

**ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ  
ЛЕСІ УКРАЇНКИ**

**ПАСТРИК ТЕТЯНА ВОЛОДИМИРІВНА**

УДК 59.942:159.925]:616.34(043.5)

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСІВНОСТІ  
СТОСОВНО ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ  
ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ**

19.00.01 – загальна психологія, історія психології

19.00.04 – медична психологія

Реферат дисертації  
на здобуття наукового ступеня  
доктора психологічних наук



**ЛУЦЬК – 2023**

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Волинському національному університеті імені Лесі Українки, Міністерство освіти і науки України

|                          |                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Офіційні опоненти</b> | доктор психологічних наук, професор<br><b>Сердюк Людмила Захарівна</b> ,<br>Інститут психології імені Г.С. Костюка<br>НАПН України,<br>завідувач лабораторії психології особистості<br>імені П.Р. Чамати |
|                          | доктор психологічних наук, професор<br><b>Шпортун Оксана Миколаївна</b> ,<br>КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти»,<br>професор кафедри психології                                               |
|                          | доктор психологічних наук, доцент<br><b>Фальова Олена Євгенівна</b> ,<br>Українська інженерно-педагогічна академія,<br>професор кафедри практичної психології                                            |

Захист відбудеться «18» жовтня 2023 року об 11:00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 32.051.05 Волинського національного університету імені Лесі Українки (конференц-зал, корпус А, просп. Волі, 13, м. Луцьк, 43025).

Із дисертацією можна ознайомитися на офіційному сайті <https://ra.vnu.edu.ua/spetsializovani-vcheni-rady/> та у бібліотеці Волинського національного університету імені Лесі Українки за адресою: 43025, м. Луцьк, вул. Винниченка, 30а.

Учений секретар  
спеціалізованої вченої ради



Л. Я. Малімон

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**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, целиакія, 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, А. Wearden, N. Tarrier, С. Barrowclough, Т. Zastowny, А. 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 та медичного персоналу 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 стосовно осіб із хронічними захворюваннями 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 № 03-24/04/1 107 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 захворюваннями» (Health and Self-Management in Disease-HASMD) 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 саморегуляції 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 саморегуляції 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. Засекіна, З. Кіреєва, О. Лазорко, М. Мушкевич, М. Орап, Л. Сердюк, С. 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. Чепелева 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), *опитувальник 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, Källemark et al., 2004), комп'ютерний метод психолінгвістичного аналізу текстів *Linguistic Inquiry and Word Count* (LIWC), J. Pennebaker, методи наративного аналізу (Н. Чепелева), 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<sub>1</sub>) Чи відповідає культурна адаптація й стандартизація методики HASMID (Health and Self-Management in Disease-HASMID) психометричним вимогам до психодіагностичного інструментарію?

(ДЗ<sub>2</sub>) Чи відповідає культурна адаптація шкали для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE) усім етапам перекладу та культурної адаптації, визначених ВООЗ?

#### **Експеріментальні питання:**

(ДЗ<sub>3</sub>) Чи існує взаємозв'язок між управлінням хворобою та якістю життя осіб із захворюваннями ШКТ?

(ДЗ<sub>4</sub>) Які особливості управління хворобою й саморегуляції та якості життя осіб із захворюваннями ШКТ під час карантинних обмежень у період пандемії COVID-19?

(ДЗ<sub>5</sub>) Якою є факторна структура управління хворобою та саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та як вона пов'язана з ЕЕ?

(ДЗ<sub>6</sub>) Які особливості управління хворобою та якості життя осіб із захворюваннями ШКТ відповідно до демографічних характеристик?

#### **Феноменологічні питання:**

(ДЗ<sub>7</sub>) 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<sub>8</sub>) 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<sub>9</sub>) 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<sub>10</sub>) 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<sub>11</sub>) 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<sub>12</sub>) 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<sub>13</sub>) Чи існує кореляційний зв'язок між сприйнятою критичністю й власною вираженою критичністю отримувачів медичних послуг як маркер реципрокності ЕЕ.

#### **Психолінгвістичні питання:**

(ДЗ<sub>14</sub>) Чи існують особливості прояву ЕЕ з боку медиків відповідно до типу їхнього професійного наративу, виражені у медичних наративах?

(ДЗ<sub>15</sub>) Чи існує зв'язок між ЕЕ піклувальників щодо осіб із захворюваннями ШКТ та лінгвістичними маркерами й психологічними значущими категоріями їхнього мовлення?

