження в лабораторії показали, що ті само ефекти можуть бути

продемонстровані виключно в присутності родича; наявність «домашніх стін» у цьому випадку була необов’язковою (Sturgeon et al., 1981; Sturgeon et al., 1984; Tarrier et al., 1988). Хоча інтенсивність збудження була різною в осіб, чиї родичі мали високий або низький рівень ЕЕ, результати дослідження не вказують на конкретну субшкалу ЕЕ, наприклад, критичність або емоційну гіперопіку (Tarrier et al., 1988). Отже фізіологічна реакція, як виявилося, була пов'язана із загальним фактором присутності конкретного родича, а не з конкретним видом ЕЕ (див. Tarrier & Turpin, 1992).

1.3. Зіставлення поняття емоційної експресивності із категорією ставлення у науковій літературі

Одним із теоретичних завдань нашого дослідження є здійснення зіставного аналізу категорії ставлення та конструкту ЕЕ відповідно до таких критеріїв: зміст понять, історія виникнення, теоретичні підходи та моделі, методи дослідження, суб’єкти, об’єкти, параметри.

Тлумачний словник української мови визначає ставлення як стосунок та причетність до когось та зв'язок із кимось (Дубічинський, 2008). Таке визначення категорії дає змогу використати її у клінічній практиці, зокрема у причетності найближчого оточення до особи із хворобою, вплив цього зв’язку та процес одужання. У цьому контексті ставлення тісно є пов’язаним із відносно новим конструктом, уведеним у науковий обіг, який тлумачиться як ЕЕ.

Як зазначалося вище, G. Brown та M. Rutte (1966) вперше ввели поняття ЕЕ у науковий обіг при вивченні пацієнтів із шизофренією, які мають високий ризик рецидиву хвороби (Brown & Rutte, 1966). Результати їхнього дослідження засвідчили, що ризик рецидиву зростає, якщо при поверненні додому після госпіталізації родичі пацієнта проявляють емоційну гіперопіку та критичність до нього. A. Wearden та її команда зробили першу спробу дослідження ЕЕ у контексті фізичних захворювань, зокрема серцево-

судинних захворювань, діабету, артриту та астми. У цих дослідженнях вчені продемонстрували, що вияв ЕЕ негативно впливає на перебіг хронічного захворювання та на якість життя пацієнта (Wearden et al., 2000a). Водночас було виявлено, що не можна ЕЕ тлумачити як уніфікований конструкт для усіх хвороб, адже кожна з них має особливості у прояві ЕЕ. Так, наприклад, особи із зазначеними медичними діагнозами мають гірші прогнози у лікуванні, якщо родичі ставляться до них вороже, критично та з підвищеною емоційною гіперопікою. Водночас результати останніх досліджень свідчать про те, що особи, які мають діабет типу 2 мають кращі прогнози у лікуванні, якщо їхні рідні їх гіперопікають (Wearden al., 2000a).

Як вказують L. Zasiekina та D. Zasiekina, існує відносно мало комплексних досліджень ЕЕ як предиктора контролю глюкози в крові (Zasiekina & Zasiekina, 2019). Так позитивний вплив емоційної гіперопіки не узгоджується із попередніми дослідженнями осіб з іншими хворобами, де емоційна гіперопіка є вкрай негативним предиктором. Вчені порівнюють контроль рівня глюкози при діабеті з контролем споживання глютену при целіакії, і вважають, що дослідження специфіки ЕЕ при різних медичних діагнозах є дуже важливим.

В останніх дослідженнях спостерігаємо цікаві дані про негативний вплив ЕЕ на якість життя особи із хронічними захворюваннями, водночас ці дані важко концептуалізуються через брак єдиного методологічного підходу до дослідження ЕЕ, незважаючи на достатню кількість методик для емпіричного дослідження.

Нагадаємо, що у сучасній літературі знаходимо три основних підходи, які можна використати для вивчення ЕЕ. Перший підхід, запропонований C. Brewin, є підходом каузальної атрибуції, і пов’язаний, передусім, із почуттями провини та необхідності постійного контролю (Brewin et al., 1997). Так, члени родини, які ставляться вороже та з критикою до осіб із хронічними захворюваннями, переконані, що останні можуть контролювати свої симптоми і несуть персональну відповідальність за своє одужання чи

якість життя. Якщо так не відбувається, вони на них зляться та жорстко критикують. Також родичи покладають провину на себе за наявність симптомів в особи із діагнозом. У цьому випадку може з'явитися гіперопіка, яка також часто є негативним предиктором якості життя особи із хронічним захворюванням.

Другий підхід до дослідження ЕЕ називається моделлю вразливості або діатезного стресу. З позиції цієї моделі ЕЕ – це непряма змінна, що опосередковує взаємодію між родичами та хворими. Цей підхід вироблений в результаті емпіричного дослідження, відповідно регресійна модель включає низку чинників, серед яких ставлення родичів до особи із захворюванням (Zubin & Spring, 1977). Вчені вважають, що для осіб із шизофренією, пограничним розладом та депресією, ЕЕ є предиктором хронічного стресу і низької якості життя хворих. Модель отримала така назву, тому що вважається, що інтенсивність ЕЕ залежить від чутливості й вразливості та стресу, який отримує найближче оточення внаслідок прояву симптомів та тривалості захворювання.

Третій підхід розроблений з позиції рис особистості. Зокрема рівень ЕЕ визначається як наслідок відсутності толерантного та емпатичного ставлення до особи із хронічним захворюванням. За C. Leff та J. Vaughn, основоположниками підходу, родичі з високим рівнем ЕЕ проявляють нижчий рівень толерантності, негнучкості та вищий рівень нав'язливості порівняно із родичами з низьким рівнем ЕЕ (Leff & Vaughn, 1988).

Результати теоретичного аналізу літератури з проблеми ЕЕ свідчать про те, що цей конструкт має спільні корені з категорією ставлення, адже ЕЕ як конструкт охоплює сукупність ставлень до осіб із хронічним захворюванням. Оскільки у вітчизняній психології маємо глибокі традиції вивчення категорії ставлення порівняно із ЕЕ, спробуємо зіставити ці конструкти.

На думку С. Максименка, категорію ставлення необхідно досліджувати, передусім, у контексті психічного здоров'я, адже воно нерозривно пов'язане із ціннісно-смисловою сферою особистості, яка, своєю чергою, регулює

решту життєво важливих функцій (Максименко, 1998). У цьому контексті вчений вважає за необхідне вивчати категорії ставлення та психічного здоров'я з позиції того, як людина ставиться до себе, як вона ставиться до інших і як задовольняє потреби життя. Саме тому у вітчизняній літературі часто зустрічаємо сполучення понять, таких як ціннісне ставлення. Таким чином, порівнюючи ставлення особистості та ЕЕ, зрозумілим стає, що останнє стосується ставлення до інших, зокрема до осіб із хронічними захворюваннями. Примітно, що як ставлення у вітчизняній психології, так і ЕЕ більшою мірою стосується психічного здоров'я ніж фізичного. І лише в останніх дослідженнях спостерігається перехід цих категорій на сферу фізичних хвороб (Wearden al., 2000). Таким чином, якщо в ЕЕ ставлення більшою мірою пов'язується із теоріями каузальної атрибуції, рис особистості та діатезного стресу, категорія ставлення нерозривно пов'язана з ціннісно-смисловою сферою особистості.

С. Максименко на основі системно-генетичного підходу конкретизує кожен із цих видів ставлення, зазначаючи, що кожен із цих видів має системотвірну та суб'єктну природу. Для того, щоб операціоналізувати кожен із видів ставлення необхідно використати показники функціонування психічно здорових людей у процесі їх життєдіяльності. Так, ставлення до себе операціоналізується на рівні гармонії у сфері самосвідомості людини, її позитивного самосприйняття; ставлення до інших – відображає позитивне емоційно-ціннісне ставлення людини до інших; ставлення до вимог життя – операціоналізується свідченнями того, що психічно здорова людина є ефективною у навколишньому середовищі (Максименко, 1998).

Таким чином, продовжуючи ідеї системно-генетичного підходу, спостерігаємо, що ЕЕ можна визначати на рівні емоційно-ціннісного ставлення до інших, яке виражається у таких позитивних тенденціях, як теплота, та негативних тенденціях емоційної гіперопіки, критичності та ворожості. Незважаючи на те, що ЕЕ як конструкт розглядається лише в межах виду ставлень до інших, вважаємо перспективним визначення

взаємозв’язку ЕЕ з іншими видами ставлень – ставленням до себе і до світу, які, очевидно, тісно взаємозв’язані і регулюються ціннісно-смисловою сферою особистості, яка зокрема розповсюджується і на сфери здоров’я. Вітчизняна вчена Ж. Вірна також вказує на важливість позитивного суб'єктивного ставлення до життя, яке значною мірою визначає й позитивне ставлення одне до одного у подружніх парах та слугує основою аксіологічного змісту їхньої якості життя (Вірна, 2013). Таким чином, категорія ставлення до життя також може слугувати важливим аспектом прояву ЕЕ у сімейних відносинах.

Тому дотичними до нашого дослідження вважаємо праці О. Богучарової, яка вивчає ставлення особистості до здоров’я (Богучарова, 2009). На основі суб’єктно-діяльнісного підходу вчена розробила концепцію ставлення людини до здоров’я як психологічного феномена, що містить психологічну структуру, представлену діяльнісним, регулятивним, рефлексивним компонентами. Вчена відносить до такої структури уявлення про тілесність, картини здоров’я, гармонійний чи дисонантний спосіб трансформації картини світу здоров’я. Саме останні спрямовують переживання людини, визначають способи та засоби суб’єктної активності у кожній поточній ситуації. Від особливостей трансформацій картин здоров’я також залежать життєві стратегії, які й визначають ефективність самозбереження та розвитку с здорової людини як суб’єкта власного життя. С. Максименко, С. Болтівець, О. Кокун та ін. розглядають категорію ставлення до здоров’я як поведінку, спрямовану на самозбереження людини. Це ставлення, на думку вчених, містить когнітивний (знання і розуміння значення здоров’я), емоційний та мотиваційно-поведінковий компоненти (емоціональні й поведінкові реакції) (Максименко et al., 2012; Тапалова, 2014а; 2014б). Л. Сердюк наголошує, що від цілісності й структурованості ставлень особистості залежить її психологічне благополуччя (Сердюк, 2021).

Вважаємо, що складники структури ставлення людини до здоров’я можуть бути досліджені і у контексті негативного ставлення до особи із

хронічним захворюванням. Особливої значущості у контексті ЕЕ, на наш погляд, набувають трансформації картини світу здоров'я в умовах хвороби близької людини, що може зумовлювати ворожі, критичні переживання та негативні способи поведінки у різних життєвих ситуаціях.

Враховуючи важливість суб'єктного підходу у дослідженні ставлення та ЕЕ, наступним критерієм зіставного аналізу понять обрано суб'єкти ставлення та ЕЕ. Важливо відмітити, що на суб'єктність ставлення як сукупності інтенцій прояву довільної усвідомленої активності особистості особливо вказували Г. Ложкін, Н. Глуханюк та Н. Волянюк (Ложкін, Глуханюк, & Волянюк, 2003). Суб'єктність ставлення з необхідністю передбачає пошуки глибших коренів ЕЕ як ставлення до інших, не обмежуючись лише видами такого ставлення.

Близькими до змісту суб'єктного ставлення до здоров'я/хвороби є низка інших понять, які О. Богучарова, вважає релевантними до категорії ставлення у клінічних дослідженнях (Богучарова, 2009). До них належать внутрішня картина здоров'я та внутрішня картина хвороби. Таким чином, вважаємо, що ЕЕ як ставлення до особи із захворюванням, повинна враховувати суб'єктні переживання та її внутрішню картину хвороби і здоров'я загалом. На нашу думку, без розуміння внутрішньої картини здоров'я не можливо зрозуміти внутрішню картину хвороби. Внутрішня картина здоров'я – це сукупність когнітивних уявлень про здоров'я людини, комплекс емоційних переживань і почуттів, а також сукупність поведінкових реакцій. Внутрішня картина хвороби також грунтовно розглядається у праці О. Шпортун та О. Матвеєва (Шпортун & О. Матвеєв, 2020). Таким чином, як ставлення, так і ЕЕ ґрунтуються на внутрішніх картинах здоров'я і хвороби, і охоплюють вищезазначені когнітивні, емоційні й поведінкові компоненти.

Результати теоретичного аналізу літератури з проблеми ставлень дає змогу визначити такі основні параметри їхнього функціонування: модальність (позитивні, негативні, амбівалентні), інтенсивність, широта та ступінь стійкості (Богучарова, 2009). На наш погляд, саме ці параметри є

доцільними для вивчення й ЕЕ як позитивного/негативного ставлення до особи, з різною мірою інтенсивності й широти. Тому вважаємо саме цей аспект важливим для ґрунтовного дослідження в контексті ЕЕ.

A. Wearden та її команда зазначають, що упродовж десятиліть вплив родинних відносин на процес сприйняття хвороби й одужання вивчається у трьох напрямах: а) розуміння родиною різних станів хвороби та здоров'я; б) специфіка хвороби та вплив сім'ї на перебіг хвороби; в) вплив поведінкових стратегій сім'ї на короткотривалі й довготривалі виклики хвороби члена родини (Wearden et al., 2000). Ці вчені зазначають, що психологічні фактори разом із родиною й соціальними факторами впливають на ступінь вразливості до хвороби, адаптацію до хвороби та одужання, а також ступінь недієздатності особи, зумовленої хворобою, ефективність допомоги з боку служб охорони здоров'я, та якість життя особи загалом. При цьому вчені зазначають, що провідну роль серед цих факторів відіграє ставлення сім'ї до особи із хворобою, яке оптимально вивчати через конструкт ЕЕ.

У цьому контексті важливо відмітити таку базову характеристику ставлення, як його об'єктність, на яку вказував один із основоположників цього поняття В. Мясищев (1998). Об'єктами ЕЕ як особливого виду ставлення до інших можуть бути як самі особи із захворюваннями, так і власне хвороби. Виходячи із позиції В. Мясищева, ставлення – це центральна категорія особистості, адже ставлення, по-перше, формує внутрішній стрижень людини у вигляді прихованої, водночас константної змінної, а по-друге, виражається зовнішньо – у реакціях, переживаннях та діях суб'єкта. Саме такі пізнавальні, афективні і поведінкові прояви характеризують ставлення особистості. Зіставляючи зміст категорії ставлення у такому тлумаченні із конструктом ЕЕ, вважаємо, що останній збігається із другим аспектом, виокремленим у ставленні, – реакціями, переживаннями і діями. Відповідно ЕЕ, на противагу ставленню, не може претендувати на статус стрижня особистості, який, на наш погляд, сполучається із «ціннісною» оболонкою ставлення.

Цікавими дослідженнями ставлення до хвороби вирізняються наукові пошуки української вченої Т. Хомуленко. Вчена розширює категорію ставлення до використання ставлення до свого тіла в осіб із хронічними захворюваннями. Так, результати її досліджень свідчать про те, що у жінок із різними формами раку репродуктивної системи є відмінності у деяких ознаках здатності до вербалізації тілесного Я. Більше того встановлено тісні кореляційні зв'язки між інтегративністю та ставленням до себе, між позитивним та адекватним ставлення до свого тіла та усвідомленістю значущості тілесних процесів, які проходять у тілі, між інтернальним тілесним локусом та усвідомленістю значення тілесних процесів, які проходять у тілі. Вважаємо, цікавим напрямом дослідження ЕЕ із різними видами ставлення, ставлення до свого тіла як складової ставлення до себе, зокрема в осіб із хронічними захворюваннями.

У контексті дослідження тілесного Я та суб'єктивної картини хвороби, зазначає Т. Хомуленко (Хомуленко & Кислова, 2021, с. 112), виникає необхідність визначення локалізації причин, які атрибутує особистість хворого. Тілесний локус контролю — це свідома чи несвідома направленість фокусу уваги особистості на інтерпретацію стану тілесного Я й тілесних відчуттів, атрибуція стану зовнішніми чи внутрішніми каузальними зв’язками (Хомуленко et al., 2020). На думку Т. Хомуленко та колег, з точки зору психосоматичних феноменів нормального функціонування й психосоматичної компетентності ефективним локусом тілесного контролю є інтернальний. Отже, тілесний локус контролю як тенденція приписувати причини того, що діється з тілом у сфері фізичної активності і здоров’я, аліментарної і сексуальної поведінки зовнішнім або внутрішнім факторам є важливим чинником функціонування тілесного Я особистості як важливої складової ставлення до себе особи із хронічним захворюванням.

Іншим поняттям, яке широко досліджується у працях вітчизняного вченого Я. Гошовського, і зіставляється з поняттям ЕЕ, є поняття психологічної депривації (Гошовський, 2011). На думку вченого, у

депривованої особи адаптаційний потенціал суттєво гальмується авторитарною гіперопікою. Таким чином, на наш погляд, розбіжності у впливові емоційної гіперопіки на якість життя, пов'язаної з хронічними захворюваннями, можуть пояснюватися різними видами такої гіперопіки, зокрема ступенем авторитаризму, нав'язливості тощо.

Важливим є той факт, що як було показано вище, можна говорити не лише про можливість прояву ЕЕ з боку родини, а й ЕЕ з боку самих цих осіб із захворюваннями до членів сім'ї, а також ЕЕ з боку медперсоналу. Усі ці дослідження об'єднує той факт, що не зважаючи на те, хто є суб'єктом ЕЕ, остання здійснює негативний вплив на процес адаптації до хвороби й одужання. Відтак, ЕЕ – це конструкт із вмістом різних видів ставлення, суб'єктами якого можуть бути як самі особи із хронічними захворюваннями, так й їхні родичі та медичний персонал. У будь-яких означених випадках усі види ЕЕ впливають не лише на якість життя особи із хронічною хворобою, а й на емоційний стан медпрацівників, які працюють із цією групою осіб, а також родичів, які контактують із цією особою.

Результати теоретичного аналізу категорії ставлення та конструкту ЕЕ дають змогу дійти теоретичних узагальнень, викладених у таблиці 1.2.

Таким чином, результати зіставного аналізу категорії ставлення та конструкту ЕЕ дають змогу виокремити основні характеристики, які є спільними і відмінними. Зокрема, важливим висновком є те, що ЕЕ доцільно розглядати у контексті категорії ставлення, оскільки ця категорія, по-перше, є методологічно-обґрунтованою у вітчизняній літературі, а, по-друге, ЕЕ – це конструкт, який охоплює сукупність ставлень специфічного виду: вороже, критичне, з елементами емоційної гіперопіки ставлення до особи із хронічним захворюванням.

Найважливішою відмінністю між цими поняттями є ширший діапазон ставлення порівняно із ЕЕ, а також зв'язок ставлення з ціннісно-смисловою сферою особистості. У цьому контексті важливого значення набуває поняття самоставлення, яке, на наш погляд, може й слугувати причиною високого

рівня ЕЕ до інших. Також важливо враховувати, що попри можливе існування значної кількості об'єктів ставлення, у контексті нашого дослідження провідного значення набувають об'єкти здоров'я і хвороби, оскільки саме вони пов'язані, на наш погляд, з рівнем ЕЕ.

Таблиця 1.2

Результати зіставного аналізу категорії ставлення та конструкту ЕЕ до осіб із хронічними захворюваннями

Критерій для порівняння	Поняття ставлення	Поняття емоційної експресивності
1. Зміст поняття	Ставлення до себе, ставлення до інших і задоволення власних потреб життя	Вороже, критичне ставлення, а також емоційна гіперопіка стосовно осіб із хронічними захворюваннями
2. Історія походження	Стрижень особистості, ціннісно-смислова сфера, сфера психічного	Ставлення до осіб із психічними розладами
3. Теоретичні підходи і моделі	Суб'єктно-діяльнісний, системно-генетичний	Моделі каузальної атрибуції, рис особистості, діатезного стресу (вразливості)
4. Суб'єкти	Самоставлення, оточення як суб'єкт ставлення	Члени родини, медперсонал, особи із хронічними захворюваннями
5. Параметри	Модус, інтенсивність, широта	Вид, рівень
6. Об'єкти	Хвороба, здоров'я	Особи із хронічними захворюваннями

Іншим важливим аспектом є види ЕЕ у межах ставлення та його параметри. Найбільш поширеними для опису ЕЕ вважаються види і рівні, тоді як для визначення ставлення оперують параметрами модусу, інтенсивності та широти.

Результати проведеного дослідження свідчать про необхідність вироблення чітких методологічних засад вивчення ЕЕ на основі біо-психосоціального, суб'єктно-діяльнісного і системно-генетичного підходів, а також моделей каузальної атрибуції, рис особистості, діатезного стресу (вразливості). Вироблення чітких методологічних засад дасть змогу визначити процедуру емпіричного дослідження ЕЕ як конструкту, що виражає особливі види ставлення з боку родини та медперсоналу до осіб із хронічними захворюваннями.

Необхідним вважаємо ґрунтовне вивчення та розширення психодіагностичного інструментарію для дослідження ЕЕ з боку найближчого оточення до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. Відповідно дослідження будемо здійснювати до виробленого методологічного підходу та тлумачення ЕЕ як конструкту, що виражає вороже, критичне, з елементами емоційної гіперопіки ставлення до особи із хронічним захворюванням із боку родини та медперсоналу.

1.4. Психологічні прояви емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту

ЕЕ – актуальна тема сьогоднішніх досліджень у галузі клінічної та медичної психології, позаяк проблема ставлення осіб, які перебувають під одним «дахом» разом із особами із медичними діагнозами, є доволі складною і водночас нагальною.

У сучасній науковій літературі термін «емоційна експресивність» має синонімічні відповідники, наприклад, «виражена емоція», «експресивна емоція» (Колотильщикова et al., 2019). У серії досліджень (Brown et al., 1972) вчені стали розвивати і вдосконалювати конструкт виражених емоцій, або

емоційної експресивності. Слід зазначити, що для знаходження оптимального українського відповідника для «expressed emotion» ми використали смислову трансформацію, адже якщо застосувати термін виражена емоція – це не передасть достовірно зміст поняття, адже критичність, ворожість та гіперопіка – це не емоція, а вид ставлення. Термін виражена емоційність – також не передає адекватний зміст, адже емоційність – це особистісна властивість. А як було показано у попередніх підрозділах, модель рис особистості – лише одна з можливих моделей, які пояснюють ЕЕ. Також при використанні терміну емоційна експресивність зберігається абревіатура ЕЕ, що, на наш погляд, є важливим для узгодженого міжнародного застосування. Таким чином, термін ЕЕ позначає ставлення родичів до осіб із хронічними захворюваннями. Така поведінка включає (проте не обмежує) критику, ворожість на адресу отримувача медичних послуг й емоційну гіперопіку.

Відтак, роль сімей у догляді за такими особами й навантаження, що лежить на родичах, дедалі частіше стають предметом наукового вивчення впродовж останніх трьох десятиліть (Anderson 1990; Hooley et al., 2000; Sensky et al., 1991). Хронічний тягар, що лежить на людях, які надають допомогу особі із захворюванням, викликає негативні емоції, тому, ймовірно, слугує причиною стресу, який проявляється в тому числі у високому рівні ЕЕ, що є характеристикою членів сім'ї, а не самих хворих осіб.

Оскільки ЕЕ чинить уплив на кожного у родині, підвищуючи рівень стресу для всіх, включаючи отримувача медичних послуг, поведінка кожного члена сім’ї впливає на перебіг захворювання та ризик розвитку рецидиву або прогресування захворювання.

Пропонується вимірювати ЕЕ такими видами, які відображають негативне ставлення членів сім’ї до отримувача медичних послуг: ворожість, критичність, емоційна гіперопіка. Ці види як індивідуально, так і в сукупності впливають на частоту рецидивів.

Установлено, що сім’ї, в яких її члени схильні бути ворожими, критичними і з надмірною емоційної гіперопікою, є сім’ями із порушеною соціальною взаємодією і соціальною підтримкою, в той час як сім’ї, які схильні бути позитивними, чуйними, спокійними і поважними, мають високий рівень підтримки і співпереживання. На думку М. Мушкевич та ін., для розуміння стосунків у сім’ї доцільно оперувати поняттями структури психологічного здоров’я сім’ї, її функціонально-рольової моделі та життєвого циклу родини (Мушкевич et al., 2018). На наш погляд, ці поняття можуть також глибше розкрити прояви ЕЕ стосовно отримувача медичних послуг.

Вважається, що члени родин із низькою ЕЕ схильні думати, що симптоми можуть якимось чином контролюватися отримувачем медичних послуг. Було виявлено, що теплі стосунки, що раніше вважалися атрибутом низької ЕЕ, є ненадійною субшкалою ЕЕ, оскільки вони (що є позитивним) можуть супроводжуватися емоційною гіперопікою, в той час як рівні теплі стосунки низької інтенсивності можуть супроводжуватися збільшенням критичних коментарів з боку членів сім’ї, що є негативним.

J. Hooley та I. Gotlib припустили, що поведінка, пов’язана з високим рівнем ЕЕ, що демонструється членами сім'ї, сприймається особами із хронічним захворюванням як стрес (Hooley & Gotlib, 2000). Крім того, було виявлено, що родичі із високим рівнем ЕЕ більш схильні до контролю поведінки таких осіб. Коли вони намагаються допомогти, вони роблять це доволі настирливо. Цілком можливо, що добрі наміри у спробах родичів зробити краще викликають зворотний ефект. Якщо особи відчувають стрес через дії їхніх родичів, це може привести до збільшення рівня стресу, вплинути на важливі нейротрансмітерні системи і в кінцевому підсумку призвести до повернення симптомів.

Нині існує низка доказів впливу ЕЕ на управління хворобою та частотність рецидивів, окрім цього дані функціональної нейровізуалізації, свідчать про те, що вислуховування критики або емоційних коментарів

призводить до різних патернів мозкової активності в осіб експериментальної групи, в порівнянні з респондентами контрольної групи (Young & Markou, 2015).

Якщо проблема ЕЕ щодо осіб із психічними захворюваннями, артритом, а також діабетом, бронхіальною астмою є доволі добре вивченою й описаною в літературі, тема впливу ЕЕ на осіб із кишковими захворюваннями, що є одним із завдань нашого подальшого вивчення, мало досліджена.

Одним із теоретичних завдань дослідження є виокремити специфіку впливу ЕЕ на якість життя осіб із медичними діагнозами, зокрема проявів ЕЕ в осіб із захворюваннями ШКТ. Ми спираємося на гіпотетико-дедуктивний метод та метод узагальнення упродовж теоретичного огляду літератури з проблеми. Методологічну основу дослідження складають праці G. Brown (Brown, 1972), D. Drossman (Drossman, 2009), A. Wearden (Wearden, 2000), які ґрунтовно висвітлюють проблему ЕЕ в отримувачів медичних послуг зазначених груп.

Загалом як зазначалося вище, ЕЕ може бути інтерпретована як складна модель взаємодії між особою та її сім'єю, яка в той же час представляє спільні умови виникнення та наслідки захворювання. Довгий час у клінічній та медичній психології важливою була ідея про те, що батьки є причиною психічних розладів у їхніх дітей внаслідок ворожості, відкидання або порушення їхньої здатності виконувати батьківські функції.

На практиці прийнято розрізняти сім'ї з високим і низьким рівнем ЕЕ. Параметрами високого рівня ЕЕ є ворожість, емоційна гіперопіка та критичні зауваження, відтак члени сім'ї з високим рівнем ЕЕ ворожі, критичні і нетерпимі до особи. При цьому члени сім'ї вважають, що вони дійсно допомагають хворій особі, критикують не тільки вчинки, пов'язані з розладом, а й інші форми поведінки, унікальні для особи з хронічним захворюванням.

Критичні зауваження висловлюють недвозначну неприязнь або несхвалення поведінки отримувача медичних послуг, ворожість –

виявляється в різкій критиці особистості людини. Таке негативне ставлення до особи часто визначається уявленням члена сім'ї, що розлад є контрольованим і що вона свідомо вибирає поразкову позицію.

Емоційна гіперопіка – це доволі складний конструкт, що позначає сукупність почуттів і форм поведінки члена сім'ї щодо пацієнта з ознаками зайвого покровительства або самопожертви. Членів сім'ї, які демонструють таку поведінку, характеризує нав'язливість, вони часто висловлюють думку, що особи не можуть допомогти самі собі і тому їх потрібно контролювати і брати на себе багато їхніх обов'язків. У різних культурах така поведінка може виражена по-різному, наприклад, у вигляді перебільшеного емоційного реагування, непотрібної самопожертви або відданості, надмірної гіперопіки.

При низькому рівні ЕЕ члени родини стриманіші у вираженні своїх критичних зауважень, вважаючи, що особа не контролює свій розлад. Низький рівень трапляється частіше в родинах із вищим рівнем освіченості і де приймають розлад особи як факт.

Отже, особи з медичними діагнозами стикаються з низкою психологічних та поведінкових викликів, при цьому важливу роль відіграє взаємодія емоційних, фізичних та родинних факторів. Наприклад, у дослідженнях (Anderson, 1990) йдеться про те, що в дітей із діабетом важче протікає лікування, коли існують конфлікти в сім'ї. І навпаки, підтримка з боку родини краще впливає на процес лікування. Водночас, у праці (Dozier et al., 1991) засвідчено відсутність зв'язку між контролем глюкози в крові та будь-якою шкалою ЕЕ, за винятком шкали емоційної гіперопіки. Якщо для осіб із іншими діагнозами емоційна гіперопіка з боку членів родини погіршувала їхній стан, то для осіб із діабетом відбувалася нормалізація рівня глюкози.

Водночас дослідники одностайні в тому, що критика як один із проявів ЕЕ негативно впливає на психологічний стан особи із захворюваннями. У той же час, існують розбіжності в оцінці ЕЕ з боку чоловіка/дружини та батьків

щодо особи, а також віку цих осіб і наявності депресивних станів. Тому однозначних даних щодо цієї проблеми допоки у дослідників не існує.

Як і у випадку діабету та інших медичних діагнозів, в отримувачів медичних послуг із бронхіальною астмою частотність нападів залежить від психологічних та зовнішніх стресорів. У дослідженні (Miller & Wood, 1995) з'ясовано позитивний зв'язок між критичністю обох батьків та частотністю астматичних нападів у дітей 6-13 років. У дослідженні (Wamboldt et al., 1995) вивчали осіб з астмою після перебування в лікарні. Попри те, що особи, з членами родини із підвищеною критичністю виявляли меншу піддатливість до лікування перед лікарнею, вони проводили менше часу в лікарні, у них напади були меншими за інтенсивністю, вони також приймали меншу кількість ліків.

Особливо цікавою й актуальною постає проблема дослідження психічних проявів у осіб із захворюваннями ШКТ, бо вона не здобула ще такої поширеності, на відміну від досліджень осіб із цукровим діабетом та бронхіальною астмою.

Захворювання ШКТ, що охоплюють синдром подразненого кишечника та запальне захворювання кишечника, включаючи хворобу Крона та виразковий коліт, вражають мільйони людей у світі. Як хронічні стани, синдром подразненого кишечника та запальне захворювання кишечника знижують загальну якість життя особи. Клінічно ці два синдроми різняться в плані їхнього лікування, проте вони мають деякі спільні симптоми.

Симптоми цих хвороб, як правило, проявляються як діарея, закреп, здуття живота, млявість, дискомфорт і біль у кишечнику, виразки, кишкова кровотеча, втрата ваги, ураження шкіри та лихоманка. Гострі симптоми відчувають особи люди із запальним захворюванням кишечника (Sandler et al., 2002). Ці хвороби виснажують фізичні, емоційні ресурси, адже потребують медикаментозної терапії і подекуди навіть операції, особливо у випадку запального захворюванням кишечника.

Прогностична цінність факторів, що підвищують якість життя, пов'язану зі здоров'ям, в осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, стосується сімейного оточення як надійного предиктора якості життя, пов’язаної із хронічним захворюванням (Ludvigsson et al., 2017; Sandler et al., 2002). Крім того, останні дослідження сімейного середовища в управлінні захворюваннями підкреслюють важливу роль ЕЕ. Як зазначалося вище, саме ЕЕ є добре валідованим показником сімейного емоційного клімату для осіб із психічними та фізичними розладами, який виражає критичне, вороже ставлення й емоційну гіперопіку з боку найближчого оточення, яке здійснює догляд, до члена сім'ї з певним захворюванням (Brown et al., 1972). Останнім часом з'явилася значна кількість літератури на тему дотримання дієти протягом усього життя та її негативного впливу на сімейні стосунки (Sandler et al., 2002). Зокрема, надмірна увага до стиля харчуванням може знизити якість життя всієї сім'ї, у якій є особа з хронічним захворюванням ШКТ.

Показники якості життя, характерні для осіб із хронічними хворобами ШКТ (Enck et al., 2006; Eypasch et al., 1995), можуть допомогти лікарям краще зрозуміти досвід цих осіб. Особливо цінними в цьому зв’язку є дослідження на основі наративу / розповідей про особистий досвід осіб із хронічними кишковими захворюваннями. Тому дослідження наративів про хворобу цих осіб є вкрай важливим.

Отримання діагнозу може кардинально змінити життя особи на екзистенційному рівні, створюючи підстави для роздумів і запитань, наприклад: «Як це сталося?» та «Що пішло не так?» Усвідомлюючи обмеження, які накладаються хворобою, отримувачі медичних послуг також повідомляють про меншовартість, зокрема висловлюють скарги на погану генетику, претензії до світу, відчуття нікчемності.

Особи з діагнозом розповідають про те, як боротьба з їхніми симптомами у соціальних ситуаціях може викликати сором. Відчуття приниження може сильно вплинути на почуття власної гідності та впевненості осіб із захворюваннями.

ЕЕ членів сімей із часом зазнає змін і залежить від обставин – вона зменшується після виписки особи із захворюванням із лікарні, а потім знову повільно посилюється, досягаючи максимуму в момент госпіталізації.

У низці праць дослідники доводять, що при діабеті рівень глюкози в крові має пряму залежність від стресу, а, наприклад, при астмі частотність та інтенсивність нападів залежить від психологічних чинників, хоча таку залежність між психологічними факторами та фізичними проявами не так легко встановити (Bradley, 1988; Lai & Trimble, 1997; Miller & Wood, 1995).

Більшість респондентів із медичними діагнозами відкидають думку про те, що їхня хронічна хвороба змінює їхню особистість, водночас вони також визнають реальність того, що ці стани значною мірою є частиною їхньої особистості. Отримувачі медичних послуг зазначають про проблеми, що завдає хвороба у житті, наприклад, дискомфорт під час подорожей, зустрічей, вечірок, харчування у громадських місцях.

Інформація про ліки та їх побічні ефекти здатні поглибити накопичені розчарування, невпевненість у собі та почуття стигматизації на початку їхньої хвороби. І лише усвідомивши, яку хворобу вони мають, багато осіб починають більш упевнено шукати рішення у вигляді ліків або іншого немедикаментозного лікування. Адже багато осіб уникають прийому ліків через страх перед невідомими ризиками та довгостроковими наслідками їх прийому. Такий страх спонукає експериментувати з методами лікування нетрадиційною медициною.

Поріг того, які побічні ефекти індивід готовий прийняти, залежав від того, наскільки негативним він сприймав життя в цей момент, який характеризувався симптомами хвороб ШКТ. Для більшості значною мірою залежала від того, наскільки ефективно вони готові слідувати приписам лікарів. Таким чином, якість життя відіграє важливу роль у тому, яке рішення приймає людина для слідування приписам лікарів та управління своєю хворобою.

Дослідники психологічних наслідків хвороби зазначають, що існує проблема адаптації осіб із хронічними кишковими захворюваннями, яка змушує їх розробити та прийняти план дій для щоденного виживання. Для деяких «спрацювала» щоденна йога, за якою слідувала склянка соку чорносливу та чашка трав'яного чаю. Для інших досягненню рівноваги сприяли ліки. Поширеною причиною дисбалансу, відзначеною особами, був стрес. Неправильне харчування також є поширеним джерелом дисбалансу, що призводило до погіршення стану, а отже, для цієї категорії осіб необхідне дотримання пожиттєвої дієти.

Працевлаштування створює додаткові виклики для багатьох осіб із погляду їхньої адаптації до робочого місця. Для тих, хто працює в офісі, потрібні творчі рішення для боротьби зі спазмами та дискомфортом у животі, наприклад, робота не на стільці, а з ноутбуком на колінах. Уміння керувати згаданими вище незручностями створює передумови для можливості насолоджуватися життям, часто використовуючи гумор як механізм подолання. На думку Л. Крупельницької та О. Шпортун, гумор – це вища психічна функція, що значною мірою регулює життєдіяльність особистості як в стані норми, так і при різних формах патології (Крупельницька & Шпортун, 2016). Важливими проявами особистісної регуляції засобами гумору є внутрішній діалог та прийняття життєвих суперечностей, що є важливим, на наш погляд, для підтримання якості життя, пов'язаної з хворобою.

Іншим важливим ресурсом для отримувачів медичних послуг є зустрічі з особами із таким самим діагнозом, оскільки це також сприяє психологічній стійкості.

Попередні дослідження виявили випадки сильного розчарування та соціальної ізоляції серед осіб із кишковими розладами (Bertram et al., 2001). Отримувачів медичних послуг дратувала нездатність контролювати симптоми, намагання зрозуміти, що саме викликає збій в роботі кишечника, і необхідність відмови від нормальної соціальної діяльності.

D. Drossman та колеги встановили, що особи з цим діагнозом відзначали раптовість появи симптомів, через це втрату свободи пересування та почуття стигматизації й збентеження, пов'язаного з їхнім захворюванням. Багато із цих осіб відчували нерозуміння з боку друзів, родини та медичних працівників (Drossman et al., 2009). Дослідження в галузі психосоматики виявляють, що деякі психосоціальні чинники можуть сприяти провокуванню рецидивів.

Постійний стан стресу сприяє реактивації хвороб кишечника, адже стрес змінює моторику товстої кишки, впливаючи на ендокринну та імунну систему, що сприяють запальному процесу. Часті стресові ситуації або життєві події збільшують ризик рецидиву в осіб з виразковим колітом, особливо збільшує ймовірність загострення перебування у хронічному стресі. Водночас особи із синдромом подразненого кишечника повідомляли про вищий рівень стресу та погіршення психічного здоров'я, ніж при запальному захворюванні кишечника. Коли ці дві хвороби супроводжуються іншими хронічними захворюваннями, відбуваються порушення діяльності вдома та на роботі. Синдром подразненого кишечника також асоціюється з низкою інших станів, зокрема з іншими розладами кишечника, а також іншими коморбідностями, наприклад, синдромом хронічної втоми.

Щодо якості життя, фізичні скарги негативно впливають на неї, що було доведено в дослідженнях осіб із виразковим колітом та хворобою Крона (McCormick et al., 2012). В останніх дослідженнях підкреслюється наявність супутніх симптомів тривоги, депресивні та панічні розлади як основні причини цього порушення. Важливими рисами особистості при виразковому коліті були невротизм та внутрішній локус контролю. Особи із кишковими захворюваннями часто мають високий рівень залежності від інших та низький рівень ворожості та агресії. На відміну від осіб із високим рівнем залежності від інших, люди з внутрішнім локусом контролю, як правило, менше страждають у стресових ситуаціях і мають вищу якість життя. Натомість, ворожість та інші агресивні риси особистості можуть мати

негативний вплив на якість життя. У підлітків із кишковими захворюваннями ворожість пов’язана з некорисними для здоров’я звичками та міжособистісними конфліктами. Хвороби органів травлення входять до найбільш поширених захворювань як дитячо-підліткового, так і дорослого населення. Характерною рисою гастроентерологічної патології є її соціально-біологічна, психосоматична обумовленість. Постійно зростає обсяг вроджених і набутих ШКТ захворювань, обсяг їх хірургічної корекції, збільшується кількість отримувачів медичних послуг, які страждають на психосоматичні недуги (Калитиевская, 1985).

За даними В. Чорної та ін., хвороби органів травлення в Україні посідають третє місце після хвороб систем кровообігу та органів дихання, та становлять10, 1% (Чорна et al., 2017). Окрім того за останні 10 років частота патології ШКТ зросла в 2,5 рази і склала 28 випадків зі 100 під час проведення масового огляду. А близько 70% осіб з даною патологією, які перебувають на лікуванні в реабілітаційному центрі, під час проведення експрес-діагностики, за їхніми словами, потребують психологічної та психотерапевтичної допомоги.

Важливим елементом клінічної картини захворювань шлунково-кишкового тракту, особливостями його перебігу є суб'єктивне ставлення людини до свого здоров'я та свого захворювання, а також як психофізіологічна основа індивідуальних особливостей та відмінностей – темперамент особистості.

Ставлення до здоров'я як похідне від загальної категорії ставлення, що розглядалася нами у попередньому підрозділі роботи, являє собою систему індивідуальних зв'язків особистості із різними явищами навколишньої дійсності, що сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю людей. Також ставлення до здоров’я передбачає певну оцінку індивідом свого фізичного та психічного стану та організовану самою людиною життєдіяльність, сприяння збереженню здоров'я, особистісному зростанню, творчого функціонування (Волошко, 2011).

У попередньому підрозділі ми ґрунтовно проаналізували відмінність понять ставлення та ЕЕ до отримувача медичних послуг. Водночас у контексті ставлення до хвороби, вважаємо що конструкт ставлення є найбільш доцільним, оскільки термін ЕЕ використовується лише в контексті ставлення до суб’єкта.

Розглянемо ставлення до хвороби ШКТ та типи цього ставлення з боку отримувачів медичних послуг докладніше.

Спираючись на результати дослідження (Кулагина, Лисенко, 2019) на основі методики діагностики типу відношення до хвороби, відзначимо, що в досліджуваних осіб із захворюваннями ШКТ переважає тривожний тип ставлення до своєї хвороби (45% випробовуваних). Ці респонденти характеризуються тим, що відчувають безперервне занепокоєння і недовірливість щодо несприятливого перебігу своєї хвороби, можливих ускладнень, неефективності та навіть небезпеки лікування. Велику кількість часу проводять у пошуку нових способів лікування, додаткової інформації про саму хворобу та «авторитетних» лікарів, можуть дуже часто міняти профільного лікаря.

У осіб із захворюваннями ШКТ, які мають тривожний тип ставлення до хвороби, більшою мірою виражений інтерес до об'єктивних даних, таких як результати аналізів, висновків фахівців, ніж до суб'єктивних відчуттів. Вони вважають за краще слухати про прояви захворювання в інших, порівнюючи їх зі своїми, не схильні постійно пред'являти оточуючим свої скарги. Переважає тривожний фон настрою, і, як його наслідок, пригніченість та знижена психічна активність.

У випробовуваних, що тривожно ставляться до своєї хвороби, можливий прояв обсесивно-фобічного варіанта даного типу, який характеризує недовірливість, що насамперед стосується не реальних побоювань, а малоймовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих, але малообґрунтованих невдач у житті. Захистом від такої невиправданої тривоги у цих респондентів стають різні прикмети, ритуали і амулети.

Також понад чверть досліджуваних осіб із захворюваннями ШКТ мають іпохондричне відношення до хвороби (28,7% респондентів вибірки). Такі отримувачі медичних послуг надмірно зосереджуються на суб'єктивних хворобливих та інших відчуттях. Вони прагнуть постійно розповідати про них лікарям, медперсоналу, піклувальникам і родичам. Також для них характерно перебільшення об’єктивних та вишукування неіснуючих хвороб та страждань.

Вони можуть також перебільшувати неприємні відчуття у зв'язку з побічними діями ліків та діагностичних процедур. Їм властиво поєднання бажання лікуватися і зневіри в успіх, вони постійно вимагають більш ретельного обстеження в авторитетних фахівців, водночас побоюючись завдати собі шкоди та болісності процедур.

Меланхолійний тип ставлення до хвороби виражений у 15% випробуваних усієї вибірки. Отримувачі медичних послуг із захворюваннями ШКТ зазвичай є надто пригніченими своєю хворобою, не вірять в одужання, у можливе поліпшення стану і взагалі будь-який ефект від лікування. Їм властиві активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Вони на навколишній світ дивляться надмірно песимістично, що виявляється в сумніві успіху лікування навіть за сприятливих об'єктивних даних та задовільного самопочуття.

Також, серед отримувачів медичних послуг із захворюваннями ШКТ трапляються особи з апатичним типом ставлення до хвороби (3,7%), а також параноїдальним (1,3%). Випробувані з апатичним типом ставлення до хвороби характеризуються повною байдужістю до своєї долі, до результата хвороби, до результатів лікування. Вони пасивно підпорядковуються процедурам та лікуванню при наполегливому спонуканні з боку інших. Їм властива втрата інтересу до життя, до всього, що раніше цікавило, млявість, апатія у поведінці, діяльності та міжособистісних відносинах.

Досліджувані, у яких було виявлено параноїдальний тип ставлення до хвороби (1,3%), впевнені, що хвороба – це результат переважно зовнішніх

причин, чийогось злого наміру. Їм властива крайня підозрілість, настороженість до розмов про себе, до ліків та процедур. Можливі ускладнення чи побічні дії ліків приписують недбалості чи злому наміру лікарів та персоналу.

Таким чином, для осіб із захворюваннями ШКТ характерна інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, що зумовлює порушення соціальної адаптації. Емоційно-афективна сфера у них проявляється у дезадаптивній поведінці: реакціях дратівливості, тривожному, пригніченому, розчарованому у житті стані, «заглибленні у хворобу», відмови від боротьби – «капітуляція» перед захворюванням та інших неприємних відчуттях.

До категорії тривожних розладів належить велика група психопатологічних станів, у генезі і клінічних проявах яких провідне місце посідає патологічна тривога. Хоча патологічну тривогу можуть спровокувати життєві обставини, здебільшого вони не значущі, бо вона, як правило, виникає через внутрішні причини. Патологічна тривога ускладнює адаптацію, перешкоджаючи процесу прийняття рішень.

Для того, щоб зрозуміти специфіку психологічних наслідків хвороб ШКТ, зіставимо їх з іншими захворюваннями.

Наприклад, особи із цукровим діабетом не здатні контролювати тривогу, натомість вона домінує в свідомості і має прояв як низка певних психопатологічних синдромів із тенденцією до затяжного перебігу. Провідні серед них – постійна і пароксизмальна тривога. Тривожні розлади зафіксовано в осіб із цукровим діабетом щонайменше у 30-35% випадків до 60%. При діабеті генералізований або органічний тривожний розлад простежується у 15-20% хворих, агорафобія – у 12-15%, панічний розлад – у 2-13%, соціальна фобія - у 8-11%. Згадані вище тривожні розлади можуть комбінуватися одне з одним, а також з афективними, стресовими і когнітивними розладами (Константинович, 2008).

Щодо наявності в осіб із діабетом психічних проявів, більшість дослідників відзначають депресивні стани, тривогу, порушення сну. Багато осіб із діабетом страждають від стресових розладів, нерідко фіксуються панічні розлади і фобії. На наявність депресії при діабеті вказують такі ознаки: знижений настрій, пригніченість; безрадісність, нездатність переживати позитивні емоції, апатія, порушення серцево-судинної, травної, дихальної та інших систем організму.

Особи з астмою відзначаються високим рівнем тривожності, депресивним станом. Із віком у осіб із бронхіальною астмою середні показники вираженості психоемоційних розладів збільшуються, набуваючи максимальної величини у віковому діапазоні 40–60 років; віковий клас хворих на бронхіальну астму понад 40 років значущо відрізняється від молодших вікових груп за ступенем вираженості середніх показників соматопсихічних синдромів, що, у свою чергу, не мають значущих відмінностей між собою (Константинович, 2008).

Для кращої розуміння специфіки психологічних особливостей осіб із хронічними захворюваннями ШКТ порівняно з іншими особами у таблиці 1.3 наведено зіставні дані щодо наявності або відсутності згаданих вище психологічних проявів осіб із захворюваннями ШКТ, цукровим діабетом та бронхіальною астмою.

Узагальнені й зіставлені дані дають змогу побачити, що осіб зі згаданими медичними діагнозами об’єднують спільні психологічні прояви. Зокрема в усіх отримувачів медичних послуг простежуються стресові розлади, депресивні стани, тривога, підвищена дратівливість тощо. Водночас для осіб із захворюваннями ШКТ не притаманні фобії, які часто супроводжують осіб із діабетом та бронхіальною астмою.

Здійснене дослідження ЕЕ та психічних особливостей в осіб із медичними діагнозами засвідчило наявність стійкого зв’язку між ставленням родичів та важкістю перебігу цих захворювань.

Таблиця 1.3

Зіставні характеристики психологічних проявів у осіб із захворюваннями ШКТ, діабетом та астмою

Психічні прояви	Кишкові захворювання	Діабет	Астма
Тривога	+	+	+
Депресивні стани	+	+	+
Синдром хронічної втоми	+	+	-
Стресовий розлад	+	+	+
Напруга	+	-	+
Неспокій	+	+	+
Дратівливість	+	+	+
Порушення сну	+	+	+
Панічні розлади	-	+	+
Фобії	-	+	+

Психологічний супровід осіб при захворюваннях ШКТ може покращити перебіг хвороби, зменшити депресію, підвищуючи якість життя. Бажано залучити консервативну терапію і одночасно психологічний супровід, який зазвичай реалізується через: а) психодинамічну терапію (включаючи психоаналіз) та когнітивно-поведінкову терапію (здебільшого навчання керування стресом та ефективне управління хворобою). Відтак, важливою є розробка методологічних засад вивчення впливу ЕЕ на перебіг хвороби в осіб із захворюваннями ШКТ.

Висновки до розділу 1

1. ЕЕ – це конструкт, що виражає особливості ставлення до особи із хронічним захворюванням, які проявляються в позитивних коментарях,

теплоті, критичності, емоційній гіперопіці та ворожості. Услід за сучасними зарубіжними дослідженнями, визначаємо ЕЕ як конструкт, що виражає виключно негативне ставлення, зокрема критичне, вороже та з елементами гіперопіки відношення до отримувача медичних послуг. У сучасних зарубіжних дослідженнях саме ЕЕ є центральним поняттям у ставленні членів родини до особи із хронічним захворюванням. Не зважаючи на те, що вперше ЕЕ досліджувалося у контексті пацієнтів із психічними розладами, нещодавно були зроблені спроби вивчити вплив ЕЕ на такі хвороби, як діабет, целіакія, астма, ревматоїдний артрит, операції на серце та ожиріння. Результати досліджень показали, що у літературі відсутні комплексні дослідження ЕЕ стосовно отримувачів медичних послуг із фізичними захворюваннями у порівнянні з особами з психічними розладами. Окрім цього у сучасних дослідженнях також підкреслюється важливість впливу ЕЕ з боку медперсоналу на якість життя осіб із хронічними захворюваннями та розладами.

2. Найбільш поширеними методами і методиками для визначення ЕЕ є сімейне інтерв'ю Кембервела (Camberwell Family Interview, CFI), яке вперше застосовувалося з родинами, у яких є особа із шизофренією, та метод аналізу п'ятихвилинного мовленнєвого патерну (Five Minute Speech Sample (FMSS). Водночас лише шкала діагностики рівня ЕЕ (Level of Expressed Emotion Scale (LEE) дає змогу визначити реципрокний характер ЕЕ і виділити відповідні стилі ЕЕ як з боку родичів, так і з боку самої особи із хронічним захворюванням та розладом. Важливо відмітити, що існує проблема з психодіагностичним інструментарієм, оскільки не має стандартизованих українськомовних методик для вивчення ЕЕ.

3. Незважаючи на подібність конструкту ЕЕ до категорії ставлення, існують значні відмінності у їхньому концептуальному полі. Зіставний аналіз категорії ставлення та конструкту ЕЕ дають змогу виокремити основні характеристики, які є спільними і відмінними. Зокрема, важливим висновком є те, що ЕЕ доцільно розглядати у контексті категорії ставлення, оскільки ця

категорія, по-перше, є методологічно-обґрунтованою у вітчизняній літературі, а, по-друге, ЕЕ – це конструкт, який виражає ставлення, але специфічного виду: вороже, критичне, з елементами емоційної гіперопіки. Найважливішою відмінністю між цими поняттями є ширший діапазон ставлення порівняно із ЕЕ, а також зв'язок ставлення із ціннісно-смисловою сферою особистості. У цьому контексті важливого значення набуває поняття самоставлення, яке, на наш погляд, може й слугувати причиною високого рівня ЕЕ до інших. Також важливо враховувати, що попри можливе існування значної кількості об’єктів ставлення, у контексті нашого дослідження провідного значення набувають об’єкти здоров’я і хвороби, оскільки саме вони пов’язані з рівнем ЕЕ. Іншим важливим аспектом є види ЕЕ у межах ставлення та його параметри. Найбільш поширеними для опису ЕЕ вважаються види і рівні, тоді як для визначення ставлення оперують параметрами модусу, інтенсивності та широти. Важливим матеріалом дослідження є наративи про хворобу, які можуть висвітлити усі модуси ставлення та ЕЕ як чинник якості життя особи із хронічним захворюванням.

4. Визначено особливості ставлення осіб із захворюваннями ШКТ до хвороби, зокрема визначено переважання тривожного типу ставлення до своєї хвороби (безперервне занепокоєння і недовірливість щодо несприятливого перебігу своєї хвороби, можливих ускладнень, неефективності та небезпеки лікування), який включає обсесивно-фобічний та іпохондричний варіанти. Окрім тривожного типу визначено меланхолійний тип (особи пригнічені своєю хворобою, не вірять в одужання, у можливе поліпшення стану і взагалі будь-який ефект від лікування), апатійний тип ставлення до хвороби (особи сповнені повної байдужості до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування), паранояльний тип ставлення до хвороби (особи впевнені, що хвороба – це результат переважно зовнішніх причин, чийогось злого наміру, з притаманною підозрілістю, настороженістю до розмов про себе, до ліків та процедур).

5. Результати зіставного аналізу психологічних наслідків хронічних захворювань ШКТ порівняно з іншими хворобами, дали змогу визначити специфічні психічні прояви осіб із захворюваннями ШКТ, зокрема генералізовану тривожність, депресію, обмежену соціальну активність. Важливою поведінковою особливістю цих осіб є необхідність пожиттєвого дотримання дієти, що робить підтримку родини надзвичайно важливою для забезпечення якості життя. Відтак, вивчення ЕЕ найближчого оточення стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ у контексті їхньої якості життя, пов'язаної з хворобою, є актуальним для дослідження.

Список публікацій здобувача за результатами розділу 1

1. Кихтюк, О. В., Пастрик, Т. В. Психологічні проблеми осіб із віл-позитивним статусом. *Психологія: реальність і перспективи*, 2016. Вип. 6. С. 71-76.
2. Пастрик Т. В. Емоційна експресивність vs емоційне ставлення до осіб із хронічними захворюваннями: концептуалізація понять. *Психологія та соціальна робота.* Одеса: Одеський національний університет імені І.І. Мечникова, 2020. Вип. 1 (51). С. 154-164. https://doi.org/10.18524/2707-0409.2020.2(52).238111
3. Пастрик Т. В. Емоційна експресивність у контексті ставлення до себе, до інших і до світу. *Науковий вісник ХДУ. Психологічні науки*. Херсон, 2021. Вип. 4. С. 55-61. https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-7
4. Пастрик Т. В. Психологічні прояви емоційної експресивності стосовно осіб із медичними діагнозами. *Психологія та соціальна робота.* Одеса: Одеський національний університет імені І.І. Мечникова, 2021. Вип. 1 (53). С. 132-142. https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-7
5. Пастрик Т.В. Системний огляд проблеми емоційної експресивності найближчого оточення стосовно осіб із психічними та фізичними

захворюваннями. *Науковий вісник ХДУ. Серія Психологічні науки.* 2022. Вип. 2. С. 109-116. https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-2-15

РОЗДІЛ 2
МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ СТОСОВНО ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

У розділі висвітлено методологічні засади теоретико-емпіричного та експериментального дослідження психологічних основ ЕЕ родичів та медперсоналу стосовно осіб із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями. Висвітлено методологічні засади теоретико-емпіричного та експериментального дослідження психологічних основ емоційної експресивності родичів та медперсоналу стосовно осіб із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями.

Висвітлено результати дослідження відповідно до таких методологічних дослідницьких запитань:

($ДЗ_1$) Чи відповідає культурна адаптація й стандартизація методики HASMID (Health and Self-Management in Disease-HASMID) психометричним вимогам до психодіагностичного інструментарію?

($ДЗ_2$) Чи відповідає культурна адаптація й стандартизація шкали для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE) усім етап культурної адаптації?

2.1. Методологічні моделі дослідження емоційної експресивності родичів та медперсоналу стосовно осіб із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями

Біопсихосоціальна модель G. Engel (1978) відображає взаємодію медичних, психологічних і соціальних чинників у підтриманні здоров'я. Інші автори, такі як N. Nadir, M. Hamza та N. Mehmood, погоджуються, що

біопсихосоціальна модель була основою ідеальної практики сучасної медицини (Nadir et al., 2018).

Огляд літератури з проблеми також показав, що G. Engel запропонував свою модель на основі праці У. Бронфенбреннера, який вважав, що соціальні чинники відіграють важливу роль у розвитку хвороб і поведінці (Biopsychosocial model, 2020). Таким чином, наслідуючи екологічну модель У. Бронфенбреннера, G. Engel вважав що мікросистема, мезосистема, екзосистема та макросистема є необхідними складовими для розвитку особистості і відповідно для її повноцінної якості життя.

Таким чином, у підході У. Бронфенбренера природнє середвище є основним джерелом розвитку людини. Незважаючи на те, що G. Engel додає біологічні складові, він також дотримується думки про визначальну роль середовища, в якому опиняється особа з проблемами зі здоров'ям. У нашому дослідженні особливої ваги набувають окремі мікро-системи, які представлені родинами й медперсоналом та їхнім ставленням до особи із хронічними захворюваннями ШКТ. На рівні мезосистеми, це ставлення також пов'язане з іншими мікросистемами, наприклад взаємодією особи з іншим медперсоналом, колегами по роботі, з представниками певної субкультури, що зрештою також впливає на її якість життя і психологічне благополуччя.

G. Engel розробив біопсихосоціальну модель як альтернативу біомедичній моделі, яку традиційно використовували лікарі. Він вважав, що біопсихосоціальна модель дасть змогу фахівцям у сфері охорони здоров'я краще виробити цілісний погляд на осіб як на суб'єктів, на їхню хворобу та страждання (Borrell-Carrió et al., 2004). Серед сильних сторін біопсихосоціальної моделі, як відзначається в дослідженнях, є такі: збільшення рівня задоволеності пацієнтів, ретельніше дотримання протоколу лікування, вища гнучкість у зміні поведінки, краще фізичне та психологічне здоров'я. Зменшення кількості звернень до лікарів, покращення взаємодії у діаді «лікар-отримувач послуг» створює основу для розроблення кроків

психосоціальної підтримки осіб із хронічними захворюваннями та їхніх сімей, а також розробки психологічних заходів для покращення якості життя осіб із діагнозом. Крім того, як засвідчили дослідження науковців, модель створює позитивний вплив на якість життя осіб з інвалідністю та літніх осіб (Babalola et al., 2017; Borrell-Carrió et al., 2004; Engel, 1977; Nadir et al., 2018; Taukeni, 2019; Williams et al., 2000).

Незважаючи на критику біопсихосоціальної моделі, більшість зауважень була врахована (Karunamuni, Imayama & Goonetilleke, 2020) у сучасних клінічних дослідженнях та клінічній практиці. Ключовим аргументом критики був той, що моделі бракує філософської цілісності (Benning, 2015). Інші аспекти критики стосувалися актуалізації надмірної кількості складних зв'язків між причинами та наслідками біологічних, психологічних та соціальних чинників, що впливають на стан здоров'я та/або виникнення захворювання. Ґрунтовною відповіддю на ці критичні зауваження була праця вчених N. Karunamuni, I. Imayama та I. Goonetilleke, які пояснили механізми функціонування зв’язків між біологічними, психологічними та соціальними чинниками моделі та показали, як вони здатні потенційно сприяти благополуччю суб’єкта та об’єктивним результатам фізичного здоров’я (Karunamuni, & Imayama, & Goonetilleke, 2020) .

Серед інших аспектів критики слід зазначити такі. Голістичний характер біопсихосоціальної моделі робить її розкішшю, яку багато систем охорони здоров’я в умовах обмежених ресурсів не можуть собі дозволити. Також модель потребує багато часу для втілення та надто витратна у плані ресурсів під час її застосування. Вважаємо, що саме цей аспект є найбільш вразливим у сфері медицини у контексті системи охорони здоров’я в нашій країні. Серед інших недоліків моделі є такі: вона не надає чітких рекомендацій щодо клінічного протоколу або пріоритетних правил у клінічній практиці; студентам-медикам бракує матеріалу з предметів у психологічній та соціальній галузях порівняно з кількістю предметів біомедичного спрямування. Більш того, існує нестача можливостей для стажування та

фінансових ресурсів для підтримки роботи мультидисциплінарних команд, які мають включати сімейних лікарів, клінічних психологів, профільних медсестр, представників соціальних служб, аби забезпечити комплексне бачення біологічних, психологічних і соціальних чинників, що впливають на стан пацієнтів (Babalola et al., 2017; Gatchel & Oordt, 2012; Suls & Rothman, 2004).

Щоб забезпечити основу для розуміння причин захворювання та розробки раціональних методів лікування та схеми медичної допомоги, біомедичній моделі бракує врахування власне психологічних рис особи із захворюванням, її соціального оточення. Крім того, потрібно брати до уваги соціально-культурні норми, існування стигми щодо осіб із хронічними захворюваннями, особливо в контексті психічних розладів. Також важливо зважати на додатково розроблену суспільством систему заходів із боротьби з руйнівними наслідками хвороби, тобто враховувати роль лікаря та системи охорони здоров'я.

Важливо відмітити відмінності біомедичної та біопсихосоціальної моделей на користь останньої, що чітко демонструється в працях S.Taukeni (2019; 2020**).** Біомедична модель є традиційною й домінуючою в медичному світі західних країн. Ця модель має дві умови: редукціонізм та дуалізм. Сутність першого полягає в тому, що всі стани можна лінійно звести до єдиної етіології. Дуалізм полягає в тому, що хвороба або недуга різняться за ступенем «органічності», що має об’єктивно доведену етіологію, або «функціональне» порушення без специфічної етіології чи патофізіології. Клінічний стан може варіюватися від хвороби без недуги, наприклад, безсимптомна виразка чи гіпертензія, до недуги без хвороби, наприклад, хронічний біль у черевній порожнині чи слабкість.

Таке розмежування, з біомедичної перспективи, має певні переваги: а) особа, яка має захворювання або недугу не може вважатися здоровою; б) захворювання з недугою є зрозумілим, або «виправданим» стражданням; в) захворювання без недуги може вважатися як «подолання». Водночас стан

недуги без хвороби, з біомедичної перспективи, не існує і може кваліфікуватися як психосоматичний – пейоративний термін, що ставить під сумнів вірогідність симптомів, навіть якщо вони є цілком реальні для особи, яка їх відчуває. Як зазначає О. Червинська, сутність психосоматичного підходу полягає в його цілісності, коли тілесний орган перестає розглядатися як окреме утворення від цілісного організму (Червинська, 2013).

Ця проблема має вагоме значення у нашому дослідженні, адже недуга без хвороби чи власне хвороба без недуги не завжди супроводжується позитивним ставленням родини до особи з діагнозом, і перетворюється на критику, навіть вороже ставлення, що й становить природу ЕЕ. Таким чином, у контексті нашого дослідження якості життя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ лише біопсихосоціальна модель vs. біомедична модель може забезпечити комплексне дослідження впливу сім'ї та медперсоналу на самочуття особи з діагнозом.

Як зазначає D. Drossman, біомедична модель створює багато ситуацій невизначеності, коли з позиції медичного підходу не завжди можна пояснити етіологію чи симптоматику захворювання (Drossman, 1998). Також вчений зазначає, що медпрацівники, які працюють лише за цією моделлю, часто страждають на фрустрованість та безпорадність, а також дискомфорт від неможливості дати усі відповіді особі із захворюваннями. Натомість біопсихосоціальна модель, запропонована G. Engel, враховує всі недоліки біомедичної моделі, покращуючи її (Engel, 1978). Як зазначає сам G. Engel, модель чітко розмежовує поняття захворювання та недуги як наслідків одночасної взаємодії систем на клітинному, тканинному, тілесному, внутрішньоособистісному та зовнішньому рівнях. Вона інтегрує біологічну науку з унікальними рисами особистості, визначаючи якою мірою біологічні та психосоціальні чинники є взаємопов'язаними для пояснення природи захворювання та якості життя особи із захворюванням. Модель сприяє розумінню впливу соціальних чинників на якість життя, зумовлену хворобою, а також інкорпоруванню психосоціальних чинників у клінічну

оцінку. Вагомою перевагою біопсихосоціальної моделі також є те, що ця модель уможливила існування тенденції вивчати недуги в термінах здорової якості життя.

У контексті нашого дослідження вважаємо, що соціальну складову біопсихосоціальної моделі слід розглядати крізь призму мікросередовища (ЕЕ родини та медперсоналу до особи з хронічними захворюваннями ШКТ); мезосередовища (взаємодія мікросередовища у нашому дослідженні представлена взаємодією ЕЕ з боку родини до особи з хронічними захворюваннями ШКТ, ЕЕ з боку осіб з захворюваннями ШКТ до родини, ЕЕ з боку медперсоналу до особи з хронічними захворюваннями ШКТ, а також вплив мезосередовища на якість життя особи із захворюваннями ШКТ; екзосистеми (вплив пандемії COVID-19 на взаємодію лікарів та осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та якість життя останніх); макросередовища (існування стигми як соціально-культурної норми для особи з медичним діагнозом).

Модель одужання (recovery model) – це цілісний, особистісно-орієнтований підхід щодо підтримки фізичного і психічного здоров'я. Після її запровадження модель швидко набула популярності і стала стандартною моделлю охорони психічного здоров'я. Модель ґрунтується на двох основних положеннях:

1. Як фізичні, так і психічні розлади піддаються лікуванню, тому отримувачі медичних послуг можуть ефективно інтегруватися у життя суспільства.

2. Найефективнішим у взаємодії з отримувачем медичних послуг є особистісно-орієнтований підхід.

Якщо особа звертається по допомогу щодо свого психічного здоров'я або у неї є близька людина із хронічним захворюванням, знання основних принципів цієї моделі може допомогти в догляді. Структура моделі може надати необхідну інформацію щодо способів адекватного спілкування з отримувачами медичних послуг. Основним принципом моделі одужання є

переконання в тому, що люди здатні одужати від хронічного захворювання чи розладу, аби жити повноцінним життям, сповненим комфорту.

До середини 1970-х років багато практиків у галузі медицини та клінічної психології вважали, що отримувачі медичних послуг із психічними розладами приречені жити постійно зі своєю хворобою і не зможуть робити жодного внеску в суспільство. Це переконання мало особливо негативний ефект на поводження осіб із шизофренією, шизоафективним розладом і біполярним розладом. Однак кілька довготривалих досліджень учених із кількох країн, опублікованих у середині 70-х років минулого століття, показали, що такий погляд далекий від реальності (Malla et al., 2015).

Модель одужання застосовується в професійній терапії, тобто під час лікування і фізичного, і психічного здоров'я, який ґрунтується на засадах партнерства «отримувач медичних послуг–надавач послуг–партнерство», даючи змогу користувачам послуг обирати те, що найкраще підходить для їхнього одужання (American Occupational Therapy Association). Елементи моделі одужання можна простежити також у теорії соціальної роботи, де наголошено на таких цінностях, як самовизначення отримувача медичних послуг та здоров'я (Webber & Joubert, 2015). Цілі моделі одужання надати допомогу особам вийти за межі обмежень свого психічного чи фізичного здоров'я, сприяти й заохочувати досягати особисті амбіції, а також стимулювати до створення значущих соціальних стосунків та зв'язків (Jacob, 2015).

Модель одужання, як зазначалося вище, передбачає особистісно-орієнтований підхід. Обґрунтованих доказів для ефективності цього підходу спочатку було недостатньо. Так, наприклад, минуло понад два десятиліття, щоб модель набула поширення в медико-психологічній спільноті. Зміни відбулися загалом завдяки тому, що отримувачі медичних послуг самі заявили про своє право участі у власному лікуванні. Отримувачі медичних послуг також на основі власного життєвого досвіду почали демонструвати, що за належної підтримки вони можуть бути активним членом суспільства.

Історія такого руху містить другий наріжний камінь моделі одужання: найсуттєвіші зміни відбуваються тоді, коли особа керує ними.

Сьогодні окреслюють чотири складники процесу одужання, як-от:

1. Здоров'я: для того, щоб лікувати фізичну чи психічне захворювання або одужати від нього, особи повинні приймати самостійні рішення, скеровані на підтримку і фізичного, і психічного благополуччя.
2. Дім: людям потрібне безпечне та надійне місце для помешкання.
3. Мета: змістовні повсякденні активності, такі як школа, робота, сім'я, участь у справах громади тощо є важливими під час процесу одужання та для підтримки здоров'я.
4. Спільнота: активні соціальні стосунки забезпечують особам потреби в любові, емоційній підтримці і повазі, необхідні для виживання та розвитку.

Отже, модель одужання акцентує важливість соціальних зв'язків та соціальної підтримки. Коли у людей є підтримувальні стосунки, які надають беззастережну і безумовну любов, вони краще ладнають із симптомами своєї хвороби, працюючи над одужанням. Психологи, психіатри, лікарі та інші медичні працівники певною мірою можуть надати таку підтримку, проте зв'язки, які пропонують друзі, родина, однолітки мають вирішальне значення.

Потребу в соціальних зв'язках можуть також задовольнити групи підтримки та громадські організації. Визначають щонайменше десять головних принципів у моделі одужання. Кожен заклад, який функціонує за моделлю одужання, включає їх до принципів своєї діяльності. Згідно з цими принципами, одужання: покладається на надію; керується особою; відбувається багатьма шляхами; є голістичним; підтримується однолітками та друзями; підтримується через соціальні стосунки; культурно зумовлено; настає внаслідок пропрацювання травми; включає індивідуальні, сімейні та громадські аспекти та відповідальність; ґрунтується на повазі.

Сьогодні концепція моделі одужання є популярною серед більшості психологів, які працюють над тим, як розробити програми та лікування на основі наведених вище принципів цієї моделі. Американська психологічна асоціація (APA) розробила 15 навчальних модулів для поглибленого вивчення моделі одужання, які є доступними для громадськості. Теми варіюються від широкого огляду моделі до способів її впровадження на практиці.

Модель одужання є близькою до біопсихосоціальної моделі. Відмінність моделі одужання від біомедичної моделі полягає в тому, що остання постулює, що психічні розлади мають фізіологічні причини, тому увага часто приділяється використанню ліків для лікування захворювання. Біомедична модель орієнтована на біологічні причини, які усуваються через те, що особи приймають ліки. Водночас, модель одужання передбачає, що отримувачі медичних послуг самі можуть брати безпосередню участь у власному лікуванні. Біомедична модель ґрунтується на використанні методів лікування, які базуються на емпіричних дослідженнях. Модель одужання натомість пропонує віднайдення особистісного потенціалу та підтримку з боку рідних та найближчого оточення, що необхідні людям, аби впоратися зі своєю хворобою та працювати над покращенням здоров’я.

Хоча ці моделі часто представляють як протилежні одна одній, дослідники припустили, що вони доповнюють одна одну і можуть використовуватися разом (Jacob, 2015). Тому сьогодні багато програм включають обидві моделі, здійснюючи дослідження, щоб підтвердити ефективність обох моделей. Попри те, що існують безперечні переваги моделі одужання, засновані на суб’єктивному досвіді своєї хвороби, слід назвати потенційні недоліки використання цієї моделі. Оскільки модель одужання не передбачає одну-єдину програму (її компоненти відрізняються залежно від отримувача медичних послуг), буває важко виміряти її результати чи ефективність. Крім того, через специфіку деяких психічних розладів, виникають подекуди ускладнення для особи для її безпосередньої участі у керуванні власним планом лікування. Наприклад, особи із психотичними

розладами, можуть не вважати, що мають психічне захворювання. В інших випадках фізичного захворювання чи психічного розладу симптоми людини можуть бути настільки гострими, що вони потребують негайної медичної допомоги. У цій ситуації особа із психічним чи фізичним захворюванням не може сприяти чи вносити пропозиції щодо свого плану одужання, допоки не буде усунено симптоми. (National Alliance on Mental Illness).

Однією з головних переваг моделі одужання є те, що вона зосереджується на сильних сторонах особистості та її здатностях, а не на недоліках і патологіях. Особі під час лікування виказують довіру у застосуванні свого власного досвіду, управлінні своїм станом, а родина створює необхідну підтримку у забезпеченні якості життя.

Для нашого дослідження ця модель має важливе значення, адже слідування основним положенням цієї моделі забезпечує позитивне ставлення родини до особи із захворюваннями ШКТ, яке сприяє підвищенню якості життя останньої та організації ефективної взаємодії у родині. Важливою також є ця модель у дослідженні ЕЕ з боку медперсоналу для особи із хронічними захворюваннями ШКТ, адже, можемо припустити, що позитивне ставлення, на противагу критичній чи ворожій взаємодії медперсоналу та особи із захворюваннями ШКТ, сприятиме підтриманню якості життя та психологічного благополуччя.

Модель емоційного дистресу уведена J. Mendive. Автор зазначає, що емоційний дистрес зазвичай не використовується як конкретний стан у діагностиці, але покриває стани, з якими зустрічаються клінічні психологи та сімейні лікарі на рівні первинної ланки. Вчений визначає конкретні причини, які призводять до емоційного дистресу, а також зазначає, що емоційний дистрес призводить до проблем зі здоров'ям або загострює вже хронічні хвороби (Mendive, 2009). До них належать проблеми з освітою та навчанням, проблеми, пов'язані з роботою та працевлаштуванням, проблеми, пов'язані з місцем проживання, проблеми, пов'язані з негативними життєвими подіями у дитинстві, проблеми, пов'язані з нестачею соціальної підтримки з боку родини.

У контексті нашого дослідження емоційний дистрес осіб із хронічними хворобами ШКТ вивчається у контексті ЕЕ родини та медперсоналу щодо отримувача медичних послуг. Важливою думкою цієї моделі є те, що емоційний дистрес не передбачений діагностичними керівництвами такими, як DSM та ICD через те, що він може долатися самою особою за умови належної психосоціальної підтримки з боку найближчого оточення особи.

Рис. 2.1. Піраміда емоційного дистресу осіб із хронічними захворюваннями

Відтак, емоційний дистрес часто не потребує спеціалізованого втручання навіть на первинній ланці медичної чи психологічної допомоги. Результати вивчення моделі емоційного дистресу та занурення його у контекст осіб із хронічними захворюваннями ШКТ дають змогу зобразити емоційний дистрес у вигляді піраміди, у якій відображено емоційні переживання та необхідний психосоціальний супровід цих осіб. Таким чином, використання моделі емоційного дистресу як складової методології нашого дослідження створює ґрунт для вивчення проявів емоційного дистресу осіб із захворюваннями ШКТ та його динаміку відповідно до рівня ЕЕ родини та медперсоналу стосовно цих осіб.

Результати теоретичного аналізу літератури свідчать про те, що біопсихосоціальна модель, моделі одужання та емоційного дистресу слугують методологічними засадами для вивчення ЕЕ з боку родичів та медперсоналу стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Методологічні засади дослідження ЕЕ родини та медперсоналу стосовно осіб із захворюваннями ШКТ

№ з/п	Рівні методології	Основні положення	Операціоналізація у дослідженні
1	Біопсихосоціальна модель як голістична наукова парадигма	На противагу біомедичній парадигмі розгляд особи із захворюванням як суб'єкта із органічними (фізіологічні прояви захворювання), психологічними (особистісні риси та властивості) та соціальними (мікросистема, мезосистема, екосистема, макросистема) особливостями	Дослідження взаємозв'язку здоров'я та управління хворобою, особистісних рис піклувальників та отримувачів медичних послуг, ЕЕ родини (мікро-система) та медперсоналу (мезо-система) щодо особи з захворюваннями ШКТ та ефект ЕЕ на її якість життя, психологічне благополуччя; вплив пандемії COVID-19 (екосистема) на стан здоров'я та благополуччя осіб із захворюваннями ШКТ; вплив стигми (макро-система) щодо осіб із захворюваннями на якість життя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ; визначення стигми як прояв ЕЕ до отримувачів медичних послуг з боку суспільства, що функціонує на рівні макросистеми.

Закінчення табл. 2.1

2	Модель одужання	Цілісний, особистісно-орієнтований підхід щодо підтримки фізичного і психічного здоров'я	Конструктивне ставлення отримувача медичних послуг до хвороби, ефективне управління хворобою та саморегуляція як важливий чинник якості життя, пов'язаної із хворобою
3	Модель емоційного дистресу	Емоційний дистрес як сукупність негативних психічних станів, які покращуються за правильно організованої психосоціальної підтримки найближчого оточення, зокрема родини, медперсоналу і громадських об'єднань	Вивчення об'єктивного рівня ЕЕ з боку родини та медперсоналу, а також суб'єктивного переживання цього ЕЕ отримувачами медичних послуг, що виражається у відповідному реципрокному профілі ЕЕ між отримувачем медичних послуг-родичом-медпрацівником. Модель емоційного дистресу також передбачає спільні процеси самодопомоги та психосоціальної підтримки як базового рівня для зменшення емоційного дистресу, викликаного захворюванням.

Таким чином, біопсихосоціальна модель передбачає дослідження взаємозв'язку здоров'я та управління хворобою, особистісних рис піклувальників та отримувачів медичних послуг, ЕЕ родини (мікро-система) та медперсоналу (мезосистема) щодо особи з захворюваннями ШКТ та ефект ЕЕ на її якість життя, психологічне благополуччя; вплив пандемії COVID-19 (екосистема) на стан здоров'я та благополуччя осіб із захворюваннями ШКТ; вплив стигми (макросистема) щодо осіб із захворюваннями на якість життя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Важливим напрямом нашого дослідження вважаємо вивчення стигми як комплексного прояву ЕЕ на рівні макросистеми. Цей напрям є новий у сучасній психологічній літературі, і входить до одного із завдань нашого дослідження прояву ЕЕ до отримувачів медичних послуг. Так, G. Castillo та ін. пропонують впроваджувати соціо-екологічний підхід для організації психологічних інтервенцій для громади з метою формування готовності останньої здійснювати підтримку особам із хронічними захворюваннями (Castillo et al., 2019). У 2015 році до основних напрямів психологічної роботи з громадами віднесено 1) робота з усіма рівнями громади: окремими особами, сім'ями, інституціями, організаціями; 2) інформування громади про її виняткову роль у збереженні психічного та фізичного здоров'я усіх членів громади; 3) формування пріоритетів у діяльності громади, серед яких здоров'я є найбільшою цінністю.

Важливим аспектом цих напрямів є цілеспрямована робота з громадами, яка націлена на формування їхнього доброзичливого ставлення до осіб із хронічними захворюваннями. Вважаємо, що ЕЕ як конструкт, що виражає сукупність критичного і ворожого ставлення, а також ставлення з елементами гіперопіки до особи із захворюваннями, може бути не лише у комунікації з боку сім'ї і родини, а інших членів громади. Особливої стигматизації у цьому контексті набувають особи із захворюваннями ШКТ, як було показано у теоретичному розділі роботи. Тому дослідження ЕЕ з боку громади до особи із хронічними захворюваннями та формування у громади готовності до

ефективної комунікації з такими особами позитивно впливатиме на здоров'я усієї громади.

Модель одужання передбачає конструктивне ставлення отримувача медичних послуг до хвороби, ефективне управління хворобою та саморегуляцію як важливого чинника якості життя, пов'язаної із хворобою. Модель емоційного дистресу передбачає вивчення об'єктивного рівня ЕЕ з боку родини та медперсоналу, а також суб'єктивного переживання цього ЕЕ отримувачами медичних послуг, що виражається у відповідному реципрокному профілі ЕЕ між отримувачем медичних послуг-родичом-медпрацівником. Модель емоційного дистресу також передбачає спільні процеси самодопомоги та психосоціальної підтримки як базового рівня для зменшення емоційного дистресу, викликаного захворюванням.

Розглянуті моделі дають змогу віднайти оптимальні підходи до вироблення методології дослідження ЕЕ з боку родичів та медперсоналу стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. Водночас, кожна з цих моделей має свої особливості, які необхідно враховувати в емпіричному й експериментальному дизайнах дослідження.

Розроблення методологічних засад дослідження ЕЕ родини щодо осіб із хронічними захворюваннями ШКТ дає змогу зробити висновок про доцільність використання сучасних теоретичних моделей, підібрати адекватний меті і завданням дослідження психодіагностичний інструментарій та здійснити комплексне вивчення конструкту ЕЕ.

2.2. Методи та методики організації дослідження емоційної експресивності

Вибірку дослідження для проявів ЕЕ стосовно осіб із захворюваннями ШКТ склали 119 особи, які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному й проктологічному відділеннях КЗ «Волинська обласна клінічна лікарня». Після отримання згоди на дослідження і

заповнення бланків опитувальників, відбулося остаточне формування вибірки у кількості 118 особи. 1 особа не повністю/некоректно заповнила бланки опитувальників, відповідно ці дані не були використані у дослідженні. При діагностиці сприйнятої ЕЕ з боку сім'ї досліджуваним надавалася інструкція уявити члена родини, який контактує із ними щонайменше 10 годин щотижня. Окрім цього у дослідженні взяли участь 88 найближчих родичів (23 опитувальника виявилися неповними серед 111 досліджуваних), внаслідок чого утворилося 88 діад, дані яких є придатними для аналізу: особа із захворюваннями ШКТ та її найближчий родич.

У період карантинних обмежень і вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19 (квітень-червень 2020) була складена вибірка з 18 осіб із хронічними захворюваннями ШКТ з КП «Волинська обласна клінічна лікарня». У дослідженні використовувався опитувальник самооцінювання стану здоров'я та благополуччя (Patient-Reported Health Outcome Measure-Core Thrive Items) для визначення психологічних наслідків пандемії для цих осіб. Також було опитано 50 осіб медперсоналу (письмовий наратив «Мій досвід роботи із особами із хронічними захворюваннями ШКТ під час пандемії»), які працювали із цими особами під час пандемії в проктологічному та гастроентерологічному відділенні. Вік досліджуваних становить від 19 до 70 років, середній вік становить 45 років, з них 66% осіб жіночої статі та 34% осіб чоловічої статі.

Експериментальна робота з апробації опитувальника HASMID здійснювалася упродовж 2018-2021 років із врахуванням основних психометричних вимог щодо перекладу, культурної апробації і стандартизації тестів. Експериментальна вибірка становила 310 осіб із хронічними хворобами ШКТ у КЗ «Волинська обласна клінічна лікарня», віком від 18 до 68 років, середній вік 44,86±13,66. Визначення психометричних характеристик відбувалося за неповним «лоскутним» експериментальним планом.

Експериментальна програма когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми впроваджувалася у КЗВО «Волинський медичний інститут» у грудні 2022 року. До експериментальної (n=47) та контрольної (n=33) груп увійшли слухачі відділення післядипломної освіти загальної практики сімейної медицини, а також медсестри реанімаційних, проктологічних й гастроентерологічних відділень. Для діагностики ЕЕ було використано *шкалу ставлення родини (Family Attitude Scale, FAS),* призначену для вивчення ставлення родини до осіб із хронічними захворюваннями, яка була адаптована до визначення ставлення медпрацівників до отримувачів медичних послуг. Також було використано опитувальник для діагностики морального дистресу, запропонованого S. Kälvemark та ін. (Kälvemark et al., 2004) (Див. Додаток А).

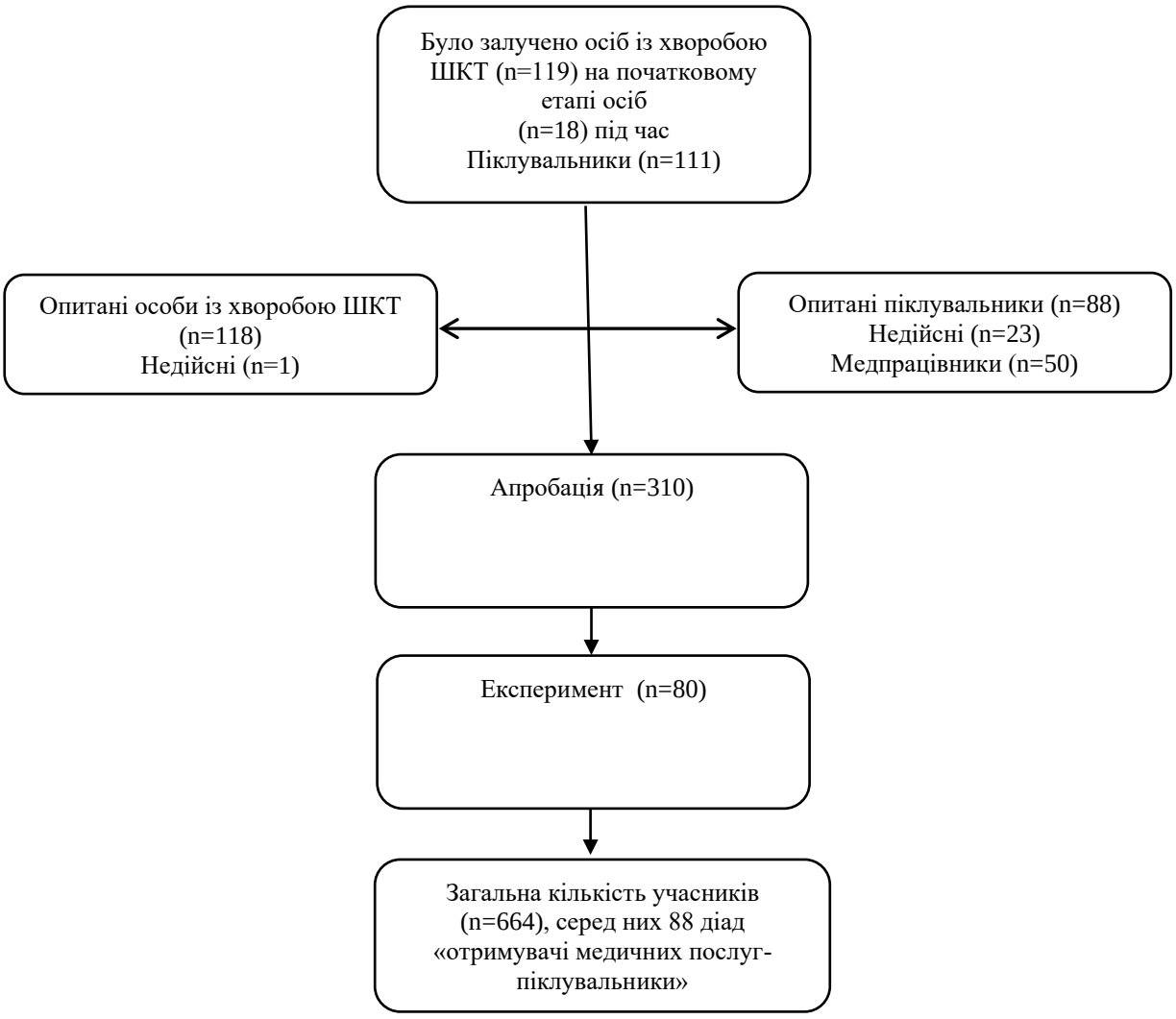


Рис. 2.2. Рекрутація учасників дослідження

На думку цих вчених, моральний дистрес медперсоналу часто слугує перепоною для налагодження їхньої ефективної взаємодії з отримувачами медичних послуг, й знижує професійну якість життя медиків.

