

УДК 159.942.5:316.613.42

Пастрик Тетяна

кандидат психологічних наук, доцент,

в.о. ректора

КЗВО «Волинський медичний інститут»

<https://orcid.org/0000-0002-6329-9607>DOI <https://doi.org/10.35619/praprv.v1i19.314>

ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЯК ДЕТЕРМІНАНТИ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСИВНОСТІ У РОДИНАХ ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Анотація. Дослідження присвячене теоретичному й емпіричному аналізу природи емоційної експресивності (ЕЕ) та особливостей її прояву членами родини до осіб із хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Відповідно до мети сформульовано дослідницьке завдання (ДЗ), що полягало у простеженні відмінностей у показниках суб'єктивного переживання ЕЕ членами родини пацієнтів, що страждають на хронічні захворювання ШКТ, відповідно до їх статі, сімейного стану, професійного статусу. Вибірку дослідження для аналізу ЕЕ членів родини щодо осіб із захворюваннями ШКТ склали 118 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному й проктологічному відділеннях КЗ «Волинської обласної клінічної лікарні».

У дослідженні використовувалися методи теоретичного аналізу, а також шкали й опитувальники для емпіричного дослідження, зокрема опитувальник якості життя, пов'язаної з хворобою (EQ-5D-3L) та шкала діагностики рівня ЕЕ (LEE). Результати дослідження свідчать про те, що не спостерігаються значущі відмінності у показниках якості життя, пов'язаної з хворобою, стану здоров'я та суб'єктивного переживання ЕЕ з боку родичів між чоловіками та жінками із хронічними захворюваннями ШКТ. Особи, які працюють, мають кращі показники стану фізичного здоров'я порівняно з непрацюючими особами на рівні $p < 0,001$. У одружених осіб із хронічними захворюваннями ШКТ якість життя та стан здоров'я кращий на рівні $p < 0,05$. Перспективами дослідження вважаємо розроблення психоедукаційної програми для родичів і медпрацівників, які взаємодіють із особами із хронічними захворюваннями ШКТ.

Ключові слова: емоційна експресивність, демографічні характеристики, хронічні захворювання ШКТ, суб'єктивне переживання ЕЕ.

Постановка проблеми. Емоційна експресивність (ЕЕ) – це конструкт, який означає ставлення найближчого оточення до особи із хронічним захворюванням. Із поширенням біопсихосоціальної моделі у клінічній практиці значна увага приділяється фактору сім'ї у підтримці якості життя особи із хронічним захворюванням.

Результати останніх досліджень вказують на те, що вразливість до хвороби, процес лікування й адаптації до хвороби й одужання значною мірою визначаються низкою факторів, зокрема психологічних, соціальних та сімейних. Таким чином, вплив сімейних відносин на якість життя особи з хронічним захворюванням зіставляється з біопсихосоціальною моделлю, запропонованою Engel (1978). У цій моделі вчений підкреслює клінічні та особистісні аспекти одужання у сукупності трьох складових: медичної (клінічні симптоми та фізіологічна патологія), психологічної (думки, емоції, поведінка, зокрема психологічний дистрес, страх, стратегії уникання та охоронної поведінки) та соціальної (сімейні стосунки, соціально-економічні фактори, місце роботи і

т.ін.) (Engel, 1978). Модель була розроблена з огляду на те, що часто психофізіологічні реакції, такі як хронічний біль та інші хвороби, не можуть бути пояснені лише одним фізіологічним фактором, а потребують комплексного підходу.

Аналіз останніх досліджень з проблеми. ЕЕ – це конструкт, що означає ключові особливості ставлення до особи із хронічним захворюванням, які виражаються в позитивних коментарях, теплоті, критичності, емоційній гіперопіці та ворожості (Zasiekina, 2018). У сучасних зарубіжних дослідженнях саме ЕЕ є центральним поняттям у ставленні членів родини до особи із хронічним захворюванням. Водночас існують серйозні методологічні питання щодо вивчення ЕЕ. Так, Cromby, Harper, & Reavey (2017) зазначають про те, що досі невідомо, який вектор казуальних відношень між ЕЕ та особою із хронічними захворюваннями. Так, у науковій літературі чітко не визначено, чи погане ставлення родини поглиблює захворювання і погіршує якість життя, пов'язану із хворобою, чи важкість перебігу захворювання негативно впливає на ставлення родини до користувача медичних послуг.