(ДЗ<sub>16</sub>) Чи існує зв'язок між сприйнятою ЕЕ та агентністю, спільністю та зв'язністю наративу як маркерами конструювання значення в наративах про хворобу?

(ДЗ<sub>17</sub>) 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-формульовані питання:**

(ДЗ<sub>18</sub>) Чи може слугувати теоретична модель рис особистості методологічною основою для вивчення ЕЕ родичів до особи із хронічними захворюваннями ШКТ?

(ДЗ<sub>19</sub>) 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  $44,86 \pm 13,66$ . Визначення психометричних



характеристик відбувалося за неповним «лоскутним» експериментальним планом. Статистична обробка здійснювалася 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 досліджуванам 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 гастроентерологічному 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. Källemark 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-HASMD) 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.), Комunalного 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 нарративного підходу та здійснила якісний аналіз нарративів 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 ХХІ 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 таблицю, які займають 27 сторінок, 32 рисунка на 14 сторінках, 3 додатки. Загальний обсяг дисертаційної роботи 426 сторінок. Основний зміст роботи викладено на 379 сторінках.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ

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*» 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 психічної 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.

Початково ЕЕ було введено у науковий обіг як конструкт, що означає ключові особливості ставлення до особи із хронічним захворюванням, які виражаються в позитивних коментарях, теплоті, критичності, емоційній гіперопіці та ворожості (G. Brown, 1972; Hooley, 2000; 2006). Услід за сучасними зарубіжними дослідженнями (Hooley, Parker, 2006, Weisman, 1993), визначаємо ЕЕ як конструкт, що виражає виключно негативне ставлення, зокрема критичне, вороже та з елементами гіперопіки до отримувача медичних послуг. Вперше ЕЕ досліджувалася у контексті пацієнтів із психічними розладами, однак нещодавно були зроблені спроби вивчити вплив ЕЕ на такі хвороби, як діабет, целиакія, астма, ревматоїдний артрит, операції на серце та ожиріння (Rienecke & Richmond, 2017; Miller & Wood, 1995; Wearden, Tarrier, & Barrowclough, 2000; Zasiakina & Zasiakina, 2019). Окрім цього у сучасних дослідженнях також підкреслюється важливість впливу ЕЕ з боку медперсоналу на якість життя осіб із хронічними захворюваннями (Berry, 2011; Moor, 1992; Tanaka, 2015).

Незважаючи на подібність конструктів ЕЕ та ставлення, існують значні відмінності у їхньому концептуальному полі. Водночас встановлено, що ЕЕ доцільно розглядати у контексті категорії ставлення, оскільки ця категорія, по-перше, є методологічно-обґрунтованою у вітчизняній літературі (Богучарова, 2009; Максименко, 1998; Хомуленко, Кислова, 2021), а, по-друге, ЕЕ— це і є ставлення, але специфічного виду: вороже, критичне, з елементами емоційної гіперопіки. Найважливішою відмінністю між цими поняттями є ширший діапазон ставлення порівняно з ЕЕ, а також зв'язок ставлення з ціннісно-сисловою 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 в межах ставлення та його параметрів. Найбільш поширеними для опису ЕЕ вважаються види і рівні (Hooley & Gotlib, 2000), тоді як для визначення ставлення оперують параметрами модусу, інтенсивності та широти. Визначено особливості ставлення осіб із захворюваннями ШКТ, 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) (Константинович, 2008; Кулагина, Лисенко, 2019).

Зіставний аналіз психологічних наслідків хронічних захворювань ШКТ порівняно з іншими хворобами, дав змогу визначити специфічні психічні прояви осіб із захворюваннями ШКТ, зокрема генералізовану тривожність, депресію, обмежену соціальну активність (Enck et al., 2006; Eypasch et al., 1995 Ludvigsson et al., 2017; McCormick et al., 2012; Sandler et al., 2002). Важливою поведінковою особливістю цих осіб є необхідність позитивного дотримання дієти, що робить підтримку родини важливою для забезпечення якості життя.

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 ЕЕ родичів та медперсоналу стосовно осіб із хронічними шлунково-кишковими захворюваннями.

У розділі висвітлюються методологічні дослідницькі запитання.

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 шлунково-кишковими захворюваннями.

Біопсихосоціальна модель (Engel, 1976) 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 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 їхню якість життя.

Модель одужання передбачає конструктивне ставлення отримувача медичних послуг до хвороби, ефективне управління хворобою та саморегуляцію як важливі чинники якості життя, пов'язаної із хворобою (Jacob, 2015).

