ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Факультет фармації, психології та менеджементу
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота магістра
на тему:

«ПСИХОЛОГІЧНІ ПРИЧИНИ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ-РЕНТГЕНОЛОГА»

Виконала:
Щербак Вікторія Олександрівна
здобувачка 2 року навчання
заочної форми навчання, групи ПЗ2405
спеціальності 053 «Психологія»
Науковий керівник:
Корнієнко Олексій Васильович
кандидат психологічних наук, доцент
Рецензент:
Олександра Питлюк-Смеречинська
кандидатка психологічних наук, доцентка,
доцентка кафедри психології ЗВО
«Університет Короля Данила»

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП 3

РОЗДІЛ 1 6

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ-РЕНТГЕНОЛОГА 6

1.1**.** Перфекціонізм особистості як проблема вітчизняної та зарубіжної психології 6

1.2. Прояви та причини перфекціонізму в професійній діяльності лікаря 12

1.3**.** Особливості вимог до професійної діяльності лікаря-рентгенолога як передумови до появи перфекціонізму 19

Висновки до розділу 1 27

РОЗДІЛ 2 31

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРИЧИН ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ-РЕНТГЕНОЛОГА 31

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження 31

2.2 Результати емпіричного дослідження 35

Висновки до розділу 2 46

РОЗДІЛ 3 49

ПСИХОЛОГІЧНА ПРОГРАМА КОРЕКЦІЇ ПРОЯВІВ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ У ЛІКАРІВ-РЕНТГЕНОЛОГІВ 49

3.1. Розробка та опис психологічної програми 49

3.2**.** Психологічні рекомендації лікарям-рентгенологам 54

Висновки до розділу 3 57

ВИСНОВКИ 60

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ 64

ДОДАТКИ 67

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасному науковому дискурсі перфекціонізм розглядається як багатовимірне психологічне явище, що охоплює особистісні, мотиваційні та соціально-когнітивні аспекти функціонування індивіда [1; 2; 6]. Зростання уваги до цього феномену пояснюється тим, що в умовах високих професійних вимог, відповідальності та очікування безпомилковості перфекціонізм дедалі частіше проявляється серед фахівців, особливо у сфері медицини [7; 9].

Професійна діяльність лікаря-рентгенолога поєднує значне когнітивне навантаження, мінімальний контакт із пацієнтами та постійну потребу в точності діагностичних рішень. Саме така специфіка створює як зовнішні, так і внутрішні передумови для формування перфекціоністських установок [11; 13; 20]. Проте залишається недостатньо з’ясованим, які саме психологічні чинники ―особистісні риси, стилі мислення чи соціальні впливи ―лежать в основі цього явища.

Багато сучасних досліджень розглядають перфекціонізм переважно як чинник ризику професійного вигорання, тривожних розладів або емоційної дезадаптації [16; 17; 22]. Водночас вивчення його внутрішніх і зовнішніх джерел формування дає змогу глибше зрозуміти механізми виникнення феномену та створити підґрунтя для ефективних профілактичних стратегій у професійній психології.

Дослідження виконано в межах наукової тематики кафедри та спрямоване на поглиблення розуміння психологічних причин формування перфекціоністських установок у фахівців рентгенологічного профілю. У роботі реалізовано теоретичний аналіз літературних джерел, обґрунтовано вибір методичного інструментарію та проведено емпіричне вивчення зазначеного феномену.

Мета дослідження - виявлення та теоретичне обґрунтування психологічних чинників, що зумовлюють розвиток перфекціонізму в професійній діяльності лікарів-рентгенологів.

Для досягнення мети передбачено вирішення таких завдань:

1. Проаналізувати наукові підходи до розуміння перфекціонізму в контексті вітчизняної та зарубіжної психології;
2. Окреслити основні психологічні чинники, що сприяють формуванню перфекціоністських установок у медичній сфері;
3. Дослідити професійне середовище лікаря-рентгенолога як соціально-психологічний контекст для розвитку перфекціонізму;
4. Підібрати психодіагностичний інструментарій для оцінки рівня перфекціонізму;
5. Провести емпіричне дослідження серед лікарів-рентгенологів;
6. Сформулювати рекомендації щодо психопрофілактики дезадаптивного перфекціонізму.

Об’єкт дослідження - професійне функціонування фахівців у галузі променевої діагностики.

Предмет дослідження - психологічні чинники, що зумовлюють формування перфекціоністських установок у фахівців рентгенологічного профілю.

Методи дослідження: теоретичний аналіз літератури з проблематики перфекціонізму; психодіагностичні методи (Multidimensional Perfectionism Scale − Hewitt & Flett); кількісні методи статистичного аналізу (кореляційний аналіз, візуалізація залежностей).

База дослідження та обґрунтування вибірки. Емпіричну частину проведено серед 30 лікарів-рентгенологів, які працюють у медичних закладах м. Києва та Київської області. Вибірка має цільовий характер і відповідає специфіці досліджуваного явища, оскільки саме ця категорія фахівців виявляє схильність до високих внутрішніх стандартів і підвищеної самокритичності.

Наукова новизна роботи полягає в уточненні психологічних причин формування перфекціонізму серед лікарів-рентгенологів. Це дозволяє розглядати перфекціонізм не лише як сталу рису особистості, а як динамічне утворення, що формується під впливом особистісних і професійно-контекстуальних чинників.

Теоретичне значення результатів полягає у поглибленні розуміння соціально-когнітивних і професійних основ формування перфекціоністських установок із урахуванням специфіки медичного середовища.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості їх використання під час підготовки та психологічного супроводу лікарів, а також у профілактиці професійної дезадаптації через вчасне виявлення перфекціоністських ризиків.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження були представлені на Всеукраїнській науково-практичній конференції «КЛІНІЧНА ТА ВІКОВА ПСИХОЛОГІЯ В ЕПОХУ ЛІМІНАЛЬНИХ ЗМІН».

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 61 сторінку, вона містить 4 таблиці, 1 рисунок та 4 додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ-РЕНТГЕНОЛОГА

1.1. Перфекціонізм особистості як проблема вітчизняної та зарубіжної психології

Ідея прагнення до досконалості виникла задовго до того, як термін “перфекціонізм” увійшов у науковий обіг. Ще в етиці Арістотеля чи в поглядах стоїків на самодисципліну можна знайти витоки уявлень про ті риси, які пізніше психологи визначать як перфекціоністські установки. Хоча давні філософські системи не трактували надмірне прагнення до ідеалу як проблему, саме вони заклали інтелектуальне підґрунтя для подальшого наукового осмислення цього феномену.

У психології поняття перфекціонізму почало активно розвиватися з середини XX століття. Його пов’язували з надмірною самокритичністю, тривожністю, залежністю від зовнішнього схвалення. Особливу увагу цим проявам приділяв психоаналітичний підхід, у межах якого перфекціонізм прояви часто розглядався як наслідок жорсткого Супер-Его або нереалістичного ідеалу Я.

Водночас із розвитком когнітивної психології в науковому дискурсі формується інше бачення перфекціонізму —як результату дисфункціональних переконань про себе й власну ефективність. Згідно з когнітивно-поведінковою моделлю Р.Шафран, З.Купер і К.Фейрберн, перфекціонізм є системою саморегуляції, у якій самооцінка особистості надмірно залежить від досягнення поставлених стандартів [14]. Якщо ці стандарти надмірно високі або негнучкі, то невдачі сприймаються як особистісна катастрофа, що веде до зростання тривожності, уникання помилок і емоційного виснаження. Саме тому когнітивно-поведінковий підхід

акцентує не лише на змісті ідеалів, а й на жорсткості мислення, яка утримує людину в циклі самокритики.

Нова хвиля інтересу до феномену перфекціонізму спостерігається у 1980-1990-х роках, коли дослідники почали сприймати його не лише як рису, а як складну структуру особистісних установок, здатну проявлятися як конструктивно, так і деструктивно. Зокрема, Девід Бернс, автор одного з провідних підручників із когнітивної терапії, звернув увагу на зв'язок перфекціоністських переконань із депресією. На його думку, перфекціонізм не завжди означає прагнення до високої мотивації - частіше це страх зробити помилку або не відповідати уявленням про те, яким "має" бути успіх [3].

Згодом з'явилися перші спроби кількісно виміряти різні аспекти перфекціонізму. Роберт Фрост і його колеги запропонували шість чинників, що формують структуру цього феномену: надмірне занепокоєння через помилки, сумніви у власних діях, тиск з боку батьків, високі стандарти, організованість тощо. Запропонована модель дала змогу розмежувати адаптивні й дезадаптивні складові перфекціонізму [2].

Подальший розвиток поняття пов'язують із тривимірною концепцією Пола Г'юїтта та Гордона Флетта, які виокремили три типи перфекціонізму: орієнтований на себе, орієнтований на інших і соціально зумовлений. Саме останній тип, коли особа відчуває тиск зовнішніх очікувань і сприймає його як обов'язок бути ідеальною, найтісніше пов'язаний із тривожністю, депресією та ризиком суїцидальності [1].

Ці підходи заклали основу для подальших емпіричних і терапевтичних моделей, у межах яких перфекціонізм розглядається не лише як риса особистості, а й як потенційно ризикована когнітивна установка, що може порушувати психологічну рівновагу людини за умов хронічного навантаження чи соціального тиску. Завдяки цим дослідженням перфекціонізм був концептуалізований як багатовимірне явище, що має особистісне та соціальне підґрунтя.

Подальші дослідження підтвердили, що перфекціонізм у медичному середовищі має особливу динаміку. Так, Г. Геннінґ, С.І., та Д.Шоу вказують на тісний зв’язок між перфекціонізмом і так званим синдромом самозванця, який часто спостерігається у студентів-медиків і лікарів [12]. Постійне порівняння себе з ідеальним образом професіонала, страх виявити незнання або помилку створюють хронічний внутрішній тиск. Цей механізм пояснює, чому навіть висококомпетентні спеціалісти відчувають невпевненість у своїх здібностях — вони оцінюють себе не за реальними результатами, а за уявними стандартами бездоганності.

З метою узагальнення ключових відмінностей між двома провідними зарубіжними моделями - шестикомпонентною структурою Р. Фроста та тривимірною типологією П. Г’юїтта і Г. Флетта - наведено порівняльну таблицю.

Таблиця 1

Порівняння моделей перфекціонізму Р. Фроста та П. Г’юїтта і Г. Флетта

У таблиці представлено порівняння двох найбільш впливових зарубіжних моделей перфекціонізму – шестикомпонентної моделі Р. Фроста та тривимірної концепції П. Г’юїтта і Г. Флетта. Це дозволяє наочно простежити, які акценти робили дослідники на різних рівнях цього явища та як це вплинуло на подальше емпіричне вивчення перфекціонізму.

Критерій	Модель Фроста (1990)	Модель Г'юїтта і Флетта (1991)
Кількість вимірюваних факторів	6 факторів	3 фактори
Основні компоненти	Страх помилки, сумніви у діях, особисті стандарти, організованість, очікування та критика батьків	Орієнтований на себе, орієнтований на інших, соціально зумовлений
Тип перфекціонізму	Не розрізняє типи перфекціонізму як соціальні ролі	Виділяє типи відповідно до напрямку вимог
Джерело впливу	Інтраперсональні та сімейні чинники	Інтраперсональні та соціальні очікування
Можливість адаптивного варіанту	Так (організованість, особисті стандарти)	Лише самовимоги (self-oriented) можуть бути адаптивними
Основне призначення моделі	Оцінка багатовимірної структури перфекціонізму	Дослідження зв'язку з психопатологією

Примітка. Узагальнено за даними: Frost, R. O., Marten, P. A., Lahart, C. M., Rosenblate, R. The dimensions of perfectionism / R. O. Frost et al. // *Cognitive Therapy and Research.* - 1990. - T. 14, № 5. - C. 449-468;
Hewitt, P. L., Flett, G. L. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology / P. L. Hewitt, G. L. Flett // *Journal of Personality and Social Psychology.* - 1991. - T. 60, № 3. - C. 456-470.