Brown & Rutter (1966) вперше увели це поняття у науковий обіг при вивченні пацієнтів із шизофренією, які мають високий ризик рецидиву хвороби. Результати їхнього дослідження засвідчили, що ризик рецидиву зростає, якщо при поверненні додому після госпіталізації родичі пацієнта проявляють емоційну гіперопіку та критичність до них (Brown & Rutter, 1966). За Hooley & I. Gotlib (2000), ЕЕ є надійним психосоціальним індикатором рецидивів не лише у психічному, а й фізичному здоров'ї. Визначення ЕЕ, за Wearden, Tarrier та Davies (2000), охоплює три аспекти: *поведінка родичів, якість стосунків та домашнє середовище*. Концептуалізація ЕЕ ґрунтувалася на оцінці сімейних стосунків, представлених п'ятьма типами ставлення: критичні зауваження, ворожість, позитивні зауваження, тепло та емоційна гіперопіка. На сучасному етапі ЕЕ оцінюється виключно на основі критики, ворожості та емоційної гіперопіки, оскільки ці типи ЕЕ тісно пов'язані з хронічними захворюваннями як психічної, так і фізичної етіології (Hooley & Parker, 2006; Pastryk et al., 2021).

Нещодавно були зроблені спроби вивчити вплив ЕЕ на такі хвороби, як діабет, астма, ревматоїдний артрит, операції на серце та ожиріння (Wearden et al., 2000). Результати досліджень показали, що у літературі відсутні комплексні дослідження ЕЕ стосовно хворих із медичним діагнозом у порівнянні з особами з психічними захворюваннями. Zasiekina (2018) представила результати дослідження особливостей ЕЕ стосовно осіб із целиакією та негативний вплив ЕЕ на якість життя осіб із цим захворюванням. Результати аналізу літератури засвідчили, що відсутні дослідження впливу ЕЕ з боку родичів стосовно осіб із захворюваннями шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Оскільки ці захворювання часто передбачають дотримання пожиттєвої дієти, взаємодія у сім'ї є важливою для якості життя та управління хворобою цих осіб. У наших попередніх дослідження ми показали негативний вплив ЕЕ як критичного, ворожого, з елементами емоційної гіперопіки ставлення до осіб із захворюваннями ШКТ на перебіг захворювання та якість життя цих осіб (Pastryk et al., 2021).

На сьогоднішній день учені не мають достатньо даних щодо того, що можна сприймати як позитивний чи негативний клінічний результат хронічної хвороби. Так, огляд літератури останніх років із проблеми дає змогу зробити висновок, що контроль за власним здоров'ям та здоровий спосіб життя можуть давати позитивні результати на перебіг хвороби, при цьому ЕЕ мають сильний ефект (Zasiekina, 2018). Таким чином, у контексті хронічної хвороби Wearden (2020) та ін. пропонують говорити про якість життя, обумовлену хворобою, а не про конкретний клінічний результат.

Враховуючи той факт, що етіологія ЕЕ більшою мірою пов'язана з психічними хворобами, і лише нещодавно почала вивчатися у контексті фізичних хвороб, вважаємо за необхідно ґрунтовне дослідження ЕЕ відповідно до демографічних характеристик осіб із

захворюваннями ШКТ. Таким чином, **мета дослідження** – на теоретичному й емпіричному рівні розширити розуміння природи ЕЕ та особливості її прояву з боку членів родини стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ.