Модель емоційного дистресу передбачає вивчення об'єктивного рівня ЕЕ з боку родини та медперсоналу, а також суб'єктивного переживання ЕЕ родичів отримувачами медичних послуг, що виражається у відповідному реципрокному профілі ЕЕ між отримувачем медичних послуг – родичем – медпрацівником (Mendive, 2009). Модель емоційного дистресу також передбачає спільні процеси самопомогі та психосоціальної підтримки як базового рівня для зменшення емоційного дистресу, викликаного захворюванням.

Розроблення методологічних засад дослідження ЕЕ родини до осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту дає змогу зробити висновок про доцільність використання сучасних теоретичних моделей, підібрати адекватний меті і завданням дослідження психодіагностичний інструментарій та здійснити комплексне вивчення конструкту ЕЕ. Важливим напрямом нашого дослідження вважаємо вивчення стигми як комплексного прояву ЕЕ на рівні макросистеми. Цей напрям є новим у сучасній психологічній літературі, і входить до одного із завдань нашого дослідження прояву ЕЕ щодо отримувачів медичних послуг. Так, G. Castillo та ін. (2019) пропонують впроваджувати соціо-екологічний підхід для організації психологічних інтервенцій для громади з метою формування готовності останньої здійснювати підтримку особам із хронічними захворюваннями.

Результати проведеного дослідження з культурної адаптації та стандартизації опитувальника «Управління хворобою та саморегуляція осіб із захворюванням» (Health and Self-Management in Disease-HASMD) дають змогу дійти висновків про її високі психометричні властивості. Опитувальник має високу ступінь узгодженості (коефіцієнт  $\alpha$ -Кронбаха – 0,711), що свідчить про його надійність. Ретестова надійність є значущою, про що свідчить показник кореляції Пірсона при повторній діагностиці досліджуваних ( $n=55$ ) з інтервалом у два тижні ( $r_s=0,679$ ,  $p \leq 0,01$ ). Індекс складності усіх пунктів опитувальника розміщується в діапазоні від 20% до 80%. Оцінка конструктної валідності здійснювалася із зіставленням показників управління здоров'ям та саморегуляції осіб із захворюваннями шлунково-кишкового тракту із показниками якості життя з допомогою коефіцієнта Пірсона. Показники кореляційного зв'язку управління здоров'ям та саморегуляції із показниками усіх шкал якості життя становили рівень значущості  $p < 0,01$ . Це дозволяє використовувати вказаний діагностичний інструментарій для розуміння якості життя осіб із захворюваннями. Культурна адаптація шкали для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Percieved Level of Expressed Emotion, pLEE) відповідає усім етапам

культурної адаптації відповідно до методичних рекомендацій, наданих ВООЗ, та містила чотирьох-етапну процедуру, зокрема прямий переклад; група експертів для зворотного перекладу, претестування та когнітивне інтерв'ю; остаточну версію.

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 ШКТ та зв'язок цих конструктів із рівнем ЕЕ стосовно цих осіб з боку родичів.

У розділі висвітлюються експериментальні дослідницькі запитання. Результати дослідження свідчать про те, що переважна більшість досліджуваних (85%) має низький і середній рівні якості життя, а також (71%) – 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 незважаючи 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; контрольованість перебігу захворювання (див. рис.1).

Діаграма компонентів факторного аналізу

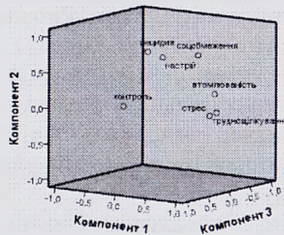


Рис.1. Факторна структура управління хворобою та саморегуляції осіб із хронічними захворюваннями ШКТ

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 показники взаємозв'язку між ефективним управлінням хворобою та показниками здоров'я ( $r=0,377$ ,  $p<0,01$ ), задоволеністю роботою ( $r=0,357$ ,  $p<0,01$ ), збалансованим харчуванням ( $r=0,204$ ,  $p<0,05$ ).

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.