Окрему увагу в сучасній науковій літературі привертає критика ідеї "ідеального лікаря". М.Велбі [13] наголошує, що міфологізація професійної безпомилковості в медицині створює ґрунт для формування деструктивних форм перфекціонізму. Постійне прагнення відповідати недосяжним уявленням про професіоналізм призводить до емоційного виснаження, почуття провини та втрати внутрішньої гнучкості. Таким чином, перфекціонізм у медичній професії набуває не лише психологічного, а й етичного виміру, пов'язаного з образом лікаря як "ідеального служителя".

Попри значний вплив зарубіжних підходів, в українській психології також сформувалися власні уявлення про сутність і наслідки перфекціонізму, зокрема в контексті психічного здоров'я, образу Я, професійного функціонування та адаптаційного потенціалу особистості. На відміну від західних концепцій, українські автори частіше підкреслюють соціальний вимір - роль виховання, очікувань і суспільного схвалення.

Так, О.В. Карпенко зазначає, що перфекціонізм формується не лише під впливом високих зовнішніх стандартів, а й унаслідок внутрішніх когнітивних переконань. Авторка наголошує на ролі батьківства очікувань, які з дитинства задають людині уявлення про неприйнятність помилок і необхідність досягнень [4].

А.М. Лазько підкреслює амбівалентність перфекціонізму: він містить як конструктивні, так і деструктивні елементи. Дослідниця наголошує на важливості контексту (освітнього чи професійного) у якому проявляються адаптивні або дезадаптивні форми цього феномену [5].

Т.Ю. Завада, розглядає перфекціонізм як багатовимірний конструкт, у якому поєднуються страх помилки, схильність до надмірної відповідальності, тривожність щодо оцінки та постійна перевірка власної ефективності. Вона зазначає, що перфекціонізм може виступати сполучною ланкою між особистісною тривожністю та синдромом вигорання [6].

Таким чином, українська психологічна наука визнає перфекціонізм не лише як індивідуальну рису, а як динамічну характеристику, що формується у взаємодії із соціальним середовищем і суттєво впливає на психічне здоров’я та професійну стабільність особистості.

Варто зауважити, що в науковому середовищі досі немає єдиної позиції щодо сутності перфекціонізму. Частина дослідників визначає його як стійку особистісну рису, інші - як когнітивно-поведінкову установку, що формується під впливом соціального контексту [5; 6]. Така різноманітність тлумачень ускладнює діагностику та порівняння результатів емпіричних досліджень.

Дискусійним залишається і питання розмежування адаптивного та дезадаптивного перфекціонізму. Хоча чимало авторів визнають конструктивний потенціал перфекціоністських настанов (особливо у випадку високої мотивації досягнення), підкреслюється, що така дихотомія часто умовна. У реальному житті поведінкові прояви можуть переходити з однієї категорії в іншу залежно від контексту - особистісного, професійного чи емоційного стану [4; 6].

Прагнення до безпомилковості, наприклад, може сприйматися як професійна чеснота, але за умов емоційного виснаження чи зовнішнього тиску воно нерідко перетворюється на внутрішній критицизм, що підсилює тривожність і знижує самооцінку [6]. Т.Ю. Завада вказує, що в таких випадках перфекціонізм перестає бути джерелом розвитку і стає чинником, який перешкоджає адаптації особистості [6].

Крім того, низка авторів наголошує на культурній та соціальній зумовленості перфекціонізму, адже стилі виховання, системи оцінювання та професійні стандарти значною мірою впливають на його формування [4]. У цьому сенсі перфекціонізм доцільно розглядати не як усталену рису, а як результат взаємодії людини з вимогами середовища.

Узагальнюючи огляд зарубіжних підходів, варто зазначити, що сучасні дослідники дедалі частіше розглядають перфекціонізм як континуум ―від функціональних форм, які підтримують професійний розвиток, до дисфункціональних, що ведуть до вигорання та психічної вразливості [12; 13; 14]. Такий підхід є важливим у контексті медицини, адже дозволяє не лише виявити ризики, а й формувати профілактичні стратегії розвитку адаптивного перфекціонізму, який поєднує вимогливість із психологічною гнучкістю.

Висновки до підрозділу 1.1

Аналіз наукових джерел засвідчує, що перфекціонізм − складний психологічний феномен із багатовимірною структурою, який проявляється як у внутрішніх мотиваційних прагненнях особистості, так і у відповідь на зовнішні соціальні очікування. Моделі П. Г’юїтта і Г. Флетта [1], а також та Р. Фроста [2], дали змогу емпірично розмежувати міжособистісні та інтраперсональні аспекти перфекціонізму й визначити межі його адаптивних і дезадаптивних форм.

Вітчизняні дослідники, зокрема О.В. Карпенко [4], А.М. Лазько [5] та Т.Ю. Завада [6], акцентують увагу на зв’язку перфекціонізму з тривожністю, емоційним напруженням, зниженням самооцінки та підвищеним рівнем професійного вигорання. Наголошується на його соціальній зумовленості й

ролі професійного контексту, який формує стиль ставлення до себе та до результатів власної діяльності.

Попри наявність усталених класифікацій і методів вимірювання, феномен перфекціонізму залишається теоретично багатозначним. Відкритими є питання про його стабільність, межі між конструктивними та деструктивними проявами, а також про вплив соціального середовища на його розвиток.

З огляду на це, перфекціонізм доцільно розглядати як важливий чинник, що впливає на психоемоційне функціонування людини, особливо у складних і відповідальних професіях. Саме тому подальший аналіз буде спрямований на вивчення його проявів і наслідків у професійній діяльності лікарів, зокрема спеціалістів рентгенологічного профілю.

1.2. Прояви та причини перфекціонізму в професійній діяльності лікаря

Професійна діяльність лікаря вимагає надзвичайно високого рівня відповідальності, стресостійкості, уважності та постійного оновлення знань. В умовах, коли навіть незначна помилка може мати серйозні наслідки, медичні фахівці, зокрема лікарі, нерідко опиняються під тиском очікувань — як власних, так і зовнішніх. Такий контекст сприяє формуванню й закріпленню перфекціоністських установок.

Перфекціонізм у цій сфері може виконувати як адаптивну функцію − підтримуючи мотивацію до високої якості роботи, так і дезадаптивну, що проявляється у надмірній самокритиці, тривожності та емоційному виснаженні. Тому дослідження цього явища має не лише теоретичне, а й практичне значення —воно допомагає краще зрозуміти механізми професійної дезадаптації та знайти шляхи її профілактики.

З позиції сучасної психодіагностики перфекціонізм тісно пов’язаний із процесами професійного вигорання, що відображається в класичних моделях

К.Маслач і М.Лейтер [21]. Автори підкреслюють, що надмірна самовимогливість і занижена толерантність до помилок сприяють формуванню емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень. Особливо небезпечним є поєднання високих стандартів із відсутністю належного відновлення енергетичних ресурсів. У цьому сенсі перфекціонізм не лише посилює ефект вигорання, а й приховує його перші прояви під маскою "високої професійної віддачі" [21].

Перфекціоністські установки часто визначають стиль професійної поведінки лікаря. З одного боку, вони стимулюють дисциплінованість, точність, відповідальність і прагнення до вдосконалення результатів праці. Це природно для фахівців, які відповідають за здоров'я і життя людей, де ціна помилки є надзвичайно високою [19; 22]. З іншого боку, саме ці риси, за умов хронічного навантаження, можуть трансформуватися у психологічну пастку, коли вимогливість до себе переходить у ригідність мислення, страх помилки й зниження емоційного ресурсу.

Особливо це відчутно у діяльності лікарів-рентгенологів. Для них характерне поєднання внутрішнього (самовимогливість, самокритичність) і соціального (очікування безпомилковості від колег та адміністрації) перфекціонізму [1]. Рентгенолог працює в умовах, де точність висновку є критичною, а простір для помилки — мінімальний. Тому адаптивні прояви перфекціонізму — організованість, увага до деталей, реальність — підтримують професійну ефективність, але водночас створюють ризик формування дезадаптивних тенденцій [2].

К.Вест і Л.Дайрбай у систематичному огляді досліджень вигорання серед лікарів зазначають, що саме соціально зумовлений перфекціонізм — орієнтація на зовнішнє схвалення й страх осуду — є одним із найсильніших предикторів емоційного виснаження [22]. На їхню думку, медичне середовище посилює цю залежність, оскільки культура безпомилковості та публічна оцінка компетентності створюють замкнене коло постійної самоперевірки. Лікарі з подібним типом перфекціонізму демонструють

нижчий рівень психологічного добробуту, гіршу стресостійкість і схильність до порушень сну, що, у свою чергу, негативну впливає на професійну ефективність [22; 23].

Важливою проблемою є те, що багато медиків схильні ототожнювати перфекціонізм із професійною компетентністю. Такий підхід формує ілюзію, що бездоганність є необхідною умовою професіоналізму. У результаті фахівець ігнорує власні емоційні сигнали перевантаження, сприймаючи відпочинок або помилку як прояв слабкості. Як зазначають дослідники, саме така установка часто виступає предиктором емоційного вигорання [7].

Професійне середовище медицини загалом створює умови для розвитку перфекціонізму. Високі стандарти, суворі протоколи, конкуренція між колегами та оцінювання компетентності за критеріями безпомилковості ―усе це підсилює внутрішній контроль і знижує толерантність до невизначеності. У рентгенології цей ефект посилюється обмеженим зворотним зв’язком із пацієнтами: лікар рідко бачить безпосередній результат своєї роботи, що підживлює потребу в самоперевірці й внутрішній напрузі [6; 22].

Модель “Job Demands-Resources” (JD-R), розроблена А.Баккером і Е.Демерути [8], надає важливе теоретичне пояснення цьому феномену. Вона доводить, що надмірні вимоги до праці за умов недостатніх ресурсів (емоційних, соціальних чи організаційних) призводять до виснаження. У випадку лікарів-рентгенологів до таких “високих вимог” належать точність, постійна концентрація уваги, відповідальність за наслідки помилок. Якщо ці вимоги не компенсуються підтримкою або автономією, перфекціонізм перетворюється з професійного стимулу на джерело хронічного стресу.

Не менш значущим чинником є професійна соціалізація. Молоді лікарі часто орієнтуються на поведінкові моделі старших колег. Якщо у відділенні домінує культура непомильності, суворої ієрархії та приховування вразливості, то новачки засвоюють ці норми як єдино прийнятні [18]. У результаті формується соціально зумовлений перфекціонізм ―страх не

виправдати очікування авторитетних фігур або здаватися “недостатньо компетентним” [4].

Такі фактори сприяють тому, що перфекціоністські тенденції не лише виникають, а й підтримуються на інституційному рівні. Вони часто залишаються непоміченими доти, поки не починають призводити до емоційного виснаження. Лікар поступово звикає функціонувати у стані постійної мобілізації, що з часом виснажує психічні ресурси.

Дослідження свідчать, що саме дезадаптивні форми перфекціонізму — такі як надмірна самокритика, страх осуду, прагнення до недосяжних стандартів —найбільш тісно пов’язані з емоційним вигоранням [6; 7]. У медичних спеціальностях це проявляється особливо гостро через постійне зіткнення з невизначеністю, необхідність приймати складні рішення й відповідальність перед пацієнтом. У таких умовах перфекціонізм, замість того щоб підтримувати ефективність, перетворюється на чинник хронічного стресу.

Окрему небезпеку становить тенденція компенсувати втому підвищенням вимог до себе. Лікар намагається “триматися” збільшуючи навантаження, щоб довести власну професійну спроможність. Це лише посилює відчуття провини, розчарування та самозвинувачення. При цьому фахівці з вираженими перфекціоністськими рисами рідше звертаються по підтримку, адже вважають, що мають “справлятися самостійно” [22].

Дослідження С.Мартіна та колег (2022) підтверджує, що перфекціонізм не лише корелює з вигоранням, а й має прогностичну цінність щодо його виникнення [11]. Автори вказують, що лікарі з високими показниками самовимогливості демонструють зниження емпатії, підвищену втомлюваність і відчуття “професійної порожнечі”. Такі особистості, як правило, ігнорують перші ознаки виснаження, вважаючи втому частиною норми своєї професії. У підсумку це призводить до зниження якості роботи й особистісного благополуччя.