Таким чином, усього у дослідженні взяло участь 664 особи, дані яких обраховувалися та інтерпретувалися. При діагностиці сприйнятої ЕЕ з боку сім'ї досліджуваним надавалася інструкція уявити члена родини, який контактує із ними щонайменше 10 годин щотижня (див. рис. 2.2).

У дослідженні було використано методи і методики дослідження відповідно до означеного предмета і мети**.**

1. *Опитувальник «Управління хворобою та саморегуляція осіб із хронічним захворюванням»*, який було адаптовано з опитувальника «*Управління здоров'ям та саморегуляція осіб із цукровим діабетом»* (Health and Self-Management in Diabetes-HASMID), розроблений G. Carlton (Carlton et al., 2020). Вибір цього опитувальника обумовлений думкою G. Carlton про те, що цей опитувальник може широко використовуватися для вивчення осіб, захворювання яких потребують тривалого дотримання дієти. Зокрема опитувальник управління хворобою дає шлях для ґрунтовного вивчення впливу захворювання на чотири аспекти якості життя: контроль, труднощі, пов'язані із захворюванням, стрес та підтримка, а також високою надійністю і економністю у використанні. Невелика кількість запитань і нескладне використання опитувальника є особливо важливим в умовах клінічного дослідження. Опитувальник має високу надійність та валідність у вибірках осіб із тривалим дотриманням дієтичної харчової поведінки. Опитувальник містить 8 пунктів, які відповідають таким субшкалам: настрій, гострі напади хвороби, втомлюваність, соціальне обмеження, контроль, труднощі, стрес, соціальна підтримка; та оцінюються шкалою від 1 до 4, де 0=ніколи, 1=деколи, 2=зазвичай, 3=завжди. Максимальний бал за опитувальник становить 24, та означає низьку саморегуляцію і низький контроль за станом здоров'я, та відповідно низьку якість життя. Опитувальник містить зворотні

твердження, відповідно із зменшенням балів якість зазначених сфер покращується. Встановлено значущі кореляційні зв'язки між кожним пунктом опитувальника та загальним балом, коефіцієнт альфа Кронбаха становить <0.712 для усіх пунктів опитувальника. Таким чином, опитувальник має високі показники надійності і валідності.

2. *Шкала ставлення родини (Family Attitude Scale, FAS)* призначена для вивчення ставлення родини до осіб із хронічними захворюваннями (Kavanagh et al., 1997). В інструкції досліджуваних родичів просять оцінити власне ставлення до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ упродовж останнього місяця, оцінюючи 30 тверджень за шкалою вид 0 до 30, де 0-ніколи, 4-кожен день. Високі бали за шкалою передбачають високий рівень критичності, ворожості, емоційної гіперопіки та низький рівень теплоти у стосунках, які зіставляються із субшкалами «золотого стандарту» для діагностики ЕЕ – сімейним інтерв'ю Кембервела (CFI) (Camberwell Family Interview). Kavanagh та ін. зазначають про високу надійність та валідність шкали. (Kavanagh et al., 1997) Альфа Кронбаха становить 0,90. У дослідженні використовується середній бал отриманий за усі 30 тверджень.

3. *Методика для діагностики якості життя* (М. Фетискин**)**, яка містить такі шкали: матеріальне забезпечення, житлові умови, родина, харчування, кохання, дозвілля, становище у суспільстві, духовні потреби, здоров'я, які оцінюються досліджуваними за шкалою від 0 до 100. Вибір методики обумовлений тим, що у сучасних дослідженнях підкреслюється зв'язок між ефективним управлінням хворобою і якістю життя (Eypasch et al., 1995). Також результати останніх досліджень вказують на те, що у випадках хронічних хвороб важливим показником самопочуття осіб із діагнозом є не одужання, яке часто є неможливим, а саме рівень якість життя, пов'язана із хворобою, що й є маркером успішного лікування. У цих працях також зазначається, що за сучасною тенденцією якість життя осіб із хронічними захворюваннями пов'язана із ЕЕ їхніх родичів та медперсоналом. Таким чином, досліджуючи якість життя за запропонованими шкалами, можна

визначити прояви різних аспектів якості життя відповідно до рівня ЕЕ. Відтак, у нашому дослідженні буде використовуватися для емпіричної операціоналізації два окремих поняття: якість життя та якість життя, пов'язана із хворобою.

4. *Шкала для оцінки сприйнятої критичності* (Hooley & Teasdale, 1989). Шкала представлена двома твердженнями: *Оцініть, будь ласка, від 1 до 10 наскільки Вас засмучує, коли найближчий до Вас член сім'ї Вас критикує*. Друге твердження *Оцініть, будь ласка, від 1 до 10 наскільки засмучується найближчий до Вас член сім'ї, коли Ви його критикуєте.* Шкала має високі показники тестової надійності і конструктивної валідності із іншими діагностичними методиками ЕЕ. За даними авторів, коефіцієнт альфа Кронбаха становить <0,785 для усіх пунктів опитувальника На думку вчених, важливого значення набуває не стільки власне критичність, як сприйнята критичність, адже саме тоді ми маємо визначення ставлення родичів чи медперсоналу, як його сприймає особа із захворюванням. Як зазначалося у теоретичному аналізі, саме суб'єктивна думка користувачів медичних послуг є більш важливою ніж об'єктивний рівень ЕЕ. Адже ставлення з елементами критики чи гіперопіки по-різному може сприйматися особами, і відповідно мати різний вплив на їхню якість життя. Окрім того, із усіх видів ЕЕ, за результатами останніх досліджень, саме критичність відіграє найбільшу роль у налагодженні якості життя особи із хронічним захворюванням (Hooley, Teasdale, 1989). Іншою важливою ідеєю розробки шкали є результати дослідження відповідного стилю ставлення як до особи із діагнозом, так і самого пацієнта до родича. Відповідний стиль ставлень був вперше досліджений на вибірці осіб із діагнозом булімія та анорексія. Результати цих досліджень засвідчили, що низький рівень ЕЕ родичів зіставляється із низьким рівнем ЕЕ осіб із діагнозом, і навпаки .

5. *Шкала для діагностики рівня ЕЕ* (Level of Expressed Emotion, pLEE), розроблена J. Cole і S. Kazarian (1988). Оригінальна шкала

складалася із 60 тверджень, які визначають критичне, вороже ставлення до осіб із діагнозом, а також гіперопіку з боку родичів. Методика обрана внаслідок того, що досліджує сприйнятий рівень ЕЕ, а також є легкою у використанні для клінічної вибірки. Методика апробована на різних національно-культурних вибірках, Європи та Азії, та підтвердила надійність і валідність. Встановлено значущі кореляційні зв'язки між кожним пунктом опитувальника та загальним балом, коефіцієнт альфа Кронбаха становить <0,826 для усіх пунктів опитувальника. Усі твердження оцінюються за шкалою від 0 до 4, де 0=зовсім не погоджуюся, 4=повністю погоджуюся. Твердження 2, 7, і 8 мають зворотній характер і обернений обрахунок. Максимальна кількість набраних балів 15 свідчить при низький рівень ЕЕ.

У нашому дослідженні було використано коротку форму цієї методики, стандартизовану B. Hale та ін. (2007)**.** Методика складається із 38 тверджень, і має чотири субшкали: сприйнята критичність, сприйнята гіперопіка, сприйняте роздратування, сприйнята нестача підтримки. Методика обрана внаслідок того, що має високу надійність та досліджує сприйнятий рівень ЕЕ, а також є легкою у використанні для клінічної вибірки. Встановлено значущі кореляційні зв'язки між кожним пунктом опитувальника та загальним балом, коефіцієнт альфа Кронбаха становить <.826 для усіх пунктів опитувальника. Усі твердження оцінюються за шкалою від 0 до 4, де 0=зовсім не погоджуюся, 4=повністю погоджуюся. Твердження 2, 7, і 8 мають зворотній характер і обернений обрахунок. Максимальна кількість набраних балів 15 свідчить при низький рівень ЕЕ.

6. *Шкала сприйнятої ЕЕ з боку медперсоналу* (The perceived Expressed Emotion in staff scale, pEEstaff), яка походить із опитувальника з 33 пунктів, запропонованого Gerlsma et al. (1992) із подальшим використанням факторного аналізу даних шкали LEE. Твердження були дещо видозмінені авторами Forster та кол. (2003), аби описати можливе ставлення власне медперсоналу до користувача медичних послуг. Особі із хронічним

захворюванням ШКТ пропонується така інструкція: «Оцініть кожне із 20 наведених тверджень за шкалою від 1 до 4, де 1 ніколи, 2 зрідка 3 зазвичай 4 завжди». Максимальна кількість балів 80, яка свідчить про високий рівень сприйнятої ЕЕ з боку медперсоналу.

7. *Опитувальник якості життя, пов'язаної з хворобою* (EQ-5D-3L) (Devlin et al., 2022). Опитувальник обрано внаслідок того, що він широко використовується в клінічних дослідженнях и визначає п'ять аспектів здоров'я: мобільність, самодопомогу, повсякденну активність, біль/дискомфорт та тривожність / депресію. Кожен із аспектів оцінюється за шкалою від 1 до 3, де 1 позначає відсутність проблем, а 3 – сильну ступінь вираження проблеми. Додаткове питання стосується самооцінки стану власного здоров'я сьогодні за шкалою від 0 до 100, де 0 – дуже поганий, і 100 – дуже гарний. Опитувальник є результатом використання клінічних дослідницьких протоколів у різних країнах, пройшов крос-культурну апробацію і рекомендований для дослідницьких цілей EuroQol Group. Максимальна кількість балів 15, що свідчить про максимальний рівень проблем, пов'язаних із хворобою.

8. *Опитувальник для діагностики темпераменту (коротка версія), the Temperament Evaluation – Short Version (TEMPS-A),* розроблений і стандартизований H. Akiskal (Akiskal et al., 2005). Опитувальник містить 39 тверджень, які зіставляються із афективними типами темпераменту, зокрема циклотимічним, дратівливим, гіпертимним, тривожним, депресивним типами. Опитувальник вирізняється високою надійністю, відповідно Альфа Кронбаха становить 0,91 для циклотимічного, 0,81 для депресивного, 0,77 для дратівливого, 0,76 – гіпертимного, 0,57 для тривожного типів. На думку авторів, цей опитувальник підходить для дослідження осіб із хронічними захворюваннями (284 осіб) та їхніх родичів (131 особа), оскільки розроблявся на вибірці здорових осіб та отримувачів медичних послуг. Оскільки автори встановили низку кореляційних зв'язків усіх субшкал опитувальника з різними особистісними властивостями, вважаємо, що ця методика емпірично

операціоналізує усі запропоновані теоретичні моделі ЕЕ. Так, встановлено позитивний кореляційний зв'язок між усіма субшкалами окрім гіпертимності з уникненням невдачі; між циклотимічним й гіпертимним типами та пошуком новизни. Окрім цього встановлено позитивні кореляційні зв'язки між гіпертимним типом та пошуком винагороди, наполегливості й цілеспрямованості.

9. *Опитувальник самооцінювання стану здоров'я та благополуччя* (Patient-Reported Health Outcome Measure-Core Thrive Items) (Wicks & McCaffrey, 2019). Опитувальник має високий показник внутрішньої узгодженості (альфа Кронбаха =0,712-0,879) та ретестової надійності (внутрікласова кореляція=0,749-0,912). Опитувальник спрямований на визначення стану загального здоров'я, впливу загального захворювання, проявів основних симптомів (біль, депресивний стан, тривожний стан, втома, стрес), мобільність (можливість вільного пересування), сон, особистісні прояви (мислення, емоції, особисті потреби, відповідальність, соціальна активність), благополуччя (самовартісність, сенс життя, зв'язок із життям, задоволення потреб) упродовж останнього місяця. Усі питання опитувальника оцінюються за 4 (вплив загального захворювання, благополуччя) або 5 (стан загального здоров'я, прояви основних симптомів, мобільність, сон, особистісні прояви) шкалою Лайкерта та характеризують різні аспекти фізичного й психічного здоров'я осіб.

Усі запитання починаються із сполучення *упродовж місяця,* що дало змогу нам оцінити стан досліджуваних у період карантинних обмежень, пов'язаних із пандемією COVID-19. Критеріями включення досліджуваних у вибірку були такі: загострення хронічної хвороби, госпіталізація, тривалість хвороби не менше ніж 1 рік. Серед основних діагнозів у досліджуваних були представлені такі: кила стравохідного отвору діафрагми, жовчнокам'яна хвороба, калькульоз жовчного міхура, поліпоз жовчного міхура, холецистит, поліпоз прямої кишки.

10.*Опитувальник для діагностики морального дистресу у медпрацівників* (Kälvemark et al, 2004). Опитувальник містіть 9 ситуацій, які потрібно оцінити за шкалою від 1 до 4, де 1=зовсім не стресово, 2=дещо стресово, 3=достатньо стресово, 4=дуже стресово, якщо доброчесне ставлення до конкретного пацієнта у порівнянні з іншими пацієнтами порушена. Прикладами таких ситуацій є ситуації, коли важко адаптувати і надати інформацію, яка відповідає специфічним потребам конкретного пацієнта; коли найбільш вимогливий пацієнт отримує найшвидшу допомогу; коли пацієнти змушені чекати тривалий час, доки отримують необхідні приписані ліки й процедури; ситуації погіршення якості наданих лікувальних процедур через дефіцит часу; ситуації, у яких працівник змушений діяти всупереч власної совісті; коли колеги зовсім не розуміють необхідності прийнятих складних рішень; різні думки та цінності колег не поважаться й не толеруються, не існує колегального обговорення професійних проблем між колегами й адміністрацією. Як зазначають автори методики, ситуації були відібрані ними внаслідок проведення фокус груп та якісного аналізу відповідей медпрацівників стосовно основних етичних дилем у виконанні професійних задач, взаємодії з пацієнтами та колегами (Kälvemark et al, 2004). Шкала має зворотний обрахунок (Див. Додаток А).

10.Останнє завдання для наших досліджуваних полягало у написанні твору «Як хвороба вплинула на Ваше життя», на матеріалі якого здійснювався психолінгвістичний аналіз текстів для виокремлення психолінгвістичних маркерів ЕЕ та стигми суспільства стосовно осіб із захворюваннями ШКТ. У дослідженні використовувалася українськомовна версія програми Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC), розроблена і апробована С. Засєкіним (2021).

Програма LIWC виявляє питому вагу слів із кожної категорії, яких у версії 2015 року налічується понад вісімдесят, установлюючи відсоток їхнього використання в тексті. В останній версії програми 2015 року словник налічує понад 10 тис. слів, кожне яких згруповано навколо

змістових категорій, наприклад, граматичних категорій, психологічних конструктів, категорій соціальних відношень типу «work», «religion», «family», «home», «leisure» і т.ін. Програму побудовано таким чином, що, зафіксувавши в тексті конкретне слово, машина приписує його до однієї чи декількох відповідних категорій.

LIWC містить два блоки – блок обробки та словники. Кожне слово в певному тексті корелює зі словом-відповідником зі словника. Слова класифіковано за їхньою належністю до функціональних (стильових) та повнозначних (змістових). До перших належать займенники, артиклі, прийменники, сполучники. До других – дієслова, іменники, прикметники, прислівники. Зацікавленість у дослідженні саме стильових слів пояснюється, наприклад, тим, що хоча пересічний носій мови в середньому має словник зі 100 тис. слів, лише 500 слів (приблизно 0,05%) складають функціональні слова. Проте саме ці слова складають близько половини всіх слів у його актуальному мовленні. Із психолінгвістичної перспективи, функціональні слова відбивають те, *як* люди спілкуються, а змістові слова передають те, *що* вони говорять. Тому стильові слова є психолінгвістичними індикаторами вимірювання змісту соціального та психологічного світів мовця (Pennebaker et al., 2015). У нашому дослідженні важливого значення набувають функціональні і змістові слова як маркери ЕЕ та стигми у суспільстві щодо хронічних захворювань ШКТ.

Окрім LIWC, у дослідженні використовувся метод контент-аналізу – метод, що застосовується у якісному вивченні систематичного й об’єктивного опису та класифікації вираженої або прихованої інформації тексту, шляхом підрахунку частоти присутності в тексті слів/ висловлювань, які надалі групуються в тематичні категорії (Засєкіна & Засєкін, 2008). Це метод якісно-кількісного аналізу змісту текстових масивів із метою подальшої інтерпретації виявлених числових закономірностей. Як зазначають Л. Засєкіна, С. Засєкін, навіть коли у нашому розпорядженні

невеликий масив текстів, закономірність наявності/ відсутності певної одиниці, зв'язку теж може бути суттєвою.

Таким чином, метод контент аналізу полягає в систематизованій фіксації і квантифікації одиниць змісту в досліджуваному матеріалі. Проведення контент аналізу вимагає дотримання вимог до організації його етапів і процедур. Найважливішим є визначення категорій аналізу – ключових елементів, що реєструються відповідно до завдань. Такі категорії, як, наприклад, кількість спонукальних мовленнєвих актів, частот відбиття окремих тем («хвороба», «сім'я», «здоров'я» і т. ін.), повинні бути вичерпними, охоплюючи всі частини фіксованого змісту тексту.

Метод контент аналізу знаходить своє широке застосування не лише у психолінгвістиці, а й у соціології, політології, психодіагностиці, у нашому дослідженні зокрема для аналізу наративів про хворобу.

Важливою перевагою контент аналізу у контексті нашого дослідження є та, що він дає змогу виявити й об'єктивувати приховані тенденції в наративах про хворобу, відносно точно реєструвати зовнішньо недиференційовані показники в масивах емпіричних даних, які вказують на конкретний тип ставлення до хвороби з боку отримувачів медичних послуг, а також наявність/відсутність стигми стосовно них із боку суспільства. Таким чином, контент аналіз сприяє об'єктивному виявленню присутніх у наративах про хворобу несвідомо породжуваних лексичних одиниць, тобто дає змогу дізнатися більше, ніж хотів сказати автор. Наприклад, постійне повторення в тексті якихось тем або вживання характерних формальних елементів чи конструкцій може не усвідомлюватися отримувачем медичних послуг, але встановлюється та певним чином інтерпретується у контексті дослідницьких запитань нашого дослідження.

У дослідженні також використовувався метод природного експерименту у сукупності констатувального й формувального етапів. Експериментальна програма когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми впроваджувалася у КЗВО «Волинський медичний інститут» у грудні 2022

року. До експериментальної (n=47) та контрольної (n=33) груп увійшли слухачі відділення післядипломної освіти загальної практики сімейної медицини, а також медсестри реанімаційних, проктологічних й гастроентерологічних відділень. Для діагностики на констатувальному й контрольному зрізах було використано *шкалу ставлення родини (Family Attitude Scale, FAS),* призначену для вивчення ставлення родини до осіб із хронічними захворюваннями, яка була адаптована до визначення ставлення медпрацівників до отримувачів медичних послуг. В інструкції досліджуваних просять оцінити власне ставлення до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ упродовж останніх місяців, оцінюючи 30 тверджень за шкалою вид 0 до 30, де 0-ніколи, 4-кожен день. Високі бали за шкалою передбачають високий рівень критичності, ворожості, емоційної гіперопіки та низький рівень теплоти у стосунках. Також було використано опитувальник для діагностики морального дистресу, запропонованого S. Kälvemark та ін., який містить перелік 9 ситуацій, кожна з яких викликає певну реакцію і оцінюється за шкалою від 0 до 4, де 0 – не викликає стрес, а 4 – викликає значний стрес. Максимальна кількість балів 36 свідчить про високий рівень морального дистресу медпрацівників.

2.3. Культурна адаптація та стандартизація опитувальника «Управління хворобою та саморегуляція осіб із хронічним захворюванням»

Як зазначалося у підрозділі 2.1., у сучасній психології дедалі поширенішим постає голістичний підхід до дослідження фізичного чи психічного захворювання, що поєднує у собі біологічний, психологічний та соціальний аспекти. У парадигмі медичної психології цей підхід отримав назву біопсихосоціальної моделі, детально описаної у праці G. Engel (1978).

Сучасні вчені підкреслюють тісний зв'язок між ефективним управлінням хворобою, психологічним благополуччям та якістю життя пацієнта із хронічним захворюванням та типом відносин, у яких цей пацієнт перебуває (Cole & Reiss, 1993). Для визначення цього зв’язку вчені використовують термін ЕЕ.

У сучасних зарубіжних дослідженнях саме ЕЕ є центральним поняттям у ставленні членів родини до особи із хронічним захворюванням. У російській науковій літературі використовується термін «виражені емоції» (Колотильщикова та ін., 2019), який, на наш погляд, не відображає усю повноту початкового терміна «expressed emotion», адже йдеться не про емоції, а про специфіку ставлення (критичного, ворожого, з емоційною гіперопікою) стосовно отримувача медичних послуг. Водночас М.Денисенко ще у 2011 році уводить у науковий обіг інший переклад англомовного терміна «expressed emotion», а саме «емоційна експресивність», який нам видається зручним та змістовним для використання у вітчизняній психологічній літературі. Адже саме цей термін імлікує спектр емоційного ставлення до особи з хронічними захворюваннями (Денисенко, 2011).

Важливою проблемою у вивченні ЕЕ є питання методу дослідження, оскільки бракує психодіагностичного інструментарію для дослідження ЕЕ та якості життя, зумовленої хворобою. У цьому контексті важливе місце посідає опитувальник управління захворюванням як необхідна складова якості життя особи із хронічним захворюванням. Відтак, метою цього етапу нашого дослідження є культурна адаптація та стандартизація опитувальника «Управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюванням» (Health and Self-Management in Disease-HASMID).

Вчені J. Carlton та ін. запропонували опитувальник «Управління здоров’ям та саморегуляція осіб із діагнозом цукровий діабет» та продемонстрували його високі психометричні властивості (Carlton et al., 2020) . Враховуючи те, що діабет є хронічним захворюванням, яке потребує

високої самодисципліни та дотримання пожиттєвої дієти, а також думку авторів опитувальника про доцільність його використання в осіб із дотриманням тривалих дієт, ми вирішили здійснити культурну адаптацію цього опитувальника у контексті осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. Вчені зазначають, що внаслідок швидкого поширення хронічних захворювань, які потребують дотримання суворої дієти, значно змінюється стиль життя особи, родини та суспільства загалом. Більше того спостерігаються негативні зміни як у житті осіб із хронічними захворюваннями, так і економічному бюджеті країн, які здійснюють значні витрати на лікування цих отримувачів медичних послуг. Відтак, розроблення опитувальника, який діагностує ефективність управління хронічним захворюванням на індивідуальному рівні, є легким і економним у використанні, має велику практичну значущість як на індивідуальному, так і суспільному рівні.

J. Carlton та ін. ґрунтовно описали процедуру розроблення оригінальної версії опитувальника, яка містила п’ять послідовних етапів (Carlton et al., 2020). На першому етапі здійснювався теоретичний аналіз літератури, внаслідок чого на наступному етапі виділялися ключові теми, які повинні увійти в опитувальник.

Також на другому етапі здійснювалися консультації з отримувачами медичних послуг та профільними ґромадськими організаціями для обговорення цих тем. На третьому етапі проводилося напівструктуроване інтерв’ю, та визначалися основні питання опитувальника.

На четвертому етапі здійснювалася діагностика осіб із хронічним захворюванням за допомогою цього опитувальника та результати зіставлялися з профілем здоров’я отримувача медичних послуг (Patients’ Health Profile).

На останньому етапі у цільових фокус-групах здійснювалася остаточна апробація опитувальника. Результати дослідження у фокус-групах засвідчили значущі високі кореляційні зв’язки між кожним

пунктом опитувальника та загальним балом, коефіцієнт внутрішньої узгодженості альфа Кронбаха для (n=3187) становить <0.84 для усіх пунктів опитувальника. Таким чином, опитувальник має високі показники надійності і валідності.

Під час адаптації опитувальника на українськомовній вибірці ми враховувати досвід і ґрунтовний аналіз процесу розробки і апробації цієї методики авторами в різних країнах та отримали дозвіл від авторів оригінальної версії опитувальника для подальшої роботи з ним на українськомовній вибірці.

Експериментальна робота з апробації опитувальника здійснювалася упродовж 2018-2022 років із врахуванням основних психометричних вимог щодо перекладу, культурної апробації і стандартизації тестів. Експериментальна вибірка становила 310 осіб із хронічними хворобами ШКТ у КЗ «Волинська обласна клінічна лікарня», віком від 18 до 68 років, середній вік 44,86±13,66 (див. табл. 2.2). Визначення психометричних характеристик відбувалося за неповним «лоскутним» експериментальним планом. Статистична обробка здійснювалося за допомогою комп'ютерної програми SPSS для Windows версії 26.

Процедура адаптації і стандартизації опитувальника містила два етапи. На *першому етапі* здійснювався переклад опитувальника і розроблялася його робоча версія. Під час перекладу проводилися консультації з авторами методики, а також здійснювався зворотний переклад (спочатку з англійської мови на українську, а згодом з української на англійську). На *другому етапі* визначалися психометричні властивості опитувальника: 1) доцільність і придатність виділених пунктів опитувальника (визначення коефіцієнтів кореляції для уникнення дублювання різних пунктів опитувальника; коефіцієнту вибірковості для визначення складності і дискримінативності, що виражають здатність окремих пунктів діагностувати загальний показник самоприйняття; 2) надійність – оцінка внутрішньої постійності тверджень (коефіцієнт $^{\alpha}$-

Кронбаха); оцінка надійності-стійкості (n=55) з інтервалом перетестування два тижня (коефіцієнт кореляції Пірсона); 3) конструктна (конвергентна) валідність (через кореляції зі шкалами інших опитувальників).

Таблиця 2.2

Описові параметри вибірки досліджуваних

	Кількість	Відсоток			
Стать: Жінка/Чоловік	180/130	58,1% 41,9%			
Тривалість хвороби до 1 року/понад 1 рік/понад 5 років	10/100/200	3,2% 32,3% 64,6%			
Сімейний стан: В шлюбі/вільна(ий)	260/50	83,9% 16,1%			
Член родини Партнер/ родич	190/120	61,3% 38,7%			
Професійний статус: Працюючий/ непрацюючий	160/150	51,6% 48,4%			
	N	Мін. значення	Макс значення	Сер. значен-ня	Серед. квадрат. відхилення
Вік	310	18	69	44,56	13,66

У результаті реалізації *першого етапу* було створено робочу версію опитувальника. Для перекладу опитувальника ми використовували рекомендації ВООЗ щодо перекладу психодіагностичного інструментарію (World Health Organization, 2020).

Л. Засєкіна та М. Козігора детально описують чотирьох-етапну процедуру, зокрема прямий переклад (3 перекладача, які обізнані з психологічною термінологією); група експертів для зворотного перекладу (2 особи), претестування та когнітивне інтерв'ю (3 особи, серед них 1 лікар, 1 особа із захворюванням ШКТ та 1 особа – шлюбний партнер отримувача медичних послуг); остаточну версію (Засєкіна & Козігора, 2022). Опитувальник має 8 субшкал, назви і твердження яких потребували конкретизації у перекладі. Так шкала 6 в оригіналі називається боротьба, що передбачало вирішення труднощів, пов'язаних із хворобою, зокрема прижиттєве дотримання дієти, медикаментозне лікування. Відповідно після консультацій із професійними перекладачами було прийнято рішення назвати шкалу як *Труднощі, пов'язані із захворюванням*. Шкала 3 в оригінальній версії називається енергія, хоча зміст тверджень пов'язаний із втомлюваністю і виснаженням, наприклад, *Ви завжди втомлюєтеся; Ви зазвичай втомлюєтеся; Ви деколи втомлюєтеся* і *Ви ніколи не втомлюєтеся*. Тому цю субшкалу було перекладено як *Втомлюваність*. Під час перекладу основна увага приділялася збереженню психологічного змісту, а не відтворенню лексичних і граматичних конструкцій. Водночас додаткова увага приділялася тому, аби мовні конструкції були когнітивно простими для сприйняття українськомовною аудиторією.

Після цього з метою перевірки адекватності було здійснено зворотній переклад запрошеними перекладачами-експертами, для яких рідною мовою є англійська, і які не були знайомі з текстом оригіналу методики. Після отримання цих версій та обговорення спірних моментів, для емпіричної перевірки еквівалентності українськомовного варіанту дві форми опитувальника (українська та англійська) в різному порядку надавалися студентам із спеціальності «Прикладна лінгвістика» Волинського національного університету імені Лесі Українки (n=36). Після цього ми порівнювали середні значення і стандартні відхилення, отримані в групі за двома методиками.

Оскільки кількість вибірки перевищує правила *Центральної граничної теореми* (n=360>30), для кореляційного аналізу використовувався коефіцієнт Пірсона (r=0,601, p≤0,01) за двома методиками англійською і українською мовою, можемо констатувати адекватність і еквівалентність перекладу. Автори оригінальної методики також зазначають, що важливою субшкалою є субшкала соціальної підтримки, адже вона мала включати як підтримку з боку родини, медичного персоналу, так і спільноти. Ця субшкала є суголосною предмету нашого дослідження – ЕЕ, тому переклад отримав такий початковий вигляд: *Ви завжди відчуваєте підтримку під час лікування захворювання з боку родини, медичного персоналу, і спільноти; Ви зазвичай відчуваєте підтримку під час лікування з боку родини, медичного персоналу, і спільноти; Ви деколи відчуваєте підтримку під час лікування з боку родини, медичного персоналу, і спільноти; Ви ніколи не відчуваєте підтримку під час лікування з боку родини, медичного персоналу, і спільноти.*

Під час когнітивного інтерв'ю лікар-експерт запропонував використовувати термін захворювання замість хвороби, оскільки остання – це означення захворювання. Також це підтвердив споживач медичних послуг та його шлюбна партнерка, що термін *хронічне захворювання* краще для сприйняття ніж *хронічна хвороба*. Після повторного обговорення лікар-експерт запропонував вилучити термін *захворювання* взагалі із формулювання субшкали соціальної підтримки. Таким чином, *під час лікування свого захворювання* отримало вигляд *під час лікування*. Після подальшого обговорення отримувач медичних послуг зазначив, що підтримка може бути від різних людей, тому остаточна версія перекладу отримала такий вигляд*: Ви відчуваєте, що* ***завжди*** *отримуєте підтримку від свого оточення. Ви вважаєте, що* ***зазвичай*** *отримуєте підтримку від свого оточення. Ви вважаєте, що* ***деколи*** *отримуєте підтримку від свого оточення. Ви відчуваєте, що* ***ніколи*** *не отримуєте підтримку від свого оточення.*

Окреме обговорення стосувалося субшкали глікемічної коми в авторському опитувальнику, оскільки оригінальний опитувальник відносився до діагностики управління цукровим діабетом. Відповідно до консультацій із лікарем-експертом та особою із захворюваннями ШКТ стосовно основних побоювань, глікемічна кома була замінена на субшкалу *гострі напади захворювання*, які, за словами користувача медичних послуг з захворюваннями ШКТ, супроводжуються значними болями та страхом перед хірургічним втручанням.

Оскільки жоден із пунктів не дублював зміст попереднього твердження, у нашій версії опитувальника було залишено 8 субшкал із 4 твердженнями у кожній субшкалі. Як і в методиці оригіналу оцінювання здійснювалося за шкалою від 0 до 3, де 0 = відсутність будь-якого негативного впливу захворювання на якість життя особи із захворюванням ШКТ, і 3 = сильний негативний вплив на якість життя. Відповідно обрахування у методиці має зворотній характер, де 24 – неефективне управління хворобою і низька саморегуляція особи із хронічними захворюваннями ШКТ, і 0 – це відсутність негативного впливу захворювання, відповідно ефективне управління захворюванням і висока саморегуляція.

На другому етапі було визначено дискримінативність пунктів опитувальника (див. табл. 2.3), в результаті чого зроблено висновок про диференціальну потужність усіх тверджень. Оскільки кожне твердження має чотири варіанти відповідей (шкала від 0 до 4, де А = 0, Г = 3), при розрахунках використовувався коефіцієнт Пірсона (коефіцієнт кореляції кожного пункту опитувальника із загальним показником управління хворобою і саморегуляції особи із захворюваннями ШКТ).

Враховуючи наявність значущих кореляційних зв’язків між усіма субшкалами і відповідними твердженнями, та сумарним показником управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюваннями ШКТ, усі твердження були включені в текст перекладу опитувальника. Таким чином, остаточна версія опитувальника містить 32 пункти, усі з яких мають обернений порядок обрахунку.

Таблиця 2.3

Оцінка дискримінативної здатності кожного пункту опитувальника для діагностики управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюваннями ШКТ

Субшкали	Дискримінативність
Настрій	0,499**
Гострі напади захворювання	0,487*
Втомлюваність	0,657**
Соціальні обмеження	0,633**
Контроль	0,402*
Труднощі, пов’язані із захворюванням	0,584**
Стрес	0,702**
Соціальна підтримка	0,419*

Примітка: **p≤0,01.

Настрій

А. Ви **ніколи** не засмучуєтеся через дрібниці.

Б. Ви д**еколи** засмучуєтеся через дрібниці.

В. Ви з**азвичай** засмучуєтеся через дрібниці.

Г. Ви з**авжди** засмучуєтеся через дрібниці

2. Гострі напади захворювання

А. Ви **ніколи** не хвилюєтеся, що станеться гострий напад.

Б. Ви **деколи** хвилюєтеся, що станеться гострий нарад.

В. Ви з**азвичай** хвилюєтеся, що станеться гострий напад.

Г. Ви з**авжди** хвилюєтеся, що станеться гострий напад.

3. Втомлюваність і виснаження

А. Ви **ніколи** не втомлюєтеся.

Б. Ви д**еколи** втомлюєтеся.

В. Ви **зазвича**й втомлюєтеся.

Г. Ви з**авжди** втомлюєтеся.

4. Соціальні обмеження

А. Дієта **ніколи** не обмежує плани Вашого дня.

Б. Дієта **деколи** обмежує плани Вашого дня.

В. Дієта **зазвичай** обмежує плани Вашого дня.

Г. Дієта **завжди** обмежує плани Вашого дня.

5. Контроль

А. Ви відчуваєте, що маєте **значний** контроль над дотриманням Вашої дієти.

Б. Ви відчуваєте, що маєте **помірний** контроль над дотриманням Вашої дієти.

В. Ви відчуваєте, що маєте **незначний** контроль над дотриманням Вашої дієти.

Г. Ви відчуваєте, що маєте **слабкий** контроль над дотриманням Вашої дієти.

6. Труднощі, пов’язані із захворюваннями

А. Ви **ніколи** не вважаєте, що життя з хронічними шлунково-кишковими захворюваннями – це боротьба.

Б. Ви **деколи** вважаєте, що життя з хронічними шлунково-кишковими захворюваннями – це боротьба.

В. Ви з**азвичай** вважаєте, що життя з хронічними шлунково-кишковими захворюваннями – це боротьба.

Г. Ви з**авжди** вважаєте, що життя з хронічними шлунково-кишковими захворюваннями – це боротьба.

7. Стрес

А. Ви н**іколи** не вважаєте, що хронічні шлунково-кишкові захворювання додають стрес до Вашого життя.

Б. Ви д**еколи** вважаєте, що хронічні шлунково-кишкові захворювання додають стрес до Вашого життя.

В. Ви **зазвичай** вважаєте, що хронічні шлунково-кишкові захворювання додають стрес до Вашого життя.

Г. Ви з**авжди** вважаєте, що хронічні шлунково-кишкові захворювання додають стрес до Вашого життя

8. Соціальна підтримка

А. Ви вважаєте, що **завжди** отримуєте підтримку від свого оточення.

Б. Ви вважаєте, що **зазвичай** отримуєте підтримку від свого оточення.

В. Ви вважаєте, що **деколи** отримуєте підтримку від свого оточення.

Г. Ви вважаєте, що **ніколи** не отримуєте підтримку від свого оточення.

За допомогою процедури описової статистики було визначено показники складності пунктів українськомовного опитувальника (див. табл. 2.4). Враховуючи чотирьох-бальну шкалу оцінювання кожного твердження, до уваги бралися відповіді в діапазоні 0 балів - А і 3 бали - Г. Цей аналіз дав змогу переконатися, що в опитувальнику відсутні надто прості запитання і соціально бажані відповіді. Індекс складності повинен бути у діапазоні від 20% до 80%. Усі пункти опитувальника відповідали цій вимозі.

Таблиця 2.4.

Показники складності пунктів опитувальника для діагностики управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюваннями ШКТ

Субшкали	Складність
1.Настрій	22,6%
2.Гострі напади захворювання	41,9%
3.Втомлюваність	32,3%
4.Соціальні обмеження	45,2%
5.Контроль	37,5%
6.Боротьба	54,8%
7.Стрес	54,8%
8.Соціальна підтримка	37,5%

Опитувальник має високу ступінь узгодженості (коефіцієнт $^{\alpha}$-Кронбаха –0,711), що свідчить про його високу надійність. Ретестова надійність є значущою, про що свідчить показник кореляції Пірсона при повторній діагностиці досліджуваних (n=55) з інтервалом у два тижні (r_s=0,679, p≤0,01).

Таблиця2.5

Кореляційні зв'язки показників управління хворобою та саморегуляції осіб із захворюваннями ШКТ із показниками якості життя

Змінні	УЗС	Н	Г	В	СО	КС	Т	С	ЯЖ
УЗС	-	0,58**	0,37*	0,76**	0,58**	0,16	0,66**	0,61*	-0,45*
Н	0,58**	-	0,22	0,21	0,28	0,05	0,16	-0,09	0,03
ГНЗ	0,366*	0,22	-	0,19	0,18	0,10	-0,01	0,04	-0,14
В	0,76**	0,21	0,19	-	0,50**	-0,09	0,52**	0,44**	-0,42**
СО	0,58**	0,28	0,18	0,50**	-	-0,01	0,21	-0,01	-0,32
К	0,16	0,048	0,10	-0,09	-0,01	-	-0,06	-0,07	0,01
Т	0,66**	0,16	-0,01	0,53**	0,21	-0,06	-	0,44**	-0,31
С	0,61**	0,24	0,04	0,44**	-0,01	-0,07	0,44**	-	-0,33
ЯЖ	-0,45**	0,03	-0,14	-0,42**	-0,32	0,01	-0,31	0,33	-

Примітка: **p≤0,01, УЗС-управління захворюванням та саморегуляція, Н-настрій, ГРЗ-гострі напади захворювання, В-втомлюваність, СО-соціальні обмеження, К-контроль, Т-труднощі, С-стрес, СП-соціальна підтримка.

Оцінка конструктної валідності здійснювалася із зіставленням показників управління здоров'ям та саморегуляції осіб із захворюваннями ШКТ із показниками якості життя. Методика для діагностики якості життя

(М. Фетискин**)** містить такі шкали: матеріальне забезпечення, житлові умови, родина, харчування, кохання, дозвілля, становище у суспільстві, духовні потреби, здоров’я, які оцінюються досліджуваними за шкалою від 0 до 100.

Результати кореляційного аналізу відображено у таблиці 2.5.

Наше дослідження використовує опитувальник pLEE, який містить чотири фактори: сприйняття нестачі емоційної підтримки, сприйнята гіперопіка, сприйняте роздратування та сприйнята критика. Усі пункти опитувальника оцінюються за шкалою від 1 до 4 за мірою інтенсивності чи частотності (1: не згоден, 2: дещо не згоден, 3: частково згоден, 4: повністю згоден). Сумарний показник сприйнятого pLEE становить 38 і тлумачиться як рівень сприйнятої ЕЕ.

Дотримуючись загальних рекомендацій ВООЗ щодо перекладу психометричних інструментів (2000), ми використали чотириступеневу процедуру, що включала прямий переклад (3 перекладачі, знайомі з термінологією психології здоров'я); групу експертів для зворотного перекладу (2 особи) та валідизація експертами; претестування та когнітивне інтерв'ю; фінальну версію.

На першому етапі ми порівняли три версії перекладеного тексту Опитувальника «Рівень емоційної експресивності». Ми досягли консенсусу щодо остаточного тексту перекладу опитувальника. Обговорювався вибір слів та граматичних конструкцій у кожному випадку. Цей етап спрямований на пошук концептуального еквівалента слова або словосполучення замість дослівного перекладу. Усім перекладачам було дано інструкцію перекласти оригінальний термін у найбільш відповідний спосіб, враховуючи його зміст.

Потім двоє перекладачів (для одного з них англійська мова була рідною, а українська – другою, а для іншого – навпаки) виконали зворотний переклад. Перекладачі працювали незалежно і не знали про оригінальну версію опитувальника. На цьому етапі зворотний переклад мав на меті зосередитися на концептуальній та культурній, а не на мовній еквівалентності. У випадках

розбіжностей експертна група, до якої входили перекладачі прямого та зворотного перекладу, шукала задовільну версію перекладеного тексту.

Ми поверталися до українського варіанту, коли різні лексичні одиниці передавали те саме значення. Ми намагалися знайти більш точні лексичні еквіваленти запропонованого значення. Науковці кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки (n=5) обговорювали кожен пункт для валідизації змісту перекладеної версії. Кожен пункт обговорювався щодо структури речення, зрозумілості, чіткості визначення, релевантності та чутливості. Таким чином, основними етапами валідизації pLEE були чіткість висловлення/формулювання, релевантність (відповідність контексту), емоційність (здатність викликати певні емоції) та пропозиції щодо альтернативних формулювань.

На етапі претестування та когнітивного інтерв'ю ми визначали валідність змісту опитувальника та загальну задоволеність кожним пунктом опитувальника. Для цього ми зібрали групу клінічних психологів (n=10) кафедри загальної та клінічної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки, які мають не менше п'яти років досвіду роботи з підлітками та дорослими з порушеннями психічного чи фізичного стану. Враховуючи специфіку цього опитувальника, який визначає сприйняту поведінку близького оточення стосовно отримувачів медичних послуг, до складу претестових респондентів були включені клінічні психологи, які мають досвід роботи в школах та лікарнях.

Після отримання згоди від учасників розмова записувалася на диктофон, а згодом транскрибувалася. Група експертів отримала опитувальник заздалегідь, прочитала всі твердження, зафіксувала свої зауваження щодо кожного пункту і, за потреби, запропонувала альтернативні лексичні одиниці. Для оцінювання тверджень використовувалися ті самі критерії, що й на попередньому етапі. Результатом цього етапу стало отримання остаточного варіанту української версії pLEE. Релевантність контексту передбачає

відповідність тверджень самозвіту ставленню та поведінці близьких. Зрозумілість висловлювання / чіткість вказує на правильність формулювань. Якщо необхідно було повторити твердження або уточнити, що малося на увазі, таке твердження переглядалося ще раз.

Отримані дані свідчать про те, що опитувальник pLEE відповідає більшості вимог щодо релевантності та зрозумілості. Однак респонденти розмірковували над твердженнями відповідно до свого професійного досвіду та пропонували варіанти культурної адаптації.

Релевантність тверджень.

У таблиці 2.6 наведено твердження, які є прикладами культурної адаптації.

Таблиця 2.6

Приклади тверджень, які є основою культурної адаптації тверджень, за ступенем релевантності

№ з/п	Англійський оригінал	Український переклад
3	Are considerate when I'm ill	Дбають про мене, коли я хворію
4	Can see my point of you	Поділяють мою точку зору
6	Are understanding if I make a mistake	З розумінням ставляться до моїх помилок
8	Understand my limitations	З розумінням ставляться до моїх обмежень через хворобу
13	Accuse me of exaggerating when I say I'm unwell	Звинувачують мене в перебільшенні, коли я кажу, що почуваюся погано
16	Are willing to gain more information to understand my condition when I'm not feeling well.	Хочуть більше дізнатися, щоб зрозуміти мій стан, коли я почуваюся погано.
25	Can't think straight when things go wrong	Не можуть мислити чітко, коли щось пішло не так

Клінічний психолог, який працює з тривожними розладами у підлітків та дорослих, запропонував внести зміни до пункта 3: «Я думаю, що граматичну конструкцію "when I am ill" в українській мові краще змінити з "коли я хворий" на "коли я хворію". Це допоможе уникнути ускладнень із граматичними конструкціями на позначення статі в українській мові».

Клінічний психолог, що працює з підлітками з СДУГ, вважає деякі формулювання в пункті 3 є недоречними: «На мою думку, слово "уважний" не відповідає контексту, оскільки означає когнітивний процес. Він часто асоціюється з розладами, пов'язаними з дефіцитом уваги. Тому найбільш доречним в українському контексті є слово "дбайливий"».

Клінічний психолог, який працює з психічними розладами у підлітків, запропонувала внести зміни до пункту 4: «Цей пункт передбачає не просто бачення чи навіть розуміння або осмислення; йдеться про співчуття та емпатію з боку значущих інших, коли людина має фізичне захворювання або психічний розлад. Тому, враховуючи лексичні норми української мови, ми запропонували правильний варіант "поділяти точку зору"».

Клінічний психолог з досвідом роботи в лікарні пропонує дещо змінити пункт 6, оскільки він виглядає надто складним для людини із психічним розладом: «Люди з психічними розладами часто не розуміють складних речень. Тому замість підрядного речення краще використовувати іменник "помилки". Мій досвід показує, що найкраще сприймаються найпростіші мовні форми та конструкції».

Клінічний психолог із досвідом роботи в лікарні з підлітками пропонує внести деякі зміни до пункту 8, вказуючи на релевантність опитувальника pLEE до якості життя, пов'язаної з хворобою: «Незрозуміло, які обмеження маються на увазі. Враховуючи контекст специфічного ставлення та поведінки щодо людини з фізичними або психічними розладами, слід уточнити, про які саме обмеження йдеться. Тому краще використовувати обмеження, пов'язані з хворобою».

Клінічний психолог із досвідом роботи з підлітками з психічними розладами в школі пропонує альтернативне формулювання до пункту 13: «Я думаю, що краще замінити "відчувати себе хворим" на "відчувати себе погано". Це пов'язано зі стигматизацією, особливо у підлітків, і це є бар'єром для них, щоб визнати, що вони нездорові. Фаза "почуватися погано" є більш нейтральною».

Клінічний психолог з досвідом роботи з підлітками висловила занепокоєння щодо 16, вказавши на його низьку релевантність контексту: «Словосполучення "вимагати інформацію" не здається релевантним до контексту питань здоров'я у відносинах між родичами та отримувачами медичних послуг. Особливо це звучить занадто складно для підлітків. Тому, на мою думку, цей пункт означає "знати більше про умови, за яких можна підтримати та допомогти члену своєї сім'ї"».

Клінічний психолог з попереднім досвідом роботи в лікарні запропонував внести зміни до пункту 25: «У цьому пункті йдеться про вміння мислити прямо, але не логічно. Йдеться не про абстрактне чи логічне мислення, а про розуміння стану члена сім'ї. Тому доречніше використовувати "думати чітко" замість "мислити логічно"».

При перекладі та культурній адаптації опитувальника pLEE ми намагалися якомога точніше передати формулювання та зміст оригінального тексту. Крім того, деякі пункти опитувальника були уточнені, скорочені або доповнені за результатами обговорень на всіх етапах, враховуючи контекст України та особливості функціонування осіб із порушеннями психічного або фізичного здоров’я.

Зрозумілість/чіткість тверджень.

Зрозумілість висловлювання / чіткість вказує на правильність формулювань. Під час когнітивного інтерв'ю деякі твердження потребують уточнення. У цьому випадку ці твердження були переглянуті ще раз.

Твердження 7 “*Make me feel relaxed when they are around*” спочатку було перекладено як "Дають мені розслабитися, коли вони поруч".

Дотримуючись рекомендації ВООЗ, що перекладач завжди повинен прагнути до концептуального еквіваленту слова або словосполучення, а не дослівного перекладу, ми трансформували остаточний варіант перекладу на "їхня присутність мене стримує.

Твердження 15 "Will not help me when I'm upset" спочатку було перекладено як "Не допомагають мені, коли я засмучений". Після когнітивного інтерв'ю та претестування респонденти зазначили, що неможливо допомогти, коли людина засмучена, і запропонували словосполучення "Байдужі до мене, коли я засмучений".

Твердження 19 "Expect the same level of effort from me, even if I don't feel well " після зворотного перекладу стало "очікують від мене такого ж рівня зусиль", що погіршує зрозумілість пункту. Після претестування та когнітивного інтерв'ю було запропоновано змінити переклад з "такого ж рівня зусиль" на "очікують від мене високої активності".

Твердження 27 "*Are always nosing into my business*" було розглянуто відповідно до рекомендацій ВООЗ щодо уникнення використання будь-якого жаргону, технічних термінів, які неможливо чітко зрозуміти, а також розмовної лексики, ідіом або просторічних термінів, які не можуть бути зрозумілими для звичайних людей у повсякденному житті (WHO, 2020). Однак, зважаючи на оригінальний текст та цільову аудиторію, остаточний варіант перекладу звучав так: "Завжди пхають ніс у мої справи".

На відміну від інших опитувальників з ЕЕ, опитувальник pLEE оцінює сприйняття ЕЕ. Він має чотирифакторну структуру для підлітків і дорослих. Крім того, дані постійно свідчать про те, що чотирифакторна модель РЕЕ підходить і для молодших, і для старших підлітків, а також для хлопців і дівчат. Таким чином, pLEE є цінним інструментом для оцінки ЕЕ та має надійні психометричні властивості.

Як зазначають E. Epstein та ін., будь-які методики для культурної адаптації будуть корисними, якщо вони сприятимуть передачі точного змісту висловлювань (Epstein et al., 2019). Тому в дослідженні було застосовано

покрокову інструкцію з перекладу та культурної адаптації психодіагностичного інструментарію, запропоновану ВООЗ. Враховуючи надійні психометричні властивості оригінального опитувальника pLEE, ми намагалися максимально точно дотримуватися змісту тверджень. Водночас, оскільки цільовою групою можуть бути підлітки та дорослі з фізичними захворюваннями або психічними розладами, деякі формулювання опитувальника були трансформовані з метою дотримання вимог релевантності та зрозумілості/чіткості. Результати дослідження свідчать про те, що українська версія pLEE може бути важливим психометричним інструментом для оцінки ЕЕ у підлітків та дорослих.

Результати валідизації дають уявлення про важливість поетапного процесу отримання різних мовних версій англомовного інструменту, які є концептуально еквівалентними в кожній із цільових країн/культур. Це актуалізує важливі питання щодо, по-перше, складності процесу перекладу та культурної адаптації психологічних інструментів, а по-друге, відсутності українськомовного психометричного інструментарію для оцінки ЕЕ. Крім того, pLEE може бути інструментом для оцінки іншого оточення людини із захворюванням, а саме медичного персоналу (Tanaka et al., 2015). У випадку підлітків та молодих людей з інвалідністю, pLEE також може вказувати на взаємний негатив у їхніх стосунках з однолітками та вчителями. Застосування pLEE в нових умовах може мати важливе практичне значення для досліджень і клінічних цілей.

Таким чином, українська версія pLEE відповідає повною мірою оригінальній версії опитувальника. Водночас, деякі пункти змінювалися чи вилучалися відповідно до семантичних, граматичних та стилістичних норм української мови. Українські версії опитувальників «*Управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюванням» та* шкали для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (pLEE) та HASMID, – перші психометричні інструменти для визначення ЕЕ в українському контексті охорони психічного й фізичного здоров'я.

2.4. Дослідницькі запитання та організація дослідження емоційної експресивності найближчого оточення стосовно отримувачів медичних послуг

Результати теоретичного вивчення літератури дали змогу визначити логіку дослідницьких запитань та організацію емпіричного й експериментального дослідження, яка становить основний каркас для ґрунтовного вивчення ЕЕ у різних вимірах її функціонування.

Як було зазначено вище, важливою проблемою вивчення ЕЕ як ставлення з елементами критичності, ворожості та гіперопіки стосовно отримувача медичних послуг є проблема адекватного методу дослідження. CFI як золотий стандарт вивчення ЕЕ є інформативним, водночас доволі затратним. Враховуючи той факт, що суб'єктами дослідження є особи із хронічними захворюваннями, метод дослідження має бути економним й інформативним, окрім того враховувати не лише рівень об'єктивного ставлення до особи, а й суб'єктивне переживання цього ставлення. Відповідно, як було показано у попередньому підрозділі, було обрано дві методики для культурної адаптації й стандартизації.

Перша – для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE), яка визначає, як отримувач медичних послуг сприймає ставлення найближчого оточення до неї. Друга методика – «Управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюванням» (Health and Self-Management in Disease-HASMID) є важливою для визначення стану отримувача медичних послуг із захворюваннями ШКТ, при цьому не лише у поточному моменті, а й в перспективі. Адже управління хворобою визначатиме якість життя, пов'язану з хворобою, у майбутньому.

Культурна адаптація й стандартизація методик пов’язана із методологічним виміром функціонування ЕЕ, який задає логіку *методологічних дослідницьких запитань*:

$ДЗ_{1;}$ Чи відповідає культурна адаптація й стандартизація методики HASMID (Health and Self-Management in Disease-HASMID) психометричним вимогам до психодіагностичного інструментарію?

$ДЗ_{2:}$ Чи відповідає культурна адаптація шкали для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE) усім етап культурної адаптації?

Таким чином, відповідь на дослідницькі запитання дає змогу визначити методологічний вимір функціонування ЕЕ з боку найближчого оточення до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Іншим важливим виміром у функціонуванні ЕЕ, на наш погляд, є експерієнтальний вимір, який висвітлює аспекти, як саме людина переживає досвід свого захворювання в термінах якості життя, управління хворобою й саморегуляції та яким чином цей досвід пов'язаний з ЕЕ з боку найближчого оточення. Також важливим є аспект якості життя й управління хворобою у стресових умовах, які у нашому дослідженні представлено екосистемою відповідно до біо-психосоціальної моделі – карантинними обмеженнями у період пандемії COVID-19. Експерієнтальний вимір задає логіку *експерієнтальних дослідницьких запитань:*

$ДЗ_3$: Чи існує взаємозв’язок між управлінням хворобою та якістю життя осіб із захворюваннями ШКТ?

$ДЗ_4$: Які особливості управління хворобою й саморегуляції та якості життя осіб із захворюваннями ШКТ під час карантинних обмежень у період пандемії COVID-19?

$ДЗ_5$: Якою є факторна структура управління хворобою та саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та як вона пов’язана з ЕЕ?

(ДЗ$_6$) Які особливості управління хворобою та якості життя осіб із захворюваннями ШКТ відповідно до демографічних характеристик отримувачів медичних послуг?

Таблиця 2.7

Організація дослідження відповідно до дослідницьких запитань

Методологічний вимір	**Експерієнтальний вимір**	**Феноменологічний вимір**	**Психолінгвістичний вимір**	**Експериментально-формувальний вимір**
Методологічне забезпечення вивчення проявів ЕЕ	Досвід переживання хронічного захворювання ШКТ (якість життя, управління хворобою й саморегуляція) та його зв'язок з ЕЕ	Об’єктивно існуючий рівень ЕЕ з боку найближчого оточення та суб’єктивне переживання ЕЕ	Прояв ЕЕ з боку медиків відповідно до типу їхнього професійно-медичного наративу.	Теоретична модель рис особистості як методологічна основа для вивчення ЕЕ родичів до особи із хронічними захворюваннями ШКТ.

Продовження табл. 2.7

Культурна адаптація й стандартизація методики «Управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюванням» (HASMID) як залежна змінна у дослідженні ЕЕ щодо отримувачів медичних послуг	Взаємозв'язок між управлінням хворобою та якістю життя	Взаємозв'язок між суб'єктивним переживанням ЕЕ, якості життя, пов'язаної з хворобою, та стану здоров'я особами.	Взаємозв'язок між ЕЕ піклувальників щодо осіб із захворюванням ШКТ та лінгвістичними маркерами й психологічними значущими категоріями їхнього мовлення.	Ефективність психоедукаційної когнітивно-поведінкової програми, спрямованої на зниження ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників.
Культурна адаптація шкали для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (pLEE)	Управління хворобою й саморегуляції та якості життя осіб у період пандемії COVID-19	Реципрок-ність ЕЕ (відповідність суб'єктивного переживання ЕЕ, ЕЕ з боку родичів; ЕЕ з боку медперсоналу	Взаємозв'язок між сприйнятою ЕЕ та агентивністю, спільнотою та наративною зв'язністю як маркерами конструювання значення в наративах про хворобу осіб із захворюваннями ШКТ.	

Закінчення табл. 2.7

	факторна структура управління хворобою та саморегуляції	Об’єктивно існуючий рівень ЕЕ з боку найближчого оточення та суб’єктивне переживання ЕЕ як предиктори якості життя, пов’язаної із хворобою.	Типи ставлення до хвороби осіб із хронічними захворюваннями ШКТ на основі контент-аналізу їхніх наративів про хворобу та фактори ризику й ресурсів їхньої якості життя за результатами психолінгвістичного аналізу наративів. про хворобу	
	Управління хворобою та якості життя осіб із захворюваннями ШКТ відповідно до демографічних характеристик отримувачів медичних послуг	Прояви суб’єктивного переживання ЕЕ відповідно до статусу родича (шлюбний партнер/інший родич).		

Висновки до розділу 2

У розділі відображено методологічні засади дослідження ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

У розділі також висвітлено результати дослідження відповідно до *методологічних дослідницьких запитань*:

$ДЗ_{1;}$ Чи відповідає культурна адаптація й стандартизація методики HASMID (Health and Self-Management in Disease-HASMID) психометричним вимогам до психодіагностичного інструментарію?

$ДЗ_{2:}$ Чи відповідає культурна адаптація шкали для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE) усім етап культурної адаптації?

1. Результати теоретичного аналізу літератури свідчать про те, що біопсихосоціальна модель, моделі одужання та емоційного дистресу слугують методологічними засадами для вивчення ЕЕ з боку родичів та медперсоналу стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Біопсихосоціальна модель передбачає дослідження взаємозв'язку здоров'я та управління хворобою, особистісних рис піклувальників та отримувачів медичних послуг, ЕЕ родини (мікро-система) та медперсоналу (мезосистема) щодо особи з захворюваннями ШКТ та ефект ЕЕ на її якість життя, психологічне благополуччя; вплив пандемії COVID-19 (екосистема) на стан здоров'я та благополуччя осіб із захворюваннями ШКТ; вплив стигми (макро-система) щодо осіб із захворюваннями на якість життя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Модель одужання передбачає конструктивне ставлення отримувача медичних послуг до хвороби, ефективне управління хворобою та саморегуляцію як важливого чинника якості життя, пов'язаної із хворобою.

Модель емоційного дистресу передбачає вивчення об'єктивного рівня ЕЕ з боку родини та медперсоналу, а також суб'єктивного переживання цього ЕЕ отримувачами медичних послуг, що виражається у відповідному реципрокному профілі ЕЕ між отримувачем медичних послуг-родичом-

медпрацівником. Модель емоційного дистресу також передбачає спільні процеси самодопомоги та психосоціальної підтримки як базового рівня для зменшення емоційного дистресу, викликаного захворюванням.

Розроблення методологічних засад дослідження ЕЕ родини до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ дає змогу зробити висновок про доцільність використання сучасних теоретичних моделей, підібрати адекватний меті і завданням дослідження психодіагностичний інструментарій та здійснити комплексне вивчення конструкту ЕЕ. Перспективним вважаємо використання біопсихосоціальної моделі, моделі одужання та моделі емоційного дистресу для покращення якості життя та психологічного благополуччя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

2. Для реалізації завдань та досягнення поставленої мети було використано такі методи й методики дослідження: *теоретичні*: аналіз, порівняння, узагальнення, синтез, систематизація наукових джерел із проблем ЕЕ, психологічних особливостей осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та їхньої якості життя; *емпіричні*: бесіда, тестування із застосуванням: опитувальника *Управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюванням* (Health and Self-Management in Disease-HASMID, J. Cartler); *методики для діагностики якості життя* (М. Фетискин**)**; шкали для оцінки сприйнятої критичності (Hooley & Teasdale); *шкали для діагностики рівня ЕЕ* (Level of Expressed Emotion Scale, LEE, Kavanagh et al.); *шкали сприйнятої ЕЕ з боку медперсоналу* (The perceived expressed emotion in staff scale, Forster et al.), *опитувальника якості життя, пов'язаної з хворобою* (EQ-5D-3L), о*питувальниак для діагностики темпераменту (коротка версія), the Temperament Evaluation – Short Version (TEMPS-A),* комп'ютерний метод психолінгвістичного аналізу текстів *Linguistic Inquiry and Word Count* (LIWC), J. Pennebaker, контент-аналіз, психологічний експеримент у сукупності констатувального й експериментального етапів.

3. Результати проведеного дослідження з культурної адаптації та стандартизації опитувальника «Управління хворобою та саморегуляція осіб

із захворюванням» (Health and Self-Management in Disease-HASMID) дають змогу дійти висновків про її високі психометричні властивості. Це дозволяє широко використовувати вказаний діагностичний інструментарій для розуміння якості життя осіб із захворюваннями ШКТ.

4. Культурна адаптація шкали для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE) відповідає необхідним етапам культурної адаптації відповідно до методичних рекомендацій, наданих ВООЗ, та містить чотирьох-етапну процедуру, зокрема прямий переклад; групу експертів для зворотного перекладу, претестування та когнітивне інтерв'ю; остаточну версію.

Список публікацій здобувача за результатами розділу 2

1. Пастрик Т.В. Культурна адаптація та стандартизація опитувальника управління захворюванням та саморегуляція осіб із захворюванням. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля - Сєвєродонецьк 1(57) Т.2. 2022 С.154-167.
1. Pastryk T. Methodology bases of studying relative's expressed emotion towards individuals with chronic gastrointestinal diseases Psychological Prospects Journal. Lutsk: Lesya Ukrainka Volyn National University, 2022. No.39.P.306-321 .https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-pas
2. Pastryk T. Conceptual models of relatives expressed emotion towards service users with gastrointestinal disease .International scientific innovations in human life. Proceedings of XII International Scientific and Practical Conference.Manchester, United Kingdom.8-10 June, 2022 Manchester. P.548-558.
3. Pastryk, T., & Kots, M. (2022). Translation and Cross-Cultural Adaptation of Expressed Emotion Measure. *East European Journal of Psycholinguistics*, *9*(1).

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ У КОНТЕКСТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА УПРАВЛІННЯ ХОРОБОЮ Й САМОРЕГУЛЯЦІЇ ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

У розділі відображено результати емпіричного дослідження, які висвітлюють специфіку прояву якості життя та управління хворобою й саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та зв'язок цих конструктів із рівнем емоційної експресивності стосовно цих осіб з боку родичів.

У розділі викладено результати емпіричного дослідження відповідно до *експерієнтальних дослідницьких запитань*, які висвітлюють специфіку якості життя та управління хворобою й саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та зв'язок цих конструктів із рівнем ЕЕ стосовно цих осіб з боку родичів.

(ДЗ$_3$)Чи існує взаємозв'язок між управлінням хворобою та якістю життя осіб із захворюваннями ШКТ?

(ДЗ$_4$) Які особливості управління хворобою й саморегуляції та якості життя осіб із захворюваннями ШКТ під час карантинних обмежень у період пандемії COVID-19?

(ДЗ$_5$**)** Якою є факторна структура управління хворобою та саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та як вона пов'язана з ЕЕ?

(ДЗ$_6$) Які особливості управління хворобою та якості життя осіб із захворюваннями ШКТ відповідно до демографічних характеристик?

3.1. Управління хворобою, саморегуляція та якість життя осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту

За даними ВООЗ, захворювання ШКТ входять до числа найбільш поширених, займаючи 3-4 місце серед всіх проблем зі здоров'ям. Вони мають масовий характер і притаманні всім віковим групам без виключення (Eypasch et al., 1995). Результати останніх досліджень А. Васильчик та ін. свідчать про тісний зв'язок захворювань ШКТ із вищою нервовою системою, і про тісний взаємозв'язок емоційної регуляції, управління хворобою й якості життя, пов'язаною з хворобою в отримувачів медичних послуг (Васильчик et al., 2019). Вчені також наголошують на підвищеному рівні тривожності у таких отримувачів медичних послуг.

Для того, щоб зрозуміти, як якість життя пов'язана з управлінням хворобою, важливо визначити концептуальні межі управління хворобою та саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями. Поняття управління здоров'ям / хворобою походить від сучасних досліджень, присвячених інноваційним технологіям, які може застосувати індивід для одужання чи підтримання здоров'я (Mazaheri, 2015).

Американська психологічна асоціація тлумачить управління хворобою як систему психологічних втручань із метою підтримки здоров'я отримувача медичних послуг із конкретним діагнозом (DeCleene & Fogo, 2012). Розвиток поняття управління здоров'ям/хворобою зумовлено низкою чинників. По-перше, збільшенням кількості населення із хронічними хворобами, які не передбачають одужання, а максимальну підтримку якості життя із цією хворобою. До таких хвороб належать і хвороби ШКТ, які окрім медикаментозного лікування передбачають також прижиттєве дотримання дієти, що значною мірою впливає на якість життя цих осіб.

Результати останніх досліджень свідчать про те, що хвороби ШКТ нерозривно пов'язані з нервовою системою. Зокрема порушення в

кишково-мозковій вісі призводять до таких фізичних і психічних захворювань, як синдром подразненого кишківника, депресія, хвороба Альцгеймера та розлади аутичного спектру (Person & Keefer, 2021). Захворювання ШКТ ускладняються тим, що окрім фізичних симптомів в особи відбувається значне погіршення функціонування у різних сферах життя, в соціальній взаємодії зокрема через необхідність дотримуватися певного режиму поведінки й харчування. Такі обмеження призводять не лише до скорочення важливих соціальних контактів, а й до часткової або повної непрацездатності особи. Таким чином, особи із хронічними захворюваннями ШКТ потребують особливої психологічної підтримки, оскільки вона сприятиме покращенню самопочуття цих осіб.

По-друге, розвиток первинної ланки охорони здоров'я у розвинених країнах світу та скорочення випадків госпіталізації при хронічних захворюваннях передбачає високу активність особи у регулюванні свого способу життя та покращення його якості. Як зазначає R. Cregg, немає сенсу повертати отримувачів медичних послуг в ті умови, в яких вони захворіли (Cregg, 2010). Тому важливо саме на первинній ланці із залученням родини забезпечити високу якість життя отримувачу медичних послуг.

Якість життя – це сукупна категорія сучасної психології, яка відповідно до парасолькового принципу, охоплює низку життєвих сфер людини. У нашому дослідженні ми обрали методику якості життя, запропоновану М. Фетискиним, оскільки ця методика охоплює 14 сфер, важливих для осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, зокрема харчування, здоров'я, психологічне благополуччя, соціальна підтримка і т. ін., яка широко досліджується у сучасній психології здоров'я та пов'язується із психологічним благополуччям особистості (Козлов et al., 2018).

Результати теоретичного аналізу свідчать про те, що зарубіжні дослідники у галузі клінічної психології часто ототожнюють якість життя і психологічне благополуччя особи із хронічним захворюванням, а точніше із відсутністю хронічних хвороб (Ягенський & Січкарук, 2007; Cregg, 2010).

Одне із найпоширеніших визначень якості життя – це благополуччя людини, яке досягається в результаті збалансованого поєднання негативних і позитивних аспектів життя, і нейтралізації негативних впливів на життєві сфери (Козлов et al., 2018).

Для уникнення термінологічної плутанини у нашому дослідженні ми послуговуємося визначенням якості життя як духовної й матеріальної комфортності, зокрема якість життя включає фізичне здоров'я, родину, освіту, роботу, достаток, релігійні переконання, екологічну ситуацію у місці проживання. Важливо розмежовувати якість життя і стандарти життя, адже останнє є економічним, а не психологічним терміном. Також ми чітко розводимо поняття якості життя – як збірне поняття та якість життя, пов'язану із хворобою.

Незважаючи на наявність досліджень із проблеми якості життя, пов'язаної з хворобою, якість життя й управління хворобою отримувачів медичних послуг із захворюваннями ШКТ не отримало комплексного висвітлення у науковій літературі. Існують дослідження стосовно ролі внутрішньої мотивації та самодетермінації для якості життя осіб із розладами харчової поведінки (Бурлачук & Шебанова, 2015), водночас ці дослідження не зосереджуються на захворюваннях ШКТ. Цим визначається актуальність постановки такого дослідницького запитання: Чи існує взаємозв'язок між управлінням хворобою та якістю життя осіб із захворюваннями ШКТ?

Вибірку дослідження склали 119 особи, які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному й проктологічному відділеннях КЗ «Волинська обласна клінічна лікарня». Після отримання згоди на дослідження і заповнення бланків опитувальників, відбулося остаточне формування вибірки у кількості 118 особи. У дослідженні було використано методики відповідно до означеного дослідницького завдання**.**

1. Управління хворобою та саморегуляція осіб із хронічним захворюванням, який було адаптовано з опитувальника *Управління здоров'ям та саморегуляція осіб із цукровим діабетом* (Health and Self-Management in

Diabetes-HASMID), розроблений J. Carlton (2020). Вибір цього опитувальника обумовлений думкою про те, що цей опитувальник може широко використовуватися для вивчення осіб, захворювання яких потребують тривалого дотримання дієти. Зокрема опитувальник управління хворобою J. Carlton дає шлях для ґрунтовного вивчення впливу захворювання на чотири аспекти якості життя: контроль, труднощі, пов'язані із захворюванням, стрес та підтримка, а також високою надійністю і економністю у використанні. Невелика кількість запитань і нескладне використання опитувальника є особливо важливим в умовах клінічного дослідження. Опитувальник має високу надійність та валідність у вибірках осіб із тривалим дотриманням дієтичної харчової поведінки. Опитувальник містить 8 пунктів, які відповідають таким субшкалам: настрій, гострі напади хвороби, втомлюваність, соціальне обмеження, контроль, труднощі, стрес, соціальна підтримка; та оцінюються шкалою від 1 до 4, де 0=ніколи, 1=деколи, 2=зазвичай, 3=завжди. Максимальний бал за опитувальник становить 24, та означає низьку саморегуляцію і низький контроль за станом здоров'я, та відповідно низьку якість життя. Опитувальник містить зворотні твердження, відповідно із зменшенням балів якість зазначених сфер покращується. Встановлено значущі кореляційні зв'язки між кожним пунктом опитувальника та загальним балом, коефіцієнт альфа Кронбаха становить <0.712 для усіх пунктів опитувальника. Таким чином, опитувальник має високі показники надійності і валідності.

2. *Методика для діагностики якості життя* (М. Фетискин**)**, яка містить такі шкали: матеріальне забезпечення, житлові умови, родина, харчування, кохання, дозвілля, становище у суспільстві, духовні потреби, здоров'я, які оцінюються досліджуваними за шкалою від 0 до 100. Вибір методики обумовлений тим, що у сучасних дослідженнях підкреслюється зв'язок між ефективним управлінням хворобою і якістю життя. Також результати останніх досліджень вказують на те, що у випадках хронічних хвороб важливим показником самопочуття осіб із діагнозом є не одужання, яке часто є

неможливим, а саме рівень якість життя, пов’язана із хворобою, що й є маркером успішного лікування. У цих працях також зазначається, що за сучасною тенденцією якість життя осіб із хронічними захворюваннями пов’язана із ставленням до них їхніх родичів та медперсоналом (Zasiekina, 2018).

Таким чином, досліджуючи якість життя за запропонованими шкалами, можна визначити прояви різних аспектів якості життя відповідно до рівня ЕЕ як виду ставлення родини / медперсоналу до осіб із хронічними захворюваннями.

У таблиці 3.1 відображено середньогрупові показники і стандартне відхилення якості життя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Таблиця 3.1

Середньогрупові показники та стандартні відхилення якості життя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ

№ з/п	Шкали якості життя	Середньогрупові значення (в балах) (M±SD)
1	Соціальна підтримка	85,00±24,10
2	Родина	72,29±31,74
3	Харчування	65,25±29,08
4	Життя	66,36±23,04
5	Кохання, сексуальні почуття	61,86±40,38
6	Становище в суспільстві	63,56±23,56
7	Житло	63,05±31,37
8	Здоров’я рідних	62,80±26,50
9	Робота	59,83±34,07
10	Власне здоров’я	55,31±26,73
11	Духовність	56,10±27,24
12	Гроші	54,07±24,12
13	Благополуччя	52,80±26,89
14	Відпочинок	48,56±30,50
15	Якість життя	59,66 ±19,98

Як видно з таблиці 3.1, з усіх сфер якості життя досліджувані найвище оцінили сфери соціальної підтримки і взаємодію з родиною. Примітно, що не зважаючи на високо оцінені сфери соціальної взаємодії, найменш розвиненими аспектами є організація власного відпочинку та стан благополуччя загалом. Також важливо відмітити, що переважна більшість сфер є в діапазоні – 50-65%, що свідчить про посередній рівень якості життя отримувачів медичних послуг.

Цікавим результатом є те, що в умовах розвинених сфер, пов'язаних із ставленням родини до особи із захворюваннями ШКТ, доволі розвиненою є також сфера харчування. Можемо припустити, що за умови родинної підтримки, дотримання прижиттєвої дієти не є виснажливим для представників нашої вибірки. Найменш розвиненими сферами, як показує дослідження, є сфери психологічного благополуччя та відпочинку. Важливим, на наш погляд, є розуміння того, що ці сфери не пов'язані із впливом симптомів захворювань ШКТ, адже ця методика не діагностує якість життя, пов'язану із хворобою. Вважаємо, що сфери життя залежать від ефективного управління хворобою цих осіб, адже організація власного відпочинку та психологічне благополуччя залежить від інших чинників.

Враховуючи той факт, що у дослідженнях часто ототожнюється якість життя і благополуччя, вважаємо за потрібне чітко розвести ці поняття. На думку К. Ryff, модель благополуччя включає шість окремих компонентів позитивного психологічного функціонування (Ryff & Keyes, 1995). Ця модель відображає позитивне сприймання й оцінювання власної особистості і свого життя (самоприйняття), відчуття постійного зростання та розвитку особистості (особисте зростання), переконання, що життя має ціль і зміст (мета в житті), якісні стосунки з іншими (позитивні стосунки з іншими), здатність відповідально ставитися до свого життя та навколишнього світу (оволодіння оточуючим світом), а також відчуття самовизначення (автономія).

Найпоширенішим критерієм благополуччя з багатьох позицій є відчуття власної цілісності та завершеності, незважаючи на існуючий діагноз. Саме позитивне самоприйняття є важливим фактором психічного здоров'я, що також, на наш погляд, нерозривно пов'язаний із ефективним управлінням власною хворобою. Таким чином, вважаємо, що позитивне самоприйняття є важливим чинником високої якості життя отримувачів медичних послуг.

Фактор позитивних стосунків з іншими нерозривно пов'язаний із соціальною підтримкою отримувачів медичних послуг. У багатьох теоріях ідеться про важливість теплих, довірливих міжособистісних стосунків (Ryff & Keyes, 1995). Здатність любити вважають центральним компонентом психічного здоров'я та високої якості життя. Це узгоджується із важливістю цієї сфери наших досліджуваних, зокрема сфера кохання посідає восьму позицію із п'ятнадцяти.

Результати дослідження за методикою якості життя свідчать про важливість сімейної атмосфери для підтримки якості життя осіб із хронічними захворюваннями, і доцільність вивчати ефект ЕЕ як ставлення до осіб із діагнозом на їхнє благополуччя. Водночас ця методика не дає змогу, з'ясувати причини недостатнього благополуччя, які пов'язані з різними аспектами хвороби.

Заглибитися в особливості впливу хвороби на якість життя дає змогу діагностика управління хворобою та саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. Для виділення найбільш значущих факторів управління хворобою та саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, було здійснено факторний аналіз головних компонент (Principle Component Analysis) усіх субшкал методики HASMID: настрій, гострі напади хвороби, втомлюваність, соціальна обмеженість, контроль, труднощі, стрес, соціальна підтримка. Аналіз головних компонент з процедурою обернення здійснювався на вибірці 118 осіб – отримувачів медичних послуг із захворюваннями ШКТ. Визначення коефіцієнту Kaiser-Meyer Olkin

свідчить про адекватність вибірки та її придатність до здійснення факторного аналізу (KMO=0,594). З рисунку 3.1 видно, що оптимальна кількість факторів – 3.

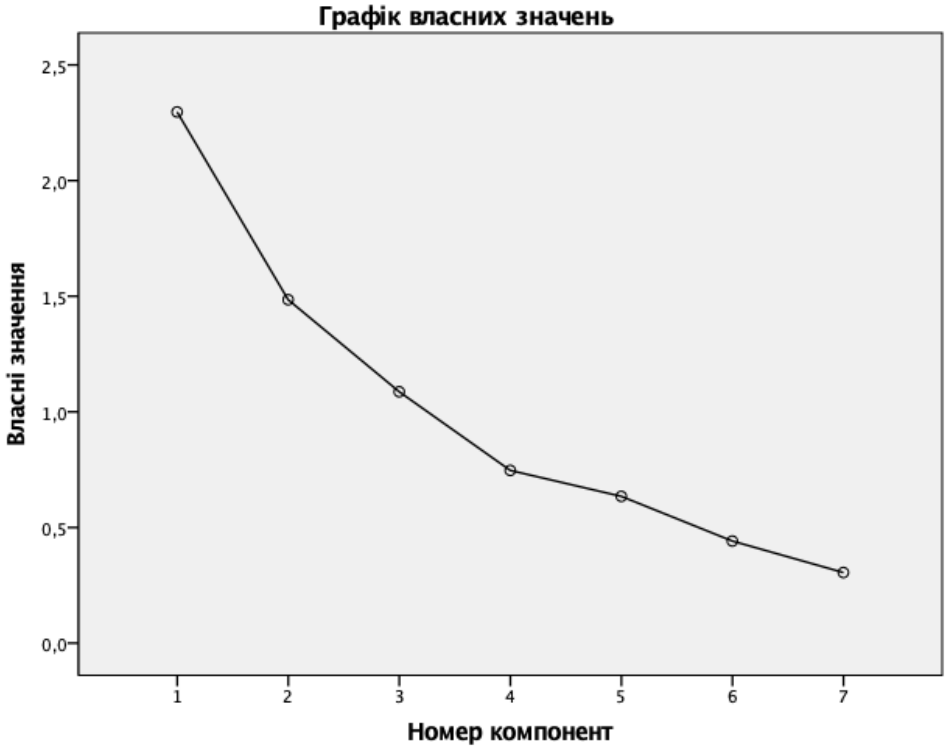


Рис. 3.1. Кількість виділених компонент субшкал опитувальника HASMID

Навантаження трьох факторів представлено у таблиці 3.2. Перший фактор описує 32,816% дисперсії, другий фактор 21,219%, третій фактор – 15,535. Кумулятивна дисперсія усіх трьох виділених факторів становить – 69,57% (Див. Додаток Б, Табл. Б.1).

Таблиця 3.2

Навантаження головних компонент субшкал опитувальника HASMID

Компоненти	1	2	3
настрій	-	0,620**	-
гострі напади хвороби	-	0,751**	-
втомлюваність	0,859**	-	-
соціальна обмеженість	-	-	-0,491**
контроль	-	-	0,867**
труднощі спілкування	0,780**	-	-
стрес	0,789**	-	-
соціальна підтримка	-	-	-

Примітка. *p<0,05; **p<0,01

Як видно з таблиці, найбільший кореляційний зв’язок з фактором 1 мають такі змінні, як втомлюваність, труднощі спілкування та стрес, відтак, цей фактор отримав назву «Соціальна взаємодія». У факторі 2 найбільші факторні навантаження мають такі змінні, як настрій та гострі напади (рецидив) хвороби, відтак, фактор отримав назву «Симптоми хвороби». Фактор 3 вирізняється такими змінними із найбільшими факторними навантаженнями, як контроль та соціальна обмеженість (негативний кореляційний зв’язок), відтак, ми назвали цей фактор як «Контрольованість». Таким чином, ефективне управління хворобою для осіб із хронічними захворюваннями ШКТ полягають у таких вимірах, як ефективна соціальна взаємодія, до якої належить конструкт ЕЕ, а також взаємодія із найближчим оточенням; відсутність рецидивів хвороби та гострих симптомів; та контрольованість перебігу захворювання. На думку низки вчених, показники

якості життя, характерні для осіб із хронічними хворобами ШКТ, можуть допомогти лікарям краще зрозуміти досвід цих осіб (Enck et al., 2006; Eypasch et al., 2019).

Для того щоб зрозуміти як розподілилися змінні методики HASMID у тривимірному просторі, ми розмістили їх в оберненому просторі діаграми.

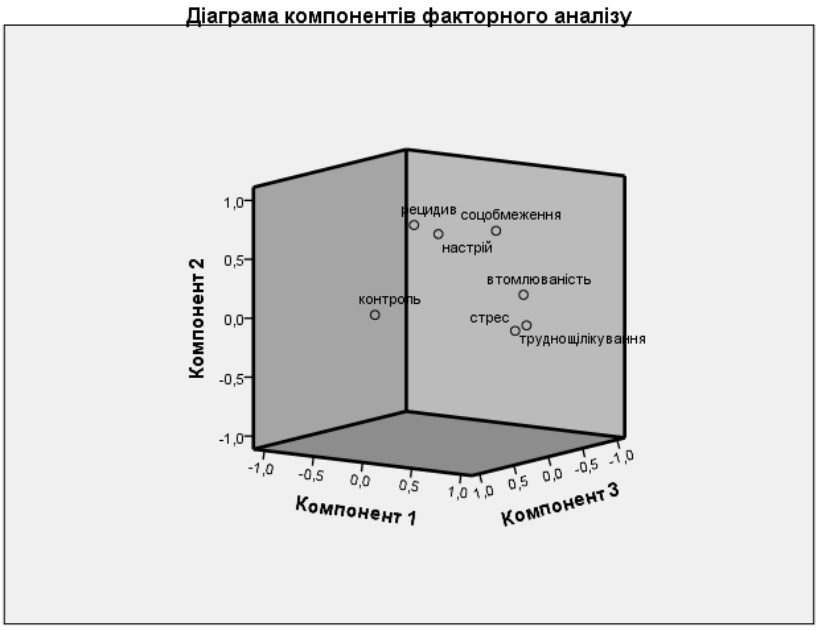


Рис. 3.2. Трифакторна діаграма управління хворобою та саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ

На цьому рисунку 3.2 видно, що усі 8 змінних було зведено до мінімуму – трьох факторів, при цьому кожен із факторів має приблизно однакові навантаження за змінними. Лише фактор 1 «Соціальна взаємодія» має дещо вищі навантаження порівняно з іншими двома факторами. Також можна помітити, що фактор 3 має великий розкид значень, значення змінної контролю значно перевищує змінну соціального обмеження, тоді як за іншими факторами значення усіх змінних приблизно однакове.

Отримані нами результати частково зіставляються із сучасними зарубіжними дослідженнями. Дослідники психологічних наслідків хвороби зазначають, що саме проблема соціальної адаптації є найгострішою для осіб із хронічними захворюваннями ШКТ (Enck et al., 2006). Поширеними причинами дисбалансу також є стрес та необхідність дотримання постійної дієти. Неправильне харчування також є поширеним джерелом дисбалансу, що призводить до погіршення стану. Дотримання дієти, своєю чергою, підвищує необхідність серозних харчових обмежень і різко зменшує соціальні контексти і соціальну активність особи загалом.

Результати дослідження S. Bertram та ін. свідчать про випадки сильного розчарування та соціальної ізоляції серед осіб із розладами ШКТ (Bertram et al., 2001). Найбільше цих отримувачів медичних послуг дратує нездатність контролювати симптоми, намагання зрозуміти, що саме викликає збій в роботі ШКТ, і необхідність відмови від нормальної соціальної діяльності.

D. Drossman та колеги встановили, що особи з цим діагнозом відзначали раптовість появи симптомів, через це втрату свободи пересування та почуття стигматизації й збентеження, пов’язаного з їхнім захворюванням.

Для того щоб зрозуміти, як основні компоненти управління хворобою зіставляються із різними аспектами життя, було здійснено кореляційний аналіз між показниками якості життя (за методикою М. Фетискина) та HASMID (див. табл. 3.3).

Інтерпретацію кореляційних зв’язків будемо робити, враховуючи обернений підрахунок балів за HASMID. Як видно з таблиці 3.3, найвищий показник кореляції спостерігається між управлінням хворобою та здоров’ям. Вважаємо, що цей зв'язок узгоджується із факторним навантаженням фактору 2 «Симптоми хвороби». Враховуючи хронічний характер захворювань наших досліджуваних, бачимо, що управління хворобою гальмується рецидивом хвороби.