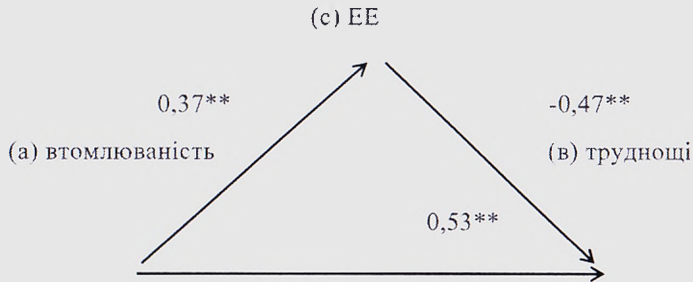
Враховуючи важливість фактора соціальної взаємодії у факторній структурі управління хворобою, було здійснене дослідження якості життя і благополуччя осіб із хронічними захворюваннями ШКТ під час соціальної ізоляції й карантинних обмежень упродовж пандемії. Результати дослідження свідчать про те, що в отримувачів медичних послуг з діагнозом захворюваннями 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.

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 взаємодією 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



саморегуляцію. Відтак, можемо стверджувати, що 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 емоційної експресивності на взаємодію труднощів, пов'язаних із хворобою, та втомлюваності (рис.2).



Примітка: \*\* $p < 0,01$ , ЕЕ = емоційна експресивність

Рис.2. Медіативна модель непрямого ефекту рівня ЕЕ (медіатор) на взаємозв'язок втомлюваності (незалежна змінна) та труднощів, пов'язаних із хворобою (залежна змінна)

Таким чином, встановлено непрямої ефект ЕЕ як конструкту, що виражає сукупність критики, ворожості та емоційної гіперопіки з боку родини на наявність труднощів, пов'язаних із хворобою поряд із 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 вивчення феноменології ЕЕ у сукупності її об'єктивного прояву та суб'єктивного переживання.

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 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 висвітлюються феноменологічні дослідницькі запитання. Встановлено, що суб'єктивне переживання ЕЕ особами із захворюваннями ШКТ не мають відмінностей у групах відповідно до статі, сімейного чи професійного статусу (див. рис. 3-5). Водночас визначено значущі відмінності у показниках стану здоров'я та якості життя, пов'язаної з хворобою, відповідно до сімейного стану (див. рис. 4). 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 працюючій групі ці показники є вищими (див. рис. 5). Результати дослідження різних субшкел 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.

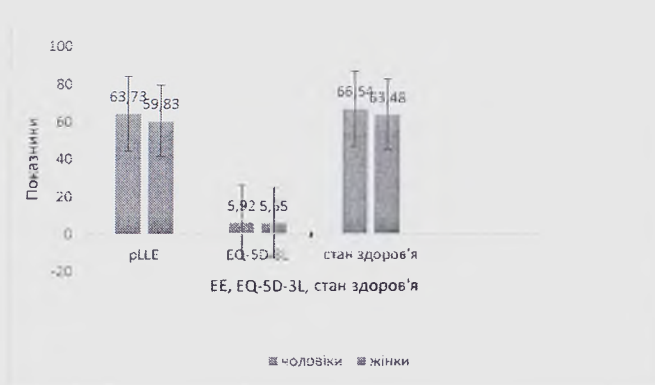


Рис. 3 Відмінності у показниках ЕЕ, стану здоров'я та EQ-5D-3L відповідно до статі

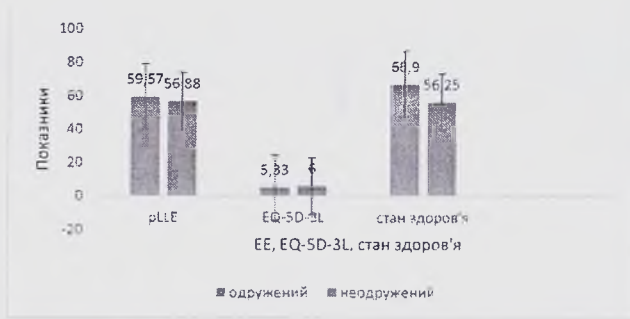


Рис. 4. Відмінності у показниках ЕЕ, стану здоров'я та EQ-5D-3L відповідно до сімейного статусу

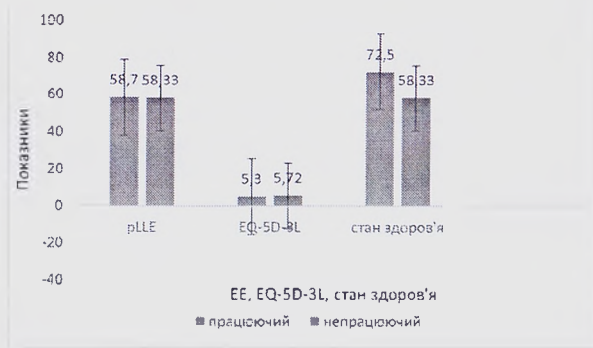


Рис. 5. Відмінності у показниках ЕЕ, стану здоров'я та EQ-5D-3L відповідно до професійного статусу

Визначено реципрокність ЕЕ, адже ставлення з боку родини до особи із захворюваннями ШКТ тісно пов'язане із суб'єктивним переживанням цієї ЕЕ отримувачами медичних послуг ( $r=0,504$ ,  $p<0,001$ ).