Згідно з оглядами сучасних досліджень, перфекціонізм виступає незалежним предиктором професійного вигорання серед лікарів, а в поєднанні з високим рівнем зовнішньої відповідальності (характерним для рентгенологів) його негативний вплив зростає [4]. Таким чином, перфекціонізм, який на початкових етапах може здаватися захисною стратегією, у довготривалій перспективі стає джерелом психологічних ризиків.

Адаптивний і дезадаптивний перфекціонізм мають схожий зовнішній вигляд — обидва проявляються у прагненні до високих стандартів, але суттєво різняться за внутрішньою мотивацією та наслідками. У першому випадку мотивація зумовлена бажанням розвитку й самореалізації, у другому — страхом помилки та неприйняття. На рисунку 1 подано узагальнену візуальну модель цих двох форм перфекціонізму.

У клінічних спостереженнях Т.Шанафельта та співавторів [20; 25] зазначено, що поєднання високого рівня перфекціонізму з керівною або автономною відповідальністю підвищує ризик вигорання навіть серед досвідчених лікарів. Вони пропонують розглядати перфекціонізм як модератор взаємодії між робочими навантаженнями та емоційним станом фахівця: що вища вимогливість до себе, то гостріше переживаються звичайні робочі труднощі. Таким чином, перфекціонізм стає чинником, який “підсилює” ефект професійного стресу.

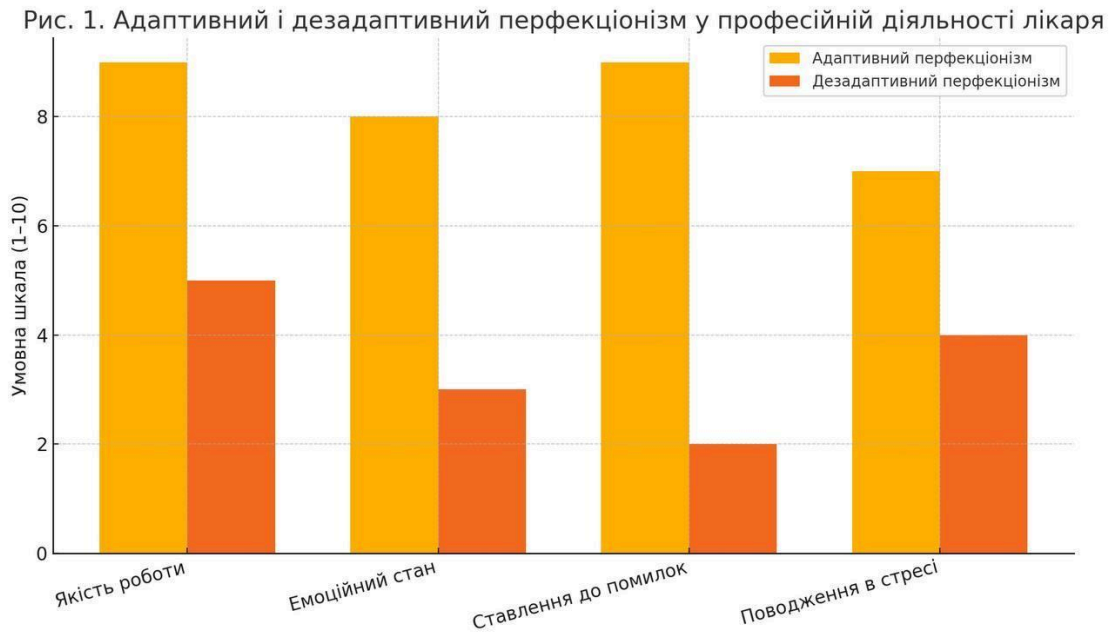


Рис. 1. Адаптивний і дезадаптивний перфекціонізм у професійній діяльності лікаря

Як видно з моделі, дезадаптивний перфекціонізм асоціюється з нижчим рівнем емоційної стабільності, гнучкості мислення й задоволеності професійної діяльності. Натомість адаптивна форма підсилює ефективність, упевненість і психологічну стійкість. Саме спосіб реалізації перфекціоністських установок визначає, чи слугуватимуть вони ресурсом, чи стануть перешкодою для професійного добробуту.

У практиці дезадаптивний перфекціонізм проявляється по-різному: у схильності відкладати виконання завдань через сумніви у їхній якості, у страху братися за складні випадки, у надмірній перевірці деталей. Це знижує оперативність прийняття рішень і гальмує розвиток клінічного мислення. У рентгенології, де важливо поєднувати точність із адаптивністю, така ригідність може зменшувати як ефективність діагностики, так і професійне задоволення [22].

Дезадаптивний перфекціонізм також стає причиною відтермінування професійного росту: лікар відкладає участь у конференціях, публікаціях або

атестації через сумніви у власній “готовності”. У довготривалій перспективі це спричиняє відчуття застою, невпевненості та ізоляції від колективу [6].

Отже, перфекціонізм не обмежується лише особистісною характеристикою − він здатний перетворюватися на системний бар’єр для професійного розвитку, якщо не буде своєчасно усвідомлений і збалансований практиками самопідтримки, рефлексії та колегіальної взаємодії.

Загалом можна стверджувати, що в медичній сфері перфекціонізм функціонує як двосічний механізм ―одночасно мотивуючий і руйнівний. Коли він ґрунтується на внутрішній мотивації, прагненні розвитку й автономному виборі цілей, він підвищує ефективність і професійне задоволення. Однак коли поведінка лікаря визначається страхом помилки, очікуванням оцінки чи потребою довести компетентність, перфекціонізм набуває патологічних рис і прямо веде до емоційного вигорання [7; 8; 11; 21; 22].

Висновки до підрозділу 1.2

Проведений теоретичний аналіз показав, що перфекціонізм у професійній діяльності лікарів має амбівалентну природу. Він може підтримувати якість роботи й мотивацію до саморозвитку, але водночас виступати фактором психологічного ризику. Як показали Hewitt і Flett (1991), перфекціонізм має амбівалентну природу, поєднуючи адаптивні та дезадаптивні аспекти, що у медичній практиці проявляється як баланс між професійною мотивацією та ризиком виснаження [1]. Дезадаптивні прояви ― надмірна самокритика, страх помилки, ригідність мислення ―посилюються у середовищі високої відповідальності та сприяють емоційному виснаженню.

У сфері медицини, а особливо в рентгенології, де ціна помилки є надзвичайно високою, перфекціонізм може мати руйнівні наслідки. Його дезадаптивні форми тісно пов’язані з професійним вигоранням і зниженням задоволеності працею. Разом із тим адаптивний перфекціонізм може

залишатися ресурсом розвитку, якщо фахівець зберігає гнучкість мислення, здатність до самопідтримки та толерантність до власних помилок.

1.3. Особливості вимог до професійної діяльності лікаря-рентгенолога як передумови до появи перфекціонізму

Професійна діяльність лікаря-рентгенолога поєднує високу технічну точність, швидкість прийняття діагностичних рішень і мінімальний контакт із пацієнтом. Такий формат роботи створює унікальне психоемоційне навантаження, у якому навіть незначна помилка може мати клінічні важливі наслідки. Це закономірно підсилює внутрішній контроль, самокритичність і прагнення до бездоганності —чинники, що з часом можуть перерости у дезадаптивні форми перфекціонізму [6; 9].

Аналіз клінічної практики свідчить, що саме лікарі-рентгенологи належать до групи підвищеного ризику розвитку емоційного виснаження. Дж.А.Гаролдс [9] підкреслює, що у порівнянні з іншими спеціальностями, рентгенологи мають вищі показники професійного вигорання через постійне навантаження, дефіцит часу та обмежену взаємодію з пацієнтом. Високі когнітивні вимоги поєднуються з необхідністю точності — по суті, кожне рішення має бути “влучним із першого разу”. Це підсилює перфекціоністські тенденції та формує стиль мислення, зорієнтований на уникнення помилок, а не на гнучке розв’язання клінічних задач.

Як зазначають Curran і Hill, у медичному середовищі перфекціонізм нерідко сприймається як ознака професіоналізму. Такий стереотип підкріплюється загальною тенденцією оцінювати якість роботи за критеріями абсолютної точності [6]. У контексті рентгенології це посилюється вимогою швидкої, але безпомилкової інтерпретації зображень — у ситуаціях, коли час обмежений, а клінічне рішення має високу ціну [9; 15].

Таким чином, професійні вимоги до діяльності лікаря-рентгенолога створюють не лише об’єктивне навантаження, а й психологічне середовище, у якому перфекціонізм формується як адаптивна, а згодом може проявлятися як дезадаптивна стратегія.

До ключових чинників, що сприяють цьому процесу, належать:

1. *Висока відповідальність за діагностичні рішення* — лікар постійно усвідомлює, що точність його висновків може безпосередньо вплинути на подальше лікування пацієнта. Це породжує відчуття внутрішньої напруги та схильність до самоконтролю [9; 15]. У цьому контексті дослідження AJR Editorial Board (2019) [16] привертає увагу до феномену “непрощенності помилок” у культурі медичних колективів. Автори зазначають, що будь-яке відхилення від стандарту розглядається як загроза безпеці пацієнта, але водночас — як особиста невдача лікаря. Таке подвійне навантаження стимулює розвиток дезадаптивного перфекціонізму, адже фахівець поступово ототожнює власну самооцінку з безпомилковістю виконання професійних обов’язків.

2. *Необхідність швидкого, але точного аналізу даних* — у роботі рентгенолога поєднуються вимоги оперативності й уважності до дрібних деталей. Прагнення уникнути помилок поступово формує установку на бездоганність, яка з часом може стати джерелом ригідності мислення [13; 17], що узгоджується з даними В.Аріфа (2024) щодо когнітивного виснаження у фахівців із високими перфекціоністськими настановами [15]. За даними В.Аріфа (2024) [15], сучасна цифрова рентгенологія характеризується зростанням обсягів даних, що потребують аналізу. Рентгенологи змушені обробляти сотні зображень на день, що вимагає надвисокої концентрації й оперативності. За таких умов навіть незначна помилка може бути інтерпретована як професійна неспроможність. Це посилює ефект когнітивного виснаження, особливо у спеціалістів із високими перфекціоністськими установками, які прагнуть контролювати кожен етап процесу [15].

3. *Постійне оновлення знань і технологій* — розвиток променевої діагностики супроводжується впровадженням нових методів і протоколів. Як зазначають Curran і Hill (2019), постійне порівняння власних досягнень із соціальними стандартами посилює відчуття «недостатності», що у сфері рентгенології додатково стимулює перфекціоністські тенденції [6].

4. *Брак безпосереднього зворотного зв'язку* — рентгенолог рідко бачить результат власних діагностичних рішень, тому опирається переважно на зовнішні оцінювальні критерії (експертні комісії, адміністрацію, колег). Це підсилює залежність від соціального схвалення і формує соціально зумовлений перфекціонізм [16; 20]. Додатковим чинником ризику виступає емоційна ізоляція рентгенологів. Оскільки вони рідко отримують прямий контакт із пацієнтом, зворотний зв'язок найчастіше відбувається лише через колег або керівництво. К.Вест і Т.Шанафельт [25] зазначають, що відсутність позитивного підкріплення з боку пацієнтів або соціальної підтримки з боку команди посилює внутрішній самоконтроль і відчуття недостатності. Лікар починає сприймати професійне схвалення як єдине джерело самоповаги, що створює передумови для формування соціально зумовленого перфекціонізму.

5. *Культура медичної освіти* — майбутніх лікарів із перших курсів орієнтують на безпомилковість і дотримання суворих стандартів. Відсутність толерантності до помилок закладає уявлення про те, що навіть незначне відхилення від ідеалу є проявом некомпетентності [3; 4]. М.Велбі (2020) [13] описує це явище як "ефект навченої безпомилковості" (learned infallibility), який формується ще під час підготовки медиків. Студенти, привчені до постійного оцінювання, рідко сприймають помилку як частину навчального процесу. Вони швидко засвоюють, що демонстрація сумніву чи невпевненності розцінюється як слабкість. У результаті цей патерн переноситься в професійну діяльність, підтримуючи ідеал "недосяжного лікаря" і хронічний самоконтроль [13; 16].