Таблиця 3.3

Результати кореляційного аналізу різних сфер якості життя з показниками HASMID

N з/п	Сфери якості життя	r Пірсона
1	Якість житла	-0,207*
2	Харчування	-0, 204*
3	Відпочинок	-0,259*
4	Соціальне становище	-0,229*
5	Робота	-0,210
6	Здоров’я	0,377**
7	Благополуччя	-0,388**
8	Задоволеність життям загалом	-0,357**

Примітка. *p<0,05; **p<0,01

Важливо відмітити, що як зазначають D. Drossman та колеги, рецидив захворювань ШКТ часто супроводжується неочікуваністю та гострим больовим синдромом, що звичайно значно погіршує якість життя отримувачів медичних послуг (Drossman et al., 2009). Це також підтверджується і негативним кореляційним зв’язком між управлінням хворобою та загальною задоволеністю життям.

Цікавим є також наявність кореляційного зв’язку між ефективним управлінням хворобою і задоволеністю роботою. Наші дані є суголосними дослідженню S. Bertram та його команди, які зазначають про зв'язок психологічних наслідків захворювань ШКТ у контексті професійної діяльності і роботи (Bertram et al., 2001). Так, вчені зазначають, що працевлаштування створює додаткові виклики для багатьох таких отримувачів медичних послуг з погляду їхньої адаптації до робочого місця. Для тих, хто працює в офісі, потрібні творчі рішення для боротьби з гострими симптомами (спазмами та гострим больовим синдромом), наприклад, робота не за офісним столом, а з ноутбуком на колінах. Уміння

керувати згаданими вище незручностями як компонент управління хворобою створює передумови для можливості відчувати загальне задоволення від життя, навіть за несприятливіших для нього умов.

Спостерігається також кореляційний зв’язок між ефективним управлінням хворобою і задоволеністю харчуванням. Як зазначає M. Mazaheri, неправильне харчування також є поширеним джерелом фізичного й емоційного дисбалансу осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, що призводить до погіршення стану (Mazaheri, 2015). Розлади харчової поведінки як проблеми, що слугують джерелом псіхичного й фізичного дисбалансу вивчаються у працях Л. Бурлачука та С. Шебанової (Бурлачук & Шебанова, 2015). Отже, для цієї категорії осіб необхідне дотримання пожиттєвої дієти та високий контроль над харчовою поведінкою і здоровим способом життя. Такий висновок узгоджується і з трьох-факторною моделлю управління хворобою, де фактором 3 виявився компонент, пов'язаний із контрольованістю.

Неочікуваним результатом є відсутність кореляційних зв’язків між управлінням хворобою та такими змінними, як наявність соціальних зв’язків та родина, хоча ці сфери найбільше виражені у наших досліджуваних й становлять фактор 1 із найбільшим навантаженням цього компонента. На наш погляд, відсутність кореляційних зв’язків може пояснюватися тим, що соціальна взаємодія і родина важливу роль відіграють радше у збережені високої якості життя, пов’язаної з хворобою, ніж у власне управлінні хворобою.

Як видно з рисунку 3.3, управління хворобою має помірну кореляцію з якістю життя, що підкреслює важливість усіх значущих сфер, зокрема харчування, соціальний статус і робота, здоров’я та благополуччя для осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

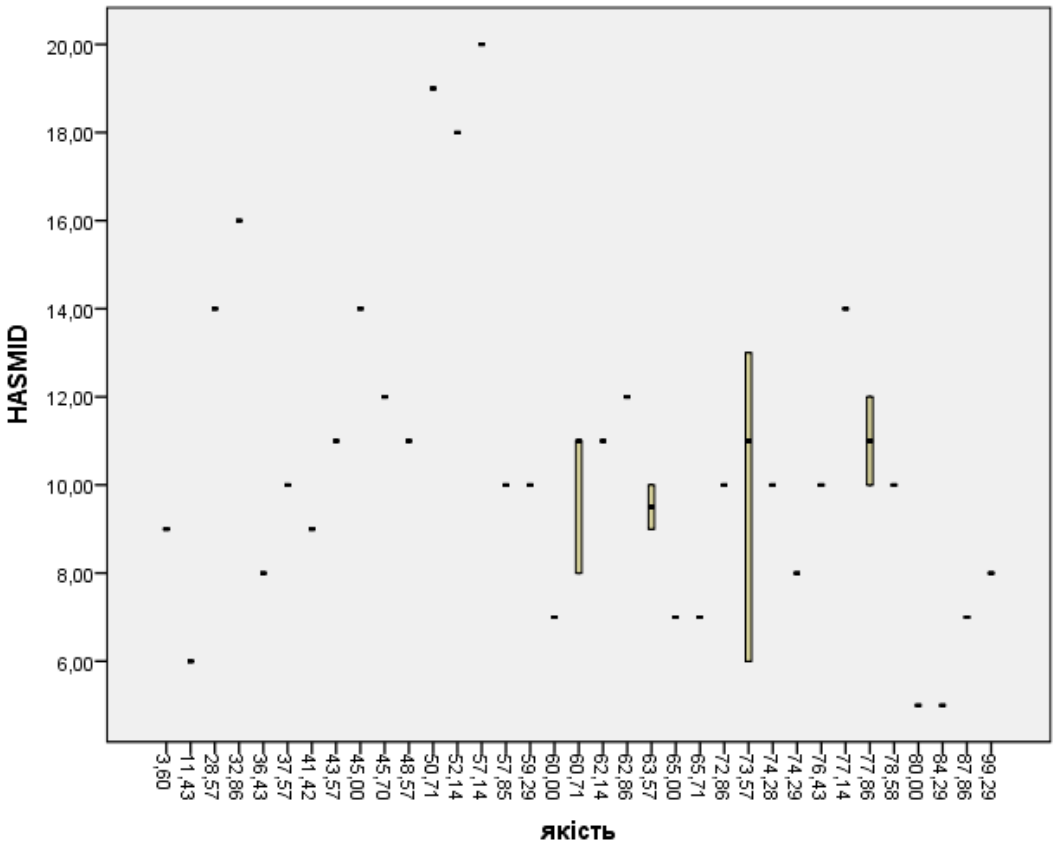


Рис. 3.3. Кореляційні зв'язки між показниками HASMID та якості життя

Результати здійсненого дослідження дають змогу дійти висновків про те, що управління хворобою та якість життя осіб із захворюваннями ШКТ є взаємопов'язаними. Факторна структура ефективного управління хворобою цих осіб представлена соціальною взаємодією, рецидивом хвороби та контрольованістю. При цьому найбільші факторні навантаження належать фактору соціальної взаємодії. Це також узгоджується із важливістю соціальної підтримки і родиною як найбільш значущими сферами якості життя цих осіб. Відтак, такі результати підтверджують необхідність урахування впливу ставлення родини до особи із хронічними захворюваннями ШКТ у контексті підвищення їхньої якості життя. Отже, наступним кроком вважаємо за необхідне ґрунтовне

вивчення конструкту ЕЕ як ставлення родини до особи із хронічним захворюванням.

3.2. Якість життя та управління хворобою й саморегуляція отримувачів медичних послуг відповідно до їхніх демографічних характеристик

За результатами теоретичного аналізу літератури встановлено, що основними демографічними характеристиками, які є важливими при вивченні ЕЕ, є стать, сімейний статус, професійний статус, статус піклувальника, з яким найбільше спілкується отримувач медичних послуг (див. Додаток Б).

Розглянемо отримані результати докладніше.

Результати порівняння двох незалежних вибірок відповідно до статі з допомогою t-критерію Ст'юдента відображено на рис. 3.4.

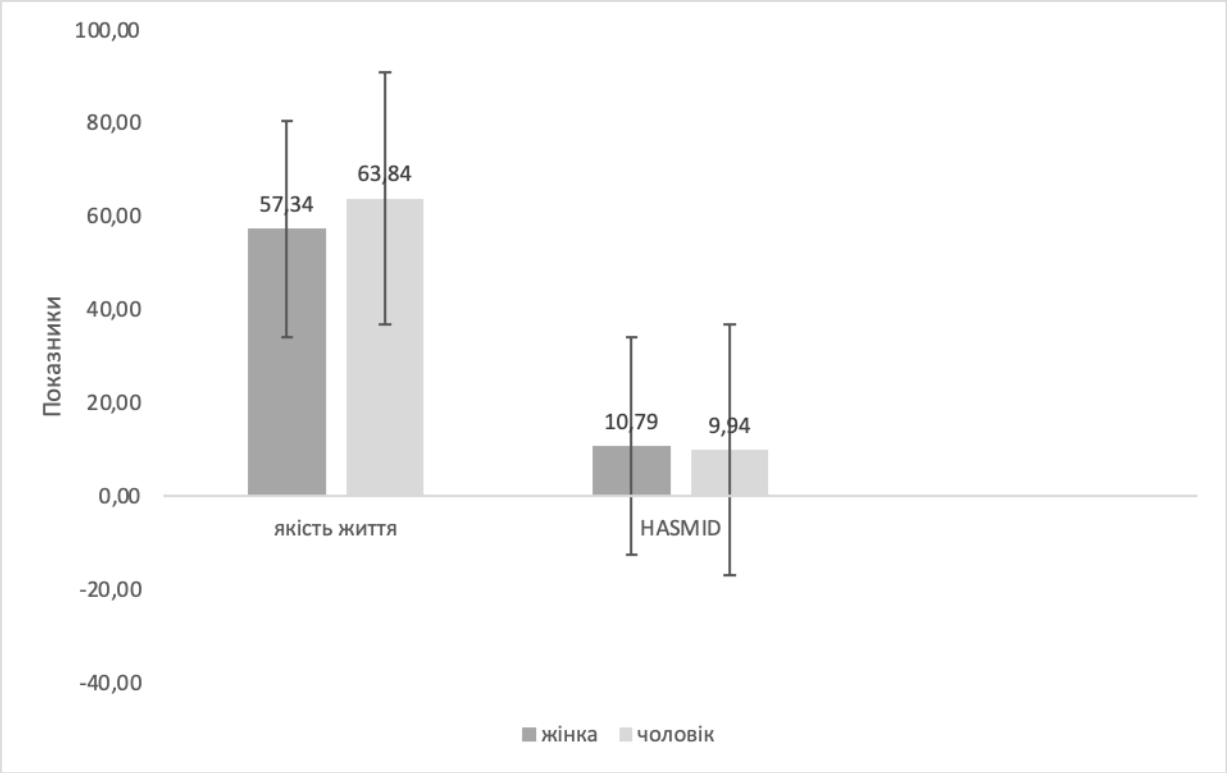


Рис. 3.4. Відмінності у показниках якості життя та управління хворобою й саморегуляція, відповідно до статі

Як видно з рисунку не спостерігається значущих відмінностей у якості життя та управління хворобою й саморегуляція. На думку T. Bonsaksen та A. Lerdal, статеві відмінності в якості життя, пов'язаної з хворобою, недостатньо вивчені у науковій літературі й потребують подальших наукових пошуків (Bonsaksen & Lerdal, 2012). На думку цих вчених, різні види активності є надійним предиктором якості життя, а останні можуть варіюватися відповідно до статі.

Середньогрупові показники та t-критерій Ст'юдента відображено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Середні значення та стандартні відхилення у показниках якості життя та управління хворобою й саморегуляції відповідно до статі

Змінні	Разом (n=47) Чоловіки		Разом (n=71) Жінки		t	p
	M (SD), Min-Max		M (SD), Min-Max			
HASMID	5,92 (1,41)	4.00 21.00	5,65 (1,28)	4,00 18,00	0,292	0,771
Якість життя	63,73 (18,14)	38,00 91,00	59,83 (12,78)	37,00 94,00	-1,745	0,083

Результати порівняння показників якості життя та управління хворобою й саморегуляція відповідно до сімейного статусу з допомогою t-критерію Ст'юдента відображено на рис. 3.5.

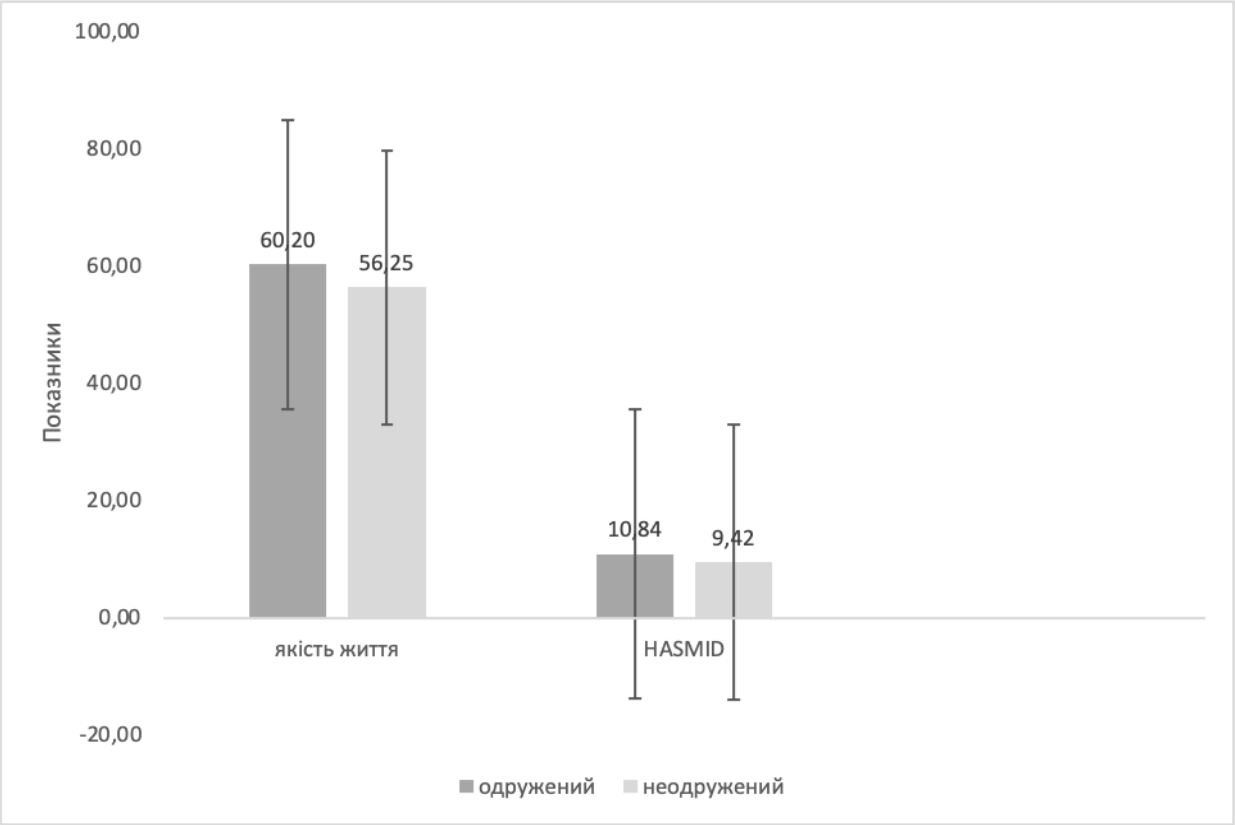


Рис. 3.5. Відмінності у показниках якості життя та управління хворобою й саморегуляція, відповідно до сімейного стану

Вищий рівень якості життя було виявлено в осіб, які проживали разом із шлюбними партнерами. Результати нашого дослідження частково зіставляються із останніми дослідженнями осіб, у яких зафіксовано відмінності у показниках якості життя відповідно до сімейного статусу (Han et al., 2014). Результати зарубіжного дослідження свідчать про те, що якість життя неодружених чоловіків погіршується, тоді як якість життя у неодружених жінок вища. Проблема зазначеного дослідження полягає в тому, що для діагностики якості життя використовувалися різні методики, відповідно EQ-VAS для чоловіків та EQ-5D для жінок. Оскільки у нашому дослідженні ми не враховували фактор статі, можемо зробити узагальнення, що статус «одружений» є протективним фактором якості життя, пов’язаної з хворобою ШКТ.

Хоча результати нашого дослідження свідчать про існування незначних відмінностей у показниках якості життя та управління хворобою й саморегуляції відповідно до сімейного стану, ми все одно можемо стверджувати, що в одружених осіб із хронічними захворюваннями ШКТ якість життя є вищою (див. табл. 3.5). Таким чином, статус «неодружений» є фактором ризику погіршення якості життя, пов'язаної з хронічним захворюванням ШКТ.

Таблиця 3.5

Середні значення та стандартні відхилення у показниках якості життя та управління хворобою й саморегуляції відповідно до сімейного стану

Змінні	Разом (n=76) Одружені		Разом (n=42) Неодружені		t	p
	M (SD), Min-Max		M (SD), Min-Max			
HASMID	10,84 (3,80)	4.00 21.00	9,42 (2,41)	5,00 19,00	-1,275	0,210
Якість життя	56,25 (20,84)	31,00 92,00	60,20 (19,62)	27,00 86,00	1,936	0,060

Результати дослідження відмінностей у показниках якості життя та управління хворобою й саморегуляції відповідно до професійного статусу (працюючий/непрацюючий) подано на рисунку 3.6.

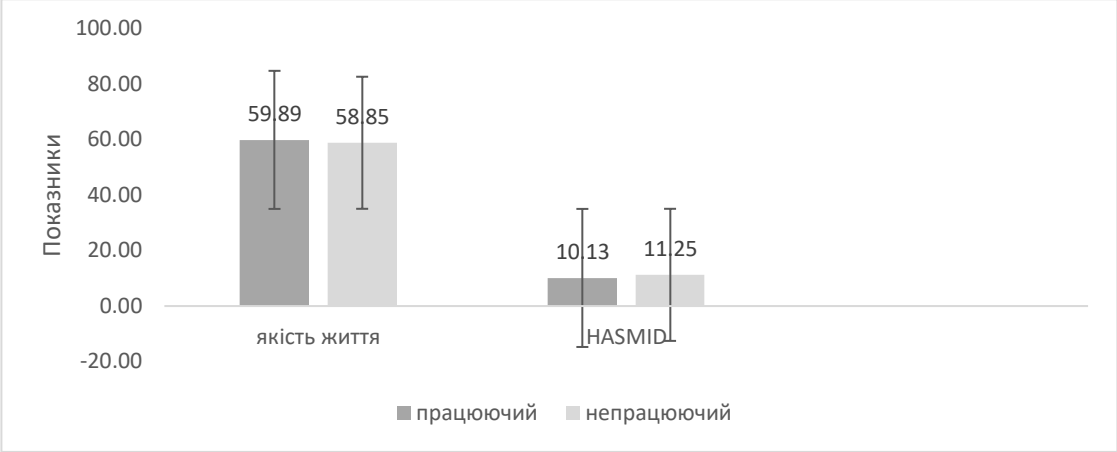


Рис. 3.6. Відмінності у показниках якості життя та управління хворобою й саморегуляції відповідно до професійного статусу

Як видно з рисунка, найбільші відмінності спостерігаються за якістю життя між особами, які працюють і не працюють. Результати нашого дослідження зіставляються з останніми дослідженнями, у яких зафіксовано відмінності між професійним статусом та якістю життя, при цьому якість життя є вищою в осіб, які працюють навіть попри серйозні захворювання (Andreu et al., 2023).

Таблиця 3.6

Середні значення та стандартні відхилення у показниках якості життя та управління хворобою й саморегуляції відповідно до професійного статусу

Змінні	Разом (n=72) Працюючі		Разом (n=46) Непрацюючі		t	p
	M (SD), Min-Max		M (SD), Min-Max			
HASMID	10,13 (3,73)	4.00 18.00	11,25 (3,37)	5,00 17,00	-1,753	0,082
Якість життя	59,88 (19,67)	38 94,00	58,85 (20,25)	30,00 90,00	0,880	0,381

Як видно з таблиці 3.6, особи, які працюють, мають кращі показники якості життя та управління хворобою й саморегуляції порівняно з непрацюючими особами. На наш погляд, це пов’язано із тим, що переважна більшість досліджуваних, які не працюють – на пенсії або за віковим критерієм, або через хворобу. В обох випадках це часто може пов’язуватися із погіршенням здоров’я.

Результати дослідження відмінностей у показниках якості життя та управління хворобою й саморегуляція, відповідно до статусу піклувальника (партнер/непартнер) подано на рисунку 3.7.

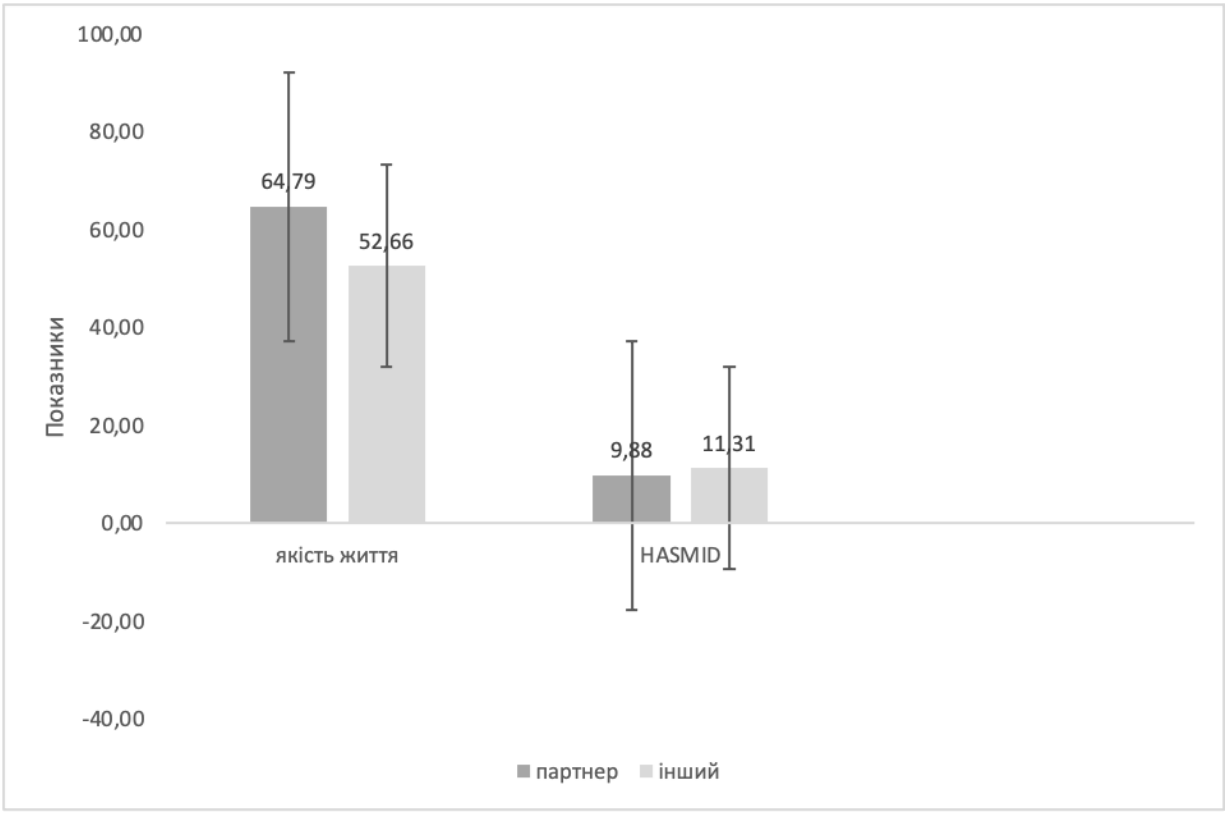


Рис. 3.7. Відмінності у показниках якості життя та управління хворобою й саморегуляція відповідно до статусу піклувальника

Як видно з рисунка, найбільші відмінності спостерігається за якістю життя в осіб із захворюваннями ШКТ та піклувальниками відповідно до

їхнього статусу – партнерами та непартнерами. Результати нашого дослідження не зіставляються із дослідженнями, де не зафіксовано відмінності між статусом піклувальника та якістю життя особи, за якою доглядають (Rees, 2001).

Таблиця 3.7

Середні значення та стандартні відхилення у показниках якості життя та управління хворобою й саморегуляція відповідно до статусу піклувальника

Змінні	Разом (n=57) Партнер		Разом (n=31) Непартнер		t	p
	M (SD), Min-Max		M (SD), Min-Max			
HASMID	9,88 (3,01)	4,00 21,00	11,31 (4,13)	5,00 23,00	0,747	0,460
Якість життя	64,79 (18,52)	10.12 95.30	52,66 (20,71)	11,32 94,45	-1,002	0,322

Як видно з таблиці 3.7, особи, що мають партнерів як піклувальників, мають кращі показники якості життя та управління хворобою й саморегуляції порівняно з непартнерами.

Отримані нами дані частково збігаються із даними, запропонованими вітчизняними вченими М. Марковою та К. Косенко (Маркова & Косенко, 2014), відповідно до дослідження найкращий рівень адаптації у жінок із діагнозом шизофренія спостерігається у сім’ях, де є здорові піклувальники – чоловік та діти. Дещо нижчу адаптацію демонстрували жінки, які проживали з дорослими дітьми. Найменш адаптованими виявилися жінки, які мешкали з власними батьками та не мали власних дітей. На думку G. Brown, особи, з діагнозом шизофренія, мали менше рецидивів, якщо їхні матері сиділи з ними вдома й не ходили на роботу (Brown, 1959). Таким чином, вчені дійшли висновку, що тривалість контакту з матерями може впливати на рівень

функціонування отримувачів медичних послуг. Результати нашого дослідження вказують на те, що тип піклувальника є важливим відповідно до природи захворювання, таким чином, ця демографічна характеристика є важливою залежно від конкретного контексту. На думку Y. Andreu та ін., саме гармонійна взаємодія з партнером є протективним фактором для якості життя при важких фізичних захворюваннях (Andreu et al., 2023).

Результати емпіричного дослідження свідчать про те, що в осіб із захворюваннями ШКТ існують відмінності в показниках якості життя та управління хворобою й саморегуляції відповідно до статі, шлюбного статусу, професійного статусу та статусу піклувальника. Отже якість життя цих осіб залежить від соціальних та демографічних характеристик, зокрема статі, сімейного і професійного статусу, статусу піклувальника – партнера чи іншої особи. Відтак, ці дані дають змогу надалі проводити психоедукаційну роботу з рідними таких осіб та покращувати клінічну практику.

3.3. Якість життя та благополуччя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ під час карантинних обмежень COVID-19

Результати вивчення якості життя осіб із хронічними захворюваннями свідчать про важливість соціальної взаємодії та родини у підтриманні якості життя отримувачів медичних послуг. Водночас, 2020 рік назавжди змінив формат соціальних контактів людей в усьому світі, перенісши спілкування у замкненому просторі у дистанційному режимі. Як зазначає О. Шпортун, однією з особливостей пандемії COVID-19 є період її перебігу саме в еру дигіталізації та глобальної цифрової взаємодії, що й дозволило забезпечити віддалені формати взаємодії (Шпортун, 2021).

Без сумніву COVID-19 – це найбільша проблема у глобальному громадському здоров'ї, оскільки незважаючи на відносно низький відсоток летальних випадків, швидкість та легкість поширення цієї хвороби серед населення світу є вражаючою. Це зумовило необхідність розроблення

цілісної політики охорони здоров'я з карантинними обмеженнями в усіх країнах світу як один із способів уповільнення поширення пандемії.

Упровадження карантину та соціальної ізоляції з відповідним дотриманням санітарних норм змінило спосіб життя людей, звузило коло спілкування та соціальної взаємодії, обмежило фізичну активність, порушило режим дотримання дієти та отримання необхідної й своєчасної медичної уваги і т. ін. Таким чином, можна припустити, що карантинні обмеження негативно впливають на процес управління хворобою.

Серед найбільш вразливих груп щодо вірусу зазначають осіб із хронічними захворюваннями. Зокрема дані останніх досліджень свідчать про те, що серед 72 тис. 314 клінічних випадків під час пандемії у Китаї, виявилися фатальними для 10,5% осіб із хронічними серцево-судинними захворюваннями, для 7,3% осіб із захворюваннями на діабет, 6,3% - осіб із респіраторними хворобами, для 6% осіб із гіпертензією, тоді як серед здорових осіб кількість летальних випадків становить 2,3% (Wu, & McGoogan, 2020). Вважаємо, що значний негативний вплив мають карантинні обмеження на здоров'я осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, адже вони зазвичай мають дотримуватися певного режиму й дієти упродовж життя, а також слідувати інструкціям та вимогам післяопераційного періоду чи отримання терапії.

Дослідницьке завдання на цьому етапі нашого дослідження передбачає визначення загального стану здоров'я й психологічного благополуччя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ у період карантинних обмежень і вимушеної соціальної ізоляції під час пандемії COVID-19.

Результати аналізу наукової літератури свідчать про те, що COVID-19 має негативний вплив на психічне здоров'я осіб різного віку, але особливої шкоди внаслідок карантинних обмежень зазнають особи із хронічними захворюваннями (Wu & McGoogan, 2020). Результати дослідження показують, що у зв'язку з карантинними обмеженнями не отримують своєчасного лікування онкохворі, що зрештою негативно впиває на результат

лікування (Moujaess & Kourie, 2020). Так, у Китаї зазначається про необхідність відкладення лікувальної терапії для пацієнтів із онкологічними захворюваннями легень та хронічними гастроентерологічними захворюваннями для уникнення інфекції у цих пацієнтів.

Також є дані дослідження у Південній Кореї упродовж поширення близькосхідного респіраторного синдрому (MERS) у 2015 році про те, що після чотирьох-шести місяців карантинних обмежень у пацієнтів із різними хронічними захворюваннями значно зростає рівень тривожності (Lee et al., 2018). Обстеження гемодіалізних пацієнтів після чотирьох місяців карантинних обмежень у зв'язку із MERS у дослідженні цих же вчених свідчать про те, що в 11 % з них зростають показники тривоги, і в 15,1% – показники депресії. Результати подібного дослідження, здійсненого в Іспанії з 11 по 15 березня 2020 року свідчать про те, що особи із хронічними захворюваннями мають вищі показники стресу, тривоги, депресії, порівняно із здоровими особами упродовж пандемії (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020). Таким чином, особи із хронічними захворюваннями потребують особливого ставлення та догляду як з боку медпрацівників, так і своїх рідних.

Результати подібного дослідження в Греції не зіставляються із попередньо отриманими даними (Moujaess & Kourie, 2020). Так, вчені зазначають про вищі показники дистресу та соматизацію, тоді як показники депресії та тривожності не зростають під час карантинних обмежень. Вчені використовували опитувальник 4DSQ (Four Dimensional Symptoms Questionnaire), який діагностує депресію, тривогу, дистрес і соматизацію. Також не було встановлено відмінностей у цих станах між особами із кардіологічними та ендокринними захворюваннями та здоровими особами. Водночас особи із респіраторними захворюваннями потребують додаткової опіки, оскільки вони мають вищі показники за соматизацією та дистресом. Пацієнти з аутоімунними захворюваннями також відрізняються від вибірки здорових осіб, оскільки мають вищі показники соматизації. Більшість авторів, які досліджують зрушення у психічному здоров'ї осіб із хронічними

захворюваннями, зазначають про необхідність подальшого вивчення цієї проблеми та розроблення комплексної політики підтримки з боку держави, медпрацівників і родини цих осіб під час пандемії.

Результати теоретичного аналізу свідчать про те, що існують різні, іноді суперечливі дані, стосовно негативного впливу карантинних обмежень, які, очевидно, пов'язані із різним діагностичним інструментарієм, різними країнами, у яких здійснюються дослідження, а також різними типами хронічних захворювань. Серед досліджень психологічних наслідків COVID-19 в Україні встановлено, що тривога та функціональні труднощі у період карантинних обмежень зіставляються із фізичним самопочуттям, а також поглиблюються внаслідок негативного впливу ЗМІ. Результати дослідження M. Schiff та ін. свідчать про те, що найбільші переживання молодих людей, пов'язані із здоров'ям членів їхньої родини, при цьому ступінь переживання цих труднощів у жінок є вищою порівняно із чоловіками (Schiff et al., 2021). Також, визначено, що показники власного стану здоров'я мають негативний кореляційний зв'язок із рівнем тривожності та психічним станом досліджуваних. Водночас таких досліджень мало і вони мають доволі фрагментарний характер.

Інші українські вчені, О.С. Чабан та О.О. Хаустова, зазначають, що у період поширення COVID-19 поширюється також епідемія тривожності, що передбачає необхідність надання негайної й своєчасної допомоги й головне інформування й донесення достовірних фактів до медпрацівників й інших категорій населення (Чабан, & Хаустова, 2020). Вчені зазначають про негативні психологічні наслідки COVID-19, зокрема зростання рівня тривожності, страху, депресії, зростання негативних копінг стратегій: зменшення альтруїстичних дій, обмеження контактів із пацієнтами задля біологічного самозбереження.

Це зумовлює необхідність дослідження психологічних наслідків COVID-19 в Україні, зокрема в осіб із хронічними захворюваннями як однієї із найбільш вразливих груп населення. У нашому дослідженні такі

захворювання представлені хворобами ШКТ. Результати дослідження дають змогу правильно зробити акценти в психоедукаційній роботі із медиками і родинами зі зменшення рівня ЕЕ стосовно цих осіб.

Вибірку дослідження склали 18 осіб із хронічними захворюваннями ШКТ КП «Волинська обласна клінічна лікарня» (див. табл. 3.8), під час кульмінаційного піку поширення пандемії у квітні-травні 2020 року.

Таблиця 3.8

Демографічні характеристики досліджуваних (n=18)

Характеристики	Кількість (%)
Чоловіки	8 (44,4%)
Жінки	10 (55,6%)
Одружений	13 (72,2%)
Неодружений	5 (27,8%)
Працюючий	12 (66,7%)
Студент	1 (5,6%)
Пенсіонер	3 (16,7%)
Непрацюючий	2 (11,1%)
	449/196
Вік	Середнє (SD)
	47,05 (0,62) Max 66,00 Min 20,00
Тривалість хвороби (роки)	2,94 (1,95) Max 20,00 Min 1,00

У дослідженні використовувався опитувальник самооцінювання стану здоров’я та благополуччя (Patient-Reported Health Outcome Measure-Core Thrive Items) (Wicks et al., 2019). Опитувальник має високий показник внутрішньої узгодженості (альфа Кронбаха =0,712-0,879) та ретестової

надійності (внутрікласова кореляція=0,749-0,912). Опитувальник спрямований на визначення стану загального здоров'я, впливу загального захворювання, проявів основних симптомів (біль, депресивний стан, тривожний стан, втома, стрес), мобільність (можливість вільного пересування), сон, особистісні прояви (мислення, емоції, особисті потреби, відповідальність, соціальна активність), благополуччя (самовартісність, сенс життя, зв'язок із життям, задоволення потреб) упродовж останнього місяця.

Усі питання опитувальника оцінюються за 4 (вплив загального захворювання, благополуччя) або 5 (стан загального здоров'я, прояви основних симптомів, мобільність, сон, особистісні прояви) шкалою Лайкерта та характеризують різні аспекти фізичного й психічного здоров'я осіб.

Усі запитання починаються із сполучення *упродовж місяця,* що дає змогу оцінити стан досліджуваних у період карантинних обмежень, пов'язаних із пандемією COVID-19. Критеріями включення досліджуваних у вибірку були такі: загострення хронічної хвороби, госпіталізація, тривалість хвороби не менше ніж 1 рік. Серед основних діагнозів у досліджуваних були представлені такі: кила стравохідного отвору діафрагми, жовчнокам'яна хвороба, калькульоз жовчного міхура, поліпоз жовчного міхура, холецистит, поліпоз прямої кішки.

Враховуючи нормальний розподіл даних для усіх змінних за критерієм Колмогорова-Смирнова, зокрема для показників загального здоров'я (1,125, p=0,158), впливу загального захворювання (0,915, p=0,372), проявів основних симптомів (1,241, p=0,092), мобільності (1,161, p=0,135), сну (0,851, p=0,463), особистісних проявів (0,693, p=0,722), благополуччя (0,668, p=0,763), вік (0,995, p=0,275), тривалість хвороб (1,171, p=0,129), у дослідженні було використано коефіцієнт Пірсона (див. табл. 3.9).

Як видно з таблиці, вік та тривалість хвороби мають негативний кореляційний зв'язок із станом загального здоров'я та позитивний кореляційний зв'язок із тривалістю хвороби. Такий зв'язок є природнім, адже з віком самопочуття людини погіршується, а хронічність хвороби

поглиблюється. Також помічаємо, що існує сильний негативний зв'язок між проявом симптомів та якістю сну.

Таблиця 3.9

Результати кореляційного аналізу показників стану здоров'я та благополуччя, віку і тривалості хвороби

	Вік	Тривалість хвороби	Загальний стан здоров'я	Прояви симптомів	Сон	Психічні процеси
Вік	-	0,474*	-0,472*	0,023	0,135	-0,066
Тривалість хвороби	0,474*	-	-,0,405*	0,270	0,148	0,218
Загальний стан здоров'я	-0,472*	-,0,405*	-	-0,480*	0,449*	0,266
Прояви симптомів	0,023	0,270	-0,480*	-	-0,722*	-0, 719**
Сон	-0,135	0,148	0,449*	-0,722*	-	0,947**
Психічні процеси	-0,066	0,218	0,266	-0, 719**	0,947**	-

Більше того, якість сну має сильний позитивний кореляційний зв'язок із здоровим перебігом психічних процесів, зокрема ясністю мислення, гарною регуляцією емоцій, задоволенням базових потреб і реалізацією соціальної активності.

Для того щоб простежити особливості різних показників загального стану здоров'я осіб із хронічними захворюваннями ШКТ упродовж останнього місяця, який проходив в межах карантинних обмежень та карантину вихідного дня, розглянемо показники окремо за кожною шкалою.

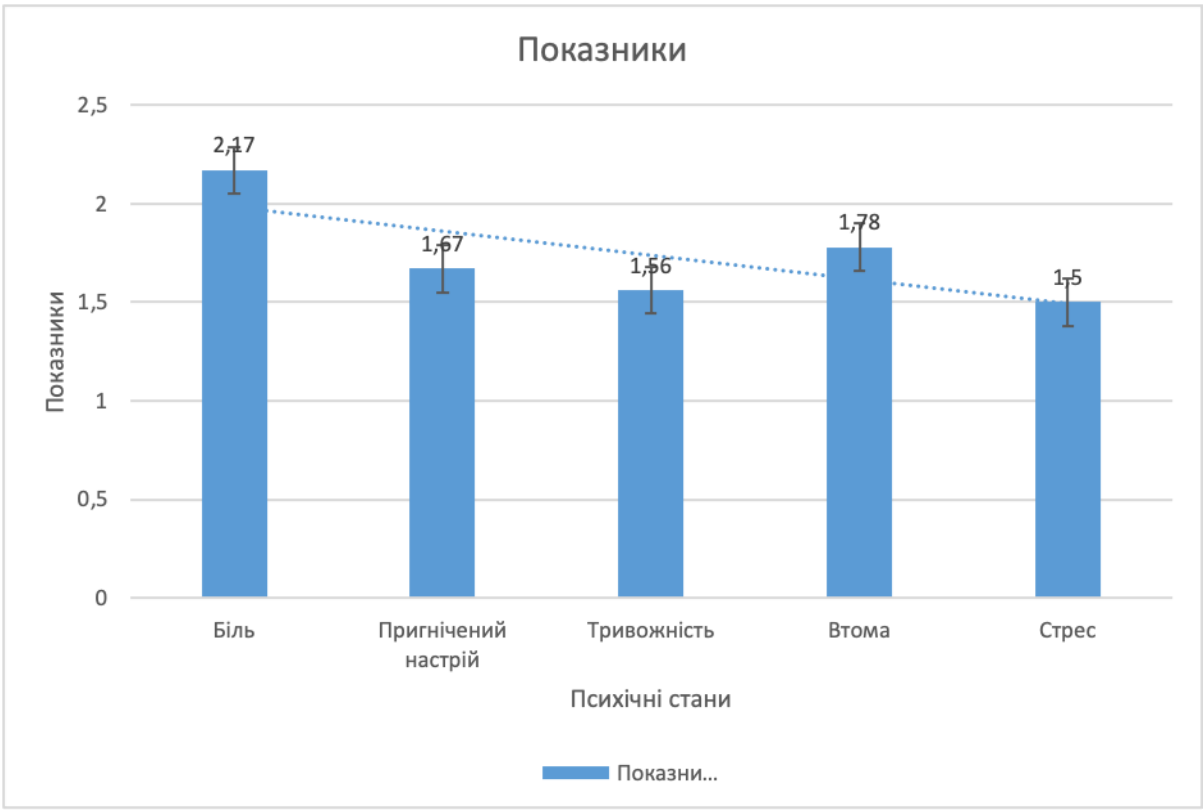


Рис. 3.8. Психічні стани досліджуваних із хронічними захворюваннями ШКТ

Як видно з рисунку, найбільш вираженим є відчуття болю у досліджуваних, яке супроводжується станом втоми і пригніченого настрою. Показники стресу та тривожності є значно нижчими і відповідають рівню ступеню слабкого прояву. Ці результати свідчать про те, що досліджувані особи більшою мірою страждають від вираженого прояву негативної симптоматики, яка їх виснажує, ніж переживають через пандемію. Це підтверджують і результати бесід із досліджуваними, які вказують на те, що вони адаптувалися до карантинних умов і пріоритетним для них є отримання вчасного лікування їхнього хронічного захворювання.

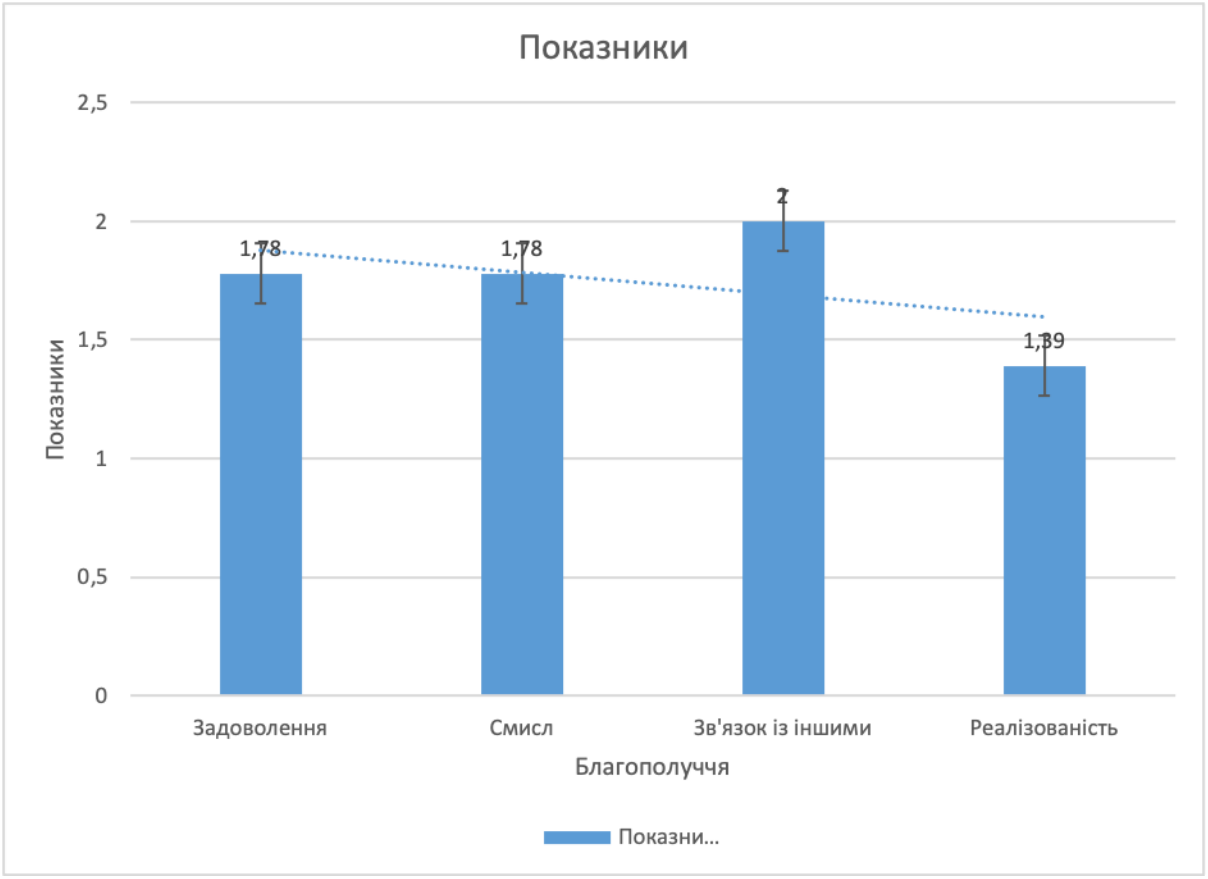


Рис. 3.9. Показники психологічного благополуччя досліджуваних

Як видно з рисунку, найменш вираженим є показник особистісної реалізованості і відповідності життя досліджуваних до тих стандартів, які б вони хотіли мати. Водночас високим показником є відчуття приналежності до інших та взаємодії з близькими людьми. Це підтверджують і результати бесід із досліджуваними, які зазначали про те, що карантинні обмеження дають змогу більше спілкуватися у колі родини та підтримувати тісну взаємодію із родиною. Такі результати узгоджуються із попередніми результатами про значущість сфер соціальної взаємодії і родини для цих осіб та пріоритетність компонента соціальної взаємодії у факторній структурі управління хворобою та саморегуляції цих осіб.

Результати вивчення статевих відмінностей у досліджуваних показниках за допомогою непараметричного критерію Манна-Уітні свідчать про відсутність значущих відмінностей у вибірці.

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про те, що у досліджуваних із хронічними захворюваннями ШКТ не спостерігаються яскраво виражені прояви психічних проблем у період пандемії COVID-19. Водночас високими показниками є відчуття болю та загального виснаження організму. Такі результати не узгоджуються із результатами, отриманими китайськими вченими (Moujaess et al., 2020), водночас, є суголосними дослідженням, проведеним у Греції (Louvardi et al., 2020) і показують високі показники у прояві соматизації пацієнтів при відсутності зростання тривоги та депресії.

Результати індивідуальних бесід із досліджуваними про основні переживання у період пандемії свідчать про те, що домінуючими тривогами цієї групи пацієнтів є пересторогі щодо вчасного отримання медичної допомоги. Можемо припустити, що оскільки ці особи вже госпіталізовані, у них не проявляються ознаки підвищеної тривожності щодо цього. Водночас помітними є показники відчуття болю, загального виснаження, та порушення сну, які негативно впливають на стан загального здоров’я. Такі результати є суголосними факторній структурі управління хворобою й саморегуляції, у якій важливим компонентом є рецидиви та гострі напади хвороби. Таким чином, можемо припустити, що наявність гострого больового синдрому перекриває емоційний дистрес, пов’язаний із пандемією. Водночас такі припущення потребують подальшого вивчення.

До обмежень дослідження належить невеликий розмір клінічної вибірки, що лімітує використання методів кількісної обробки даних відповідно до статевих відмінностей, терміну хвороби, виду піклувальника тощо.

Водночас дослідження використовує коректний апарат математичної статистики з використанням визначення нормального розподілу даних, і свідчить про необхідність розширення клінічної вибірки та порівняння із вибіркою здорових осіб щодо психологічних наслідків COVID-19. Важливим також вбачаємо високі позитивні оцінки досліджуваних відповідно до відчуття родинної приналежності і якісної взаємодії із членами родини, що,

на наш погляд, може бути ресурсним у період пандемії для осіб із хронічними захворюваннями.

Результати проведеного теоретико-емпіричного дослідження проблеми психологічних наслідків COVID-19 для осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, які потребували госпіталізації, дають змогу дійти таких узагальнень. Упродовж місяця в осіб із хронічними захворюваннями ШКТ спостерігаються високі показники поганого самопочуття через відчуття болю, порушення сну та стану загального виснаження. Серед основних тривог цих осіб є необхідність вчасного отримання медичної допомоги. Важливим ресурсом для цих осіб під час пандемії є тісна взаємодії із членами сім'ї. Враховуючи, що основними піклувальниками для наших досліджуваних є шлюбні партнери, діти, та батьки, необхідним вважаємо дослідження особливостей ставлення членів сім'ї у контексті захворювання та загального самопочуття цих осіб.

3.4. Прояви емоційної експресивності членів сім'ї та управління хворобою і саморегуляція осіб із хронічними захворюваннями ШКТ

Результати попередніх етапів емпіричного дослідження засвідчили специфіку управління хворобою й саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, які полягають у необхідності соціальної взаємодії, контрольованості перебігу хвороби та зниження рецидивів. Якість життя для цієї групи осіб більшою мірою представлена ефективною соціальною підтримкою та родинними зв'язками. Тому важливим етапом дослідження є вивчення ЕЕ у контексті якості життя та управління хворобою й саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

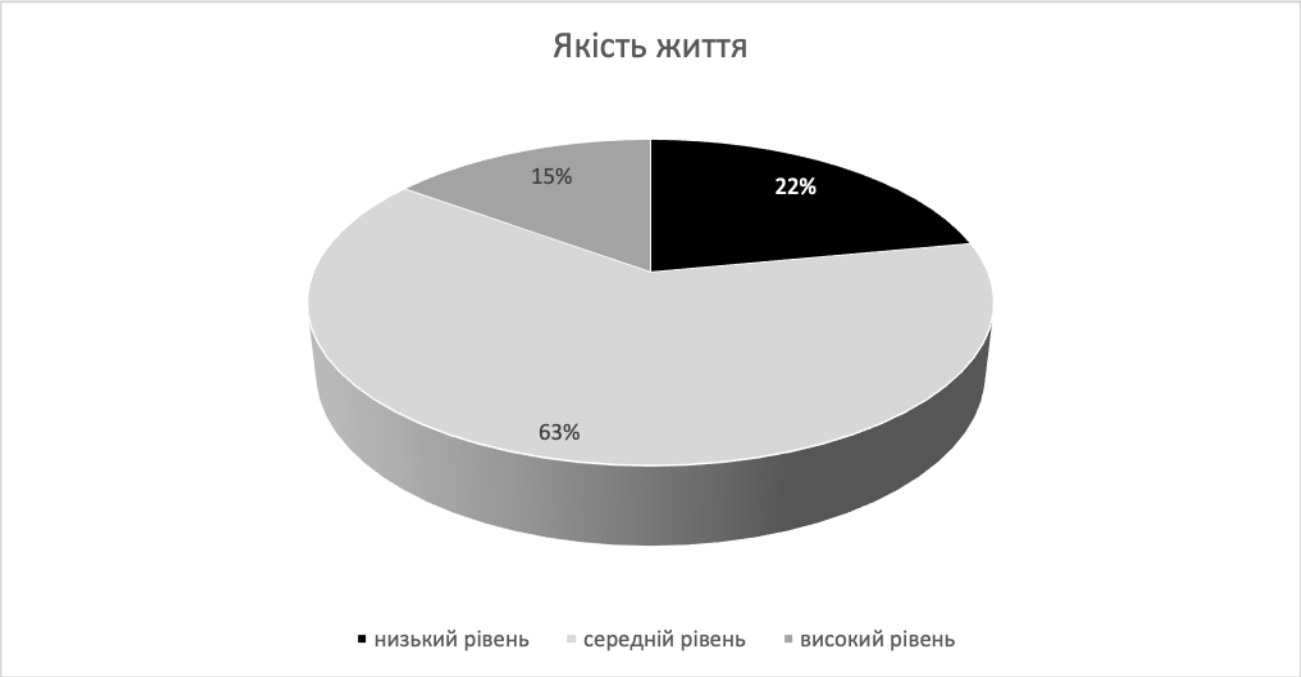


Рис. 3.10. Відсотковий розподіл за якістю життя

Як видно з рисунку, переважна більшість досліджуваних (85%) має низький і середній рівні якості життя. Лише 15 % досліджуваних має високий рівень якість життя. Ці результати зіставляються із даними останніх досліджень, отриманими H. Shahzad та ін. (Shahzad et al., 2021). Так відповідно до результатів нашого дослідження 119 отримувачів медичних послуг можна зробити висновок, що захворюванням ШКТ здійснюють негативний вплив на різні сфери якості життя, пов'язану із хворобою.

Вчені наголошують на необхідності застосування голістичного підходу для лікування цих отримувачів медичних послуг з урахуванням різних значущих для них сфер якості життя. Вчені виділили п'ять найбільш значущих сфер якості життя, серед яких найменш задовільними є сфера соціальної взаємодії (10.2 ± 3.1), психологічні наслідки захворювання (11,6±4,6) та фізична активність (12.4 ± 5.4). Ці результати лише частково зіставляються з нашими даними, оскільки соціальна сфера та родина є найбільш задовільними у вибірці наших досліджуваних порівняно із зарубіжними дослідженнями. Водночас спільними є результати, які вказують на те, що соціальна взаємодія і соціальна підтримка є найбільш значущим

компонентом факторної структури управління хворобою й саморегуляції цих осіб, що підкреслює необхідність дослідження ЕЕ стосовно цих отримувачів медичних послуг.

Рівні за методикою HASMID відображено на у таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Рівні управління хворобою та саморегуляція осіб із хронічними захворюваннями ШКТ

Рівні	Абсолютні значення
Низький рівень	0,00-8,00
Середній рівень	9,00-10,00
Високий рівень	11,00-24,00

Використовуючи дані квартилів, було визначено відсотковий розподіл досліджуваних відповідно до рівнів управління хворобою й саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ (див. рис. 3.11).

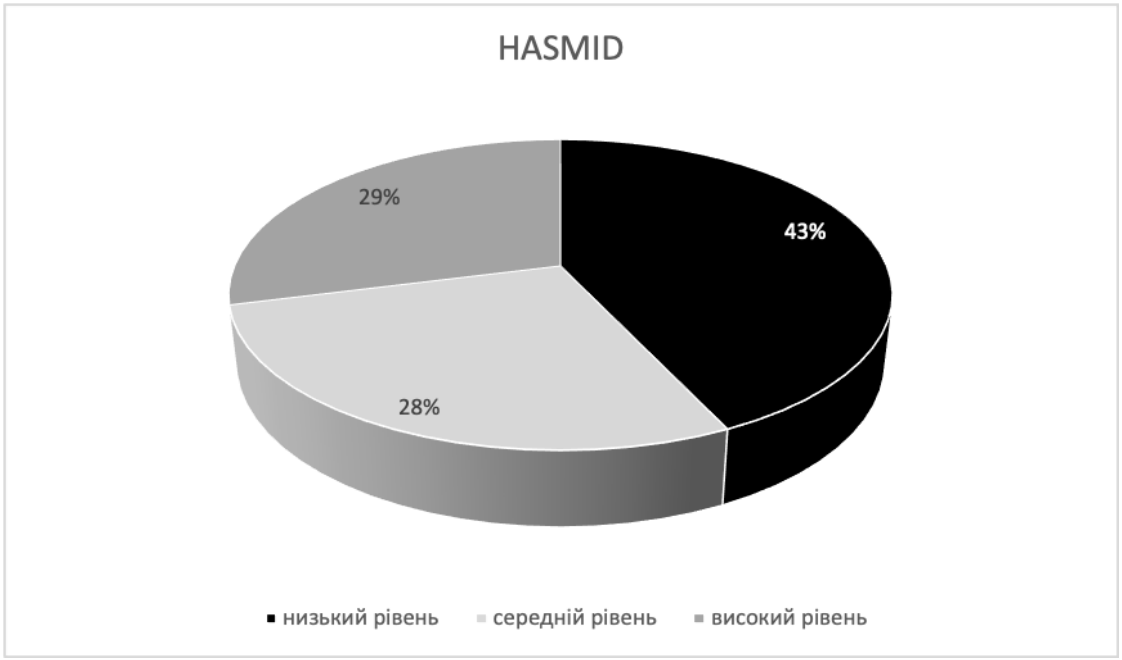


Рис. 3.11. Відсотковий розподіл за показниками HASMID

Як видно з рисунку, переважна більшість досліджуваних (71%) має низький та середній рівень управління хворобою й саморегуляції. Насторожує, що майже половина 43% серед них має низький рівень. Враховуючи основні аспекти ефективного управління хворобою, які визначаються як настрій, гострі напади хвороби, втомлюваність, соціальне обмеження, контроль, труднощі, стрес, соціальна підтримка, видно, що ці аспекти потребують уваги у процесі лікування.

Враховуючи предмет нашого дослідження – ЕЕ з боку найближчого оточення до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ було здійснено кореляційний аналіз різних аспектів управління хворобою з ЕЕ за методикою FAS.

Результати дослідження та показники значущої кореляції відображено на табл. 3.11.

Таблиця 3.11

Кореляційний зв'язок між показниками ЕЕ та різними аспектами управління хворобою й саморегуляцією

№ з / п	Аспекти управління хворобою	r-Пірсона
1	Настрій	-0,142
2	Гострі напади хвороби	-0,232**
3	Втомлюваність	-0,194*
3	Соціальні обмеження	-0,237**
4	Контроль	0,228*
5	Труднощі	-0,360**
6	Стрес	-0,053

Примітка. *p<0,05; **p<0,01

Отже, найбільший кореляційний зв'язок спостерігається між труднощами управління хворобою та рівнем ЕЕ, враховуючи обернений обрахунок шкали HASMID, робимо висновки, що збільшення ворожого, критичного та з елементами гіперопіки ставлення до особи із захворюванням

призводить до збільшення труднощів, викликаних хворобою. Враховуючи факторну структуру управління хворобою та саморегуляції, можемо припустити, що найбільші труднощі пов'язані саме з больовими синдромами і гострими нападами хвороби та порушеною соціальною взаємодію через соціальні обмеження. Такий висновок підтверджується і наявними кореляційними зв'язками рівня ЕЕ та соціальними обмеженнями і гострими нападами хвороби.

Неочікуваною є позитивна кореляція між показниками управління хворобою та рівня ЕЕ, враховуючи обернений порядок обрахування балів HASMID, можемо зробити висновки, що збільшення контролю над власною хворобою пов'язане із зменшенням ворожого, критичного та з елементами гіперопіки ставлення до особи із захворюванням. Водночас, варто відмітити, що саме контрольованість є важливим компонентом факторної структури управління хворобою, яка, на жаль, важко реалізується у контексті захворювань ШКТ. Такий висновок також підтверджується наявністю помірного кореляційного зв'язку між рівнем ЕЕ та гострими нападами хвороби, чим ці рецидиви є частішими, ти вищий рівень ЕЕ спостерігаємо з боку родини.

Наступним кроком нашого дослідження було визначення відмінностей у проявах рівня ЕЕ та якості життя у трьох виділених групах відповідно до рівня управління хворобою й саморегуляції за методикою HASMID.

Результати однофакторного аналізу ANOVA у трьох виділених групах представлено у таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

Однофакторний дисперсійний аналіз

Залежна змінна	F	Значущість	Розмір ефекту
Якість життя	1,254	0,282	0,12
ЕЕ	2,575	0,040	0,41

Як видно з таблиці, значущі відмінності спостерігаються за показниками ЕЕ у групах досліджуваних. Використання апостеріорного критерію Тьюкі для множинного порівняння показників попарно у кожній групі свідчить про те, що значущі відмінності існують за рівнем ЕЕ лише між групами з низьким і високим рівнем управління хворобою й саморегуляцією. При цьому встановлено середній розмір ефекту ($\eta^2 = 0,41$), який свідчить про те, що існують значущі відмінності між цими досліджуваними групами.

Середньогрупові показники трьох груп відображені у таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

Середньогрупові показники якості життя та ЕЕ у трьох групах досліджуваних

Залежні змінні	**Низький рівень HASMID**		**Середній рівень HASMID**		**Високий рівень HASMID**	
	Середнє (M)	**Середнє відхилення (SD)**	**Середнє (M)**	**Середнє відхилення (SD)**	**Середнє (M)**	**Середнє відхилення (SD)**
Якість життя	57,40	14,89	58,36	3,73	64,09	23,74
ЕЕ	5,23	0,60	5,74	0,63	6,78	0,67

Як видно з таблиці 3.13, показники якості життя у досліджуваних із низьким (M = 57,40, SD = 14,89), середнім (M = 58,36 SD = 3,73 M = 64,09, SD = 23,74) та високим (M = 33,39, SD = 13,62) рівнями управління хворобою й саморегуляції відрізняються тенденцією покращення рівня якості життя зі збільшенням рівня управління хворобою та саморегуляції. Водночас ці відмінності виявилися статистично незначущими. Встановлено значущі відмінності у показниках ЕЕ між групами з низьким і високим рівнями управління хворобою та саморегуляцією. Відтак, можемо стверджувати, що особи із високим рівнем управління хворобою та саморегуляції асоціюються із нижчим рівнем ЕЕ стосовно них з боку родини (див. рис. 3.12). Відповідно,

можна припустити. що низький рівень ЕЕ з боку родини сприяє високому рівні управління хворобою ШКТ та саморегуляції.

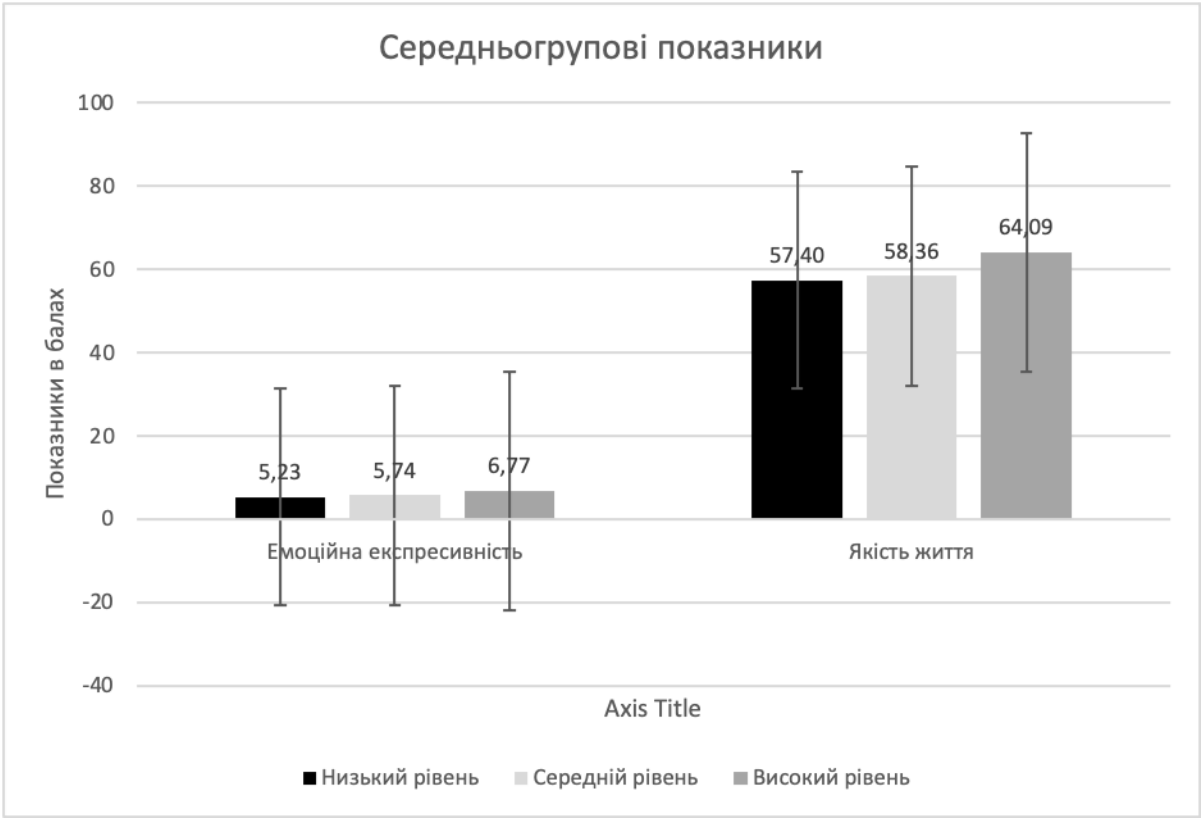


Рис. 3.12. Відмінності у показниках ЕЕ та якості життя осіб із різним рівнем HASMID

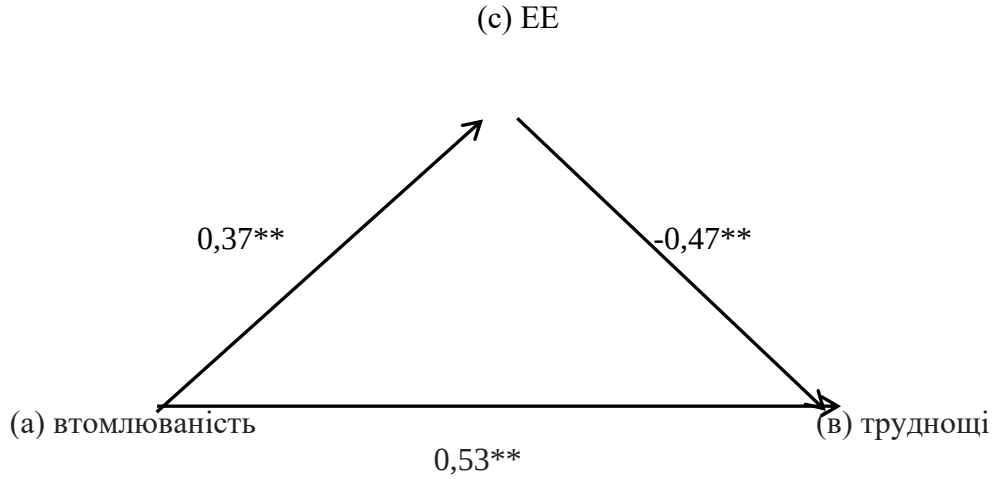
Таким чином, враховуючи обернений обрахунок балів за методикою HASMID можемо зробити висновок про взаємозв'язок ефективного управління хворобою та саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та ЕЕ з боку родичів стосовно цих осіб.

Відповідно до останніх досліджень управління хворобою і саморегуляції осіб із захворюваннями ШКТ одним із психологічних наслідків є швидка втомлюваність цих осіб. Відповідно до здійсненого нами аналізу встановлено кореляційний зв'язок між втомлюваністю та високим рівнем ЕЕ. Окрім цього як зазначалося раніше, найвищим кореляційними зв'язком між ЕЕ та різними аспектами управління хворобою є зв'язок між труднощами, з якими стикаються особи з захворюваннями ШКТ та рівень ЕЕ. Враховуючи

ці дані, наступним кроком нашого дослідження є вивчення ефекту ЕЕ на взаємодію цих двох аспектів управління хворобою, зокрема труднощів та втомлюваності.

Для визначення медіативного ефекту ЕЕ на взаємозв'язок показників швидкої втомлюваності та труднощів, пов'язаних із хворобою, ми здійснили регресійний аналіз, який ґрунтувався на трьох-етапній моделі медіативного аналізу Барона-Кенні (Baron & Kenny, 1986). Змінна ставлення родини (FAS) слугувала медіатором.

Перший етап медіативного аналізу показує, що втомлюваність є значущим предиктором труднощів, пов'язаних із хворобою (B=0,80, 95% CI [0,31; 1,29], β= 0,53, t=3.34, p=0,002). Другий етап свідчить про те, що показники втомлюваності є значущим предиктором рівня ЕЕ (B= -1,94, 95% CI [-3,77; -0,11], β=0,37, t=-2,17, p=0,038). Третій етап відображає, що рівень ЕЕ є значущим предиктором труднощів, пов'язаних із хворобою (B=-0,14, 95% CI [-0,23; -0,04], β=-0,47, t=-2,889, p=0,007).



Примітка. **p<.01, ЕЕ=експресивна емоційність

Рис. 3.13. Медіативна модель непрямого ефекту рівня ЕЕ (медіатор) на взаємозв'язок втомлюваності (незалежна змінна) та труднощів, пов'язаних із хворобою (залежна змінна)

Коефіцієнт стандартизованого регресійного зв'язку між показниками втомлюваності та труднощів, пов'язаних із хворобою значно

зменшується, коли включається медіативний ефект рівня ЕЕ (B=0,62, 95% CI [0,11; 1,13], β = 0,41, t=2,51, p=0,018 vs. p=0,002 без медіативного ефекту ЕЕ).

Тест на визначення значущості взаємозв'язку між етапами (а і с) та (в і с) свідчить про помірний ступінь вираження сили ефекту: 0,37 * -0,47=0,17 (рис. 3.13).

Таким чином, враховуючи зворотній порядок обрахування балів у методиці для діагностики управління хворобою та саморегуляції осіб (чим вищий бал, тим нищий рівень труднощів та втомлюваності), спостерігаємо непрямий ефект ЕЕ як сукупності критики, ворожості та емоційної гіперопіки на наявність труднощів, пов'язаних із хворобою. Швидка втомлюваність та виснаженість лікуванням і постійним дотриманням дієти поглиблюють проблеми осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, якщо їхні родичі мають високий рівень ЕЕ. Ці дані узгоджуються із результатами кореляційного аналізу, відповідно до яких спостерігається значущий негативний кореляційний зв'язок між рівнем ЕЕ та рівнем соціальної підтримки за опитувальником якості життя, відповідно r=0,409, p>0,01. Окрім того, як було показано вище, компонент соціальної взаємодії має найбільші навантаження у факторній структурі управління хворобою та саморегуляції осіб.

Отримані дані дають змогу дійти розуміння низької якості життя осіб із хронічним захворюванням ШКТ через нестачу соціальної взаємодії, родинної підтримки, низької контрольованості симптомів і частих рецидивів хвороби. Як показує наше дослідження, важливим психологічним і фізичним наслідком захворювання є втомлюваність і виснаженість упродовж хвороби, яка значно посилюється високим рівнем ЕЕ з боку родини.

Важливим є розуміння того, що ставлення родини у вигляді ЕЕ здійснюють опосередкований вплив на управління хворобою і можуть допомогти або навпаки погіршити труднощі цих осіб, пов'язаних із

хворобою. Зміст тверджень за субшкалою труднощів в методиці управління хворобою та саморегуляції осіб описують захворювання ШКТ як прижиттєву боротьбу, а життя з неконтрольованими рецидивами хвороби як безкінечну сутичку з ускладненнями та необхідність дотримання чіткого укладу життя. Тому підтримка родини у вигляді толерантного та теплого ставлення є дуже важливою для цих осіб. Отримані результати мають важливе практичне значення, адже психоедукація членів родини, у якій є особи із захворюваннями ШКТ, може покращити якість життя останніх та їхню саморегуляцію.

Висновки до розділу 3

У розділі висвітлено результати дослідження відповідно до есперієнтальних дослідницьких запитань, пов'язаних із переживанням захворювання ШКТ та його впливу на різі сфери якості життя отримувачів медичних послуг, зокрема ми зосереджувалися на вивченні управлінні хворобою й саморегуляції та якості життя осіб у період пандемії COVID-19, факторній структурі управління хворобою та саморегуляції, управлінні хворобою та якості життя осіб із захворюваннями ШКТ відповідно до демографічних характеристик отримувачів медичних послуг.

Результати дослідження ЕЕ з боку родини до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ у контексті якості життя, управління хворобою й саморегуляції осіб дають змогу дійти таких висновків.

1. Результати дослідження свідчать про те, що переважна більшість досліджуваних (85%) має низький і середній рівні якості життя, а також (71%) – низький та середній рівень управління хворобою й саморегуляції. Найбільш задоволеними з усіх сфер якості життя для отримувачів медичних послуг є сфери соціальної підтримки і взаємодії з родиною. Примітно, що не зважаючи на високо оцінені сфери соціальної взаємодії, найменш розвиненими аспектами є організація власного відпочинку та стан благополуччя загалом. Також важливо відмітити, що

переважна більшість сфер є в діапазоні – 50-65%, що свідчить про посередній рівень якості життя отримувачів медичних послуг. Результати факторного аналізу дали змогу визначити структуру управління хворобою та саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, яка представлена такими основними факторами (компонентами): ефективна соціальна взаємодія, до якої належить конструкт ЕЕ, а також взаємодія із найближчим оточенням; відсутність рецидивів хвороби й гострих симптомів; та контрольованість перебігу захворювання. При цьому саме фактор соціальної взаємодії має найбільші факторні навантаження, що свідчить про важливість соціальної підтримки цих осіб. Результати кореляційного аналізу управління хворобою та різних аспектів якості життя дали змогу встановити найбільші показники взаємозв'язку між ефективним управлінням хворобою та показниками здоров'я, задоволеністю роботою, збалансованим харчуванням. Таким чином, ефективне управління хворобою та саморегуляція осіб із хронічними захворюваннями ШКТ дає змогу ефективно реалізовуватися у таких сферах якості життя, як професійна діяльність, харчова поведінка та фізичне здоров'я.

2. Враховуючи важливість фактора соціальної взаємодії у факторній структурі управління хворобою, було здійснене дослідження якості життя і благополуччя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ під час соціальної ізоляції й карантинних обмежень упродовж пандемії. Результати дослідження свідчать про те, що в отримувачів медичних послуг із діагнозом ШКТ не спостерігаються яскраво виражені прояви психічних проблем у період пандемії COVID-19. Водночас високими показниками є відчуття болю та загального виснаження організму. Результати індивідуальних бесід із досліджуваними про основні переживання у період пандемії свідчать про те, що домінуючими тривогами цієї групи пацієнтів є перестороги щодо вчасного отримання медичної допомоги. Водночас помітними є показники відчуття болю, загального виснаження, та порушення сну, які негативно впливають на стан загального здоров'я. Такі результати є

суголосними факторній структурі управління хворобою й саморегуляції, у якій важливим компонентом є рецидиви та гострі напади хвороби. Таким чином, можемо припустити, що наявність гострого больового синдрому та неконтрольовані напади хвороби перевищують можливий емоційний дистрес, пов’язаний із пандемією. Водночас такі припущення потребують подальшого вивчення.

3. Результати дослідження ЕЕ у контексті управління хворобою та якості життя свідчать про те, що найбільший кореляційний зв'язок спостерігається між труднощами управління хворобою та рівнем ЕЕ, інакше кажучи, збільшення ворожого, критичного та з елементами гіперопіки ставлення до особи із захворюваннями ШКТ призводить до збільшення труднощів, викликаних хворобою. Враховуючи факторну структуру управління хворобою та саморегуляцію, можемо припустити, що найбільші труднощі цих осіб пов’язані саме з больовими синдромами і гострими нападами хвороби та порушеною соціальною взаємодію через соціальні обмеження. Водночас збільшення контролю отримувачів медичних послуг над власною хворобою пов’язане із зменшенням ворожого, критичного та з елементами гіперопіки ставлення до особи із захворюванням. Встановлено значущі відмінності у показниках ЕЕ між групами з низьким і високим рівнями управління хворобою та саморегуляцією. Відтак, можемо стверджувати, що особи із високим рівнем управління хворобою та саморегуляції асоціюються із нижчим рівнем ЕЕ стосовно них з боку родини.

4. Результати регресійного аналізу з медіацією свідчать про те, що ЕЕ здійснює опосередкований вплив на управління хворобою й саморегуляцію осіб через значущий ефект ЕЕ на взаємодію труднощів, пов’язаних із хворобою та втомлюваності. Таким чином, встановлено непрямий ефект ЕЕ як сукупності критики, ворожості та емоційної гіперопіки з боку родини на наявність труднощів, пов’язаних із хворобою сукупно з втомлюваністю. Відтак, швидка втомлюваність та виснаженість від медикаментозного лікування, поєднані з низкою труднощів,

пов'язаних із хворобою (больовий синдром, неконтрольованість симптомів, гострі рецидиви, постійне дотримання дієти із соціальною обмеженістю) поглиблюються через вплив високого рівня ЕЕ з боку родичів.

Тому наступним етапом емпіричного дослідження є досягнення поглибленого розуміння ЕЕ шляхом вивчення феноменології ЕЕ у сукупності її об'єктивного прояву та суб'єктивного переживання.

Список публікацій здобувача за результатами розділу 3

1.Пастрик Т. В. Демографічні характеристики як детермінанти емоційної експресивності у родинах осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. *Психологія: реальність і перспективи.* 2022. Вип.19. С. 110-118. https://doi.org/10.35619/praprv.v1i19.314

2. Пастрик Т. Психічні стани медпрацівників у кризових ситуаціях під час пандемії COVID-19. Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості : матеріали XIV міжнар. наук.- практ. конф. (м. Луцьк, 7 – 8 квіт. 2022 р.) / за заг. ред. М. І. Магдисюк. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. С. 130 – 133.
3. Пастрик Т.В. Психічні стани медпрацівників у кризових ситуаціях під час пандемії COVID-19 Актуальні проблеми екстремальної та кризової психології : зб. тез Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 21 лютого 2022 р.). - Дніпро : ДДУВС. 2022. – С.66-69. https://er.dduvs.in.ua/handle/123456789/9538
4. Пастрик Т.В. Ефективне спілкування членів родини з особою із хронічним захворюванням як чинник здоров'я громади Комунікація і спілкування в XXI столітті: Збірник наукових робіт учасників Всеукраїнського круглого столу: «Комунікація і спілкування XXI столітті» (22 лютого 2022 р. Інститут соціальної та політичної психології Національної академії педагогічних наук України, лабораторія психології спілкування) [Електронний ресурс] / за наук.

ред. Г. М. Бевз, І. В. Петренко, В. І. Юрченко. Вісник педагогіки і психології. Вип. 29. К. : ІСПП НАПН України, 2022. С. 84-89. URL: http://www.psyh.kiev.ua/Збірник_наук._праць._-Випуск_29

РОЗДІЛ 4
ПРОЯВИ ОБ'ЄКТИВНОГО РІВНЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ ТА ЇЇ СУБ'ЄКТИВНЕ ПЕРЕЖИВАННЯ ОСОБАМИ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

У розділі висвітлено зв'язки між показниками сприйнятого рівня ЕЕ та об'єктивного рівня ЕЕ як показника сімейного клімату; визначено предиктори суб'єктивного переживання з боку користувача медичних послуг та відмінності у показниках суб'єктивного переживання ЕЕ з боку родичів, якості життя, пов'язаної з хворобою, та стану здоров'я осіб із хронічними захворюваннями ШКТ відповідно до статі, сімейного стану, професійного статусу; встановлено взаємозв'язки між показниками ЕЕ з боку членів сім'ї, медперсоналу та сприйнятої ЕЕ осіб та якістю життя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, що свідчить про реципрокність ЕЕ, та відповідний ЕЕ стиль, а також здійснено узагальнення про реципрокний характер ЕЕ.

У розділі відображено результати дослідження відповідно до **феноменологічних дослідницьких запитань.**

($ДЗ_7$) Чи існують кореляційні зв'язки між показниками сприйнятого рівня ЕЕ за шкалою pLEE та об'єктивного рівня ЕЕ як показника сімейного клімату за шкалою FAS?

($ДЗ_8$): Чи об'єктивний сімейний клімат, представлений емоційною гіперопікою, критичністю та ворожістю та тривалість хвороби є предикторами суб'єктивного переживання з боку користувача медичних послуг?

($ДЗ_9$) Чи існують відмінності у показниках суб'єктивного переживання ЕЕ з боку родичів (сприйнята ЕЕ) та її субшкал (нестача підтримки, дратівливість, емоційна гіперопіка та критичність стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ з боку їхніх родичів), якості життя, пов'язаної з хворобою, та стану здоров'я особами із хронічними захворюваннями ШКТ відповідно до статі, сімейного стану, професійного статусу?

(ДЗ$_{10}$): Чи існують кореляційні зв’язки між показниками ЕЕ з боку членів сім’ї, медперсоналу та сприйнятої ЕЕ осіб та якістю життя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, що свідчить про реципрокність ЕЕ та відповідний ЕЕ стиль?

(ДЗ$_{11}$): Чи є 1) ставлення родини до особи із захворюванням, 2) суб’єктивне переживання цього ставлення особами із захворюваннями ШКТ (сприйняте ЕЕ з боку родичів); 3) суб’єктивне переживання ставлення з боку медпрацівників особами із захворюваннями ШКТ (сприйняте ЕЕ з боку медиків) та 4) стан здоров’я предикторами якості життя, пов’язаної із хворобою?

(ДЗ$_{12}$): Чи існують відмінності у показниках суб’єктивного переживання ЕЕ, стану здоров’я та якості життя, пов’язаної із хворобою, відповідно до статусу родича (шлюбний партнер/інший родич)?

(ДЗ$_{13}$) Чи існує кореляційний зв'язок між сприйнятою критичністю й власною вираженою критичністю отримувачів медичних послуг як маркер реципрокності ЕЕ.

4.1. Психодіагностика емоційної експресивності у наукових дослідженнях: об’єктивний рівень ставлення родини та суб’єктивне переживання

В умовах поширення біопсихосоціального підходу G. Engel у клінічній і медичній психології (Engel, 1978), а також загострення фокусу уваги на соціально-культурному факторі у виникненні, розповсюдженні та лікуванні різних видів емоційного дистресу, конструкт ЕЕ набуває дедалі більшого вивчення. J. Cromby зазначає, що ЕЕ чітко вирізняється за специфікою вираження ставлення. Так, ворожість родини/медпрацівників завжди спрямована на особу із хронічним захворюванням та має відтінок обвинувачення (Cromby et al., 2017). . Емоційна гіперопіка пов’язана із обвинуваченням найближчим оточенням самого себе за виникнення хвороби

у користувача медичних послуг, тоді як критичне ставлення поєднує елементи як обвинувачення себе, так й претензії до інших.

Водночас попри важливість ЕЕ у клінічній практиці, у наукових дослідженнях дедалі більше порушується проблема діагностики ЕЕ та надійність психодіагностичного інструментарію. J. Hooley та H. Parker (2006) розглядають найважливіші проблеми, пов'язані з діагностикою ЕЕ (Hooley & Parker, 2006). Вчені це визначають як психодіагностична криза у вивченні ЕЕ. Передусім, зазначені опитувальники не можуть чітко визначити, чи це стосується суб'єктивного сприйняття сімейного клімату особою з хронічним захворюванням, чи це стосується дійсно порушених стосунків у родині й неправильного ставлення до хвороби. Окрім цього структуровані й напівструктуровані інтерв'ю для діагностики ЕЕ дають багато важливої детальної інформації про сімейний контекст, водночас, вони дуже важкі в адмініструванні і зумовлюють багато проблем для комплексного клінічного дослідження. Адже в ідеалі передбачають одночасну діагностику діади досліджуваних: особи із хронічним захворюванням та його найближчого родича / медпрацівника. Окрім цього усі зазначені вище методики не завжди дають результати, які корелюють між собою, тому вчені порушують питання про те, чи насправді усі вони однаковою мірою діагностують ті ж самі аспекти ЕЕ.

Важливо відзначити, що донедавна не існувало жодного стандартизованого україномовного опитувальника для діагностики ЕЕ, що ускладнювало вивчення цього феномену і ставило перед нами дослідницькі задання з розробки надійного психометричного інструментарію. Результати культурної апробації шкали рівня сприйнятої критичності (pLEE) відображено у наших попередніх працях (Pastryk & Kots, 2022).

Одним із завдань емпіричного вивчення ЕЕ у нашому дослідженні є зіставлення ЕЕ з боку родичів до особи із хронічним захворюванням та суб'єктивного сприймання ЕЕ самою особою із захворюванням. Це завдання

пов’язане із методологічними дослідницькими запитаннями і має прояснити діагностичні можливості методик, спрямованих на визначення об’єктивного та суб’єктивного рівнів ЕЕ.

($ДЗ_7$) Чи існує кореляція між показниками сприйнятого рівня ЕЕ за шкалою pLEE та об’єктивного рівня ЕЕ як показника сімейного клімату за шкалою FAS?

($ДЗ_8$): Чи об’єктивний сімейний клімат, представлений емоційною гіперопікою, критичністю та ворожістю та тривалість хвороби є предикторами суб’єктивного переживання з боку користувача медичних послуг?

На наш погляд, вирішення цього завдання дасть змогу розставити акценти у доцільності використання таких шкал як pLEE (шкала для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion Scale, Kavanagh et al.); та FAS (шкала ставлення родини (Family Attitude Scale, J. Cole і S. Kazarian) призначена для вивчення ставлення родини до осіб із хронічними захворюваннями. Це, на наш погляд, дає відповідь на запитання про те, чи важливою є власне критичність чи все ж таки сприйнята критичність, адже сприйнята критика – не завжди є об’єктивною, і може зумовлюватися власне сприйняттям особи із хворобою.

Для реалізації завдань із методологічних, зокрема психодіагностичних проблем вивчення ЕЕ: шкала ставлення родини (Family Attitude Scale, FAS), методика для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Level of Expressed Emotion, pLEE).

У дослідженні використовувався **багатоплановий дизайн** емпіричного дослідження із використанням методів кореляційного аналізу, програми SPSS, версія 26.

Вибірка дослідження.

Вибірку дослідження для проявів ЕЕ стосовно осіб із захворюваннями ШКТ склали 118 особи, які перебували на стаціонарному лікуванні в

гастроентерологічному й проктологічному відділеннях КЗ «Волинська обласна клінічна лікарня». Окрім цього у дослідженні взяли участь 111 найближчих родичів (23 опитувальника неповних), внаслідок чого утворилося 88 діад (176 осіб), дані яких є придатними для аналізу: особа із захворюваннями ШКТ та її найближчий родич. При діагностиці сприйнятої ЕЕ з боку сім'ї досліджуваним надавалася інструкція уявити члена родини, який контактує із ними.

Результати кореляційного аналізу свідчать про наявність кореляційних зв'язків між показниками FAS та pLEE (r=.504, p<.01), що свідчить про сильний зв'язок між об'єктивним сімейним кліматом, представленим емоційною гіперопікою, критичністю та ворожістю і суб'єктивним переживанням такого ставлення з боку родини самими особами із хронічним захворюванням. Таким чином, можна стверджувати про доцільність використання обох шкал в діагностиці ЕЕ. Водночас важливо відстежити особливості взаємозв'язку різних субшкал такого суб'єктивного переживання ЕЕ, для того щоб зрозуміти які види ставлення мають реальні об'єктивні причини. Результати кореляційних зв'язків між показниками FAS та різних субшкал pLEE, зокрема сприйнятої підтримки, гіперопіки, критичності та роздратування (див. табл.4.1) свідчать про неоднакову міру їхньої взаємодії.