Відповідно до цього сформульовано дослідницьке завдання (ДЗ): Чи існують відмінності у показниках суб'єктивного переживання ЕЕ з боку родичів (сприйнята ЕЕ), якості життя, пов'язаної із станом здоров'я осіб із хронічними захворюваннями ШКТ відповідно до статі, сімейного стану, професійного статусу?

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

У дослідженні використовувалися такі **методи і методики**.

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

2. *Шкала для діагностики рівня ЕЕ (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE)*, розроблена Cole & Kazarian (1988). Шкала складається із 60 тверджень, які досліджують критичне, вороже ставлення до осіб із діагнозом, а також гіперопіку з боку родичів. Методика обрана внаслідок того, що досліджує сприйнятий рівень ЕЕ, а також є легкою у використанні для клінічної вибірки. Методика апробована на різних національно-культурних вибірках, Європи та Азії, та підтвердила надійність і валідність. Встановлено значущі кореляційні зв'язки між кожним пунктом опитувальника та загальним балом, коефіцієнт альфа Кронбаха становить $<.826$ для усіх пунктів опитувальника. Усі твердження оцінюються за шкалою від 0 до 4, де 0=зовсім не погоджуюся, 4=повністю погоджуюся. Твердження 2, 7, і 8 мають зворотній характер і обернений обрахунок. Максимальна кількість набраних балів 15 свідчить про низький рівень ЕЕ.

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

Результати дослідження. Результати порівняння двох незалежних вибірок відповідно до статі з допомогою t-критерію Стьюдента відображено на рис.1.

Як видно з рисунку не спостерігається значущих відмінностей у сприйнятті якості життя, пов'язаного із хворобою, станом здоров'я та суб'єктивними переживаннями ЕЕ з боку родичів у представників чоловічої та жіночої вибірки, що страждають на хронічне захворювання ШКТ. Відповідно, результати нашого дослідження не співпадають із останніми дослідженнями осіб із обсесивно-компульсивним розладом (ОКР), у яких стать є значущим незалежним предиктором ЕЕ стосовно цих осіб ($B = -0,981$; $P < 0,05$) (Ranjan, Gujar, & Gupta, 2022). Такий незбіг може пояснюватися різними діагнозами досліджуваних осіб, а також різними методиками діагностики сприйнятої ЕЕ. У нашому дослідженні ми використовували шкалу рLEE, тоді як дослідженні осіб з ОКР використовувалася шкала сприйнятої критичності.