Поступово формується своєрідна "професійна матриця", у якій перфекціонізм стає майже обов'язковим компонентом. З одного боку, він

підтримує якість роботи, з іншого — створює підґрунтя для емоційного виснаження. Адже, коли прагнення до точності супроводжується страхом помилки, будь-яке відхилення сприймається як особистісна поразка.

У цьому сенсі дезадаптивний перфекціонізм стає не просто рисою, а реакцією на системні умови праці. Лікар, що постійно перебуває під тиском вимог, поступово втрачає здатність до самоспівчуття, а критичне ставлення до себе починає сприймати як норму професійної етики. У результаті знижується толерантність до власних помилок, а будь-яка невдача переживається як загроза професійній самооцінці.

Д.Шанафельт і Дж.Ноусворті [20] підкреслюють, що однією з головних причин вигорання серед лікарів є відсутність психологічної автономії. Установки на постійну досконалість і контроль часто вступають у конфлікт із непередбачуваністю клінічної реальності. Коли лікар не має можливості проявити самостійність або отримати підтримку колег, перфекціонізм трансформується в ригідну схему поведінки, яка підсилює відчуття провини й безсилля [20; 25]. Саме тому автори пропонують розглядати перфекціонізм не як індивідуальну ваду, а як системну реакцію на організований тиск і культуру надмірних вимог.

Дослідження показують, що саме поєднання високих стандартів, недостатньої соціальної підтримки та відсутності психологічної автономії призводить до найвищих рівнів вигорання серед медиків [7; 22]. У таких умовах навіть високофункціональні фахівці поступово втрачають відчуття задоволення від роботи й сприймають свою діяльність як постійне випробовування.

Водночас не можна заперечувати, що адаптивний перфекціонізм має позитивну роль. Для рентгенологів прагнення до точності є основою клінічної ефективності. Проте лише за умови, що воно поєднується з психологічною гнучкістю, здатністю визнавати власні межі й підтримувати баланс між вимогами професії та особистими ресурсами.

Узагальнюючи сучасні дослідження, можна дійти висновку, що вимоги до лікаря-рентгенолога — точність, швидкість, відповідальність і мінімізація помилок — є не лише професійними критеріями якості, а й психологічними тригерами формування перфекціонізму. У поєднанні з браком соціальної підтримки та структурного визнання ці чинники створюють хронічний стан внутрішнього напруження, який із часом переростає у вигорання [9; 15; 16; 20; 25]. Саме тому сучасна психологія медицини наголошує на необхідності створення умов, що сприяють балансу між професійною точністю та психічним благополуччям фахівця.

Узагальнюючи попередні положення, варто також звернути увагу на окремі професійні та організаційні чинники, які підсилюють прояви перфекціонізму серед лікарів-рентгенологів.

Одним із ключових чинників є висока ціна помилки. Рішення рентгенолога безпосередньо впливає на подальшу тактику лікування, а отже – на здоров’я і життя пацієнта. Це породжує постійний внутрішній контроль, схильність до самоперевірки й потребу у відчутті абсолютної точності власних дій. Як зазначає C.West, L.Dyrbye та T.Shanafelt [25], культура медичної безпомилковості є одним із головних джерел професійного стресу, що підтримує дезадаптивні форми перфекціонізму серед лікарів. Автори підкреслюють, що в медичних колективах існує негласна норма «непомильності», яка робить будь-яке визнання помилки психологічно неприпустимим. Для рентгенологів це особливо характерно через відсутність негайного зворотного зв'язку: навіть дрібна похибка у трактуванні зображення може бути виявлена лише згодом, після клінічного розвитку ситуації. Тому кожне рішення супроводжується підвищеною самокритичністю і страхом власної некомпетентності.

Вимоги до постійного оновлення знань також формують передумови для перфекціонізму. Технологічний прогрес у галузі променевої діагностики відбувається надзвичайно швидко: нові протоколи досліджень, штучний інтелект у зображенні, методи тривимірної реконструкції тощо. Лікар

змушений постійно вдосконалюватися, щоб відповідати новим стандартам. У результаті формується високий рівень самовимогливості, що за відсутності гнучкості мислення може перейти у ригідність і самозвинувачення у випадку будь-якої невпевненності чи помилки.

Соціально-психологічне середовище медичного закладу також відіграє значну роль у розвитку перфекціонізму. Рентгенологічні колективи, як правило, мають ієрархічну структуру, де оцінка якості роботи відбувається через експертні рецензії або колегіальні обговорення складних випадків. Такий контекст формує залежність від зовнішнього схвалення, що, за класифікацією Г'юїтта і Флетта, відповідає соціально зумовленому типу перфекціонізму [1]. Лікар орієнтується не лише на власні стандарти, а й на очікування керівництва, колег та медичного середовища загалом. Як наслідок, мотивація до професійного вдосконалення часто супроводжується страхом осуду або втрати авторитету.

Емпіричні дослідження підтверджують, що зовнішньо зумовлений перфекціонізм у лікарів тісно пов'язаний із ризиком емоційного виснаження. Так, Spagnoli та співавт. [26] у своєму двохвимірному лонгітюдному дослідженні показали, що у кризових умовах (зокрема під час пандемії COVID-19) перфекціонізм посилює прояви вигорання, а емоційне виснаження, у свою чергу, підсилює перфекціоністські тенденції, формуючи «замкнене коло» самокритики. Це свідчить про те, що перфекціонізм серед лікарів має двосторонній зв'язок із психічним благополуччям: він водночас є причиною і наслідком хронічого стресу.

Особливості організації праці рентгенолога також сприяють формуванню контрольованого робочого середовища, де будь-яке відхилення від протоколу розглядається як потенційна помилка. Робочий день лікаря часто характеризується великою кількістю повторюваних завдань, високою концентрацією уваги і мінімальною кількістю перерв. Такий режим створює ілюзію повного контролю, але на практиці призводить до перевантаження та втрати відчуття меж між роботою і відпочинком. У цих умовах прагнення до

бездоганності легко переходить у гіперрефлексію – постійне обдумування вже прийнятих рішень, що сприяє емоційній виснаженості [25].

Важливо також враховувати етичний вимір професійної діяльності. Постійне прагнення до ідеалу з часом перетворюється на хронічну тривогу щодо якості власної роботи, що знижує задоволеність професійною діяльністю і посилює ризик емоційного виснаження [26]. Таким чином, культура «взірцевої безпомилковості» формує підґрунтя для закріплення дезадаптивних перфекціоністських установок серед лікарів-рентгенологів, які прагнуть бути «кращими за всіх», але водночас втрачають відчуття професійної межі.

Окрім зовнішніх організаційних і професійних вимог, важливо враховувати внутрішні психологічні механізми, через які ці вимоги закріплюються у структурі особистості лікаря-рентгенолога. Саме на рівні когнітивно-емоційної переробки досвіду відбувається трансформація професійної відповідальності у стійкі перфекціоністські установки.

Одним із таких механізмів є поступова інтерналізація стандартів безпомилковості. На початкових етапах професійної діяльності вимоги до точності сприймаються як зовнішні нормативи, що задаються клінічними протоколами та адміністративними регламентами. Проте з часом ці стандарти стають частиною внутрішньої системи оцінювання, формуючи жорсткі критерії самооцінки. За концепцією П. Г’юїтта і Г. Флетта [1], соціально зумовлений перфекціонізм може поступово трансформуватися у самоспрямований, коли зовнішній тиск перестає усвідомлюватися як зовнішній і сприймається як власна позиція.

Іншим важливим механізмом є когнітивна фіксація на помилці. Відповідно до когнітивно-поведінкової моделі перфекціонізму [14], самооцінка особистості починає надмірно залежати від результатів діяльності. У професії рентгенолога це посилюється високою відповідальністю за діагностичні рішення. Унаслідок цього будь-яке сумнівне або неточне формулювання висновку може сприйматися не як професійна

ситуація, що потребує уточнення, а як особистісна невдача. Такий стиль мислення підтримує постійну внутрішню напругу та знижує здатність до психологічного відновлення.

Варто також звернути увагу на феномен умовної самоцінності. Лікар починає переживати професійне задоволення лише у випадку повної відповідності власним стандартам. Якщо ж результат діяльності оцінюється як недостатньо досконалий, активізуються почуття провини, тривоги або самозвинувачення. Формується своєрідне замкнене коло: високі вимоги → страх помилки → посилений контроль → виснаження → ще вища самокритичність. За відсутності механізмів самопідтримки цей цикл поступово призводить до емоційного вигорання [22; 25].

Особливу роль у підтримці дезадаптивного перфекціонізму відіграє низький рівень самоспівчуття та професійної рефлексії. У медичній культурі звернення по психологічну підтримку або визнання вразливості нерідко сприймається як ознака слабкості. У результаті лікарі схильні компенсувати втому підвищенням вимог до себе, що лише посилює внутрішній конфлікт між реальними ресурсами й ідеалізованим образом «бездоганного спеціаліста».

Таким чином, перфекціонізм у діяльності лікаря-рентгенолога формується не лише під впливом об’єктивних професійних вимог, а й через внутрішні когнітивно-емоційні процеси, які закріплюють установку на безпомилковість як центральний критерій професійної ідентичності. Саме ця взаємодія зовнішніх і внутрішніх чинників створює умови для переходу адаптивного перфекціонізму у дезадаптивний.

Висновки до підрозділу 1.3

Професійна діяльність лікаря-рентгенолога відзначається поєднанням високої когнітивної складності, постійного навантаження та відповідальності за точність клінічних рішень. Ці чинники створюють умови, у яких перфекціонізм набуває характеру не лише особистісної риси, а й професійної

вимоги. Саме прагнення до безпомилковості та постійного самоконтролю формує в спеціалістів своєрідну установку «не мати права на помилку».

Дослідження останніх років підтверджують, що така установка підтримується як організаційною культурою медичних закладів, так і стилем підготовки майбутніх лікарів [9; 13; 16; 20; 25]. Вимога абсолютної точності часто супроводжується браком емоційного підкріплення, що підсилює залежність від зовнішнього схвалення і провокує розвиток соціально зумовленого перфекціонізму. Водночас брак безпосереднього контакту з пацієнтами та обмежені можливості отримати позитивний зворотний зв'язок сприяють формуванню внутрішньої напруги й емоційної ізоляції.

Таким чином, професійне середовище рентгенолога є потужним фактором формування перфекціоністських тенденцій. Висока відповідальність, дефіцит часу, потреба в точності та культура непомильності створюють умови для переходу адаптивного перфекціонізму в дезадаптивний. Це зумовлює необхідність психологічного супроводу фахівців цієї галузі та впровадженяя профілактичних стратегій, спрямованих на збереження балансу між професійними стандартами і психічним благополучям лікаря.

Висновки до розділу 1

Проведений теоретичний аналіз засвідчив, що перфекціонізм є складним багатовимірним феноменом, який охоплює когнітивні, емоційні та соціально-поведінкові аспекти функціонування особистості. У сучасному науковому дискурсі він розглядається не як одновимірна риса характеру, а як система установок і внутрішніх стандартів, що визначають спосіб оцінювання себе, власної діяльності та взаємодії з професійним середовищем.

Аналіз зарубіжних моделей (Р. Фроста; П. Г'юїтта і Г. Флетта) показав, що ключовим для розуміння перфекціонізму є розмежування його

інтраперсональних і соціально зумовлених компонентів [1; 2]. Якщо самоспрямований перфекціонізм може виконувати функцію внутрішньої мотивації до розвитку, то соціально зумовлений тип пов’язаний із залежністю від зовнішнього схвалення та підвищеним ризиком емоційної дестабілізації. Саме ця форма, як свідчать емпіричні дослідження, найчастіше асоціюється з тривожністю, депресивними проявами та професійним вигоранням.