Таблиця 4.1

Кореляційні зв'язки між показниками FAS та субшкалами pLEE

	FAS	СНП	СГО	СР	СКр
FAS	-	0,343	0,234	0,744	0,161
СНП	0,343	-	0,468	0,470	0,700
СГО	0,234	0,468	-	0,481	0,386
СР	0,744	0,470	0,481	-	0,414
СКр	0,161	0,700	0,386	0,414	-

Примітка. *p<0,05; **p<0,01, СНП= сприйнята нестача підтримки, СГО=сприйнята гіперопіка, СР=сприйняте роздратування, СКр= сприйнята критичність

Як видно з таблиці 4.1., найвищі кореляційні зв'язки спостерігаються між показниками об'єктивного ставлення родини (FAS) та сприйнятого роздратування, сприйнятого браку підтримки та сприйнятої гіперопіки. Неочікуваним є результат відчутності кореляційних зв'язків між показниками об'єктивного сставлення родини (FAS) та сприйнятої критичності, адже цю субшкалу мають обидві методики.

На наш погляд, це свідчить про те, що не завжди існування об'єктивного критичного ставлення зіставляється з суб'єктивним переживанням цього ставлення, що підкреслює доцільність використання окремої шкали для діагностики сприйнятої критичності. У психології ЕЕ існує *Шкала для оцінки сприйнятої критичності* (Hooley & Teasdale, 1989). Шкала представлена двома твердженнями: *Оцініть, будь ласка, від 1 до 10 наскільки Вас засмучує, коли найближчий до Вас член сім'ї Вас критикує*. Друге твердження *Оцініть, будь ласка, від 1 до 10 наскільки засмучується найближчий до Вас член сім'ї, коли Ви його критикуєте.* Шкала має високі показники тестової надійності і конструктивної валідності з іншими діагностичними методиками ЕЕ. За даними авторів, коефіцієнт альфа Кронбаха становить <0,785 для усіх пунктів опитувальника.

Результати нашого дослідження повністю узгоджуються з думкою вчених про те, що важливого значення набуває не стільки власне критичність, як сприйнята критичність, адже саме тоді ми маємо визначення ставлення родичів чи медперсоналу з позиції суб'єктивного переживання ЕЕ особою із захворюванням.

Тому результати нашого дослідження переконливо доводять, що саме суб'єктивна думка користувачів медичних послуг є більш важливою ніж об'єктивний рівень ЕЕ. Адже ставлення з елементами критики по-різному може сприйматися особами, і відповідно мати різний вплив на їхню якість життя. Окрім того, із усіх видів ЕЕ, за результатами досліджень, саме

критичність відіграє найбільшу роль у налагодженні якості життя особи із хронічним захворюванням (Hooley & Teasdale, 1989).

Вивчення сприйнятого рівня ЕЕ також може полегшити вирішення ще однієї психодіагностичної проблеми, яка вже має феноменологічний характер – вивчення реципрокного характеру ЕЕ. Інакше кажучи, як зіставляються рівні ЕЕ у тріаді: користувач медичних послуг-член родини-медпрацівник. Результати вивчення цих тріад мають важливе теоретичне і практичне значення, адже дадуть змогу покращити клінічну практику і процес лікування.

Друге дослідницьке питання полягає у визначенні предикторів суб'єктивного переживання ЕЕ, яке може бути представлене об'єктивними чинниками таким, як реальний сімейний клімат, тривалість хвороби та фізичне самопочуття у теперішній момент. Для того, щоб дослідити, наскільки суб'єктивного переживання ЕЕ пов'язане з цими обєктивними факторами, був використаний регресійний аналіз, у якому суб'єктивного переживання ЕЕ (pLEE) слугувало залежною змінною, а реальний сімейний клімат, тривалість хвороби та фізичне самопочуття слугували незалежними змінними (табл. 4.2). Припущення щодо лінійного зв'язку між даними, однорідності, автокореляції залишків першого порядку (Durbin Watson d=1,47), пропорція варіації змінних (середній показник толерантності=0,61>0,1, і VIF=1,66, отже 1<VIF>10), які є необхідними для здійснення регресійного аналізу, були підтверджені.

Результати регресійного аналізу свідчать про те, що об'єктивний сімейний клімат, тривалість хвороби та фізичне самопочуття пов'язані з рівнем прояву суб'єктивного переживання ЕЕ (сприйнятого ЕЕ) користувачами медичних послуг. Ці три змінні пояснюють 28,6 %, R^2 = 0,286, F (2, 86) = 2,944, p= 0,05. Водночас лише одна з цих змінних – FAS як маркер об'єктивного сімейного клімату є значущим незалежним предиктором суб'єктивного переживання ЕЕ (B=0.566, 95% CI [-0,125; 1,007], β = -0,572, t = -1,063, p=0,299).

Таблиця 4.2

Лінійна модель регресії із залежною змінною суб'єктивне переживання ЕЕ

Змінні	B	SEB	b	95%CI	t	p
FAS	0,566	0,213	0,572	[-0,125; 1,007]	2,662	0,001
Тривалість хвороби	-0,077	0,072	-0,246	[-0,227; 0,073]	-1,063	0,073
Стан здоров'я	-0,103	0,241	-0,106	[-0,602; 0,397]	-0,427	0,397

Тривалість хвороби (B=0,077, 95% CI [-0,227; 0,397], β = -0,246, t = -1,063, p=0,299) стан здоров'я (B= 0,103, 95% CI [-0,602; 0,397], β = -0,106, t = -0,427, p=0,673) не є значущими незалежними предикторами суб'єктивного переживання ЕЕ.

Отримані дані в результаті регресійного аналізу дають змогу зробити важливі узагальнення для нашого дослідження, адже в теоретичному розділі нашої статті, ми зазначали про методологічні проблеми у діагностиці об'єктивного рівня ЕЕ та його суб'єктивного переживання особами з хронічним захворюванням. Результати показують, що ці змінні нерозривно пов'язані між собою. Інакше кажучи, суб'єктивний рівень переживання ворожості, критичності та емоційної гіперопіки з боку родичів втілюється у відповідне суб'єктивне переживання цих осіб. Водночас так об'єктивні чинники, як тривалість хвороби та стан здоров'я не є незалежними предикторами. Такі результати, на наш погляд, підсилюють роль реального ставлення родичів до особи із хронічним захворюванням. І зумовлюють перспективи подальших досліджень, спрямованих на розробку і впровадження психоедукаційних програм для родичів отримувачів медичних послуг.

4.2. Прояви емоційної експресивності відповідно до демографічних характеристик осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту

У сучасних зарубіжних дослідженнях саме ЕЕ є центральним поняттям у ставленні членів родини до особи із хронічним захворюванням. Водночас існують серйозні методологічні питання щодо вивчення ЕЕ. Так, J. Cromby і колеги зазначають про те, що досі невідомо, який вектор казуальних відношень між ЕЕ та особою із хронічними захворюваннями (Cromby et al., 2017). Так, у науковій літературі чітко не визначено, чи погане ставлення родини поглиблює захворювання і погіршує якість життя, пов'язану із хворобою, чи важкість перебігу захворювання негативно впливає на ставлення родини до отримувача медичних послуг.

Як зазначалося вище, G. Brown та M. Rutte вперше увели це поняття у науковий обіг при вивченні пацієнтів із шизофренією, які мають високий ризик рецидиву хвороби. Результати їхнього дослідження засвідчили, що ризик рецидиву зростає, якщо при поверненні додому після госпіталізації родичі пацієнта проявляють емоційну гіперопіку та критичність до них (Brown & Rutter, 1966).

За J. Hooley & I. Gotlib, ЕЕ є надійним психосоціальним індикатором рецидивів не лише у психічному, а й фізичному здоров'ї. На сучасному етапі ЕЕ оцінюється виключно на основі критики, ворожості та емоційної гіперопіки, оскільки ці типи ЕЕ тісно пов'язані з хронічними захворюваннями як психічної, так і фізичної етіології (Hooley & Parker, 2006; Pastryk et al., 2021).

L. Zasiekina представила результати дослідження особливостей ЕЕ стосовно осіб із целіакією та негативний вплив ЕЕ на якість життя осіб із цим захворюванням (Zasiekina, 2018). Результати аналізу літератури засвідчили, що відсутні дослідження впливу ЕЕ з боку родичів стосовно осіб із

захворюваннями ШКТ. Оскільки ці захворювання часто передбачають дотримання чіткого розпорядку та здорового способу життя, взаємодія у сім'ї є важливою для якості життя та управління хворобою цих осіб. У теоретичному розділі нашого дослідження ми показали негативний вплив ЕЕ як критичного, ворожого, з елементами емоційної гіперопіки ставлення до осіб із захворюваннями ШКТ на перебіг захворювання та якість життя цих осіб (Pastryk et al., 2021)

На сьогоднішній день учені не мають достатньо даних, що саме можна сприймати як позитивний чи негативний клінічний результат хронічної хвороби. Так, огляд літератури останніх років із проблеми дає змогу зробити висновок, що контроль за власним здоров'ям та здоровий спосіб життя можуть давати позитивні результати на перебіг хвороби, при цьому ЕЕ мають сильний ефект на якість життя, пов'язану із хворобою (Zasiekina, 2018). Таким чином, у контексті нашого дослідження, услід за визначенням хронічної хвороби A. Wearden (2020) та ін., ми будемо говорити про якість життя, пов'язану з хворобою, а не про конкретний клінічний результат (Wearden et al., 2020).

Враховуючи той факт, що етіологія ЕЕ більшою мірою пов'язана з психічними хворобами, і лише нещодавно почала вивчатися у контексті фізичних хвороб, вважаємо за необхідно ґрунтовне дослідження ЕЕ відповідно до демографічних характеристик осіб із захворюваннями ШКТ. Окрім цього, як зазначалося вище, важливим є поняття сприйнятого ЕЕ, інакше кажучи, суб'єктивне переживання ЕЕ самими особами із діагнозом. Відповідно до цього сформульовані феноменологічні дослідницькі запитання на цьому етапові емпіричного дослідження, які стосуються більшою мірою ЕЕ не як об'єктивно функціонуючого конструкту, а як суб'єктивного переживання

(ДЗ$_9$): Чи існують відмінності у показниках суб'єктивного переживання ЕЕ з боку родичів (сприйнята ЕЕ) та її субшкал (нестача підтримки, дратівливість, емоційна гіперопіка та критичність стосовно осіб із

хронічними захворюваннями ШКТ з боку їхніх родичів), якості життя, пов'язаної з хворобою, та стану здоров'я особами із хронічними захворюваннями ШКТ відповідно до статі, сімейного стану, професійного статусу?

Вибірку дослідження для проявів ЕЕ стосовно осіб із захворюваннями ШКТ склали 118 особи, які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному й проктологічному відділеннях КЗ «Волинська обласна клінічна лікарня». При діагностиці сприйнятої ЕЕ з боку сім'ї досліджуваним надавалася інструкція уявити члена родини, який контактує із ними щонайменше 10 годин щотижня.

На цьому етапі дослідженні використовувалися такі методики.

1. *Опитувальник якості життя, пов'язаної з хворобою* (EQ-5D-3L) (Devlin et al., 2022).

2. *Шкала для діагностики рівня ЕЕ* (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE), розроблена J. Cole і S. Kazarian (Cole & Kazarian, 1988). У нашому дослідженні було використано коротку форму методики, стандартизовану B. Hale та ін. (Hale et al., 2007)**.** Нагадаємо, що шкала має обернений обрахунок, і максимальна кількість набраних балів 15 свідчить при низький рівень ЕЕ.

Результати порівняння двох незалежних вибірок відповідно до статі з допомогою t-критерію Ст'юдента відображено на рис. 4.1.

Як видно з рисунку, не спостерігається значущих відмінностей у якості життя, пов'язаної з хворобою, станом здоров'я та суб'єктивним переживанням ЕЕ з боку родичів між чоловіками та жінками із хронічними захворюваннями ШКТ. Результати нашого дослідження не зіставляються із останніми дослідженнями осіб із обсесивно-комульсивним розладом (ОКР), у яких стать є значущим незалежним предиктором ЕЕ стосовно цих осіб ($B = -0{,}981$; $P < 0{,}05$) (Ranjan, Gujar, & Gupta, 2022). Такий незбіг може пояснюватися різними діагнозами досліджуваних осіб, а також різними методиками діагностики сприйнятої ЕЕ. У нашому дослідженні

використовувалась шкала для діагностики рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE), розроблена J. Cole і S. Kazarian (Cole & Kazarian, 1988). Тоді як у зарубіжних вчених була використана шкала для оцінки сприйнятої критичності (Hooley & Teasdale, 1989), яка фокусується лише на одному типові ставлення ЕЕ – критичності.

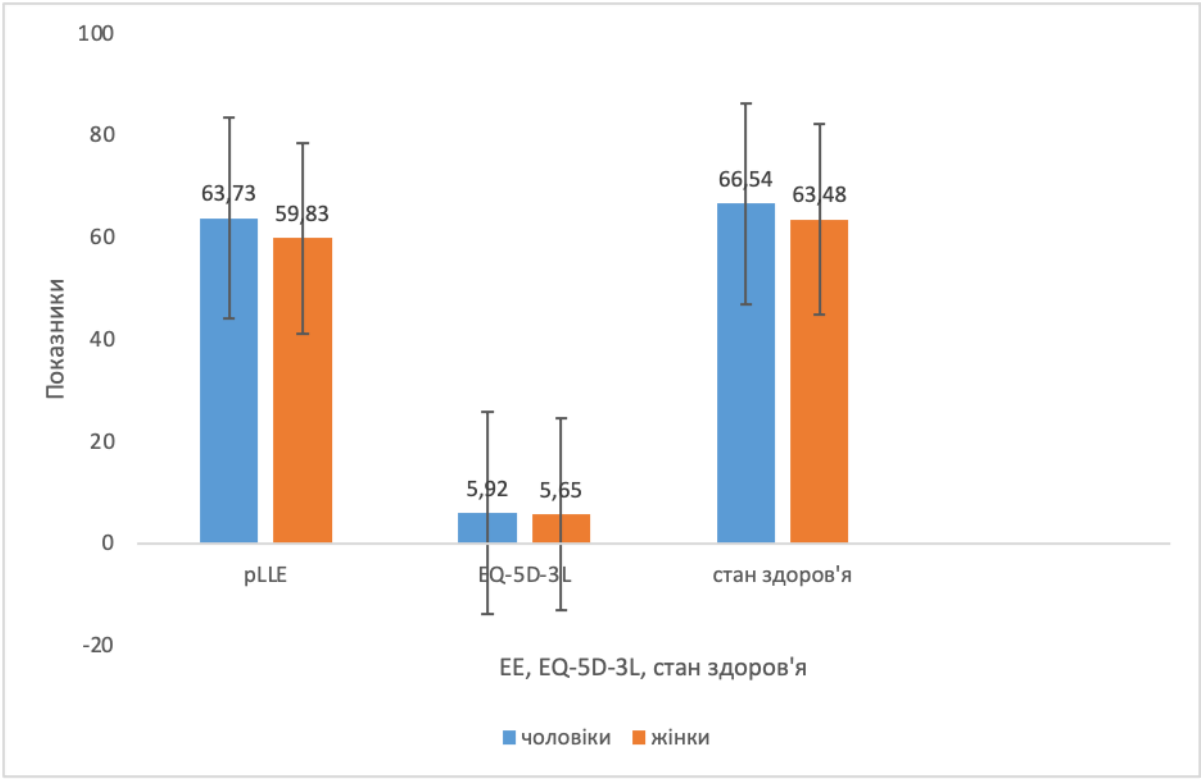


Рис. 4.1. Відмінності у показниках ЕЕ, стану здоров'я та EQ-5D-3L відповідно до статі

Середньогрупові показники та t-критерій Ст'юдента відображено у таблиці 4.3.

Таблиця 4.3

Середні значення та стандартні відхилення EQ-5D-3L, стану здоров'я та pLEE для досліджуваних осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та відмінності за статтю

Змінні	Разом (n=52) Чоловіки		Разом (n=66) Жінки		t	p
	M (SD), Min-Max		M (SD), Min-Max			
EQ-5D-3L	5,92 (1,41)	4.00 10.00	5,65 (1,28)	5,00 10,00	1,362	0,176
pLEE	63,73 (18,14)	38 111,00	59,83 (12,78)	37,00 110,00	0,978	0,206
стан здоров'я	66,53 (16,10)	20,00 90,00	63,48 (16,17)	22,00 90,00	1,020	0,310

Примітка. pLEE=сприйнятий рівень ЕЕ (суб'єктивне переживання ЕЕ), EQ-5D-3L=якість життя, пов'язана з хворобою

Результати порівняння показників ЕЕ, стану здоров'я та EQ-5D-3L у двох незалежних вибірках відповідно до сімейного статусу з допомогою t-критерію Ст'юдента відображено на рис. 4.2.

Результати дослідження свідчать про те, що існують значущі відмінності у показниках стану здоров'я та якості життя, пов'язаної з хворобою відповідно до сімейного стану. Так, в одружених осіб із хронічними захворюваннями ШКТ якість життя (шкала має зворотній обрахунок) і стан здоров'я вищий на математично-статистичному рівні (див. табл. 4.4). Водночас наші результати не зіставляються із даними дослідження G. Brown та ін., які свідчать про те, що особи, які живуть самі або з братами і сестрами, мають найнижчий рівень рецидивів – 17% (Brown et al., 1958).

Кількість тих осіб, які мають рецидиви, живучи з батьками, становить біля 32%.

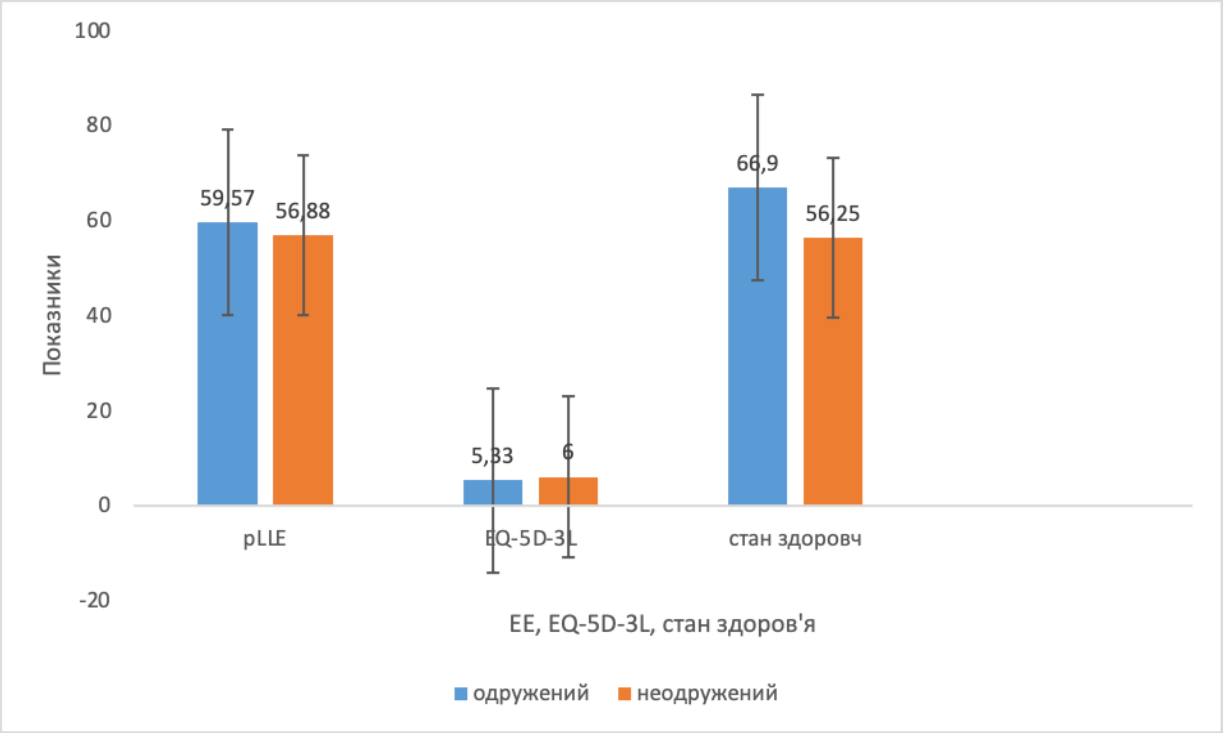


Рис. 4.2. Відмінності у показниках EE, стану здоров'я та EQ-5D-3L відповідно до сімейного статусу

Найвищий рівень рецидивів (50%) було виявлено в осіб, які проживали разом із шлюбними партнерами. Така неузгодженість результатів може бути пов'язана з різною специфікою хвороб, так у дослідженні зарубіжних колег особи мали психотичні розлади, тоді як вибірка нашого дослідження – особи із хронічними захворюваннями ШКТ. Окрім того зарубіжні дослідники вивчали прояви рецидивів хвороби, тоді як наші дослідження були зосереджені на якості життя та станові здоров'я.

Таблиця 4.5

Середні значення та стандартні відхилення EQ-5D-3L, стану здоров'я та pLEE для досліджуваних осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та відмінності за сімейним статусом

Змінні	Разом (n=76) Одружені		Разом (n=42) Неодружені		t	p
	M (SD), Min-Max		M (SD), Min-Max			
EQ-5D-3L	5,33 (0,85)	4.00 10.00	6,00 (1,26)	5,00 10,00	-2,325	0,024
pLEE	59,57 (13,43)	38 111,00	56,88 (13,13)	37,00 110,00	0,688	0,495
стан здоров'я	66,90 (12,73)	20,00 90,00	56,25 (18,57)	22,00 90,00	2,496	0,016

Примітка. pLEE=сприйнятий рівень ЕЕ (суб'єктивне переживання ЕЕ), EQ-5D-3L=якість життя, пов'язана з хворобою

Результати дослідження відмінностей у EQ-5D-3L, стану здоров'я та pLEE відповідно до професійного статусу (працюючий/непрацюючий) подано на рисунку 4.3.

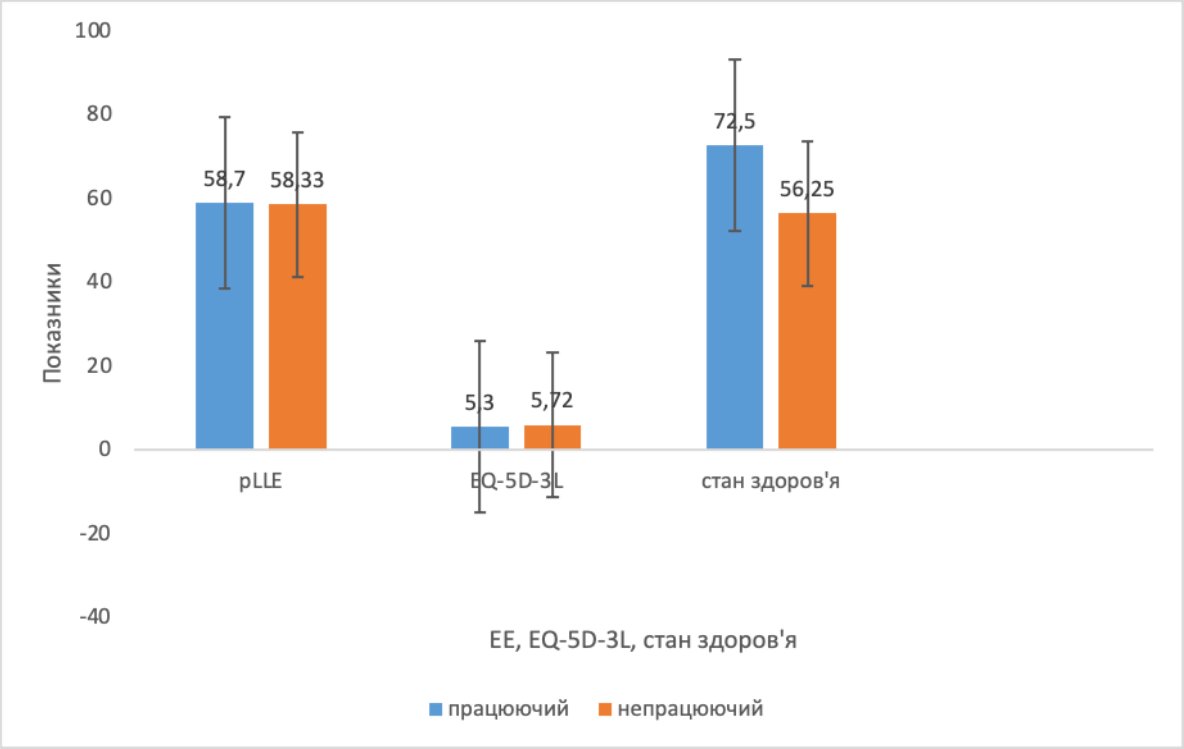


Рис. 4.3. Відмінності у показниках ЕЕ, стану здоров'я та EQ-5D-3L відповідно до професійного статусу

Як видно з рисунку існують незначні відмінності на рівні $p<0,05$ між показниками якості життя, пов'язаної із професійним статусом. Водночас найбільші відмінності на рівні $p<0,001$ спостерігаються за станом здоров'я між особами, які працюють і не працюють. Як видно з рисунку, у наших досліджуваних відмінностей у показниках ЕЕ відповідно до професійного статусу не виявлено. Результати нашого дослідження не зіставляються із останніми дослідженнями осіб із обсесивно-компульсивним розладом, у яких професійний статус є значущим незалежним предиктором ЕЕ стосовно цих осіб (B = 1,429; p < 0,01) (Ranjan et al., 2022).

Такий незбіг, подібно до розбіжностей результатів за статтю, як ми писали вище, може пояснюватися різними діагнозами досліджуваних осіб, а також неоднаковими методиками діагностики сприйнятої ЕЕ. У нашому дослідженні використовувалась шкала для діагностики рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE), розроблена J. Cole і S. Kazarian (Cole &

Kazarian, 1988). Тоді як у зарубіжних вчених була використана шкала для оцінки сприйнятої критичності (Hooley & Teasdale, 1989), яка фокусується лише на одному видові ставлення ЕЕ – критичності.

Окрім цього вибірка у нашому дослідженні – особи з хронічними захворюваннями ШКТ, тоді як у зарубіжному дослідженні – обсесивно-компульсивний розлад, що належить до діапазону тривожних розладів.

Таблиця 4.6

Середні значення та стандартні відхилення EQ-5D-3L, стану здоров'я та pLEE для досліджуваних осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та відмінності за професійним статусом

Змінні	Разом (n=72) Працюючі		Разом (n=46) Непрацюючі		t	p
	M (SD), Min-Max		M (SD), Min-Max			
EQ-5D-3L	5,30 (0,66)	4.00 10.00	5,72 (1,11)	5,00 10,00	-1,551	0,127
pLEE	59,57 (13,43)	38 111,00	56,88 (13,13)	37,00 110,00	0,097	0,923
стан здоров'я	72,50 (13,62)	20,00 90,00	58,33 (13,63)	22,00 90,00	3,728	0,000

Примітка. pLEE=сприйнятий рівень ЕЕ (суб'єктивне переживання ЕЕ), EQ-5D-3L=якість життя, пов'язана з хворобою

Як видно з таблиці 4.6, особи, які працюють, мають кращі показники стану фізичного здоров'я порівняно з непрацюючими особами. На наш погляд, це пов'язано із тим, що переважна більшість досліджуваних, які не працюють – на пенсії або за віковим критерієм, або через хворобу. В обох випадках це часто може пов'язуватися із погіршенням здоров'я. За результатами наших попередніх досліджень існує кореляційний зв'язок на

рівні $p < 0,01$ між показниками стану здоров'я та віком в осіб із хронічними захворюваннями ШКТ (Pastryk et al., 2021).

Результати емпіричного дослідження свідчать про те, що суб'єктивне переживання ЕЕ особами із захворюваннями ШКТ не мають відмінностей у групах відповідно до статі, сімейного чи професійного статусу. Водночас якість життя, пов'язана з хронічними захворюваннями ШКТ, та стан здоров'я цих осіб залежать від демографічних характеристик, зокрема сімейного і професійного статусу. Відтак, важливим вважаємо дослідження ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, що дасть можливість в подальшому проводити психоедукаційну роботу із рідними таких осіб та покращувати клінічну практику. Для того, щоб краще розуміти природу суб'єктивного переживання ЕЕ, необхідно детально проаналізувати особливості усі субшкали шкали для діагностики рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE), розробленої J. Cole і S. Kazarian (Cole & Kazarian, 1988), зокрема сприйняту критичність, сприйняту гіперопіка, сприйняте роздратування, сприйняту нестачу підтримки. Окрім цього необхідно розуміти особливості переживання захворювання ШКТ, які за останніми дослідженнями, мають біо-психосоціальну природу і розглядаються з допомогою терміну «вісь мозок-кишківник».

На думку сучасних вчених, нормальна діяльність ШКТ – це повноцінна доставка будівельного особливості матеріалу для організму, що постійно добудовується і перебудовується упродовж життя, а також саме ШКТ забезпечує організм енергетичним матеріалом, який є необхідним для повсякденної активності (Person & Keefer, 2021). В останніх дослідженнях цих вчених підкреслюється тісний взаємозв'язок хвороб ШКТ та емоційного дистресу, а також зазначається про взаємообумовленість психіки і процесів травлення через тісну взаємодію мозку й органів травлення.

Для поєднання психічних та кишкових хвороб у науковій літературі користуються терміном «вісь мозок-кишківник», який означає сукупність різноманітних нейрогуморальних факторів, що обумовлюють взаємодію цих

важливих органів. До механізмів взаємодії належать ентеральна нервова система та блукаючий нерв, а також ендокринні фактори (гастроінтестинальні, панкреатичні, холецистичні пептиди) тощо. Ці кишкові гормони вивільнюються з певних епітеліальних клітин оболонки кишківника під дією поживних речовин перед їхнім всмоктуванням.

Центральна нервова система функціонує безперервно, аналізуючи постійний об’єм інформації, що надходить за допомогою нервових клітин, а також хімічних речовин як від організму, так і ззовні. Ця інформація потрібна для забезпечення життєдіяльності організму шляхом підтримки гомеостазу. Саме кишківник містить найбільшу кількість мікроорганізмів, оскільки саме він регулює надходження інформації до нервової системи. Таким чином утворюється та підтримується зв’язок подвійного спрямування «кишківник – мозок», який і називається кишково-мозковою віссю (Bauer et al, 2016).

Отже, кишково-мозкова вісь є системою, що складається з центральної нервової системи, ентеральної нервової системи, вегетативної нервової системи, а також нейроендокринної та імунної систем й мікрофлори кишківника, які поєднані між собою нейрогуморальними зв'язками. Всередині цієї різнорідної складної системи інформація у вигляді гуморальних, нервових або імунних сигналів циркулює в обох напрямках від мікрофлори кишківника до центральної нервової системи та зворотно.

Результати останніх досліджень свідчать про те, що порушення в кишково-мозковій вісі призводять до таких фізичних і психічних захворювань, як синдром подразненого кишківника, депресія, хвороба Альцгеймера та розлади аутичного спектру (Person & Keefer, 2021). Захворювання ШКТ ускладняються тим, що окрім фізичних симптомів в особи відбувається значне погіршення функціонування у різних сферах життя, в соціальній взаємодії зокрема через необхідність дотримуватися певного режиму поведінки й харчування. Такі обмеження призводять не лише до скорочення важливих соціальних контактів, а й до часткової або

повної непрацездатності особи.

Таким чином, одним із завдань цього етапу емпіричного дослідження є вивчення суб'єктивного переживання ЕЕ у сукупності таких субшкал, як нестача підтримки, дратівливість, емоційна гіперопіка та критичність стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ з боку їхніх родичів.

Результати порівняння двох незалежних вибірок відповідно до статі з допомогою t-критерію Ст'юдента відображено на рис. 4.4.

Як видно з рисунку 4.4, найбільші відмінності між жінками і чоловіками спостерігаються у показниках нестачі підтримки. Беручи до уваги зворотний обрахунок балів шкали pLEE, можемо стверджувати що нижчі показники нестачі підтримки у жінок свідчать про загострене переживання ЕЕ за цією субшкалою саме жінками. Інакше кажучи, саме жінкам видається, що близькі родичі застосовують щодо них недостатню підтримку, враховуючи хронічний перебіг їхнього захворювання. Результати нашого дослідження частково зіставляються з результатами гендерних особливостей у спілкуванні юнаків зі схильністю до самоушкодження та їхніми батьками (Tschan et al., 2022). Так, встановлено, що дочки більшою мірою вимогливі та потребують більшою уваги й підтримки у спілкуванні з батьками, порівняно із хлопцями. Таким чином, незважаючи на різну етіологію захворювань ШКТ та психічних розладів, статеві відмінності у проявах суб'єктивного переживання ЕЕ є подібними у цих двох дослідженнях. Відмінності у показниках різних субшкал pLLE за статтю відображено на рис.4.4.

Також варто відзначити різний психодіагностичний інструментарій у нашому та зарубіжному дослідженнях. Тоді як ми використовували pLEE, Tschan та ін. (2022), зарубіжні вчені застосовували *метод п'ятихвилинного інтерв'ю* (Gottschalk & Gleser, 1979).

На думку вчених, мовлення відображає тенденцію інтра-психічних якостей та реакцій родичів на хворобу і члена родини з цією хворобою, а також низку ставлень, які є більш правдоподібними ніж у випадку, коли необхідно давати відповіді на запитання інтерв'ю.

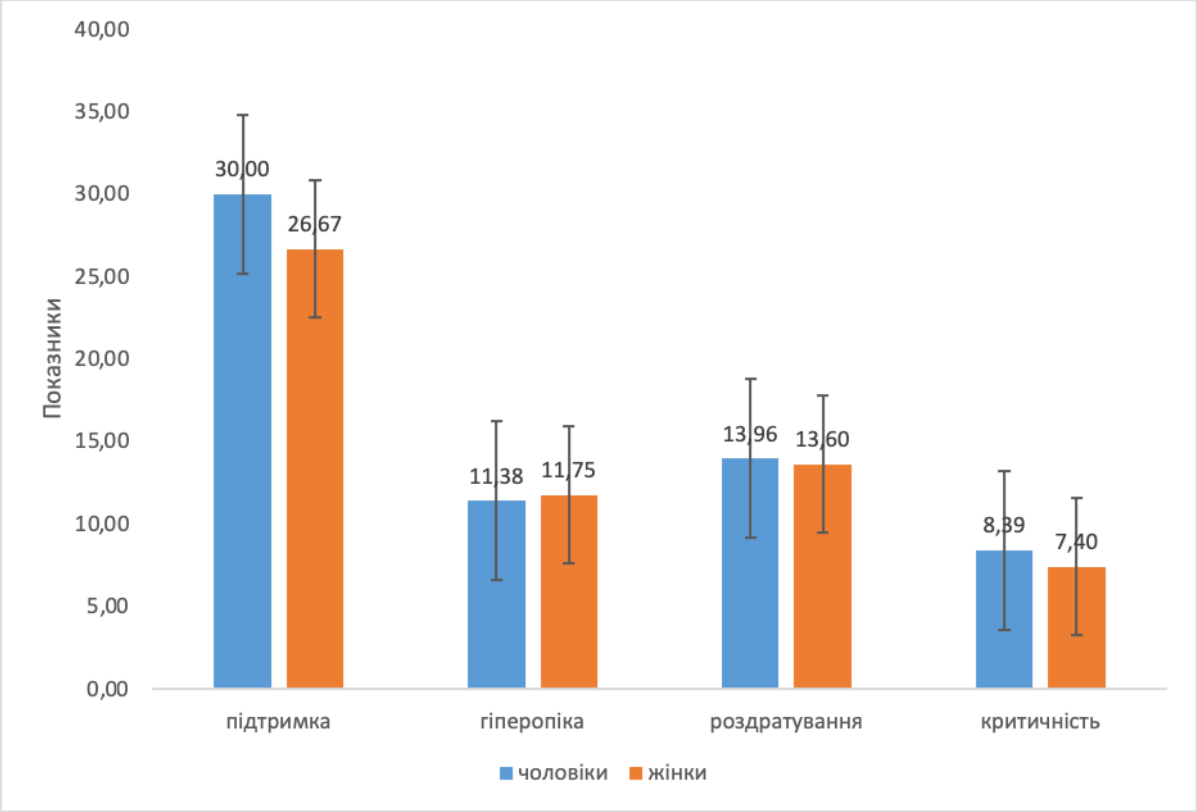


Рис. 4.4. Відмінності у показниках підтримки, емоційної гіперопіки, роздратуванні, критичності відповідно до статі

Мовлення родичів не переривається, а записується, транскрибується, кодується й згодом аналізується. Кодування здійснюється за такими субшкалами: тривожність (опис випадків чи загроз смерті, каліцтво, сором, провина, сепарація); ворожість (опис вороже-агресивної поведінки); надія (вираження оптимізму щодо перебігу хвороби). Таким чином, порівнюючи ці два діагностичних інструменти, обидва інструменти, по-перше, досліджують рівень суб'єктивного переживання ЕЕ користувачами медичних послуг, а по-друге, вивчають ворожість і нестачу підтримки з боку родичів.

Середньогрупові показники сприйнятої ЕЕ відповідно до статі та t-критерій Ст'юдента відображено у таблиці 4.7.

Таблиця 4.7

Середні значення та стандартні відхилення субшкал pEEL для досліджуваних осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та відмінності за статтю

Субшкали	Разом (n=52) Чоловіки M (SD), Min-Max		Разом (n=66) M (SD), Min-Max Жінки		t	p
Нестача підтримки	30,00 (10,48)	0,00 57,00	26,67 (7,26)	2,00 56,00	2,036	0,044
Гіперопіка	11,38 (3,60)	7,00 22,00	11,75 (2,99)	7,00 20,00	-0,605	0,546
Роздратування	13,96 (4,62)	7,00 28,00	13,50 (4,80)	7,00 27,00	0,411	0,682
Критичність	8,38 (3,53)	5,00 20,00	7,40 (2,06)	7,00 20,00	1,883	0,062

З таблиці 4.7 помітно, що не існує значущих відмінностей у показниках емоційної гіперопіки, критичності та роздратування відповідно до статі користувачів медичних послуг.

Результати порівняння показників суб'єктивного переживання ЕЕ відповідно до сімейного стану з допомогою t-критерію Ст'юдента відображено у таблиці 4.8 та на рис. 4.5.

Результати дослідження свідчать про те, що найбільші значущі відмінності за критерієм сімейного стану спостерігаються у показниках емоційної гіперопіки. Враховуючи зворотний порядок обрахунку балів за

шкалою pLLE, можна зробити висновок про те, що найбільшу гіперопіку відчувають неодружені користувачі медичних послуг.

Наші результати частково зіставляються з дослідженнями G. Brown, L. Birley та J. Wing. Результати цих вчених свідчать на користь того, що самотні особи, що не мають сім'ї чи друзів, з боку яких проявляється ЕЕ протягом тривалого часу, мають нижчий рівень частоти рецидивів (Brown et al., 1972). Водночас ці вчені також зазначають, що така думка суперечить загальноприйнятому стереотипу про те, що для одужання особам потрібна соціальна підтримка. Адже самотні люди можуть не мати під рукою надійної мережі підтримки, що зменшує їх опірність до життєвих стресів. Ця знижена стресостійкість й призводить до рецидивів, не пов'язаних безпосередньо з ЕЕ.

Також за результатами зарубіжного дослідження, ті, хто живе в подружжі, мають більший рівень рецидивів, ніж ті, хто живе з батьками. Шлюбний партнер, як правило, відчуває гнів і розчарування щодо особи через те, що на неї більше не можна покладатися. Нездатність користувача медичних послуг нормально функціонувати, а також надмірна допомога і терпіння, яких він потребує або очікує від шлюбного партнера, також можуть бути для останнього надзвичайно стресовими.

Важливим результатом для нашого дослідження є думка про те, що висока ЕЕ, яка проявляється через емоційну гіперопіку, частіше простежується у батьків щодо своїх дітей із захворюванням. Батьки захищають своїх нащадків і готові на все, щоб зняти провину з дитини, включаючи перекладання почуття провини та тягаря на себе. Батьки настільки переживають за дитину, що пригнічують її своєю надмірною увагою, сподіваючись зняти з неї стрес і біль. Проте насправді такий надмірний інтерес чинить негатив на отримувача медичних послуг, спричиняючи рецидив хвороби.

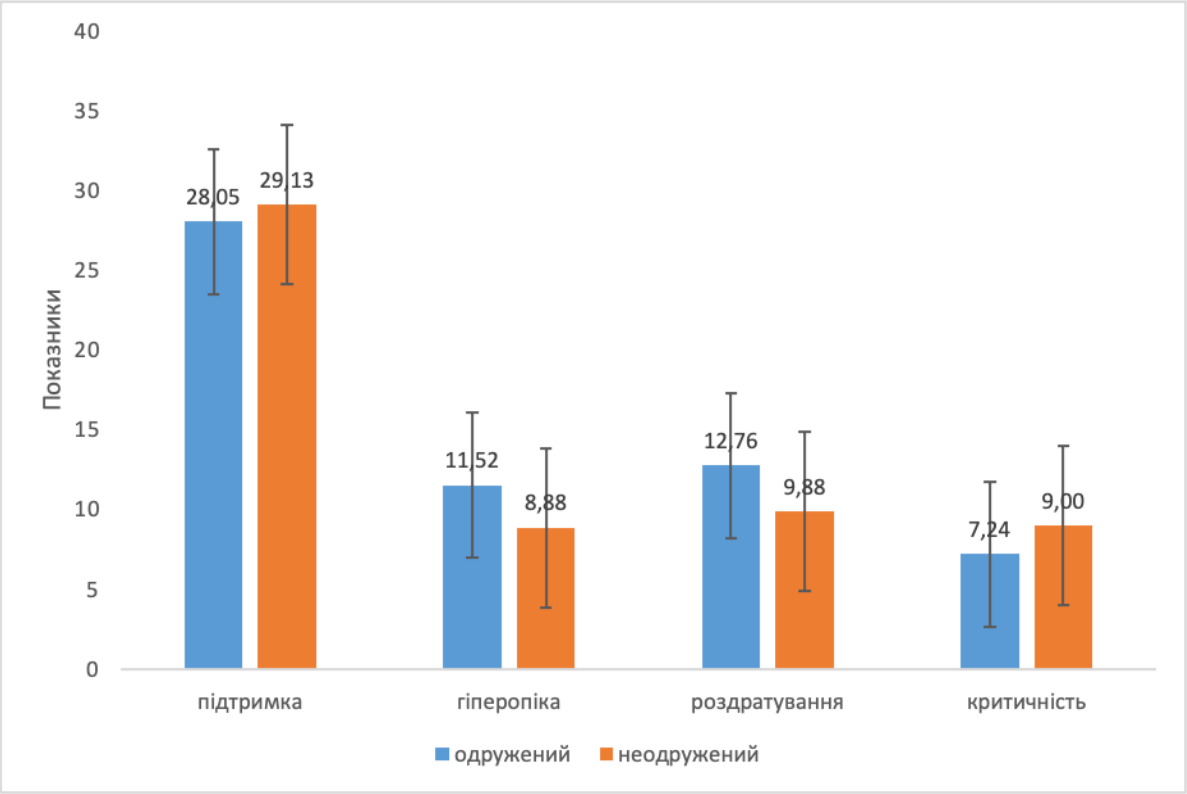


Рис. 4.5. Відмінності у показниках підтримки, емоційної гіперопіки, роздратуванні, критичності відповідно до сімейного стану

Отже, сімейний стан є значущим фактором відмінностей у суб'єктивному переживанні ЕЕ з боку родичів. Важливо відмітити, що нестачу підтримки та роздратування більшою мірою відчувають одружені користувачі медичних послуг, що також згідно з дослідженням G. Brown і колег (Brown et al., 1972).

Таблиця 4.8

Середні значення та стандартні відхилення субшкал pEEL для досліджуваних осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та відмінності за сімейним станом

Змінні	Разом (n=76) Одружені		Разом (n=42) Неодружені		t	p
	M (SD), Min-Max		M (SD), Min-Max			
Нестача підтримки	28,04 (7,34)	19,00 57,00	29,12 (8,72)	17,00 57,00	-,474	0,037
Гіперопіка	11,52 (2,86)	7,00 22,00	8,86 (2,03)	5,00 20,00	3,390	0,001
Роздратування	12,76 (4,47)	7,00 28,00	9,88 (2,16)	5,00 28,00	2,466	0,017
Критичність	7,23 (2,11)	5,00 19,00	9,00 (4,68)	5,00 20,00	-1,984	0,052

Результати дослідження відмінностей у показниках pLEE відповідно до професійного статусу (працюючий/непрацюючий) подано на рисунку 4.6:

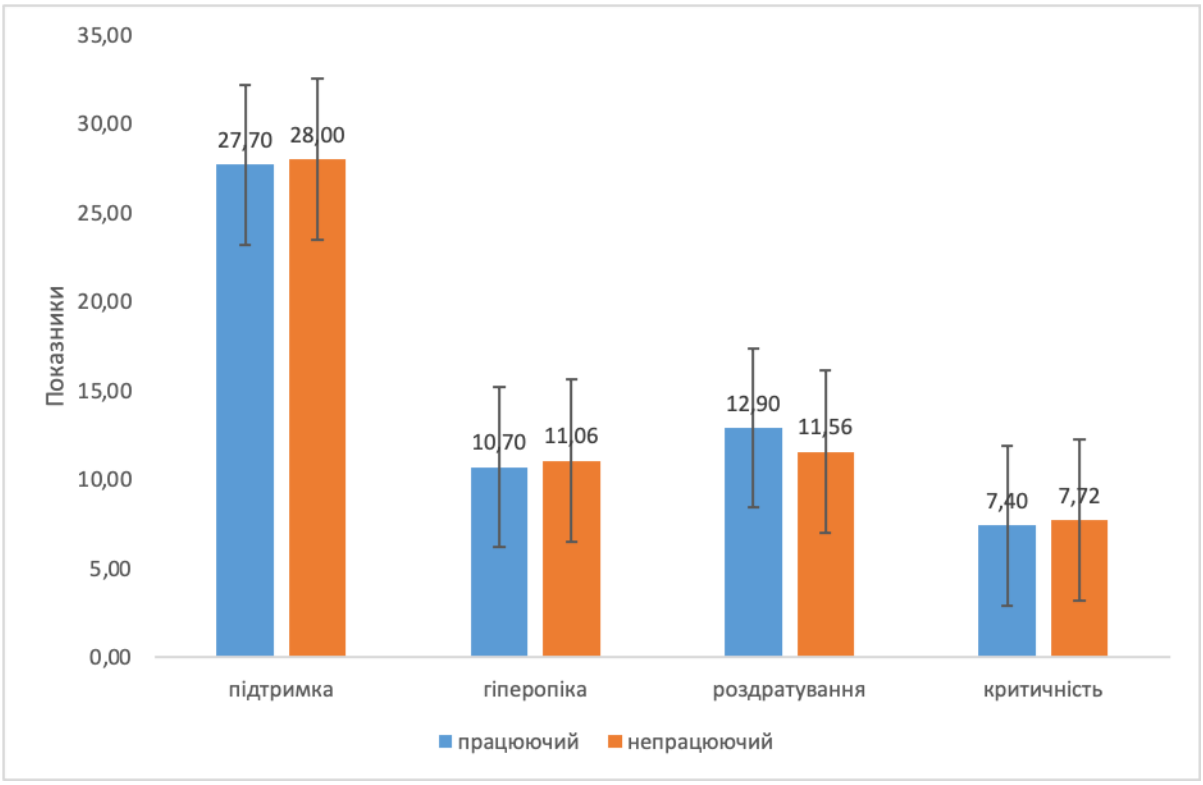


Рис. 4.6. Відмінності у показниках підтримки, емоційної гіперопіки, роздратування, критичності відповідно до професійного статусу

Як видно з рисунку 4.6, найбільші відмінності спостерігаються у показниках сприйнятого роздратування з боку родичів особами, які не працюють. Водночас ці відмінності не є значущими. Результати нашого дослідження не зіставляються із останніми дослідженнями осіб із ОКР, у яких професійний статус є значущим незалежним предиктором ЕЕ стосовно цих осіб (B = 1,429; p < 0,01) (Ranjan et al., 2022). Як видно з рисунку, у наших досліджуваних відмінностей у показниках суб'єктивного переживання ЕЕ відповідно до професійного статусу не виявлено. Така розбіжність нашого дослідження із зарубіжним, може пояснюватися різними діагнозами досліджуваних осіб, а також неоднаковими інструментами діагностики суб'єктивного переживання ЕЕ.

Таблиця 4.9

Середні значення та стандартні відхилення pLEE для досліджуваних осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та відмінності за професійним статусом

Змінні	Разом (n=72) Працюючі		Разом (n=46) Непрацюючі		t	p
	M (SD), Min-Max		M (SD), Min-Max			
Нестача підтримки	5,30 (0,66)	4.00 10.00	5,72 (1,11)	5,00 10,00	-0,144	0,896
Гіперопіка	59,57 (13,43)	38 111,00	56,88 (13,13)	37,00 110,00	-0,444	0,659
Розратування	72,50 (13,62)	20,00 90,00	58,33 (13,63)	22,00 90,00	1,147	0,357
Критичність	7,40 (2,21)	5,00 20,00	7,72 (3,51)	4,00 19,00	-0,371	0,712

Як видно з таблиці 4.9, особи, які працюють мають однакові суб'єктивні переживання ЕЕ з боку родини з непрацюючими особами. На наш погляд, це пов'язано із тим, що у період пандемії, пост-пандемії та початку повномасштабного вторгнення в Україну багато людей перейшли на віддалені форми роботи і працюють дистанційно, перебуваючи вдома. Це, на нашу думку, може певною мірою стирати фактор професійного статусу як фактор впливу, адже такі умови передбачать тривале перебування користувача медичних послуг із родиною. Водночас таке припущення

потребує подальшої перевірки на рівні емпіричного дослідження, що й може слугувати перспективою подальших наукових пошуків.

Результати емпіричного вивчення суб'єктивного переживання ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ свідчать про те, що важливого значення набуває не лише рівень об'єктивного ставлення родини до особи із захворюванням, а й власне, як це ставлення переживається самою особою, так зване сприйняте ЕЕ. Результати нашого дослідження свідчать про те, що працюючі та непрацюючі отримувачі медичних послуг із захворюваннями ШКТ не мають відмінностей у суб'єктивному переживанні ЕЕ. Водночас встановлено вищі показники суб'єктивного переживання нестачі підтримки та роздратування одруженими отримувачами медичних послуг. Окрім цього нестачу підтримки більшою мірою відчувають жінки порівняно із чоловіками. Ці результати мають важливі теоретичні і практичні імплікації, оскільки можуть суттєво покращити якість життя осіб із хронічними захворюваннями через організацію просвітницької роботи з їхніми родинами та медперсоналом.

4.3. Реципрокність емоційної експресивності у тріаді «отримувач медичних послуг-родина-медпрацівник»

Як зазначалося вище, ЕЕ є фактором ризику рецидиву серед осіб із хронічними психічними захворюваннями, які одужують. Значна кількість досліджень була зосереджена на вивченні сімейного клімату та його впливові на якість життя особи із хронічним захворюванням, в літературі переважно це означаєтеся як якість життя, пов'язана з хворобою.

Оскільки ЕЕ – це конструкт, що означає ключові особливості ставлення до особи із хронічним захворюванням, які виражаються в критичності, емоційній гіперопіці та ворожості, то у сучасних зарубіжних дослідженнях саме ЕЕ є центральним поняттям у ставленні членів родини до особи із хронічним захворюванням.

Незважаючи на поширення досліджень із проблем картин хвороби та здоров'я, дуже мало досліджень, які б вивчали поведінкові кореляти особи із захворюванням та родичів цієї особи, хоча в літературі неодноразово підкреслюється реципрокність ЕЕ з боку родичів та самих користувачів медичних послуг.

W. Cook та його команда зіставляли ЕЕ батьків та підлітків, які мали діагноз шизофренії, за рівнем ЕЕ (Cook et al., 1989). Основним методом дослідження було *сімейне інтерв'ю Кембервела* (Camberwell Family Interview (CFI). Одним із завдань дослідження було також вивчення особливостей взаємодії батьків і дітей з однаковим та різним рівнями ЕЕ. Результати дослідження показали, що в діадах «мати-дитина», у яких обидва учасники мали високий рівень ЕЕ, двовекторна взаємодія вирізнялася ворожістю. У діадах «мати-дитина» з низьким рівнем ЕЕ підлітки показали меншу емоційну лабільність й вищу саморегуляцію. Водночас, на думку вчених, діади «мати-дитина» з високим рівнем ЕЕ являють собою більш тісно пов'язані емоційні системи, ніж діади з низьким рівнем ЕЕ. Отже, втручання, призначені для зменшення цього емоційного зв'язку, який часто перетворюється в емоційну гіперопіку з боку матерів, також може зменшити ризик психіатричних проблем у підлітків.

Як зазначалося вище, результати сучасних досліджень також вказують на взаємозв'язок емоційного вигорання медперсоналу, який працює у приватних будинках догляду за пацієнтами із деменцією, та високим ЕЕ з боку медперсоналу до цих осіб (Tanaka et al., 2015). Отже реципрокність ЕЕ полягає не лише у взаємообумовленості об'єктивного і суб'єктивного переживання ЕЕ з боку родичів та осіб із захворюваннями, а й взаємозв'язку об'єктивного рівня і суб'єктивного переживання ЕЕ з боку медперсоналу.

Враховуючи важливість ЕЕ як предиктора рецидиву хвороби, дослідження цього конструкту робили спроби прояснити природу ставлення родини до хвороби й до особистості хворого. Наслідуючи думку W. Cook та Tanaka та ін. про важливість вивчення двостороннього напряму ЕЕ в родині і

в медичному середовищі, одним із завдань нашого дослідження було вивчення реципрокного характеру ЕЕ.

Відповідно ми мали на меті теоретико-емпіричне обґрунтування реципрокності ЕЕ у взаємодії осіб із хронічними ШКТ та їхніми родичами, а також взаємозв'язку об'єктивного рівня ЕЕ із суб'єктивним її переживанням користувачами медичних послуг. Це узгоджується із $ДЗ_{10}$: Чи існують кореляційні зв'язки між показниками ЕЕ з боку членів сім'ї, медперсоналу та сприйнятої ЕЕ осіб та якістю життя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, що свідчить про реципрокність ЕЕ та відповідний ЕЕ стиль?

($ДЗ_{11}$): Чи є 1) ставлення родини до особи із захворюванням, 2) суб'єктивне переживання цього ставлення особами із захворюваннями ШКТ (сприйняте ЕЕ з боку родичів); 3) суб'єктивне переживання ставлення з боку медпрацівників особами із захворюваннями ШКТ (сприйняте ЕЕ з боку медиків) та 4) стан здоров'я предикторами якості життя, пов'язаної із хворобою?

($ДЗ_{12}$): Чи існують відмінності у показниках суб'єктивного переживання ЕЕ, стану здоров'я та якості життя, пов'язаної із хворобою, відповідно до статусу родича (шлюбний партнер/інший родич)?

У контексті реципрокного характеру ЕЕ, цікавими видаються дослідження взаємозв'язку між ЕЕ та нервовою анорексією й булімією, які також мають спільні з захворюваннями ШКТ умови щодо суворого дотримання дієти та високої самоорганізації у повсякденному житті (Duclos et al., 2018; Rienecke & Richmond, 2017). Автори припускають, що взаємини осіб із нервовою анорексією та їхніх родичів мають реципрокний характер. Отже, відповідні сімейні профілі ЕЕ, а саме низький рівень ЕЕ особи / низька батьківська ЕЕ; високий ЕЕ особи/ висока батьківська ЕЕ; низька ЕЕ особи / висока батьківська ЕЕ; висока ЕЕ особи / низька батьківська ЕЕ впливають на результат лікування нервової анорексії та булімії у підлітків. Одним із несподіваних результатів було те, що для пацієнтів із булімією відповідність

(реципрокність) ЕЕ між родичем і особою з булімією має більший вплив на якість життя, аніж власне рівень ЕЕ. Водночас, в осіб із нервовою анорексією є дещо інші результати. Зокрема, високий рівень ЕЕ має слабкий вплив на результат лікування, тоді як відповідність сімейних профілів (реципрокність) зовсім не впливали на результати лікування.

Ще одним важливим висновком досліджень у галузі ЕЕ є те, що рівень ЕЕ пов'язаний із сімейним статусом родичів як при фізичних, так і психічних захворюваннях. Партнери демонструють значно нижчий рівень ЕЕ стосовно осіб із захворюванням, ніж батьки, дорослі діти та інші родичі. Однак результати отримані лише у двох групах осіб із деменцією та цукровим діабетом типу 1 (Wearden et al., 2000a). Найбільш очевидним висновком, що випливає з теоретичного аналізу, є те, що ЕЕ не має подібного впливу на результати лікування та перебіг захворювання при різних медичних діагнозах. Тому ЕЕ слід вивчати окремо на прикладах різних хронічних захворювань, які потребують дотримання дієти та управління хворобами. У нашому дослідженні такою групою захворювань є хвороби ШКТ.

Результати систематичного огляду літератури свідчать про те, що з'являється дедалі більше досліджень, які презентують не лише ставлення родини до особи із хронічним захворюванням, а й медперсоналу. Таким чином, у цих дослідженнях підкреслюється вагома роль як родини, так і клінічного середовища у підтриманні якості життя особи із хронічним захворюванням.

Усі ці дослідження об'єднує той факт, що не зважаючи на те, хто є суб'єктом ЕЕ, остання здійснює негативний вплив на процес адаптації до хвороби й одужання. Так, результати дослідження К. Tanaka та ін. свідчать про тісний кореляційний зв'язок емоційного вигорання медперсоналу, який працює у приватних будинках догляду за пацієнтами із деменцією, та високим ЕЕ з боку медперсоналу до цих осіб (Tanaka et al., 2015). Результати регресійного аналізу засвідчили, що важливим незалежним предиктором

емоційного виснаження є критичність медперсоналу, а для деперсоналізації – ворожість.

Таким чином, ворожість та критичність є найбільш пов'язаними змінними із емоційним вигоранням. Отже, ЕЕ впливає не лише на якість життя особи із хронічною хворобою, а й на емоційний стан медпрацівників, які працюють із цією групою осіб. Важливим висновком запропонованого дослідження є те, що медичні працівники з високим рівнем ЕЕ виражають більшою мірою інтернальні, персональні та менш контрольовані каузальні атрибуції ніж медперсонал із низьким рівнем ЕЕ.

У дослідженнях E. Moore та ін. також значна увага приділяється критичності як значущому предиктору підвищеної агресивності, поведінки, спрямованої на привернення уваги до себе, та також обмеженої соціальної активності осіб із хронічними захворюваннями (Moore et al., 1992). Вчені наголошують на необхідності розвитку у медперсоналу вмінь для організації сприятливого клінічного середовища.

K. Berry та ін. виявили, що підвищена критичність як субшкала ЕЕ з боку медперсоналу пов'язана із гіршим функціонування особи у соціальній сфері життя (Berry et al., 2011). Незважаючи на те, що в емоційному плані медперсонал менше вкладає у відносини з особами із хронічними захворюваннями порівняно із родичами, вчені зазначають на необхідності проводити навчальні семінари із медперсоналом для зменшення їхньої критичності та негативного оцінювання отримувачів медичних послуг.

Таким чином, важливим у контексті нашого дослідження є той факт, що ЕЕ досліджується як з боку родичів та медперсоналу, так і власне самих осіб із хронічним захворюванням, що дає змогу будувати відповідні профілі взаємодії особи з діагнозом та її найближчим оточенням. Попри фрагментарні дослідження реципрокності ЕЕ у діадах «батьки-діти із хронічними захворюваннями», реципрокність ЕЕ у контексті взаємодії тріади «особа із захворюваннями ШКТ-родич-медпрацівник» не отримали висвітлення у науковій літературі. Водночас встановлення проявів такої

взаємодії та ЕЕ у цих тріадах дасть змогу покращити клінічну практику та підвищити якість життя, пов’язану із захворюванням отримувача медичних послуг.

Вибірку дослідження для проявів ЕЕ стосовно осіб із захворюваннями ШКТ склали 118 особи, які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному й проктологічному відділеннях КЗ «Волинська обласна клінічна лікарня». взяли участь 88 найближчих родичів для опитування і проведення бесід, внаслідок чого утворилося 88 діад «отримувачі медичних послуг – родичі» (176 осіб), дані яких піддавалися обробці й інтерпретації для аналізу: особа із захворюваннями ШКТ та її найближчий родич. При діагностиці сприйнятої ЕЕ з боку сім’ї досліджуваним надавалася інструкція уявити члена родини, який контактує із ними щонайменше 10 годин щотижня.

На цьому етапі використовувався такий психодіагностичний інструментарій.

Опитувальник якості життя, пов’язаної з хворобою (EQ-5D-3L) (Devlin, et al., 2022). Опитувальник обрано внаслідок того, що він широко використовується в клінічних дослідженнях и визначає п’ять аспектів здоров’я: мобільність, самодопомогу, повсякденну активність, біль/дискомфорт та тривожність / депресію. Кожен з аспектів оцінюється за шкалою від 1 до 3, де 1 позначає відсутність проблем, а 3 – сильну ступінь вираження проблеми. Додаткове питання стосується самооцінки стану власного здоров’я сьогодні за шкалою від 0 до 100, де 0 – дуже поганий, і 100 – дуже гарний. Опитувальник є результатом використання клінічних дослідницьких протоколів у різних країнах, пройшов крос-культурну апробацію і рекомендований для дослідницьких цілей EuroQol Group. Максимальна кількість балів 15, що свідчіть про максимальний рівень проблем, пов’язаних із хворобою.

Шкала для діагностики рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE), розроблена J. Cole і S. Kazarian (Cole & Kazarian, 1988).

Шкала складається із 60 тверджень, які досліджують критичне, вороже ставлення до осіб із діагнозом, а також гіперопіку з боку родичів.

У нашому дослідженні було використано коротку форму методики, стандартизовану B. Hale та ін. (2007). Методика складається із 38 тверджень, і має чотири субшкали: сприйнята критичність, сприйнята гіперопіка, сприйняте роздратування, сприйнята нестача підтримки. Методика обрана внаслідок того, що має високу надійність та досліджує сприйнятий рівень ЕЕ, а також є легкою у використанні для клінічної вибірки. Встановлено значущі кореляційні зв'язки між кожним пунктом опитувальника та загальним балом, коефіцієнт альфа Кронбаха становить <.826 для усіх пунктів опитувальника. Усі твердження оцінюються за шкалою від 0 до 4, де 0=зовсім не погоджуюся, 4=повністю погоджуюся. Твердження 2, 7, і 8 мають зворотній характер і обернений обрахунок. Максимальна кількість набраних балів 15 свідчить при низький рівень ЕЕ.

Шкала сприйнятої ЕЕ з боку медперсоналу (The perceived expressed emotion in staff scale), яка походить із опитувальника з 33 пунктів, запропонованого C. Gerlsma та ін. із подальшим використанням факторного аналізу даних шкали pEE (Gerlsma et al., 1992). Твердження були дещо видозмінені авторами Forster et al., , аби описати можливе ставлення власне медперсоналу до користувача медичних послуг (Forster et al., 2003). Особі із хронічним захворюванням ШКТ пропонується така інструкція: «Оцініть кожне із 20 наведених тверджень за шкалою від 1 до 4, де 1 ніколи, 2 зрідка 3 зазвичай 4 завжди». Максимальна кількість балів 80, яка свідчить про високий рівень сприйнятої ЕЕ з боку медперсоналу.

Шкала ставлення родини (Family Attitude Scale, FAS) призначена для вивчення ставлення родини до осіб із хронічними захворюваннями (Kavanagh et al., 1997). В інструкції досліджуваних родичів просять оцінити власне ставлення до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ упродовж останнього місяця, оцінюючи 30 тверджень за шкалою вид 0 до 30, де 0-ніколи, 4-кожен день. Високі бали за шкалою передбачають високий рівень критичності,

ворожості, та низький рівень теплоти у стосунках, які зіставляються із субшкалами «золотого стандарту» для діагностики ЕЕ – сімейним інтерв'ю Кембервела (CFI) (Camberwell Family Interview). Kavanagh та ін. зазначають про високу надійність та валідність шкали (Kavanagh et al., 1997). Альфа Кронбаха становить 0.90. У дослідженні використовується середній бал отриманий за усі 30 тверджень.

Результати кореляційного аналізу, який було здійснено відповідно до ДЗ$_{10}$ викладено у таблиці 4.10. Отримані результати свідчать на користь реципрокності ЕЕ, адже остання з боку родини до особи із захворюваннями ШКТ безпосередньо пов'язана із суб'єктивним переживанням цього ЕЕ отримувачами медичних послуг.

Таблиця 4.10

Кореляційні зв'язки між показниками FAS, pLEE, pEE-медпрацівник

	pLEE	FAS	pEE staff
pLEE	-	-0,504**	-0,377*
FAS	-0,504**	-	-0,317*
pEE медпрацівник	-0,377*	0,317*	-

Примітка. *p<0,05; **p<0,01, pLEE= сприйнятий рівень ЕЕ (суб'єктивне переживання ЕЕ), нестача підтримки, FAS =ставлення родини, pEE-staff =сприйнята ЕЕ з боку медпрацівника

Найвищі кореляційні зв'язки спостерігаємо між змінними об'єктивного рівня ЕЕ з боку родини, що визначається з допомогою шкали FAS та суб'єктивного сприйняття ЕЕ з боку родини отримувачами медичних послуг. Таким чином, результати нашого дослідження вказують на зіставлення високого рівня ЕЕ з боку родини та суб'єктивного переживання цього самими отримувачами медичних послуг. Наші результати суперечать висновкам останніх досліджень, що необхідно визначити об'єктивний й суб'єктивний рівні ЕЕ, оскільки вони часто не зіставляються (Hooley &

Teasdale, 2000). Водночас у наведеному дослідженні вчені мають на увазі, передусім, критичність як вид ЕЕ, тому в подальшому ми також окремо вивчимо її прояви на об'єктивному й суб'єктивному рівнях.

Важливим також є встановлення кореляційного зв'язку між ставленням родини, що операціоналізує об'єктивний рівень ЕЕ у нашому дослідженні, суб'єктивним рівнем переживанням ЕЕ з боку медперсоналу та родини. Таким чином, реципрокний характер ЕЕ полягає у взаємообумовленості об'єктивного рівня ЕЕ та суб'єктивного переживання ЕЕ з боку родини та медперсоналом самими отримувачами медичних послуг. Т

Для того, щоб дослідити, наскільки стан здоров'я пов'язаний із реципрокними ЕЕ та якістю життя, пов'язаною із хворобою, був використаний лінійний множинний регресійний аналіз, у якому EQ-5D-3L – залежна змінна, а 1) об'єктивне ставлення родини до особи із захворюванням (FAS); 2) суб'єктивне переживання цього ставлення особами із захворюваннями ШКТ (сприйняте ЕЕ з боку родичів) (pLEE); 3) суб'єктивне переживання ставлення з боку медпрацівників особами із захворюваннями ШКТ (сприйняте ЕЕ з боку медиків) (pEE staff) та 4) стан здоров'я є незалежними змінними (табл. 4.11). Припущення щодо лінійного зв'язку між даними, однорідності, автокореляції залишків першого порядку (Durbin Watson d=1,963), пропорція варіації змінних (середній показник толерантності=0,795>0,1, і VIF=1,285, отже 1<VIF>10), які є необхідними для здійснення регресійного аналізу, були підтверджені.

Результати регресійного аналізу свідчать про те, що 1) об'єктивне ставлення родини до особи із захворюванням (FAS); 2) суб'єктивне переживання цього ставлення особами із захворюваннями ШКТ (сприйняте ЕЕ з боку родичів) (pLEE); 3) суб'єктивне переживання ставлення з боку медпрацівників особами із захворюваннями ШКТ (сприйняте ЕЕ з боку медиків) (pEE) та 4) стан здоров'я взяті разом є предикторами якості життя користувачів медичних послуг.

Таблиця 4.11

Лінійна модель регресії із залежною змінною EQ-5D-3L

Змінні	B	SEB	b	95%CI	t	p
FAS	0,031	0,013	0,444	[-0,003; 0,058]	2,291	0,031
pLEE	-0,017	0,013	-0,237	[-0,044; 0,010]	-1,281	0,212
pEE медпрацівники	0,021	0,034	0,105	[-0,048; 0,090]	0,623	0,539
стан здоров'я	-0,045	0,011	-0,678	[-0,069 0,022]	3,944	0,001

Примітка. *p<0,05; **p<0,01, pLEE= сприйнятий рівень ЕЕ (суб'єктивне переживання ЕЕ), FAS = ставлення родини, pEE медпрацівники = сприйнята ЕЕ з боку медпрацівника, EQ-5D-3L= якість життя, пов'язана з хворобою

Ці чотири змінні пояснюють 40,9 %, R^2 = 0,409, F (4, 82) = 4,317, p= 0,009. Водночас лише дві із цих змінних – FAS як маркер об'єктивного ставлення родини до отримувача медичних послуг (B=0,031, 95% CI [-0,003; 0,058], β = 0,444, t = 2,291, p=0,031) та стан здоров'я є значущими незалежними предикторами якості життя (B=-0,045, 95% CI [-0,069; 0,022] , β = -0,140, t = 3,944, p=0,001).

Суб'єктивне переживання ЕЕ з боку родини (pLEE) (B=-0,017, 95% CI [-0,044;0,010], β = 0,013, t = -1,281, p=0,212) та суб'єктивне переживання ЕЕ з боку медпрацівників (pEE staff) (B= 0,021, 95% CI [-0,048; 0,090], β = 0,034, t = 0,623, p=0,539) не є значущими незалежними предикторами якості життя, пов'язаної з хворобою.

Відповідно до ДЗ$_{12}$ будо здійснено зіставний аналіз показників стану здоров'я та якості життя, пов'язаної з хворобою (EQ-5D-3L), об'єктивного ставлення родини (FAS) та суб'єктивного переживання цього ставлення

(pLEE) відповідно до статусу родича (шлюбний партнер/інший родич). Результати дослідження відображено на рис.4.7.

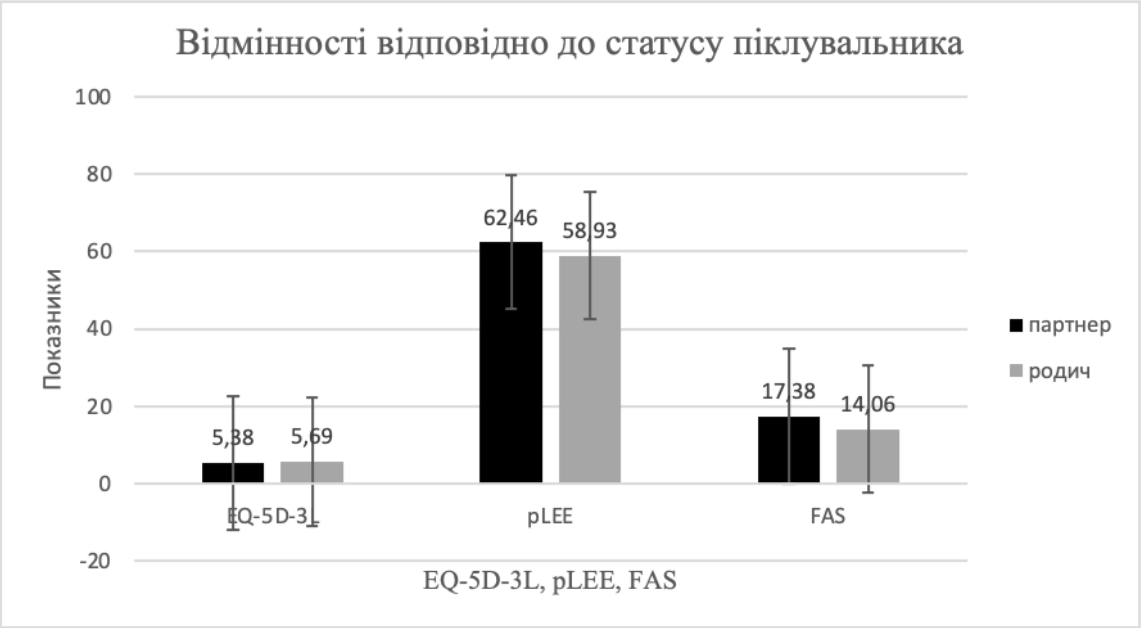


Рис. 4.7. Відмінності у показниках EQ-5D-3L, FAS, pLEE відповідно до статусу піклувальника

Значення t-критерію Ст'юдента та рівень значущості відображено у таблиці 4.12.

Таким чином, результати нашого дослідження дають змогу дійти теоретичних узагальнень відповідно до поставлених феноменологічних дослідницьких завдань**.** Відповідно до $ДЗ_{10}$ у нашому дослідженні було встановлено, що існують кореляційні зв'язки (як маркери реципрокності ЕЕ) між ЕЕ як об'єктивним ставленням родини до особи із захворюванням ШКТ та рівнем суб'єктивного переживання ЕЕ цими особами.

Таблиця 4.12

Середні значення та стандартні відхилення EQ-5D-3L, FAS, pLEE для досліджуваних осіб із хронічними захворюваннями ШКТ

Змінні	Разом (n=26) Партнери		Разом (n=32) Інші родичи		t	p
	M (SD), Min-Max		M (SD), Min-Max			
EQ-5D-3L	5,38 (0,85)	4.00 10.00	5,69 (1,06)	5,00 10,00	-1,179	0,366
pLEE	62,46 (15,47)	38,00 111,00	58,94 (11,99)	37,00 110,00	0,978	0,206
FAS	18,38 (18,17)	0,00 61,00	14,06 (10,70)	2,00 60,00	1,128	0,002

Примітка. pLEE = сприйнятий рівень ЕЕ (суб'єктивне переживання ЕЕ), FAS = ставлення родини, EQ-5D-3L = якість життя, пов'язана з хворобою

Як видно з результатів кореляційного аналізу (Табл. 4.10) існують значущі кореляційні зв'язки між суб'єктивними переживаннями ЕЕ з боку родини, інакше кажучи, сприйнята ЕЕ особами із хронічними захворюваннями ШКТ, та об'єктивним ставленням родини до такої особи. Враховуючи зворотній характер шкали pLEE, вищий рівень негативного ставлення з боку родини тісно пов'язаний із суб'єктивним переживанням такого негативного ставлення користувачами медичних послуг. Таким чином, результати свідчать на користь реципрокності як важливої риси ЕЕ.

Водночас, цікавими результатами є встановлені кореляційні зв'язки між суб'єктивними переживаннями ЕЕ з боку родини та суб'єктивними переживаннями ЕЕ з боку медперсоналу. Такі результати можуть свідчити про особливості суб'єктивного переживання ЕЕ, що зумовлено не лише об'єктивним ставленням з боку родини чи медпрацівників, а й особистіснім

властивостями отримувачів медичних послуг, які поглиблюють їхню чутливість чи вразливість до критики, ворожості та надлишкової гіперопіки незалежно від статусу опікуна: родича чи медперсоналу.

Результати наших досліджень зіставляються із попередніми дослідженнями реципрокності ЕЕ стосовно осіб із розладами харчової поведінки (Duclos et al., 2018; Rienecke & Richmond, 2017), які свідчать про те, що ЕЕ у контексті цих захворювань ЕЕ має такі ж реципрокні властивості.

Реципрокність ЕЕ, на нашу думку, пов'язана із тим, що феноменологія ЕЕ обумовлюється як об'єктивним сімейним кліматом, що пояснюється особистісними властивостями піклувальників та медичних працівників, так й особистісними проявами самих користувачів медичних послуг. Для перевірки цього припущення було сформульовано $ДЗ_{12:}$ чи є 1) об'єктивне ставлення родини до особи із захворюванням (FAS); 2) суб'єктивне переживання цього ставлення особами із захворюваннями ШКТ (сприйняте ЕЕ з боку родичів) (pLEE); 3) суб'єктивне переживання ставлення з боку медпрацівників особами із захворюваннями ШКТ (сприйняте ЕЕ з боку медиків) (pEE) та 4) стан здоров'я – предикторами якості життя, пов'язаної із хворобою (EQ-5D-3L). За результатами наших досліджень, лише дві із цих змінних – FAS як маркер об'єктивного ставлення родини до користувача медичних послуг та стан здоров'я є значущими незалежним предикторами якості життя. Такі результати підтверджують наше попереднє узагальнення стосовно феноменології ЕЕ, яка представлена дуальним характером – об'єктивним рівнем функціонування та суб'єктивним переживанням ЕЕ самими отримувачами медичних послуг. Така дуальна природа ЕЕ підкреслює важливість вивчення її реципрокності в діадах і тріадах отримувачів медичних послуг та піклувальників й медпрацівників.

Відповідно до $ДЗ_{13}$ було встановлено, що найбільші відмінності відповідно до статусу піклувальника спостерігаються в показниках об'єктивного ставлення родини до отримувача медичних послуг.

Об’єктивний рівень ЕЕ вищий у партнерів порівняно з іншими піклувальниками, інакше кажучи, шлюбні партнери виражають більшою мірою критичність, ворожість та елементи гіперопіки порівняно з іншими родичами. Водночас, не існує значущих відмінностей у показниках якості життя, пов’язаної з хворобою та у рівнях сприйнятої ЕЕ. Ці результати суперечать даним, запропонованими A. Wearden, N. Tarrier та R. Davies про те, що партнери демонструють значно нижчий рівень ЕЕ стосовно осіб із захворюванням, ніж батьки, дорослі діти та інші родичі (Wearden et al., 2000a). Водночас це зіставляється з нашими попередніми даними про відсутність значущих відмінностей у показниках якості життя за методикою М. Фетискина та управління хворобою та саморегуляції. Ці дані були викладені нами у підрозділі 3.2.

Наші результати також повністю зіставляються із даними дослідження G. Brown та ін., яке показало, що особи, які живуть самі або з братами і сестрами, мали найнижчий рівень рецидивів – 17%. Водночас, кількість тих осіб, які мали рецидиви, живучи з батьками, становила біля 32%. Найвищий рівень рецидивів (50%) виявлено в осіб, які проживали разом із шлюбними партерами (Brown et al., 1958).

Така розбіжність у науковій літературі може бути пов’язана із тим, що вчені досліджують осіб із різними діагнозами, тоді як наша вибірка – особи із хронічними захворюваннями ШКТ. Також, на наш погляд, важливо враховувати стаж сімейних стосунків та стан здоров’я.

Результати проведеного дослідження дають змогу зробити узагальнення стосовно феноменології ЕЕ та визначити реципрокність ЕЕ і підтвердити зв'язок між об’єктивним сімейним кліматом та особливостями сприймання цього клімату особами із хронічними захворюваннями. Також цікавим є взаємозв’язок суб’єктивного переживання ставлення з боку родичів та ставлення з боку медперсоналу, що може свідчити про певну особистісну диспозицію осіб сприймати ставлення оточення як критичне і вороже. Така диспозиція може

сформуватися внаслідок дисфункційних особистісних схем, закладених попереднім досвідом. Важливим також вважаємо вивчення предиспозиції родичів до ворожого, критичного з елементами гіперопіки ставлення, що вписується в теоретичну модель рис особистості. Це окреслює траєкторію подальших етапів нашого дослідження ЕЕ, зокрема особистісних рис родичів та взаємозв'язок цих рис із рівнем ЕЕ.

4.4. Емпіричне дослідження сприйнятої критичності та об'єктивного рівня емоційної експресивності

Як зазначалося в теоретичному розділі нашого дослідження, з-поміж усіх видів ЕЕ найбільшої значущості набуває рівень критичності як окремої субшкали для ЕЕ. Тому існує окрема шкала для оцінки сприйнятої критичності (Hooley & Teasdale, 2000). Шкала представлена двома твердженнями: *Оцініть, будь ласка, від 1 до 10 наскільки Вас засмучує, коли найближчий до Вас член сім'ї Вас критикує*. Друге твердження *Оцініть, будь ласка, від 1 до 10 наскільки засмучується найближчий до Вас член сім'ї, коли Ви його критикуєте.* Шкала є важливою для визначення реципрокності критичності як субшкали ЕЕ. Так, вона визначає рівень сприйнятої критичності з боку родичів й рівень власної критичності.

Шкала має високі показники тестової надійності і конструктивної валідності із іншими діагностичними методиками ЕЕ. За даними авторів, коефіцієнт альфа Кронбаха становить <0,785 для усіх пунктів опитувальника. На думку вчених, важливого значення набуває не стільки власне критичність, як сприйнята критичність, адже саме тоді ми маємо визначення ставлення родичів чи медперсоналу, як його сприймає особа із захворюванням. За результатами нашого теоретичного й емпіричного дослідження, саме суб'єктивна думка отримувачів медичних послуг у певних ситуаціях є більш важливою ніж об'єктивний рівень ЕЕ. Адже ставлення з елементами критики чи гіперопіки по-різному може

сприйматися особами, і відповідно мати різний вплив на їхню якість життя. Окрім того, із усіх видів ЕЕ, за результатами останніх досліджень, саме критичність відіграє найбільшу роль у налагодженні якості життя особи із хронічним захворюванням.

Іншою важливою ідеєю розробки цієї шкали є результати дослідження відповідного стилю ставлення як до особи із діагнозом, так і самого пацієнта до родича. Відповідний стиль ставлень, який означився як реципрокність, як зазначалося вище, був вперше досліджений на вибірці осіб із діагнозом булімія та анорексія. Результати цих досліджень засвідчили, що низький рівень ЕЕ родичів зіставляється із низьким рівнем ЕЕ осіб із діагнозом, і навпаки.

Важливою ідеєю нашого дослідження є думка про реципрокність ЕЕ як взаємовідосини у родині з особою, яка має захворювання ШКТ. Відповідно

У таблиці 4.13 представлено результати кореляційного аналізу сприйнятого рівня критичності із управлінням хворобою й саморегуляції та об’єктивним рівнем ЕЕ. Результати цього дослідження відповідають $ДЗ_{13}$ про те, чи є кореляційний зв'язок між сприйнятою критичністю й власною вираженою критичністю отримувачів медичних послуг як маркер реципрокності ЕЕ.

Як видно з таблиці, існує середній кореляційний зв’язок між сприйнятою критичністю з боку члена сім’ї та сприйнятою власною критичністю стосовно родича. Ці результати підтверджують результати сучасних зарубіжних досліджень про те, що існує відповідний стиль ЕЕ як з боку родини до особи із діагнозом (булімія), так і з боку цієї особи до родича. Інакше кажучи, якщо особа із захворюваннями ШКТ сприймає ставлення родича як критичне, вона також вирізняється підвищеною критичністю до нього. Водночас ці результати не узгоджуються із результатами зарубіжних досліджень на вибірці осіб із анорексією, де не встановлено відповідного стилю ЕЕ (Duclos et al., 2018).

Таблиця 4.13

Взаємозв'язок сприйнятої критичності та управління хворобою

	HASMID	EE	Сприйнята критичність родича	Сприйнята власна критичність
HASMID	-	0,32*	0,39*	0,28
EE	0,32*	-	0,11	0,04
Сприйнята критичність родича	0,39*	0,11	-	0,43**
Сприйнята власна критичність	0,28	0,04	0,43**	-

Примітка. *p<0,05; **p<0,01

На наш погляд, ця неузгодженість підтверджує необхідність використання ідеографічного підходу, відповідно до якого кожен випадок є чітко контекстуалізований і потребує індивідуального вивчення. Отже, отримані результати відповідного профілю EE не поширюються на інші хронічні захворювання і потребують окремого вивчення для кожної окремої хвороби.

Цікавим, на наш погляд, також є відсутність кореляційного зв'язку між EE та сприйнятою критичністю, адже методика pLEE передбачала сукупність критичного та ворожого ставлення і гіперопіки. На наш погляд, це пов'язано із тим, що зміст тверджень у методиці pLEE більшою мірою пов'язаний із ворожістю і гіперопікою, ніж критичністю, наприклад, *вони змушують мене почуватися винним через те, що я не відповідаю їхнім очікуванням; вони кажуть, що я просто привертаю до себе увагу.* Водночас ці припущення

потребують подальшого дослідження і зіставлення pLEE також зі шкалами гіперопіки і ворожості.

Висновки до розділу 4

У розділі висвітлено результати дослідження феноменологічних дослідницьких завдань.

Відповідно до *дослідницьких запитань* здійснено такі узагальнення.

1. Встановлено наявність кореляції між показниками FAS та pLEE, що свідчить про зв'язок між об'єктивним сімейним кліматом, представленим емоційною гіперопікою, критичністю та ворожістю і суб'єктивним переживанням такого ставлення з боку родини самими особами із хронічним захворюванням. Таким чином, можна стверджувати про доцільність використання обох шкал в діагностиці ЕЕ.

2. Результати регресійного аналізу свідчать про те, що об'єктивний сімейний клімат, тривалість хвороби та фізичне самопочуття пов'язані з рівнем прояву суб'єктивного переживання ЕЕ (сприйнятого ЕЕ) отримувача медичних послуг і є предикторами суб'єктивного переживання ЕЕ. Водночас лише одна з цих змінних – FAS як маркер об'єктивного сімейного клімату є значущим незалежним предиктором суб'єктивного переживання ЕЕ. Це свідчить про дуальний характер ЕЕ у феноменологічному плані, що зумовлює необхідність одночасного дослідження як об'єктивного рівня ЕЕ, так і його суб'єктивного переживання.

3. Суб'єктивне переживання ЕЕ особами із захворюваннями ШКТ не мають відмінностей у групах відповідно до статі, сімейного чи професійного статусу. Водночас встановлено значущі відмінності у показниках стану здоров'я та якості життя, пов'язаної з хворобою, відповідно до сімейного стану. Так, в одружених осіб із хронічними захворюваннями ШКТ якість життя і стан здоров'я кращий. Також спостерігаються відмінності за станом здоров'я між особами, які працюють і не працюють, у працюючої групи ці показники є вищими. Результати дослідження різних

субшкал сприйнятої ЕЕ відповідно до демографічних характеристик свідчать про те, що спостерігаються вищі показники суб'єктивного переживання нестачі підтримки та роздратування одруженими користувачами медичних послуг. Окрім цього нестачу підтримки більшою мірою відчувають жінки порівняно із чоловіками. Ці результати мають важливі теоретичні і практичні імплікації, оскільки можуть суттєво покращити якість життя осіб із хронічними захворюваннями через організацію просвітницької роботи з їхніми родинами та медперсоналом.