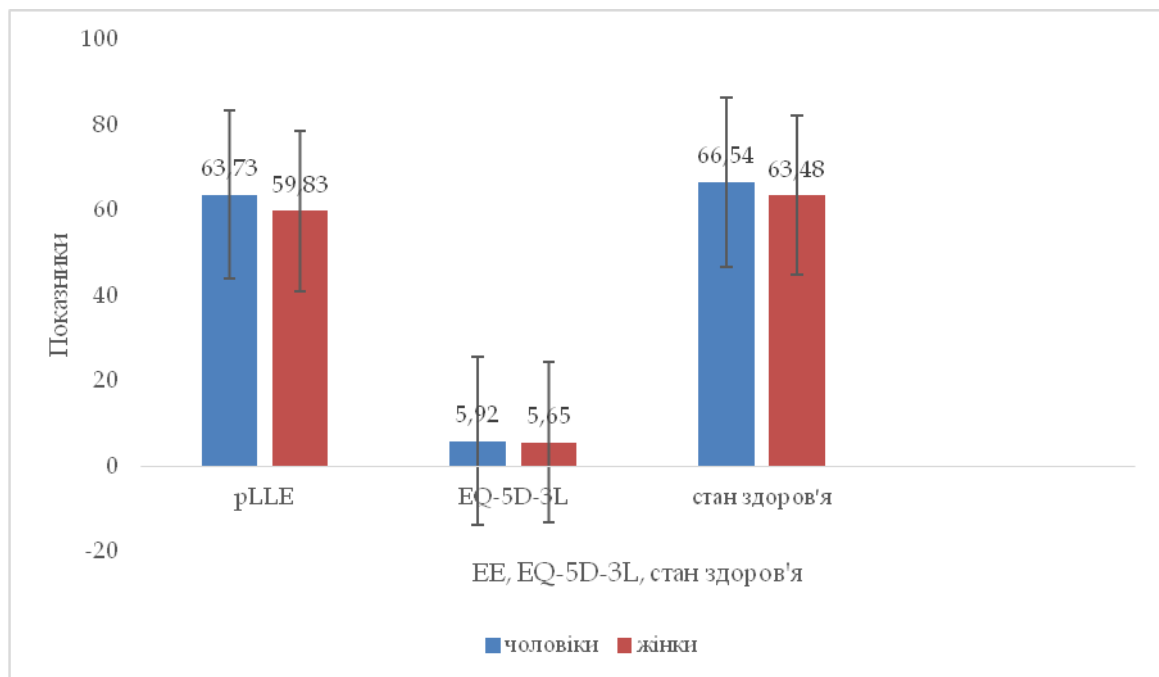


Рис. 1. Відмінності у показниках ЕЕ, стану здоров'я та EQ-5D-3L відповідно до статі

Середньогрупові показники та t-критерій Стьюдента відображено у таблиці 1.

Таблиця 1

Середні значення та стандартні відхилення EQ-5D-3L, стану здоров'я та рLEE для досліджуваних осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та відмінності за статтю

Змінні	Показники у вибірках				t	P
	чоловіки (n=52)		жінки(n=66)			
	M (SD), Min-Max		M (SD), Min-Max			
EQ-5D-3L	5,92 (1,41)	4.00-10.00	5,65(1,28)	5,00-10,00	1,362	0,176
pLEE	63,73 (18,14)	38-111,00	59,83 (2,78)	37,00-110,00	0,978	0,206
стан здоров'я	66,53 (16,10)	20,00-90,00	63,48(16,17)	22,00-90,00	1,020	0,310

Примітка. рLEE=сприйнятий рівень ЕЕ (суб'єктивне переживання ЕЕ), EQ-5D-3L=якість життя, пов'язана з хворобою

Результати порівняння показників EE, стану здоров'я та EQ-5D-3L у двох незалежних вибірках відповідно до сімейного статусу з допомогою t-критерію Стьюдента відображено на рис.2.

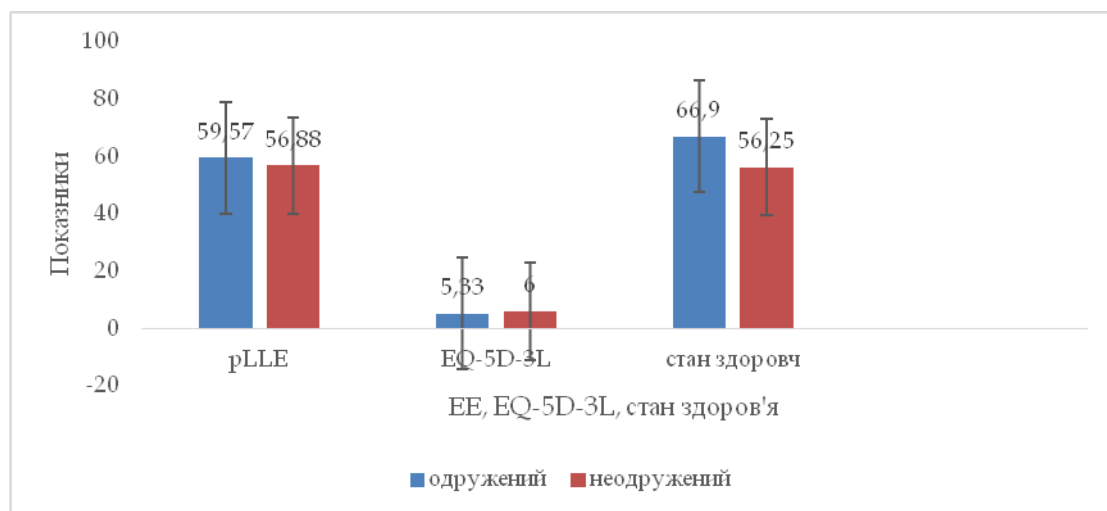


Рис. 2. Відмінності у показниках EE, стану здоров'я та EQ-5D-3L відповідно до сімейного статусу