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  $[-0,125; 1,007]$ ,  $\beta = -0,572$ ,  $t = -1,063$ ,  $p=0,299$ ).

Тривалість хвороби ( $B=0,077$ , 95% CI  $[-0,227; 0,397]$ ,  $\beta = -0,246$ ,  $t = -1,063$ ,  $p=0,299$ ) та стан здоров'я ( $B=0,103$ , 95% CI  $[-0,602; 0,397]$ ,  $\beta = -0,106$ ,  $t = -0,427$ ,  $p=0,673$ ) не є значущими незалежними предикторами суб'єктивного

переживання ЕЕ.

Отримані внаслідок регресійного аналізу дані дають змогу зробити важливі узагальнення для нашого дослідження, адже в теоретичному розділі 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 такі об'єктивні чинники, як тривалість хвороби та стан здоров'я не є незалежними. 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 особистісними властивостями отримувачів медичних послуг, які поглиблюють їхню чутливість чи вразливість до критики, ворожості та надлишкової гіперопіки.

Встановлено помірний кореляційний зв'язок між сприйнятою критичністю з боку члена сім'ї та сприйнятою власною критичністю стосовно родича ( $r=0,504$ ,  $p<0,001$ ). Ці результати підтверджують результати сучасних зарубіжних досліджень (Hooley & Teasdale, 2000) 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 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.

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 ЕЕ з боку родичів та медпрацівників, а також суб'єктивного переживання цієї ЕЕ отримувачами медичних послуг із хронічними захворюваннями ШКТ.

У розділі висвітлюються психолінгвістичні дослідницькі запитання. Матеріалом дослідження слугували два види наративів – медичні наративи, породжені медпрацівниками, які взаємодіють з отримувачами медичних послуг, і наративи про хворобу осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Результати дослідження дали змогу виокремити медичні наративи як нарацію 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.

Результати психолінгвістичного аналізу письмових наративів «Мій досвід роботи із особами із хронічними захворюваннями ШКТ під час пандемії» дали змогу виокремити 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 такий розподіл: 19 (70,3%) наративів – амбівалентні та 8 наративів – емоційно-негативні (29,7%), і в групі із високим рівнем ЕЕ представлено 1 (2%) травматичний наратив та 9 (98%) емоційно-негативних наративів.

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 відсутні 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.

Результати дослідження вказують на зв'язок між сприйнятою ЕЕ в отримувачів послуг з 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.

Результати лінійного регресійного аналізу 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 ПІКТ. 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.

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 (див. табл. 1).

Таблиця 1

**Кореляції (2-сторонній критерій Пірсона  $r$ ) між HASMGID, ЕЕ, СК, критикою та структурними компонентами наративу про хворобу ( $n=118$ )**

| Змінні               | HASMGID | ЕЕ     | СК     | К      | Агент | Сп     | НЗ     |
|----------------------|---------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|
| HASMGID              | -       | -.26   | .49**  | .44**  | .09   | .04    | .02    |
| ЕЕ                   | -.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    |
| Сm                   | .04     | -.22   | .09    | .24    | .15   | -      | .59**  |
| NC                   | .02     | -.08   | .06    | .11    | .03   | .59**  | -      |
| Середнє              | 10.45   | 5.75   | 7.23   | 6.70   | 3.19  | 1.52   | 5.35   |
| (середнє відхилення) | (3.52)  | (4.02) | (7.65) | (6.27) | (.99) | (1.47) | (4.86) |

Примітка. ЕЕ = емоційна експресивність, СК = сприйнята критика, К = критика, Агент = агентивність, Сп = спільнота, А = афект, НЗ = наративна зв'язність. \* $p < 0.05$ , \*\* $p < .01$

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, встановлено значущий позитивний кореляційний зв'язок між ЕЕ та психологічно значущими категоріями афекту, негативних емоцій. 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 рефреймінгу 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.

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 з іпохондричним варіантом, меланхолійний та паранояльний типи 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 й невиліковною, що притаманне переважно тривожному типу ставлення до хвороби.