4. Результати кореляційного аналізу свідчать на користь реципрокності ЕЕ, адже ставлення з боку родини до особи із захворюваннями ШКТ тісно пов'язана із суб'єктивним переживанням цього ЕЕ користувачами медичних послуг.

5. Результати регресійного аналізу свідчать про те, що 1) об'єктивне ставлення родини до особи із захворюванням (FAS); 2) суб'єктивне переживання цього ставлення особами із захворюваннями ШКТ (сприйняте ЕЕ з боку родичів) (pLEE); 3) суб'єктивне переживання ставлення з боку медпрацівників особами із захворюваннями ШКТ (сприйняте ЕЕ з боку медиків) (pEE) та 4) стан здоров'я взяті разом є предикторами якості життя користувачів медичних послуг. Водночас лише дві із цих змінних – FAS як маркер об'єктивного ставлення родини до отримувача медичних послуг та стан здоров'я є значущими незалежними предикторами якості життя. Таким чином, об'єктивний рівень ЕЕ, який визначається об'єктивним сімейним кліматом, та стан здров'я найбільше пов'язані із якістю життя, зумовленою хворобою.

6. Встановлено кореляційні зв'язки між суб'єктивними переживаннями ЕЕ з боку родини та суб'єктивними переживаннями ЕЕ з боку медперсоналу. Такі результати можуть свідчити про особливості суб'єктивного переживання ЕЕ, що зумовлено не лише об'єктивним ставленням з боку родини чи медпрацівників, а й особистіснім

властивостями отримувачів медичних послуг, які поглиблюють їхню чутливість чи вразливість до критики, ворожості та надлишкової гіперопіки.

7. Було встановлено, що найбільші відмінності відповідно до статусу піклувальника спостерігаються в показниках об’єктивного ставлення родини до отримувача медичних послуг. Об’єктивний рівень ЕЕ вищий у партнерів порівняно з іншими піклувальниками, інакше кажучи, шлюбні партнери виражають більшою мірою критичність, ворожість та елементи гіперопіки порівняно з іншими родичами. Водночас, не існує значущих відмінностей у показниках якості життя, пов’язаної з хворобою та у рівнях сприйнятої ЕЕ. Таким чином, встановлено цікавий факт, що якість життя й стан здоров’я є кращими в одружених отримувачів медичних послуг із захворюваннями ШКТ, водночас якість життя, пов’язана з хворобою, не має відмінностей відповідно до сімейного стану. Враховуючи вищий рівень ЕЕ у шлюбних партнерів, можемо припустити, що їхнє негативне ставлення зростає мірою погіршення стану здоров’я в отримувачів медичних послуг із захворюваннями ШКТ.

8. Встановлено помірний кореляційний зв’язок між сприйнятою критичністю з боку члена сім’ї та сприйнятою власною критичністю стосовно родича. Ці результати підтверджують результати сучасних зарубіжних досліджень про те, що існує відповідний стиль ЕЕ як з боку родини до особи із хронічним захворюванням, так і з боку цієї особи до родича. Інакше кажучи, якщо особа із захворюваннями ШКТ сприймає ставлення родича як критичне, вона також вирізняється підвищеною критичністю до нього.

Результати проведеного дослідження дають змогу зробити узагальнення стосовно феноменології ЕЕ, визначити реципрокність ЕЕ і та підтвердити зв'язок між об’єктивним сімейним кліматом й особливостями суб’єктивного переживання цього клімату особами із хронічними захворюваннями. Також цікавим є взаємозв’язок суб’єктивного переживання ставлення з боку родичів та ставлення з боку

медперсоналу, що може свідчити про певну особистісну диспозицію осіб сприймати ставлення оточення як критичне і вороже. Така диспозиція може сформуватися внаслідок негативного досвіду, що слугує основою для формування дисфункційних особистісних схем. Важливим також вважаємо вивчення предиспозиції родичів до ворожого, критичного з елементами гіперопіки ставлення, що вписується в теоретичну модель рис особистості. Це становить подальшу траєкторію етапів нашого дослідження ЕЕ, зокрема особистісних рис родичів та взаємозв'язок цих рис із рівнем ЕЕ.

Список публікацій здобувача за темою розділу 4

1. Пастрик Т. В. Суб'єктивне переживання емоційної експресивності особами із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. *Психологічний часопис: науковий журнал.* 2022. Вип. 5(8). С. 39-46. https://doi.org/10.31108/1.2022.8.5.4
2. Пастрик Т. В. Реципрокність емоційної експресивності у тріаді «Користувач медичних послуг-родина-медпрацівник». *Український психологічний журнал: збірник наукових праць.* 2022. Вип. 2(17). С. 103-118. https://doi.org/10.17721/upj.2022.1(17).6
3. Пастрик Т. В. Психодіагностика емоційної експресивності у наукових дослідженнях об'єктивний рівень ставлення родини чи суб'єктивне переживання. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. 2022. Вип. 2(58). С. 160-170. https://doi.org/10.33216/2219-2654
4. Пастрик Т. В. Управління хворобою та якістю життя осіб із захворюваннями шлунково-кишкового тракту. *Наукові перспективи.* 2022. Вип.12(30). С. 473-487 https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-12(30)-473-486
5. Pastryk T., Kireieva Z., Kordunova N., Lyla M. Perceived Expressed Emotion in the Illness Narratives of Individuals with Chronic

Gastrointestinal. *East European Journal of Psycholinguistics*. Lutsk: Lesya Ukrainka Volyn National University, 2021. Vol.8, No 2. P. 189 – 200. https://doi.org/10.29038/eejpl.2021.8.2.pas

РОЗДІЛ 5
НАРАТИВИ ПРО ХВОРОБУ ЯК ПРОЯВИ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ СТОСОВНО ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОГО ТРАКТУ

У розділі представлено результати психолінгвістичного та контент-аналізу наративів як матеріал дослідження ЕЕ з боку родичів та медпрацівників, а також суб’єктивного переживання цієї ЕЕ отримувачами медичних послуг із хронічними захворюваннями ШКТ. У розділі представлено два види наративів – медичні наративи, породжені медпрацівниками, які взаємодіють з отримувачами медичних послуг, та наративи про хворобу осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

У розділі представлено теоретико-емпіричні узагальнення з **психолінгвістичних дослідницьких запитань.**

ДЗ$_{14}$: Чи існують особливості прояву ЕЕ з боку медиків відповідно до типу їхнього професійного наративу, виражені у медичних наративах?

ДЗ$_{15:}$ Чи існує зв'язок між ЕЕ піклувальників щодо осіб із захворюванням ШКТ та лінгвістичними маркерами й психологічними значущими категоріями їхнього мовлення?

ДЗ$_{16}$ Чи існує зв'язок між сприйнятою ЕЕ та агентністю, спільністю та зв'язністю наративу як маркерами конструювання значення в наративах про хворобу?

ДЗ$_{17:}$ Який розподіл типів ставлення до хвороби осіб із хронічними захворюваннями ШКТ на основі контент-аналізу їхніх наративів про хворобу та які є фактори ризику й ресурсів їхньої якості життя за результатами психолінгвістичного аналізу наративів про хворобу?

5.1. Наративи про хворобу як психодіагностичний матеріал дослідження

Інтерес до наративу з боку дослідників зумовлено, по-перше, його поширенням у соціально-поведінкових науках, а також його евристичним потенціалом у соціогуманітарному пізнанні. Якщо в літературознавстві наративний аналіз застосовувався до літературних творів, то сьогодні спектр матеріалів розширився до аналізу усних та письмових інтерв'ю, авторських текстів в Інтернеті, мовлення клієнта в психотерапії, оповіді осіб про їхні хвороби, їхні щоденники тощо. Мета наративу також зазнала змін: відновлення цілісності, формування ідентичності, конструювання соціальної реальності, інтерпретація та аналіз внутрішнього світу людини.

Розмаїття існуючих варіантів наративу, а також методологічна багатоголосність у питаннях їх інтерпретації актуалізує питання критеріїв наративу; способів прояву нашого Я в наративах; зв’язок наративу та особистості оповідача, наратив та ідентичність.

Поняттю наратив властива певна полісемантичність, адже наратив є складним міждисциплінарним методологічним конструктом, предметом та методом в сучасній гуманітарній науці (Троцук, 2004). Однозначне визначення терміну ускладнюється декількома аспектами. По-перше, це етимологія слова: від лат. «narratio» й англ. «narrative» — оповідь; етимологічно близький лат. «gnarus», тобто «знаючий», «експерт», «обізнаний в чомусь» (Карабаева, 2003). По-друге, наратив – поняття багатозначне, це і історія, і процес, і стуктура. Третьою особливістю є широка функціональність цього поняття. Наприклад, у філософії наратив використовується з метою формування світогляду, а в соціології — дослідження нового бачення світу та організації суспільства; у психології розглядається наратив як засіб вивчення особистісної ідентичності та становить важливий дослідницький матеріал у сфері психоаналізу; а в політології наратив є засобом легітимізації політичних процесів.

Щодо авторських підходів до визначення поняття наративу, варто зазначити, що, наприклад, Й. Брокмейєр та Р. Харре, розглядають наратив як форму, внутрішню іманентну нашим способам отримання знання, котра структурує наше сприйняття світу і самих себе (Брокмейер, Харре, 2000). На думку З. Карпенко, оповідь є одним із основних способів саморефлексії особистості, осмисленою структурою, яка організує події та дії людини в єдине ціле, і розповідається у межах визначених культурою наративних рамок (Карпенко, 2006). На думку, В. Клімчука, наратив – це спосіб представлення дискурсу, у якому можна побачити різні етапи становлення особистості (Клімчук, 2015).

Дж. Брунер виражає своє бачення поняття наратив та значення наративної психології у статті «Життя як наратив» (1987): «…У нас, мабуть, немає іншого способу для опису пережитого часу, окрім як у формі наративу. По суті, один із найбільш важливих способів охарактеризувати культуру – виявити притаманні їй наративні моделі опису потоку життя. З психологічної точки зору такого поняття як «життя саме по-собі» не існує…. Життя це розповідь, наратив, на скільки би не зв'язним він не був» (Брунер, 2005).

Р. Барт визначає текст як «ехокамера», яка творить лише той сенс, який сам наратор творить упродовж своєї оповіді, а оповідання твориться «заради самої розповіді, а не заради прямого впливу на дійсність (Барт, 1987, с. 389).

За основоположником когнітивної лінгвістики Т. Ван Дейком, оповідання історій займає чи ненайважливіше місце в нашому житті (Дейк, 2000).

Отже аналізуючи різноманітні підходи та позиції науковців, можемо узагальнити, що наратив або нарація являє собою оповідання, або, більш широко, фрагмент дискурсу, який створено для представлення певної послідовності подій, пов'язаних між собою. Для персонального наративу така послідовність подій – це події життя, а сам персональний наратив – життєпис, що ведеться від першої особи.

Протягом останнього десятиліття наратив став предметом великої кількості нових досліджень. Думка багатьох дослідників сходиться у тому, що мова йде не просто про новий емпіричний об'єкт аналізу – оповідання для дітей, дискусію за обідом в різних соціальних колах, спогади про хвороби або подорожі закордон, автобіографії, обговорення наукових проблем, – але й про новий теоретичний підхід, про новий жанр у філософії науки. Інтерес до вивчення наративу, який постійно зростає, означає появу ще одного різновиду прагнення до створення «нової парадигми» і подальшого удосконалення пост-позитивістського методу в філософії науки (Hydén & Brockmeier, 2008).

О. Савченко розглядає можливість глибокого вивчення індивідуального досвіду на особистісному рівні лише через аналіз особливостей організації наративних форм. Вчена зазначає, що згідно з традиціями герменевтичного підходу наратив розглядається як лінгвістична форма, в якій відображається особистісний досвід суб'єкта, і яка дозволяє його структурувати, усвідомлювати і перетворювати (Савченко, 2014). До основних наративних рис розгортання особистісного досвіду досвіду належать несуперечливість, відкритість і діалогічність. О. Савченко запропонувала показники, які можна використовувати в процедурах інтент-і контент-аналізу для кількісного вираження ступеня зрілості властивостей особистісного досвіду, які будуть використані у подальшому аналізі наративів у нашому дослідженні (Савченко, 2014).

Серед усіх типів наративів у контексті нашого дослідження особливої ваги набуває медичний наратив та його підвид – наратив про хворобу.

Упродовж останніх трьох десятиліть триває активний розвиток наративу про хворобу, або медичного наративу (медичної етики, наративної медицини) (Барбашина, 2020). Теоретичним фундаментом цього слугує уявлення про необхідність індивідуалізації хвороби, визнання значущості смислів, які формує пацієнт, створюючи свою історію хвороби і представляючи її в оповіданні лікарю або медичному працівнику. Входження лікаря у світ

пацієнта та розуміння його краще, ніж він сам (Ф. Шлейєрмахер), наративізація внутрішнього досвіду пацієнта (В. Дільтей), справжній (М. Бахтін), екзистенційний (М. Бубер, Хайдеггер, І. Ялом) діалог між лікарем та пацієнтом – розглядається як необхідна умова успішного лікування.

Розвиток наративного підходу в медицині пов'язаний з відмовою від суворої патерналістської моделі у взаєминах «лікар – пацієнт» на користь таких принципів, як принцип автономії пацієнта, принцип цілісності особи пацієнта, принцип поваги до особи пацієнта (Rendtorff, 2002).

Медичний наратив не є абсолютно новим жанром розповіді пацієнтів від першої особи про свою хворобу. Перші медичні наративи сягають текстів країн Стародавнього Сходу. Однак наприкінці XX ст. відбувається різке зростання популярності медичного наративу. Пояснення цьому фахівці бачать, з одного боку, у бажанні пацієнтів стати експертами власної хвороби, з іншого – у прагненні уникнути біомедичного ставлення до хвороби (Hellman, 2005, p. 10), згідно з яким хвороба розуміється як відхилення від норми, як випадок особистої патології (Lawrence, 1991, p. 45).

Причини актуалізації медичного наративу наприкінці XX ст. пов'язані зі змінами, що відбулися у структурі поширеності захворювань.

По-перше, знизилася кількість гострих інфекційних захворювань. У ситуації епідемії чи пандемії різко зростає навантаження на медичний персонал, збільшується необхідність швидкого, а часом негайного надання медичної допомоги. У цих умовах немає можливості створювати наративи про хворобу. Однак про значущість цього виду наративу навіть в умовах пандемії свідчить зростання публікацій пацієнтів, які переносять або перенесли коронавірусну інфекцію (COVID-19), що, безумовно, привертає увагу дослідників.

По-друге, на тлі збільшення тривалості життя населення відбулося різке зростання хронічних дегенеративних і захворювань, психосоматичних захворювань. У суспільстві ремісії (А. Франк) межі між хворобою та здоров'ям практично відсутні. Традиційна дихотомія хвороби та здоров'я

здала свої позиції під тиском медицини високих технологій. Лікування хронічно хворих отримувачів медичних послуг, мінімізація ризику майбутньої інвалідизації, підвищення якості медичного догляду – все це можливе лише за умови «входження у світ пацієнта» (Bury, 1997, p. 23). Голос отримувача медичних послуг стає дедалі важливішим для діагностики та лікування. Надання медичної допомоги змінюється «турботою та доглядом» (Bury, 2000).

Ще одна причина актуалізації наративу про хворобу пов'язана зі зростаючою вартістю високотехнологічної допомоги. Навіть якщо вона залишається доступною для певної кількості отримувачів медичних послуг, це не змінює ситуацію, тобто вартість (і важкодоступність для більшості) не знижується (Bury, 2001, p. 26).

Незважаючи на те, що наративний підхід отримав широке поширення в Європі та Північній Америці і починає розвиватися у нашій країні, низка проблем залишається невирішеною.

Перше і найбільш серйозне заперечення викликають тези наративної медицини про те, що всі отримувачи медичних послуг переживають свою хворобу як наратив, використовують, як правило, особистісно-оцінний підхід і прагнуть представити свої історії. Проте теза про тотальність наративу про хворобу спростовується низкою досліджень. Як переконливо доводить G. Strawson, існують ненаративні способи «проговорення» та «проживання» хвороби. Більше того, розбіжність та протиріччя між об'єктивним описом хвороби та медичним наративом можуть погіршити процес лікування отримувача медичних послуг. Автор не заперечує право на існування медичного наративу, але закликає відмовитися від ідеї його домінування (Strawson, 2004).

Висновок про те, що далеко не всі отримувачи медичних послуг прагнуть наративізації внутрішнього досвіду хвороби, підтверджують емпіричні дослідження. Прагнення представити свою розповідь про хворобу чітко корелює з віком пацієнта, захворюванням, способом життя (Барбашина

2019; 2020). Багато пацієнтів не готові і не бажають «промовляти» свою хворобу. Побічно цей висновок підтверджують дані, одержані в рамках соціологічних досліджень, які свідчать про те, що деякі отримувачи медичних послуг не хочуть навіть знати свого діагнозу. Як правило, це пов'язано з невиліковними діагнозами, про які отримувач медичних послуг не «хоче знати взагалі», або не «знати подробиці», або бажає, щоб інформацію передавали родичам (Good et al., 1995). Наслідком такого ставлення є відмова від обговорення захворювання.

Друга проблема пов'язана з визначенням сутності усного наративу про хворобу. Умовно наративи поділяються на текстуальні та перформативні. У першому випадку наратив розглядається як текст і основою є його дискурсивна структура. У другому – наратив – це лише частина події, що відбувається. Не менш важливим є те, який контекст супроводжує усний наратив про хворобу.

Традиційно перевага надається першій, текстуальній концепції наративу, і усна комунікація розглядається за аналогією з правилами текстуального наративу: враховується сюжет оповідання, тимчасова послідовність подій, що викладаються, цільова оформленість тексту, розгортанння подій.

Проте текстуальні та перформативні наративи відрізняються один від одного, як і правила їхньої інтерпретації (Linell, 2005). Якщо текстовий наратив цілеорієнтований, побудований подійно в часовій послідовності, орієнтований на строгу формальну мову, то перформативний наратив структурується за критеріями значущості (Bauman, 1996). Якщо перший орієнтований на анонімного читача та спочатку передбачається смисловий зазор між читачем та автором, то усний наратив – варіант екзистенційного діалогу. Перформативний діалог – це подія, яка відбулася багато в чому завдяки його учасникам, і слід враховувати спосіб подання оповідання, учасників, обставини тощо (Hyden et al., 2008, p. 19). Переведення наративу про хворобу (який за своєю суттю є перформативним) у текстуальний тим самим знищує сенс самої події.

У вітчизняній психології текстуальні і перформативні наративи втілюються у поняття наративного досвіду (текстуальний рівень) та психологічної події (перформативний рівень). Н. Чепелєва вважає, що нарація досвіду – це різна сукупність життєвих ситуацій, які власне через наратив перетворюються в психологічну ситуацію (Чепелева, 2005).

Важливим аспектом розуміння процесу переходу, трансформації, інтеграції певної ситуації у особистісний досвід людини є прийняття або відторгнення нею важливості ситуації. Тобто, людина може або прийняти певну ситуацію як свою, значущу для себе, або ж відторгнути її, як чужу і незначущу. М. Орап зазначає, що оформлення досвіду в життєвий наратив здійснюється на основі саме мовленнєвого досвіду, в якому акумульовані і основні життєві події, і мовленнєва організація людини загалом (Орап, 2016)

Н. Чепелева зазначає, що межі ситуації можуть бути закладені лише самою людиною, яка тільки і може «вийняти шматок» із потоку життя та помістити його у визначену структуру», яка буде рамкою, що відділяє ситуацію від неструктурованого потоку життя. Такою структурою може бути наратив або будь-яка інша інтерпретаційна схема (Чепелева, 2010).

За О. Савченко, З. Карпенко, Т. Титаренко, Н. Чепелєвою, для визначення змістових характеристик ситуації варто завжди розглядати її крізь призму поняття подія. Вчені зазначають, що події можуть бути яскравими, важливими, переломними, критичними, негативними, трагічними. Деякі з них можуть бути поворотними для життя людини. І очевидно, саме подія є маркером ситуації, її центром, основою, в контексті якої можна проінтерпретувати значимість ситуації для певного суб’єкта. На думку Ж. Вірної, в термін особистісної події вже закладено високу значущість життєвої ситуації для людини (Вірна, 2013).

Виходячи із сказаного вище, можемо зазначити, що подія – це одиниця особистого досвіду, яка примушує людину інтерпретувати, осмислювати, те, що з нею відбувається. L. Zasiekina та ін. визначають чотири можливих види

подій в наративах: позитивні, нейтральні, негативні та травматичні, на основі цього вчена пропонує і виділяти види наративів (Zasiekina et al., 2019).

Для того, щоб подія, яка відбулася в житті людини, була інтегрована в її свідомість та перетворилася на досвід, вона повинна бути зафіксована людиною. Тобто, подія – це не просто епізод життя, це певна пригода, яка накладає відбиток на все подальше існування, змінюючи людину, але також це явище зафіксоване, означене, тобто перетворене в таку форму, яка дозволяє розповісти про неї комусь іншому. Якщо оформлення події не відбулося, то говорити про неї, як про подію неможна. Відповідно, фіксуються події у вигляді тексту, який розповідається комусь.

Власне бачення питання психологічної події Т. Титаренко втілила у концепціях життєвого світу особистості, буденного буття, особистісного вибору. Беручи за основу уявлення соціального конструктивізму, дослідниця зазначає, що велику роль в буденному житті відіграє мовна діяльність, яку людина здійснює разом з іншими людьми (Титаренко, 2009). Трактуючи поняття «подія щоденного життя індивіда», вчена звертає увагу на те, що вона втілюється за допомогою наративного процесу, тобто шляхом складання розповідей, історій описів людиною того, що з нею відбувалося і відбувається в житті. В ході буденного спілкування з іншою людиною часто розгортається справжній діалог, завдяки якому суб'єкт дискурсу переосмислює і переробляє свою власну історію. В процесі нарації активними є і наратор і адресат, у випадку автонаративу наратором є реципієнт наративу, тому наративно-дискурсивне спілкування завжди набуває інтерсуб'єктного, діалогічного характеру.

Т. Титаренко відзначає, що ядром особистісного комплексу інтерпретацій є сукупність оцінок особистістю самої себе, а ставлення людини до себе завжди залишається відкритим, незавершеним і проблемним (Титаренко, 2009). Саме тому перформативний наратив з описом конкретної психологічної події, в медичному наративі, це є хвороба. А сам перформативний наратив може слугувати конструюванням ставлення

отримувача медичних послуг до хвороби. Це ставлення може бути як конструктивним, і здійснювати позитивний вплив на якість життя, пов’язану з хворобою, так і навпаки.

Визначають низку методологічних труднощів, пов'язаних із класифікацією наративів про хворобу. Найбільш поширеною є класифікація A. Frank, який виділяє наратив одужання, хаотичний наратив, пошуковий наратив (Frank, 2013; 2014). B. Good пропонує поділяти наративи про хворобу на основі подій, які передували хворобі та спровокували її: емоційна травма, дитячі захворювання, травми; відсутність явних причин; напади як провокація захворювання; щось надприродне (Good et al., 1995). Ще один варіант типології запропонований K. Gergen та M. Gergen, які виокремлюють стабільний, прогресивний та регресивний наративи (Gergen & Gergen, 1986). Цей далеко не повний перелік існуючих та проаналізованих варіантів поділу наративів про хворобу. Водночас цей аналіз свідчить про те, що поділ за єдиним критерієм є неможливим, так само як неможлива класифікація всіх існуючих наративів про хворобу. Це, своєю чергою, свідчить про неможливість виділення суттєвих ознак (критеріїв) таких наративів для їх подальшої класифікації.

Отже актуалізація наративу про хворобу протягом останніх трьох десятиріч зумовлено як загальними причинами «наративної революції», так і частковими, – пов'язаними із сучасною медициною. До перших належать зміна дослідницької парадигми у соціогуманітарному пізнанні: пошук основ справжнього існування окремої людини, індивідуація, антропологізм, структурний феноменалізм. До других – відмова від домінування біомедичної моделі у визначенні хвороби, відмова від об'єктивізації отримувача медичних послуг, встановлення таких біомедичних принципів, як принцип автономії отримувача медичних послуг, принцип цілісності особи пацієнта, принцип поваги (Барбашина, 2020). Наратив про хворобу подекуди сприяє збереженню індивідуальності та цілісності отримувача медичних

послуг, оптимізації відносин «лікар – отримувач медичних послуг», ефективності лікування.

Результати проведеного аналізу з проблеми дають змогу означити основні напрями дослідження наративів у нашій роботі, які викладено нижче.

1. Використання типології наративів, запропонованої Н. Чепелєвою, для визначення професійної ідентичності медперсоналу під час пандемії, основні труднощі в їхній діяльності та вплив на взаємодію із особами із хронічними захворюваннями ШКТ.

2. Урахування типології наративів за A. Frank, зокрема наративи одужання, хаотичний наратив та пошуковий наратив, які зіставляються із типологією К. Gergen й M. Gergen, відповідно стабільний, регресивний та прогресивний наративи. Використання цієї типології буде здійснюватися для аналізу наративів про хворобу «Як хвороба вплинула на Ваше життя» осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

3. Здійснення контент-аналізу наративів про хворобу «Як хвороба вплинула на моє життя» для визначення ставлення до хвороби осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, зокрема відповідно до типології ставлення, запропонованого Калугіною та ін., визначення тривожного типу ставлення до своєї хвороби (безперервне занепокоєння і недовірливість щодо несприятливого перебігу своєї хвороби, можливих ускладнень, неефективності та небезпеки лікування), який включає обсесивно-фобічний та іпохондричний варіанти; меланхолійного типу (пригнічені своєю хворобою, не вірять в одужання, у можливе поліпшення стану і взагалі будь-який ефект від лікування), апатійного типу ставлення до хвороби (сповнені повної байдужості до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування), параноїдального типу ставлення до хвороби (впевненості, що хвороба – це результат переважно зовнішніх причин, чийогось злого наміру, з притаманною підозрілістю, настороженістю до розмов про себе, до ліків та процедур).

Окрім цього у дослідженні використовуються наративи про хворобу «Як хвороба вплинула на Ваше життя», на матеріалі якого здійснювався психолінгвістичний аналіз текстів для виокремлення психолінгвістичних маркерів ЕЕ та стигми суспільства стосовно осіб із захворюваннями ШКТ. У дослідженні використовувалася українськомовна версія програми Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC), розроблена і апробована С. Засєкіним (Zasiekin, 2021).

Програма LIWC виявляє питому вагу слів із кожної категорії, яких у версії 2015 року налічується понад вісімдесят, установлюючи відсоток їхнього використання в тексті. В останній версії програми 2015 року словник налічує понад 10 тис. слів, кожне яких згруповано навколо змістових категорій, наприклад, граматичних категорій, психологічних конструктів, категорій соціальних відношень типу «work», «religion», «family», «home», «leisure» і т.ін. Програму побудовано таким чином, що, зафіксувавши в тексті конкретне слово, машина приписує його до однієї чи декількох відповідних категорій.

LIWC містить два блоки – блок обробки та словники. Кожне слово в певному тексті корелює зі словом-відповідником зі словника. Слова класифіковано за їхньою належністю до функціональних (стильових) та повнозначних (змістових). До перших належать займенники, артиклі, прийменники, сполучники. До других – дієслова, іменники, прикметники, прислівники. Зацікавленість у дослідженні саме стильових слів пояснюється, наприклад, тим, що хоча пересічний носій мови в середньому має словник зі 100 тис. слів, лише 500 слів (приблизно 0,05%) складають функціональні слова. Проте, саме ці слова складають близько половини всіх слів у його актуальному мовленні. Із психолінгвістичної перспективи, функціональні слова відбивають те, *як* люди спілкуються, а змістові слова передають те, *що* вони говорять. Тому стильові слова є психолінгвістичними індикаторами вимірювання змісту соціального та психологічного світів мовця (Pennebaker et al., 2015). У нашому дослідженні важливого значення набувають

функціональні і змістові слова як маркери ЕЕ та стигми у суспільстві щодо хронічних захворювань ШКТ.

5.2. Особливості прояву емоційної експресивності з боку медиків відповідно до типу їхнього професійного наративу

Метафорично, весь внутрішній досвід, який притаманний людині можна уявити у вигляді певного вмістилища інформації, яке своєю чергою, поділяється на сектори. Секторами є різні види досвіду, набуті у різноманітних сферах життєдіяльності людини. Професійний досвід займає один із таких секторів. Розмір цього сектору може коливатися в залежності від місця, яке займає в житті людини професійна діяльність. Особливістю є те, що знання, вміння і навички у професійному досвіді індивіда переплітаються із пам’яттю про конкретні, особистісно-забарвлені ситуації їх прояву та застосування, про етапи та труднощі професійної кар’єри суб’єкта, про різні ситуації взаємодії з конкретними людьми тощо. Пам'ять людини як суб’єкта професії містить сліди переживань успіхів та невдач, своїх власних та чужих вчинків у професійній сфері.

Професійний досвід – це складна система, яка зовні слугує як сукупність способів, прийомів і правил розв’язання професійних задач. Їхнє розв’язання забезпечується когнітивними і мотиваційно-смисловими структурами, які формуються в процесі навчання та професійної діяльності і забезпечують виконання трудових функцій.

Аналіз праць вітчизняних та зарубіжних вчених дає можливість виокремити професійний досвід як структурно-динамічне утворення, що є сукупністю уявлень суб’єкта про професійні обов’язки та про себе, та формується в процесі виконання професійної діяльності (Вірна, 2013; Шевченко, 2005).

Професійний досвід має свою структуру. Враховуючи умови формування і регуляції професійного досвіду відповідно до функціонування

професійної свідомості, Н. Шевченко виділяє такі його компоненти (Шевченко, 2005)

- ментальний (когнітивний) досвід – це форма фіксації та репрезентації оточуючого світу у психіці, а також засіб структурування та регуляції всього досвіду та психічного життя людини загалом;

- соціальний – досвід співпраці, який набувається як результат взаємодії з іншими людьми і в якому ця взаємодія зафіксована;

- особистісний, який можна розглядати у двох вимірах: досвід рефлексії, завдання якого полягає у порівнянні уявлень про свої реальні можливості з тими завданнями, які стоять перед суб'єктом;

- та ціннісний досвід, який пов'язаний із формуванням інтересів, моральних норм і переконань, ідеалів та виявляється у ціннісних орієнтаціях людини.

Обов'язковою складовою професійного досвіду є професійні знання. Професійний досвід можна назвати найбільш відрефлексованою частиною життєвого досвіду, оскільки без такої рефлексії був би неможливий подальший професійний успіх та кар'єрний ріст.

За Н. Чепелевою, професійний досвід індивіда з метою аналізу можна розділити на зовнішній та внутрішній. Зовнішній професійний досвід – це власне сама професійна діяльність, яка реалізовується та переживається самим індивідом, те що він відчув, те, що зрозумів, його реальне життя та реальна діяльність. Відмінністю ж внутрішнього професійного досвіду є те, що він – внутрішня проекція, внутрішня репрезентація головних аспектів професійної діяльності, внутрішня картина. В рамках психологічної герменевтики внутрішній професійний досвід можна розглядати як текст, пронизаний культурними схемами і нормами свого часу, розуміння якого детерміноване інтерпретаційними межами мови. Тому вважаємо, що саме професійний медичний наратив відображає внутрішній досвід медика. Важливість внутрішнього професійного досвіду у медичній професії визначається її надлишковою стресогенністю, надмірне вираження якої

зробило медпрацівників однією з найбільш вразливих категорій під час пандемії.

У контексті стресогенності важливим, за Н. Чепелевою, є розуміння професійного досвіду як процесу засвоєння та породження смислів (Чепелєва, 2005). Розуміння власного професійного досвіду може бути здійснене людиною через побудову наративної структури, яка виступає у вигляді відповідних інтерпретаційних рамок. Інакше кажучи, професійний досвід людини існує як сукупність історій, оповідань, які вона втілює в тексти – в наративи, з тим, щоб або переказати їх іншій особі, або витлумачити для себе.

Результати останніх досліджень свідчать про значне психоемоційне навантаження у медпрацівників під час пандемії (Schiff et al., 2021). Відомо, що працівникам різних напрямків медичної діяльності властивий різний рівень психоемоційного напруження. Особливості прояву такого напруження у роботі лікарів різних профілів зафіксовано у «Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я» (додаток до Наказу Міністерства охорони здоров'я №117 від 29.03.2002) [24]. У даному документі здійснений поділ професій працівників медичної галузі на профілі: хірургічний та терапевтичний, та поданий детальний опис завдань та обов'язків кожного спеціаліста. Аналіз даного джерела дозволяє зіставити психоемоційне навантаження із кожним профілем та виявити, що лікарі хірургічного профілю піддаються більшому впливові такого навантаження, та потрапляють у стресогенні професійні ситуації частіше, ніж спеціалісти терапевтичного профілю. Від цього критерію залежать і зміни у соціально-психологічному портреті даних спеціалістів. Аналіз наукових джерел підтверджує дане припущення.

Водночас за даними останніх досліджень ситуація COVID-19 зрівняла стресогенність медиків різного профілю незалежно від професійної кваліфікації (Walton et al., 2020). Тому в останніх дослідженнях замість лікарів та медсестр найчастіше використовується термін медперсонал

Незважаючи на реалізацію політики ВООЗ щодо охорони здоров'я під час епідемій, основна увага була зосереджена на підготовці до епідемії з точки зору наявності національних програм з охорони здоров'я, епідеміологічного нагляду, потреб у вакцинах та препаратах, охоплення вакцинацією груп високого ризику, а також негативному впливові епідемій і пандемій на економіку (Sahebi et al., 2021). Світова ситуація з пандемією COVID-19 продемонструвала, що психологічні та соціальні аспекти підтримки вразливих категорій населення здебільшого відсутні в національних програмах, проте були вкрай необхідні.

Ситуація з COVID-19 засвідчила, що найбільш уразливою групою населення щодо емоційних переживань, яка потребує психологічної підтримки, є медичні працівники, зокрема персонал лікарні та працівники швидкої допомоги, які надають першу медичну допомогу особам, що мають SARS-CoV-2. І хоча питання емоційного виснаження та стресу у медичних працівників отримують висвітлення у сучасній психологічній літературі, досі відсутні комплексні програми діагностики та психологічних інтервенцій, спрямовані на збереження і покращення психічного здоров'я та благополуччя медпрацівників. Тому у цьому підрозділі роботи відображено результати теоретичного та емпіричного вивчення психологічних наслідків пандемії COVID-19 та її негативного впливу на психічні стани медпрацівників, а також специфіки труднощів, пов'язаних з пандемією, для медпрацівників в Україні.

Результати досліджень свідчать про те, що медичні працівники, з одного боку, відіграють важливу роль у підтримці та поширенні SARS-CoV-2, але, з іншого боку, вони є однією з найбільш уразливих груп щодо негативного впливу COVID-19 на фізичне і психічне здоров'я (Uphoff et al., 2021).

В останніх дослідженнях вчені порівнюють контакти медичного персоналу з SARS-CoV-2 та попередніми вірусами SARS та Ебола (Corbari et al., 2020). Медпрацівники часто повідомляли про виснаження, соціальну

ізоляцію від інших, тривожність при спілкуванні з особами з вірусом, дратівливість, безсоння, погану концентрацію уваги та низьку ефективність у прийнятті рішень, погіршення продуктивності роботи та небажання працювати. Дані багатонаціональних досліджень вказують на те, що, що існують подібні та відмінні ризики для здоров'я та безпеки праці під час COVID-19 у різних країнах (Schiff et al., 2021).

Емоційне виснаження, дефіцит обладнання, відсутність діагностики, специфічного лікування, занепокоєння, пов'язане з високим ризиком для родичів та колег, велика кількість пацієнтів погано впливали і впливають на психічне здоров'я бригади екстреної медичної допомоги та створюють постійне відчуття неминучого стресу у всьому світі.

Однак емоційні переживання медичних працівників в Україні мала свою специфіку, зокрема труднощі, пов'язані з понаднормовою працею через недостатню кількість персоналу, відсутність відповідного обладнання, низька ефективність державної та соціальної підтримки, загострене співчуття та співпереживання особам із COVID-19 (Schiff et al., 2021). Пандемія COVID-19 мала негативний вплив на психічне здоров'я медичних працівників, погіршуючи ситуацію високою смертністю населення в цілому та лікарів зокрема.

Враховуючи надзвичайну зайнятість медпрацівників під час пандемії, існують технічні труднощі їх діагностики через труднощі, пов'язані з рекрутацією цієї групи досліджуваних. Це одна з причин, чому дослідники не розробили ефективної програми психологічної підтримки медичних працівників під час пандемії. Крім того, структурні інтерв'ю, які часто застосовуються в дослідженнях, залежать від суб'єктивної інтерпретації дослідників та досліджуваних, культурних стереотипів, стигм і спотворення пам'яті у відтворенні кризових і травматичних ситуацій. Особисті наративи, пов'язані із кризовим і травматичним досвідом, часто фрагментовані або переповнені емоціями, що пояснюється негативним впливом негативних життєвих подій на структуру автобіографічної пам'яті (Zasiekina et al., 2021).

Одним із ефективних сучасних методів психолінгвістичної діагностики різних пластів професійного досвіду, відображених у професійному наративі, є комп'ютерна програма Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC), автор якої американський соціальний психолог J. Pennebaker. Ця програма засвідчила свою ефективність як надійного інструменту психолінгвістичного дослідження (Pennebaker, 2015).

LIWC 2015 призначений для прийому письмового або транскрибованого тексту, збереженого як файл, в одному з декількох форматів, включаючи звичайний текст, PDF, RTF або стандартні файли Microsoft Word (наприклад, .doc та .docx). Кожен текстовий файл аналізується за 73 категоріями словникового запасу, такими як: аналітичне мислення, вплив, достовірність та емоційний тон; середня кількість слів у реченні, відсоток слів у тексті, які перевищують шість букв; стандартні мовні категорії, такі як відсоток у тексті функціональних слів – займенників, прийменників, сполучників та знаменних слів.

Далі словник містить категорії слів, що стосуються психологічних значущих категорій, зокрема афект, когнітивні процеси, біологічні процеси, мотиви, особисті тематичні категорії, такі як робота, дім, відпочинок; соціолінгвальні показники повсякденного спілкування: лексичні одиниці зі значенням згоди, словесні паразити, емболія тощо.

Для здійснення цього етапу дослідження було опитано 50 осіб медперсоналу (письмовий наратив «Мій досвід роботи із особами із хронічними захворюваннями ШКТ під час пандемії»), який працював із цими особами під час пандемії в проктологічному та гастроентерологічному відділенні. Як бачимо з таблиці 5.1 усі медпрацівники мали досвід роботи із особами з COVID-19, що було критерієм включення у вибірку. Результати бесід із цим медперсоналом свідчить про те, що у період перших місяців пандемії їм довелося оволодіти існуючими протоколами лікування вірусу і поєднувати профіль власної діяльності захворювань ШКТ із наданням невідкладної допомоги особам із COVID-19. Вік досліджуваних становить

від 19 до 70 років, середній вік становить 45 років, з них 66% осіб жіночої статі та 34% осіб чоловічої статі (див. табл. 5.). Для діагностики ЕЕ було використано FAS, *шкалу ставлення родини (Family Attitude Scale)*, призначену для вивчення ставлення родини до осіб із хронічними захворюваннями, яка була адаптована до визначення ставлення медпрацівників до отримувачів медичних послуг. В інструкції досліджуваних просять оцінити власне ставлення до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ упродовж останніх місяців, оцінюючи 30 тверджень за шкалою вид 0 до 30, де 0-ніколи, 4-кожен день. Високі бали за шкалою передбачають високий рівень критичності, ворожості, та низький рівень теплоти у стосунках.

Таблиця 5.1

Описові характеристики досліджуваних (n=50)

Характеристики	**Кількість (%)**
Чоловіки	17 (34,0%)
Жінки	33 (66,0%)
Є досвід роботи з COVID-19	50 (100,0%)
Стаж роботи до 5 років	15 (30,0%)
Стаж роботи до 15 років	14 (28,0%)
Стаж роботи до 25 років	12 (24,0%)
Стаж роботи більше 25 років	9 (18,0%)
Вік	Середньогрупове значення (SD)
	44,05 (0,60) Max 70,00 Min 19,00

Отже під час аналізу розгорнутих відповідей досліджуваних було виявлено 10 найбільш значущих психологічних категорій, які зображені у таблиці 5.2.

Таблиця 5.2

Відсотковий розподіл найбільш значущих категорій транскрибованого аналізу розгорнутих відповідей медпрацівників

№	Категорії	Числове значення (%)
1.	Емоції	1,44
2.	Соціальні контакти	4,17
3.	Афекти	2,41
4.	Когнітивні процеси	7,22
5.	Мотиви	2,66
6.	Робота	2,57
7.	Фокус на теперішньому	1,61
8.	Здоров’я	1,12
9.	Час	3,53
10.	Сім’я	1,93

Перша категорія емоції, яка являє собою емоційні прояви, реакції та особливі стани, що можуть спонукати або гальмувати особу до певної діяльності. В умовах карантину в медичних працівників збільшилася кількість професійних ситуацій, пов’язаних із негативними емоціями. Так прокоментував свій стресовий досвід пов’язаний з COVID-19 медпрацівник К: «*Стресові ситуації трапляються майже кожного чергування, коли привозиш хворого з підозрою на COVID-19 з низькою сатурацією, а місць в лікарні не має. Ось тоді й все починається. Треба пройти всі «круги ада» для хворого, який підключений до кисневої маски, для самого себе, для родичів. Заспокоюєш всіх, знаючи що й лікарям в приймальних відділеннях не легко зробити місця з кисневою недостатністю».*

Категорія соціальні зв’язки теж є дуже значимою, адже більшість медпрацівників, які мають досвід роботи з COVID-19, намагалися ізолюватися або зменшити міжособистісну взаємодію з рідними та друзями. Особливо важко було тим, для кого соціальні контакти слугують одним і найголовніших ресурсів, хто не вміє бути з собою на самоті. Також завдяки карантинним обмеженням кожен міг визначити та встановити те коло спілкування, яке є приємним та позитивним. Медпрацівник Т. так ділиться своїми думками щодо раптової зміни кола спілкування: *«Коли виявилося, що у мене є антитіла до COVID-19, дуже вибила з колії реакція людей по відношенню до мене. Але дуже порадувала підтримка від людей, від яких я цього не очікувала».*

Категорія афект являє собою емоційні явища, особливі стани, які спричиняються сильними стресовими факторами. Якщо говорити про пандемію, яка створила стресові умови для людини, зрозуміло чому категорія афектів є досить значимою у даному аналізі. Це говорить про те, що велика частина досліджуваних карантин сприйняла досить стресово та негативно, емоційно напружено та важко. Медпрацівник М. так ділиться досвідом свого карантинного життя: «*Стрес, відчуття безпорадності, неможливості вплинути на ситуацію при прогресуванні дихальної недостатності у близької людини».* Медпрацівник В описує свій емоційний стан як: «*Завжди знаходишся в стресовій ситуації у зв'язку з COVID-19, завжди відчуваєш нервове напруження, і не знаєш, що на тебе чекає завтра».*

Категорія когнітивні процеси свідчить про усвідомлене ставлення медичного працівника до ситуації, що склалася, уміння якісно фільтрувати інформацію, яку отримує, та виокремити головне саме для нього.

Як зазначає Н. Чепелєва, пізнавальна сфера особистості має принципове навантаження в плані побудови моделі світу. M. Schiff та ін. зазначають про важливість глобального мислення під час пандемії, зокрема, коли масовий потік інформації від ЗМІ перетворюється в інфодемію, потрібно вміти

відмежовуватися від негативної інформації та довіряти лише офіційним джерелам (Shiff et al., 2021). Також дуже важливо не піддаватися колективним настроям, це допоможе знизити емоційний дистрес, сприятиме спокійному існуванню та позбавить від тривожних нав'язливих думок. Водночас сукупність напружених ситуацій негативно впливає на особистість медичного працівника та ефективність його праці, працездатності, структуру цінностій та систему психологічних захистів. Ось як медпрацівник Л. негативно описує свій травматичний досвід пов'язаний з COVID-19, який сформував для нього бачення з боку пацієнта: «*Швидка смерть співробітника. Хворіє багато бідних людей. Лікуватися спроможні люди з достатком, або ті, котрі мають гроші та зв'язки. Найгірша смерть при задищці людини. Ми стали заручниками всіх людей, котрі захворіли».*

Категорія мотиви також має високу значущість, адже кожен шукав ту рушійну силу, яка буде спонукати їх до дій. Мотиви медпрацівників формуються на основі їх потреб та потреб їхніх пацієнтів, що безпосередньо пов'язане з метою діяльності. Завдяки цьому передбачається розуміння результату професійної діяльності та усвідомлення своєї ролі. Відповідно в умовах невизначеності медпрацівники шукали ресурси та способи покращення загального стану пацієнта, шляхи госпіталізації до лікарні та емоційної підтримки хворого та його рідних. Медпрацівник Г. так висловився щодо власних мотивів у трудовій діяльності: «*Скеровану сімейним лікарям хвору з гострим животом, у якої була значно нижче норма сатурації тримали дуже довго у приймальному відділенні, мотивуючи це тим що немає кисню, тобто всі місця з доступом до О2 зайняті іншими пацієнтами. Ми стояли у приймальній дві години пацієнтка знаходилася в приймальній з подачею кисню через маску, але сатурація продовжувала понижатися, дочка пацієнтки дуже кричала».*

Категорія робота також є дуже значимою, адже в умовах карантину медичні працівники відзначали важливість їхньої праці, відчували визнання від суспільства. Негативним фактором, який впливав на емоційну стійкість

медпрацівників, була відсутність чіткого плану лікування, нестача життєвонеобхідних ресурсів для пацієнтів та відмова у госпіталізації важкохворих котрі, мали як низьку сатурацію, так і шлунково-кишкові проблеми, і «гасли» на очах. Більшість працівників негативно описували вплив пандемії на їхнє психічне здоров'я, благополуччя, стресостійкість та рівень задоволеності роботою. Медпрацівник В. залишив такий коментар щодо досвіду роботи з COVID-19: «*Привезли на госпіталізацію хворого з підозрою на обструкцію кишківника, в госпіталізації відмовили. Змушені були транспортувати в іншу лікарню, де були місця у відділенні*».

Фокус на здоров'ї є надзвичайно важливим, медпрацівники вкотре мали змогу звернути увагу на те, що підтримання здоров'я є актуальним завжди. Основним у цьому є профілактика від захворювань, дотримання рекомендацій ВООЗ таких як, носіння масок, зберігання дистанції, уникнення скупчення людей та антисептична обробка рук. Медпрацівники робили великий акцент на здоров'ї своїх пацієнтів як на цінності. Медпрацівник Т. залишив такий коментар: «*Помер молодий пацієнт 42 роки від COVID-19. Травматичним стало те, що незважаючи на зусилля, які ми докладали та його бажання жити, він помер. Я добре знала його як людину, а не лише як пацієнта з COVID-19. Його смерть стала важким стресовим станом для мене, адже це зовсім молода людина. Ми докладали значні зусилля для того аби його врятувати».*

Категорія фокус на теперішньому говорить про те, що люди живуть тільки сьогоднішнім днем, адже говорити про майбутнє було важко, через тотальну невизначеність. Водночас виникало більше поваги до того, що є на сьогоднійший день, і що це треба максимально оберігати та підтримувати. Так медпрацівник Л. висловився щодо свого стресового досвіду: «*У лікарні не важко переносити хворобу людей з COVID-19. Важко було перенести втрату товариша та колеги від COVID-19. Тоді починаєш розуміти, яка це страшна хвороба».*

Категорія сім’я є однією з найбільш значимих. Це супроводжується тим, що у медичних працівників збільшений ризик інфікуватися на COVID-19, відповідно у більшості виникав страх та переживання за свою сім’ю та близьких людей. Медичний працівник Н. так висловилася щодо свого переживання не про власне здоров’я, а про благополучний фізіологічний стан сім’ї: «*Думала, що в мене COVID-19. Було страшно, але і цікаво поспостерігати за вірусом. Страшно було за рідних, щоб вони не захворіли».*

Час теж є важливою категорією, адже в умовах пандемії кожен мав можливість оцінити плинність часу та його цінність. Наскільки важливо робити справи та задуми вчасно, не відкладати на потім якщо це можна зробити зараз. Особлива характеристика та сприймання часу проявляється у медичних працівників, яким важлива кожна хвилина у їхній професійній діяльності. Медпрацівниця Г. зазначає: «*Стресові події в нашій роботі відбуваються часто, але чим довше робиш, тоді вчишся правильно реагувати на різні ситуації. Наприклад, перевозиш пацієнта кисневозалежного з однієї лікарні в другу. І коли людина переходить до машини не більше 2 метрів без кисню, в машині ми вже даємо кисень, але коли людина, яка побула одну хвилину без кисню, раптом почала помирати, і ми почали робити все можливе, щоб зберегти життя, це дуже важкий досвід»*.

Результати психолінгвістичного аналізу та опис найбільш поширених психологічних категорій у медичних наративах дає змогу зрозуміти основні труднощі професійної діяльності медпрацівників під час пандемії. Важливим завданням нашого дослідження було зіставлення цієї ситуації із проявами ЕЕ з боку цих фахівців до осіб із хронічним захворюваннями.

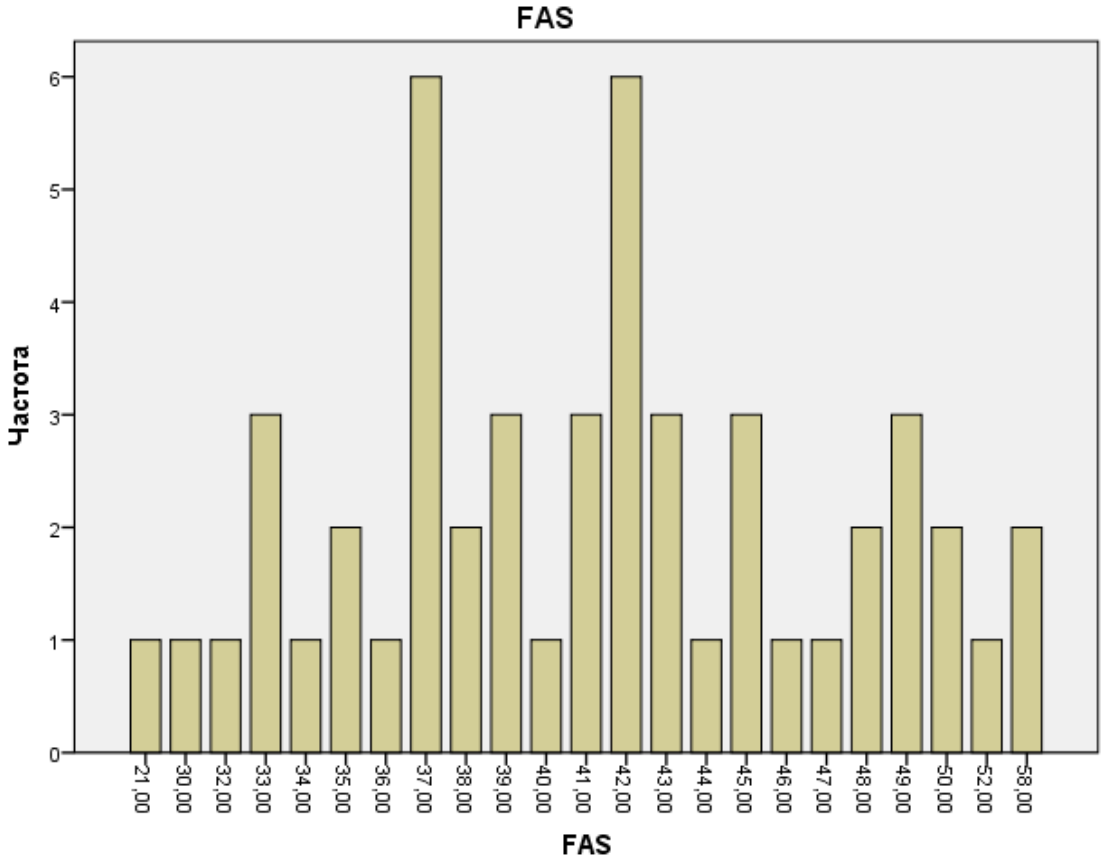


Рис. 5.1. Частоти розподілу значень за методикою FAS

Як видно з рисунку, найбільші значення розподілилися в діапазон 36-58, що свідчить про середній та високий рівні ЕЕ у вибірці. Оскільки методика FAS не передбачає визначення рівнів, ми скористалися процедурою описової статистики з визначенням квартилів та опису рівнів вираження ЕЕ.

Таблиця 5.3

Рівні ЕЕ медпрацівників до осіб із хронічними захворюваннями

Рівні	Абсолютні значення	Відсотковий розподіл
Низький рівень	0,00-37,00	26,00
Середній рівень	38,00-42,00	20,00
Високий рівень	43,00-120,00	34,00

Як видно з таблиці переважна більшість медпрацівників володіють високим і середнім рівнями ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями.

Аналіз 50 медичних наративів, дозволив розділити тексти на групи відповідно до типології, запропонованої Н. Чепелєвою: емоційно-негативні та амбівалентні. Враховуючи наявність опису травматичних подій, ми виділили травматичний наратив услід за L. Zasiekina та ін. (Zasiekina et al., 2019). Перша група – амбівалентні автонаративи. Таких виявилось 24 (48%). Особливістю даних медичних наративів є те, що в них описані невизначені події, не подається ставлення до власного досвіду, досвід лише репрезентується, домінуючою схемою інтерпретації є поведінкова, форма викладу – низка негативних і позитивних подій, концепція життя особистості – усвідомлення і подолання перешкод. Як приклад наводимо такий текст:

«*Не зважаючи на жахливі труднощі COVID, які потрібно подолати і робочий графік 24/7, я себе не уявляю в іншій професії. Це моє. Мені важливо роботи цю роботу.*

Якщо раніше ми бачили труднощі нашої професії в тому, що є недосконале медичне законодавство, відсутність страхової медицини, низька заробітна плата. То зараз розумієш, що це все було не так і важливо. Зараз багато смерті, і страху. Бувають дні, коли приходиш додому з роботи виснажений душевно, і для родини ти в такі дні не даєш ніякого тепла, допомоги. Проте після спілкування з смертельно-важкими хворими розумієш зміст і цінність життя!»

Наступна група – емоційно-негативні медичні наративи. Ця група складається із 25 творів (50%). Їх характеристиками є такі: описують яскраво негативні події життя, відсутнє уявлення особистості про цілісних життєвий шлях, форма викладу – формально-логічна, концепція життя – емоційний дистрес від життя, негативне ставлення до свого досвіду і до професії загалом. Наприклад: *«Забула як отримувала задоволення від постановки правильного діагнозу і тим паче ефекту від вдалого лікування. Живемо одним днем, тільки й дивишся, чи раптом не має погіршення, чи динаміка не є негативною.»*

Остання група – 1 особа (2%) травматичний наратив. Характеристиками травматичних наративів є такі: описують травматичні життєві події, відсутнє уявлення особистості про цілісних життєвий шлях, форма викладу –хаотична,

концепція життя – травматичний стрес, відсутність рефлексії свого досвіду і майбутнього. «*Дуже багато втрат. Вчора втрата друга, з яким провели чимало часу в дитинстві. Сьогодні – колега. Багато хворих із низьким киснем в крові, смерті раптові, нічого не спрогнозуєш, протоколи лікування ненадійні. Доводиться перекваліфіковуватися на ходу. Я проктолог повинен займатися хворими із низькою сатурацією. Швидка смерть співробітника. Хворіє багато людей».*

Результати аналізу відсоткового розподілу типів наративів свідчить про те, що у групі з низьким рівнем ЕЕ наративи розподілилися таким чином, 8 (61,5%) наративів – емоційно-негативні та 5 (38,5%) – амбівалентні. У групі з середнім рівнем ЕЕ наративи розподілилися таким чином: 19 (70,3%) наративів – амбівалентні та 8 наративів – емоційно-негативні (29,7%). У групі із високим рівнем ЕЕ – представлено 1 травматичний наратив та 9 наративів – емоційно-негативних. Для зіставного аналізу розподіл наративів представлено на рисунку нижче.

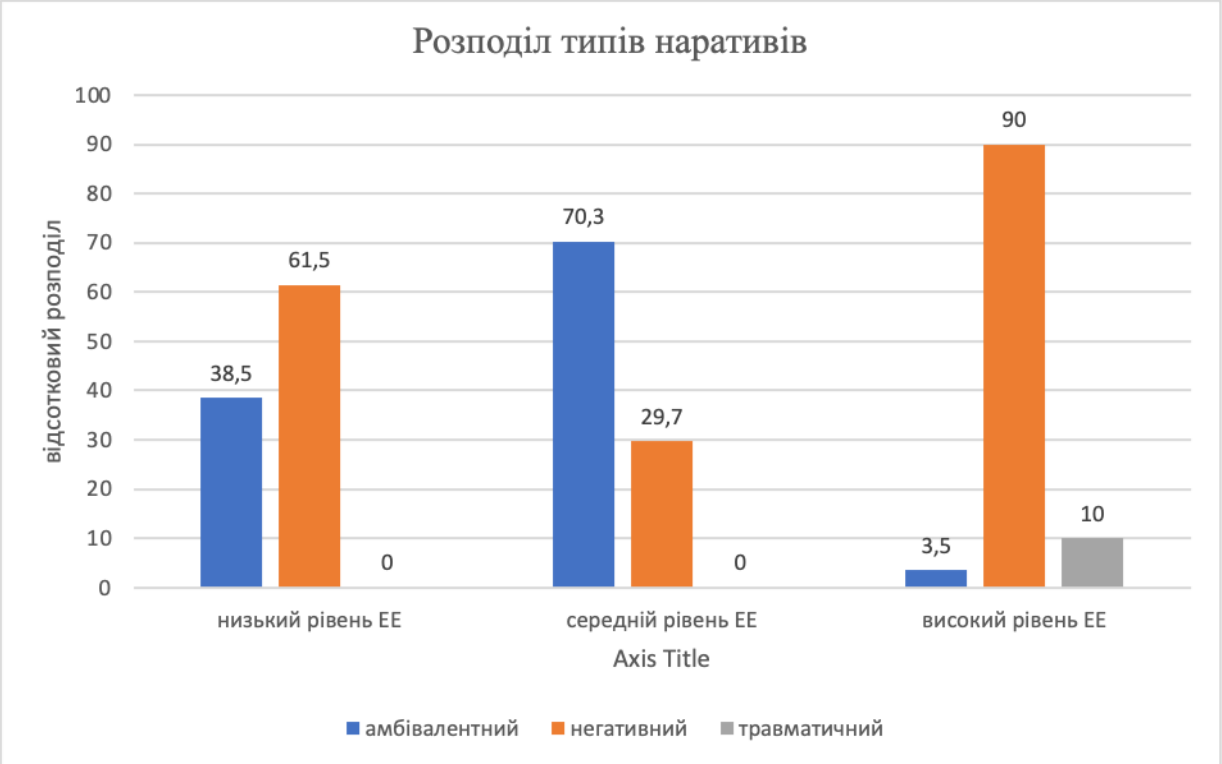


Рис. 5.2. Відсотковий розподіл типів наративів відповідно до рівня ЕЕ

Неочікуваним результатом виявився один травматичний наратив у досліджуваних медиків, хоча вони описували летальні випадки у період пандемії. До травматичного наративу ми віднесли лише той текст, який не має життєвої перспективи, усвідомлення власного професійного досвіду та вираження ставлення до нього. Також у травматичному наративі найчастотнішою подією, яка описувалась, була смерть. Варто відзначити, що лише незначна кількість наративів зосереджувалася на рефлексії власного досвіду, можливо, це пов'язано із тим, що лише 18% вибірки мали стаж роботи понад 25 років.

Важливим висновком нашого дослідження є те, що медики із високим рівнем ЕЕ як критичного, ворожого з елементами гіперопіки ставлення до отримувачів медичних послуг переважно продукують емоційно-негативні наративи, які мають такі особливості: описують яскраво негативні події життя, у них відсутнім є уявлення особистості про цілісний професійний розвиток, форма викладу – формально-логічна та послідовно негативна, концепція життя – емоційний дистрес від життя, негативне ставлення до свого досвіду і до професії загалом. Таким чином, результати дослідження дають змогу зробити висновок про взаємозв'язок негативного ставлення до професійного досвіду й професійного життя, з одного боку, та до отримувачів медичних послуг, з якими вони взаємодіють, з іншого.

5.3. Прояви емоційної експресивності в наративах родичів отримувачів медичних послуг

Більшість осіб, у кого діагностовано захворювання, проходять реабілітацію задля цілковитого одужання. Однак нерідко в таких осіб під час реабілітації може знову загостритися перебіг захворювання. Одним із чинників, що зумовлює такий рецидив після реабілітації, є ЕЕ, як було показано в теоретичному й еміпричних розілах роботи.

Сильний ступінь ЕЕ піклувальника характеризує більша критика, ворожість та емоційна гіперопіка, і навпаки – при низькому ступені ЕЕ ці прояви згасають. Високий ступінь ЕЕ з боку членів сім’ї може спричиняти рецидив навіть психічних розладів, наприклад, шизофренії, алкоголізму, біполярного розладу. Стрес від негативної критики та висловлення жалю піклувальником стає тягарем для особи із захворюванням, і єдиний спосіб їх із цим впоратися – це рецидив. Тиск із боку близьких родичів штовхає людину назад до попереднього стану, при цьому критика має неабиякий негативний вплив на особу, яка намагається повністю одужати.

Родичі впливають на перебіг захворювання в особи через свої повторювальні негативні коментарі та невербальні дії щодо цієї особи. Власне, ця конкретна взаємодія між членами родини, які мають стосунок до особи із захворюванням, є стресом для неї під час одужання. Привнесений стрес з боку сім’ї для особи, яка потребує одужання, може викликати в людини замішання, адже вона не знає, як можна впоратися в цей вразливий період одужання через критику та жалість з боку інших. Природно, цей негатив з боку близьких не допомагає члену сім'ї покращити стан свого здоров'я (Vaughn & Leff, 1976).

Вороже ставлення. В ЕЕ вороже ставлення характеризує негативна поведінка щодо особи із захворюванням. Воно здебільшого виявляється в звинувачуванні особи в її захворюванні, тобто що вона сама є його причиною. Родина сприймає людину як таку, що здатна нібито контролювати перебіг хвороби, хоча це не відповідає дійсності. Родичі вважають, що член сім'ї із захворюванням поводиться егоїстично, вирішуючи «не одужувати», оскільки хвороба є наслідком його внутрішнього конфлікту. Тому така особа, на думку піклувальників, несе цілковиту відповідальність за будь-який негативний інцидент, що відбувається в сім'ї, і її постійно звинувачують у проблемах сім'ї (Brewin et al., 1991).

Критичне ставлення в ЕЕ виявляється в комбінуванні ворожості та емоційної гіперопіки. Критична ЕЕ з боку братів, сестер і батьків також є причиною майбутніх серйозних проблем зі здоров'ям для особи.

Поряд із критикою та ворожим ставленням, члени родини можуть виявляти й, на перший погляд, позитивну поведінку – емоційну гіперопіку, яка, попри її вдаваний позитив, відіграє негативну роль у перебігу хвороби в особи. При емоційній гіперопіці родичі навпаки звинувачують у всьому себе, а не особу із захворюванням. Вони відчувають, що в усьому винні, і занадто прив'язані до цієї особи. Будь-яке загострення захворювання вважають власним прорахунком або звинувачують себе, вважаючи, що розлад не перебуває під контролем самої особи. ЕЕ при гіперопіці свідчить про відкритість у ставленні родича до особи із захворюванням, але при цьому призводить до того, що родич стає надто залученим, оскільки відчуває жалість до хворого члена сім'ї. Хоча емоційна гіперопіка демонструє інший, порівняно з ворожим і критичним ставленням, полюс, проте вона характеризує негативний вплив, який також здатен викликати рецидив. Родич стає настільки владним, що особа із захворюванням більше не здатна жити з таким стресом через прояви жалості до неї і повертається до своєї хвороби як єдиного способу впоратися з проблемою (Lopez et al., 2004).

ЕЕ стосуються не лише членів родини особи із захворюванням. У своєму дослідженні R. Ball, E. Moore та L. Kuipers (1992) докладно описали вплив некваліфікованого персоналу медичних працівників, який доглядає за особами із захворюваннями в пансіонаті (Moore et al., 1992). У попередньому підрозділі роботи ми продемонстрували зв'язок негативного ставлення до пацієнтів із негативним ставленням до власного професійного досвіду у медпрацівників.

У житті особи із захворюванням іноді можна запобігти ЕЕ або принаймні зменшити ступінь її впливу. Одним із способів, наприклад, може бути спеціальний тренінг для навчання членів сім'ї, як поводитися із такою особою. У межах такого навчання учасникам пояснюють, що захворювання

супроводжують симптоми, які не з'являються і не зникають за власним бажанням особи. Глибоке розуміння таких деталей приводить до зменшення ступеня ворожості та критики. Так само відбувається перегляд свого почуття провини або співчуття з боку тих членів родини, для яких характерна гіперопіка, що зрештою може призвести до зменшення їхнього потягу до емоційної гіперопіки.

Дослідження G. Brown, G. Carstairs та G. Topping показало, що особи, які живуть самі або з братами і сестрами, мали найнижчий рівень рецидивів – 17%. Водночас, відсоток тих осіб, які жили з батьками, маючи рецидиви, становила 32%. Найвищий рівень рецидивів (50%) виявлено в осіб, які проживали разом зі (шлюбним) партнером. У другому дослідженні автори порівнювали частоту рецидивів у тих, хто відчував сильний ступінь ЕЕ, і тими, хто відчував слабкий ступінь ЕЕ з боку родичів. Так, рецидиви зафіксовано у 56% осіб, які зазнали інтенсивного впливу ЕЕ, тоді як слабкий вплив ЕЕ зумовив рецидив лише у 21% осіб (Brown et al., 1962).

Результати G. Brown і колег можуть свідчити на користь того, що самотні особи, що не мають сім'ї чи друзів, від яких можна було б постійно почути ЕЕ протягом постійного періоду часу, мають нижчий рівень частоти рецидивів. Водночас така думка суперечить загальноприйнятому стереотипу про те, що для одужання особам потрібна соціальна підтримка, адже самотні люди можуть не мати під рукою надійної мережі підтримки, що зменшує їх здатність давати раду життєвими стресами. Ця знижена здатність ладнати з проблемами може призвести до рецидиву, не пов'язаного безпосередньо з ЕЕ.

Крім того, ті, хто живе в подружжі, мають більший рівень рецидивів, ніж ті, хто живе з батьками. Шлюбний партнер, як правило, відчуває гнів і розчарування щодо особи через те, що на неї більше не можна покладатися. Її нездатність нормально функціонувати, а також надмірна допомога і терпіння, які особа вимагає або очікує від партнера, також можуть бути для останнього надзвичайно стресовими. Слабка ЕЕ, що проявляється через емоційну

гіперопіку, частіше простежується у батьків щодо своїх дітей із захворюванням. Батьки захищають своїх нащадків і готові на все, щоб зняти провину з дитини, включаючи перекладання почуття провини та тягаря на себе. Батьки настільки переживають за дитину, що пригнічують її своєю надмірною увагою, сподіваючись зняти з неї стрес і біль. Проте насправді такий надмірний інтерес чинить негатив на дитину, спричиняючи її рецидив.

Отже хвороба вражає не лише саму особу-носія, а й усіх членів сім'ї, які контактують із нею. З одного боку, ЕЕ допомагає зменшити стрес, який відчуває родина особи, а з іншого, – ненавмисно додає стрес особі. Після виникнення рецидиву ЕЕ можна розпізнати та спробувати її усунути. Під час процесу реабілітації, триває або боротьба проти ЕЕ або піддавання їм, що в будь-якому разі чинить негативний вплив на особу.

Оскільки будь-яку життєву ситуацію можна проінтерпретувати емоцією, яка соціально конструюється мовою, ситуації взаємовідносин між членами сім'ї та особами з певним захворюванням також інтерпретуються емоційним ставленням піклувальників, що соціально конструюється їхньою мовою (Hedges, 2005). Тому конкретні мовні одиниці можуть бути значущими психолінгвістичними маркерами різних рівнів ЕЕ в індивідуальному мовленні членів сім'ї.

Дослідницьким завданням на цьому етапі є встановлення взаємозв'язку між ступенем ЕЕ та лінгвістичними маркерами та психологічно значущими категоріями, які репрезентовані в мовленні членів сім'ї. Саме тому для виявлення зв'язку між мовою та ЕЕ обрано психолінгвістичний інструмент дослідження тексту Linguistic Inquiry and Word Count – LIWC 2015 (Pennebaker et al., 2015), який засвідчив свою надійність у психології.

Одним із провідних досліджень, в якому порівнюються ЕЕ, мова (граматика: питання, твердження, розмовні та незавершені конструкції) та мовленнєві стилі реагування (підтримка, наказ, підтвердження, інструкція), є дослідження A. Wuerker, в якому було виявлено особливості комунікації в сім'ях з біполярними особами та особами, хворими на шизофренію (Wuerker,

1996). Мовлення безпосередньої бесіди між особами з психічними розладами та їхніми батьками інтерпретувалося за допомогою системи кодування реляційного контролю – Relational Control Coding System (Rogers, 1973). 10-хвилинні діалоги між опікуном та особою із захворюванням кодувалися, розшифровувалися та аналізувалися відповідно до ЕЕ опікуном контролю, включення/прийняття та турботи/прихильності. ЕЕ осіб, які здійснюють догляд, вимірювали за допомогою опитувальника FMSS, адже Сімейне Інтерв'ю Кембервела (Camberwell Family Interview – CFI) (Leff & Vaughn, 1985) та П'ятихвилинний мовленнєвий патерн – (The Five Minute Speech Sample – FMSS) (Magaña et al., 1986) є найбільш поширеними діагностичними інструментами вивчення індивідуального мовлення.

У той час як CFI представляє напівструктуроване 1,5-годинне інтерв'ю, FMSS – це мовленнєва вправа, де особам, які здійснюють догляд, пропонується протягом 5 хвилин із паузами розповісти про те, як вони ладнають зі своїм членом сім'ї, тобто особою із захворюванням. Саме цим інструментом ми послуговувалися в нашому дослідженні, тобто мовлення піклувальників записувалося і транскрибувалося для подальшого психолінгвістичного аналізу програмою LIWC 2015.

Результати інтерпретації ґрунтувалися на контент-аналізі індивідуального мовлення за трьома згадуваними вище основними категоріями: критика, ворожість та емоційна гіперопіка (Hooley & Gotlib, 2000). Зокрема, J. Leff та C. Vaughn показали, що у випадку оцінки ЕЕ щодо особи з шизофренією, висловлення родичем п'яти або шести критичних зауважень у комбінації з принаймні одним ворожим зауваженням під час CFI, може бути кваліфіковано як високий рівень ЕЕ (Leff & Vaughn, 1985). ЕЕ як міра сімейного клімату, яка оцінює критику, ворожість та емоційну гіперопіку, може розглядатися за термінами комунікативних та дискурсивних актів, які втілюються в конкретній мові (Harré & Gillett, 1994).

Враховуючи ідею про те, що ЕЕ є певним типом сімейної системи зі специфічними комунікативними патернами, сконструйованими мовою і

втіленими в індивідуальному мовленні, для нашого дослідження наступне питання є актуальним: *Чи існує зв'язок між ЕЕ піклувальників щодо осіб із захворюванням ШКТ та лінгвістичними маркерами й психологічними значущими категоріями їхнього мовлення?*

Y. Tauszik та J. Pennebaker визначили психологічні значущі категорії LIWC у зразках мовлення (позитивні та негативні емоції, мотивація, стилі мислення та соціальні відносини), а також лінгвістичні маркери, пов'язані з синтаксисом та семантикою, які відображають соціальні відносини, в яких беруть участь люди (Tauszik & Pennebaker, 2010). Розмір нашої вибірки відповідає вимогам центральної граничної теореми (n=118>30), тому було використано кореляційний аналіз Пірсона. Досліджуваним давали інструкцію написати твір на тему: «Вплив хвороби моєї близької людина на життя нашої сім'ї».

Для визначення ЕЕ було використано *шкалу ставлення родини (Family Attitude Scale, FAS), яка* призначена для вивчення ставлення родини до осіб із хронічними захворюваннями (Kavanagh et al., 1997). В інструкції досліджуваних родичів просять оцінити власне ставлення до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ упродовж останнього місяця, оцінюючи 30 тверджень за шкалою вид 0 до 30, де 0-ніколи, 4-кожен день. Високі бали за шкалою передбачають високий рівень критичності, ворожості, та низький рівень теплоти у стосунках, які зіставляються із субшкалами «золотого стандарту» для діагностики ЕЕ – сімейним інтерв'ю Кембервела (CFI) (Camberwell Family Interview). Kavanagh та ін. (1997) зазначають про високу надійність та валідність шкали. Альфа Кронбаха становить 0,90. У дослідженні використовується середній бал отриманий за усі 30 тверджень.

Таблиця 5.4 ілюструє значущі кореляційні зв'язки між ЕЕ та лінгвістичними маркерами і психологічними категоріями.

Таблиця 5.4

Кореляції (2-сторонній r Пірсона) між ЕЕ членів сім'ї та лінгвістичними і психологічно значущими маркерами в їхніх наративах (n=118)

Змінні	ЕЕ	СКР	ДС	НЕ	А	І	СМ
ЕЕ	-	-0,40*	-0,41*	0,38*	0,43*	-0,45*	.35*
СКР	-0,40*	-	38	-0,08	-0,28	0,21	0,32
ДС	-0,41*	0,38	-	-0,02	0,41*	0,31	0,20
НЕ	0,38*	-0,08	-0,02	-	78**	0,03	0,22
А	0,43*	-0,28	0,41*	0,78**	-	-0,26	0,02
І	-0,45*	0,21	0,310	0,03	-0,26	-	0,64**
СМ	0,35*	0,32	0,20	0,22	0,02	0,64**	-
Середні показники (стандартне відхилення)	6,31 (6,49)	13,83 (6,42)	17,90 (6,23)	2,75 (3,62)	7,51 (7,14)	3,23 (3,18)	1,74 (3,01)

Примітка. ЕЕ = емоційна експресивність, СКР = кількість слів у реченні, ДС = дієслова, НЕ = негативні емоції, А = афект, І = інсайт, СМ = сім'я, $p < 0,05$.

Виявлено значущий негативний кореляційний зв'язок між ЕЕ членів сім'ї та такими лінгвістичними маркерами, як кількість слів у реченні ($r = -0,40$, $p<0,05$) та кількість дієслів ($r = -0,41$, $p<0,05$). Таким чином, можна зробити висновок, що висока ЕЕ пов'язана з порівняно синтаксично коротшими реченнями та низькою частотністю вживання дієслів як частини мови, що описує дію або стан. Водночас, установлено значущий позитивний кореляційний зв'язок між ЕЕ та психологічно значущими категоріями афекту ($r = 0,43$, $p<0,05$), негативних емоцій ($r = 0,38$, $p<0,05$) та сім'ї ($r = 0,35$, $p<0,05$). Отже, ЕЕ асоціюється з високою частотою слів, що репрезентують ці категорії. Навпаки, частота категорії інсайту, представленої дієсловами зі

значенням усвідомлення та розуміння, має негативний значущий кореляційний зв'язок з ЕЕ ($r = -0,45$, $p<0,05$).

Таким чином, проведене дослідження було спрямовано на визначення лінгвістичних маркерів та психологічно значущих категорій ЕЕ, які репрезентовані в мовленні членів сім'ї. Отримані результати дають змогу стверджувати, що існує зворотний зв'язок між ЕЕ членів сім'ї та кількістю слів у реченні і кількістю дієслів. Це також узгоджується з попередніми дослідженнями, які показали, що короткі речення виражають дуже інтенсивні емоції та напругу (Shaheen et al., 2014).

Однак результати поточного дослідження не підтверджують тезу попередніх досліджень про те, що дієслова є надійними лінгвістичними маркерами високої агресивності (Tausczik & Pennebaker, 2010). Цей результат можна пояснити тим, що ставлення родини до особи із захворюванням (Family Attitude Scale – FAS), який використовувався для вимірювання ЕЕ в нашому дослідженні, спрямований на оцінку критики, ворожості та низької теплоти в сім'ї, не може бути пояснено високою частотою дієслів. Натомість, висока ЕЕ асоціюється з низькою частотою дієслів у мовленні членів сім'ї.

Отримані дані також свідчать про те, що існує прямий кореляційний зв'язок між ЕЕ членів сім'ї та психологічно значущими категоріями, а саме афектами, негативними емоціями та сім'єю. Цей висновок суголосний іншим психолінгвістичним дослідженням у цій галузі, які пов'язують емоції та їхню інтенсивність із лінгвістичними маркерами, зокрема з категоріями емоцій та похідними від них (Argaman, 2010).

У нашому дослідженні висловлюється припущення, що ЕЕ осіб, які здійснюють догляд, втілюється також у словах, пов'язаних з категоріями негативних емоцій та афектів як високоінтенсивних емоцій. Отже, індивідуальне мовлення піклувальників із високим рівнем ЕЕ репрезентує ті само категорії, що й емоційне мовлення, але включає також слова, пов'язані з сім'єю.

Неочікуваним є існування негативного зв'язку між ЕЕ членів сім'ї та дієсловами, що позначають інсайт. Цей результат можна пояснити тим, що дієслова з семантикою інсайту пов'язані з реконструкцією та переоцінкою міркувань, а відтак виражають процес переоцінки. Це часто призводить до покращення якості життя (Tausczik & Pennebaker, 2010). Оскільки ЕЕ членів сім'ї вказує на негативне ставлення до осіб з ШКТ, можна припустити наявність поганих стосунків, засновані на нерозумінні питань, пов'язаних зі здоров'ям та якістю життя, пов’язаної із хворобою між членами сім'ї.

Виявлені лінгвістичні маркери ЕЕ мають важливе значення для розробки психолінгвістичних інструментів вимірювання ЕЕ членів сім'ї на основі їхніх наративів.

5.4.Наративний підхід до сприйняття емоційної експресивності як сімейної комунікативної моделі

На відміну від традиційних досліджень ЕЕ в межах моделей причинно-наслідкової атрибуції, вразливості або діатез-стресу та особистісних рис, наше дослідження має за мету застосувати наративний підхід до вивчення ЕЕ в межах сімейної комунікативної моделі. Дані чітко вказують на зв'язок між ЕЕ та стилем мовлення членів сім'ї по відношенню до осіб із захворюванням, а саме: піклувальники з високим рівнем ЕЕ висловлюють більше критичних висловлювань та менше висловлювань на підтримку, ніж піклувальники з низьким рівнем ЕЕ (Hooley & Parker, 2006).

J. Leff і C. Vaughn виокремлюють чотири характеристики високої ЕЕ як сімейної комунікативної моделі:

- нав’язливість – вербальні спроби повністю контролювати поведінку споживача послуг;
- емоційне реагування – вербальне вираження негативних емоцій, а саме гніву та емоційного дистресу;

- неприйняття хвороби отримувача медичних послуг – вербально виражене звинувачення осіб із захворюванням ШКТ у наявних у них симптомах та в тому, що вони хворі;
- нетолерантне ставлення до споживача послуг – нетерпимі та критичні зауваження.

Одним із важливих способів впоратися із хронічним захворюванням є конструювання отримувачами медичних послуг сенсу довготривалих страждань та ставлення до них близьких людей. Тому сприйняття ЕЕ з точки зору отримувачів послуг має важливе значення (Medina-Pradas et al., 2011). Крім того, існує припущення про існування взаємного характеру відносин між піклувальниками та особами із захворюванням ШКТ.

Одним з неочікуваних висновків стало те, що виявлена кореляція між низькою ЕЕ отримувачів послуг та низькою ЕЕ піклувальників, або між високою ЕЕ отримувачів послуг та високою ЕЕ піклувальників, є більш значущою, ніж фактичний рівень ЕЕ (Rienecke & Richmond, 2017). З огляду на це, суб'єктивно сприйнятий сімейний клімат, а не фактична ЕЕ, може пояснювати сімейне спілкування та атмосферу і становити значущість фактора якості життя, що пов'язана зі здоров'ям, та сприятливим сімейним середовищем. Незважаючи на важливість сприйнятої ЕЕ, залишається недостатньо даних щодо наративу хвороби як способу конструювання отримувачем медичних послуг значення ставлення сім'ї до себе. У нашому дослідженні ми зробили спробу показати, що побудова самонаративу про хворобу через окремі елементи наративу пов'язана зі сприйнятим ЕЕ та сімейним оточенням людини із хронічним захворюванням ШКТ.

Наратив про хворобу має чітко вибудовану структури та його елементи.

Хронічне захворювання ШКТ – це стан, який суттєво впливає на якість життя отримувачів послуг. I. Brokerhof та ін. визначають хронічні захворювання як тривалі хвороби, що не проходять спонтанно і рідко виліковуються цілковито (Brokerhof et al., 2020). Кожна четверта людина у світі страждає на функціональні шлунково-кишкові розлади різного ступеня

тяжкості. Крім того, захворювання органів травлення зумовлюють необхідність проведення 25% всіх хірургічних операцій. A. Wearden та ін. стверджують, що у випадку хронічних захворювань при дотриманні дієти ЕЕ стосується радше перебігу хвороби, ніж її результату. Водночас, говорячи про результат хвороби, з'являються інші важливі аспекти, а саме «психосоціальна адаптація, подолання та тягар сім'ї» серед інших (Wearden та ін., 2000, с. 656). Одним із найвідоміших підходів до вивчення всіх цих аспектів у осіб із захворюваннями є наратив про хворобу.

J. Shapiro зазначає, що наратив про хворобу – це свідоме та несвідоме представлення складних особистих мотивів та особистих стосунків у мікро- та макросередовищі; отже, наратив про хворобу виражає сімейні комунікативні патерни, враховуючи хворобу та поведінку отримувача послуг (Shapiro, 2011). Таким чином, наративи про хворобу та елементи такого наративу можуть бути додатковим інструментом оцінки сприйнятої ЕЕ. Тому дослідження ЕЕ в наративах про хворобу має гарний потенціал для розуміння сімейного оточення у людей із хронічними захворюваннями ШКТ.

J. Adler та ін. припускають, що агентність, спільність та зв'язність наративу є фундаментальними елементами наративів про хворобу у пацієнтів із пограничним розладом особистості (Adler et al., 2012). Ми припускаємо, що ці елементи також відіграють вирішальну роль у конструюванні значення сімейного оточення отримувача послуг із хронічним захворюванням ШКТ, оскільки агентність, спільність та зв'язність наративу виражають суб'єктивний погляд на хворобу та її вплив на стосунки з близькими. Крім того, елементи агентивності та зв'язності можуть виражати сприйняту ЕЕ споживачами послуг. Активність/агентивінсть є елементом розповіді, що позиціонує отримувачів послуг як ініціаторів озвучення сімейного досвіду, пов'язаного з хронічним захворюванням. Спільність розглядає близькість між отримувачем послуг та значущими іншими, в той час як агентивність маркує мотивацію отримувачів послуг до подолання обставин, спільність виражає індивідуальну мотивацію до прихильності, афіліації, любові, дружби та

піклування (Adler et al., 2012, p. 501). З огляду на те, що суб'єктність і спільність є двома основними вимірами тематичного змісту, зв'язність наративу є одним із фундаментальних структурних компонентів наративів про хворобу. J. Adler ін. (2012) припускають, що низька зв'язність наративу пов'язана з поганим психічним здоров'ям. Однак зв'язок між низькою зв'язністю наративу та хронічними захворюваннями залишається нез'ясованим. У нашому дослідженні вивчається специфіка проявів агентивності, спільності та текстової зв'язності наративів про хворобу осіб з хронічними розладами ШКТ.

У світлі дослідницького питання для поточного дослідження було здійснено такі припущення:

1) Існує зв'язок між ЕЕ, сприйнятою критичністю та об’єктивною критичністю і структурними компонентами наративу хвороби (агентивність, спільність та наративна зв'язність).

2) Існує реципрокний характер взаємовідносин між піклувальниками та отримувачами послуг, що виражається у поєднанні високого рівня сприйнятої критичності по відношенню до отримувачів послуг та високого рівня критичності останніх щодо піклувальників.

3) Існує зв'язок між зв'язністю розповіді та здоров'ям і управлінням при хронічному захворюванні.

4) Тривалість захворювання, критичність та агентивність є предикторами сприйнятої критичності в осіб із хронічними розладами ШКТ.

Для врахування гетерогенності популяції хронічних хворих застосовано стратегію максимальної варіації вибірки щодо віку, статі, сімейного стану, професійного статусу та тривалості захворювання. Здоров'я та самоконтроль при шлунково-кишкових розладах (HASMGID) – адаптована версія опитувальника Health and Self-management in Gastrointestinal Disorders, HASMGID. Опитувальник дозволяє оцінити самоконтроль при діабеті (Carlton et al., 2020). Опитувальник складається з 8 атрибутів, чотири з яких стосуються якості життя (настрій, рецидив захворювання, соціальні

обмеження, енергія), а чотири - самоконтролю (контроль, клопоти, стрес, підтримка), і демонструє високу та конструйовану валідність. Внутрішня узгодженість для адаптованої української версії всього опитувальника HASMGID становить 0,72. Оскільки опитувальник включає в себе питання якості життя у осіб з медичними діагнозами, в даному дослідженні цей опитувальник застосовується для заміни пункту 2 щодо гіпоглікемічних нападів на рецидив захворювання. Опитувальник оцінював осіб із захворюваннями за вісьмома пунктами:

від 0 = зовсім ні, до 3 = дуже яскраво. Оцінки є адитивними від 0 до 24. Ця методика має обернену бальну оцінку, що свідчить про те, що чим вищий бал, тим гірше самоконтроль здоров'я.