Результати дослідження свідчать про те, що існують значущі відмінності у показниках стану здоров'я та якості життя, пов'язаної з хворобою відповідно до сімейного статусу. Так, в одружених осіб із хронічними захворюваннями ШКТ якість життя (шкала має зворотній обрахунок) і стан здоров'я вищий на математично-статистичному рівні (див. табл. 2).

Таблиця 2

Середні значення та стандартні відхилення EQ-5D-3L, стану здоров'я та pLEE для осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та відмінності за сімейним статусом

Змінні	Показники у вибірках				t	P
	одружені (n=76)		неодружені (n=42)			
	M (SD), Min-Max		M (SD), Min-Max			
EQ-5D-3L	5,33 (0,85)	4.00 -10.00	6,00 (1,26)	5,00-10,00	-2,325	0,024
pLEE	59,57 (13,43)	38-111,00	56,88 (13,13)	37,00-110,00	0,688	0,495
стан здоров'я	66,90 (12,73)	20,00-90,00	56,25 (18,57)	22,00-90,00	2,496	0,016

Примітка. pLEE=сприйнятий рівень EE (суб'єктивне переживання EE), EQ-5D-3L=якість життя, пов'язана з хворобою

Водночас наші результати не зіставляються із даними дослідження Brown та ін., які свідчать про те, що особи, які живуть самі або з братами і сестрами, мають найнижчий рівень рецидивів – 17% (Brown, Carstairs, & Topping, 1958). Кількість тих осіб, які мають рецидиви, живучи з батьками, становить біля 32%.

Найвищий рівень рецидивів (50%) було виявлено в осіб, які проживали разом із шлюбними партнерами. Така неузгодженість результатів може бути пов'язана з різною специфікою хвороб, так у дослідженні зарубіжних колег особи мали психотичні розлади, тоді як вибірка нашого дослідження – особи із хронічними захворюваннями ШКТ.

Результати дослідження відмінностей у EQ-5D-3L, стану здоров'я та pLEE відповідно до професійного статусу (працюючий/непрацюючий) подано на рисунку 3.

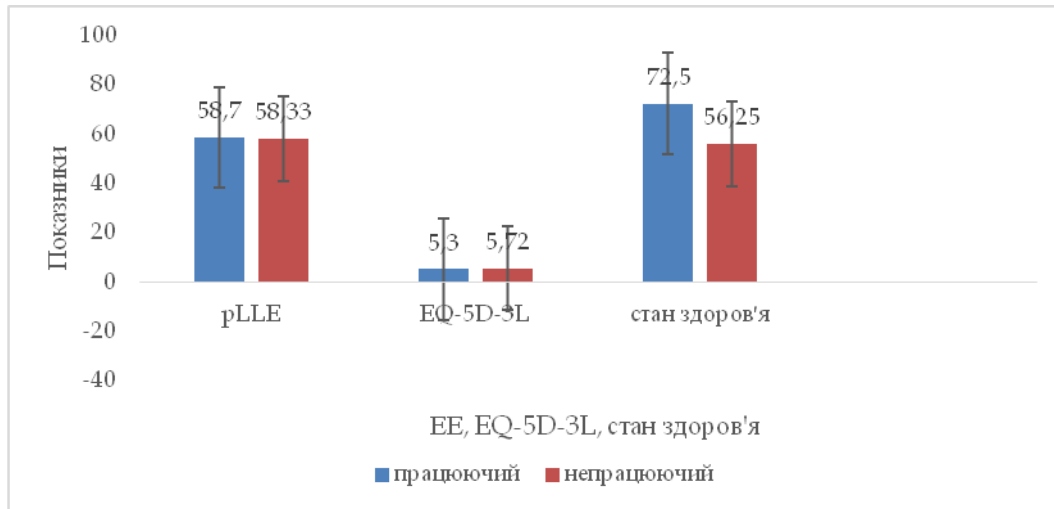


Рис. 3. Відмінності у показниках EE, стану здоров'я та EQ-5D-3L відповідно до професійного статусу