Вітчизняні дослідники підкреслюють соціокультурну зумовленість перфекціонізму, наголошуючи на ролі виховання, системи оцінювання та професійних очікувань у його формуванні [4; 5; 6]. Перфекціонізм постає як динамічне утворення, що формується у процесі взаємодії особистості з нормативними вимогами середовища. Таким чином, його не можна розглядати ізольовано від контексту діяльності.

Особливого значення феномен перфекціонізму набуває у сфері медицини, де професійні стандарти об’єктивно передбачають високий рівень відповідальності, точності й самоконтролю. Дослідження у галузі психології праці та медицини свідчать, що саме медичні працівники входять до групи підвищеного ризику формування дезадаптивних форм перфекціонізму [8; 21; 22; 25]. Поєднання високих вимог, дефіциту часу, емоційного навантаження та культури безпомилковості створює специфічне середовище, у якому перфекціонізм підтримується як професійна норма.

У діяльності лікаря-рентгенолога ці процеси проявляються особливо виразно. Професійна роль передбачає поєднання швидкості й точності прийняття рішень, високої когнітивної концентрації та відповідальності за клінічні наслідки. Водночас обмежений контакт із пацієнтами та мінімальний позитивний зворотний зв’язок підсилюють орієнтацію на внутрішній контроль і зовнішню експертну оцінку. Це створює передумови для формування соціально зумовленого перфекціонізму, що згодом може трансформуватися у жорстку систему самовимог.

Теоретичний аналіз дозволив виокремити три рівні чинників формування перфекціонізму у професійній діяльності лікаря-рентгенолога:

1. Індивідуальний рівень — особистісні риси, стиль мислення, схильність до самокритичності, страх помилки, когнітивна ригідність.

2. Соціальний рівень — очікування колег, адміністрації, професійної спільноти; культура безпомилковості; система зовнішнього оцінювання.

3. Організаційний рівень — інтенсивність навантаження, дефіцит часу, технологічна складність роботи, обмеженість психологічної підтримки.

Взаємодія цих рівнів формує специфічний психологічний простір, у якому адаптивний перфекціонізм (як прагнення до професійної якості) може поступово переходити у дезадаптивний (як страх помилки та хронічна самокритика). Важливо підкреслити, що цей перехід не є різким; він відбувається поступово, через накопичення емоційного напруження та зниження ресурсності особистості.

Окремо слід відзначити, що межа між адаптивним і дезадаптивним перфекціонізмом є контекстуальною. В умовах достатньої соціальної підтримки, автономії та професійного визнання високі стандарти можуть залишатися ресурсом. Проте за умов хронічного перевантаження й дефіциту відновлення вони стають фактором психологічного ризику. Саме ця динамічність робить перфекціонізм особливо важливим об’єктом дослідження в медичній психології.

Таким чином, теоретичний аналіз підтверджує, що перфекціонізм у професійній діяльності лікаря-рентгенолога є результатом складної взаємодії особистісних установок і системних вимог. Його не можна однозначно оцінювати як позитивний або негативний феномен. Він виступає одночасно і ресурсом професійної відповідальності, і потенційним чинником емоційного виснаження.

Отримані теоретичні положення створюють підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення особливостей прояву різних типів перфекціонізму серед лікарів-рентгенологів та визначення їхнього зв’язку з показниками емоційного стану. Саме емпірична перевірка

дозволить уточнити, які компоненти перфекціонізму є найбільш значущими у структурі професійного функціонування фахівців променевої діагностики.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРИЧИН ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ-РЕНТГЕНОЛОГА

2.1. Методи та організація емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на вивчення психологічних причин формування перфекціонізму в професійній діяльності лікарів-рентгенологів. Метою дослідження є визначення рівня та особливостей проявів перфекціонізму серед фахівців даної галузі, а також виявлення його взаємозв’язку з показниками емоційного виснаження та професійного досвіду.

Дослідження проводилося у 2025 році серед 30 лікарів-рентгенологів, які працюють у медичних закладах м.Києва та Київської області. Вибірку склали лікарі різного віку та професійного стажу, що забезпечило репрезентативність отриманих даних для аналізу загальних тенденцій. Організація дослідження проходила у кілька послідовних етапів: підготовчий, діагностичний та аналітичний. На підготовчому етапі було здійснено добір наукових джерел, формулювання гіпотези та визначення психодіагностичного інструментарію. Діагнотичний етап передбачав онлайн-опитування лікарів-рентгенологів через платформу Google Forms, що дало змогу забезпечити анонімність і зручність участі. На аналітичному етапі результати опитування опрацьовувалися статистично із застосуванням коефіцієнта кореляції Пірсона, що дозволило виявити взаємозв’язки між показниками перфекціонізму та емоційного виснаження.

Як основний інструмент використовувалася модифікована версія методики Multidimensional Perfectionism Scale (P.L.Hewitt, G.L.Flett) [1; 18],

адаптована для медичної вибірки. Анкета містила твердження, що охоплюють три виміри перфекціонізму:

- Самоспрямований перфекціонізм (високі особисті стандарти, схильність до самокритики);
- Соціально зумовлений перфекціонізм (орієнтація на зовнішні очікування й оцінки з боку оточення);
- Перфекціонізм, що направлений на інших (високі вимоги до колег і пацієнтів).

Вибір Multidimensional Perfectionism Scale (P.L. Hewitt, G.L. Flett) зумовлений її концептуальною відповідністю меті дослідження. Методика дозволяє диференціювати самоспрямований, орієнтований на інших і соціально зумовлений перфекціонізм, що особливо важливо в умовах медичного середовища, де поєднуються як внутрішні стандарти професійної досконалості, так і зовнішні очікування безпомилковості [1].

У межах даного дослідження перфекціонізм розглядався як незалежна психологічна змінна, а рівень емоційного виснаження - як залежна змінна, що відображає ризик професійної дезадаптації. Додатковими змінними виступали професійний стаж та вік респондентів, які аналізувалися як потенційні модератори зв’язку між перфекціонізмом та емоційним станом.

Операціоналізація понять здійснювалася таким чином:

- самоспрямований перфекціонізм - рівень внутрішніх стандартів і самовимогливості;
- соціально зумовлений перфекціонізм - сприйняття зовнішнього тиску та очікувань;
- орієнтований на інших перфекціонізм - схильність висувати високі вимоги до колег;
- емоційне виснаження - суб’єктивне відчуття перевтоми, втрати ресурсу, психологічної втоми.

Такий підхід дозволив розглянути перфекціонізм не як абстрактну рису, а як структурований феномен, пов’язаний із конкретними психологічними наслідками.

На основі теоретичного аналізу було висунуто такі гіпотези:

1. Соціально зумовлений перфекціонізм позитивно корелює з рівнем емоційного виснаження.

2. Самоспрямований перфекціонізм має слабший або контекстуально зумовлений зв’язок із емоційним виснаженням.

3. Молодші за стажем лікарі демонструють вищий рівень соціально зумовленого перфекціонізму.

4. Високий рівень перфекціонізму пов’язаний зі зниженням суб’єктивної задоволеності професійною діяльністю.

Повний перелік тверджень методики додано у Додатку А.

Окремі твердження анкети були спрямовані на виявлення ознак емоційного виснаження та професійної напруги за аналогією до шкали Maslach Burnout Inventory [21; 25]. Такий підхід дозволив поєднати аналіз індивідуально-особистісних рис із факторами професійного стресу, що характерні для діяльності лікарів-рентгенологів.

Анкета також містила блок соціально-демографічних запитань (вік, стаж роботи), що дало змогу здійснити порівняльний аналіз за основними професійними параметрами.

Для кількісного аналізу результатів використовувалися такі методи:

1. Описова статистика – визначення середніх значень, стандартних відхилень та відсоткового розподілу показників;

2. Кореляційний аналіз Пірсона – встановлення зв’язків між рівнем перфекціонізму та показниками емоційного виснаження;

3. Порівняльний аналіз – виявлення відмінностей за віковими та стажовими групами;

4. Візуалізація результатів – побудова таблиць і діаграм для наочного представлення даних.

Обробку даних здійснювали із використанням програм Microsoft Excel та Python (бібліотеки pandas, matplotlib).

Дослідження проводилося з дотриманням етичних вимог, визначених у Кодексі етики психолога України (2017). Кожен учасник був проінформований про мету, добровільність участі та конфіденційність отриманих даних. Результати опитування використовувалися виключно в узагальненому вигляді, без розкриття особистої інформації.

Проведення емпіричного дослідження у професійному середовищі медичних працівників потребує особливої уваги до етичних принципів. У межах даної роботи було дотримано базових норм психологічної етики, що включають добровільність участі, інформовану згоду, конфіденційність і забезпечення психологічної безпеки респондентів.

Усі учасники були попередньо поінформовані про мету дослідження, його науковий характер та можливість відмови від участі без жодних негативних наслідків. Участь у дослідженні була повністю добровільною, що відповідає принципам поваги до автономії особистості.

Форма інформованої згоди представлена у Додатку А.

Особливу увагу приділено забезпеченню анонімності відповідей. З огляду на специфіку медичного середовища, де демонстрація емоційної вразливості може сприйматися як ознака професійної слабкості, створення безпечного формату опитування було принципово важливим. Відсутність персоніфікованих даних зменшила ризик соціально бажаних відповідей та сприяла більшій щирості респондентів.

Крім того, формулювання запитань у психодіагностичних методиках не містили оцінювальних або стигматизуючих тверджень. Це дозволило мінімізувати ймовірність додаткового психологічного напруження під час проходження опитування.

Дотримання етичних стандартів має не лише формальний, а й методологічний характер. Саме етична коректність дослідження підвищує валідність отриманих результатів і сприяє формуванню довіри до наукових

висновків. У контексті дослідження перфекціонізму серед лікарів це особливо важливо, адже йдеться про особистісні характеристики, які можуть бути чутливими для професійної самоідентичності фахівця.

Таким чином, організація емпіричного етапу дослідження дозволила отримати достовірні дані щодо зв’язку між рівнем перфекціонізму та емоційним виснаженням серед лікарів-рентгенологів, а також створила підґрунтя для подальшого аналізу в підпункті 2.2.

2.2 Результати емпіричного дослідження

У цьому підпункті подано узагальнення емпіричних даних, отриманих від 30 лікарів-рентгенологів. Аналіз охоплює опис вибірки, розподіли ключових показників, інтегральні індекси перфекціонізму та перевірку статистичних зв’язків між перфекціоністськими установками й ознаками емоційного виснаження, яке розглядалося за аналогією до підшкали Maslach Burnout Inventory (MBI) [21; 25].

Характеристика вибірки подана у табл. 2.1. Більшість респондентів становлять жінки (73,3%), а чоловіки – 26,7%. За тривалістю робочої зміни найбільша частка лікарів працює 9-12 годин (33,3%), що свідчить про підвищене професійне навантаження. У більшості закладів подвійне читання (peer review) відсутнє (80%), що може впливати на суб’єктивне відчуття відповідальності за точність діагнозу.

Таблиця 2.1

Характеристика вибірки (n=30)

Показник	Кількість (n)	Відсоток (%)
Стать: жінки/чоловіки	22/8	73,3/26,7
Середня тривалість зміни: ≤6/7-8/9-12/>12год	8/7/10/5	26,7/23,3/33,3/16,7
Наявність подвійного читання: є/немає/важко відповісти		10,0/80,0/10,0

Примітка. Дані округлено до одного десяткового знака.

Як видно з табл. 2.1, типове робоче навантаження рентгенолога перевищує стандартну тривалість зміни, а відсутність внутрішнього колегіального контролю поширена у більшості медичних закладів. Це створює умови для посилення соціально зумовленого перфекціонізму, коли відповідальність за якість діагностики відчувається як виключно особиста [1; 22; 25].

Узагальнені результати опитування подано у додатку Б.

Індекси перфекціонізму

За всіма ликерт-пунктами анкети (1-7 балів) обчислено інтегральний середній індекс перфекціонізму для кожного респондента. Рівні перфекціонізму серед респондентів подано у таблиці 2.2. Переважна більшість лікарів-рентгенологів продемонстрували середній рівень перфекціонізму.