Діагностика сприйнятої критичності грунтувалося на визначенні суб’єктивного переживання критики**.** S. Masland та ін. (2019) припускають, що сприйнята критичність є незалежним конструктом, пов'язаним із поганими результатами та рецидивами (Masland et al., 2019). Оцінка думок отримувачів медичних послуг може сприяти глибшому розумінню ролі родичів у процесі піклування та хвороби.

Розглядаючи критичність як найважливіший компонент ЕЕ, J. Hooley і J. Teasdale просили отримувачів послуг оцінити, наскільки критично, на їхню думку, ставиться до них їхній родич, використовуючи 10-бальну Likert-шкалу. Крім того, вони запитали пацієнтів, наскільки критично, на їхню думку, вони ставляться до своїх родичів, використовуючи ту саму шкалу. Таким чином, відповіді отримувачів медичних послуг на два питання, а саме: «Коли ваш родич критикує вас, наскільки ви засмучуєтесь?» та «Коли ви критикуєте свого родича, наскільки він засмучується?» (Hooley & Teasdale, 2006, с. 391).

Результати діагностики осіб із депресією вказують на зв'язок між рівнем депресії та загальною ЕЕ (r=.51) при вимірюванні за допомогою Camberwell Family Interview (CFI).

Зв'язність наративу. У дослідженні вивчалися самонаративи про хворобу на основі їхніх структурних компонентів: агентивність, спільність та зв'язність наративу (Adler та ін., 2012). Інструкція була така: «Напишіть розповідь про свою хворобу та її вплив на ваше життя». Наративи про хворобу оцінювалися окремо для агентивності та спільності за шкалою від 0 до 3 балів. Зв'язність наративу включала чотири параметри, а саме: тло (необхідна довідкова інформація для розуміння контексту наративу про хворобу), структура (логічна та послідовна розповідь), афект (вираження емоцій та почуттів в наративі про хворобу), інтеграція (зв'язок окремих епізодів з цілісною особистою історією). У дослідженні кожен вимір оцінювався незалежно за шкалою від 0 до 3, від 0 – зовсім слабко, до 3 – дуже яскраво. Нижче наведено два уривки з наративів про хворобу та їхні оцінки:

(1) Коли я дізналася про свій діагноз, мої рідні почали піклуватися про мене та підтримувати в повсякденних справах. Вони не перевантажують мене роботою. Я вдячна Богу за те, що у мене є моя сім'я.

(2) *До того, як я захворів, все було добре. Але через хворобу я весь час почуваюся злим. Я часто сварюся з членами моєї сім'ї з будь-якого приводу. Я часто кричу на дружину та дітей, тому що вони не розуміють мене та мій стан. Вони також не задоволені моєю поведінкою і часто критикують мене. Вони не знають, що я можу працювати так само багато, як раніше. Але я не можу працювати на попередній роботі*.

Перший уривок виражає позитивне сімейне середовище, а другий – ворожу атмосферу. Усі структурні компоненти наративу втілено в окремих мовних одиницях. Наприклад, перший уривок отримав 3 бали за агентивність («я дізналася», «я вдячна») та спільність («почали піклуватися», «підтримувати»; 1 бал за тло (відсутня фонова інформація та особистий досвід до постановки діагнозу), 1 бал за афективність (відсутні категорії, що

виражають почуття та емоції), 1 бал за та емоцій, окрім вдячності), 3 бали за структуру (логічні та послідовні думки), 1 бал за показником інтегрованості (відсутні конкретні життєві епізоди, що підтверджують досвід оповідача).

Другий приклад отримав 3 бали за показником агентивності (цілковито виражена позиція та поведінка оповідача), 0 балів за показником спільності (відсутня близькість та сімейна підтримка, розуміння проблем, пов'язаних зі здоров'ям), 1 бал за показником тла (є короткий вступ та фонова інформація), 3 бали за показником структури (розповідь логічна та послідовна), 3 бали за показником афекту (є категорії, що вказують на емоції та почуття: злість, незадоволеність), 1 бал за показником інтегрованості (є лише один життєвий епізод, що характеризує попередній рівень професійної діяльності).

Два експерти, які не володіли інформацією щодо мети та гіпотези даного дослідження, вивчили всі структурні компоненти наративу про хворобу (Агентивність – коефіцієнт внутрішньої узгодженості = .77, Спільність – коефіцієнт внутрішньої узгодженості = .80, Тло – коефіцієнт внутрішньої узгодженості = .80, Структура – коефіцієнт внутрішньої узгодженості = .79, Афект – коефіцієнт внутрішньої узгодженості = .82, Інтеграція – коефіцієнт внутрішньої узгодженості = .79).

Результати дослідження свідчать про те, що існує зв'язок між ЕЕ, сприйнятою критичністю та об’єктивною критичністю і структурними компонентами наративу про хворобу; існує реципрокний характер взаємовідносин між піклувальниками та отримувачами послуг, що виражається у відповідності взаємовідносин піклувальників та отримувачів медичних послуг: у відповідності високого рівня сприйнятої критичності щодо отримувачів послуг – високий рівень критичності отримувачів медичних послуг щодо піклувальників. Існує зв'язок між зв'язністю наративу та управлінням хворобою й саморегуляцією при хронічному захворюванні ШКТ.

Табл. 5.5 ілюструє значущі кореляційні зв'язки між змінними.

Таблиця 5.5

Кореляції (2-сторонній критерій Пірсона r) між управлінням хворобою, ЕЕ, сприйнятою критичністю, об'єктивною критичністю та структурними компонентами наративу про хворобу (n=118)

Змінні	HASMGID	ЕЕ	СК	К	Агент	Сп	НЗ
HASMGID	-	-.26	.49**	.44**	.09	.04	.02
EE	-.26	-	-.20	-.04	.07	-.22	-.08
PC	.49**	-.20	-	.90**	.33*	.09	.06
C	.44**	-.39*	.90**	-	.33*	.24	.11
Ag	.09	.07	.33*	.33*	-	.15	.03
Cm	.04	-.22	.09	.24	.15	-	.59**
NC	.02	-.08	.06	.11	.03	.59**	-
Середнє (середнє відхилення)	10.45 (3.52)	5.75 (4.02)	7.23 (7.65)	6.70 (6.27)	3.19 (.99)	1.52 (1.47)	5.35 (4.86)

Примітка. ЕЕ = емоційна експресивність, СК = сприйнята критичність, К = критичність, Агент = агентивність, Сп = спільність, А = афект, НЗ = наративна зв'язність, *p<0.05, **p< .01

Для прогнозування значення залежної змінної сприйнятої критичності на основі інших незалежних змінних, а саме тривалості захворювання, критичності та агентивності було застосовано множинний регресійний аналіз. Припущення про лінійний зв'язок, незалежність залишків (Durbin Watson d=1,99), мультиколінеарність (середній Tolerance=.97>.1, а середній VIF=1,33, отже 1<VIF>10) були виконано. Обсяг вибірки перевищує кількість, що вимагається центральною граничною теоремою (n=118>30). Отже, припущення щодо нормального розподілу даних також виконуються.

Результати регресії показують, що три змінні (тривалість захворювання, критика та агентивність) пояснюють 81,3 %, R^2 = 0,813, F (3,114) = 57,56, p < 0,001. Результати також показують, що об'єктивна критичність є незалежним

предиктором сприйнятої критичності, b = .87, t (118) = 11.56, p <.001. Тривалість захворювання, b = -16,03, t (118) = -1,58, p = 0,12 та агентивність, b = 0,13, t (118) = 1,24, p = 0,22 не є самостійними значущими предикторами сприйнятої критичності в осіб з хронічними захворюваннями ШКТ (див. табл. 5.6.).

Таблиця 5.6

Результати множинного регресійного аналізу змінних, що прогнозують сприйняту критичність у всіх осіб із хронічним захворюванням ШКТ (n = 118)

Змінні	B	SEB	β	t	p
ТХ	-16.03	.10	-1.13	-1.58	1.24
Агент	.13	.10	.11	1.24	.22
К	.87	.08	.87	11.56	.001

Примітка. Агент = агентивність, К = критичність, ТХ = тривалість хвороби

На початку підрозділу було висунуто припущення про те, що особи з хронічною патологією ШКТ із високим рівнем сприйнятої критичності репрезентують структурні особливості наративів про хворобу. Відповідно встановлено, що існує позитивний кореляційний зв'язок між структурним наративним компонентом агентивності та об’єктивною критичністю отримувачів медичних послуг щодо піклувальників (r=0,33, p<0, 05), а також сприйнятої критичності щодо отримувачів медичних послуг (r=.33, p<.05). Крім того, існує середня позитивна кореляція між HASMGID як управлінням хворобою й саморегуляцією та сприйнятою критичністю (r=0,49, p<0,01).

Ці результати підтверджують нещодавні висновки R. Rienecke та R. Richmond, які припускають, що суб'єктивно сприйнятий сімейний клімат, а не фактична ЕЕ, може пояснювати сімейне спілкування та атмосферу (Rienecke & Richmond, 2017). Крім того, наші висновки узгоджуються з результатами іншого дослідження S. Masland та ін., які припускають, що сприйнята критичність є незалежним предиктором, пов'язаним із частими

рецидивами (Masland et al., 2019). Отже, вивчення сприйнятої критичності проливає світло на вплив сімейного оточення на здоров'я та самоконтроль у осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Враховуючи дотримання дієти протягом усього життя отримувачами медичних послуг із хронічними захворюваннями ШКТ, підтримка та розуміння з боку сім'ї має велике значення. Іншим важливим висновком є наявність помірної кореляції між критичністю піклувальників із боку отримувачів медичних послуг та сприйнятою критичністю з боку останніх. Цей результат засвідчує результати R. Rienecke та R. Richmond, які також виявили, що важливішою, ніж фактичний рівень ЕЕ (Rienecke & Richmond, 2017).

Одним із несподіваних результатів є те, що існує позитивна кореляція між агентивністю й сприйнятою критичністю ($r=0, 33$, $p<0,05$) та об’єктивною критичністю ($r=0,33$, $p<0,05$). Можливим поясненням цьому може бути таке. агентивність пов’язана з мотивацією досягнення та здійснення певного впливу на обставини, в яких вони перебувають. Це також стосується мотивації контролю над сімейним оточенням та членами сім'ї. Цей контроль може призвести до створення критичної обстановки в сім'ї, що погано впливає на результати захворювання.

Це пояснення суголосне іншим висновкам, про які засвідчили M. Cherry та ін. постулюючи, що ЕЕ є результатом переконань піклувальників про здатність контролювати отримувачами медичних послуг труднощів, пов'язаних зі здоров'ям (Cherry et al., 2018). Однак попередні висновки свідчать про те, що контрольованість – надійний предиктор ЕЕ у піклувальників.

Існує багато питань без відповідей щодо контрольованості як предиктора ЕЕ отримувачів послуг та сприйнятої ЕЕ у медпрацівників та самоконтролю хронічних захворювань ШКТ. Тому це питання буде досліджуватися нами в подальшому. Ще одним несподіваним висновком є відсутність значущої негативної кореляції між соціальною взаємодією та ЕЕ.

Цей результат можна пояснити тим, що соціальна взаємодія пов'язана з мотивацією людини до отримання прив’язаності, любові та підтримки. На противагу цьому, ЕЕ включає критичність, ворожість та емоційну гіперопіку, які безпосередньо не сприяють розвиткові прив'язаності.

Цей результат підтверджується й іншими даними, які свідчать про відсутність зв'язку між емоційною надмірною гіперопікою як компонентом ЕЕ та прив'язаністю. Однак для з'ясування зв'язку між об’єктивною критичністю, сприйнятою критичністю та прив'язаністю необхідні подальші дослідження.

Враховуючи зв'язок між фундаментальною роллю сприйнятої критичності і об’єктивною критичністю та управлінням хворобою, ще одним важливим висновком було те, що тривалість захворювання, об’єктивний рівень критичності та агентивність разом узяті є предикторами сприйнятої критичності. Крім того, об’єктивний рівень критичності власне є значущим незалежним предиктором сприйнятої критичності, оскільки в цьому дослідженні власне об’єктивний рівень критичності вимірюється як критичне ставлення піклувальників до отримувачів медичних послуг. Цей результат можна пояснити гіперконтрольованістю хвороби, вираженою агентивністю отримувачів послуг, що може передбачати критику з боку родини. Однак ці дані слід інтерпретувати з обережністю, оскільки висока агентивність як мотивація досягнення та контролю над станом здоров'я може позитивно впливати на здоров'я та самоконтроль хронічних захворювань ШКТ. Необхідно провести подальші дослідження, які б враховували змінні агентивності, критики та рівень сприйнятої критичності, а також управління хворобою й саморегуляцію.

Отже результати дослідження вказують на зв'язок між сприйнятою ЕЕ в отримувачів медичних послуг із хронічними захворюваннями ШКТ та агентивністю, спільністю та зв’язністю наративів про хворобу. Дослідження виявило, що критика та сприйнята критичність відіграють фундаментальну

роль у формуванні ЕЕ як ворожого сімейного клімату для отримувачів медичних послуг із хронічними захворюваннями ШКТ.

Дослідження також показало збіг критичності піклувальників на адресу отримувачів медичних послуг та сприйнятою критичністю з боку отримувачів медичних послуг, що підтверджує реципрокність (взаємну природу) ЕЕ. Крім того, висока мотивація отримувачів медичних послуг контролювати обставини, пов'язані зі здоров'ям, може прогнозувати високий рівень сприйнятої критичності та об’єктивної критичності в сімейному середовищі. Ураховуючи важливу роль фактора контрольованості для ефективного управління захворюванням ШКТ в отримувачів медичних послуг, необхідні подальші дослідження для уточнення ступеня можливої кореляції та напряму впливу агентивності на сприйняту критичність та управління хворобою й саморегуляцію осіб іх хронічними захворюваннями ШКТ.

5.5.Наративний аналіз ставлення до хвороби отримувачів медичних послуг

Контент-аналіз – метод, що застосовується у якісному вивченні систематичного й об’єктивного опису та класифікації вираженої або прихованої інформації тексту, шляхом підрахунку частоти присутності в тексті слів/ висловлювань, які надалі групуються в тематичні категорії (Засєкіна & Засєкін, 2008). Це метод якісно-кількісного аналізу змісту текстових масивів із метою подальшої інтерпретації виявлених числових закономірностей. Як зазначають Л. Засєкіна, С. Засєкін, навіть коли у нашому розпорядженні невеликий масив текстів, закономірність наявності/ відсутності певної одиниці, зв’язку теж може бути суттєвою.

Таким чином, метод контент-аналізу полягає в систематизованій фіксації і квантифікації одиниць змісту в досліджуваному матеріалі. Проведення контент аналізу вимагає дотримання вимог до організації його етапів і процедур. Найважливішим є визначення категорій аналізу – ключових

елементів, що реєструються відповідно до завдань. Такі категорії, як, наприклад, кількість спонукальних мовленнєвих актів, частот відбиття окремих тем («хвороба», «сім'я», «здоров'я» і т. ін.), повинні бути вичерпними, охоплюючи всі частини фіксованого змісту тексту.

Метод контент-аналізу знаходить своє широке застосування не лише у психолінгвістиці, а й у соціології, політології, психодіагностиці, у нашому дослідженні зокрема для аналізу наративів про хворобу.

Важливою перевагою контент-аналізу у контексті нашого дослідження є та, що він дає змогу виявити й об'єктивувати приховані тенденції в наративах про хворобу, відносно точно реєструвати зовнішньо недиференційовані показники в масивах емпіричних даних, які вказують на конкретний тип ставлення до хвороби з боку отримувачів медичних послуг, а також наявність/відсутність стигми стосовно них з боку суспільства. Таким чином, контент-аналіз сприяє об'єктивному виявленню присутніх у наративах про хворобу несвідомо породжуваних лексичних одиниць, тобто дає змогу дізнатися більше, ніж хотів сказати автор. Наприклад, постійне повторення в тексті якихось тем або вживання характерних формальних елементів чи конструкцій може не усвідомлюватися отримувачем медичних послуг, але встановлюється та певним чином інтерпретується у контексті дослідницьких запитань нашого дослідження.

Процедура контент-аналізу наративу про хворобу містила низку етапів.

Ми здійснювали контент-аналіз на усьому масиві наративів про хворобу (n=118), щоб його результати були різнобічними та об'єктивними. Завданням такого аналізу було виявлення провідних, часто згадуваних тем і категорій у досліджуваних наративах про хворобу, які стосувалися конкретних виділених нами попередньо. В основу виділення тем і категорій ми використали типологію І. Кулагіної й В. Лисенко, а також критерії психічних розладів з DSM-5 (Довідник діагностичних критеріїв DSM 5, 2023), виявлено переважання тривожного з елементами іпохондричного ставлення до власної хвороби. Для визначення стигми ми користувалися типологію І. Гофмана,

який визначив зовнішню і внутрішню стигму, а також причини, що призводять до неї (Goffman, 1997).

Зовнішня стигма спрямована ззовні на стигматизовану особу і може проявлятися у різних формах: фізичного насилля, морального приниження, звинувачення, осуду, ігнорування тощо. Таким чином, стигма – це завжди нетолерантне ставлення оточуючих до людини, яка чимось відрізняється від інших.

Внутрішня стигма є результатом внутрішніх переживань людини (відчуття власної неповноцінності, безпорадності). Виникнення внутрішньої стигми провокується ставленням та діями оточення, але, разом з тим, внутрішня стигма посилює зовнішню, адже захисні дії, до яких вдаються особи із хронічними захворюваннями ШКТ, часто полягають в уникканні або самоусуненні (небажанні отримувати медичну допомогу, лікуватися, уникканні соціальної активності, близьких стосунків з іншими людьми), про що свідчать результати теоретичного аналізу літератури, викладені у першому розділі. Найважливішою для нашого дослідження є думка про те, що за І. Гофманом, стигма існує через те, що *людина, яка хворіє, сприймається суспільством як відповідальна за те, що вона хворіє*. Інакше кажучи, стигма – це є виявлення ЕЕ до отримувачів медичних послуг з боку суспільства, що у біопсихосоціальному підході досліджується нами на рівні макросистеми. До причин стигми належать такі думки: хвороба є прогресуючою та невиліковною; суспільство недостатньо обізнане щодо хвороби; стигми важко приховувані чи не можуть бути приховані.

Процедура контент-аналізу полягала в тому, щоб спочатку сформулювати концептуальні поняття, зафіксувати їхню питому вагу, інтерпретувати одержані дані відповідно до мети дослідження. Крім того, потрібно встановити тематичні, категоріальні, ціннісні акценти у встановленні типу ставлення до хвороби.

Процедура містила такі етапи:

1. Визначення фонової інформації, що супроводжує наратив та дає змогу встановити загальне ставлення до хвороби: ступінь негативного ставлення, загальний настрій автора і т.ін.

Наприклад, у наведеному наративі 1 помітним є яскраво виражений песимістичній та сумний інтонаційній тон, який виражається фразами *ніколи не думав, роблю все що можу, геть зле, неприємно, кошмар, страждав* тощо.

2. Встановлення провідних тем / категорій (в порядку їх навантаження) та лексичні одиниці з наративу, що належать до цих категорій. Категорії було виділено на основі типології І. Кулагиної й В. Лисенко, а також критеріїв психічних розладів з DSM-5. Зокрема до тривожного типу ставлення до своєї хвороби віднесено наративи із безперервним занепокоєнням і недовірливістю щодо несприятливого перебігу своєї хвороби, можливих ускладнень, неефективності та небезпеки лікування.

Серед тривожного типу є обсесивно-фобічний та іпохондричний варіанти. Обсесивно-фобічний варіант тривожного типу характеризує недовірливість, що, насамперед, стосується не реальних побоювань, а малоймовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих, але малообґрунтованих невдач у житті. Захистом від такої невиправданої тривоги у цих отримувачів медичних послуг стають різні прикмети, ритуали і амулети.

Також до тривожного типу належить іпохондричне відношення до хвороби. Ці отримувачі медичних послуг надмірно зосереджуються на суб'єктивних хворобливих та інших відчуттях. Вони прагнуть постійно розповідати про них лікарям, медперсоналу, піклувальникам і родичам. Також для них характерно перебільшення дійсних та вишукування неіснуючих хвороб та страждань. Вони можуть також перебільшувати неприємні відчуття у зв'язку з побічними діями ліків та діагностичних процедур. Їм властиво поєднання бажання лікуватися і зневіра в успіх, постійно вимагають більш ретельного обстеження в авторитетних фахівців, водночас побоюючись завдання шкоди та болісності процедур.

Окрім тривожного типу визначається меланхолійний тип (пригнічені своєю хворобою, не вірять в одужання, у можливе поліпшення стану і взагалі будь-який ефект від лікування), апатійний тип ставлення до хвороби (сповнені повної байдужості до своєї долі, до результату хвороби, до результатів лікування), паранояльний тип ставлення до хвороби (впевнені, що хвороба – це результат переважно зовнішніх причин, чийогось злого наміру, з притаманною підозрілістю, настороженістю до розмов про себе, до ліків та процедур).

Таким чином було виділено такі категорії з такою частотністю слів:

А. Категорія «тривожність»: а раптом, ускладнення, смерть, рецидив, майбутнє (буде, потім, завтра) тощо.

Б. Категорія «іпохондрія»: дуже, постійно, увесь час, безперервно тощо.

В. Категорія «обсесивно-компульсивний»: лікарі, лікарня, ліки, цілителі тощо.

С. Категорія «меланхолійний»: сумно, погано, безперспективно, боляче, дошкульно, неприємно, страждав, обмеження, зле тощо.

D. Категорія «апатійний»: все одно, байдуже, неважливо.

Е. Категорія «паранояльний»: несправедливо, знущаються, доводять,

F. Категорія «стигма» держава, суспільство, усі.

Відповідно до переважання слів певної категорії було виділено наративи із різним типом ставлення до хвороби. Слід зазначити, що зазвичай в одному наративі містяться різні категорії, тип наративу визначався за найбільшою кількістю слів певної категорії.

Наведемо приклади наративів із різними типами ставлення до хвороби.

Наратив 1: Тип ставлення до хвороби «Меланхолійний» (Ключові вербальні маркери: сумно, погано, безперспективно, боляче, дошкульно, неприємно, страждав, обмеження, зле, дискомфорт тощо).

Проблеми виникали поступово і хвилеподібно. Від дитинства страждав на хворобу шлунку – гастрит зі зниженою кислотністю. Це був кошмар – ковтав численні зонди ще малим хлопчиком. При цьому треба було сидіти з

трубкою багато годин – 5-6, а може й всі вісім годин. Болів живіт, навпіл мене перегинало. Паралельно з цим були закрепи. Тобто кишківник також слабко працював. Пройшло багато років, але знову відновилося вже коли було за сорок. Спочатку був біль у грудині – думав серце, ковтав зонд, сказали, що є гастрит та й ще язва. Відновилася печія, яка давно мене не турбувала, потім почалися відрижки повітрям, з'явилася якась перешкода у стравоході. Дуже дошкульно й боляче і неприємно. Я не очікував, що так серйозно може хвороба захопити. Трохи лікуюся чим можу – льон в основному. Часто відчуваю іпохондричний песимістичний настрій. Рідним не кажу про шлунок. Працюватиму над собою, як можу. До лікаря нема як сходити. Та й часу не хочеться гаяти. Дискомфорт є, бо часто доводиться обмежувати себе в їжі. А так хочеться і засмаженого чогось і жирного і солодкого і гострого, яке я так люблю. Але ні, не можна, бо може бути геть зле.

Як видно з наративу 1 автор називає його іпохондричним і песимістичним, хоча виклад історії про хворобу більшою мірою відповідає меланхолійному типові. У наративі представлені лексичні одиниці, які виражають смуток та безнадію (*до лікаря немає як сходити, солодкого і гострого, яке я так люблю не можна, бо може бути зле, обмеження в їжі*). Також у наративі детально описано симптоматику (*гастрит, язва, боляче, печія, серце, закрепи, біль у грудині*). У наративі простежується пригнічений хворобою настрій, в автора не має сподівань на одужання, у можливе поліпшення стану і взагалі будь-який ефект від лікування (*хвороба може серйозно захопити, може бути зле*). Попри те, що в наративі також помітні тривожні моменти (*хвороба може серйозно захопити, може бути зле*), які стосуються майбутнього, у наративі також багато спогадів про минуле хвороби, що робить його приналежним більшою мірою до меланхолійного ніж тривожного типу. Водночас примітно, що попри меланхолійний тип, отримувач медичних послуг не опускає рук і намагається вирішити ситуацію (*працюватиму над собою, як можу*). Тому правильно сказати, що цей тип із переважанням меланхолійного типу, ніж чисто меланхолійний тип.

Наратив 2: Тип ставлення до хвороби «Тривожний» (Ключові вербальні маркери: тривога, часто нервую, занепокоєння, не додає спокою, думки все одно з'являються і «накривають, що далі?).

Поділюся своїми враженнями про моє захворювання. Турбує часто кишківник в плані випорожнення. Я не знаю як реагувати і в мене тривога, що буде далі. Мої рідні якось байдужі та й я не дуже хочу ділитися з ними з цього приводу. Часто, як припече, потрібно терміново шукати туалет, а його часто немає поряд. Іноді це ціла проблема, бо потрібно щось людям пояснювати – куди ти йдеш, наприклад, всі сидять за столом веселяться, а в тебе з животом біда. З одного боку, дотримуюся погляду, що хвороби беруться через нерви, і я часто нервую, весь час напружена, навіть коли немає що нервувати. З іншого боку, я не можу. Контролювати цей процес і це мене ще більше нервує. Тому мабуть і погіршення здоров'я. Лікарі моє занепокоєння не розділяють, і я не хочу до них ходити. Але й спокою це не додає. Що буде, не знаю. Намагаюся жити сьогодні, не думати про завтра. Але думки все одно з'являються і «накривають». Сумно це все. Що далі?

У цьому наративі простежується тривожна лінія, й автор застосовує лексичні одиниці, які, пов'язані з тривогою (*тривога, що буде далі.*) У наративі також простежується ставлення до своєї хвороби із безперервним занепокоєнням і недовірливістю щодо несприятливого перебігу, можливих ускладнень, неефективності та небезпеки лікування (*Але й спокою це не додає. Що буде, не знаю, думки все одно з'являються і «накривають*). Зазначимо, що автор обирає непродуктивні стратегії лікування (*Лікарі моє занепокоєння не розділяють, і я не хочу до них ходити*). Також простежуються меланхолійні лінії (*Сумно це все*).

У наведеному наративі також простежуються параноїльне ставлення до лікарів (*Лікарі моє занепокоєння не розділяють, і я не хочу до них ходити*). Параноїльне ставлення зіставляється із стигмою як соціальним вираженням ЕЕ, так автор занепокоєній думкою інших про своє захворювання (*іноді це ціла проблема, бо потрібно щось людям пояснювати – куди ти йдеш,*

наприклад, всі сидять за столом веселяться, а в тебе з животом біда). Таким чином, у наративі простежується зовнішня стигма, яка пов’язана з причиною, що хвороба є прогресуючою та невиліковною. Цей тип наративу також є ілюстрацією того, що в одному наративі перемішені різні лінії, водночас переважає тенденція до певного виду наративу.

Наратив 3: Тип ставлення до хвороби «Іпохондричний» (Ключові вербальні маркери: маю багато хронічних захворювань, скільки я можу, мало не щотижня ходила в поліклініку, всі гроші витрачу на ці аналізи).

У мене постійно тут болить в животі. Буває, що відпускає, але потім знову й знову. Маю багато хронічних захворювань, які мене мучають. Скільки я можу вже ходити? Я вже відвідала трьох лікарів у цьому місяці і зробила багато аналізів, але ніхто мені толком не може сказати, що зі мною робиться. Минулого року я мало не щотижня ходила в поліклініку і нічого не виходила. Якщо так далі буде розвиватися, то всі гроші витрачу на ці аналізи та комп’ютери і нічого не можу добитися.

У цьому наративі простежується тривожна лінія, й автор застосовує лексичні одиниці, які, пов’язані з тривогою (Скільки я можу вже ходити?). Водночас на противагу наративу 1, тут тривога має іпохондричний відтінок: Цей отримувач медичних послуг надмірно зосереджується на суб'єктивних хворобливих та інших відчуттях (У мене постійно тут болить в животі. Буває, що відпускає, але потім знову й знову). Також йдеться про постійне відвідування лікарів, що зіставляється з основними критеріями в DSM-5. Зокрема, діагностичні критерії 300.7 (F45.21) передбачають: Кластер A – заклопотаність наявністю серйозної хвороби. Кластер D – особа здійснює надмірні дії, пов’язані зі здоров’ям, наприклад, неодноразово перевіряє себе щодо ознак (Я вже відвідала трьох лікарів в цьому місяці і зробила багато аналізів). Також примітним є вираження стигми, яка знов, як і в попередньому наративі, має зовнішню спрямованість (ніхто мені толком не

може сказати, що зі мною робиться), водночас причина цієї стигми – суспільство недостатньо обізнане щодо хвороби.

Наратив 4: Тип ставлення до хвороби «Паранояльний» (Ключові вербальні маркери: не можу позбутися, щось приховують, нічого змінити не можна, а нема кому).

Розкажу про свою хворобу, якої ніяк не можу позбутися. Щось лікую-лікую, але, як говорить мій попередній сумний досвід лікувань у лікарнях і не в стаціонарі, нічого вони не кажуть. Може, вони щось приховують. Переживаю, якщо буде серйозний стан, коли вже нічого змінити не можна. А хочеться ще пожити – насолодитися тим, що є і що маю. У мене хазяйство, діти, треба всьому раду давати, а нема кому. Весь час по лікарях треба соватися. Страшно стає, і він мене тривожить, бо в голові одне питання – а що, якщо помру. Втомилася вже від цих страшних картинок. Сон поганий. Та й їм погано. Допоможи мені, Боже.

У наведеному наративі також простежуються паранояльне ставлення до лікарів (*Може, вони щось приховують*). Паранояльне ставлення знов зіставляється із стигмою як соціальнім вираженням ЕЕ. Так автор занепокоєний компетентністю лікарів про своє захворювання (*попередній сумний досвід лікувань у лікарнях і не в стаціонарі, нічого вони не кажуть*). Таким чином, у наративі простежується зовнішня стигма, яка пов’язана з тим, що суспільство недостатньо обізнане щодо хвороби. Також у наративі простежуються меланхолійні лінії (*Страшно стає, і він мене тривожить, бо в голові одне питання – а що, якщо помру. Втомилася вже від цих страшних картинок. Сон поганий. Та й їм погано*), водночас автор не має безнадії, яка притаманна меланхолійному типові (*Допоможи мені, Боже*).

Наратив 5: Тип ставлення до хвороби «Меланхолійний» (Ключові вербальні маркери: щось недобре з кишківником, не можу більше терпіти, було що плачу, мені ніхто не поможе*).*

Не знаю, що писати. Вже ходила багато разів до лікарів, щось недобре з кишківником. Кажуть дієту треба дотримуватися. А яка дієта в селі? Вариш всім їсти, то й собі їси, а коли собі щось виготовлювати? Нема часу. Не можу більше терпіти. Було що плачу від того, коли болить, то прошу Бога оздоровити мене. Опускаються руки. Не піду, не хочу цих «пустих» візитів до лікаря. Мабуть, мені ніхто не поможе. Сама маю якось зібратися докупи.

Як видно з наративу 5 автор задає багато запитань, завдяки яким можна було б віднести цей наратив до тривожного, водночас у ньому простежуються надто сумний тон. У наративі представлені лексичні одиниці, які виражають смуток та безнадію (*Мабуть, мені ніхто не поможе*). Також у наративі детально описано симптоматику (*недобре з кишківником, болить*). У наративі простежується пригнічений хворобою настрій, в автора не має сподівань на одужання, у можливе поліпшення стану і взагалі будь-який ефект від лікування (*Мабуть, мені ніхто не поможе*). Попри те, що в наративі також помітні іпохондричні моменти (*Вже ходила багато разів до лікарів*), які стосуються чисельних візитів до лікарів, у наративі також багато спогадів про теперішнє хвороби, що робить його приналежним більшою мірою до меланхолійного ніж тривожного типу (*Опускаються руки. Не піду, не хочу цих «пустих» візитів до лікаря*). Водночас примітно, що попри меланхолійний тип, отримувач медичних послуг має адаптивну поведінку і намагається вирішити ситуацію (*Сама маю якось зібратися докупи).* Тому знов правильно сказати, що цей тип із переважанням меланхолійного типу, ніж чисто меланхолійний тип. Таким чином, у наративі простежується зовнішня стигма, яка пов’язана з тим, що стигми важко приховувані чи не

можуть бути приховані (*Кажуть дієту треба дотримуватися. А яка дієта в селі?*)

Наратив 6: Тип ставлення до хвороби «Паранояльний» (Ключові вербальні маркери: я ж знаю про свою хворобу більше, ніж вони, як можна з ними говорити, треба йти далі і пробивати цю стіну).

Маю проблеми зі здоров'ям, точніше з шлунково-кишковим трактом. Регулярно обстежуюсь, прошу призначити мені цей препарат, бо я вичитав, що помагає всім. А мені вона, ну докторка, каже, що даний препарат дуже сильний, зараз він вам не потрібен. То як же ж не потрібен. А коли буде потрібен, коли вже помру. Кажу ні, дуже потрібен! Я без нього не можу! Терміново пропишіть мені його! Але докторка не хоче і не може цього зробити. Я ж знаю про свою хворобу більше, ніж вони, я багато читав літературу, перепробував багато препаратів, тому я знаю краще. А лікарка мені – то нащо тоді ти прийшов до мене. І так в усьому. Як можна з ними говорити? Коротше, треба йти далі і пробивати цю стіну. Бо я вже став відлюдником через свої дієти. Ніхто мене не розуміє…

У наведеному наративі також простежуються паранояльне ставлення до лікарів (*Я ж знаю про свою хворобу більше, ніж вони, я багато читав літературу, перепробував багато препаратів, тому я знаю краще*). Паранояльне ставлення знов зіставляється із стигмою як соціальним вираженням ЕЕ. Так автор занепокоєний компетентністю лікарів про своє захворювання (*Але докторка не хоче і не може цього зробити*). Таким чином, у наративі простежується зовнішня стигма, яка пов'язана з тим, що суспільство, зокрема лікарі й оточення недостатньо обізнані щодо хвороби ШКТ та психологічні наслідки для отримувачів медичних послуг.

Таким чином, результати контент-аналізу наративів про хворобу дають змогу зробити висновки, що не існує чистих типів ставлення до хвороби, можна визначити лише переважаючий тип ставлення. У наших

досліджуваних було встановлено усі типи ставлень до хвороби окрім апатичного. Найбільш поширеними є тривожний тип із варіантом іпохондричного, меланхолійного та параноїдального типів. Примітно, що переважна більшість наративів (111), що становить 94 % виражає зовнішню стигму щодо осіб із хронічним захворюванням. Серед причин стигми, які простежуються в наративах, найбільш поширеними є недостатня обізнаність суспільства про хворобу, що більшою мірою притаманні параноїдальному типу ставлення до хвороби та те, що хвороба є прогресуючою и невиліковною, що притаманне переважно тривожному ставленню до хвороби.

Результати контент-аналізу зіставляються із результатами психолінгвістичного аналізу масиву текстів наративів з допомогою LIWC.

Таблиця 5.7

Найбільш значущі категорії LIWC (у відсотках)
в наративах осіб із захворюваннями ШКТ

№ з/п	Категорія	Показник
1	**I (я)**	**4,41**
2	They (вони)	0,41
3	Posemo (позитивні емоції)	0,28
4	**Negemo (негативні емоції)**	**2,34**
5	Anx (тривожність)	0,97
6	Anger (злість)	0,14
7	Sad (сум)	0,55
8	**Social (соціальні)**	**2,07**
9	Family (сім’я)	0,14
10	Body (тіло)	0,28
11	**Health (здоров’я)**	**1,93**
12	**Focuspresent (теперішній фокус)**	**1,93**
13	**Work (робота)**	**1,38**

Як видно з таблиці, найбільш поширеними категоріями є категорії я, негативних емоцій, здоров'я та роботи. При цьому домінує увага на теперішньому часі. Такі результати узгоджуються із переліком симптомів власних недуг, які турбують отримувачів медичних послуг на даний момент, тому категорії здоров'я та фокус на теперішньому переважає у наративах про хворобу. Також больові синдроми та перебіг захворювання супроводжується широким діапазоном негативних емоцій, які у наративах варіювалися вид емоцій смутку до злості. Цікавим результатом є широке вираження категорії роботи. Цей результат узгоджується із попередньо отриманими результатами про те, що особи із хронічними захворюваннями ШКТ можуть мати задоволеною цю сферу якості життя при ефективному управлінні хворобою та саморегуляції.

Важливою для нашого дослідження є варіювання соціальної категорії (соціум, спільнота, держава), що узгоджується із вираженням категорії стигми у наративах про хворобу. Таким чином, стигма розглядається нами як свого роду ЕЕ до отримувачів медичних послуг на соціальному рівні. У наративах отримувачів медичних послуг також спостерігаються прояви стигми, репрезентовані суб'єктивним переживанням байдужості з боку соціуму та держави стосовно хворих осіб. Виявлення стигми як макросистеми щодо осіб із захворюванням зіставляється із біопсихосоціальним підходом у дослідженні ЕЕ з боку найближчого оточення до отримувачів медичних послуг.

Висновки до розділу 5

1.Результати дослідження дали змогу виокремити медичні наратив як нарація власного професійного досвіду медпрацівників, що відображають розвиток власної професійної кар'єри, професійної ідентичності, ставлення до власного професійного досвіду, а також обраної професії. Наративи про хворобу відображають історію хвороби отримувача медичних послуг, а також ставлення до свого захворювання, якість життя, пов'язану з хворобою,

труднощі в управлінні хворобою та основні ресурси для ефективної саморегуляції. Оскільки як медичний наратив, так і наративи, пов'язані із хворобою, відображають взаємодію у тріаді отримувач медичних послуг-родич-медпрацівник, ці наративи слугують цінним матеріалом дослідження провів ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

2.Результати психолінгвістичного аналізу письмових наративів «Мій досвід роботи із особами із хронічними захворюваннями ШКТ під час пандемії» дали змогу виділити такі основні психологічні категорії: емоції, соціальні контакти, афекти, когнітивні процеси, мотиви, робота, фокус на теперішньому, здоров'я, час, сім'я. Ці категорії дають змогу визначити основні фактори ризику та фактору ресурсу медпрацівників у їхній взаємодії з отримувачами медичних послуг під час пандемії.

Результати аналізу відсоткового розподілу типів наративів свідчать про те, що у групі з низьким рівнем ЕЕ наративи розподілилися таким чином, 8 (61,5%) наративів – емоційно-негативні та 5 (38,5%) – амбівалентні. У групі з середнім рівнем ЕЕ наративи розподілилися таким чином: 19 (70,3%) наративів – амбівалентні та 8 наративів – емоційно-негативні (29,7%). У групі із високим рівнем ЕЕ – представлено 1 (2%) травматичний наратив та 9 (98%) наративів – емоційно-негативних.

Встановлено, що медики із високим рівнем ЕЕ як критичного, ворожого з елементами гіперопіки ставлення до отримувачів медичних послуг переважно продукують емоційно-негативні наративи, які мають такі особливості: описують яскраво негативні події життя, у них відсутнім є уявлення особистості про цілісний професійний розвиток, форма викладу – формально-логічна та послідовно негативна, концепція життя представлена емоційним дистресом від життєвих подій з чітко вираженим негативним ставленням до свого досвіду і до професії загалом. Таким чином, результати дослідження дають змогу зробити висновок про взаємозв'язок негативного ставлення до професійного досвіду й професійного життя, з одного боку, та до отримувачів медичних послуг, з якими вони взаємодіють, з іншого.

3.Результати дослідження вказують на зв'язок між сприйнятою ЕЕ в отримувачів послуг із хронічними захворюваннями ШКТ та агентивністю, спільністю та зв’язністю як структурними компонентами наративів про хворобу. Дослідження виявило, що об’єктивний рівень критичності з боку родини та сприйнята критичність отримувачами медичних послуг відіграють фундаментальну роль у формуванні ЕЕ як ворожого сімейного клімату для осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. Визначено, що тривалість захворювання, об’єктивний рівень критичності та агентивність разом узяті є предикторами сприйнятої критичності. Встановлено, що висока мотивація отримувачів медичних послуг контролювати обставини, пов'язані зі здоров'ям, може прогнозувати високий рівень сприйнятої критичності та об’єктивної критичності в сімейному середовищі. Таким чином, з одного боку, агентивність породжує відповідальність й може ефективно впливати на управління хворобою, а з іншого – прогнозувати високий рівень сприйнятої критичності та об’єктивної критичності в сімейному середовищі.

4.Результати психолінгвістичного дослідження наративів піклувальників на тему: «Вплив хвороби моєї близької людина на життя нашої сім’ї» дають змогу визначити прояви ЕЕ стосовно отримувачів медичних послуг, а також її зв'язок із лінгвістичними й психологічними категоріями, які можуть слугувати вербальними маркерами ЕЕ. Виявлено значущий негативний кореляційний зв'язок між ЕЕ членів сім'ї та такими лінгвістичними маркерами, як кількість слів у реченні та кількість дієслів. Таким чином, ці результати показують, що висока ЕЕ пов'язана з порівняно синтаксично коротшими реченнями та низькою частотністю вживання дієслів як частини мови, що описує дію або стан. Водночас, установлено значущий позитивний кореляційний зв'язок між ЕЕ та психологічно значущими категоріями афекту, негативних емоцій та сім'ї. Отже, ЕЕ асоціюється з високою частотою слів, що репрезентують ці категорії. Навпаки, частота категорії інсайту, представленої дієсловами зі значенням усвідомлення та розуміння, має негативний значущий кореляційний зв'язок з ЕЕ. Цей результат ми пояснюємо тим, що лексичні одиниці з семантикою інсайту

пов'язані з реконструкцією та переоцінкою життєвої ситуації, а відтак виражають процес, так званого рефреймингу ставлення до негативної життєвої події. Це часто призводить до покращення якості життя, пов’язаної з негативною ситуацією чи подією, у нашому дослідженні – хронічним захворюванням близької людини. Оскільки ЕЕ членів сім'ї вказує на негативне ставлення до осіб з ШКТ, можна припустити наявність поганих стосунків, через недостатнє розуміння різних проблем, пов'язаних зі здоров'ям, між членами сім'ї.

5.Результати контент-аналізу та психолінгвістичного аналізу наративів про хворобу дають змогу зробити висновки, що не існує чистих типів ставлення до хвороби, можна визначити лише переважаючий тип ставлення. У наших досліджуваних було встановлено усі типи ставлень до хвороби окрім апатичного. Найбільш поширеними у наративах про хворобу є тривожний тип із іпохондричним варіантом, меланхолійний тип та паранояльний тип ставлення до хвороби. Примітно, що переважна більшість наративів (94 %) виражає зовнішню стигму щодо осіб із хронічним захворюванням. Серед причин стигми, які простежуються в наративах, найбільш поширеними є недостатня обізнаність суспільства про хворобу, що більшою мірою притаманні паранояльному типу ставлення до хвороби, та те, що хвороба є прогресуючою и невиліковною, що притаманне переважно тривожному типу ставлення до хвороби.

Результати дослідження висвілено в публикаціях автора

1. Пастрик Т. В. Прояви емоційної експресивності в мові та мовленні. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. 2022. Вип. 3(59). С. 16-24. https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-59-3-16-24
2. Zasiekina L., Pastryk T., Kozihora M., Fedotova T., Zasiekin S. Cognition, Emotions, and Language in Front-Line Healthcare Workers: Clinical and Ethical Implications for Assessment Measures. *Psycholinguistics.* 2021. Vol. 30, No.1. P. 8–25. https://doi.org/10.31470/2309-1797-2021-30-1-8-25 (Web of Science, Scopus)

РОЗДІЛ 6
ДИНАМАМІКА ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ З БОКУ ЧЛЕНІВ РОДИНИ ТА МЕДПЕРСОНАЛУ ДО ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОГО ТРАКТУ

У розділі висвітлено результати дослідження моделі рис особистості як методологічної основи для вивчення ЕЕ родичів до особи із хронічними захворюваннями ШКТ, а також описано дизайн та експериментальне впровадження психоедукаційної когнітивно-поведінкової програми, спрямована на зниження ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників. Представлено рекомендації для членів родини щодо зменшення ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. У розділі висвітлено результати дослідження відповідно до **експериментально-формувальних дослідницьких запитань.**

(ДЗ$_{18}$) Чи може слугувати теоретична модель рис особистості методологічною основою для вивчення ЕЕ родичів до особи із хронічними захворюваннями ШКТ?

(ДЗ$_{19}$) Чи ефективною є психоедукаційна когнітивно-поведінкова програма, спрямована на зниження ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників?

6.1. Емоційна експресивність у контексті моделі рис особистості: теоретико-емпіричне осмислення понять

Особи, які живуть із діагнозом хронічних захворювань ШКТ, мають багато викликів, пов’язаних із управлінням хворобою й плануванням способу життя, який передбачає дотримання дієти та медикаментозне лікування. Тому підтримка родини для таких осіб є надзвичайно важливою, що підкреслюється у дослідженнях психологічного супроводу осіб із хворобами ШКТ (Eypasch et al, 1995).

Серед сімейної підтримки, міжособових стосунків та психосоціальної підтримки осіб із хронічним захворюванням до фокусу уваги потрапляє конструкт ЕЕ як сукупність критичного і ворожого ставлення до особи, а також прояви емоційної гіперопіки. Як зазначалося вище, попри те, що перші дослідження ЕЕ здійснювалися у контексті психічних захворювань, зокрема шизофренії, розладів особистості та розладів харчової поведінки, сучасні дослідження містять результати впливу ЕЕ на перебіг хвороби і якість життя осіб із таким захворюваннями, як астма, артрит, целіакія, серцево-судинні захворювання (Hooley & Gotlib, 2000; Wearden et al., 2000).

У контексті нашого дослідження важливим є вивчення того, що відповідно до останніх досліджень підтверджується негативний вплив ЕЕ на ефективність дотримання дієти особами із хронічними захворюваннями. Як зазначають J. Hooley, D. Licht (1997), у випадку перебігу хронічної хвороби важко визначити, що є позитивним наслідком лікування хвороби, і тоді варто говорити про якість життя особи, пов’язаною з хворобою. У цьому контексті важливим є дотримання дієти як складової якості життя особи, пов’язаної з хворобою та мінімізації фізичних проявів симптомів захворювання. Наша позиція зіставляється з думкою вчених Т. Хомуленко (Хомуленко, 2021), A. Wearden і колег (Wearden et al., 2000a, b) про те, що для багатьох осіб із хронічним захворюванням важливим є дотримання якомога високої якості життя як чинника їхнього психологічного благополуччя та подолання труднощів, пов’язаних із хворобою, зокрема необхідністю дотримання пожиттєвої дієти зокрема. Отже, у випадку осіб із захворюваннями ШКТ важливого значення набуває якість життя цих осіб.

Захворювання ШКТ ускладняються тим, що окрім фізичних симптомів в особи відбувається значне погіршення функціонування у різних сферах життя, в соціальній взаємодії зокрема через необхідність дотримуватися певного режиму поведінки й харчування. Такі обмеження призводять не лише до скорочення важливих соціальних контактів, а й до часткової або повної непрацездатності особи. У теперішній час не існує єдиного

визначеного підходу до класифікації та діагностики хвороб ШКТ, при цьому однакові фізичні симптоми часто позначаються різними визначеннями, наприклад, синдром дефіцитності всмоктування (синдром мальабсорбції), синдром дефіцитності травлення, синдром подразненої товстої кишки. Це ускладнює не лише процес вдосконалення протоколів лікування осіб із захворюваннями ШКТ, а й налагодженню необхідного психологічного супроводу цих осіб та їхніх сімей для підтримки якості життя, пов'язаною із хворобою.

Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених ЕЕ у контексті хронічних хвороб та її впливу на різні аспекти перебігу хвороби, ефект ЕЕ різних членів сім'ї на якість життя та управління хворобою осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та динаміка ЕЕ упродовж тривалості й складності перебігу захворювання не отримало комплексного вивчення у науковій літературі. Окрім цього дискусійним залишається питання про методологічні засади дослідження ЕЕ, зокрема визначення теоретичної моделі, яка якнайповніше описує природу та динаміку ЕЕ.

Як зазначалося вище, результати теоретичного аналізу свідчать про те, що існує три теоретичні моделі, з допомогою яких описується ЕЕ (Wearden et al., 2000a). Вважаємо за необхідне ще раз зосередитися на їхньому описі, оскільки важливим є обґрунтування методологічних засад експериментального дослідження динаміки ЕЕ. Тому спробуємо визначити сильні й слабкі позиції кожної моделі.

Отже до основних моделей належить модель каузальної атрибуції, модель вразливості або діатезного стресу, модель рис особистості. Модель каузальної атрибуції уведена у науковий обіг C. Brewin і колегами (Brewin et al., 1991). Найпоширенішими емоціями, які зумовлюють виникнення високого рівня ЕЕ у членів родини, на думку авторів моделі, є контроль та провина. Члени сім'ї з високим проявом ЕЕ вимагають, аби особи із хронічним захворюванням здійснювали контроль над своїми симптомами, відтак часто застосовують критичність та критичні судження. Також в межах

моделі вважається, що особи із хронічним захворюванням часто самі винні у своїх проблемах та важкому перебігу одужання. На нашу думку, недоліком цієї моделі є те, що вона здатна пояснити високу критичність та ворожість з боку родичів, водночас не має пояснення для розвитку емоційної гіперопіки у контексті цієї моделі. Таким чином, гарно описуючи прояви певних видів ЕЕ, вона не має достатнього арсеналу для повного опису феноменології ЕЕ.

Модель вразливості або діатезного стресу відображає ЕЕ як медіатор взаємодії між членами сім'ї та особами, що хворіють. J. Hooley та I. Gotlib зазначають, що модель вразливості або діатезного стресу охоплює випадки шизофренії, пограничного розладу особистості та депресії, та при цьому розглядає ЕЕ у членів родини як один із важливих предикторів стресу в осіб із захворюваннями (Hooley & Gotlib, 2009). Окрім цього і сам стрес у родичів залежить від вираження симптомів та тривалості захворювання. Зазначимо, що модель розглядає захворювання, які важко піддаються лікуванню, тому мова радше йде не про одужання, а про якість життя осіб із психічними захворюваннями та їхніх родин. Попри гарні експериментальні обґрунтування моделі, зазначимо, що її апробація здійснювалася лише у контексті психічних розладів, що не вписується у предмет нашого дослідження ЕЕ в осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Модель рис особистості, розроблена J. Leff та C. Vaughn, ґрунтується на толерантному та емпатійному ставленні членів родини до особи із захворюванням. ЕЕ, на думку вчених, – це особистісна риса, яка визначається недорозвинутим толерантним та емпатійним ставленням до особи із захворюванням. За J. Leff та C. Vaughn (1985), родичі з високим рівнем ЕЕ є менш послідовними, толерантними, водночас більш негнучкими, нав'язливими та нецілеспрямованими (хаотичними), ніж родичі з низьким рівнем ЕЕ (Leff & Vaughn, 1995). Цікавим є висновком учених, що прояви теплих стосунків та гіперопіки визначається психічним та фізичним станом осіб, які хворіють, а критичні й ворожі коментарі родичів зумовлюється їхніми рисами особистості. На наш погляд, ця модель якнайповніше описує

прояви ЕЕ, включаючи усі види ЕЕ, а також специфічність проявів цих видів відповідно до особистісних рис людини (див. табл. 6.1). Водночас модель рис особистості, на наш погляд, має труднощі у впровадженні інтервенцій, якщо ґрунтується на рисах особистості, пов'язаних із типом нервової системи (темпераментом) родичів.

Таблиця 6.1

Сильні та слабкі методологічні позиції теоретичних моделей ЕЕ

№ з/п	Теоретичні моделі	Сильні позиції	Слабкі позиції
1	Модель каузальної атрибуції	Пояснює високу критичність та ворожість із боку родичів.	Не має пояснення для розвитку емоційної гіперопіки.
2	Модель вразливості або діатезного стресу	Широко апробована у контексті психічних розладів	Не має експериментальної апробації при фізичних захворюваннях.
3	Модель рис особистості	Охоплює елементи інших моделей, апробована у контексті психічних розладів та фізичних захворюваннях; включає всі види ЕЕ.	Має труднощі у впровадженні інтервенцій, якщо ґрунтується на рисах, пов'язаних із типом нервової системи (темпераментом) родичів.

Отже, результати теоретичного аналізу моделей ЕЕ також свідчать про те, що усі вони базуються на особистості родича, який в силу своїх

особистісних властивостей вибудовує траєкторію взаємодій із членом родини, що має медичний діагноз. Так, модель каузальної атрибуції описує поведінку родичів внаслідок їхньої інтерпретації причин симптомів та самопочуття особи із захворюваннями; модель діатезного стресу фокусує увагу на надлишковій вразливості родичів до сімейних труднощів; модель особистісних рис на низький толерантності та високій нав'язливості родичів. Незважаючи на зовнішні розбіжності цих моделей, усі вони зводяться до моделей рис особистості, адже саме особистісні характеристики пов'язані із певнім типом поведінки родича стосовно особи із захворюванням. Тому в подальшому ми будем розглядати модель рис особистості як базову модель для операціоналізації ЕЕ.

Емпіричне дослідження на цьому етапі було спрямоване на пошук відповіді на такі дослідницькі запитання:

($ДЗ_{18}$) Чи може слугувати теоретична модель рис особистості методологічною основою для вивчення ЕЕ родичів до особи із хронічними захворюваннями ШКТ?

($ДЗ_{19}$) Чи ефективною є психоедукаційна когнітивно-поведінкова програма, спрямована на зниження ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників?

Для реалізації завдань та досягнення поставленої мети було використано такі психометричні методики: шкала ставлення родини (Family Attitude Scale, FAS), методика для діагностики рівня ЕЕ (Level of Expressed Emotion, pLEE), опитувальник для діагностики темпераменту (коротка версія), the Temperament Evaluation – Short Version (TEMPS-A).

У дослідженні використовувався багатоплановий дизайн емпіричного дослідження із використанням методів кореляційного аналізу, програми SPSS, версія 26.

1. *Шкала ставлення родини (Family Attitude Scale, FAS)* призначена для вивчення ставлення родини до осіб із хронічними захворюваннями (Kavanagh et al., 1997). В інструкції досліджуваних родичів просять оцінити власне ставлення до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ упродовж останнього

місяця, оцінюючи 30 тверджень за шкалою вид 0 до 30, де 0-ніколи, 4-кожен день. Високі бали за шкалою передбачають високий рівень критичності, ворожості, та низький рівень теплоти у стосунках, які зіставляються із субшкалами «золотого стандарту» для діагностики ЕЕ – сімейним інтерв'ю Кембервела (CFI) (Camberwell Family Interview).

2. *Методика для діагностики рівня ЕЕ* (Level of Expressed Emotion, pLEE), розроблена J. Cole і S. Kazarian (1988). Методика складається із 8 тверджень, які досліджують критичне, вороже ставлення до осіб із діагнозом, а також гіперопіку з боку родичів. Методика обрана внаслідок того, що досліджує сприйнятий рівень ЕЕ, а також є легкою у використанні для клінічної вибірки.

3. *Опитувальник для діагностики темпераменту (коротка версія), the Temperament Evaluation – Short Version (TEMPS-A),* розроблений і стандартизований H. Akiskal та ін (2005). Опитувальник містить 39 тверджень, які зіставляються з афективними типами темпераменту, зокрема циклотимічним, дратівливим, гіпертимним, тривожним, депресивним типами. Опитувальник вирізняється високою надійністю, відповідно Альфа Кронбаха становить .91 для циклотимічного, .81 для депресивного, .77 для дратівливого, .76 – гіпертимного, .57 для тривожного типів. На думку авторів, цей опитувальник підходить для дослідження осіб із хронічними захворюваннями (284 осіб) та їхніх родичів (131 особа), оскільки розроблявся га вибірці здорових осіб та осіб із діагнозом. Оскільки автори встановили низку кореляційних зв'язків усіх субшкал опитувальника з різними особистісними властивостями, вважаємо, що ця методика емпірично операціоналізує усі запропоновані теоретичні моделі ЕЕ.

Так, встановлено позитивний кореляційний зв'язок між усіма субшкалами окрім гіпертимності з уникненням невдачі; між циклотимічним й гіпертимним типами та пошуком новизни. Окрім цього встановлено позитивні кореляційні зв'язки між гіпертимним типом та пошуком винагороди, наполегливістю й цілеспрямованістю. Таким чином, результати

діагностики свідчать про правомірність моделі особистісних рис, адже взаємодія між родичами й особами із хронічними захворюваннями пов'язана із темпераментними рисами особистості родича. Водночас не існує емпіричних досліджень взаємозв'язку темпераментних рис особистості та ЕЕ з боку родичів до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Вибірку дослідження для проявів ЕЕ стосовно осіб із захворюваннями ШКТ склали 118 особи, які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному й проктологічному відділеннях КЗ «Волинська обласна клінічна лікарня». Окрім цього у дослідженні взяли участь 111 найближчих родичів (23 опитувальника неповних), внаслідок чого утворилося 88 діад (176 осіб), дані яких є придатними для аналізу: особа із захворюваннями ШКТ та її найближчий родич. При діагностиці сприйнятої ЕЕ з боку сім'ї досліджуваним надавалася інструкція уявити члена родини, який контактує із ними щонайменше 10 годин щотижня.

Таблиця 6.2

Кореляційні зв'язки між ЕЕ родичів до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та особистісними рисами родичів

	FAS	ЦТ	ДТ	ДрТ	ГТ	ТТ
FAS	-	.394*	.334*	.374*	-.427*	.112
ЦТ	.394*	-	.179	.217	-.229	-.061
ДТ	.334*	.179	-	.668*	-.231	-.094
ДрТ	.374*	.217	.668*	-	.-340	.-177
ГТ	-.427*	-.229	.-231	.-340*	-	.347*
ТТ	.112	.-061	.-094	-.177	.347*	-

Примітка. FAS-Family Attitude Scale, ЦТ = циклотимічний тип, ДТ = депресивний тип, ДрТ = дратівливий тип, ГТ = гіпертимний тип, ТТ = тривожний тип

Як видно з таблиці 6.2, існують помірні позитивні кореляційні зв'язки між показниками ЕЕ родичів, які операціоналізувалися з допомогою шкали FAS, та циклотимічним типом (r=.394, p<.01); депресивним типом (r=.334,

p<.01) дратівливим типом (r=.374, p<.01). Водночас спостерігаємо помірний негативний кореляційній зв'язок між FAS та гіпертимним типом. Враховуючи, що FAS діагностує критичне та вороже ставлення родичів, якому бракує теплоти у стосунках, вважаємо, що дратівливість, депресивність и циклотимічність узгоджується із такими субшкалами ЕЕ. Продовжуючи думку авторів опитувальника *TEMPS-A*, можемо стверджувати, що родичі із циклотимічним, депресивним та дратівливим типами спрямовані на уникнення невдачі, тоді як родичі з гіпертимним типом вирізняються послідовною и цілеспрямованою поведінкою, що зіставляється з результатами досліджень авторів моделі рис особистості.

Відтак, можна стверджувати, що теоретична модель рис особистості, яка розроблена J. Leff та C. Vaughn, описує ЕЕ й її походження стосовно осіб із захворюваннями має емпіричне підтвердження у нашому дослідженні (Leff & Vaughn, 1985).

Водночас дещо неочікуваним виявився результат відсутності кореляційного зв’язку між ЕЕ та тривожним типом темпераменту, який за своєю природою зіставляється із такою субшкалою ЕЕ, як емоційна гіперопіка. На наш погляд, це може бути пов’язано із відсутністю цієї субшкали у FAS, яка діагностує переважно критичність, ворожість та брак теплоти у стосунках. Також наші результати узгоджуються із результатами досліджень M. Scazufca та E. Kuipers про те, що родичі осіб із хронічними захворюваннями часто не витримують відповідальності, покладеної на них, та виявляють схильність до депресії, особливо у випадках колі фізична чи психічна хвороба є невиліковною и тривалою (Scazufca & Kuipers, 1996).

Результати дослідження дали змогу дійти таких узагальнень. ЕЕ – важливий конструкт, який характеризує взаємодію між особою із захворюванням та її родичами, та пов’язаний з темпераментними рисами родичів, Перспективним вважаємо дослідження сприйнятого рівня ЕЕ відповідно до особистісних рис отримувачів медичних послуг.

6.2. Експериментальне дослідження загальної обізнаності медпрацівників стосовно емоційної експресивності та її впливу на якість життя й управління хворобою отримувачів медичних послуг

Констатувальний етап нашої експериментальної роботи передбачав діагностику ЕЕ медпрацівників стосовно отримувачів медичних послуг із хронічними захворюваннями ЕЕ. Оскільки експериментальна когнітивно-поведінкова психоедукаційна програма впроваджувалася у КЗВО «Волинський медичний інститут» на констатувальному етапі було опитано 80 медпрацівників, з експериментальної (n=47) та контрольної (n=33) груп, до яких увійшли слухачі відділення післядипломної освіти загальної практики сімейної медицини, а також медсестри реанімаційних, проктологічних й гастроентерологічних відділень.

Результати останніх досліджень із проблеми свідчать про те, що ставлення до пацієнтів з боку медперсоналу часто пов’язане із моральними емоціями провини і сорому, які виникають внаслідок необхідності прийняття вимушених рішень в ургентних ситуаціях у клінічній практиці (Jiménez-Herrera et al., 2020). І хоча пік цих досліджень зіставляється із піком пандемії та впливу останньої на професійну діяльність медпрацівників, дослідження моральності та морального дистресу у цієї професійної групи лишається актуальним. Моральні переживання більшою мірою розглядаються у контексті ставлення медпрацівників до отримувачів медичних послуг, тому у нашому дослідженні ми їх вивчаємо разом із проявом ЕЕ.

За J. Haidt, до емоцій і почуттів «турботи й піклування», які переважають у професійній діяльності медпрацівників, належать емоції засудження (відрази, злості, презирства); емоції самознецінювання (провини, сорому, змішання та моральний дистрес); емоції страждання (співчуття, співпереживання, емпатія); емоції схвалення (вдячність, піднесення) (Haidt, 2003).

Виходячи із розуміння ЕЕ як ставлення найближчого оточення до отримувача медичних послуг у термінах критичності, ворожості та емоційної

гіперопіки, можна зіставити емоції піклування й турботи з ЕЕ. J. Storch та N. Kenny описують емоції турботи і піклування як важливе надбання будь-якої людини в ході її досвіду міжособової взаємодії, водночас у професійній діяльності медпрацівників вони набувають першочергового значення та мають фізичні, психологічні та екзистенційні прояви (Storch & Kenny, 2007). Саме ці прояви і є моральним досвідом, який втілюється у моральну працю. При цьому вчені зазначають, що догляд за іншими може слугувати важливою не лише професійною, а особистісною мотивацією медпрацівників, зокрема медичних сестер, які показують вдвічі вищі показники емпатії порівняно з іншими медпрацівниками. Водночас медсестри також більшою мірою відчувають емоції провини і сорому, коли їхня професійна діяльність змушена виходити за фізичні, соціальні чи особистісні межі.

.

Рис. 6.1. Емоції турботи й піклування (J. Haidt) та прояви ЕЕ з боку медпрацівників

Таким чином, як видно з рис. 6.1. емоції, які притаманні професійній діяльності медпрацівників, збігаються з усіма видами ставлень в межах ЕЕ, при цьому моральний дистрес разом з емоціями провини та сорому найбільшою мірою проявляються у критичності як виду ЕЕ. Відповідно до отриманих нами результатів та результатів сучасних зарубіжних досліджень (Hooley et al., 1995),

саме критичність є найбільш поширеним видом ЕЕ, яке відіграє значну роль у підтриманні якості життя, пов’язаної з хворобою та ефективним управлінням хворобою й саморегуляцією отримувачів медичних послуг.

Оскільки основною характеристикою морального дистресу є те, що він порушує моральні норми, можна припустити, що чим вищі моральні стандарти людини, тим більший ризик відчути моральний дистрес. Медичні працівники, як правило, мають високу моральну мотивацію, яка формуються під час навчання та практики під впливом моральних кодексів, які є невід’ємною частиною професійної практики. Однією з головних заповідей медичної етики є принцип «Primum non nocere» (найперше – не зашкодь!), який приписують Гіппократу. Він нагадує медичним працівникам, що вони повинні враховувати можливу шкоду при плануванні будь-якого втручання в організм людини.

Крім того, медичні сестри мають вкрай обмежений набір повноважень, і здебільшого виконують прямі вказівки лікаря, які можуть змусити їх виконувати дії, що суперечать їх особистій або професійній етиці. Це можна пояснити поняттям морального ризику – це термін, який використовується для опису ситуацій, коли одна сторона контролює рішення, а інша сторона несе тягар цих рішень (Brunnquell & Michaelson, 2016). Медичні сестри також можуть стикатися з дилемами, пов'язаним з обмеженістю ресурсів, наприклад, експериментального плану лікування та донорства органів (Tom, 2008). Релігійна віра має значний вплив на виникнення морального дистресу, адже медичний персонал може відчувати, що він не виконав свій обов'язок добре піклуватися про пацієнтів, тому провина може поєднуватися з релігійгою вірою в те, що вони здійснили великий гріх (Sloane, 2023). Це актуально в контексті України, адже багато людей в нашій країні є православними християнами.

Не всі морально шкідливі переживання призводять до моральної травми. B. Litz і P. Kerig (2019) зазначають, що моральна травма є в основі континууму реакцій на моральні стресові чинники різної частоти: від відносно поширеної моральної фрустрації у відповідь на моральні виклики,

через менш часті моральні страждання у відповідь на моральні стреси, до набагато серйознішої моральної травми у відповідь на потенційно морально травматичні події (Litz & Kerig, 2019).

Термін «моральний дистрес» увів E. Jameton для опису психологічних, емоційних і фізіологічних страждань, які відчувають медсестри та інші медичні працівники, коли вони діють у спосіб, який суперечить глибоко укоріненим етичним цінностям, принципам або зобов'язанням (Jameton, 1984). Він схарактеризував моральний дистрес як:

1) психологічний дистрес;

2) перебування в ситуації, в якій людина змушена діяти;

3) згідно з тим, що не є правильними для неї.

Моральний дистрес є безпосереднім результатом участі в морально тривожній ситуації або спостерігання в якості свідка. Наприклад, медсестра може відчувати це, коли лікар просить її призначити лікування, яке вона вважає небажаним. Моральні страждання можуть тривати кілька годин після ситуації і вони зазвичай минають, проте неодноразові або серйозні моральні страждання можуть залишити моральний осад, який може накопичуватися та призводити до моральної травми (Atuel et al, 2021).

У медсестринській літературі, як правило, виділяють такі елементи морального дистресу:

1. Моральний дистрес виникає, якщо людина знає, як правильно з моральної точки зору вчинити (або не вчиняти), але її здатність це зробити обмежена внутрішніми або зовнішніми факторами.

2. Моральний дистрес пов'язаний з порушенням власної моральної цілісності або основних моральних цінностей.

3. Моральний дистрес проходить у дві фази: спочатку виникає «початковий дистрес» під час потенційної дії (або бездіяльності); пізніше виникає «моральний осад», який виникає у відповідь на початковий епізод морального дистресу (Stephen et al, 2016).

Сучасна література свідчить про те, що ризик морального дистресу у медпрацівників є вищим, якщо особа:

1) зазнає бездіяльності з боку лідера щодо ситуації, за яку лідер відповідальний;

2) не готова до вирішення психологічних та моральних дилем через прийняте рішення;

3) одночасно піддається кільком травматичним подіям (Williamson, Murphy & Greenberg, 2020).

Крім того, медичний працівник, який має попередній травматичний досвід і піддається інтенсивному щоденному стресу, більш вразливий до моральної травми. Моральна травма не є самостійним психічним розладом, але вона пов’язана із такими станами психічного здоров’я, як депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і суїцидальні думки (Williamson et al., 2018). Попередні дослідження повідомляють про позитивний зв’язок між моральною травмою і вторинним травматичним стресом, а також виснаженням (Austin et al., 2017).

Сумніви щодо власної здатності допомагати пацієнтам можуть призвести до зниження робочої ефективності та зниження почуття особистого досягнення, відповідно моральна травма може сприяти основним симптомам професійного вигорання, а саме, цинізму, деперсоналізації та відчуження (Rosen et al., 2022). Дослідники пропонують модель, яка описує взаємодію між моральним усвідомленням, моральним дистресом, моральною травмою та вигоранням. Вони стверджують, ці стани існують у спектрі, відповідно, моральний дистрес, якщо він є тривалим, є основною причиною моральної травми. Якщо не застосувати необхідні інтервенції, моральний дистрес може призводити до професійного вигорання (Linzer, 2021).

Значна частка медсестер у дослідженні (61,2%) серед тих, хто шукає психологічної допомоги під час своєї роботи, піддавалася принаймні одному впливу морально шкідливої події (Jovarauskaite et al. 2022). Учасники, які бажали вказати зміст морально шкідливих подій, повідомляли наступне:

емоційне насильство медичного персоналу з боку старших колег, фізичне насильство над отримувачем медичних послуг, бути свідком нанесення шкоди старшими колегами пацієнту або колегам, конфлікти з колегами чи пацієнтами, випадкова помилка та несправедлива оцінка умов праці.

Проте дослідники підкреслюють важливість щоденних стресових факторів для виникнення морального дистресу та травматичного стресу, адже щоденний тягар стресу на роботі чи в особистому житті може зменшити резилієнтність та особистісні ресурси, необхідні для вирішення складних життєвих ситуацій, і, таким чином, призвести до вразливості до морального дистресу (Jovarauskaite et al. 2022).

Переживання морального дистресу зазвичай супроводжується почуттями сорому та провини (Litz et al. 2009). Загальноприйняте розрізнення понять сорому та провини, запропоноване J. Tangney та її колегами, полягає в тому, що сором асоціюється з внутрішніми атрибутами, тоді як почуття провини пов’язане з поведінковими атрибутами. Почуття провини є негативною емоцією, орієнтованою на поведінку (Tangney et al., 1996), воно часто породжує почуття каяття, бажання змінити поведінку, яка порушує соціальні норми або викликає потребу загладити провину перед іншими (Tangney et al., 2007). Сором зазвичай є негативною емоцією, зосередженою на собі, він пов’язаний із тим, як ми сприймаємо себе, відповідно, почуття сорому викликає почуття нікчемності, неповноцінності та некомпетентності, і часто призводить до бажання уникнути інших та відсторонитися (Tangney et al., 2011). Оскільки сором впливає на самоідентичність, вважається, що він породжує більший дистрес, ніж почуття провини. Також варто зазначити, що сором і провина мають різне відношення до емпатії: почуття провини пов'язане з «other-oriented empathy», тоді як почуття сорому зосереджується на «self-oriented empathy» (Tangney et al., 2007). Вважаємо, що моральний дистрес у сукупності негативних моральних емоцій може бути пов'язаний з проявами ЕЕ.

Саме тому важливим завданням нашого дослідження було здійснити дослідження прояву ЕЕ у контексті морального дистресу медпрацівників.

Відповідно до цього, було сформульовано п’ять запитань, які пропонувалися досліджуваним на констатувальному етапі експериментальної роботи для діагностики рівня їхньої обізнаності з проблеми ЕЕ та морального дистресу. Зміст питань було сформульовано на основі теоретико-емпіричного осмислення літератури та результатів власного дослідження. Було задано такі запитання: Чи знаєте Ви, що таке емоційна експресивність стосовно пацієнтів? Чи відчуваєте Ви часом ворожість до деяких пацієнтів? Чи відчуваєте Ви критичність до деяких пацієнтів? Чи відчуваєте Ви надмірну емоційну гіперопіку стосовно деяких пацієнтів? Чи вважаєте Ви, що від Вашого ставлення залежить якість життя, пов’язана з хворобою, у Ваших пацієнтів? Чи замислюєтеся Ви над причиною поведінки Ваших пацієнтів?

Розглянемо відповіді на ці запитання докладніше, оскільки урахування цих відповідей здійснювалося під час розробки авторської психоедукаційної когнітивно-поведінкової програми для медпрацівників. Кожне із запитань передбачало дві відповіді, так і ні.

Відсотковий розподіл відповідей на запитання 1 відображено на рис. 6.2.

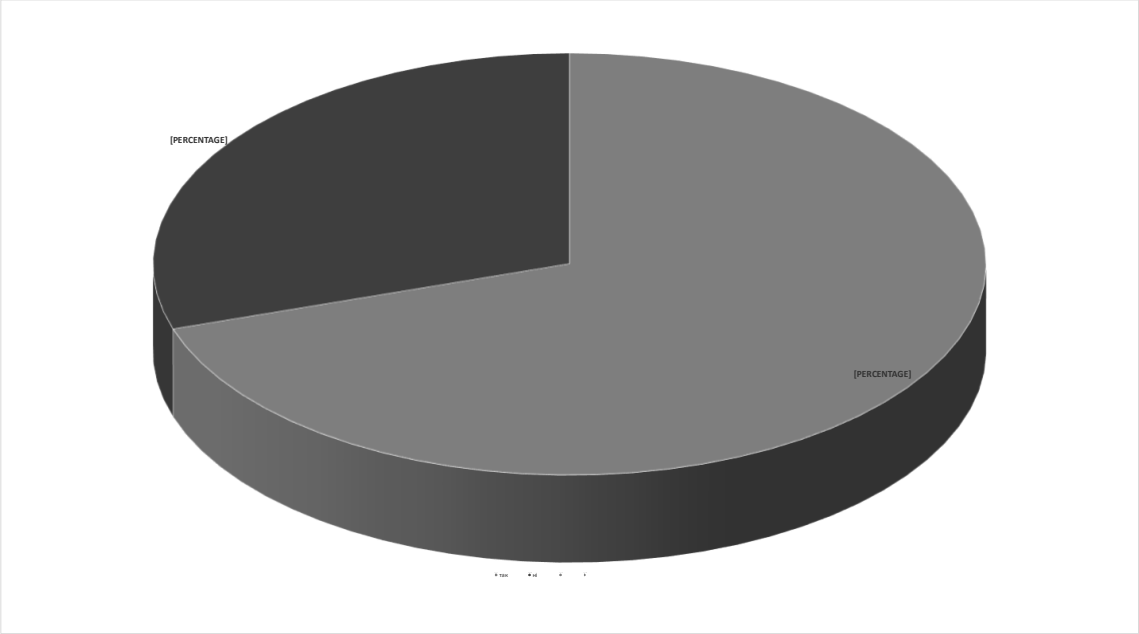


Рис.6.2.Розподіл відповідей досліджуваних на питання: «Чи знаєте Ви, що таке емоційна експресивність стосовно пацієнтів?»

Як видно з рис. 6.2, 70% досліджуваних відповіли, що вони чули про таке поняття, як ЕЕ. Незважаючи на стверджувальну відповідь, в індивідуальній бесіді із досліджуваними, було зрозуміло, що вони більшою мірою мають на увазі вираження власних емоцій стосовно пацієнтів, не звужуючи їх лише до критичного, ворожого чи з елементами емоційної гіперопіки ставлення. Таким чином, замислюючись на власними емоціями турботи і піклування у професійній діяльності, медпрацівники не оперують чітким визначенням терміну ЕЕ та впливом останньої на якість життя, пов’язану із хворобою та управління хворобою отримувача медичних послуг.

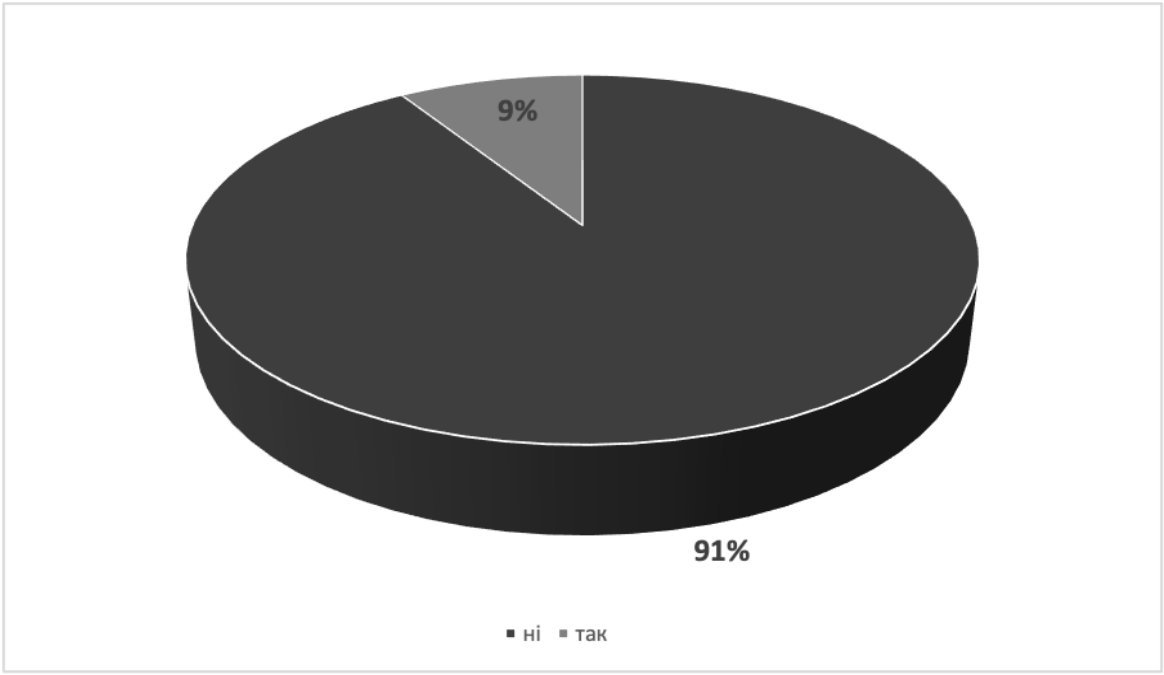


Рис. 6.3. Розподіл відповідей досліджуваних на питання: «Чи відчуваєте Ви часом ворожість до деяких пацієнтів?»

Як видно з рис. 6.3, переважна більшість досліджуваних не відчуває ворожості стосовно власних пацієнтів, водночас 9 % досліджуваних заявили про наявність цієї емоції стосовно отримувачів медичних послуг. Результати індивідуальних бесід свідчать про те, що ці медпрацівники свої емоції пов’язують радше із особливостями поведінки отримувачів медичних послуг, ніж із власними особистісними і темпераментними рисами. Це суперечить сучасним моделям ЕЕ, зокрема моделі рис особистості, відповідно до якої ЕЕ пов’язана з особистіснім профілем суб’єкта ЕЕ. Зв'язок ЕЕ та

темпераментних рис також був встановлений і в нашому дослідженні, що було відображено у попередньому підрозділі роботи. Відтак, на наш погляд, модель особистісних рис потребує висвітлення в психоедукаційній програмі для розуміння своїх емоцій медпрацівниками.

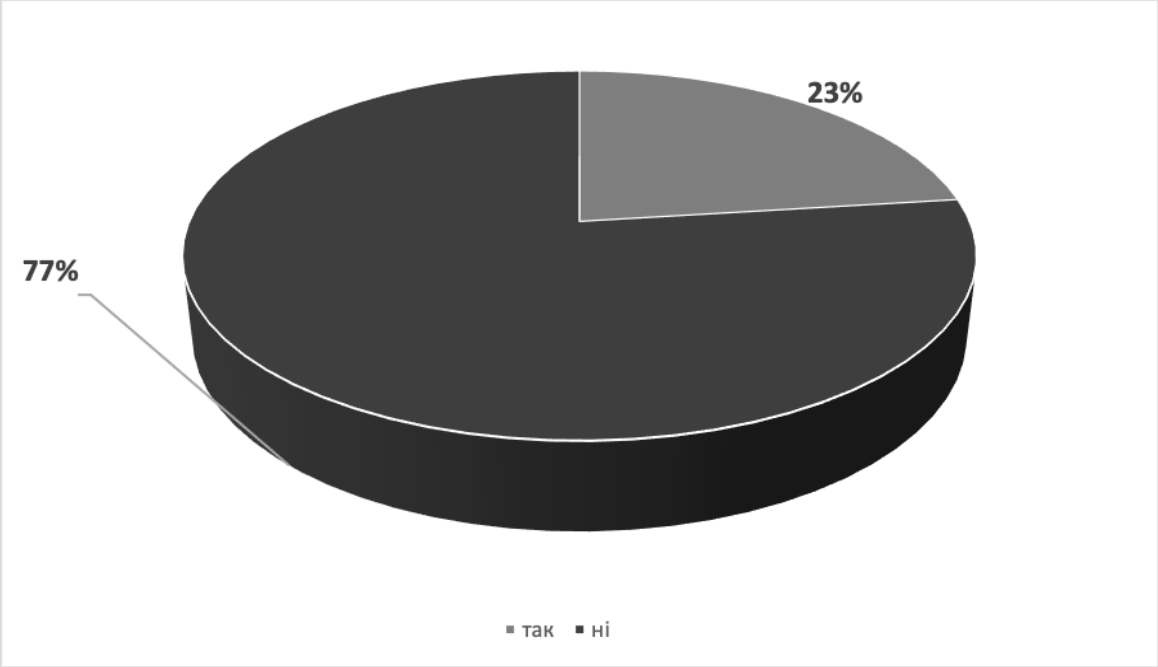


Рис. 6.4. Розподіл відповідей досліджуваних на питання: «Чи відчуваєте Ви критичність до деяких пацієнтів?»

Як видно з рисунку 6.4, більше досліджуваних відчувають критичність стосовно отримувачів медичних послуг ніж ворожість. Це підтверджує поширення цього виду ЕЕ. За результатами індивідуальних бесід було встановлено, що критичність медпрацівниками оцінюється не завжди як негативний ЕЕ и часто вважається виправданою з метою оптимізації поведінки отримувача медичних послуг для підтримання його якості життя. Це наближає критичність до емоційної гіперопіки, яка, на думку медпрацівників, є позитивною и має бути типовою поведінкою для піклувальників.

На рис. 6.5, видно, що переважна більшість медперсоналу використовує цей вид ЕЕ, при цьому вважаючи його позитивним видом ставлення до отримувачів медичних послуг. За результатами індивідуальних бесід було встановлено, що, на думку деяких медпрацівників, якраз відсутність

емоційної гіперопіки може бути джерелом морального дистресу як переживання емоцій сорому і провини.

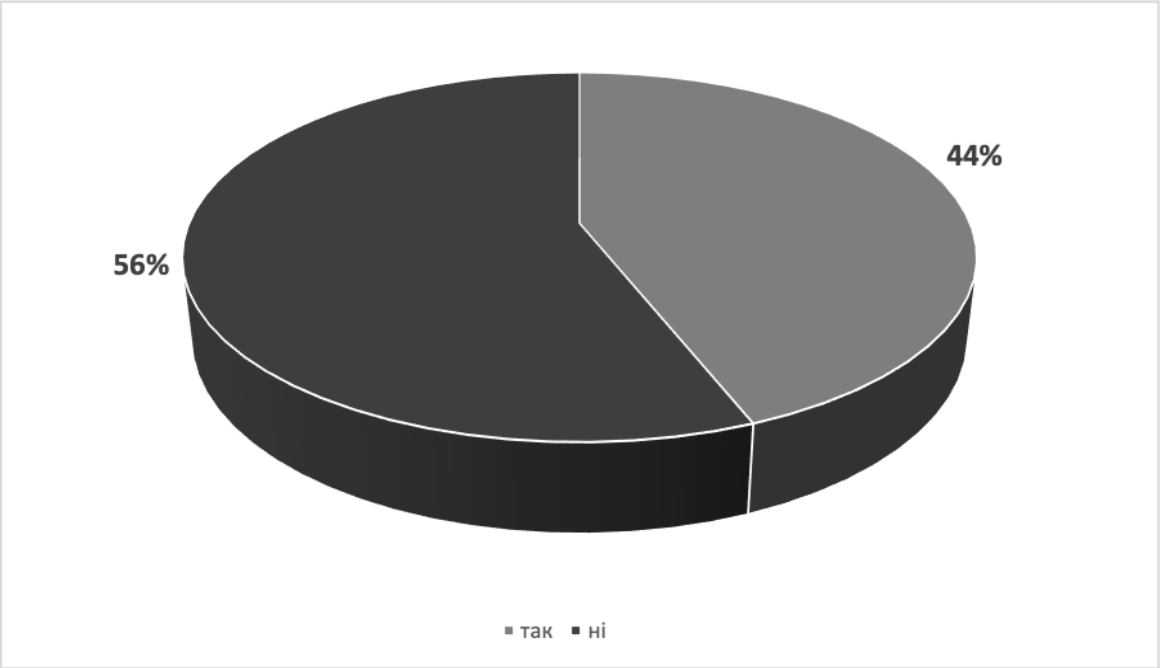


Рис. 6.5. Розподіл відповідей досліджуваних на питання: «Чи відчуваєте Ви надмірну емоційну гіперопіку стосовно деяких пацієнтів?»

Вважаємо, обговорення емоційної гіперопіки як негативного виду ЕЕ стосовно отримувачів медичних послуг, що негативно впливає на якість життя, пов'язану із хворобою, управління хворобою й саморегуляцію осіб із захворюванням має бути обов'язково включено в когнітивно-поведінкову психоедукаційну програму для медпрацівників.

Важливим ресурсом для формувального експерименту є усвідомлення важливості їхнього ставлення до отримувачів медичних послуг та впливу цього ставлення на якість життя останніх. Лише 19% досліджуваних вважають, що це їхнє ставлення до пацієнтів не відіграє вирішальної ролі для підтримання їхньої якості життя. Результати індивідуальних бесід свідчать про те, що для цих 19% медпрацівників важливими факторами якості життя отримувача медичних послуг є мотивація, спосіб життя та об'єктивний перебіг хвороби самого пацієнта. Деякі медпрацівники також підкреслювали

важливість ставлення піклувальників вдома, адже саме родинна підтримка, на їхній погляд, є постійнім фактором якості життя пацієнта.