Як видно з рисунку найбільші відмінності на рівні $p < 0,001$ спостерігається за станом здоров'я між особами, які працюють і не працюють. Результати нашого дослідження не зіставляються із останніми дослідженнями осіб із ОКР, у яких професійний статус є значущим незалежним предиктором EE стосовно цих осіб ($B = 1,429$; $p < 0,01$) (Ranjan, Gujar, & Gupta, 2022). Як видно з рисунку, у наших досліджуваних відмінностей у показниках EE відповідно до професійного статусу не виявлено. Такий незбіг, подібно до розбіжностей результатів за статтю, може пояснюватися різними діагнозами досліджуваних осіб, а також неоднаковими методиками діагностики сприйнятої EE.

У нашому дослідженні використовувалась шкала для діагностики рівня EE (Perceived Level of Expressed Emotion, pLEE), розроблена Cole & Kazarian (1988). Тоді як у зарубіжних вчених використовувалася шкала для оцінки сприйнятої критичності (Hooley & Teasdale, 1989), яка фокусується лише на одному типі ставлення EE – критичності.

Таблиця 3

Середні значення та стандартні відхилення EQ-5D-3L, стану здоров'я та pLEE для досліджуваних осіб із хронічними захворюваннями ШКТ та відмінності за професійним статусом

Змінні	Показники вибірки				t	p
	працюючі (n=72)		непрацюючі (n=46)			
	M (SD), Min-Max		M (SD), Min-Max			
EQ-5D-3L	5,30 (0,66)	4.00-10.00	5,72 (1,11)	5,00-10,00	-1,551	0,127
pLEE	59,57 (13,43)	38-111,00	56,88 (13,13)	37,00-110,00	0,097	0,923
стан здоров'я	72,50 (13,62)	20,00-90,00	58,33 (13,63)	22,00-90,00	3,728	0,000

Примітка. pLEE=сприйнятий рівень EE (суб'єктивне переживання EE), EQ-5D-3L=якість життя, пов'язана з хворобою

Як видно з таблиці 3, особи, які працюють, мають кращі показники стану фізичного здоров'я, порівняно з непрацюючими особами. На наш погляд, це пов'язано із тим, що

переважна більшість досліджуваних, які не працюють перебувають на пенсії за віковим критерієм, або через хворобу. У обох випадках це часто може пов'язуватися із погіршенням самопочуття. За результатами наших попередніх досліджень існує кореляційний зв'язок на рівні $p < 0,01$ між показниками стану здоров'я та віком у осіб із хронічними захворюваннями ШКТ (Pastryk et al., 2021).

Висновки. Результати теоретико-емпіричного вивчення особливостей прояву ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ свідчать про те, що ЕЕ – важливий конструкт, який значною мірою впливає на якість життя, пов'язану із хворобами. Існує значна прогалина у вивченні ЕЕ стосовно осіб із фізичними недугами, оскільки переважна більшість досліджень присвячена розумінню ЕЕ стосовно осіб із психотичними розладами.

Результати нашого дослідження свідчать про те, що суб'єктивне переживання ЕЕ особами із захворюваннями ШКТ не має відмінностей у групах відповідно до статі, сімейного чи професійного статусу. Водночас якість життя у цьому випадку залежать від демографічних характеристик, зокрема сімейного і професійного статусу. Відтак, важливим вважаємо дослідження ЕЕ стосовно осіб із хронічними захворюваннями ШКТ, що дасть можливість у подальшому проводити психоедукаційну роботу із рідними таких осіб та покращувати клінічну практику.

Перспективами дослідження вважаємо розроблення психоедукаційної програми для родичів і медпрацівників, які взаємодіють із особами, що страждають на хронічні захворювання ШКТ.