Таблиця 2.2

Розподіл рівнів перфекціонізму (n=30)

Рівень перфекціонізму	Кількість (n)	Відсоток (%)
Низький (≤3)	3	10,0
Середній (3-5)	27	90,0
Високий (≥5)	0	0,0

Примітка. Дані округляємо до одного десяткового знака.

Як видно з таблиці 2.2, більшість респондентів мають середній рівень перфекціонізму, що свідчить про наявність високих стандартів та відповідальності, але без переходу в крайній, деструктивний рівень самокритичності.

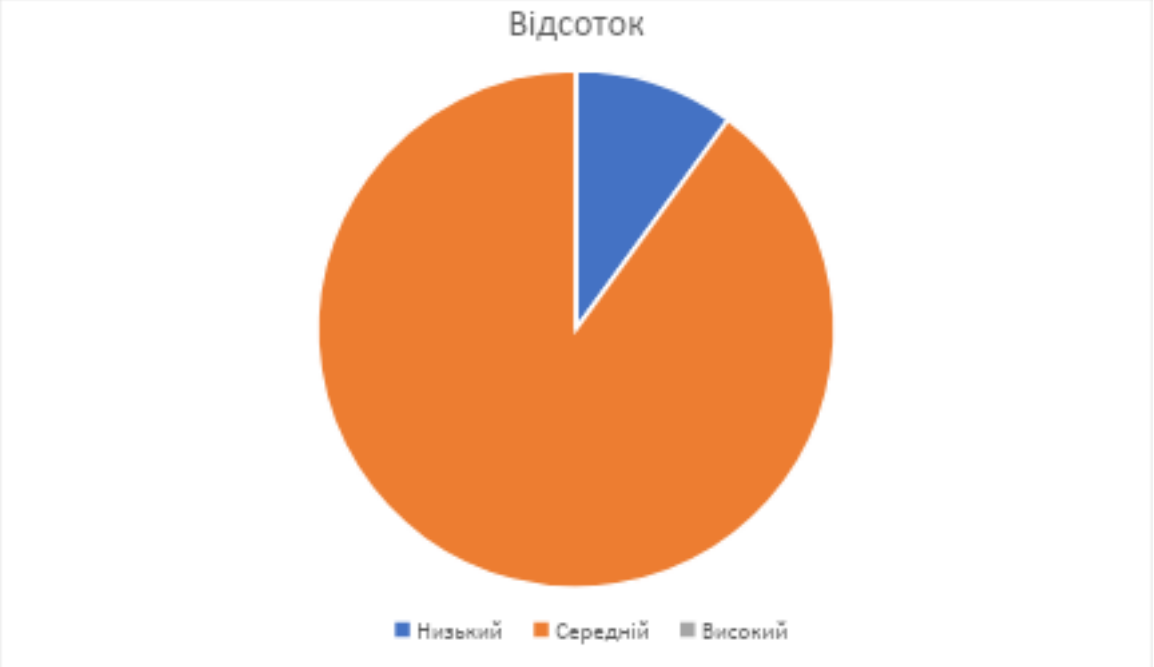


Рис. 2.1. Відсотковий розподіл рівнів перфекціонізму серед лікарів-рентгенологів (n = 30).

Середній рівень перфекціонізму може виконувати адаптивну роль, підтримуючи внутрішню мотивацію до точності та розвитку. Однак за умов тривалого стресу він поступово переходить у дезадаптивний тип – з акцентом на уникання помилок, а не досягнення результатів [1].

Узагальнені показники респондентів наведено у додатку В.

Перфекціонізм і емоційне виснаження

Для перевірки ключового припущення щодо зв’язку між перфекціонізмом і вигоранням обчислено кореляцію Пірсона між інтегральним індексом перфекціонізму та середнім показником за пунктами, що відображають емоційне виснаження (MBI-аналог). Результати наведено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Кореляція між індексом перфекціонізму та емоційним виснаженням (з довірчим інтервалом)

Показники	r (коефіцієнт Пірсона)	p	95 % CI	Інтерпретація
Перфекціонізм↔Емоційне виснаження	0,79	<0,001	[0,60; 0,89]	Високий позитивний зв’язок

Примітка. Розраховано за критерієм Пірсона; довірчий інтервал (95%) визначено методом Фішера (n=30).

Як видно з таблиці 2.3, виявлено високий позитивний зв'язок між рівнем перфекціонізму та емоційним виснаженням (r = 0,79; p <0,001; 95 % CI [0,60; 0,89]). Іншими словами, респонденти з більш вираженими перфекціоністськими установками частіше повідомляють про відчуття виснаження після зміни. Це означає, що чим вищі перфекціоністські установки, тим більш імовірним є розвиток емоційного виснаження у лікарів-рентгенологів. Змістовно це узгоджується з даними про роль перфекціонізму як фактора ризику вигорання у медичних професіях (Hewitt & Flett; Maslach; West, Dyrbye & Shanafelt) [1; 21; 25].

Побудована кореляційна модель демонструє, що найвагоміше зростання емоційного виснаження спостерігається при поєднанні високого самокритичного й соціально приписаного перфекціонізму. Це підкреслює необхідність розмежування адаптивних і дезадаптивних форм цього феномену в професійному контексті.

У відкритих відповідях рентгенологи часто зазначали труднощі з делегуванням завдань, прагнення виконувати роботу самостійно, тривале «перевіряння» знімків. Такі поведінкові патерни є типовими для фахівців із високими стандартами якості, проте у поєднанні з обмеженим зворотним зв’язком підсилюють ризик емоційного виснаження [22; 26].

Отримані результати свідчать про те, що перфекціонізм у професійній діяльності лікарів-рентгенологів має виражену мотиваційну природу. Високі внутрішні стандарти виступають як чинник, що підтримує працездатність та увагу до деталей, однак надмірна орієнтація на безпомилковість призводить до зниження психологічної гнучкості. Це збільшує ризик емоційного виснаження, особливо в умовах дефіциту часу, відповідальності за результати діагностики та недостатньої соціальної підтримки.

Отримані результати узгоджуються з висновками Spagnoli та співавт. (2021), які також продемонстрували, що високий рівень перфекціонізму пов’язаний із підвищеним ризиком розвитку професійного вигорання серед медичних працівників [26].

Виявлена кореляція ($r = 0,79$; $p < 0,001$) підтверджує припущення про тісний зв’язок між дезадаптивними проявами перфекціонізму й вигоранням. Такий рівень взаємозв’язку узгоджується з даними досліджень C.P.West, L.N.Dyrbye, T.D.Shanafelt (2018), які доводять, що перфекціоністські тенденції та надмірне почуття відповідальності є значущими предикторами професійного вигорання серед лікарів.

Аналіз результатів засвідчив, що найбільш вираженим типом перфекціонізму серед лікарів-рентгенологів є самоспрямований. Це свідчить про домінування внутрішніх стандартів професійної якості та відповідальності. Такий результат узгоджується з особливостями спеціальності, де точність інтерпретації зображень є базовою професійною вимогою.

Водночас значущі кореляційні зв’язки були виявлені саме між соціально зумовленим перфекціонізмом та показниками емоційного

виснаження. Це підтверджує першу гіпотезу дослідження та узгоджується з даними зарубіжних авторів [22; 25], які підкреслюють роль зовнішнього тиску в розвитку вигорання серед лікарів.

Отримані результати дозволяють припустити, що не сам факт високих стандартів є критичним, а спосіб їх переживання. Якщо лікар сприймає вимоги як власний усвідомлений вибір, рівень виснаження залишається помірним. Якщо ж стандарти переживаються як зовнішній примус, це підвищує тривожність і внутрішнє напруження.

Дослідження показало тенденцію до зниження соціально зумовленого перфекціонізму зі зростанням професійного досвіду. Це може свідчити про поступове формування професійної автономії та стабілізацію самооцінки.

Молоді спеціалісти частіше демонстрували залежність від зовнішньої оцінки, що логічно пояснюється етапом професійної адаптації. У цей період лікар ще не має сформованої впевненості у власних клінічних рішеннях, тому орієнтується на авторитет колег та керівництва. З позиції когнітивної теорії можна припустити, що соціально зумовлений перфекціонізм активує дисфункціональні переконання типу: «Я повинен відповідати очікуванням інших»; «Помилка означає втрату професійної цінності»; «Сумнів - це прояв некомпетентності».

Ці переконання підсилюють постійний внутрішній контроль і знижують толерантність до невизначеності - що є особливо проблематичним у клінічній практиці.

Контекстні спостереження

Варто звернути увагу на організаційні умови. По-перше, значна частка довгих змін (9-12 год і більше) разом із відсутністю систематичного подвійного читання у більшості закладів може підтримувати установку «не можна помилятися», яка тісно пов’язана з соціально зумовленим перфекціонізмом [1; 14; 16]. По-друге, жіноча більшість у вибірці узгоджується з опублікованими спостереженнями щодо вищої чутливості до міжособистісних очікувань і самокритики в жіночих групах медиків, хоча це

не слід трактувати як причинний фактор без додаткових даних [6; 11; 20; 25], що частково підтверджується даними West, Dyrbye & Shanafelt (2018) щодо підвищеного рівня емоційного виснаження серед лікарок [25]. Такі інтерпретації не суперечать концепції «вимоги-ресурси» (JD-R), згідно з якою дисбаланс між навантаженнями та ресурсами (включно з соціальною підтримкою, зворотним зв'язком і колегіальним обговоренням) підсилює емоційне виснаження [8].

Додатковий порівняльний аналіз виявив певні відмінності за соціально-демографічними ознаками. Лікарі з більшим професійним стажем (понад 15 років) частіше демонструють самоспрямований перфекціонізм, що можна пояснити усталеними стандартами роботи та відповідальністю за прийняті рішення. Водночас молодші фахівці виявляють вищий рівень соціально приписаного перфекціонізму – схильність орієнтуватися на очікування колег і керівництва.

За гендерною ознакою не виявлено статистично значущих відмінностей у загальному рівні перфекціонізму, проте жінки частіше повідомляли про емоційне виснаження. Цей факт узгоджується з даними досліджень C.P.West, L.N.Dyrbye, T.D.Shanafelt (2018), які вказують, що серед лікарів-жінок рівень емоційного виснаження є вищим унаслідок поєднання професійних і сімейних ролей, а також підвищеного емоційного навантаження.

Проміжний висновок

У дослідженій вибірці лікарів-рентгенологів домінує середній рівень перфекціонізму, а високий рівень не виявлено. Водночас зв'язок між перфекціонізмом і емоційним виснаженням суттєвий і статистично значущий ($r \approx 0{,}79$). Отже, перфекціоністські установки, навіть у межах «середнього» діапазону, можуть сприяти переживанню втоми після зміни, що має практичне значення для програм профілактики вигорання: впровадження колегіальної перевірки, гнучкого планування змін і нормалізації ставлення до помилки як до навчального ресурсу [20; 22; 24; 25].

Отримані дані дозволяють стверджувати, що перфекціонізм є двояким феноменом у діяльності лікаря-рентгенолога: з одного боку, він забезпечує високу точність і мотивацію до професійного зростання, а з іншого – за умов перевтоми та браку підтримки може перетворюватися на чинник ризику емоційного виснаження. Таким чином, виявлені закономірності підтверджують доцільність розробки психологічних програм, спрямованих на підтримання адаптивних форм перфекціонізму, розвиток навичок емоційної регуляції та профілактику професійного вигорання серед фахівців променевої діагностики.

Отримані результати можуть бути використані адміністраціями медичних закладів для вдосконалення системи супервізії та психологічної підтримки персоналу. Рекомендовано періодичне проведення опитувань рівня перфекціонізму та вигорання як складової моніторингу професійного благополуччя.

Отримані дані загалом підтверджують висновки сучасних досліджень про те, що саме соціально зумовлений перфекціонізм є найбільш вразливим до розвитку професійного вигорання [22; 25]. У контексті рентгенології це набуває особливої актуальності, оскільки спеціальність поєднує високий рівень відповідальності з обмеженим емоційним зворотним зв’язком.