У шостому розділі *«Динаміка емоційної експресивності з боку медиків та медперсоналу до осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту»* 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.

У розділі висвітлюються експериментально-формульовані дослідницькі запитання. У результаті дослідження встановлено, що існують помірні позитивні кореляційні зв'язки між показниками ЕЕ родичів, які операціоналізувалися з допомогою шкали FAS, та циклотимним ( $r=0,394$ ,  $p<0,01$ ), депресивним ( $r=0,334$ ,  $p<0,01$ ), дратівливим ( $r=0,374$ ,  $p<0,01$ ) типами. Водночас спостерігаємо помірний негативний кореляційний зв'язок між FAS та гіпертичним типом. Враховуючи, що FAS діагностує критичне та вороже ставлення родичів, якому бракує теплоти у стосунках, вважаємо, що дратівливість, депресивність і циклотимність узгоджується з такими субшкалами ЕЕ. Продовжуючи думку авторів опитувальника *TEMPS-A* (Wicks et al., 2019), можемо стверджувати, що родичі із циклотимним, депресивним та дратівливим типами спрямовані на уникнення невдачі, тоді як родичі з гіпертичним типом вирізняються послідовною і 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 (1985) і описує ЕЕ та її походження щодо

осіб із захворюваннями, має емпіричне підтвердження у нашому дослідженні.

Таблиця 2

**Зміст когнітивно-поведінкової психоедукаційної програми,  
спрямованої на зменшення рівня ЕЕ та морального дистресу у  
медпрацівників**

| Модулі                                                                                                              | Цілі                                                                                     | Зміст                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Психоедукація<br>(Dixon, Adams, & Lucksted, 2000; Eisner & Johnson, 2008; Epstein & Pastryk, 2022; Zasiekina, 2018) | Інформувати та забезпечити дидактичними матеріалами з проблеми ЕЕ та морального дистресу | <p>1. Важливість психосоціальної підтримки осіб із захворюваннями (ШКТ).</p> <p>2. Поняття морального дистресу у контексті професійної діяльності медиків.</p> <p>3. Виникнення конструкту ЕЕ у контексті біопсихосоціальної vs медичної моделі.</p> <p>4. Теоретичні моделі розвитку емоційної експресивності (атрибутивні моделі, модель рис особистості, модель діатезного стресу/вразливості).</p> <p>6. Критичність, ворожість та емоційна гіперопіка як основні прояви високого рівня ЕЕ.</p> <p>7. Емоції провини та сорому як основні прояви морального дистресу.</p> <p>7. ЕЕ з боку родичів стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.</p> <p>8. ЕЕ з боку медперсоналу стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.</p> <p>9. Взаємообумовленість ЕЕ та морального дистресу у медпрацівників.</p> |
| КІПГ-орієнтовані техніки для зменшення                                                                              | Продемонструвати та розвинути навички використання когнітивних та                        | 1. Виявлення негативних думок та їх зв'язок з емоціями провини, сорому, злості, ворожості.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>морального дистресу та ЕЕ медпрацівників (Засекіна, 2014; Засекіна, 2021; Otu, Charles, &amp; Yaya, 2020;; Ruths et al., 2013; Westbrook, Kennerley, &amp; Kirk, 2011)</p> | <p>поведінкових технік</p>                                                                                                              | <p>2. Встановлення поведінкових паттернів у ситуаціях з негативними думками та емоціями.</p> <p>3. Встановлення взаємозв'язку власного ставлення до отримувачів медичних послуг та їхньої поведінкою.</p> <p>4. Моніторинг та планування власної діяльності з метою досягнення її ефективності та гармонійної взаємодії з отримувачем медичних послуг в ситуаціях обмежених ресурсів.</p> <p>5. Релаксаційні техніки майндфулнес терапії (дихальні вправи та сканування тіла)</p>                                                                                                                                                                                             |
| <p>Розуміння поведінки отримувачів медичних послуг та ставлення медпрацівників Нусук, Rigsby-Jones, &amp; Redsell, 2015)</p>                                                  | <p>Здійснити аналіз власної поведінки, особливості проявів критичності, ворожості та гіперопіки та її зв'язок з моральним дистресом</p> | <p>1. Атрибутивні моделі: змішування хвороби отримувача медичних послуг з його особистісними рисами, а не ситуацією.</p> <p>2. Фактори інтернального/екстернального локусу контролю, стабільності та контрольованості у породженні високого рівня ЕЕ та морального дистресу.</p> <p>3. Обговорення професійних ситуацій, які найчастіше зумовлюють прояви високого рівня ЕЕ та морального дистресу.</p> <p>4. Ревізія атрибутивної моделі: атрибуція поведінки отримувача медичних послуг до особливостей захворювань ШКТ та розуміння поведінки цих пацієнтів.</p> <p>5. Обговорення наслідків обвинувачення, критики, ворожості, дратівливості vs підтримки та теплоти.</p> |