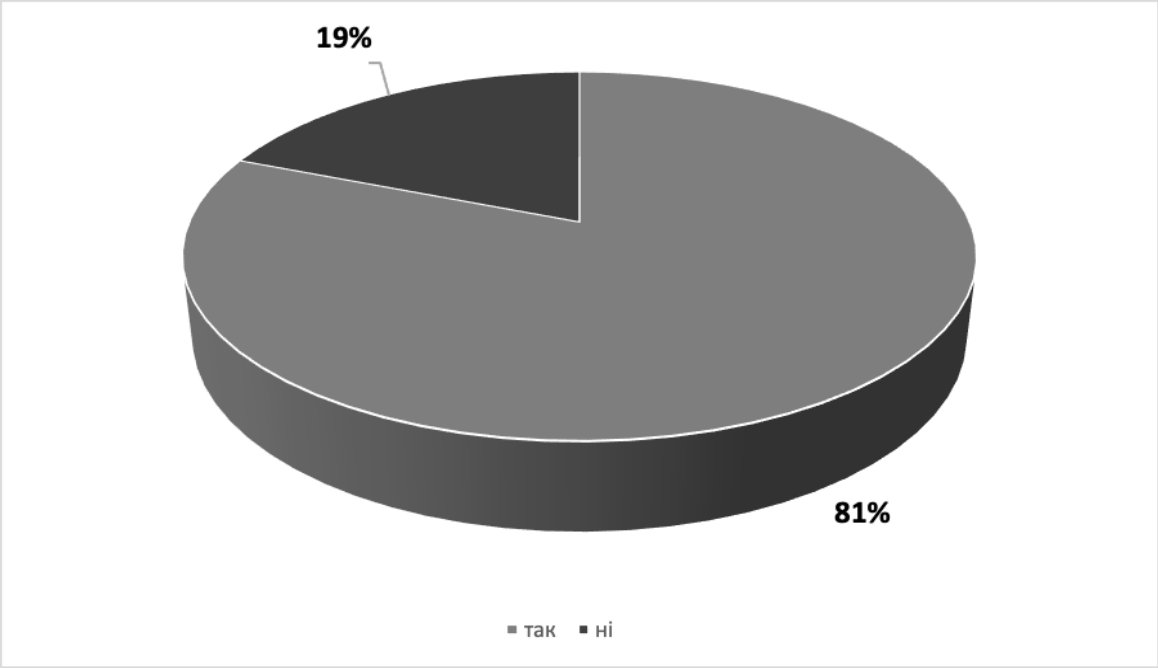


Рис. 6.6. Розподіл відповідей досліджуваних на питання: «Чи вважаєте Ви, що від Вашого ставлення залежіть якість життя, пов'язана з хворобою, у Ваших пацієнтів?»

Отримані результати також підкреслюють необхідність впровадження когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми для медпрацівників, адже інформування про різні види ЕЕ неможливе без усвідомлення їхнього впливу на перебіг захворювання, зокрема хронічних захворювань ШКТ; при яких важливого значення набуває підтримка найближчого оточення.

Останнє питання, пов'язане із процесами менталізації, які, як було показано в теоретичному розділі роботи, тісно пов'язані із проявами ЕЕ. Менталізація визначається як розуміння внутрішніх переживань отримувачів медичних послуг. Як видно з рисунку 6.7, 15% досліджуваних не замислюються над причинами поведінки отримувачів медичних послуг. Як зазначалося в теоретичному розділі роботи, низька здатність до менталізації зумовлює прояви надлишкової критичності й ворожості.

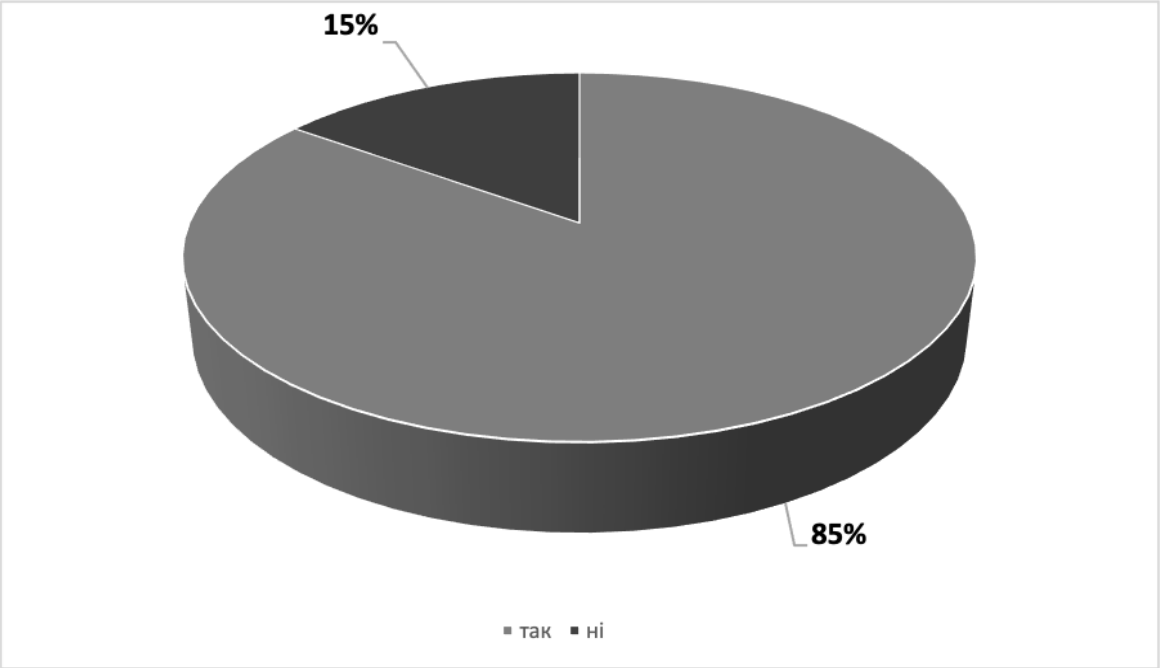


Рис. 6.7. Розподіл відповідей досліджуваних на питання: «Чи замислюєтеся Ви над причиною поведінки Ваших пацієнтів?»

Результати проведеного опитування дають змогу визначити основні проблемні місця в ставленні медпрацівників до отримувачів медичних послуг и означити основні напрями роботи в когнітивно-поведінковій психоедукаційній програмі для медпрацівників. До таких напрямів належить інформування по природу ЕЕ та її види, а також вплив на якість життя, пов’язану із хворобою та управління й саморегуляцію; визначення емоційної гіперопіки як виду ЕЕ, що негативно впливає на якість життя отримувачів медичних послуг; важливість менталізації для розуміння причин поведінки отримувачів медичних послуг та важливості власного позитивного ставлення до останніх у контексті їхньої якості життя.

6.3. Моральний дистрес та емоційна експресивність медпрацівників: когнітивно-поведінкова психоедукаційна програма

Як зазначалося вище, хоча початково ЕЕ пов’язували з поганим результатом лікування виключно психіатричних розладів у сучасних дослідженнях фокус уваги у сучасних дослідженнях зміщується на фізичні захворювання.

R. Butzlaff і J. Hooley в результаті мета-аналізу шести досліджень підтвердили взаємозв’язок між показниками ЕЕ та рецидивами розладів настрою (Butzlaff & Hooley, 1998). Важливим результатом останніх досліджень є встановлення того, що критичність є найважливішим елементом ЕЕ для розуміння перебігу розладів настрою, та якості життя, пов’язаної із хворобою. Таким чином, при розробці моделей психологічного втручання, спрямованих на зменшення ЕЕ, критичність з боку медперсоналу стосовно отримувачів медичних послуг, має бути у фокусі уваги.

Іншим важливим аспектом професійної діяльності, який широко висвітлюється в науковій літературі, є моральний дистрес медпрацівників. Моральний дистрес тлумачиться як емоційні переживання, пов’язані з вирішенням етичних професійних дилем, які часто зустрічаються у професійній діяльності медиків. Глибший погляд на природу морального дистресу, який пов’язується із необхідністю прийняття рішень в умовах обмежених ресурсів, доброчесного ставлення до пацієнтів, і стосується взаємодії медпрацівників й отримувачів медичних послуг загалом, дає змогу зіставити моральний дистрес із проявами ЕЕ як критичного, ворожого, з елементами гіперопіки ставлення до пацієнтів.

Цікавими, на наш погляд, є нейропсихологічні дослідження морального дистресу, які свідчать про те, що емоції сорому й провини мають різну нейропсихологічну природу, і пов’язані із свідомим vs емоційним вибором рішень у вирішення моральних дилем. На наш погляд, це безпосередньо пов’язано із раціональним vs емоційним формуванням ставленням до отримувача медичних послуг, а відтак, з проявами ЕЕ.

Систематичний огляд узагальнив нейронні кореляти провини та сорому (Bastin et al, 2016). Сором і провина пов'язані з функцією острівцевої частки, а саме, обробкою суб'єктивних почуттів, співпереживання та невизначеності, а також з функцією дорсальної передньої поясної кори, а саме, переживання дистресу і соціального болю. Почуття сорому пов'язане з гіпокампом і середнім мозком, дорсолатеральною префронтальною корою і

задньою поясною корою. Гіпокамп відповідає за такі функції мозку, як пам'ять, обробка емоцій та регулювання стресу, його роль важлива, тому що почуття сорому пов'язані із загрозою з боку зовнішнього середовища для суб’єкта. Останні дослідження продемонстрували важливість задної поясної кори у саморепрезентації (Leech et al., 2011), психічному процесі, пов'язаному з моральною рефлексією, що відповідає визначенню сорому як емоції, пов'язаної з сильною стурбованістю власною самооцінкою та особливою увагою до себе (Tangney et al., 2011). Латеральна префронтальна кора залучає як когнітивні, так і емоційні процеси регуляції, тому можна припустити, що почуття сорому вимагають важчої розумової роботи для регулювання негативного афекту в порівнянні з почуттям провини. Це припущення відповідає теоретичному визначенню сорому, що описує його як більш руйнівний і тривожний емоційний досвід.

Почуття провини було пов'язане з дорсомедіальною префронтальною корою, вентролатеральною префронтальною корою та передньою скроневою часткою. Дорсомедіальна префронтальна кора бере участь у менталізації та здатності робити висновки про почуття, думки та наміри інших. Менталізація – це здатність усвідомлювати власний емоційний стан і відрізняти його від емоційного стану іншої людини, вона є важливою навичкою для виживання, і дозволяє поліпшити особисту взаємодію в спілкуванні (Schilbach et al., 2008). У більшості випадків негативні моральні емоції виникають у відповідь на неприйнятну дію, яка вплинула на інших, відповідно моральні емоції передбачають здатність особи не тільки розмірковувати про власну поведінку чи особистість, але й вміти зчитувати та співвідносити емоційні стани інших (Bastin et al, 2016). Вентролатеральна префронтальна кора бере участь у прийнятті моральних рішень та моральних дилемах. Передня скронева частка відіграє роль у соціальних концептуальних знаннях, коли потрібно розуміти соціальні поняття та правила, а також усвідомлювати ситуації, які викликають моральні емоції.

При цьому деякі ділянки мозку виявилися специфічними для провини, включаючи вентральну передну поясну кору, задні скроневі області і прекунеус. Вентральна передня поясна кора пов'язана з гальмуванням емоцій (особливо страху), і було висловлено припущення, що її активація може бути пов'язана з регуляцією емоцій шляхом полегшення планування адаптивної реакції (Etkin et al., 2011). Це відповідає визначенню провини, яка пов'язана з страхом покарання та необхідністю відповідних репаративних дій. Це підтверджують дослідження, які показують, що пацієнти з ураженнями вентральної передньої поясної кори відчувають знижений рівень провини (Krajbich et al., 2009). Задні скроневі області пов'язані з аспектами соціальної когнітивної та емоційної обробки, а прекунеус відіграє роль у епізодичному пошуку пам'яті, обробці самосвідомості та емоційних судженнях (Bastin et al, 2016).

Самозвинувачення і негативні моральні емоції були пов'язані з мезолімбічною емоційною мережею. Ця мережа включає набір підкіркових областей, які включають мигдалину, гіпокамп, гіпоталамус, поясну звивину та ділянки базальних гангліїв, інсули та парагіппокампальної звивини. Вони відіграють важливу роль у таких функціях, як мотивація, пам'ять, обробка та регулювання емоцій, включаючи настрій та чутливість до стресу. Відповідно, зв’язок мезолімбічної системи та негативних моральних емоцій може бути обумовлений роллю, яку відіграє мезолімбічна система в обробці негативних емоційних станів (Bastin et al, 2016).

Таким чином, можемо припустити, що прояви ЕЕ, які пов’язані з процесами менталізації та рефлексією над своїми рішеннями у моральних дилемах, безпосередньо пов’язані з дорсомедіальною префронтальною корою й вентролатеральною префронтальною корою, а відтак, потребують подальших нейропсихологічних досліджень.

Важливо відмітити, що попри зростання наукового інтересу до конструкту ЕЕ та його впливу на перебіг захворювання, програми психологічних інтервенцій не отримали широкого висвітлення у науковій

літературі. Серед них є психоедукаційна програма, базована на терапії прийняття, розроблена L. Eisner & S. Johnson, (Eisner & Johnson, 2008). Водночас ця програма призначена для родичів отримувачів медичних послуг з діагнозом біполярного розладу. Попри значний інтерес до ЕЕ з боку медпрацівників стосовно пацієнтів, психоедукаційні програми, спрямовані на зменшення ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників, не отримали висвітлення у науковій літературі і клінічній практиці. Це й зумовило актуальность наших наукових пошуків у розробці науково-доказової програми для зменшення ЕЕ та морального дистресу медпрацівників у взаємодії з отримувачами медичних послуг.

Таким чином, завдання цього етапу дослідження полягало в теоретико-емпіричному обґрунтуванні взаємозв'язку ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників, а також висвітленні теоретичних засад розробки і методики впровадження авторської експериментальної когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми для медпрацівників. У дослідженні використано методи теоретичного вивчення (аналізу, синтезу, узагальнення) літератури з проблеми ЕЕ та морального дистресу, а також природний експеримент впровадження авторської програми в експериментальній (n=47) контрольній (n=33) групах медичних сестер.

Для розробки психоедукаційної програми у нашому дослідженні одним із пріоритетних завдань було визначення її методологічних принципів.

Результати попередніх досліджень з проблеми психологічних інтервенцій дають змогу визначити провідні ідеї атрибутивної теорії B. Weiner, які можуть слугувати основою такої програми (Weiner, 1985). Відповідно до моделі B. Weiner, атрибуції впливають на те, як люди переживають емоції. У цій моделі атрибуції стосуються переживань, які виникають внаслідок виконання певних завдань, зокрема з погляду успіху чи навпаки невдачі, тому цю модель також відносять до атрибутивної моделі мотивацій та емоцій. Оскільки ЕЕ медперсоналу безпосередньо виникає упродовж їхньої професійної діяльності і виконання професійних завдань,

вважаємо, що ця модель гарно підходить до дослідження ЕЕ та морального дистресу медпрацівників. Ще однією причиною використання цієї атрибутивної моделі є те, що її методологічною основою вважають когнітивний принцип, що добре узгоджується із запропонованою нами когнітивно-поведінковою психоедукаційною програмою для медпрацівників, які мають високий рівень ЕЕ.

В основу атрибутивної моделі покладено ідеї локусу контролю, стабільності та контрольованості. Спробуємо операціоналізувати ці аспекти у контексті рівня ЕЕ з боку медпрацівників до отримувачів медичних послуг.

Локус контролю визначається як інтернальний, якщо ЕЕ медпрацівників пов'язуються з індивідуальними особливостями пацієнтів, а не ситуацій хвороби, що, своєю чергою, породжує критичність, ворожість чи гіперопіку; та екстернальний, якщо ставлення медпрацівників зумовлюються ситуаціями, наприклад, тривалістю і важкістю перебігу хвороби, рецидивом/ремісією і т.ін. Зокрема, коли медпрацівник відчуває, що отримувач медичних послуг може контролювати ситуацію, медпрацівник доходить висновку, що пацієнт несе відповідальність за власну поведінку, симптоми хвороби зокрема. Судження про те, що інша особа несе відповідальність за переживання симптомів хвороби, може викликати гнів і критику, якщо перебіг хвороби ускладняється. Таким чином, оточення (медпрацівники й родичі) з високим рівнем критичності схильне розглядати симптоми захворювання пацієнтів як такі, що знаходяться під контролем останніх, відповідно, що особа із захворюванням може контролювати свою поведінку. Відтак, піклувальники вимагають, щоб особа змінила свою поведінку, і тоді почуватиметься краще. Ці вимоги зазвичай супроводжуються негативним зворотним зв'язком та власною контролюючою поведінкою. Так вибухи гніву можуть далі супроводжуватися почуттям провини та сорому, що є маркерами морального дистресу.

У наших попередніх дослідженнях ми зазначали про тісний взаємозв'язок рівня ЕЕ та темпераментних типів (особистісних рис) родичів, зокрема було встановлено, що існують помірні позитивні кореляційні зв'язки

між показниками ЕЕ родичів та циклотимічним типом (r=0,394, p<0,01); депресивним типом (r=0,334, p<0,01) дратівливим типом (r=0,374, p<0,01).

Водночас було виділено помірний негативний кореляційній зв'язок між рівнем ЕЕ та гіпертимним типом (r=-0,340, p<0,01). Таким чином, ми дійшли висновку, що ЕЕ – важливий конструкт, який характеризує взаємодію особи із захворюванням та її найближчого оточення, та взаємозв'язаний із особистісними рисами піклувальників.

Стабільність в атрибутивній моделі B. Weiner у контексті ЕЕ передбачає відносну постійність очікувань медпрацівників стосовно поведінки отримувачів медичних послуг. Відповідно до цього аспекту важливої ролі набуває здатність медпрацівників розрізняти проблему та особистість отримувачів медичних послуг, оскільки проблема завжди пов'язана з конкретною ситуацію, і тому є мінливою. Водночас, якщо медпрацівники вважають проблемою не ситуацію, а особистість отримувача медичних послуг, це породжуватиме високий рівень ЕЕ. Окрім цього стабільність значною мірою впливає і на ефективність професійної діяльності і медпрацівників. Так, на думку F. Försterling, F. Schuster, & M. Morgenstern, якщо при виконанні завдання особа розглядає невдачу як стабільний фактор, ймовірність успішного виконання завдання значно знижується (Försterling et al., 2005). Це, на наш погляд, може бути тісно пов'язане із переживанням морального дистресу медпрацівників, коли вони не можуть впоратися із професійними завданнями, і надати ефективну та вчасну допомогу отримувачу медичних послуг.

Фактор контрольованості в атрибутивній моделі відіграє важливу роль, хоча на думку M. Hogg & G. Vaughan, він є менш значущим ніж фактори стабільності та локусу контролю. Водночас, він є незалежним фактором, оскільки як інтернальний, так екстернальний локуси можуть бути і контрольованими, і неконтрольованими. До прикладу, можна контролювати професійні вміння та навички, і не можна контролювати темпераменті риси особистості. На наш погляд, моральний дистрес значною мірою

зумовлюється саме неконтрольованими факторами, тому в психоедукаційній програмі важливо зосередитися на природі ЕЕ як контрольованому ставленні до отримувача медичних послуг та поясненні природи неконтрольованих факторів й їх можливого впливу на професійну діяльність з метою зменшення морального дистресу медпрацівників.

Це підтверджується і даними інших досліджень, результати яких вказують на те, що високий рівень ЕЕ, зокрема критичність та ворожість пов'язані більшою мірою з фактором контрольованості. Інакше кажучи, якщо піклувальники вважають, що хвороба та її симптоми є такими, що контролюються отримувачами медичних послуг та пов’язані з їхніми особистісними характеристиками, а не ситуацією, існує висока імовірність для ворожого і критичного ставлення. Результати останніх досліджень підтверджують нашу думку, зокрема високий рівень ЕЕ зіставляється з інтернальними і контрольованими атрибуціями, тоді як низький рівень ЕЕ зіставляється більшою мірою з факторами екстернальності і неконтрольованості.

Окрім атрибутивної моделі B. Weiner (1985) до методологічних основ програми належать основні принципи когнітивно-поведінкової терапії. Останні дослідження з проблеми психологічної допомоги Л. Засєкіної свідчать про те, що когнітивно-поведінкова терапія як науково-обґрунтований метод надання психологічної допомоги при переважній більшості проявів емоційного дистресу є найбільш ефективним як для очного, так і дистанційного формату. Зокрема вчена пропонує протокол надання онлайн допомоги упродовж 9 тижнів, який включає самоедукацію щодо основних проблем, пов’язаних із психічним здоров’ям внаслідок соціальної ізоляції під час пандемії, розвиток поведінкових вмінь та домашні завдання. Як зазначають A. Otu, C. Charles, & S. Yaya саме психоедукація є центральним компонентом когнітивно-поведінкової (Out et al., 2020). Враховуючи 1) запити на гібридний (очний + дистанційний) формат переважної роботи психологів з цільовою аудиторію на сучасному етапі, 2) досвід психоедукації когнітивно-поведінкової терапії, 3) наукову доказовість

методу когнітивно-поведінкової терапії, 4) функціонування принципу когнітивно-поведінкової терапії інтерактивності думок + емоцій + поведінки + тіла, саме метод когнітивно-поведінкової терапії було обрано для розробки психоедукаційної програми, спрямованої на зменшення ЕЕ з боку медпрацівників до отримувачів медичних послуг.

Таблиця 6.3

Теоретичні засади когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми, спрямованої на зменшення рівня ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників

№ з/п	Теорії	Основні принципи	Положення експериментальної програми
	Атрибутивна модель	Принцип локусу контролю	Урахування інтернального (особистісних факторів) та екстернального (ситуаційних факторів) у виникненні ЕЕ та морального дистресу
		Принцип стабільності	Урахування динаміки контексту у поведінці отримувача медичних послуг та виникнення симптомів хвороби
		Принцип контрольованості	Акцент у програмі на контрольованих факторах власної поведінки та поведінки отримувачів медичних послуг, розуміння природи неконтрольованих факторів та їхнього впливу

Закінчення табл. 6.3

	Когнітивно-поведінкова терапія		Інтерактивність думок + емоцій + поведінки + тіла, що дає підстави впроваджувати техніки когнітивного рефреймингу, емоційної стабілізації, тілесної релаксації та поведінкові експерименти

Результати теоретичного аналізу атрибутивної моделі B. Weiner (1985), а також методу когнітивно-поведінкової терапії як методологічної основи для розроблення когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми дали змогу визначити основні теоретичні положення експериментальної програми.

Завдання когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми – зменшити почуття провини, розгубленості, безпорадності та надмірної відповідальності медпрацівників (моральний дистрес), які, своєю чергою, пов’язані із критичним, ворожим та з елементами гіперопіки ставленням до отримувачів медичних послуг із хронічними захворюваннями ШКТ. Програма складається з 3 модулів, кожен з яких триває 6 годин, має свої цілі та зміст (див. табл. 6.4).

Враховуючи результати проведеного дослідження, нами розроблена система когнітивно-поведінкових технік, які також впроваджувалися у реалізації авторської програми. Обрані техніки слугують як для профілактики, так і для подолання стресових станів, зокрема морального дистресу. Метою цих технік є ознайомлення з методами профілактики та боротьби зі стресовими подразниками, які пов’язані із етичними дилемами у професійній діяльності медиків; зниженням рівня особистісної та ситуативної тривожності; формуванням навиків опанування себе в стресових ситуаціях та вмінням володіти прийомами релаксації.

Таблиця 6.4

Зміст когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми, спрямованої на зменшення рівня ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників

Модулі	Цілі	Зміст
Психоедукація (Dixon, Adams, & Lucksted, 2000; Eisner & Johnson, 2008; Epstein & Pastryk, 2022; Zasiekina, 2018)	Інформування та забезпечення дидактичними матеріалами з проблеми ЕЕ та морального дистресу	1. Важливість психосоціальної підтримки осіб із захворюваннями ШКТ. 2. Поняття морального дистресу у контексті професійної діяльності медиків. 3. Виникнення конструкту ЕЕ у контексті біопсихосоціальної vs медичної моделі. 4. Теоретичні моделі розвитку емоційної експресивності (атрибутивні моделі, модель рис особистості, модель діатезного стресу/вразливості). 6. Критичність, ворожість та емоційна гіперопіка як основні прояви високого рівня ЕЕ. 7. Емоції провини та сорому як основні прояви морального дистресу. 7. ЕЕ з боку родичів стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. 8. ЕЕ з боку медперсоналу стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. 9. Взаємообумовленість ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників.

Продовження табл. 6.4

КПТ-орієнтовані техніки для зменшення морального дистресу та ЕЕ медпрацівників (Засєкіна, 2014; Засєкіна, 2021; Otu, Charles, & Yaya, 2020; Ruths et al., 2013; Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2011)	Продемонструвати та розвинути навички використання когнітивних та поведінкових технік	1. Виявлення негативних думок та їх зв'язок з емоціями провини, сорому, злості, ворожості. 2. Встановлення поведінкових патернів у ситуаціях з негативними думками та емоціями. 3. Встановлення взаємозв’язку власного ставлення до отримувачів медичних послуг та їхньої поведінкою. 4. Моніторинг та планування власної діяльності з метою досягнення її ефективності та гармонійної взаємодії з отримувачем медичних послуг в ситуаціях обмежених ресурсів. 5. Релаксаційні техніки майндфулнес терапії (дихальні вправи та сканування тіла)

Закінчення табл. 6.4

Розуміння поведінки отримувачів медичних послуг та ставлення медпрацівників (Nycyk, Rigsby-Jones, & Redsell, 2015)	Здійснити аналіз власної поведінки, особливості проявів критичності, ворожості та гіперопіки та її зв'язок з моральним дистресом	1. Атрибутивні моделі: змішування хвороби отримувача медичних послуг з його особистісними рисами, а не ситуацією. 2. Фактори інтернального/ екстернального локусу контролю, стабільності та контрольованості у породженні високого рівня ЕЕ та морального дистресу. 3. Обговорення професійних ситуацій, які найчастіше зумовлюють прояви високого рівня ЕЕ та морального дистресу. 4. Ревізія атрибутивної моделі: атрибуція поведінки отримувача медичних послуг до особливостей захворювань ШКТ та розуміння поведінки цих пацієнтів. 5. Обговорення наслідків обвинувачення, критики, ворожості, дратівливості vs підтримки та теплоти. 6. Вироблення рекомендацій для гармонізації ставлення до користувачів медичних послуг з діагнозом захворювань ШКТ.

Основними завданнями психокорекцій них вправ є:

1. Зниження рівня емоційної напруги у ситуаціях морального вибору.

2. Формування вмінь самоконтролю та самоаналізу.

3. Навчання способам самоконтролю і способам релаксації, спрямованими на зменшення морального дистресу в ситуаціях стресового впливу.

4. Закріплення навичок адекватного емоційного реагування відповідно до ситуації та вольової регуляції власних дій.

Розглянемо деякі техніки більш докладно**.**

Техніка «Самопізнання у ситуаціях морального вибору»

Мета: самоаналіз у ситуаціях морального вибору.

Інструкція. В житті важливо аби кожна людина вміла підтримувати свою мотивацію на позитивному рівні, для того щоб вона спонукала особистість до будь-якої діяльності. Самовизнання, самосхвалення дуже корисні методи формування самоповаги, оскільки людина вчиться знаходити позитив в своїх діях та розвиває почуття поваги до самої себе. Враховуючи моральні принципи й правила, які використовувалися для схвалення інших колег, поміркуйте, як би ви схвалювали себе та визнавали конкретні результати дій і результати своєї діяльності у ситуаціях морального вибору. Для того, щоб правильно обрати ситуації, маркером має буиті яскраво виражене почуття провини, яке турбувало Вас у цій ситуації.

Визначте свої сильні сторони, вміння, позитивні риси характеру й те, чим вони допомагали вам у житті та складних стресових ситуаціях морального вибору. Розширте перспективу і вийдіть за межі професійного досвіду у простр Вашого життя. Чи проявляли Ви свої сильні сторони в підлітковому, юнацькому, зрілому віці. Пригадайте ці ситуації з допомогою поданої таблиці.

Таблиця 6.5

Особистісні риси в ситуаціях морального вибору

№	Сильні сторони	Як допомагають у житті
1		

Поміркуйте й зазначте, як Ви може найкращим чином (де саме і як) скористатися ними при вирішенні етичних дилем у професійній діяльності.

Таблиця 6.6

Особистісні риси в ситуаціях морального вибору як ресурс в майбутньому

№	Сильні сторони	Де і як ними можна скористатися
1		

Важливо розпочинати психокорекційну роботу з цієї техніки, оскільки вона направлена на виявлення індивідом своїх сильних сторін, рис характеру, які позитивно впливають на життєдіяльність та вирішення професійних дилем. Для медпрацівників із високим рівнем морального дистресу ця техніка стане ключем до самовизнання, допоможе визначити моральні принципи і правила, які допоможуть правильно діяти в різних ситуаціях професійної етики.

Техніка «Мої дії для позитивного майбутнього»

Мета: самоаналіз, рефлексування над моральними емоціями та моральними діями.

Інструкція. Визначте та напишіть 5 моральних дій, які ви щоденно реалізуєте у професійній діяльності та які, як Вам відомо, приводять до бажаного майбутнього.

1. Усвідомивши корисність дій, визначте, як кожна із них пов’язана із Вашими моральними цінностями та принципами.
2. Уявіть собі на деякий час те позитивне майбутнє, яке ви створюєте.

Обрана техніка гармонійно вплетена в авторську програму, адже спрямована на футуропрактику особистості, уявлення та прогнозування свого майбутнього, визначення головних цілей та способів їх реалізації відповідно до моральних цінностей і принципів. Техніка слугує свого роду моральним компасом для особистости фахівця-медика.

Техніка «Я молодець тому, що у професійній ситуації..., вчинив/ла так, як підказувало серце»

Мета: отримати навички надання допомоги, підтримки отримувачу медичних послуг у складній ситуації, усвідомити наявність цих проявів з власного досвіду.

Інструкція. Робота у парах. Зараз одному з вас необхідно сказати три фрази, які розпочинаються словами «Мене не люблять за те, що у професійній ситуації...». Ваш партнер повинен на кожну з них відповісти фразою «Все одно, ти молодець тому, що ...». Потім потрібно помінятися ролями й повторити рольову гру.

*Обговорення.*Що відчувалося при виконанні даної вправи? Чи легко було Вам надавати допомогу іншій людині в такій формі? Що ви відчували, коли підтримували Вас? Як часто ви реагуєте на прояви отримувачів медичних послуг таким чином? Часто ви отримуєте підтримку від інших людей?

Важливість обраної вправи полягає у тому, що у стресовій ситуації взаємодії із отримувачем медичних послуг, кожна людина перебуває у стані напруги та потребує підтримку. Медпрацівники працюють в сфері «людина-людина», де складні емоційні ситуації трапляються дуже часто, і важливо, щоб вони вміли розуміти наслідки ворожого/критичного vs емпатийного і співчутливого ставлення до отримувачів медичних послуг.

Техніка «Позитивне мислення»

Інструкція. Кожному під силу розірвати ланцюг самопідтримки стресу, змінивши негативні думки на позитивні. Позитивне мислення послаблює емоційне напруження, допомагає знайти ефективне рішення за умови

наявности етичних дилем і діяти відповідно до обставин. Негативні думки, які посилюють стрес: «У мене нічого не вийде, я нічого не зроблю. Це моя провина». Позитивні, які допомагають зберегти самоконтроль: «Я зроблю все, що в моїх силах, а якщо не вийде, я зможу це пережити. Існує низка об'єктивних чинників, чому так сталося» (скористайтеся таблицею когнітивно-поведінкової терапії для опрацювання думок).

Таблиця 6.7

Робота з дисфункційними думками

Негативні думки	**Позитивні думки**
«Усе пропало»	«Це не кінець світу»
«Я невдаха»	«Я помилився», «Я – успішна людина!»
«Я повинен бути першим»	«Мені б хотілося стати першим»
«Вони зобов'язані це зробити»	«Сподіваюся, вони це зроблять»
«Не варто й починати»	«Треба хоч спробувати»
«Усе втрачено»	«Варто спробувати ще раз»
«Це безнадійно»	«Ще не все втрачено»

Отже, формула позитивного мислення звучить приблизно так: «Було б добре, якби ми завжди отримували те, що хочемо. Ми робимо для цього все, що можливе. Та якщо, попри наші зусилля, ціль не досягнута, ми почуваємося трохи розчарованими, але не впадаємо у відчай, не панікуємо, не зневажаємо себе чи інших людей».

Вибір цієї техніки обумовлюється важливістю розвивати позитивне мислення, що є основою щасливого та успішного майбутнього кожного індивіда, і головною умовою психічного здоров'я особистості.

Техніка «Мої цінності як мій моральний компас»

Інструкція. Досліджувані по черзі завершують речення. Ведучий записує відповіді на дошці. Для мене важливе значення мають такі люди…; Я вважаю себе членом цієї спільноти…; Я вірю…; Найбільш важливі для мене місця, це…; Мені дають сенс і мету в житті наступні справи та види діяльності…; Я отримую задоволення від…; Я хочу…; Найважливіші події з мого минулого, це…Найблільші мої професійні досягнення – це…7

Необхідність включення цієї техніки в комплекс програми полягає у тому, що вміння кожної людини виокремлювати свої життєві цінності, за якими буде формуватися загальне світобачення та сенс життя є надзичано важливим для уникнення морального дистресу. Також важливо визначитися із тим, що є найбільш важливим у професійному житті та особистісному житті. Адже саме ці життєві цінності допомагають реалізувати життєву програму й уникнути комплексу провини і почуття сорому.

Окрім цього у програмі використовуваліся техніки глибокого дихання, медитації та покращення усвідомленості, а також практики, які допомагають знизити тонус м’язів та посилити відчуття спокою.

Експериментальна програма когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми впроваджувалася у КЗВО «Волинський медичний інститут» у грудні 2022 року. До експериментальної (n=47) та контрольної (n=33) груп увійшли слухачі відділення післядипломної освіти загальної практики сімейної медицини, а також медсестри реанімаційних, акушерських, анестезійних, проктологічних й гастроентерологічних відділень. Для діагностики ЕЕ було використано *шкалу ставлення родини (Family Attitude Scale, FAS),* призначену для вивчення ставлення родини до осіб із хронічними захворюваннями, яка була адаптована до визначення ставлення медпрацівників до отримувачів медичних послуг (Див. Додаток А). В інструкції досліджуваних просять оцінити власне ставлення до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ упродовж останніх місяців, оцінюючи 30 тверджень за шкалою вид 0 до 30, де 0-ніколи, 4-кожен день. Високі бали за

шкалою передбачають високий рівень критичності, ворожості, та низький рівень теплоти у стосунках.

Також було використано *Опитувальник для діагностики морального дистресу у медпрацівників* (Kälvemark et al, 2004). Опитувальник містіть 9 ситуацій, які потрібно оцінити за шкалою від 1 до 4, де 1=зовсім не стресово, 2=дещо стресово, 3=достатньо стресово, 4=дуже стресово. Доброчесне ставлення до пацієнта у порівнянні з іншими пацієнтами порушена. Прикладами таких ситуацій є ситуації, коли важко адаптувати і надати інформацію, яка відповідає специфічним потребам конкретного пацієнта; коли найбільш вимогливий пацієнт отримує найшвидшу допомогу; коли пацієнти змушені чекати тривалий час, доки отримують необхідні приписані ліки й процедури; ситуації погіршення якості наданих лікувальних процедур через дефіцит часу; ситуації, у яких працівник змушений діяти всупереч власної совісті; коли колеги зовсім не розуміють необхідності прийнятих складних рішень; різні думки та цінності колег не поважаться й не толеруються, не існує колегального обговорення професійних проблем між колегами й адміністрацією. Опитувальник має зворотній обрахунок результатів, відповідно максимальний бал 36 свідчить про відсутність морального дистресу.

Для розуміння прояву морального дистресу медпрацівників та його зв'язку з ЕЕ було здійснено однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) для визначення прояву особливостей дистресу у трьох групах медпрацівників: медсестр, які працюють з особами із захворюваннями ШКТ, медсестри акушерських і реанімаційних відділень. Використання критерію Тьюкі свідчить про те, що спостерігаються відмінності у всіх трьох досліджуваних групах (див. рис. 6.8).

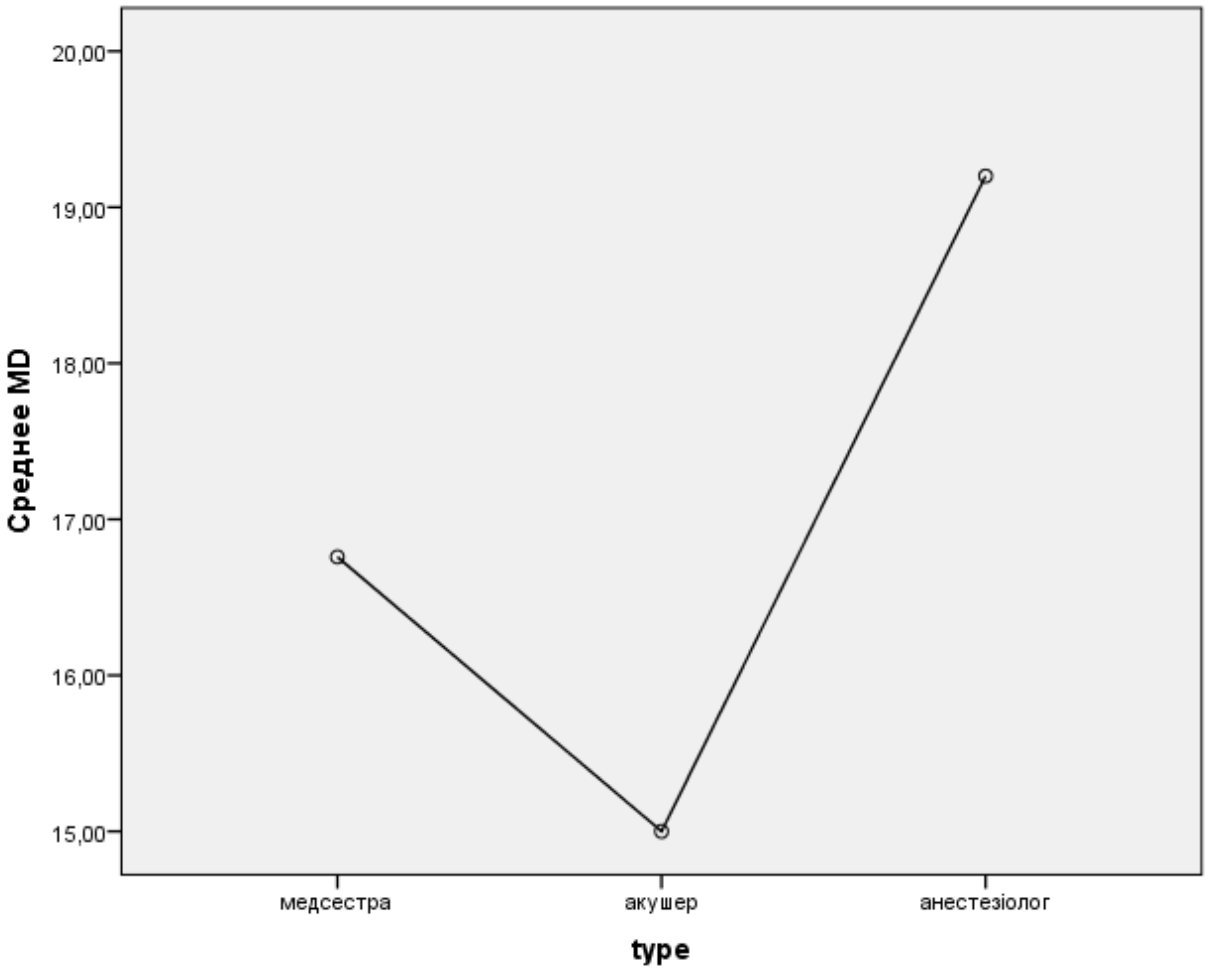


Рис. 6.8. Відмінності у показниках морального дистстресу відповідно до спеціалізації медсестр

Враховуючи зворотний обрахунок балів за опитувальником морального дистресу, можна зробити висновок, що найбільші показники мають медсестри акушерського відділення, далі моральні переживання притаманні медсестрам, які працюють в проктологічному та гастроентерологічному відділеннях. Найнижчі показники демонструють медсестри реанімаційного відділення.

Наші результати зіставляються із даними Британської медичної асоціації, згідно з якими моральний дистрес відрізняється у медпрацівників різної спеціалізації і різного профілю (British Medical Association, 2021). Результати індивідуальних бесід із медсестрами проктологічного та гастроентерологічного відділень свідчать про те, що моральний дистрес в роботі із особами із захворюваннями ШКТ виникає внаслідок високої

ургентності ситуацій, а також дефіциту ресурсів у зменшенні гострих больових синдромів цих пацієнтів.

Результати t тесту Ст'юдента між показниками ЕЕ та морального дистресу у контрольній та експериментальній групах перед впровадженням когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми є однорідними та не мають відмнностей на рівні значущості <0,05. Результати парного t тесту до і після впровадження експериментальної програми відображено у таблиці 6.5.

Таблиця 6.5

Результати t-критерію Ст'юдента для парних вибірок експериментальної і контрольної груп

Пари	Середнє значення (Стандартне відхилення) Mean (SD)	95% довірчий інтервал	t-критерій Ст'юдента	Значущість (Sig)
ЕЕ експер. гр. констатувальний зріз ЕЕ експер. гр. контрольний зріз	43,01 (6,57) 39,34 (7,83)	[-1,93;5,43]	4,221	<0,001
Моральний дистрес експер. гр. констатувальний зріз Моральний дистрес експер. гр. контрольний зріз	16,70 (4,35) 16,68 (4,23)	[-0,95;0,99]	0,044	0,965

Закінчення табл.6.5

ЕЕ контр. гр. констатувальний зріз ЕЕ контр. гр. контрольний зріз	43,73 (10,52) 44,79 (10,87)	[-3,93;1,81]	-0,753	0,457
Моральний дистрес контр. гр. констатувальний зріз Моральний дистрес контр. гр. контрольний зріз	18,00 (4,04) 18,81 (4,17)	[-2,32;0,69]	-1,107	0,271

Як видно з таблиці 6.5, значущі відмінності спостерігаються лише в показниках ЕЕ в експериментальній групі після проходження когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми. Відмінності у показниках морального дистресу як в експериментальній, так і контрольній групі виявилися незначущими. Для наочного зображення динаміки показників ЕЕ та морального дистресу, ми відобразили їх на рис. 6.9.

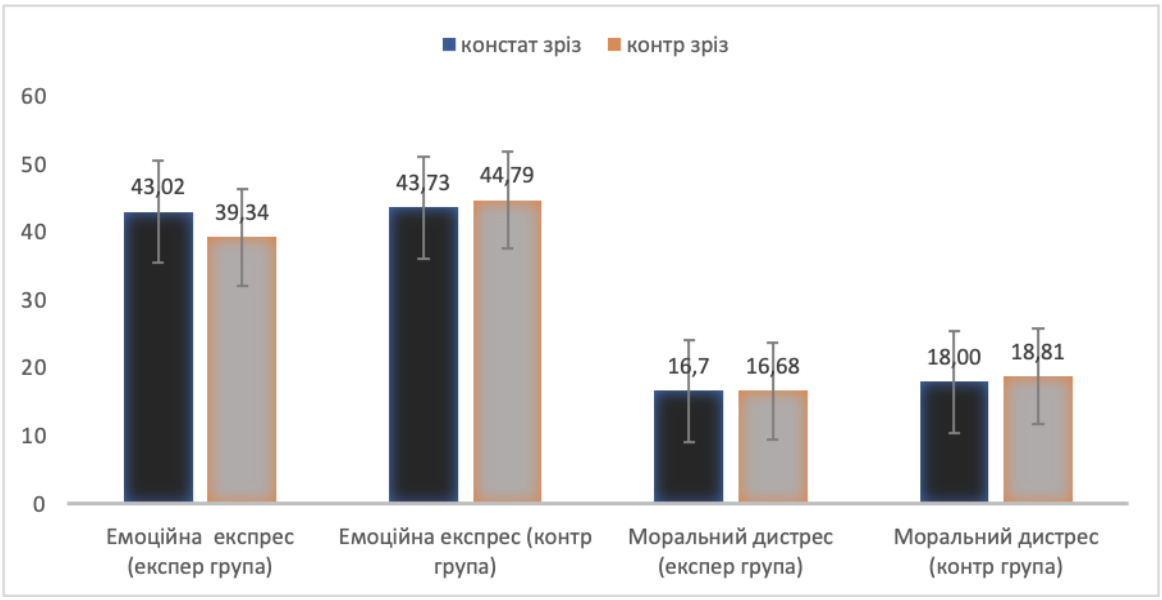


Рис. 6.9. Динаміка показників ЕЕ та морального дистресу в експериментальній і контрольній групах

Результати дослідження дають змогу дійти висновків про те, що когнітивно-поведінкова психоедукаційна програма є ефективною для зменшення показників ЕЕ у медпрацівників, які взаємодіють з особами із хронічними захворюваннями ШКТ. Водночас програма потребує більшого використання психоедукаційних і когнітивно-поведінкових технік, спрямованих на зменшення морального дистресу у медпрацівників. Зокрема вважаємо перспективами подальшого дослідження уведення у програму інтервенцій для зменшення емоцій сорому і провини у медпрацівників у результаті їхньої взаємодії з отримувачами медичних послуг та виконання професійних завдань.

6.4. Рекомендації для членів родини щодо зменшення рівня емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту

Результати теоретичного й експериментального дослідження дали нам змогу означити основні напрями в психоедукаційній роботі з родичами осіб із хронічними захворюваннями ШКТ (див. табл. 6.6).

Таблиця 6.6

Дизайн рекомендацій відповідно до вимірів та дослідницьких питань

Методологічний вимір	**Експерієнтальний вимір**	**Феноменологічний вимір**	**Психолінгвістичний вимір**	**Експериментально-формувальний вимір**
Методи самодіагностики рівня ЕЕ	Досвід переживання хронічного захворювання ШКТ (якість життя, управління хворобою й саморегуляція) та його зв'язок з ЕЕ	Розуміння відмінностей між об’єктивно існуючим ЕЕ з боку найближчого оточення та суб’єктивним переживанням ЕЕ	Розуміння типів ставлення до хвороби осіб із хронічними захворюваннями ШКТ	Риси особистості як основа прояву ЕЕ родичів до особи із хронічними захворюваннями ШКТ.

Закінчення табл. 6.6

Знання методик «Управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюванням», шкала для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (pLEE), шкала ставлення сім'ї	Взаємозв'язок між управлінням хворобою та якістю життя	Відповідність суб'єктивного переживання ЕЕ, ЕЕ з боку родичів; ЕЕ з боку медперсоналу	Зміна ставлення до хвороби шляхом зменшення прояву ЕЕ	Розуміння ЕЕ як шлях для її зниження стосовно отримувачів медичних послуг.
Розуміння природи ЕЕ та її впливу на якість життя отримувача медичних послуг	Знання і розуміння понять якість життя, якість життя, повязана з хворобою, управління хворобою й саморегуляція	Знання і розуміння важливості позитивного емоційного супроводу з боку родичів та медперсоналу	Стигма як макро-рівень прояву ЕЕ до осіб із захворюванням ШКТ з боку суспільства	

Основою розробки рекомендацій для родичів стосовно зменшення їх ЕЕ щодо отримувачів медичних послуг із хронічними захворюваннями ШКТ слугувало теоретико-емпіричне осмислення результатів вивчення ЕЕ відповідно до визначених нами вимірів: методологічного, експерієнтального, феноменологічного, психолінгвістичного та експериментально-формувального.

Відповідно до кожного виміру та отриманих результатів було складено низку рекомендацій для родичів отримувачів медичних послуг – пацієнтів гастроентерологічних й проктологічних відділень. Відповідно до кожного виміру рекомендацій здійснювалися індивідуальні бесіди з родичами у профільних відділеннях Волинської обласної клінічної лікарні.

Розглянемо основні рекомендації відповідно до кожного виміру докладніше.

Членам родини особи із хронічними захворюваннями ШКТ необхідно

Відповідно до *методологічного виміру* необхідно

1. Розуміти природу ЕЕ як критичного, ворожого та з елементами гіперопіки ставлення до особи із хронічними захворюваннями ШКТ.
2. Знати про негативний вплив ЕЕ на якість життя, пов’язану з хворобою.
3. Володіти інструментом для самооцінювання рівня ЕЕ у себе та суб’єктивного переживання ЕЕ з боку особи із хронічними захворюваннями ШКТ.

   Словниковий апарат: шкали для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (pLEE), шкала ставлення сімї (FAS), управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюванням» (HASMID).

При обговоренні цього блоку рекомендацій з членами родини у стаціонарних відділеннях, родичі були не обізнані зі специфікою ЕЕ. Як зазначало багато з них, вони розуміли, що соціальна підтримка є важливою, проте не усвідомлювали її як надійний інструмент підтримання якості життя.

Відповідно до *експерієнтального виміру* необхідно

1. Розуміти досвід переживання хронічного захворювання ШКТ.
2. Знати про якість життя, якість життя, пов’язану з хворобою, управління хворобою й саморегуляцію та їх зв'язок з ЕЕ.
3. Розуміти негативний вплив ЕЕ на якість життя, пов’язану з хворобою. в осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Словниковий апарат: досвід переживання, якість життя, якість життя, пов’язана з хворобою, управління хворобою й саморегуляція осіб із захворюванням ШКТ.

Відповідно до природи цього виміру важливо розуміти саме досвід переживання захворювання ШКТ. Як зазначали родичі, вони знали про дискомфорт отримувачів медичних послуг, але не усвідомлювали, що значною мірою якість життя, пов’язана з хворобою, залежить від них. Більшою мірою родини вважає, що якість життя, пов’язана з хворобою – це справа самої особи із захворюванням.

Відповідно до *феноменологічного виміру* необхідно

1. Розуміти відмінності у розумінні відмінностей між об’єктивно існуючим ЕЕ з боку найближчого оточення та суб’єктивним переживанням ЕЕ особою із хронічним захворюванням ШКТ.
2. Знати про відповідність ЕЕ: відповідність суб’єктивного переживання ЕЕ отримувачами медичних послуг, об’єктивного рівня ЕЕ з боку родичів; об’єктивного рівня ЕЕ з боку медперсоналу.
3. Налагоджувати співпрацю з медперсоналом для створення сприятливого емоційного супроводу отримувача медичних послуг.

   Словниковий апарат: суб’єктивне переживання ЕЕ отримувачами медичних послуг, об’єктивний рівень ЕЕ з боку родичів; об’єктивний рівень ЕЕ з боку медперсоналу.

Відповідно до *психолінгвістичного виміру* необхідно

1. Розуміти типи ставлення до хвороби осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

2. Усвідомлювати, що тип ставлення можна змінити шляхом зниження ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Словниковий апарат: типи ставлення до хвороби осіб із захворюванням ШКТ.

Упродовж індивідуальних бесід із родичами було з'ясовано, що вони не знаютьпро типи ставлення до хвороби та їхній можливий зв'язок з ЕЕ. Особлива увага була приділена найбільш поширеними типам у наративах про хворобу, зокрема тривожному типові із іпохондричним варіантом, меланхолійному типові та паранояльному типові ставлення до хвороби. Також обговорювалася стигма як макро-рівень прояву ЕЕ до осіб із захворюванням ШКТ з боку суспільства. Були здійснені дискусії стосовно того, як ставлення до отримувача медичних послуг може змінити його ставлення до хвороби.

При обговоренні рекомендацій відповідно до цього виміру основна увага приділялася відмінностям між ставленням родини до особи із захворюванням та тим, яка ця особа може це ставлення сприймати. Під час обговорення з родичами ми допомагали їм зрозуміти та менталізувати те, як може сприйматися їхня гіперопіка, критичність та ворожість. Чи завжди ставлення, яке розуміють родичі відповідає ставленню медперсонаду та суб'єктивному переживанню цього ставлення самою особою.

Відповідно до *експериментально-формувального виміру* необхідно

1. Розуміти риси особистості як основу прояву ЕЕ родичів до особи із хронічними захворюваннями
2. Розуміння природи ЕЕ та її особливостей як шлях для її зниження.

Словниковий апарат: основи прояву та динаміка ЕЕ.

Розроблені рекомендації оформлені у вигляді інформаційного буклету знаходяться у проктологічному й гастроентерологічному відділеннях Волинської обласної клінічної лікарні як дорожня карта для родичів осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Висновки до розділу 6

У розділі висвітлено результати особливостей прояву ЕЕ з боку піклувальників та з боку медпрацівників. Також викладено результати дослідження відповідно до експериментально-формувальних дослідницьких запитань.

Встановлено, що ЕЕ пов’язана як з темпераментними рисами родичів, так і характеристиками самих отримувачів медичних послуг. Встановлено позитивні кореляційні зв’язки між показниками ЕЕ родичів та циклотимічним типом; депресивним типом та дратівливим типом. Водночас спостерігаємо помірний негативний кореляційній зв'язок між ЕЕ та гіпертимним типом. Таким чином, родичі із циклотимічним, депресивним та дратівливим типами спрямовані на уникнення невдачі, тоді як родичі з гіпертимним типом вирізняються послідовною и цілеспрямованою поведінкою у стосунках з отримувачами медичних послуг, що зіставляється з моделлю рис особистості.

Ставлення до отримувачів медичних послуг з боку медперсоналу часто пов’язане із моральними емоціями провини і сорому цих фахівців, які виникають внаслідок необхідності прийняття вимушених рішень в ургентних ситуаціях у клінічній практиці, тому у нашому дослідженні моральний дистрес пов’язується з ЕЕ з боку медпрацівників стосовно отримувачів медичних послуг. Моральний дистрес тлумачиться як емоційні переживання, пов’язані з вирішенням етичних професійних дилем, які часто зустрічаються у професійній діяльності медиків. Глибший погляд на природу морального дистресу, який пов’язується із необхідністю прийняття рішень в умовах обмежених ресурсів, доброчесного ставлення до пацієнтів, і стосується взаємодії медпрацівників й отримувачів медичних послуг загалом, дає змогу зіставити моральний дистрес із проявами ЕЕ як критичного, ворожого, з елементами гіперопіки ставлення до пацієнтів. Встановлено значущі відмінності між показниками морального дистресу у трьох групах

досліджуваних: медсестр акушерського відділення, медсестр реанімаційного та проктологічному й гастроентерологічному відділеннях. Визначено, що найвищі показники мають медсестри акушерського відділення, дещо нижчі – медсестрам, які працюють в проктологічному та гастроентерологічному відділеннях. Найнижчі показники демонструють медсестри реанімаційного відділення. Встановлено, що моральний дистрес в роботі із особами із захворюваннями ШКТ вникає внаслідок високої ургентності ситуацій, а також дефіциту ресурсів у зменшенні гострих больових синдромів цих пацієнтів.

Результати проведеного опитування дали змогу визначити основні проблеми в ставленні медпрацівників до отримувачів медичних послуг и означити основні напрями роботи в експериментальній когнітивно-поведінковій психоедукаційній програмі для медпрацівників. До таких напрямів належить інформування по природу ЕЕ та її види, а також вплив ЕЕ на якість життя, пов’язану із хворобою, управління хворобою та саморегуляцію; визначення емоційної гіперопіки як виду ЕЕ, що негативно впливає на якість життя отримувачів медичних послуг; важливість менталізації для розуміння причин поведінки отримувачів медичних послуг та важливості власного позитивного ставлення до останніх у контексті їхньої якості життя.

Завдання когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми – зменшити почуття провини, розгубленості, безпорадності та надмірної відповідальності медпрацівників (моральний дистрес), які, своєю чергою, пов’язані із критичним, ворожим та з елементами гіперопіки ставленням до отримувачів медичних послуг із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Програма складається з 3 модулів, кожен з яких триває 6 годин, має свої цілі та зміст. Результати природного експерименту дають змогу дійти висновків про те, що когнітивно-поведінкова психоедукаційна програма є ефективною для зменшення показників ЕЕ у медпрацівників, які взаємодіють з особами із хронічними захворюваннями

ШКТ. Водночас програма потребує більшого використання психоедукаційних і когнітивно-поведінкових технік, спрямованих на зменшення морального дистресу у медпрацівників. Зокрема вважаємо перспективами подальшого дослідження уведення у програму інтервенцій для зменшення емоцій сорому і провини, а також ефективного прийняття рішень в умовах дефіциту ресурсів у медпрацівників в результаті їхньої взаємодії з отримувачами медичних послуг та виконання професійних завдань.

Основою розробки рекомендацій для родичів стосовно зменшення їх ЕЕ щодо отримувачів медичних послуг із хронічними захворюваннями ШКТ слугувало теоретико-емпіричне осмислення результатів вивчення ЕЕ відповідно до визначених нами вимірів: методологічного, експерієнтального, феноменологічного, психолінгвістичного та експериментально-формувального.

Відповідно до кожного виміру та отриманих результатів було складено низку рекомендацій для родичів отримувачів медичних послуг – пацієнтів гастроентерологічних й проктологічних відділень. Відповідно до кожного виміру рекомендацій здійснювалися індивідуальні бесіди з родичами у профільних відділеннях Волинської обласної клінічної лікарні.

Розроблені рекомендації оформлені у вигляді інформаційного буклету знаходяться у проктологічному й гастроентерологічному відділеннях Волинської обласної клінічної лікарні як дорожня карта для родичів осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній праці було сформульовано експерієнтальні, методологічні, феноменологічні, психолінгвістичні та експериментально-формувальні дослідницькі запитання. Результати теоретико-емпіричного дослідження відповідно до цих запитань дали змогу дійти таких узагальнень.

1. ЕЕ – це конструкт, що означає ключові особливості ставлення до особи із хронічним захворюванням, які виражаються в позитивних коментарях, теплоті, критичності, емоційній гіперопіці та ворожості. Услід за сучасними зарубіжними дослідженнями, визначаємо ЕЕ як конструкт, що виражає виключно негативне у сукупності критичного, ворожого та з елементами гіперопіки ставлення до отримувача медичних послуг. Незважаючи на подібність конструкту ЕЕ до категорії ставлення, визначено відмінності у їхньому концептуальному полі. Встановлено, що ЕЕ доцільно розглядати як окремий вид ставлення, оскільки категорія ставлення, по-перше, є ширшою й охоплює позитивну взаємодію поряд із негативною, по-друге, є методологічно-обґрунтованою у вітчизняній літературі. До найважливіших відмінностей між цими поняттями належать ширший діапазон категорії ставлення порівняно із ЕЕ, обумовленість ставлення ціннісно-смисловою сферою особистості, а також різні описові параметри: види і рівні для ЕЕ та модуси, інтенсивність та широта для категорії ставлення.

Визначено особливості ставлення осіб із захворюваннями ШКТ до хвороби, зокрема виявлено переважання тривожного типу ставлення до своєї хвороби, який включає обсесивно-фобічний та іпохондричний варіанти. Окрім тривожного типу визначено меланхолійний, апатійний та паранояльний типи ставлення до хвороби. Виявлено психологічні наслідки хронічних захворювань ШКТ порівняно з іншими хворобами, зокрема для цих осіб притаманною може бути генералізована тривожність, депресія,

обмежена соціальна активність. Важливою поведінковою особливістю цих осіб є необхідність пожиттєвого дотримання дієти, що робить підтримку найближчого оточення надто важливою для забезпечення якості життя та ефективного управління хворобою.

2. За результатами теоретичного аналізу літератури виокремлено біопсихосоціальну модель, моделі одужання та емоційного дистресу як методологічні засади дослідження ЕЕ з боку родичів та медперсоналу стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. Біопсихосоціальна модель передбачає дослідження взаємозв'язку здоров'я та управління хворобою, особистісних рис піклувальників та отримувачів медичних послуг, ЕЕ родини (мікро-система) та медперсоналу (мезо-система) щодо особи з захворюваннями ШКТ та ефект ЕЕ на її якість життя, психологічне благополуччя; вплив пандемії COVID-19 (екосистема) на стан здоров'я та благополуччя осіб із захворюваннями ШКТ; вплив стигми (макро-система) щодо осіб із захворюваннями на якість життя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. Модель одужання передбачає конструктивне ставлення отримувача медичних послуг до хвороби, ефективне управління хворобою та саморегуляцію як важливі чинники якості життя, пов'язаної із хворобою. Модель емоційного дистресу передбачає вивчення об'єктивного рівня ЕЕ з боку родини та медперсоналу, а також суб'єктивного переживання цього ЕЕ отримувачами медичних послуг, що виражається у відповідному реципрокному профілі ЕЕ між отримувачем медичних послуг-родичем-медпрацівником. Модель емоційного дистресу також передбачає спільні процеси самодопомоги та психосоціальної підтримки як базового рівня для зменшення емоційного дистресу, викликаного захворюванням.

Розроблення методологічних засад дослідження ЕЕ найближчого оточення до осіб із хронічними захворюваннями ШКТ дало змогу підібрати адекватний меті і завданням дослідження психодіагностичний інструментарій та здійснити комплексне вивчення конструкту ЕЕ у поєднанні кількісних та якісних методів дослідження.

Результати проведеного дослідження з культурної адаптації та стандартизації опитувальника «Управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюванням» (Health and Self-Management in Disease-HASMID) дають змогу дійти висновків про її високі психометричні властивості. Здійснено культурну адаптацію шкали для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE) відповідно до рекомендацій, наданих ВООЗ за чотирьох-етапною процедурою, зокрема етапами прямого перекладу; роботою групи експертів для зворотного перекладу, претестування та когнітивного інтерв'ю, отримання остаточної версії.

3. Результати дослідження відповідно до експерієнтальних дослідницьких запитань дали змогу визначити особливості якості різних сфер життя, якості життя, пов'язаної із хворобою, а також особливості управління хворобою та саморегуляцій осіб із хронічними захворюваннями ШКТ. Встановлено, що переважна більшість досліджуваних має низький і середній рівні якості життя, а також низький та середній рівні управління хворобою й саморегуляції. Найбільш задоволеними з усіх сфер якості життя для отримувачів медичних послуг є сфери соціальної підтримки і взаємодії з родиною. Примітно, що не зважаючи на високо оцінені сфери соціальної взаємодії, найменш розвиненими аспектами є організація власного відпочинку та стан благополуччя загалом. Визначено факторну структуру управління хворобою та саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, яка представлена такими основними компонентами: ефективна соціальна взаємодія; відсутність рецидивів хвороби й гострих симптомів; контрольованість перебігу захворювання. При цьому саме компонент соціальної взаємодії має найбільші факторні навантаження, що свідчить про важливість соціальної підтримки цих осіб. Результати кореляційного аналізу управління хворобою та різних аспектів якості життя дали змогу встановити, що ефективне управління хворобою та саморегуляція осіб із хронічними захворюваннями ШКТ сприяє ефективній реалізації цих осіб у

таких сферах якості життя, як професійна діяльність, харчова поведінка та фізичне здоров'я.

Враховуючи важливість фактора соціальної взаємодії у структурі управління хворобою та важливість екосистеми (пандемія) з погляду біопсихосоціальної моделі, було здійснене дослідження якості життя і благополуччя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ під час соціальної ізоляції й карантинних обмежень упродовж пандемії. Результати дослідження свідчать про те, що в отримувачів медичних послуг з діагнозом ШКТ не спостерігаються яскраво виражені прояви психічних проблем у період пандемії COVID-19. Водночас високими показниками є відчуття болю та загального виснаження організму. Результати індивідуальних бесід із досліджуваними про основні переживання у період пандемії свідчать про те, що домінуючими тривогами цієї групи пацієнтів є перестороги щодо вчасного отримання медичної допомоги.

Результати дослідження ЕЕ у контексті управління хворобою та якості життя свідчать про те, що найбільший кореляційний зв'язок спостерігається між труднощами управління хворобою та рівнем ЕЕ, інакше кажучи, збільшення ворожого, критичного та з елементами гіперопіки ставлення до особи із захворюваннями ШКТ призводить до поглиблення труднощів, викликаних хворобою. Встановлено значущі відмінності у показниках ЕЕ між групами з низьким і високим рівнями управління хворобою та саморегуляцією. Особи із високим рівнем управління хворобою та саморегуляції асоціюються із нижчим рівнем ЕЕ стосовно них з боку родини. Результати регресійного аналізу з медіацією свідчать про те, що ЕЕ здійснює опосередкований вплив на управління хворобою й саморегуляцію осіб через значущий ефект ЕЕ на взаємодію труднощів, пов'язаних із хворобою, та втомлюваності. Таким чином, встановлено непрямий ефект ЕЕ як сукупності критики, ворожості та емоційної гіперопіки з боку родини на наявність труднощів, пов'язаних із хворобою сукупно з втомлюваністю. Таким чином, високий рівень ЕЕ погіршує

досвід проживання хронічного захворювання отримувача медичних послуг в термінах його якості життя, пов’язаної із хворобою та управління хворобою й саморегуляції.

4. Результати проведеного дослідження відповідно до феноменологічних дослідницьких завдань дали змогу зробити узагальнення стосовно феноменології ЕЕ, визначити реципрокність ЕЕ та підтвердити зв'язок між *об’єктивним* сімейним кліматом й особливостями *суб’єктивного переживання* цього клімату особами із хронічними захворюваннями. Таким чином, визначено необхідність вивчати ЕЕ як на *об’єктивному рівні* її прояву з боку найближчого оточення, так і на рівні *суб’єктивного переживання ЕЕ* отримувачами медичних послуг. Встановлено кореляційні зв’язки між суб’єктивними переживаннями ЕЕ отримувачів медичних послуг з боку родини та суб’єктивними переживаннями ЕЕ з боку медперсоналу. Такі результати можуть свідчити про особливості суб’єктивного переживання ЕЕ, що зумовлено не лише об’єктивним ставленням з боку родини чи медпрацівників, а й особистісною диспозицією отримувачів медичних послуг, які поглиблюють їхню чутливість чи вразливість до критики, ворожості та надлишкової гіперопіки.

Визначено особливості *суб’єктивного переживання ЕЕ* та якості життя, пов’язаної із хворобою, та управління хворобою й саморегуляції відповідно до демографічних характеристик. Зокрема встановлено, що особи із захворюваннями ШКТ не мають відмінностей *суб’єктивного переживання ЕЕ* у групах відповідно до статі, сімейного чи професійного статусу. Водночас встановлено значущі відмінності у показниках стану здоров’я та якості життя, пов’язаної з хворобою, відповідно до сімейного стану. Так, в одружених осіб із хронічними захворюваннями ШКТ якість життя і стан здоров’я кращий. Встановлено вищі показники стану здоров’я у працюючої групи порівняно із тими, хто не працює. Результати дослідження різних субшкал *суб’єктивного переживання ЕЕ* відповідно до демографічних

характеристик свідчать про те, що спостерігаються вищі показники *суб'єктивного переживання нестачі підтримки та роздратування* одруженими користувачами медичних послуг. Окрім цього нестачу підтримки більшою мірою відчувають жінки порівняно із чоловіками. Встановлено, що об'єктивне ставлення родини до особи із захворюванням, суб'єктивне переживання цього ставлення особами із захворюваннями ШКТ (сприйнята ЕЕ з боку родичів), суб'єктивне переживання ставлення з боку медпрацівників особами із захворюваннями ШКТ (сприйнята ЕЕ з боку медиків) та стан здоров'я сукупно є предикторами якості життя користувачів медичних послуг. Водночас лише дві із цих змінних – ставлення родини до користувача медичних послуг та стан здоров'я є значущими незалежними предикторами якості життя.

Встановлено особливості *об'єктивного рівня ЕЕ* з боку піклувальників відповідно до їхніх демографічних характеристик, зокрема спостерігається вищий рівень ЕЕ у партнерів порівняно з іншими піклувальниками, інакше кажучи, шлюбні партнери виражають більшою мірою критичність, ворожість та елементи гіперопіки порівняно з іншими родичами. Встановлено помірний кореляційний зв'язок між *сприйнятою критичністю з боку члена сім'ї* та *сприйнятою власною критичністю стосовно родича.* Ці результати вказують на те, що існує відповідний (реципрокний) стиль ЕЕ як з боку родини до особи із хронічним захворюванням, так і з боку цієї особи до родича. Інакше кажучи, якщо особа із захворюваннями ШКТ сприймає ставлення родича як критичне, вона також вирізняється підвищеною критичністю до нього.

5. Результати дослідження дали змогу виокремити медичні наративи та наративи про хворобу як тексти, що відображають взаємодію отримувача медичних послуг, його родини та медперсоналу. Результати психолінгвістичного аналізу письмових наративів медпрацівників «Мій досвід роботи із особами із хронічними захворюваннями ШКТ під час пандемії» дали змогу виділити такі основні психологічні категорії: емоції, соціальні контакти, афекти, когнітивні процеси, мотиви, робота, фокус на

теперішньому, здоров’я, час, сім’я. Ці категорії дають змогу визначити основні фактори ризику та фактори ресурсу медпрацівників у їхній взаємодії з отримувачами медичних послуг під час пандемії.

Результати аналізу відсоткового розподілу типів наративів свідчать про те, що у групі медпрацівників із низьким рівнем ЕЕ переважають емоційно-негативні та амбівалентні наративи. У групі з середнім рівнем ЕЕ переважають амбівалентні та емоційно-негативні наративи. У групі із високим рівнем ЕЕ представлено один травматичний наратив та емоційно-негативні наративи.

Результати психолінгвістичного дослідження наративів піклувальників на тему: «Вплив хвороби моєї близької людини на життя нашої сім’ї» дають змогу визначити прояви ЕЕ стосовно отримувачів медичних послуг, а також її зв'язок з лінгвістичними й психологічними категоріями, які можуть слугувати вербальними маркерами ЕЕ. Виявлено що висока ЕЕ з боку родичів пов'язана з порівняно синтаксично коротшими реченнями та низькою частотністю вживання дієслів. Водночас, установлено значущий позитивний кореляційний зв'язок між високим рівнем ЕЕ піклувальників та психологічно значущими категоріями афекту, негативних емоцій та сім'ї. Таким чином, високий рівень ЕЕ притаманний піклувальникам, для яких сім’я та сімейні стосунки є цінністю. Навпаки, частота категорії інсайту, представленої дієсловами зі значенням усвідомлення та розуміння, має негативний значущий кореляційний зв'язок з ЕЕ. Відповідно, можна припустити, що однією з причин поганих стосунків між отримувачем медичних послуг та родиною є недостатнє розуміння різних проблем, пов'язаних зі здоров'ям особи із хронічним захворюванням.

Результати вивчення наративів як комунікативних сімейних моделей прояву ЕЕ вказують на зв'язок між сприйнятою ЕЕ в отримувачів медичних послуг із хронічними захворюваннями ШКТ та провідними структурними компонентами наративів про хворобу: агентивністю, спільністю та зв’язністю. Дослідження виявило, що об’єктивний рівень критичності та

сприйнята критичність відіграють фундаментальну роль у формуванні ЕЕ як несприятливого сімейного клімату для отримувачів медичних послуг із хронічними захворюваннями ШКТ.

Результати контент-аналізу та психолінгвістичного аналізу наративів про хворобу дають змогу зробити висновки, що не існує чистих типів ставлення до хвороби, можна визначити лише переважаючий тип ставлення. У досліджуваних було встановлено усі типи ставлень до хвороби окрім апатичного. Найбільш поширеними у наративах про хворобу є тривожний тип із іпохондричним варіантом, меланхолійний та параноїдальний типи ставлення до хвороби. Встановлено, що стигма – це комплексне вираження ЕЕ до отримувачів медичних послуг з боку суспільства, що у біопсихосоціальному підході досліджується нами на рівні макросистеми.

Примітно, що переважна більшість наративів (94 %) виражає зовнішню стигму щодо осіб із хронічним захворюванням. Серед причин стигми, які простежуються в наративах, найбільш поширеними є недостатня обізнаність суспільства про хворобу, що більшою мірою притаманні параноїдальному типу ставлення до хвороби, та те, що хвороба є прогресуючою й невиліковною, що притаманне переважно тривожному типу ставлення до хвороби.

6. Встановлено, що ЕЕ пов’язана як з темпераментними рисами родичів, так і з характеристиками самих отримувачів медичних послуг. Встановлено позитивні кореляційні зв’язки між показниками ЕЕ родичів та циклотимним типом; депресивним типом та дратівливим типом. Водночас спостерігаємо помірний негативний кореляційній зв'язок між ЕЕ та гіпертимним типом. Таким чином, родичі із циклотимним, депресивним та дратівливим типами спрямовані на уникнення невдачі, тоді як родичі з гіпертимним типом вирізняються послідовною і цілеспрямованою поведінкою у стосунках з отримувачами медичних послуг, що зіставляється з моделлю рис особистості.

Ставлення до отримувачів медичних послуг з боку медперсоналу часто пов’язане із моральними емоціями провини і сорому цих фахівців, які

виникають внаслідок необхідності прийняття вимушених рішень в ургентних ситуаціях у клінічній практиці, тому у нашому дослідженні моральний дистрес пов'язується з ЕЕ з боку медпрацівників стосовно отримувачів медичних послуг. Моральний дистрес тлумачиться як емоційні переживання, пов'язані з вирішенням етичних професійних дилем, які часто трапляються у професійній діяльності медиків. Глибший погляд на природу морального дистресу, який пов'язується із необхідністю прийняття рішень в умовах обмежених ресурсів, доброчесного ставлення до пацієнтів, і стосується взаємодії медпрацівників й отримувачів медичних послуг загалом, дає змогу зіставити моральний дистрес із проявами ЕЕ як критичного, ворожого, з елементами гіперопіки ставлення до пацієнтів. Встановлено значущі відмінності між показниками морального дистресу у трьох групах досліджуваних: медсестр акушерського відділення, медсестр проктологічного й гастроентерологічного відділень, медсестр реанімаційного відділення. Визначено, що найвищі показники мають медсестри акушерського відділення, дещо нижчі – медсестри, які працюють в проктологічному та гастроентерологічному відділеннях. Найнижчі показники демонструють медсестри реанімаційного відділення. Встановлено, що моральний дистрес в роботі із особами із захворюваннями ШКТ виникає внаслідок високої ургентності ситуацій, а також дефіциту ресурсів у зменшенні гострих больових синдромів цих пацієнтів.

Результати проведеного опитування дали змогу визначити основні проблеми в ставленні медпрацівників до отримувачів медичних послуг и означити основні напрями роботи в експериментальній когнітивно-поведінковій психоедукаційній програмі для медпрацівників. До таких напрямів належить інформування по природу ЕЕ та її види, а також вплив ЕЕ на якість життя, пов'язану із хворобою, управління хворобою та саморегуляцію; визначення емоційної гіперопіки як виду ЕЕ, що негативно впливає на якість життя отримувачів медичних послуг; важливість менталізації для розуміння причин поведінки отримувачів медичних послуг

та важливості власного позитивного ставлення до останніх у контексті їхньої якості життя.

Завдання когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми – зменшити почуття провини, розгубленості, безпорадності та надмірної відповідальності медпрацівників (моральний дистрес), які, своєю чергою, пов’язані із критичним, ворожим та з елементами гіперопіки ставленням до отримувачів медичних послуг із хронічними захворюваннями ШКТ. Програма складається з 3 модулів, кожен з яких триває 6 годин, має свої цілі та зміст. Результати природного експерименту дають змогу дійти висновків про те, що когнітивно-поведінкова психоедукаційна програма є ефективною для зменшення показників ЕЕ у медпрацівників, які взаємодіють з особами із хронічними захворюваннями ШКТ. Водночас програма потребує більшого використання психоедукаційних і когнітивно-поведінкових технік, спрямованих на зменшення морального дистресу у медпрацівників. Зокрема, перспективами подальшого дослідження вважаємо уведення в програму інтервенцій для зменшення емоцій сорому і провини, а також ефективного прийняття рішень в умовах дефіциту ресурсів у медпрацівників внаслідок їхньої взаємодії з отримувачами медичних послуг та виконання професійних завдань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Барбашина Э.В. (2019). Принцип автономии пациента: за и против. *Вестник Томского государственного университета, 449*, 64–70.
2. Барбашина Э.В. (2020). Проблемы медицинского нарратива. *Идеи и идеалы, 3*(1), 152–163.
3. Барт Р. (1987). Введение в структурный анализ повествовательных текстов. Зарубежная эстетика и теория литературы XIX—XX вв.: трактаты, статьи, эссе. Москва: МГУ. С. 387- 422.
4. Богучарова О. І. (2009) Ставлення курсантів МВС України до здорового стилю життя : гендерний аспект. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*, 1(21), 15–20.
5. Брокмейер Й., Харре Р. (2000). Нарратив: проблемы и обещания одной альтернативной парадигмы. *Вопросы философии, 3*, 29-42.
6. Брунер Дж. (2005). Жизнь как навратив. *Постнеклассическая психология, 1*. С. 9–30.
7. Бурлачук, Л. Ф., & Шебанова, В. І. (2015). Локус каузальності як фактор трансформації внутрішньої картини життєдіяльності особистості з розладами харчової поведінки. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Сер. Психологічні науки: Зб. наук. праць, 1*(46), 53–66.
8. Бурлачук, Л., & Денисиевская, А. Е. (2020). Проявления тревоги и депрессии как факторы субъективного качества сна. *Пензенский психологический вестник, 2,* 27-37.
9. Ван Дейк Т. Язык. Познание. Коммуникация. Москва: Прогресс, 1989. 308 с.
10. Васильчик, А. А., Дрофич, Р. Ю., Литовченко, С. П., Барабаш, О. О., Павелко, Я. І., Жовтюк, М. В., & Кітура, О. Є. (2019). Психологічні особливості та якість життя хворих на гастроезофагеальну рефлюксну

хворобу. Актуальні питання клінічної медицини : тези доп Всеукр. наук.-практ. конф. лікарів-інтернів, 23 травня 2019 р. Полтава, (13–14).

11. Вірна, Ж. (2013). Аксіологія якості життя особистості. *Психологія особистості 1*, 104-112.
12. Волошко, Н. І. (2011). Детермінанти ставлення до здоров'я і здорового способу життя. *Проблеми сучасної психології 11,* 115-124.
13. Гошовський, Я. (2011). Феноменологія депривації: системний теоретико-емпіричний дискурс. *Психологія і суспільство*, *1*(43), 85-85.
14. Гошовський, Я., Гошовська Д. (2016). Основні типологічні параметри феномену психічної депривації. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*, *1*, 218-228.
15. Дейк, ван Т. А. Язык. Познание. (2000). Коммуникация. Б.: БГК им. И.А. Бодуэна де Куртенэ. 308 с.
16. Денисенко, М. К. (2011). Работа с семьями больных шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия*, *21*(4), 104-110.
17. Дильтей В. Собрание сочинений. (2000). В 6 т. Т. 1. Введение в науки о духе / пер. с нем. под ред. В.С. Малахова. Москва: Дом интеллектуальной книги. 762 с.
18. Довідник діагностичних критеріїв DSM 5 від Американської психіатричної асоціації. (2023). Львів: Галицька видавнича спілка. 536 с.
19. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я. Офіц. вид. Київ: Парлам. вид-во, 2002. (додаток до Наказу Міністерства охорони здоров'я №117 від 29.03.2002).
20. Дрюченко, М. О., & Маркова, М. В. (2017). Стан подружньої та дитяче-батьківської взаємодії в структурі сімейного функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію. *ScienceRise: Medical Science*, 1(9), 39-48.
21. Дубічинський, В. В. (2008). Сучасний тлумачний словник української мови: 100 000 слів/[за заг. ред. д-ра філол. наук, проф. ВВ Дубічинського]. Харків: Школа. 1008 с.

22. Засєкіна Л., Козігора М. (2020). Крос-культурна адаптація та стандартизація шкали симптомів моральної травми. *Психологічні перспективи, 39,* 139-152.
23. Засєкіна, Л. В., Засєкін, С. В. (2008). Психолінгвістична діагностика. Луцьк: Вежа, 2008.
24. Калитиевская Е. Р. (1985). Психологические факторы в развитии гипертонической и язвенной болезни в подростковом и юношеском возрасте. *Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях. Респ.сб.научн.трудов*, 141-143.
25. Карабаева А. Г. (2003). Нарратив в науке и образовании. *Инновации и образование: сборник материалов конференции. Серия «Symposium», 29*, 89-96.
26. Карпенко, З. С. (2006). Методологічний паралелізм у психотерапії: наратив проти гештальту. *Наук. часопис Нац. пед. ун-ту ім. МП Драгоманова. 12*, 128-130.
27. Клімчук В. (2015). Мотиваційний дискурс особистості: на шляху до соціальної психології мотивації. Монографія. Житомир: ЖДУ імені Івана Франка. 290 с.
28. Козлов, В. В., Мазилов, В. А., & Фетискин, Н. П. (2018). Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. Институт психотерапии и клинической психологии. 720 с.
29. Колотильщикова Е.А., Голенищенко А.В., Зотова А.В., Штакельберг О.Ю. (2019). Выраженные эмоции при нервно-психических расстройствах. *Вестник психотерапии, 71*(76), 108–126.
30. Константинович Т. В. (2008). Психологічний статус хворих на бронхіальну астму та методи його корекції. *News of Medicine and Pharmacy. Аллергология и пульмонология*, 246, 42-52.
31. Коркина М. В., Марилов В. В. (1987). Особенности формирования и течения психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта. *Журнал невропатологии и психиатрии, 11,* 1697-1700.

32. Кочарян А. С., Кочарян С. А. (2014). Особенности организации аффективной сферы у психосоматических больных. *Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології : зб. тез конф., присвяч. 210-річчю Харк. нац. ун-ту імені В. Н. Каразіна, 14-15 квіт. 2014 р.*, Харків, (316-319).

33. Кочарян А.С., Терещенко Н.Н., Яворская Е.В. (2011). Дисфункциональные супружеские отношения в контексте синдрома «эмоционального холода». *Вісник Харківського національного університету. Серія «Психологія», 959,* 61-64.

34. Крупельницька, Л. Ф., & Шпортун, О. М. (2016). Психологічні підходи до побудови регуляторно-рівневої моделі гумору. *Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць, 34,* 281-303.

35. Кулагина, И. В., & Лысенко, В. Г. (2019). Исследование отношения к здоровью у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. *Психологическое благополучие современного человека* (pp. 393-396).

36. Кулаков С. А. (2005). Основы психосоматики. СПб.: Речь. 288 с.

37. Лазорко, О. В., & Шевцова, Т. Є. (2020). Емпіричні референти емоційної безпеки професіонала. *Психологічні перспективи, 36,* 159-173.

38. Ложкін, Г., Глуханюк, Н., & Волянюк, Н. (2003). Проблема суб'єкта як теоретична основа професіоналізації особистості. *Психологія і суспільство,* 2(12), 97-103.

39. Максименко С. Д. (1998) Психологія в соціальній та педагогічній практиці: методологія, методи, програми, процедури: навч. посіб. для вищ. шк. Київ: Наук. Думка. 226 с.

40. Максименко, С. Д., Болтівець, С. І., Кокун, О. М., Гуменюк, Г. В., Здіорук, С. І., & Губенко, О. В. (2012). Психологічне обґрунтування заходів пропагування психогігієнічного виховання і здорового способу життя серед сучасної молоді. Київ: ДП «Інформ.-аналіт. Агенство». 152 с.

41. Маркова, М. В., & Діхтяр, В. О. (2010). Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору

психотерапевтичного потенціалу сім'ї. *Український вісник психоневрології*, 18(3), 133-134.

42. Маркова, М. В., & Косенко, К. А. (2014). Психотерапія в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: обґрунтування, загальні підходи, специфічні особливості. *Український вісник психоневрології, 3*(80).69-73.
43. Мушкевич, М. І., Федоренко, Р. П., Дучимінська, Т. І., Магдисюк, Л. І. (2018). Психологія молодої сім'ї. Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк: Вежа-Друк. 235 с.
44. Мясищев В. Н. (1998) Психология отношений: Избранные психологические труды. Ин-т практической психологи; МОДЭК. 362 с.
45. Орап, М. О. (2016). Наративні технології у подоланні критичних ситуацій життя. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя. Зб. наук. праць.* Суми: СумДПУ, 279-281.
46. Пастрик Т. В. (2020). Емоційна експресивність vs емоційне ставлення до осіб із хронічними захворюваннями: концептуалізація понять. *Психологія та соціальна робота, 1*(51), 154-164.
47. Пастрик Т. В. (2021). Емоційна експресивність у контексті ставлення до себе, до інших і до світу. *Науковий вісник ХДУ. Психологічні науки, 4,* 55 – 61.
48. Пастрик Т. В. (2021). Здоров'я та психологічний добробут осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту під час карантинних обмежень COVID-19. *Наукові записки національного університету «Острозька академія». Психологія, 12,* 12–17.
49. Пастрик Т. В. (2021). Психологічні прояви емоційної експресивності стосовно осіб із медичними діагнозами. *Психологія та соціальна робота*, 1(53), 132 – 142.
50. Пастрик Т. (2022). Психічні стани медпрацівників у кризових ситуаціях під час пандемії COVID-19. Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості : матеріали XIV міжнар. наук.- практ. конф.

(м. Луцьк, 7 – 8 квіт. 2022 р.) / за заг. ред. М. І. Магдисюк. Луцьк: Вежа-Друк. С. 130 – 133.