Важливо зазначити, що самоспрямований перфекціонізм не продемонстрував прямого сильного зв’язку з емоційним виснаженням. Це дозволяє розглядати його як потенційно адаптивний за умов достатнього рівня професійної автономії та підтримки.

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтверджують трирівневу модель формування перфекціонізму, окреслену в теоретичному розділі: індивідуальний компонент взаємодіє із соціальними очікуваннями та організаційними умовами праці.

Слід зазначити, що дослідження має низку обмежень. По-перше, вибірка була обмежена географічно та кількісно, що може впливати на узагальнення результатів. По-друге, використання самооцінювальних

методик передбачає можливість соціально бажаних відповідей, особливо в середовищі, де демонстрація вразливості може сприйматися як небажана.

Крім того, дослідження має кореляційний характер, що не дозволяє робити остаточні висновки щодо причинно-наслідкових зв’язків. Подальші дослідження можуть включати більші вибірки, порівняльний аналіз із іншими медичними спеціальностями та використання змішаних методів (кількісних і якісних).

Отримані емпіричні дані дозволяють уточнити розуміння ролі перфекціонізму у професійному функціонуванні лікаря-рентгенолога. Насамперед варто наголосити, що перфекціонізм у досліджуваній вибірці не мав однозначно патологічного характеру. Високі показники самоспрямованого перфекціонізму свідчать про сформовані внутрішні стандарти якості та відповідальності, що є нормативними для медичної професії.

Водночас виявлений зв’язок між соціально зумовленим перфекціонізмом та емоційним виснаженням підтверджує гіпотезу про те, що саме зовнішній тиск і залежність від оцінки є ключовим психологічним фактором ризику. Таким чином, проблема полягає не у прагненні до високої якості, а в переживанні професійних вимог як загрози власній цінності.

З позиції моделі Job Demands-Resources [8] отримані результати можна інтерпретувати як дисбаланс між професійними вимогами (висока відповідальність, когнітивне навантаження) та особистісними ресурсами. Якщо перфекціоністські установки не врівноважуються підтримкою та автономією, вони починають виконувати роль додаткового стресора.

Цікаво, що самоспрямований перфекціонізм не продемонстрував вираженого негативного впливу на емоційний стан. Це дозволяє припустити, що внутрішні стандарти стають ризикованими лише тоді, коли поєднуються з жорсткою самооцінкою та відсутністю психологічної гнучкості.

Таким чином, результати дослідження підтверджують континуальний характер перфекціонізму: від функціонального професійного ресурсу до чинника емоційної дезадаптації.

Отримані результати відкривають низку напрямів для подальших досліджень. По-перше, доцільним є розширення вибірки та включення лікарів інших спеціальностей з метою порівняльного аналізу. Це дозволить з'ясувати, чи є виявлені закономірності специфічними саме для рентгенології.

По-друге, перспективним є використання лонгітюдного дизайну, який дасть змогу простежити динаміку перфекціоністських установок у процесі професійного становлення лікаря.

По-третє, доцільним є включення якісних методів дослідження (напівструктурованих інтерв'ю), що дозволить глибше проаналізувати суб'єктивний досвід переживання професійної відповідальності.

Окремим напрямом може стати дослідження взаємозв'язку перфекціонізму з такими показниками, як клінічне мислення, прийняття рішень в умовах невизначеності та професійна самоідентичність.

Узагальнення результатів емпіричного дослідження дозволяє окреслити умовний психологічний профіль лікаря-рентгенолога з високими показниками перфекціонізму. Такий аналітичний підхід дає змогу не лише описати статистичні зв'язки, а й зрозуміти внутрішню логіку професійного функціонування фахівця.

Передусім для лікарів із вираженим самоспрямованим перфекціонізмом характерна підвищена відповідальність і внутрішня дисципліна. Вони демонструють високий рівень професійної залученості, прагнення до точності та схильність до детального аналізу клінічних зображень. У їхній діяльності чітко простежується установка на відповідність власним стандартам якості. Такий тип фахівця, як правило, ретельно перевіряє свої висновки, прагне до систематичного підвищення кваліфікації та зберігає високий рівень концентрації навіть за умов значного навантаження.

Однак у випадках, коли до самоспрямованого перфекціонізму додається виражений соціально зумовлений компонент, психологічна структура функціонування ускладнюється. У таких лікарів спостерігається підвищена чутливість до оцінювання з боку колег, адміністрації та професійної спільноти загалом. Вони схильні інтерпретувати навіть нейтральний зворотний зв'язок як потенційно критичний. Внутрішній монолог у складних клінічних ситуаціях часто супроводжується думками про можливе негативне оцінювання, що посилює напруження.

Характерною рисою такого профілю є постійна внутрішня мобілізація. Навіть за відсутності об'єктивно критичних ситуацій зберігається стан очікування можливих помилок. Це призводить до підвищеного рівня когнітивного контролю та труднощів із психологічним «відключенням» після завершення робочого дня. Лікар може повторно аналізувати вже прийняті рішення, повертаючись думками до складних випадків.

Водночас важливо підкреслити, що зазначений психологічний профіль не є однозначно дисфункціональним. У сприятливих організаційних умовах, за наявності підтримки та конструктивного професійного зворотного зв'язку, високі стандарти та уважність до деталей сприяють підвищенню якості діагностичної роботи. Проблемним перфекціонізм стає тоді, коли самооцінка лікаря починає повністю залежати від безпомилковості виконання професійних обов'язків.

Таким чином, перфекціонізм у діяльності лікаря-рентгенолога доцільно розглядати як амбівалентний психологічний феномен. Його адаптивна форма підтримує професійну ефективність, тоді як дезадаптивна - підвищує ризик емоційного виснаження. Визначальним чинником є не рівень стандартів як таких, а характер їх переживання та ступінь психологічної гнучкості фахівця.

Висновки до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження узагальнює результати аналізу психологічних чинників формування перфекціонізму серед лікарів-рентгенологів і дозволяє конкретизувати особливості взаємозв’язку між його проявами та емоційним виснаженням. Вибірка з тридцяти лікарів різних медичних установ забезпечила репрезентативність і достовірність отриманих результатів.

Результати дослідження свідчать, що для більшості респондентів характерний середній рівень перфекціонізму (90 %). Це означає, що рентгенологи зазвичай підтримують високі стандарти якості у своїй роботі, але водночас намагаються уникати надмірної самокритики. Подібний профіль можна вважати адаптивним, адже помірна вимогливість сприяє точності, дисциплінованості та професіоналізму без деструктивних наслідків.

Разом з тим, встановлено високу позитивну кореляцію між рівнем перфекціонізму та емоційним виснаженням ($r = 0,79$; $p < 0,001$; 95 % CI [0,60; 0,89]). Цей зв'язок є статистично значущим і вказує, що тенденція до безпомилковості та внутрішня вимогливість можуть стати чинником ризику професійного виграння. Іншими словами, ті лікарі, які схильні до надмірного самоконтролю та орієнтації на ідеальний результат, частіше відчувають втому, виснаження і зниження задоволеності професійною діяльністю.

Отримані результати мають практичне значення для організації психологічної підтримки медичних працівників, зокрема у розробленні програм тренінгів емоційної саморегуляції, профілактики вигорання та розвитку адаптивних форм перфекціонізму.

Важливо зазначити, що емоційне виснаження виявлялося не лише в контексті перфекціонізму, а й у зв'язку з певними організаційними чинниками. Зокрема, значна частка опитаних працює у режимі подовжених змін (9-12 год і більше), а в більшості закладів відсутнє подвійне читання (peer review) – колегіального обговорення знімків. Відсутність зворотного

зв’язку посилює відчуття відповідальності за результат і створює ефект «самотнього фахівця», що підсилює перфекціоністські тенденції.

Встановлена також певну гендерну тенденцію: лікарки частіше повідомляли про симптоми емоційного виснаження, що може узгоджуватися з попередніми висновками про поєднання професійних і сімейних ролей та підвищене емоційне навантаження у жінок-медиків [25].

Такі спостереження узгоджуються з положеннями моделі «вимоги-ресурси» (JD-R), згідно з якою емоційне виснаження виникає у ситуації, коли робочі вимоги перевищують доступні ресурси [8; 21]. У цьому контексті перфекціонізм може відігравати подвійну роль: з одного боку, він сприяє ефективності та професійній якості, а з іншого – посилює стресову чутливість у разі браку соціальної підтримки або часу на відновлення.

Таким чином, результати дослідження свідчать про тенденцію, подібну до виявленої у дослідженні West, Dyrbye & Shanafelt (2018), де перфекціоністські установки прямо корелювали з емоційним виснаженням лікарів [25]. Виявлений взаємозв’язок свідчить про необхідність цілеспрямованої профілактичної роботи у медичних колективах, зокрема: розвитку підтримувального середовища, запровадження подвійних читань як практики колегіального зворотного зв’язку, оптимізації графіків роботи, а також психологічного супроводу персоналу, спрямованого на формування реалістичних професійних стандартів і навичок саморегуляції.

Узагальнюючи результати, можна зробити висновок, що перфекціонізм є важливою, але амбівалентною характеристикою професійної свідомості лікаря-рентгенолога: він підтримує точність та надійність діагностики, проте за певних умов стає чинником вигорання. Усвідомлення цієї подвійності відкриває можливості для більш гнучкого підходу до професійного розвитку медиків і підвищення психологічної стійкості персоналу.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання цих даних для розроблення психопрофілактичних програм, спрямованих на підтримання адаптивних форм перфекціонізму, розвиток

емоційної саморегуляції та формування здорової професійної культури, де помилка розглядається не як провал, а як ресурс навчання і вдосконалення. Подальші дослідження доцільно спрямувати на вивчення динаміки перфекціонізму в умовах змін технологічного середовища та порівняння його проявів у різних медичних спеціальностях.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНА ПРОГРАМА КОРЕКЦІЇ ПРОЯВІВ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ У ЛІКАРІВ-РЕНТГЕНОЛОГІВ

3.1. Розробка та опис психологічної програми

Результати емпіричного дослідження показали, що серед лікарів-рентгенологів переважає соціально зумовлений та самоспрямований перфекціонізм, який супроводжується підвищеною тривожністю, емоційним виснаженням і страхом професійної помилки. Це засвідчує необхідність створення психологічної програми, спрямованої на корекцію дезадаптивних тенденцій, розвиток більш гнучкого ставлення до власних помилок і підтримання внутрішніх ресурсів професійного функціонування.

Концептуально програма ґрунтується на принципах когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), емоційно-регуляційного підходу та ресурсно-орієнтованої моделі «навантаження-ресурси» (Bakker & Demeruoti, 2017; West, Dyrbye & Shanafelt, 2018). Такий підхід поєднує роботу з дезадаптивними переконаннями – наприклад, з установками «я повинна бути бездоганною» або «помилка дорівнює некомпетентності» - із розвитком навичок самопідтримки, стресостійкості та прийняття власних обмежень. В основі програми лежать ідеї про те, що ефективність лікаря визначається не відсутністю помилок, а здатністю адекватно реагувати на них і відновлювати внутрішню рівновагу [13; 17].

Метою програми є підвищення психологічної гнучкості, зниження рівня дезадаптивного перфекціонізму та розвиток навичок саморегуляції й толерантності до помилок у професійній діяльності. Основними завданнями є усвідомлення власних проявів перфекціонізму та їхнього впливу на емоційний стан, зміна ірраціональних переконань, формування навичок

самоспівчуття, розвиток реалістичних професійних стандартів і відновлення балансу між відповідальністю та особистим благополуччям.

Програма побудована на принципах конфіденційності, безоцінності, діалогічності, активності суб'єкта та поступовості змін. Особливе значення має принцип реалістичності стандартів, який передбачає переоцінку ідеї «ідеального лікаря» та формування гнучкішого ставлення до професійних вимог. Дотримання цих принципів створює безпечний простір для рефлексії, сприяє розвитку довіри та готовності до особистісних змін.