|  |  |                                                                                                                    |
|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | 6. Вироблення рекомендацій для гармонізації ставлення до користувачів медичних послуг з діагнозом захворювань ШКТ. |
|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Базуючись на результатах проведеного дослідження, була 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; зниження рівня особистісної та ситуативної тривожності; формування навиків опанування себе в стресових ситуаціях та вміння володіти прийомами релаксації.

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 відмінностей на рівні значущості  $<0,05$ . Результати парного t тесту до і після впровадження експериментальної програми відображено у таблиці 3.

Таблиця 3

**Результати t-критерію Ст'юдента для парних вибірок експериментальної і контрольної груп**

| Групи                                                | Середнє значення (Стандартне відхилення) Mean (SD) | 95% довірчий інтервал | t критерій Ст'юдента | Значущість (Sig) |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|------------------|
| ЕЕ експер. гр. (констатувальний зріз)                | 43,01 (6,57)                                       | [-1,93;5,43]          | 4,221                | <0,001           |
| ЕЕ експер. гр. (контрольний зріз)                    | 39,34 (7,83)                                       |                       |                      |                  |
| Моральний дистрес експер. гр. (констатувальний зріз) | 16,70 (4,35)                                       | [-0,95;0,99]          | 0,044                | 0,965            |
| Моральний дистрес експер. гр. (контрольний зріз)     | 16,68 (4,23)                                       |                       |                      |                  |
| ЕЕ контр. гр. (констатувальний зріз)                 | 43,73 (10,52)                                      | [-3,93;1,81]          | -0,753               | 0,457            |
| ЕЕ контр. гр. (контрольний зріз)                     | 44,79 (10,87)                                      |                       |                      |                  |

продовження табл. 3

|                                                           |              |              |        |       |
|-----------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------|-------|
| Моральний дистрес<br>контр. гр.<br>(констатувальний зріз) | 18,00 (4,04) |              |        |       |
|                                                           |              | [-2,32;0,69] | -1,107 | 0,271 |
| Моральний дистрес<br>контр. гр.<br>(контрольний зріз)     | 18,81 (4,17) |              |        |       |

Як видно з таблиці 3, 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. 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 в 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.

На основі встановлених методологічних, феноменологічних, експерієнтальних та експериментально-розвивальних особливостей ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ запропоновано рекомендації для членів родини щодо зменшення рівня емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній праці було сформульовано експерієнтальні, методологічні, феноменологічні, психолінгвістичні та експериментально-розвивальні 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 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-сисловою 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 obsесивно-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 позитивного 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 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 реципральному профілі ЕЕ між отримувачем медичних послуг-родичем-медпрацівником. Модель емоційного дистресу також передбачає спільні процеси самопомогі 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-HASMD) дають змогу дійти висновків про її високі психометричні властивості. Здійснено культурну адаптацію шкали для діагностики сприйнятого рівня ЕЕ (Percieved 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 експериментальних дослідницьких запитань дали змогу визначити особливості якості різних сфер життя, якості життя, пов'язаної із хворобою, а також особливості управління хворобою та саморегуляції 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 непрямої 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 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 працюючій групі 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 відчують 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) (рЕЕ) 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 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 короткими 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 паранояльний типи ставлення до хвороби. Встановлено, що стигма – це конструкт, який виражає 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 паранояльному 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 кореляційний 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: медсестер акушерського відділення, медсестер проктологічного й гастроентерологічного відділень, медсестер анестезійного відділення. Визначено, що найвищі показники мають медсестри акушерського відділення, дещо нижчі – медсестри, які працюють в проктологічному та гастроентерологічному відділеннях. Найнижчі показники демонструють медсестри анестезійного 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 ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### 1. Навчальний посібник

1.1. 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.

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

2.1. 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)

2.2. 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)

2.3. Zasićkina L., Pastryk T., Kozihora M., Fedotova T., Zasićkin 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)

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

### 3. Статті у фахових виданнях, що включені до переліку, затвердженого МОН

3.1. Кихтюк О. В., Пастрик Т. В. Психологічні проблеми осіб із відносно позитивним статусом. *Психологія: реальність і перспективи*, 2016. Вип. 6. С. 71-76.