СПИСОК ПОСИЛАНЬ

- Brown, G. W., Birley, L., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137. [in English].
- Brown, G. W., & Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human Relations*, 19(3), 241-263. [in English].
- Cole, J. D., & Kazarian, S. S. (1988). The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44(3), 392-397. [in English].
- Devlin, N., Roudijk, B., & Ludwig, K. (2022). *Value Sets for EQ-5D-5L: A Compendium, Comparative Review & User Guide*. [in English].
- Engel, G. L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310(1), 169-181. [in English].
- Cromby, J., Harper, D., & Reavey, P. (2017). *Psychology, mental health and distress*. Bloomsbury Publishing. [in English].
- Engel, G. L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310(1), 169-181. [in English].
- Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A., Gerlsma, C., & Meeus, W. (2007). Does the level of expressed emotion (LEE) questionnaire have the same factor structure for adolescents as it has for adults? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 215-220. [in English].
- Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 9(3), 135-151. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80001-0](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80001-0). [in English].
- Hooley, J. M., & Parker, H. A. (2006). Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 386. [in English].
- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of abnormal psychology*, 98(3), 229. [in English].

- Pastryk, T., Kireieva, Z., Kordunova, N., & Lyla, M. (2021). Perceived Expressed Emotion in the Illness Narratives of Individuals with Chronic Gastrointestinal Disorders. *East European Journal of Psycholinguistics*, 8(2). [in English].
- Ranjan, L. K., Gujar, N. M., & Gupta, P. R. (2022). Sociodemographic predictors of perceived expressed emotions and self-esteem in persons with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 27(1), 35. [in English].
- Wearden, A. J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., & Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 633-666. [in English].
- Wearden, A. J., Tarrier, N., & Davies, R. (2000). Partners' expressed emotion and the control and management of Type 1 diabetes in adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(2), 125-130. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(00\)00141-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00141-0). [in English].
- Zasiekina, L. (2018). Expressed Emotion Towards Individuals with Mental and Physical Health Conditions: A Structured Literature Review. *East European Journal of Psycholinguistics*, 5(2), 108-117. <https://doi.org/10.29038/eejpl.2018.5.2.zas>. [in English].

DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AS DETERMINANTS OF EMOTIONAL EXPRESSIVENESS IN FAMILIES OF PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

Tetiana Pastryk

Candidate of Psychological Sciences

Acting rector of KZVO

«Volyn medical Institut»

<https://orcid.0000-0002-6329-9607>

DOI <https://doi.org/10.35619/praprv.v1i19.314>

Abstract. *The study aims to expand the understanding of the nature of relatives' expressed emotion (EE) and the its peculiarities towards service users with chronic gastrointestinal diseases. Considering the aim of the study there is a key research question: Are there any differences in the service users' subjective experience of EE (perceived EE), the illness-related quality of life and the health condition according to demographic characteristics, namely gender, marital status and professional status? The study sample includes 118 service users who were undergoing inpatient treatment in the gastroenterology and proctology departments of the "Volyn Regional Clinical Hospital". The study applies methods of theoretical analysis as well as scales and questionnaires for empirical investigation, including the Illness-Related Quality of Life Questionnaire (EQ-5D-3L) and the Level of Perceived EE (pLEE) Scale.*

The results of the study indicate that there are no significant differences in illness-related quality of life, health condition and service users' subjective experience of EE between men and women with chronic gastrointestinal diseases. Employed persons have better indices of health condition compared to persons who are unemployed at the level of $p < 0,001$. Married individuals with chronic gastrointestinal diseases have a better illness-related quality of life and health condition at the $p < 0,05$ level. The study has an important practical implication, namely developing a psychoeducational program for relatives and healthcare staff who interact with service users with chronic gastrointestinal diseases.

Key words: *expressed emotion, demographic characteristics, chronic gastrointestinal diseases, service users' subjective experience of EE.*

Стаття надійшла до редакції 05.10.2022