51. Пастрик Т.В. (2022). Психічні стани медпрацівників у кризових ситуаціях під час пандемії COVID-19. Актуальні проблеми екстремальної та кризової психології : зб. тез Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 21 лютого 2022р.). Дніпро: ДДУВС. (66-69). URL: https://er.dduvs.in.ua/handle/123456789/9538

52. Пастрик Т.В. (2022). Ефективне спілкування членів родини з особою із хронічним захворюванням як чинник здоров'я громади Комунікація і спілкування в XXI столітті: *Збірник наукових робіт учасників Всеукраїнського круглого столу: «Комунікація і спілкування XXI столітті»* (22 лютого 2022 р. Інститут соціальної та політичної психології Національної академії педагогічних наук України, лабораторія психології спілкування) [Електронний ресурс] / за наук. ред. Г. М. Бевз, І. В. Петренко, В. І. Юрченко. Вісник педагогіки і психології, 29. К. : ІСПП НАПН України, 84 89 с. URL: http://www.psyh.kiev.ua/Збірник_наук._праць._-Випуск_29

53. Пастрик Т.В. (2022). Культурна адаптація та стандартизація опитувальника управління захворюванням та саморегуляція осіб із захворюванням. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля, 1(57-2), 154-167.

54. Пастрик Т.В. (2022). Системний огляд проблеми емоційної експресивності найближчого оточення стосовно осіб із психічними та фізичними захворюваннями. *Науковий вісник ХДУ. Психологічні науки, 2*, 109-116.

55. Пехарева, А. С. (2016). Особенности межличностных отношений часто болеющих детей. *Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты: Мат-лы VII международ. конф.. Забайкал. гос. ун-т,* (815-823).

56. Пріб Г. А., Бондар С. І. (2019). Психологічні та психоемоційні проблеми порушення життєдіяльності сім'ї при різних стилях сімейної взаємодії. *Психологічні перспективи, 34*, 206-218.

57. Савелюк Н. М. (2015). Проблема розуміння у психології: на перетині когнітивних та емотивних, особистісних та ситуаційних вимірів аналізу. Технології розвитку інтелекту, 1(9), 1-14.

58. Савченко О. (2014). Наративний аналіз як засіб дослідження досвіду на особистісному рівні. *East European Journal of Psycholinguistics*, *1*(2), 94-102.

59. Сердюк, Л. (2021). Внутрішні ресурси психологічного благополуччя особистості. *Організаційна психологія. економічна психологія*, (2-3 (23)), 91-99.

60. Тапалова О. Б. (2014а). Мотивація досягнення: феномен, дослідження, проблеми. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки: Збірник наукових праць, 4(25), 158-164.

61. Тапалова О. Б. (2014б). Мотивация достижения в норме и при психической патологии (на казахстанской выборке). Дис. д-ра психол. н. Харків: ХНУ ім. В. Н. Каразіна. 467 с.

62. Титаренко, Т. М. (2009). Наративні практики організації особистісного майбутнього. *Наукові студії із соціальної та політичної психології: зб. статей,* 11-18.

63. Троцук И.В. (2004). Нарратив как междисциплинарный методологический конструкт в современных социальных науках. *Вестник РУДН. Серия «Социология», 6-7*, 56-74.

64. Федонюк Л.Я., Пастрик Т.В. (2021). Музей як освітній простір та просвітницький ресурс у закладах вищої медсестринської освіти. *Науково-практичний журнал «Медсестринство», 4*, 16-17.

65. Хомуленко Т. Б., Крамченкова В. О., Туркова Д. М., Лесніченко Н.П., Миронович Б.С. (2020). Методика діагностики тілесного локусу контролю. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. "Психологія"*, 62, 293-316.

66. Хомуленко, Т., Кислова, І., Лесніченко, Н. (2021). Психологічні особливості тілесного я жінок, хворих на рак репродуктивної системи. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди" Психология"*, 63, 107-116.
67. Чабан О.С., Хаустова О.О. (2020). Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів). *Нейроnews:психоневрологія та нейропсихіатрія*, 3(114), 26-36.
68. Чепелева Н. В. (2013). Методологические основы исследования личности в контексте психологической герменевтики. *Мат-лы Всеросс. науч.-практ. конф. с международным уч., посвященной 20-летию факультета психологии ОмГУ им. Ф. М. Достоевского (Омск, 3–4 октября 2013 г.) / под ред. Л. И. Дементий. Омск : Изд-во Ом. гос. ун-та.*
69. Чепелева Н.В. (2005). Социокультурные факторы понимания и интерпретации личного опыта. Актуальні проблеми психології: Психологічна герменевтика, 2(3), 6-13.
70. Червинська, О. М. (2013). Психосоматика. психосоматичні розлади. психосоматичний підхід. *Український науково-медичний молодіжний журнал*, 2, 70-72.
71. Чорна, В. В., Хлєстова, С. С., Гуменюк, Н. І., Махнюк, В. М., & Сидорчук, Т. М. (2020). Показники захворюваності і поширеності та сучасні погляди на профілактику хвороб. Вісник Вінницького національного медичного університету, 24(1), 158-164.
72. Шевченко Н.Ф. (2005). Становлення професійної свідомості практичних психологів у процесі фахової підготовки: монографія. Київ: Міленіум, 2005. 298 с.
73. Шлейермахер Ф. (2004). Герменевтика / пер. с нем. А.Л. Вольского. СПб.: Европейский дом. 242 с.
74. Шпильовий І. В. (2016). Персонологічні властивості та ставлення до хвороби у жінок із невротичними тривожно-депресивними розладами різного психогенезу (вимушених переселенців та дружин

військовослужбовців–учасників АТО). *Вісник наукових досліджень*, *4*, 103-107.

75. Шпортун, О. М. (2021). Методи психологічної корекції синдрому COVID-стресу. International scientific and practical conference. Lublin: Publishing house “Baltija Publishing” (233-236)
76. Шпортун, О., & Матвеєв, О. (2020). До питань дослідження внутрішньої картини хвороби. IX Міжнародна науково-практична конференція “Sciemce and practice of today”, Ankara. (616-619).
77. Ягенський, А. В., & Січкарук, І. М. (2007). Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці. *Журнал внутрішньої медицини*, *3*(3), 21-24.
78. A Comparative Analysis of the Culture of Biomedicine: Disclosure and Consequences for Treatment in the Practice of Oncology. (1995). In M-J. D.V. Good, T. Munakata, Y. Kobayashi, C. Mattingly, (Eds.). Health and Health Care in Developing Countries. (pp. 180–210). Philadelphia: Temple University Press.
79. Abazari, K., Malekpour, M., Ghamarani, A., Abedi, A., & Faramarzi, S. (2016). Expressed Emotion and Alexithymia in Mothers of Autistic Children. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 7(4), 419.
80. Adler, J. M., Chin, E. D., Kolisetty, A. P., & Oltmanns, T. F. (2012). The distinguishing characteristics of narrative identity in adults with features of borderline personality disorder: An empirical investigation. *Journal of Personality Disorders*, *26*(4), 498-512.
81. Akiskal, H. S., Mendlowicz, M. V., Jean-Louis, G., Rapaport, M. H., Kelsoe, J. R., Gillin, J. C., & Smith, T. L. (2005). TEMPS-A: validation of a short version of a self-rated instrument designed to measure variations in temperament. *Journal of affective disorders*, *85*(1-2), 45-52.
82. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy's role with mental health recovery. URL: https://www.aota.org/-/media/corporate/files/aboutot/professionals/whatisot/mh/facts/mental-health-recovery.pdf

83. Anderson, B. J. (1990). Diabetes and adaptation in family systems. In C. S. Holmes (Ed.), *Neuropsychological and behavioral aspects of diabetes* (pp. 85–101). New York: Springer-Verlag.
84. Andreu, Y., Picazo, C., Murgui, S., Soto-Rubio, A., García-Conde, A., & Romero, R. (2023). Exploring the independent association of employment status to cancer survivors' health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, *21*(1), 1-12.
85. Argaman, O. (2010). Linguistic markers and emotional intensity. *Journal of psycholinguistic research*, *39*(2), 89-99.
86. Atuel, H. R., Barr, N., Jones, E., Greenberg, N., Williamson, V., Schumacher, M. R., ... & Castro, C. A. (2021). Understanding moral injury from a character domain perspective. Journal of Theoretical and Philosophical Psychology, 41(3), 155-173.
87. Austin, C. L., Saylor, R., & Finley, P. J. (2017). Moral distress in physicians and nurses: Impact on professional quality of life and turnover. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 9(4), 399.
88. Awad A.G., Voruganti L.N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. Pharmaco Economics, 26. 149–162.
89. Ayilara, O., Ogunwale, A., & Babalola, E. (2017). Perceived expressed emotions in relatives of patients with severe mental illness: A comparative study. *Psychiatry Research, 257,* 137-143.
90. Babalola, E., Noel, P., & White, R. (2017). The biopsychosocial approach and global mental health: Synergies and opportunities. *Indian Journal of Social Psychiatry*, *33*(4), 291-296.
91. Ball, A., Moore, E., & Kuipers, E. (1992). Expressed emotion in community care staff. *Social Psychiatry, 27,* 35-39.
92. Barbato A., D'Avanzo B. (2000). Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102,* 81–97.

93. Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173.

94. Baronet, A.M. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature. Clin Psychol Review, 19, 819–841.

95. Barrowclough, C., Tarrier, N., & Johnston, M. (1996). Distress, expressed emotion, and attributions in relatives of schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, *22*(4), 691–702.

96. Bastin, C., Harrison, B. J., Davey, C. G., Moll, J., & Whittle, S. (2016). Feelings of shame, embarrassment and guilt and their neural correlates: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 71,* 455-471.

97. Bauer, P. V., Hamr, S. C., & Duca, F. A. (2016). Regulation of energy balance by a gut–brain axis and involvement of the gut microbiota. *Cellular and Molecular Life Sciences*, *73*(4), 737-755.

98. Bauman R. (1998). Story, Performance and Event: Contextual Studies of Oral Narrative. Cambridge: Cambridge University Press. 144 p.

99. Berry, K., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2011). The role of expressed emotion in relationships between psychiatric staff and people with a diagnosis of psychosis: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(5), 958-972.

100. Bertram, S., Kurland, M., Lydick, E., Locke, G.R., Yawn, B.P. (2001). The patient's perspective of irritable bowel syndrome. *Journal of Family Practice*, *50*(6), 521–525.

101. Bhugra D., McKenzie K. (2003). Expressed emotion across cultures. Advances in Psych. Treatment, 9(5), 342–348.

102. Bloch S., Hafner J., Harari E., Szmukler G.I. (1994). The family in clinical psychia- try (Oxford Medical Publications). Oxford University Press, 312 p.

103. Bogojevic, G., Ziravac, L., & Zigmund, D. (2015). Impact of expressed emotion on the course of schizophrenia. *European Psychiatry, 30*, 390.

104. Bonsaksen, T. (2012), Exploring gender differences in quality of life, *Mental Health Review Journal*, 17(1), 39-49.

105. Bonsaksen, T., & Lerdal, A. (2012). Relationships between physical activity, symptoms and quality of life among inpatients with severe mental illness. *British Journal of Occupational Therapy*, *75*(2), 69-75.

106. Borrell-Carrio, F., Suchman, A. & Epstein, R., 2004. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582.

107. Bradley, C. (1988). Stress and diabetes. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health* (pp. 383–401). Chichester, UK: John Wiley.

108. Brewin, C. R., MacCarthy, B., Duda, K., & Vaughn, C. E. (1991). Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 546.

109. British Medical Association. (2021). Moral distress and moral injury recognising and tackling it for UK doctors. *British Medical Association, London*.

110. Brokerhof, I. M., Ybema, J. F., & Bal, P. M. (2020). Illness narratives and chronic patients' sustainable employability: The impact of positive work stories. *PloS ONE, 15*(2), e0228581.

111. Bronfenbrenner, U. (1992). *Ecological systems theory*. Jessica Kingsley Publishers.

112. Brown G.W., Carstairs G.M., Topping G. (1958). Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet, 27*(2), 685–688.

113. Brown G. W., Carstairs G. M. & Topping G. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine, 16,* 55.

114. Brown G.W. (1985). The discovery of expressed emotion: Induction or deduction? In J. Leff, C. Vaughn, (Eds.). Expressed emotion in families. (pp. 7–25). Guilford Press, 1985.

115. Brown G.W., Monck E.M., Carstairs G.M., Wing J.K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. Br. J. Prev. Soc. Medicine, 16(2), 55–68.

116. Brown, G. W. (1959). Experiences of discharged chronic schizophrenic patients in various types of living group. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, *37*(2), 105-131.

117. Brown, G. W., & Rutte, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human Relations, 19*(3), 241-263.

118. Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry, 121,* 241–258.

119. Brown, G. W., Carstairs, G. M., & Topping, G. (1958). Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *The Lancet*, *272*(7048), 685-689.

120. Brunnquell, D., & Michaelson, C. M. (2016). Moral hazard in pediatrics. *American Journal of Bioethics, 16*(7), 29– 38.

121. Bury M.R. Health and Illness in a Changing Society. London: Routledge, 1997. 240 p.

122. Bury M.R. (2000). Postmodernity and health. Modernity, Medicine and Health, G. Scambler, G. Higgs, (Eds.). Routledge. 260 p.

123. Bury M.R. (2001). Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health & Illness, 23*(3), 263–285.

124. Buttler, D. (2022). Employment Status and Well-Being Among Young Individuals. Why Do We Observe Cross-Country Differences?. *Soc Indic Res, 164,* 409–437

125. Butzlaff R.L., Hooley J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch. Gen. Psychiatry, 55,* 547–552.

126. Campbell, S., Connie M., Grady, U., Grady, C. (2016). A Broader Understanding of Moral Distress. *American Journal of Bioethics 16*(12), 2–9.

127. Carbajal, A. B., Boluarte, A. S., Boluarte, A. R., & Soto, C. M. (2020). Working conditions and emotional impact in healthcare workers during COVID-19 pandemic. *Journal of Healthcare Quality Research, 35*(6), 401.

128. Carlton, J., Rowen, D., & Elliott, J. (2020). Assessment of the psychometric properties and refinement of the Health and Self-Management in Diabetes Questionnaire (HASMID). *Health and Quality of Life Outcomes*, *18*(1), 1-11.

129. Castillo, E. G., Ijadi-Maghsoodi, R., Shadravan, S., Moore, E., Mensah, M. O., Docherty, M., ... & Wells, K. B. (2019). Community interventions to promote mental health and social equity. *Current Psychiatry Reports*, 21(5), 1-14.

130. Chambless D.L., Steketee G. (1999). Expressed emotion and behavior therapy out- come: a prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *J. Consult. Clin. Psychology, 67,* 658–665.

131. Cherry, M. G., Taylor, P. J., Brown, S. L., & Sellwood, W. (2018). Attachment, mentalisation and expressed emotion in carers of people with long-term mental health difficulties. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 1-11.

132. Cole, J. D., & Kazarian, S. S. (1988). The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, *44*(3), 392-397.

133. Cole, R. E., & Reiss, D. (1993). How do families cope with chronic illness? London: Hillsdale.

134. Çolpan, M., Eray, Ş., Eren, E., & Vural, A. P. (2018). Perceived Expressed Emotion, Emotional and Behavioral Problems and Self-Esteem in Obese Adolescents: A Case-Control Study. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, *10(*4), 357.

135. Cook, W. L., Strachan, A. M., Goldstein, M. J., & Miklowitz, D. J. (1989). Expressed emotion and reciprocal affective relationships in families of disturbed adolescents. *Family Process*, *28*(3), 337-348.

136. Corbari, S. D., & Grimm, I. J. (2020). A pandemia de covid-19 e os impactos no setor do turismo em Curitiba (PR): uma análise preliminar. *Ateliê do Turismo*, *4*(2), 1-26.

137. Cregg, R., Momin, A., Rugiero, F., Wood, J. N., & Zhao, J. (2010). Pain channelopathies. *The Journal of Physiology*, *588*(11), 1897-1904.

138. Cromby, J., Harper, D., & Reavey, P. (2017). *Psychology, mental health and distress*. Bloomsbury Publishing.

139. DeCleene, K. E., & Fogo, J. (2012). Publication Manual of the American Psychological Association. *Occupational Therapy in Health Care*, *26*(1), 90-92.

140. Devlin, N., Roudijk, B., & Ludwig, K. (2022). Value Sets for EQ-5D-5L: A Compendium, Comparative Review & User Guide. Springer.

141. Dixon L., Adams C., Lucksted A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr. Bulletin, 26*(1), 5–20.

142. Dogan, B., Ozmen, S., Memis, C. O., Sair, A., Akyol, A., & Sevincok, L. (2020). Affective temperament traits may explain high expressed emotion in caregivers of patients with Alzheimer's disease. Psychogeriatrics, 20(5), 746-753.

143. Dozier, M., Stevenson, A. L., Lee, S. W., & Velligan, D. I. (1991). Attachment organization and familial overinvolvement for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology, 3*(4), 475–489.

144. Drossman, D. (1998). Presidential address: Gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosomatic Medicine, 60*(3), 258-267.

145. Drossman, D.A., Chang, L., Schneck, S., Blackman, C., Norton, W.F., Norton, N.J. (2009). A focus group assessment of patient perspectives on irritable bowel syndrome and illness severity. *Digestive Diseases and Sciences*, *54*(7), 1532–1541.

146. Duclos, J., Dorard, G., Cook-Darzens, S., Curt, F., Faucher, S., Berthoz, S., & Godart, N. (2018). Predictive factors for outcome in adolescents with

anorexia nervosa: To what extent does parental Expressed Emotion play a role? PloS One, 13(7).

147. Eisner, L. R., & Johnson, S. L. (2008). An acceptance-based psychoeducation intervention to reduce expressed emotion in relatives of bipolar patients. *Behavior Therapy*, *39*(4), 375-385.

148. Ellis, J. D., Resko, S. M., Brown, S., Agius, E., Kollin, R., & Burlaka, V. (2020). Correlates of Expressed Emotion Among Family Members of Individuals Who Sought Treatment for Opioid Use. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 208*(11), 870-875.

149. Enck P., Kowalski A., Martens U., Klosterhalfen S. (2006). Internet-based assessment of bowel symptoms and quality of life. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, *18*(12), 1263–1269.

150. Engel, G. L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences, 310*(1), 169-181.

151. Epstein, E. G., Whitehead, P. B, Prompahakul, C, Thacker, L. R, Hamric A. B. (2019). Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. AJOB Empirical Bioethics, *10(2)*, 113–24.

152. Etkin, A., Egner, T., Kalisch, R., 2011. Emotional processing in anterior cingulate and medial prefrontal cortex. Trends in cognitive sciences 15, 85-93.

153. Evidence for divergent validity across two samples. *Journal of Family Psychology, 33*(2), 133–142.

154. Eypasch, E., Williams, J.I., Wood-Dauphinee, S, Ure, B., Schmulling, C, Neugebauer, E, Troidl, H. (1995). Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. *British Journal of Surgery*, *82*(2), 216–222.

155. Falloon I., Boyd J., McGill C. [et al.] (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two year longitudinal study. Arch. Gen. Psychiatry, 42(9), 887–896.

156. Fan, B. W. S. (2014). Measuring Perceived Expressed Emotion of Elderly with Schizophrenia: A One-Year Follow-Up Study. *International Journal of Mental Health*, *43*(2), 3–16.

157. Feng X., Astell-Burt T. (2017). Impact of a type 2 diabetes diagnosis on mental health, contacts: a longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 5. e000198.

158. Fichter M.M., Glynn S.M., Weyerer S. [et al.] (1997). Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism. *Fam. Process, 36*(2), 203–221.

159. Fischmann-Havstad L., Marston A.R. (1984).Weight loss maintenance as an aspect of family emotion and process. *Br. J. Clin. Psychology*, *23*, 265–271.

160. Flanagan, D.A., Wagner, H.L. (1991). Expressed emotion and panic-fear in the pre- diction of diet treatment compliance. Br. J. Clin. Psychology, 30, 231–240.

161. Fogler J.M., Tompson M.C., Steketee G., Hofmann S.G. (2007). Influence of ex- pressed emotion and perceived criticism on cognitive-behavioral therapy for social phobia. Behav. Res. Ther, 45(2), 235–239.

162. Forster, J., Finlayson, S., Bentall, R., Day, J., Randall, F., Wood, P., … Healy, d. (2003). The perceived expressed emotion in staff scale. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10(1), 109–117.

163. Försterling, F., Schuster, B., & Morgenstern, M. (2005). Perspectives of causal attributions: A study of couples and depression. *Journal of Social and clinical psychology*, *24*(6), 793-810.

164. Frank A.W. (2014). Special report: Narrative Ethics: The Role of Stories in Bioethics. Hastings Center Report, 16–20.

165. Frank A.W. The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics. Chicago: University of Chicago Press, 2013. 280 p.

166. Fromm-Reichmann F. (1948). Notes on the development of treatment of schizo- phrenics by psychoanalytic psychotherapy. Psychiatry, 11(3), 263–273.

167. Garcia-Lopez L.J., Díaz-Castela M.M., Muela-Martinez J.A., Espinosa-Fernandez L. (2014). Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement? J. Anxiety Disorders, 28(8), 812–822.

168. Garcia-Lopez L.J., Muela J.M., Espinosa-Fernandez L., Diaz-Castela M. (2009). Exploring the relevance of expressed emotion to the treatment of social anxiety disorder in adolescence. J. Adolesc.,32, 1371–1376.

169. Gatchel, & Oordt, M. S. (2003). *Clinical health psychology and primary care : practical advice and clinical guidance for successful collaboration* (1st ed.). American Psychological Association.

170. Gergen K.J., Gergen M.M. (1986). Narrative form and the construction of psychological science. Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct. T.R. Sarbin, Ed. Praeger, 303 p.

171. Gerlsma C., van der Lubbe P.M. & van Nieuwenhuizen C. (1992) Factor analysis of the level of expressed emotion scale: a questionnaire intended to measure ‘perceived expressed emotion. *British Journal of Psychiatry 160*, 385–389.

172. Goffman, E. (1997). Selections from stigma. *The disability studies reader*, *203*, 215.

173. Good, T. L., & Brophy, J. E. (1995). *Contemporary educational psychology* (5th ed.). Longman/Addison Wesley Longman.

174. Gottschalk, L. A., & Gleser, G. C. (1979). *The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior*. Univ of California Press.

175. Greenley, J. R. (1986). Social control and expressed emotion. *The Journal of nervous and mental disease*, *174*(1), 24-30.

176. Hahlweg, K., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Magaña, A. B., Mintz, J., Doane, J. A., ... & Snyder, K. S. (1989). Expressed emotion and patient-relative interaction in families of recent onset schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*(1), 11.

177. Haidt J. (2003) Elevation and the positive psychology of morality. In: Keyes CLHJ, editor. Positive psychology and the life well-lived. (pp. 275–289). Flourishing.

178. Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A., Gerlsma, C., & Meeus, W. (2007). Does the level of expressed emotion (LEE) questionnaire have the same factor structure for adolescents as it has for adults?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(3), 215-220.

179. Han, K.T., Park, E.C., Kim, J.H., Kim, S.J., Park, S. (2014). Is marital status associated with quality of life? *Health Qual Life Outcomes*, 12(109).

180. Harré, R., & Gillett, G. (1994). *The Discursive Mind*. Sage Publications.

181. Harré, R.,Brockmeier, J., Mühlhäuser, P. (1999). Greenspeak: A Study of Environmental Discourse. Sage Publications: Thousand Oaks.

182. Hayhurst H., Cooper Z., Paykel E.S. [et al.] (1997). Expressed emotion and depres- sion. A longitudinal study. *Br. J. Psychiatry, 171*, 439–443.

183. Hayta, S. B., Guner, R., Akyol, M., Albayrak, F., Kuğu, N., & Ozcelik, S. (2018). Increased expressed emotion in patients with psoriasis. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia, 13*(1), 9.

184. Hedges, F. (2005). *An introduction to systemic therapy with individuals: A social constructionist approach*. Macmillan International Higher Education.

185. Hedlund, S., Fichter, M.M., Quadflieg, N., Brandl, C. (2003). Expressed emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: a 6-year investigation. *Eat.Weight Disord, 8,* 26–35.

186. Hellman, A.P. (2005). Narrative and Illness: the Death of a Doctor's Friend. *The Medical Journal of Australia*, *182*(1), 9–11.

187. Hogarty G.E., Anderson C.M., Reiss D.J. [et al.] (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. Arch. Gen. Psychiatry, 43(7), 633–642.

188. Hooley J.M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. Annu. Rev. Clin. Psychology, 3, 329–352.

189. Hooley J.M., Campbell C. (2002). Control and controllability: Beliefs and behavior in high and low expressed emotion relatives. *Psychological Medicine, 6,* 1091–1099.

190. Hooley J.M., Gruber S.A., Parker H.A. [et al.] (2009). Cortico-limbic response to personally challenging emotional stimuli after complete recovery from depression. Psychiatry Research, 30, 172(1), 83–91.

191. Hooley J.M., Hoffman P.D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome of borderline personality disorder. Am. J. Psychiatry, 156, 1557– 1562.

192. Hooley J.M., Orley J., Teasdale J.D. (1986). Levels of expressed emotion and re- lapse in depressed patients. Br. J. Psychiatry, 148, 642–647.

193. Hooley J.M., Rosen L.R., Richters J.E. (1995). Expressed emotion: Toward clarification of a critical construct. In G.A. Miller (Ed.). The Behavioral High-Risk Paradigm in Psychopathology. (pp. 88– 120). Springer-Verlag New York Inc.

194. Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, *9*(3), 135-151.

195. Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, *9*(3), 135-151.

196. Hooley, J. M., & Licht, D. M. (1997). Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*(2), 298.

197. Hooley, J. M., & Parker, H. A. (2006). Measuring expressed emotion: An evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*, *20*(3), 386.

198. Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, *98*(3), 229.

199. Hydén, L. C. (2008). Broken and vicarious voices in narratives. *Health, illness and culture: Broken Narratives*, 36-53.

200. Hydén L., Brockmeier J. (2008). Introduction: The Field of Illness Narratives. In L.C. Hydén and J. Brockmeier, (Eds.). Health, Culture and Illness: Broken Narratives. Routledge.

201. Jacob, K. S. (2015). Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Indian journal of psychological medicine*, *37*(2), 117-119.

202. Jameton, A. (1984). Nursing practice: The ethical issues. Englewood Cliffs.

203. Jenkins, J. H., & Karno, M. (1992). The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research. *American Journal of Psychiatry, 149*(1), 9-21.

204. Jiménez-Herrera, M. F., Llauradó-Serra, M., Acebedo-Urdiales, S., Bazo-Hernández, L., Font-Jiménez, I., & Axelsson, C. (2020). Emotions and feelings in critical and emergency caring situations: A qualitative study. *BMC Nursing*, *19*(1), 1-10.

205. Jovarauskaite, L., Murphy, D., Truskauskaite-Kuneviciene, I., Dumarkaite, A., Andersson, G., & Kazlauskas, E. (2022). Associations between moral injury and ICD-11 post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD among help-seeking nurses: a cross-sectional study. *BMJ Open, 12*(5), e056289.

206. Kälvemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, *58*(6), 1075-1084.

207. Karunamuni, N., & Imayama, I. Goonetilleke (2020)'Pathways to well-being; untangling the causal relationships among biopsychosocial variables'. *Social Science and Medicine, 112846.*

208. Kavanagh D.J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. Br. J. Psychiatry, 160, 601–620.

209. Kavanagh, D. J., O'Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D., Piatkowska, O., Tennant, C., & Rosen, A. (1997). The Family Attitude Scale: reliability

and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. Psychiatry research, 70(3), 185-195.

210. Klausner, E. J., Koenigsberg, H. W., Skolnick, N., Chung, H., Rosnick, P., Pelino, D., & Campbell, R. (1995). Perceived familial criticism and glucose control in insulin-dependent diabetes mellitus. *International Journal of Mental Health*, *24*(2), 67-75.

211. Koenigsberg, H. W., Klausner, E., Pelino, D., Rosnick, P., & Campbell, R. (1993). Expressed emotion and glucose control in insulin-dependent diabetes mellitus. *The American Journal of Psychiatry*, *150*, 1114.

212. Krajbich, I., Adolphs, R., Tranel, D., Denburg, N.L., Camerer, C.F., (2009). Economic games quantify diminished sense of guilt in patients with damage to the prefrontal cortex. *The Journal of Neuroscience 29,* 2188-2192.

213. Kuipers, L., Sturgeon, D., Berkowitz, R., & Leff, J. (1983). Characteristics of expressed emotion: Its relationship to speech and looking in schizophrenic patients and their relatives. *British Journal of Clinical Psychology*, *22*(4), 257-264.

214. Lai, C. W., & Trimble, M. R. (1997). Stress and epilepsy. *Journal of Epilepsy*, *10*(4), 177-186.

215. Lam, D.H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. Psychol. Med., 21(2), 423–441.

216. Langdon, P. E., Yágüez, L., & Kuipers, E. (2007). Staff working with people who have intellectual disabilities within secure hospitals: Expressed emotion and its relationship to burnout, stress and coping. *Journal of Intellectual Disabilities*, *11*(4), 343-357.

217. Lawrence C. Medicine in the Making of Modern Britain, 1700–1920. London: Routledge, 1991.

218. le Grange D., Eisler I., Dare C., Hodes M. (1992). Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. J. Fam. Therapy, 14(2), 177–192.

219. Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*, 87, 123-127.

220. Leech, R., Kamourieh, S., Beckmann, C.F., Sharp, D.J., 2011. Fractionating the default mode network: distinct contributions of the ventral and dorsal posterior cingulate cortex to cognitive control. *The Journal of Neuroscience, 31*, 3217-3224.

221. Leff J., Kuipers L., Berkowitz R. [et al.] (1982). A controlled trial of social inter- vention in the families of schizophrenic patients. *Br. J. Psychiatry, 141*, 121–134.

222. Leff, J., & Vaughn, C. (1985). Expressed emotion in families: Its significance for mental illness. Guilford Press.

223. Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Guilford Press.

224. Linell P. The Written Language Bias in Linguistics. London: Routledge, 2005. 256 p.

225. Linzer, M., & Poplau, S. (2021). Eliminating burnout and moral injury: Bolder steps required. EClinicalMedicine

226. Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review, 29*(8), 695-706.

227. Litz, B. T., & Kerig, P. K. (2019). Introduction to the special issue on moral injury: Conceptual challenges, methodological issues, and clinical applications. *Journal of Traumatic Stress, 32*(3), 341-349.

228. Lopez, S. R., Hipke, K. N., Polo, A. J., Jenkins, J. H., Karno, M., Vaughn, C., & Snyder, K. S. (2004). Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: Family warmth matters. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 428-439.

229. López, S. R., Ramírez García, J. I., Ullman, J. B., Kopelowicz, A., Jenkins, J., Breitborde, N. J., & Placencia, P. (2009). Cultural variability in the manifestation of expressed emotion. *Family Process, 48*(2), 179-194.

230. Louvardi, M., Pelekasis, P., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2020). Mental health in chronic disease patients during the COVID-19 quarantine in Greece. *Palliative & Supportive Care*, 18(4), 394-399.

231. Ludvigsson, J. F., Roy, A., Lebwohl, B., Green, P. H., & Emilsson, L. (2017). Anxiety and depression in caregivers of individuals with celiac disease—a population-based study. *Digestive and Liver Disease, 49*(3), 273-279.

232. Magaña A.B., Goldstein J.M., Karno M. [et al.]. (1986). A brief method for assess- ing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. Psychiatry Research, 17(3), 203–221.

233. Magaña, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., Miklowitz, D. J., Jenkins, J., & Falloon, I. R. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research, 17*(3), 203-212.

234. Malla, A., Joober, R., & Garcia, A. (2015). "Mental illness is like any other medical illness": a critical examination of the statement and its impact on patient care and society. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, *40*(3), 147-150.

235. Masland, S. R., Drabu, S., & Hooley, J. M. (2019). Is perceived criticism an independent construct? *Journal of Family Psychology, 33*(2), 133–142

236. Mazaheri, M. (2015). Difficulties in emotion regulation and mindfulness in psychological and somatic symptoms of functional gastrointestinal disorders. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, *9*(4).

237. McFarlane W.R., Lukens E., Link B. [et al.]. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, *52*(8), 679–687.

238. McCormick, J. B., Hammer, R. R., Farrell, R. M., Geller, G., James, K. M., Loftus, E. V., ... & Sharp, R. R. (2012). Experiences of patients with chronic

gastrointestinal conditions: in their own words. *Health and Quality of Life Outcomes*, *10*(1), 1-11.

239. Medina-Pradas, C., Navarro, J. B., López, S. R., Grau, A., & Obiols, J. E. (2011). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, *190*(2-3), 291-296.

240. Mendive, J. (2009). Emotional distress: an alternative primary care perspective. *Mental Health Fam Med.*, 6(3),125-127.

241. Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Falloon, I. R., & Doane, J. A. (1984). Interactional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics. *The British Journal of Psychiatry*, *144*(5), 482-487.

242. Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Nuechterlein K.H. [et al.]. (1998). Family factors and the course of bipolar affective disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 45(3). P. 225–231.

243. Miklowitz D.J., Goldstein. M.J. Bipolar disorder: A family-focused treatment approach. N.Y.: The Guilford Press, 1997. 318 p.

244. Miklowitz D.J., Wendel J.S., Simoneau T.L. (1998). Targeting dysfunctional family interactions and high expressed emotion in the psychosocial treatment of bipolar disorder. In session: psychotherapy in practice, 4/3, 25–38.

245. Miller, B. D., & Wood, B. L. (1997). Influence of specific emotional states on autonomic reactivity and pulmonary function in asthmatic children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(5), 669-677.

246. Moore, E., Ball, R. A., & Kuipers, L. (1992). Expressed emotion in staff working with the long-term adult mentally ill. *The British Journal of Psychiatry*, *161*(6), 802-808.

247. Moujaess, E., Kourie, H. R., & Ghosn, M. (2020). Cancer patients and research during COVID-19 pandemic: a systematic review of current evidence. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, *150*, 1029-1072.

248. Myung H.S., Furrow J.L. (2019) Expressed Emotion in Families. In Lebow J.L., Chambers A.L., Breunlin D.C. (Eds). Encyclopedia of Couple and Family Therapy. Springer, Cham.

249. Nadir, M., Hamza, M., & Mehmood, N. (2018). Assessing the extent of utilization of biopsychosocial model in doctor–patient interaction in public sector hospitals of a developing country. *Indian Journal of Psychiatry*, *60*(1), 103.

250. National Alliance on Mental Illness. URL: https://nami.org/Home

251. Nook, E.C., Dodell-Feder, D., Germine, L.T. [et al.]. (2018). Weak dorsolateral pre- frontal response to social criticism predicts worsened mood and symptoms following social conflict in people at familial risk for schizophrenia. *Neuroimage Clin*, *11*(18). P. 40–50.

252. Nuechterlein, K. H., Snyder, K. S., & Mintz, J. (1992). Paths to relapse: Possible transactional processes connecting patient illness onset, expressed emotion, and psychotic relapse. *The British Journal of Psychiatry*, *161*(S18), 88-96.

253. Nycyk, M., Rigsby-Jones, J., & Redsell, M. (2015). The Value of External Support Services when Children Transition into Foster Care: An Example of a Volunteering Project. *Children Australia*, *40*(4), 367-371.

254. O'Farrell T.J., Hooley J., Fals-Stewart W., Cutter H.S. (1998). Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. J. Consult. Clin. Psychology, 66(5), 744–752.

255. Otu, A., Charles, C. H., & Yaya, S. (2020). Mental health and psychosocial well-being during the COVID-19 pandemic: The invisible elephant in the room. *International Journal of Mental Health Systems*, *14*, 1-5.

256. Owen-Anderson, A. F., Bradley, S. J., & Zucker, K. J. (2010). Expressed emotion in mothers of boys with gender identity disorder. Journal of sex & marital therapy, 36(4), 327-345.

257. Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the

initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saúde Pública, 36,* e00054020.

258. Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (1990). Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: An analysis of aggregated data. *Psychological Medicine, 20*(4), 961–965.

259. Pastryk T., Kotys O., Dyachuk N., Milinchuk V. (2019). Conscious control in speech pathology and speech rehabilitation following stroke. *East European Journal of Psycholinguistics, 6*(2), 89–97.

260. Pastryk T., Kireieva Z., Kordunova N., Lyla M. (2021). Perceived Expressed Emotion in the Illness Narratives of Individuals with Chronic Gastrointestinal. *East European Journal of Psycholinguistics*, *8*(2), 189-200.

261. Pastryk, T. (2022). Methodology bases of studying relative's expressed emotion towards individuals with chronic gastrointestinal diseases *Psychological Prospects Journal, 39,* 306-321.

262. Pastryk, T. (2022). Conceptual models of relatives expressed emotion towards service users with gastrointestinal disease .International scientific innovations in human life. Proceedings of XII International Scientific and Practical Conference.Manchester, United Kingdom. 8-10 June, 2022 Manchester . (548-558).

263. Pastryk, T., & Kots, M. (2022). Translation and Cross-Cultural Adaptation of Expressed Emotion Measure. *East European Journal of Psycholinguistics, 9(*1), 134-144.

264. Pauli-Pott, U., Bauer, L., Becker, K., Mann, C., Müller, V., & Schloß, S. (2020). Parental positive regard and expressed emotion—prediction of developing attention deficit, oppositional and callous unemotional problems between preschool and school age. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-10.

265. Pennebaker, J. W., Boyd, R. L., Jordan, K., & Blackburn, K. (2015). *The development and psychometric properties of LIWC2015*. University of Texas at Austin.

266. Peris T.S., Miklowitz D.J. (2015). Parental expressed emotion and youth psychopa- thology: new directions for an old construct. *Child Psychiatry Hum. Dev., 46*(6), 863–873.

267. Person, H., & Keefer, L. (2021). Psychological comorbidity in gastrointestinal diseases: Update on the brain-gut-microbiome axis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *107*, 110209.

268. Peter H.I., Hand I. (1998). Patterns of patient-spouse interaction in agoraphobics: assessment by Camberwell Family Interview (CFI) and impact on outcome on self-exposure treatment / Panic and Phobias 2: Treatments and Variables Affecting Course and Outcome. I. Hand, H.-U. Wittchen (Eds.). (pp. 240–251). Springer-Verlag.

269. Pharoah F., Mari J., Rathbone J., Wong W. (2010). Family intervention for schizo- phrenia. Cochrane Database Syst. Rev., 8(12).

270. Phyllis, S., Leslie, A. & Stacey, U. (2010). The relationship of case managers' expressed emotion to clients' outcomes. Social *Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(2), 165-174.

271. Pilling S., Bebbington P., Kuipers E. [et al.]. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol. Med., 32*(5), 763–782.

272. Pourmand D., Kavanagh D.J., Vaughan K. (2005). Expressed emotion as predictor of relapse in patients with comorbid psychoses and substance use disorder. *Aust. N.Z. J. Psychiatry, 39*(6), 473–478.

273. Ranjan, L. K., Gujar, N. M., & Gupta, P. R. (2022). Sociodemographic predictors of perceived expressed emotions and self-esteem in persons with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, *27*(1), 35-40.

274. Rees, J, O'Boyle, C, MacDonagh, R. (2001). Quality of life: impact of chronic illness on the partner. *Journal R Soc Med., 94*(11), 563-566.

275. Rendtorff, J.D. (2002). Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – towards a foundation

of bioethics and biolaw. *Medicine Health Care and Philosophy, 5*(3), 235–244.

276. Rienecke, R. D. (2018). Expressed Emotion and Eating Disorders: An Updated Review. *Current Psychiatry Reviews*, 14(2), 84-98.

277. Rienecke, R. D., & Richmond, R. L. (2017). Psychopathology and expressed emotion in parents of patients with eating disorders: Relation to patient symptom severity. *Eating Disorders*, *25*(4), 318-329.

278. Rogers, L. E. (1973). Dyadic systems and transactional communication in a family context. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 33*(11-A), 6450–6451.

279. Romero-Gonzalez, M., Chandler, S., & Simonoff, E. (2018). The relationship of parental expressed emotion to co-occurring psychopathology in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities, 72*, 152-165.

280. Rosen, A., Cahill, J. M., & Dugdale, L. S. (2022). Moral injury in health care: identification and repair in the COVID-19 era. *Journal of General Internal Medicine, 37*(14), 3739-3743.

281. Rosenfarb I.S., Goldstein M.J., Mintz J., Nuechterlein K.H. (1995). Expressed emo- tion and subclinical psychopathology observable within the transactions between schizophrenic patients and their family members. *J. Abnorm. Psychology, 104*(2). 259–267.

282. Russo, C., Sera, F., Jin, Z., Palmieri, V., Homma, S., Rundek, T., ... & Di Tullio, M. R. (2016). Abdominal adiposity, general obesity, and subclinical systolic dysfunction in the elderly: A population-based cohort study. *European journal of heart failure*, 18(5), 537-544.

283. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719.

284. Safavi, R., Berry, K., & Wearden, A. (2018). Expressed emotion, burden, and distress in significant others of people with dementia. *Journal of Family Psychology, 32*(6), 835.

285. Sahebi, A., Nejati, B., Moayedi, S., Yousefi, K., Torres, M., & Golitaleb, M. (2021). The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 110*, 247.

286. Sandler R. S, Everhart J. E, Donowitz M., Adams E., Cronin K., Goodman C., Gemmen E., Shah S., Avdic A., Rubin R. (2002). The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology*, *122*(5), 1500–1511.

287. Scazufca, M., & Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, *168*(5), 580–587.

288. Schiff, M., Zasiekina, L., Pat-Horenczyk, R., & Benbenishty, R. (2021). COVID-Related Functional Difficulties and Concerns Among University Students During COVID-19 Pandemic: A Binational Perspective. *Journal of Community Health*, 46(4), 667–675.

289. Schilbach, L., Eickhoff, S.B., Rotarska-Jagiela, A., Fink, G.R., Vogeley, K., 2008. Minds at rest? Social cognition as the default mode of cognizing and its putative relationship to the "default system" of the brain. *Consciousness and Cognition, 17,* 457

290. Schroeder, R. D., & Mowen, T. J. (2014). "You Can't Eat WHAT?" Managing the Stigma of Celiac Disease. *Deviant Behavior, 35*(6), 456-474.

291. Sensky, T., Hughes, T., & Hirsch, S. (1991). Compulsory psychiatric treatment in the community: I. A controlled study of compulsory community treatment with extended leave under the Mental Health Act: special characteristics of patients treated and impact of treatment. *The British Journal of Psychiatry*, *158*(6), 792-799.

292. Shaheen, S., El-Hajj, W., Hajj, H., & Elbassuoni, S. (2014). Emotion recognition from text based on automatically generated rules. In *2014 IEEE International Conference on Data Mining Workshop* (pp. 383-392). IEEE.

293. Shahzad, H., Hussain, M. M., Abid, A., Sattar, S., Imtiaz, B., & Abid, S. (2021). Impact of Gastrointestinal Diseases on Health-Related Quality of Life of Patients in Pakistan. *Cureus*, *13*(8).

294. Shapiro, J. (2011). Illness narratives: reliability, authenticity and the empathic witness. *Medical Humanities, 37*(2), 68-72.

295. Sharma, A., Nehra, R., & Grover, S. (2020). Correlates of expressed emotions as perceived by patients with bipolar disorder. *International Journal of Social Psychiatry, 67*(6), *0020764020966633.*

296. Sher-Censor, E. (2015). Five Minute Speech Sample in developmental research: A review. *Developmental Review*, *36*, 127-155.

297. Simic, M., Jewell, T., & Eisler, I. (2020). Beneath the Surface of Expressed Emotion (EE): The Clinical Relevance of Possible Mechanisms Underlying EE in Eating Disorders. In Eating Disorders and Expressed Emotion (pp. 33-57). Routledge.

298. Sloane, A. (2023). Harms, Wrongs, and Medical Moral Injury. *Studies in Christian Ethics*, 09539468231160015.

299. Storch, J. L., & Kenny, N. (2007). Shared moral work of nurses and physicians. *Nursing Ethics*, *14*(4), 478-491.

300. Strachan, A. M., Goldstein, M. J., Leff, J. P., Burtt, C., & Doane, J. A. (1986). Emotional attitudes and direct communication in the families of schizophrenics: A cross-national replication. *The British Journal of Psychiatry*, *149*(3), 279-287.

301. Strawson G. (2004). Against Narrativity. Ratio (new series), 17(4), 428–452.

302. Sturgeon, D., Kuipers, L., Berkowitz, R., Turpin, G., & Leff, J. (1981). Psychophysiological responses of schizophrenic patients to high and low expressed emotion relatives. *The British Journal of Psychiatry*, *138*(1), 40-45.

303. Sturgeon, D., Turpin, G., Kuipers, L., Berkowitz, R., & Leff, J. (1984). Psychophysiological responses of schizophrenic patients to high and low expressed emotion relatives: A follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, *145*(1), 62-69.

304. Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, *23*(2), 119.

305. Swoboda, J. S., Dowd, E. T., & Wise, S. L. (1990). Reframing and restraining directives in the treatment of clinical depression. *Journal of Counseling Psychology, 37*(3), 254–260.

306. Szmukler G.I., Eisler I., Russell G.F., Dare C. (1985). Anorexia nervosa, parental "expressed emotion," and dropping out of treatment. Br. J. Psychiatry, 147, 265–271.

307. Tanaka, K., Iso, N., Sagari, A., Tokunaga, A., Iwanaga, R., Honda, S., ... & Tanaka, G. (2015). Burnout of long-term care facility employees: relationship with Employees' expressed emotion toward patients. *International Journal of Gerontology*, *9*(3), 161-165.

308. Tangney, J.P., Miller, R.S., Flicker, L., Barrow, D., 1996. Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology, 70,* 1256-1269.

309. Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annu. Rev. Psychol.*, *58*, 345-372.

310. Tangney, J. P., Stuewig, J., & Hafez, L. (2011). Shame, guilt, and remorse: Implications for offender populations. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *22*(5), 706-723.

311. Tarrier, N., Vaughn, C., Lader, M. H., & Leff, J. P. (1979). Bodily reactions to people and events in schizophrenics. *Archives of General Psychiatry, 36*(3), 311-315.

312. Tarrier, N., Barrowclough, C., Porceddu, K., & Watts, S. (1988). The assessment of psychophysiological reactivity to the expressed emotion of the relatives of schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry, 152*(5), 618-624.

313. Tarrier N., Sommerfield C., Pilgrim H. (1999). Relatives expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. Psychol. Medicine, 29(4), 801–811.

314. Tarrier, N., & Turpin, G. (1992). Psychosocial factors, arousal and schizophrenic relapse: The psychophysiological data. *The British Journal of Psychiatry*, *161*(1), 3-11.

315. Taukeni, S. G. (2020). Biopsychosocial Model of Health. *Psychology and Psychiatry*, 4(1).

316. Taukeni, S.G. (2019). Introductory chapter: Bio-psychosocial model of health. In S.G. Taukeni (Ed.). Psychology of Health: Biosychosocial approach (pp. 1-8). IntechOpen.

317. Tausczik, Y. R., & Pennebaker, J. W. (2010). The psychological meaning of words: LIWC and computerized text analysis methods. *Journal of language and social psychology*, *29*(1), 24-54.

318. Tom L. Beauchamp and James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics, 7th ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.

319. Tschan, T., Pfeiffer, S., Gutzweiler, R., & In-Albon, T. (2022). A comparison of expressed emotion between mothers and their adolescent daughters with and without a history of nonsuicidal self-injury. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *16*(1), 1-8.

320. Uçar, H. N., Aydin Köker, S., & Tekin, U. (2020). Irritability and perceived expressed emotion in adolescents with iron deficiency and iron deficiency anemia: a case-control study. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, *42*(6), 403-409.

321. Uphoff, E. P., Lombardo, C., Johnston, G., Weeks, L., Rodgers, M., Dawson, S., ... & Churchill, R. (2021). Mental health among healthcare workers and other vulnerable groups during the COVID-19 pandemic and other coronavirus outbreaks: A rapid systematic review. *PloS One*, *16*(8), e0254821.

322. Vaughn C.E., Leff J.P. (1976). The influence of family and social factors in the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. Br. J. Psychiatry, 129, 125–137.

323. Venables, P. H., & Wing, J. K. (1962). Level of arousal and the subclassification of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 7*(2), 114-119.

324. Vitaliano P.P., Becker J., Russo J. [et al.]. (1989). Expressed emotion in spouse caregivers of patients with Alzheimer's disease. *J. Appl. Soc. Sci., 13*(1), 215–250.

325. Walton, M., Murray, E., & Christian, M. D. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, *9*(3), 241-247.

326. Wamboldt, F. S., Wamboldt, M. Z., Gavin, L. A., Roesler, T. A., & Brugman, S. M. (1995). Parental criticism and treatment outcome in adolescents hospitalized for severe, chronic asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, *39*(8), 995-1005.

327. Wearden, A. J., Tarrier, N., & Davies, R. (2000a). Partners' expressed emotion and the control and management of Type 1 diabetes in adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(2), 125-130.

328. Wearden, A. J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., & Rahill, A. A. (2000b). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review, 20*(5), 633-666.

329. Webber, M., & Joubert, L. (2015). Social work and recovery. *British Journal of Social Work*, *45*(suppl_1), i1-i8.

330. Weigel, L., Langdon, P. E., Collins, S., & O'Brien, Y. (2006). Challenging behaviour and learning disabilities: The relationship between expressed emotion and staff attributions. *British Journal of Clinical Psychology, 45*(2), 205-216.

331. Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review, 92*(4), 548–573

332. Weisman, A., López, S. R., Karno, M., & Jenkins, J. (1993). An attributional analysis of expressed emotion in Mexican-American families with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(4), 601–606.

333. Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications*. Sage.

334. Wicks, P., McCaffrey, S., Goodwin, K., Black, R., Hoole, M., & Heywood, J. (2019). A Modular Health-Related Quality of Life Instrument for Electronic Assessment and Treatment Monitoring: Web-Based Development and Psychometric Validation of Core Thrive Items. *Journal of medical Internet research, 21(*1), e12075.

335. Williams, G. C., Frankel, R. M., Campbell, T. L., & Deci, E. L. (2000). Research on relationship-centered care and healthcare outcomes from the Rochester biopsychosocial program: A self-determination theory integration. *Families, Systems, & Health*, *18*(1), 79.

336. Williamson, V., Murphy, D., & Greenberg, N. (2020). COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. Occupational Medicine, 70(5), 317-319.

337. Williamson, V., Stevelink, S. A., & Greenberg, N. (2018). Occupational moral injury and mental health: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *212*(6), 339-346.

338. Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama, 323(*13), 1239-1242.

339. Wuerker, A. M. (1996). Communication patterns and expressed emotion in families of persons with mental disorders. *Schizophrenia Bulletin*, *22*(4), 671-690.

340. Young, J. W., & Markou, A. (2015). Translational rodent paradigms to investigate neuromechanisms underlying behaviors relevant to amotivation

and altered reward processing in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 41*(5), 1024-1034.

341. Zasiekin, S. (2021). Exploring Bohdan Lepky's Translation Ethics Using Linguistic Inquiry and Word Count. *East European Journal of Psycholinguistics*, *8*(2), 255-264.

342. Zasiekina, L. (2018). Expressed Emotion Towards Individuals with Mental and Physical Health Conditions: A Structured Literature Review. *East European Journal of Psycholinguistics*, *5*(2), 108-117.

343. Zasiekina, L. (2020). Trauma, Rememory and Language in Holodomor Survivors' Narratives. *Psycholinguistics, 27*(1), 80-94.

344. Zasiekina, L., Kennison, S., Zasiekin, S., & Khvorost, K. (2019). Psycholinguistic markers of autobiographical and traumatic memory. *East European Journal of Psycholinguistics*, *6*(2), 119-133.

345. Zasiekina L., & Zasiekina D. (2019). Expressed emotion towards individuals with diabetes as communication patterns and language framework. Psycholinguistics in the modern world – 2019, Pereiaslav-Khmelnytskyi.

346. Zasiekina L., Pastryk T., Kozihora M., Fedotova T., Zasiekin S. (2021). Cognition, Emotions, and Language in Front-Line Healthcare Workers: Clinical and Ethical Implications for Assessment Measures. *Psycholinguistics*, *30 (*1), 8-25.

347. Zasiekina, L., Leshem, B., Hordovska, T., Leshem, N., & Pat-Horenczyk, R. (2021). Forgotten Stories of Women: Intergenerational Transmission of Trauma of Holodomor and Holocaust Survivors' Offspring. East *European Journal of Psycholinguistics, 8*(1), 137-158.

348. Zasiekina, L., Pastryk, T., Kozihora, M., Fedotova, T., & Zasiekin, S. (2021). Cognition, Emotions, and Language in Front-Line Healthcare Workers: Clinical and Ethical Implications for Assessment Measures. Psycholinguistics, 30(1), 8-25.

349. Zingone, F., Swift, G. L., Card, T. R., Sanders, D. S., Ludvigsson, J. F., & Bai, J. C. (2015). Psychological morbidity of celiac disease: A review of the literature. *United European Gastroenterology Journal*, *3*(2), 136-145.

350. Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*(2), 103.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Дослідження емоційної експресивності та морального дистресу медпрацівників

1. Дайте, будь ласка, відповіді на такі запитання (підкресліть необхідне)

1. Чи знаєте Ви, що таке емоційна експресивність стосовно пацієнтів? Так Ні
2. Чи відчуваєте Ви часом ворожість до деяких пацієнтів? **Так Ні**
3. Чи відчуваєте Ви критичність до деяких пацієнтів? **Так Ні**
4. Чи відчуваєте Ви надмірну емоційну гіперопіку стосовно деяких пацієнтів? **Так Ні**
5. Чи вважаєте Ви, що від Вашого ставлення залежить якість життя, пов'язана з хворобою, у Ваших пацієнтів? **Так Ні**
6. Чи замислюєтеся Ви над причиною поведінки Ваших пацієнтів? **Так Ні**

Шкала ставлення родини (Family Attitude Scale, FAS) в адаптації для вивчення ставлення медперсоналу до осіб із хронічними захворюваннями (Kavanagh et al., 1997).

Оцініть твердження, які стосуються Вашого пацієнта (уявіть одного з них, з яким Ви дуже часто спілкуєтеся), що має хронічне захворювання ШКТ за шкалою від 4 кожен день, 3 більшість днів, 2 деколи, 1 дуже зрідка, 0 ніколи.

1. Я люблю, коли він (вона) звертається до мене.
2. Він (вона) мене виснажує.
3. Він (вона) ігнорує мої поради.
4. Його (її) дійсно важко толерувати.
5. Я змушена деколи кричати на нього (неї).
6. Я б хотів, щоб його (її) не було тут.
7. Я відчуваю, що він (вона) зводить мене з розуму.
8. Я втрачаю самовладання з ним (нею).
9. З ним (нею) легко ладити.
10. Мені набридло лікувати та доглядати за ним (нею).
11. Він (вона) свідомо створює мені проблеми
12. Мені подобається спілкуватися з ним (нею).
13. Він (вона) справжній тягар.
14. Я сперечаюся з ним (нею).
15. Я відчуваю, що ми дуже близькі.
16. Я можу впоратися з ним (нею).
17. Кожен день зустрічатися з ним (нею) – це надто для мене.
18. Він (вона) мене дратує.
19. Я говорю саркастичні речі до нього (неї).

20. Я ціную те, що я роблю для нього (неї).
21. З ним(нею) стає легше спілкуватися.
22. Я хочу, аби він (вона) швидше пішов (ла).
23. Він (вона) сприймає моє піклування як належне.
24. Він (вона) може контролювати себе.
25. До нього (неї) важко наблизитися.
26. З ним стає дедалі важче спілкуватися
27. Він (вона) дуже пригнічує мене.
28. Він (вона) поміркований(а).
29. Він (вона) розчаровує мене
30 Він (вона) намагається ладити зі мною.

***Опитувальник для діагностики морального дистресу у медпрацівників* (Kälvemark et al, 2004).**

Оцініть, будь ласка, як Ви оцінюєте наступні ситуації за шкалою 1= дуже стресово, 2 достатньо стресово, 3 дещо стресово, 4= зовсім не стресово.

1. Доброчесне ставлення до пацієнта у порівнянні з іншими пацієнтами порушене.
   1 2 3 4
2. Важко адаптувати і надати інформацію, яка відповідає конкретним потребам саме цього пацієнта.
   1 2 3 4
3. Пацієнт, який є найбільш галасливий, отримує більшу допомогу і підтримку.
   1 2 3 4
4. Пацієнти змушені чекати тривалий час, доки отримують необхідні приписані ліки й процедури.
   1 2 3 4
5. Погіршення якості наданих лікувальних процедур через дефіцит часу.
   1 2 3 4
6. Деколи я змушений(на) діяти всупереч моїй совісті.
   1 2 3 4

Оцініть, будь ласка, наступні ситуації за шкалою 1=повністю погоджуюся, 2=частково погоджуюся, 3=значною мірою не погоджуюся, , 4=зовсім не погоджуюся.

1. Мої колеги повністю розуміють мої пояснення щодо прийнятих складних рішень.
   1 2 3 4
2. На моїй роботі різні думки та цінності поважаться й толеруються.

   1 2 3 4
3. На моїй роботі ми обговорюємо численні проблеми.

   1 2 3 4

ДОДАТОК Б

Таблиця Б.1

Факторна модель управління хворобою та саморегуляції осіб із хронічним захворюванням методом головних компонент

Объясненная совокупная дисперсия

Компонент	Начальные собственные значения			Извлечение суммы квадратов нагрузок			Ротация суммы квадратов нагрузок		
	Всего	% дисперсии	Суммарный %	Всего	% дисперсии	Суммарный %	Всего	% дисперсии	Суммарный %
1	2,297	32,816	32,816	2,297	32,816	32,816	2,191	31,296	31,296
2	1,485	21,219	54,034	1,485	21,219	54,034	1,557	22,247	53,543
3	1,087	15,535	69,570	1,087	15,535	69,570	1,122	16,026	69,570
4	,747	10,677	80,246						
5	,635	9,073	89,319						
6	,442	6,313	95,632						
7	,306	4,368	100,000						

Метод выделения факторов: метод главных компонент.

Таблиця Б.2

Результати кореляційного аналізу різних сфер якості життя з показниками HASMID

Корреляции

		HASMID	настрій	рецидив	втомлюваність	соцобмеження	контроль	труднощілікування	стрес	ЕЕ	якість
HASMID	Корреляция Пирсона	1	,591**	,272**	,750**	,593**	,152	,642**	,613**	-,266**	-,213*
	Знач. (двухсторонняя)		,000	,003	,000	,000	,100	,000	,000	,004	,020
	N	118	118	118	118	118	118	118	118	118	118
настрій	Корреляция Пирсона	,591**	1	,290**	,191*	,307**	,178	,087	,151	-,165	,048
	Знач. (двухсторонняя)	,000		,001	,038	,001	,054	,350	,104	,074	,607
	N	118	118	118	118	118	118	118	118	118	118
рецидив	Корреляция Пирсона	,272**	,290**	1	-,009	,184*	,064	-,137	-,090	-,264**	-,042
	Знач. (двухсторонняя)	,003	,001		,927	,046	,492	,140	,335	,004	,653
	N	118	118	118	118	118	118	118	118	118	118
втомлюваність	Корреляция Пирсона	,750**	,191*	-,009	1	,398**	,023	,575**	,535**	-,167	-,118
	Знач. (двухсторонняя)	,000	,038	,927		,000	,802	,000	,000	,071	,203
	N	118	118	118	118	118	118	118	118	118	118
соцобмеження	Корреляция Пирсона	,593**	,307**	,184*	,398**	1	-,145	,210*	,048	-,209*	-,277**
	Знач. (двухсторонняя)	,000	,001	,046	,000		,116	,023	,604	,023	,002
	N	118	118	118	118	118	118	118	118	118	118
контроль	Корреляция Пирсона	,152	,178	,064	,023	-,145	1	-,071	-,081	,241**	,287**
	Знач. (двухсторонняя)	,100	,054	,492	,802	,116		,448	,382	,009	,002
	N	118	118	118	118	118	118	118	118	118	118
труднощілікування	Корреляция Пирсона	,642**	,087	-,137	,575**	,210*	-,071	1	,512**	-,331**	-,173
	Знач. (двухсторонняя)	,000	,350	,140	,000	,023	,448		,000	,000	,061
	N	118	118	118	118	118	118	118	118	118	118
стрес	Корреляция Пирсона	,613**	,151	-,090	,535**	,048	-,081	,512**	1	-,058	-,180
	Знач. (двухсторонняя)	,000	,104	,335	,000	,604	,382	,000		,533	,052
	N	118	118	118	118	118	118	118	118	118	118
ЕЕ	Корреляция Пирсона	-,266**	-,165	-,264**	-,167	-,209*	,241**	-,331**	-,058	1	,201*
	Знач. (двухсторонняя)	,004	,074	,004	,071	,023	,009	,000	,533		,029
	N	118	118	118	118	118	118	118	118	118	118
якість	Корреляция Пирсона	-,213*	,048	-,042	-,118	-,277**	,287**	-,173	-,180	,201*	1
	Знач. (двухсторонняя)	,020	,607	,653	,203	,002	,002	,061	,052	,029	
	N	118	118	118	118	118	118	118	118	118	118

**. Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Таблиця Б.3

Значущі відмінності у якості життя, сприйнятого рівня ЕЕ та самопочуття відповідно до статті

Критерий для независимых выборок

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий для равенства средних						
									95% доверительный интервал для разности	
		F	Значимость	т	ст.св.	Знач. (двухсторонняя)	Средняя разность	Среднеквадратичная ошибка разности	Нижняя	Верхняя
pLEE	Предполагаются равные дисперсии	8,059	,005	1,362	115	,176	3,90000	2,86320	-1,7715	9,57146
	Не предполагаются равные дисперсии			1,312	88,423	,193	3,90000	2,97341	-2,0086	9,80864
якість	Предполагаются равные дисперсии	,095	,758	1,092	116	,277	,27156	,24870	-,22102	,76414
	Не предполагаются равные дисперсии			1,080	104,296	,283	,27156	,25156	-,22728	,77040
самопочуття	Предполагаются равные дисперсии	,002	,966	1,020	116	,310	3,05361	2,99312	-2,8746	8,98187
	Не предполагаются равные дисперсии			1,021	109,832	,310	3,05361	2,99163	-2,8752	8,98243

Таблиця Б.4

Значущі відмінності у якості життя, сприйнятого рівня ЕЕ та самопочуття відповідно до професійного статусу

Критерий для независимых выборок

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий для равенства средних						
									95% доверительный интервал для разности	
		F	Значимость	т	ст.св.	Знач. (двухсторонняя)	Средняя разность	Среднеквадратичная ошибка разности	Нижняя	Верхняя
pLEE	Предполагаются равные дисперсии	,000	,988	,688	56	,495	2,69643	3,92194	-5,1602	10,5530
	Не предполагаются равные дисперсии			,695	27,728	,493	2,69643	3,88175	-5,2585	10,6513
якість	Предполагаются равные дисперсии	3,162	,081	-2,325	56	,024	-,66667	,28670	-1,2410	-,09233
	Не предполагаются равные дисперсии			-1,949	20,330	,065	-,66667	,34210	-1,3795	,04621
самопочуття	Предполагаются равные дисперсии	7,171	,010	2,496	56	,016	10,6548	4,26867	2,10360	19,2059
	Не предполагаются равные дисперсии			2,113	20,610	,047	10,6548	5,04211	,15702	21,1525

Таблиця Б.5

Регресійна модель сприйнятої критичності та демографічних характеристик

Коэффициенты[a]

Модель		Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты			95.0% Доверительный интервал для B		Статистика коллинеарности	
		B	Стандартная ошибка	Бета	t	Значимость	Нижняя граница	Верхняя граница	Допуск	VIF
1	(Константа)	6,200	2,748		2,257	,028	,691	11,708		
	вік	,008	,030	,037	,276	,783	-,051	,068	,951	1,052
	стать	-,587	,873	-,093	-,672	,505	-2,337	1,164	,902	1,109
	сімстатус	1,619	,967	,236	1,674	,100	-,320	3,558	,866	1,155

а. Зависимая переменная: критичність

Таблиця Б.6

Значущі відмінності у субшкал сприйнятого рівня ЕЕ відповідно до професійного статусу

Критерий для независимых выборок

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий для равенства средних						
									95% доверительный интервал для разности	
		F	Значимость	t	ст.св.	Знач. (двухсторонняя)	Средняя разность	Среднеквадратичная ошибка разности	Нижняя	Верхняя
підтримка	Предполагаются равные дисперсии	2,074	,155	-,474	56	,637	-1,0774	2,27146	-5,6277	3,47291
	Не предполагаются равные дисперсии			-,438	23,541	,665	-1,0774	2,45730	-6,1542	3,99946
гіперопіка	Предполагаются равные дисперсии	2,492	,120	3,390	56	,001	2,64881	,78146	1,08336	4,21426
	Не предполагаются равные дисперсии			3,942	38,226	,000	2,64881	,67196	1,28876	4,00885
розрахування	Предполагаются равные дисперсии	12,485	,001	2,466	56	,017	2,88690	1,17078	,54154	5,23226
	Не предполагаются равные дисперсии			3,297	52,675	,002	2,88690	,87555	1,13051	4,64330
критичність	Предполагаются равные дисперсии	6,622	,013	-1,984	56	,052	-1,7619	,88799	-3,5408	,01696
	Не предполагаются равные дисперсии			-1,452	17,393	,164	-1,7619	1,21379	-4,3184	,79457

Таблиця Б.7

Значущі відмінності у субшкал сприйнятого рівня ЕЕ відповідно до сімейного статусу

Критерий для независимых выборок

		Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий для равенства средних						
									95% доверительный интервал для разности	
		F	Значимость	т	ст.св.	Знач. (двухсторонняя)	Средняя разность	Среднеквадратичная ошибка разности	Нижняя	Верхняя
підтримка	Предполагаются равные дисперсии	11,135	,001	2,036	116	,044	3,33333	1,63696	,09112	6,57554
	Не предполагаются равные дисперсии			1,953	87,197	,054	3,33333	1,70702	-,05945	6,72612
гіперопіка	Предполагаются равные дисперсии	,550	,460	-,605	115	,546	-,36923	,61004	-1,5776	,83915
	Не предполагаются равные дисперсии			-,593	98,876	,555	-,36923	,62268	-1,6048	,86633
розратування	Предполагаются равные дисперсии	,240	,625	,411	115	,682	,36154	,87877	-1,3791	2,10221
	Не предполагаются равные дисперсии			,413	111,085	,680	,36154	,87504	-1,3724	2,09547
критичність	Предполагаются равные дисперсии	3,805	,054	1,883	115	,062	,98462	,52277	-,05088	2,02011
	Не предполагаются равные дисперсии			1,782	77,933	,079	,98462	,55247	-,11528	2,08451

ДОДАТОК В

Таблиця В.1

Кореляційні звязки ЕЕ (за методикою FAS) та темпераментних рис особистості

Корреляции

		вік	підтримка	гіперопіка	розрату вання	критичність	pLEE	медЕЕ	мобільність	самодопомога	біль	дискомфорт	сума	самопочуття	циклотимія	депресія	дратівливість	гіпертим	тривога	FAS
вік	Корреляция Пирсона	1	-,105	-,008	-,171	-,025	-,101	-,102	,146	-,034	,118	-,007	,124	-,289**	-,284	-,203	-,279	,247	,171	-,481**
	Знач. (двухсторонняя)		,328	,945	,112	,820	,353	,347	,174	,756	,276	,948	,250	,006	,128	,283	,135	,189	,366	,007
	N	116	88	87	87	87	87	88	88	88	88	88	88	88	30	30	30	30	30	30
підтримка	Корреляция Пирсона	-,105	1	,468**	,470**	,700**	,914**	,508**	-,057	-,010	-,100	-,071	-,078	,135	,047	,556**	,362*	-,528**	-,071	,343
	Знач. (двухсторонняя)	,328		,000	,000	,000	,000	,000	,600	,928	,355	,509	,469	,209	,805	,001	,049	,003	,709	,063
	N	88	88	87	87	87	87	88	88	88	88	88	88	88	30	30	30	30	30	30
гіперопіка	Корреляция Пирсона	-,008	,468**	1	,481**	,386**	,679**	,217*	,119	,144	-,056	,112	,135	-,073	,352	,320	,219	-,411*	,026	,234
	Знач. (двухсторонняя)	,945	,000		,000	,000	,000	,043	,273	,183	,609	,303	,213	,501	,056	,085	,246	,024	,890	,214
	N	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	30	30	30	30	30	30
розрату вання	Корреляция Пирсона	-,171	,470**	,481**	1	,414**	,732**	,368**	,178	,113	,069	,007	,140	,216*	,461*	,376*	,271	-,234	,164	,744**
	Знач. (двухсторонняя)	,112	,000	,000		,000	,000	,000	,099	,298	,523	,945	,196	,045	,010	,041	,147	,214	,387	,000
	N	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	30	30	30	30	30	30
критичність	Корреляция Пирсона	-,025	,700**	,386**	,414**	1	,766**	,383**	,053	-,072	-,058	-,052	-,026	,084	,029	,444*	,059	-,307	,080	,161
	Знач. (двухсторонняя)	,820	,000	,000	,000		,000	,000	,626	,508	,594	,634	,810	,437	,880	,014	,755	,099	,673	,397
	N	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	30	30	30	30	30	30
pLEE	Корреляция Пирсона	-,101	,914**	,679**	,732**	,766**	1	,502**	,087	,041	-,051	-,009	,036	,113	,248	,597**	,348	-,528**	,032	,504**
	Знач. (двухсторонняя)	,353	,000	,000	,000	,000		,000	,425	,703	,641	,934	,741	,298	,187	,001	,059	,003	,868	,004
	N	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	30	30	30	30	30	30
медЕЕ	Корреляция Пирсона	-,102	,508**	,217*	,368**	,383**	,502**	1	-,029	-,024	,033	-,081	-,011	,225*	,361	,323	,349	-,014	,121	,317
	Знач. (двухсторонняя)	,347	,000	,043	,000	,000	,000		,787	,825	,762	,452	,917	,035	,050	,082	,059	,943	,523	,088
	N	88	88	87	87	87	87	88	88	88	88	88	88	88	30	30	30	30	30	30
мобільність	Корреляция Пирсона	,146	-,057	,119	,178	,053	,087	-,029	1	-,109	,312**	,306**	,802**	-,320**	,133	-,075	-,076	-,078	-,007	-,052
	Знач. (двухсторонняя)	,174	,600	,273	,099	,626	,425	,787		,310	,003	,004	,000	,002	,484	,692	,689	,683	,972	,786
	N	88	88	87	87	87	87	88	88	88	88	88	88	88	30	30	30	30	30	30
самодопомога	Корреляция Пирсона	-,034	-,010	,144	,113	-,072	,041	-,024	-,109	1	,097	,153	,174	-,155	,031	-,155	-,115	-,170	-,059	,033
	Знач. (двухсторонняя)	,756	,928	,183	,298	,508	,703	,825	,310		,369	,156	,105	,149	,871	,413	,546	,368	,755	,864
	N	88	88	87	87	87	87	88	88	88	88	88	88	88	30	30	30	30	30	30
біль	Корреляция Пирсона	,118	-,100	-,056	,069	-,058	-,051	,033	,312**	,097	1	,305**	,640**	-,386**	,167	,128	-,044	,167	,225	-,051
	Знач. (двухсторонняя)	,276	,355	,609	,523	,594	,641	,762	,003	,369		,004	,000	,000	,377	,500	,816	,377	,231	,788
	N	88	88	87	87	87	87	88	88	88	88	88	88	88	30	30	30	30	30	30
дискомфорт	Корреляция Пирсона	-,007	-,071	,112	,007	-,052	-,009	-,081	,306**	,153	,305**	1	,684**	-,420**	,480**	-,146	-,020	-,043	,046	,282
	Знач. (двухсторонняя)	,948	,509	,303	,945	,634	,934	,452	,004	,156	,004		,000	,000	,007	,441	,916	,821	,808	,131
	N	88	88	87	87	87	87	88	88	88	88	88	88	88	30	30	30	30	30	30
сума	Корреляция Пирсона	,124	-,078	,135	,140	-,026	,036	-,011	,802**	,174	,640**	,684**	1	-,492**	,371*	-,100	-,091	-,022	,094	,061
	Знач. (двухсторонняя)	,250	,469	,213	,196	,810	,741	,917	,000	,105	,000	,000		,000	,044	,598	,632	,907	,621	,749
	N	88	88	87	87	87	87	88	88	88	88	88	88	88	30	30	30	30	30	30
самопочуття	Корреляция Пирсона	-,289**	,135	-,073	,216*	,084	,113	,225*	-,320**	-,155	-,386**	-,420**	-,492**	1	-,193	,129	,308	,095	,115	,439*
	Знач. (двухсторонняя)	,006	,209	,501	,045	,437	,298	,035	,002	,149	,000	,000	,000		,307	,498	,098	,619	,544	,015
	N	88	88	87	87	87	87	88	88	88	88	88	88	88	30	30	30	30	30	30
циклотимія	Корреляция Пирсона	-,284	,047	,352	,461*	,029	,248	,361	,133	,031	,167	,480**	,371*	-,193	1	,179	,217	-,229	-,061	,394*
	Знач. (двухсторонняя)	,128	,805	,056	,010	,880	,187	,050	,484	,871	,377	,007	,044	,307		,345	,250	,224	,750	,031
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
депресія	Корреляция Пирсона	-,203	,556**	,320	,376*	,444*	,597**	,323	-,075	-,155	,128	-,146	-,100	,129	,179	1	,668**	-,231	-,094	,334
	Знач. (двухсторонняя)	,283	,001	,085	,041	,014	,001	,082	,692	,413	,500	,441	,598	,498	,345		,000	,220	,621	,071
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
дратівливість	Корреляция Пирсона	-,279	,362*	,219	,271	,059	,348	,349	-,076	-,115	-,044	-,020	-,091	,308	,217	,668**	1	-,340	-,177	,374*
	Знач. (двухсторонняя)	,135	,049	,246	,147	,755	,059	,059	,689	,546	,816	,916	,632	,098	,250	,000		,066	,350	,042
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
гіпертим	Корреляция Пирсона	,247	-,528**	-,411*	-,234	-,307	-,528**	-,014	-,078	-,170	,167	-,043	-,022	,095	-,229	-,231	-,340	1	,347	-,427*
	Знач. (двухсторонняя)	,189	,003	,024	,214	,099	,003	,943	,683	,368	,377	,821	,907	,619	,224	,220	,066		,060	,019
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
тривога	Корреляция Пирсона	,171	-,071	,026	,164	,080	,032	,121	-,007	-,059	,225	,046	,094	,115	-,061	-,094	-,177	,347	1	,112
	Знач. (двухсторонняя)	,366	,709	,890	,387	,673	,868	,523	,972	,755	,231	,808	,621	,544	,750	,621	,350	,060		,555
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
FAS	Корреляция Пирсона	-,481**	,343	,234	,744**	,161	,504**	,317	-,052	,033	-,051	,282	,061	,439*	,394*	,334	,374*	-,427*	,112	1
	Знач. (двухсторонняя)	,007	,063	,214	,000	,397	,004	,088	,786	,864	,788	,131	,749	,015	,031	,071	,042	,019	,555	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

**. Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

*. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

Таблиця В.2

Кореляційний зв'язок морального дистресу, віку та стажу медпрацівників

Корреляции

		MD	Age	workexperience
MD	Корреляция Пирсона	1	,140	,070
	Знач. (двухсторонняя)		,231	,550
	N	75	75	75
Age	Корреляция Пирсона	,140	1	,877**
	Знач. (двухсторонняя)	,231		,000
	N	75	75	75
workexperience	Корреляция Пирсона	,070	,877**	1
	Знач. (двухсторонняя)	,550	,000	
	N	75	75	75

**. Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Таблиця В.3

Відмінності у показниках ЕЕ та морального дистресу в контрольній та експериментальній групах

Критерий парных выборок

		Парные разности					т	ст.св.	Знач. (двухсторонняя)
		Среднее	Среднекв. отклонение	Среднекв. ошибка среднего	95% доверительный интервал для разности				
					Нижняя	Верхняя			
Пара 1	EEexper1 - EEexper2	3,68085	5,97861	,87207	1,92547	5,43624	4,221	46	,000
Пара 2	MDexper1 - MDexper2	,02128	3,30671	,48233	-,94961	,99216	,044	46	,965

Таблиця В.4

Описова стастистика у показниках ЕЕ та морального дистресу в контрольній та експериментальній групах

Статистика парных выборок

		Среднее	N	Среднекв. отклонение	Среднекв. ошибка среднего
Пара 1	EEконтрдо	43,7273	33	10,51865	1,83106
	EEконтропісля	44,7879	33	10,87071	1,89235
Пара 2	MDконтрдо	18,0000	33	4,03887	,70308
	MDконтрпісля	18,8182	33	4,17174	,72621

Таблиця В.5

Множинні порівняння показників морального дистресу у трьох групах медсестер відповідно до їхньої спеціалізації

Множественные сравнения

Тьюки HSD

Зависимая переменная	(I) type	(J) type	Средняя разность (I-J)	Стандартная ошибка	Значимость	95% доверительный интервал	
						Нижняя граница	Верхняя граница
MD	медсестра	акушер	1,75862	1,59089	,514	-2,0486	5,5658
		анестезіолог	-2,44138	1,36141	,179	-5,6994	,8166
	акушер	медсестра	-1,75862	1,59089	,514	-5,5658	2,0486
		анестезіолог	-4,20000	1,95940	,088	-8,8891	,4891
	анестезіолог	медсестра	2,44138	1,36141	,179	-,8166	5,6994
		акушер	4,20000	1,95940	,088	-,4891	8,8891
EE	медсестра	акушер	1,30296	2,72150	,882	-5,2099	7,8159
		анестезіолог	-4,48276	2,32893	,139	-10,0562	1,0907
	акушер	медсестра	-1,30296	2,72150	,882	-7,8159	5,2099
		анестезіолог	-5,78571	3,35190	,203	-13,8072	2,2358
	анестезіолог	медсестра	4,48276	2,32893	,139	-1,0907	10,0562
		акушер	5,78571	3,35190	,203	-2,2358	13,8072

ДОДАТОК Д

Список публікацій здобувача за темою дисертації

Навчальний посібник

1. Засєкіна, Л. В., Пастрик Т. В.. Основи психології та міжособове спілкування : навч. посіб. для студ. мед. училищ, коледжів, академії та ін-тів медсестринства.2-е вид. Київ : ВСВ «Медицина», 2018. 216 с.

Статті, опубліковані у наукових періодичних виданнях, проіндексованих у базах даних Scopus і Web of Science

2. Pastryk T., Kotys O., Dyachuk N., Milinchuk V. Conscious control in speech pathology and speech rehabilitation following stroke. *East European Journal of Psycholinguistics.* 2019. Vol.6, No. 2. P. 89–97. https://doi.org/10.5281/zenodo.3637746 (Scopus)
3. Pastryk T., Kireieva Z., Kordunova N., Lyla M. Perceived Expressed Emotion in the Illness Narratives of Individuals with Chronic Gastrointestinal. *East European Journal of Psycholinguistics*. 2021. Vol.8, No. 2. P. 189–200. https://doi.org/10.29038/eejpl.2021.8.2.pas (Scopus)
4. Zasiekina L., Pastryk T., Kozihora M., Fedotova T., Zasiekin S. Cognition, Emotions, and Languagein Front-Line Healthcare Workers: Clinicaland Ethical Implications for Assessment Measures. *Psycholinguistics.* 2021. Vol. 30, No.1. P. 8–25.https://doi.org/10.31470/2309-1797-2021-30-1-8-25 (Web of Science, Scopus)
5. Pastryk, T., & Kots, M. (2022). Translationand Cross-Cultural Adaptationof Expressed Emotion Measure. *East European Journal of Psycholinguistics*, 9(1). P. 134-144. https://doi.org/10.29038/eejpl.2022.9.1.pas (Scopus)

Статті у фахових виданнях, що включені до переліку, затвердженого МОН

6. Кихтюк О. В., Пастрик Т. В. Психологічні проблеми осіб із вілпозитивним статусом. *Психологія: реальність і перспективи*, 2016. Вип. 6. С. 71-76.
7. Пастрик Т. В. Емоційна експресивність vs емоційне ставлення до осіб із хронічними захворюваннями: концептуалізація понять. *Психологія та соціальна робота.* 2020. Вип. 1(51). С. 154–164. https://doi.org/10.18524/2707-0409.2020.2(52).238111
8. Пастрик Т.В. Здоров'я та психологічний добробут осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту під час карантинних обмежень COVID-19. *Наукові записки національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*. 2021. Вип. 12. С. 12–17. https://doi.org/10.25264/2415-7384-2021-12-12-16
9. Пастрик Т. В. Емоційна експресивність у контексті ставлення до себе, до інших і до світу. *Науковий вісник ХДУ. Серія «Психологічні науки»*. 2021. Вип. 4. С. 55–61. https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-7
10. Пастрик Т. В. Психологічні прояви емоційної експресивності стосовно осіб із медичними діагнозами. *Психологія та соціальна робота.* 2021. Вип. 1 (53). С. 136–150. https://doi.org/10.18524/2707-0409.2021.1(53).243358
11. Пастрик Т. Методологічні засади дослідження емоційної експресивності родичів стосовно осіб із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями. *Психологічні перспективи.* 2022. Вип. 39. С. 306-321. https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-pas
12. Пастрик Т. В. Культурна адаптація та стандартизація опитувальника управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюванням. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи.*

2022. Вип. 1(57) Т. 2. С. 154-167. https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-57-1-2-154-166

13. Пастрик Т. В. Емоційна експресивність у контексті моделі рис особистості: теоретико-емпіричне осмислення понять. *Психологічні перспективи.* 2022. Вип. 40. С. 136-149. https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-40-pas
14. Пастрик Т. В. Демографічні характеристики як детермінанти емоційної експресивності у родинах осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. *Психологія: реальність і перспективи.* 2022.Вип.19. С. 110-118. https://doi.org/10.35619/praprv.v1i19.314
15. Пастрик Т. В. Суб'єктивне переживання емоційної експресивності особами із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. *Психологічний часопис: науковий журнал.* 2022. Вип. 5(8). С. 39-46. https://doi.org/10.31108/1.2022.8.5.4
16. Засєкіна Л. В., Пастрик Т. В. Моральний дистрес та емоційна експресивність медпрацівників: когнітивно-поведінкова психоедукаційна програма. *Журнал сучасної психології.* 2022. Вип. 4(27). С. 23-31 https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-4-3
17. Пастрик Т. В. Реципрокність емоційної експресивності у тріаді «Користувач медичних послуг-родина-медпрацівник». *Український психологічний журнал: збірник наукових праць.* 2022. Вип. 2(17). С. 103-118. https://doi.org/10.17721/upj.2022.1(17).6
18. Пастрик Т.В. Системний огляд проблеми емоційної експресивності найближчого оточення стосовно осіб із психічними та фізичними захворюваннями. *Науковий вісник ХДУ. Серія Психологічні науки.* 2022. Вип. 2. С. 109-116.https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-2-15
19. Пастрик Т. В. Психодіагностика емоційної експресивності у наукових дослідженнях об'єктивний рівень ставлення родини чи суб'єктивне переживання. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*

та соціальної роботи. 2022. Вип. 2(58). С. 160-170. https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-58-2-160-170

20. Пастрик Т. В. Управління хворобою та якістю життя осіб із захворюваннями шлунково-кишкового тракту. *Наукові перспективи*. 2022. Вип.12(30). С. 473-487. https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-12(30)-473-486
21. Пастрик Т. В. Прояви емоційної експресивності в мові та мовленні. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. 2022. Вип. 3(59). С. 16-24. https://doi.org/10.33216/2219-2654-2022-59-3-16-24

Статті в інших наукових виданнях та збірниках науково-практичних конференцій

22. Федонюк Л. Я., Пастрик Т. В. Музей як освітній простір та просвітницький ресурс у закладах вищої медсестринської освіти. Науково-практичний журнал «Медсестринство» Тернопіль: Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського, 2021р. Вип. 4. С. 16-17.
23. Пастрик Т. В. Ефективне спілкування членів родини з особою із хронічним захворюванням як чинник здоров'я громади: Комунікація і спілкування в XXI столітті: *Збірник наукових робіт учасників Всеукраїнського круглого столу: «Комунікація і спілкування у XXI столітті» (22 лютого 2022 р.)* [Електронний ресурс] / за наук. ред. Г. М. Бевз, І. В. Петренко, В. І. Юрченко. Вісник педагогіки і психології. 2022. Вип. 29. 2022. С. 84-89.
24. Пастрик Т. В. Психічні стани медпрацівників у кризових ситуаціях під час пандемії COVID-19 *Актуальні проблеми екстремальної та кризової психології* : зб. тез Міжнар. наук.-практ. конф. (21 лютого 2022 р.). Дніпро : ДДУВС. 2022. – С. 66-69.

25. Пастрик Т. В. Емоційний дистрес медпрацівників у кризових ситуаціях під час пандемії COVID-19 *Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості* : матеріали XIV міжнар. наук. - практ. конф. (7 – 8 квіт. 2022 р.) / за заг. ред. М. І. Магдисюк. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. С. 130 – 133.

26. Пастрик Т.В. Емоційна експресивність членів родини та медперсоналу до особи із хронічним захворюванням. *Стратегічні орієнтири розвитку науки, освіти, технологій і суспільства*: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Біла Церква, 5 листопада 2022 р.): у 2 ч. Біла Церква: ЦФЕНД, 2022. Ч. 1. С. 9-10.

27. Pastryk T. Conceptual models of relatives expressed emotion towards service users with gastrointestinal disease. *International scientific innovation sinhuman life. Proceeding softhe 12 th International Scientific and Practical Conference.* Manchester, United Kingdom. 8-10 June, 2022. Manchester. P. 548-558.

28. Chopiak V. V., Kovpak A. V., Pastryk T. V., Mishchenko I.V. Changes in In icators of Fibrinolysis and Proteolisis in Rats with Spontaneous Hypertension During Treatment with Ramipril. *Proceedingsof the 3rd International scientific and practical conference* "*Scientific Research in the modern world"*(January 12-14, 2023). Perfect Publishing, Toronto, Canada. 2023. P. 48-55.

29. Chopiak V. V., Kovpak A. V., Pastryk T. V., Mishchenko Changes in lipid peroxidation activity in rats with congenital hypertension during candensartan treatment. *Proceeding sof the 4th International Scientificand Practical Conference*. (18-20 January, 2023). Osaka, Japan. P. 29-40.