- 3.2. 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](https://doi.org/10.18524/2707-0409.2020.2(52).238111)
- 3.3. 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>
- 3.4. 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>
- 3.5. 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](https://doi.org/10.18524/2707-0409.2021.1(53).243358)
- 3.6. 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>
- 3.7. 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>
- 3.8. 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>
- 3.9. 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>
- 3.10. 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>
- 3.11. 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>
- 3.12. 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](https://doi.org/10.17721/upj.2022.1(17).6)

- 3.13. 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>
- 3.14. 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>
- 3.15. 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](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-12(30)-473-486)
- 3.16. 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>

#### 4. Статті в інших наукових виданнях та збірниках науково-практичних конференцій

- 4.1. 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.
- 4.2. 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.
- 4.3. 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. (21 лютого 2022 р.). Дніпро : ДДУВС. 2022. – С. 66-69.
- 4.4. 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.
- 4.5. 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.

4.6. Pastryk T. Conceptual models of relatives expressed emotion towards service users with gastrointestinal disease. *International scientific innovation inhuman life. Proceeding softhe 12 th International Scientific and Practical Conference*. Manchester, United Kingdom. 8-10 June, 2022 Manchester. P. 548-558.

4.7. Chopiak V. V., Kovpak A. V., Pastryk T. V., Mishchenko I.V. Changes in Indicators of Fibrinolysis and Proteolysis 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.

4.8. 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.

## АНОТАЦІЇ

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

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальностями 19.00.01 – загальна психологія, історія психології; 19.00.04 – медична психологія (05 – соціальні та поведінкові науки). – 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 сукупність критичного і ворожого ставлення до особи, а також прояви емоційної гіперопіки. У дослідженні представлено методологію дослідження та його логіку у сукупному розгортанні есперіентальних, методологічних, феноменологічних, психолінгвістичних та експериментально-розвивальних дослідницьких запитань. Відповідно до їх послідовного вирішення у дослідженні 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 труднощами, пов'язаними із хворобою. Визначено реципрокний характер емоційної експресивності, зокрема встановлено тісний кореляційний зв'язок між суб'єктивним переживанням отримувачами медичних послуг критичності як з боку родичів, так і медперсоналу.

Результати психолінгвістичного аналізу наративів про хворобу осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту та осіб 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 як 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 експериментальних, методологічних, феноменологічних, психолінгвістичних та експериментально-розвивальних особливостей запропоновано рекомендації для родичів, які спрямовані на зниження їхньої емоційної експресивності стосовно осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

**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 family members' 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; 19.00.04 – Medical Psychology (05 – Social and behavioral sciences). – Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2023.

The dissertation presents 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 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 objective level of expressed emotion, presented by family members' attitudes, and subjective level, presented by service users' with chronic gastrointestinal diseases experience of the critical, hostile and emotional over-involving attitudes towards them. The results of the empirical study according to the experiential research questions indicate the structure of disease management and self-regulation of service users with chronic gastrointestinal diseases. Additionally, strong association between disease management and disease-related quality of life has 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 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 emotional 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 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 level of the macrosystem in the biopsychosocial approach in our study.

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

An experimental cognitive-behavioral psychoeducational program for healthcare staff, aimed at reducing 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 the circumstances of limited resources and identify the key areas of the experimental cognitive-behavioral psychoeducational program for medical personal. 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-behavioral psychoeducational program is to reduce the sense of guilt, confusion, helplessness, and excessive responsibility of healthcare staff (moral distress), which is associated with a critical, hostile, and emotional over-involving attitudes toward service users. The program consists of three modules, each of which lasts six hours, has its own tasks and content. The results of the field experiment show that the cognitive-behavioral psychoeducational program is effective in reducing expressed emotion in healthcare staff who interact with service users with chronic gastrointestinal diseases. At the same time, the program requires more focus of psychoeducational and cognitive-behavioral techniques aimed at reducing moral distress among medical workers. In particular, we consider the introducing interventions into the program to reduce feelings of shame and guilt, as well as 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.

**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.

Формат 60x84 1/16. Папір офсетний.  
Обсяг 1,6 ум. друк. арк., 1,6 обл.-вид. арк. Наклад 100 пр. Зам. 124.  
Друк – Вежа-Друк (43025, м. Луцьк, вул. Шопена, 12)  
Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України  
ДК № 4607 від 30.08.2013 р.