Структурно програма має комбінований формат – поєднує групову і індивідуальну роботу – і складається з восьми занять тривалістю 90 хвилин каже. Вона реалізується у три етапи. Перший, діагностично-усвідомлюваний, спрямований на актуалізацію власних установок, пов'язаних із перфекціонізмом. На цьому етапі використовуються психоосвіта, методики самооцінки (скорочена версія MPS Hewitt & Flett, 1991) та аналіз професійних ситуаціях, що демонструють вплив перфекціоністських установок. Другий, психокорекційний етап, передбачає опрацювання дезадаптивних переконань і розвиток емоційної стійкості. Застосовуються техніки когнітивної реструктуризації, рефреймінгу, релаксації та дихальної саморегуляції, а також групові дискусії, у яких учасники досліджують «ціну ідеальності» й наслідки надмірної відповідальності. Третій, профілактично-ресурсний етап, орієнтований на інтеграцію нових навичок і формування плану самопідтримки. Тут використовуються елементи самоспівчуття (Self-compassion за K.Neff), рольові вправи й створення «карти ресурсів лікаря».

Структурно програма передбачає вісім занять, кожне з яких має власну тему, мету й очікувані результати.

Перше заняття спрямоване на знайомство учасників, створення безпечної атмосфери та формулювання індивідуальних запитів. Використовуються вправи на довіру й коротке анкетування для усвідомлення власного рівня напруження та очікувань від участі у програмі.

Друге заняття має психоосвітній характер: учасники дізнаються про природу перфекціонізму, його адаптивні та дезадаптивні форми, вплив на професійне благополуччя. Під час обговорення аналізуються типові «перфекціоністські пастки», властиві медичним спеціалістам.

Третє заняття присвячене ідентифікації власних переконань, що спричиняють надмірну вимогливість до себе. Учасники працюють із технікою «когнітивного трикутника» А.Бека, навчаючись помічати зв’язок між думками, емоціями та поведінкою.

Четверте заняття зосереджується на зміні дезадаптивних переконань: проводяться вправи на когнітивну реструктуризацію, рефреймінг і побудову альтернативних установок, орієнтованих на гнучкість і професійне зростання.

П’яте заняття спрямоване на розвиток емоційної стійкості та самоспівчуття. Практикуються вправи усвідомленого дихання, короткі медитативні фокусування та внутрішні діалоги підтримки.

Шосте заняття допомагає відпрацювати навички конструктивної взаємодії у колективі: учасники вчаться приймати допомогу, делегувати обов’язки та підтримувати одне одного без страху осуду.

Сьоме заняття має інтеграційний характер і передбачає створення «карти ресурсів лікаря», де визначаються особистісні, міжособистісні й організаційні ресурси для збереження професійного здоров’я.

Восьме заняття є підсумковим: підбиваються результати, обговорюються зміни у ставленні до себе та своєї роботи, складається індивідуальний план саморегуляції з конкретними кроками для подальшої підтримки досягнутих результатів.

Розроблена психологічна програма корекції проявів перфекціонізму у лікарів-рентгенологів ґрунтується на інтеграції когнітивно-поведінкового підходу, ресурсно-орієнтованої моделі та елементів сучасних концепцій психологічної гнучкості.

Деталізований зміст програми подано у Додатку Г.

Когнітивно-поведінкова модель дозволяє працювати з дисфункціональними переконаннями, що лежать в основі дезадаптивного перфекціонізму [14]. Згідно з цією концепцією, проблема полягає не у високих стандартах як таких, а в ригідності мислення та умовній самоцінності («Я цінний лише тоді, коли безпомилковий»). Тому основний фокус програми спрямований на трансформацію жорстких когнітивних схем у більш гнучкі та реалістичні.

Ресурсно-орієнтований підхід акцентує увагу на відновленні внутрішніх психологічних ресурсів - здатності до самопідтримки, рефлексії, регуляції напруги. У контексті професії рентгенолога це особливо важливо, оскільки хронічна когнітивна концентрація та відповідальність призводять до поступового виснаження навіть у висококомпетентних фахівців.

Третім концептуальним підґрунтям виступає ідея психологічної гнучкості - здатності зберігати ефективність діяльності за умов невизначеності та приймати власні обмеження без руйнівної самокритики. Саме розвиток гнучкості дозволяє трансформувати перфекціонізм із жорсткої вимоги у свідомий професійний стандарт.

Програма передбачає чотири взаємопов’язані блоки:

1. Психоосвітній блок
2. Когнітивно-рефлексивний блок
3. Емоційно-регуляційний блок
4. Блок професійної інтеграції

Кожен блок спрямований на різний рівень функціонування перфекціонізму - когнітивний, емоційний та поведінковий.

1. Психоосвітній блок

Метою є формування усвідомлення багатовимірності перфекціонізму. Учасникам пояснюється різниця між адаптивними та дезадаптивними проявами, а також механізми їх впливу на професійне вигорання. Особлива увага приділяється розмежуванню відповідальності та ідеалізованої безпомилковості.

2. Когнітивно-рефлексивний блок

Спрямований на виявлення автоматичних думок та переконань, що підтримують дезадаптивний перфекціонізм. Використовуються техніки: аналізу «повиненствування», шкалування катастрофізації, техніка альтернативних інтерпретацій.

Цей етап дозволяє зменшити когнітивну ригідність і сформувати більш гнучку систему професійної самооцінки.

3. Емоційно-регуляційний блок

Передбачає освоєння навичок мікровідновлення під час робочого дня: короткі дихальні техніки, тілесна релаксація, вправи на зниження внутрішнього напруження. Особлива увага приділяється формуванню навички самоспівчуття - здатності підтримувати себе в ситуації помилки без переходу до самозвинувачення.

4. Блок професійної інтеграції

Спрямований на формування здорової професійної ідентичності. Обговорюються питання: меж професійної відповідальності, толерантності до невизначеності, конструктивного обговорення складних випадків у колективі.

Таким чином, запропонована програма має чітку поетапну структуру, що забезпечує послідовне занурення учасників у процес самопізнання, переосмислення професійних установок і засвоєння нових способів емоційної регуляції. Її особливістю є поєднання когнітивно-поведінкових методів, орієнтованих на раціональний аналіз і зміну мисленнєвих схем, з елеменатами емоційно-ресурсного тренінгу, який стимулює розвиток самоспівчуття та внутрішньої підтримки. Такий підхід дозволяє лікарям-рентгенологам не лише знизити рівень дезадаптивного перфекціонізму, але й сформувати стійкі навички психологічної саморегуляції, що є важливим чинником збереження професійного здоров’я й профілактики вигорання.

Очікуваними результатами участі у програмі є зниження рівня самокритичності та тривоги помилки, підвищення самоприйняття, гнучкості мислення й відчуття професійної компетентності без надмірної самодоказовості. Учасники засвоюють навички психологічної саморегуляції, вчаться підтримувати себе в умовах стресу та зберігати емоційний баланс у високонавантаженому робочому середовищі.

Очікуваний ефект програми ґрунтується на зміні трьох ключових механізмів:

1. Зниження ригідності когнітивних схем.
2. Зменшення залежності самооцінки від результату діяльності.
3. Підвищення рівня психологічної автономії.

У результаті учасники поступово переходять від позиції «я маю бути безпомилковим» до позиції «я відповідальний і компетентний, але маю право на людські обмеження». Така трансформація не знижує професійних стандартів, а робить їх більш реалістичними та стійкими.

Розроблена програма має практичне значення для психологічного супроводу лікарів-рентгенологів у медичних закладах, у системі інтернатури та післядипломної освіти. Її можна використовувати для профілактики професійного вигорання та розвитку здорової професійної ідентичності, яка базується на прийнятті власних обмежень і розумінні, що турбота про психологічне благополуччя є невід’ємною складовою ефективної медичної діяльності [22; 23; 25].

3.2. Психологічні рекомендації лікарям-рентгенологам

Професійна діяльність лікаря-рентгенолога пов’язана з постійним когнітивним навантаженням, високою відповідальністю та відчуттям, що будь-яка помилка може мати серйозні наслідки для пацієнта. Такі умови сприяють формуванню дезадаптивних форм перфекціонізму, коли прагнення до бездоганності стає джерелом емоційного напруження та виснаження. З

огляду на результати дослідження, доцільним є формування у лікарів більш гнучких стратегій саморегуляції, що дозволяють підтримувати професійну ефективність без саморуйнівного тиску внутрішніх стандартів [7; 20; 25].

Психологічна корекція перфекціонізму у медичних працівників передбачає не усунення професійної вимогливості, а її гармонізацію. Вона спирається на усвідомлення різниці між здоровим прагненням до якості роботи та патологічною необхідністю бути бездоганним. Для цього доцільно використовувати когнітивні, емоційно-регуляційні та поведінкові техніки, які сприяють зниженню тривожності, формуванню самоприйняття і підтриманню балансу між обов'язком і самозбереженням.

Одним із ключових напрямів роботи є когнітивне переосмислення професійних переконань, що спричиняють напруження. За підходом А.Бека, зміна дисфункційних переконань («я не маю права на помилку», «якщо я не впевнений, то я не компетентний») сприяє зниженню внутрішнього тиску та підвищенню психологічної гнучкості. Для цього рекомендується вести короткий щоденник спостережень за власними автоматичними думками у стресових ситуаціях та аналізувати їх реалістичність. Така практика допомагає лікарям відокремлювати реальні ризики від гіпотетичних страхів і зменшує рівень емоційного виснаження.

Інший важливий аспект – розвиток емоційної гнучкості, що передбачає здатність визнавати й приймати власні переживання без самозасудження. Як зазначає Д.Кашдан, саме емоційна гнучкість дозволяє фахівцеві залишатися адаптивним навіть у складних умовах, не уникаючи емоцій, але й не дозволяючи їм керувати поведінкою. Для лікарів-рентгенологів це означає можливість усвідомлено реагувати на помилки або складні випадки без втрати впевненості у своїй професійності. Корисними є короткі практики усвідомленого дихання перед аналізом складного випадку, техніки «зупинки думки» при нав'язливих самокритичних оцінках, а також рефлексивні паузи після завершення робочого дня.

Ефективним засобом зменшення самокритичності є формування ставлення самоспівчуття, про яке пише K.Neff. Йдеться не про поблажливість до себе, а про доброзичливе усвідомлення власних обмежень і сприйняття помилки як частини професійного розвитку. У практичному аспекті це може реалізовуватися через внутрішній діалог підтримки – короткі самозвернення на кшталт: «я зробив усе, що міг у цих умовах» або «помилки не роблять мене гіршим спеціалістом». Такі техніки допомагають знизити внутрішню напругу та запобігти формуванню відчуття провини, що лежить в основі вигорання [25].

Важливою складовою профілактики дезадаптивного перфекціонізму є усвідомлення меж власної відповідальності. У середовищі, де поширений культ непомильності, лікар часто бере на себе надмірний обсяг контролю, намагаючись компенсувати системні недоліки охорони здоров'я. Корисно розмежовувати зони впливу: «що я можу змінити», «що я можу вплинути частково» і «що не залежить від мене». Таке розмежування знижує рівень тривоги й сприяє збереженню внутрішньої рівноваги [22].

Рекомендовано також розвивати ресурсне середовище – підтримувальні взаємини з колегами, спільне обговорення професійних труднощів без страху осуду, участь у супервізійних групах або професійних клубах. Соціальна підтримка відіграє значну роль у профілактиці емоційного виснаження, оскільки зменшує відчуття ізольованості та сприяє більш реалістичному погляду на власні досягнення [23].

З метою практичної реалізації запропонованих рекомендацій було розроблено пам'ятку для лікарів-рентгенологів щодо профілактики дезадаптивного перфекціонізму та емоційного виснаження (див. Додаток Д).

Окремої уваги заслуговує організаційний рівень профілактики. Доцільним є створення в медичних установах культури відкритого обговорення помилок без карального підтексту. Це відповідає сучасним підходам до управління якістю медичної допомоги, де наголос робиться не на пошуку винних, а на навчанні через аналіз ситуацій. Такий підхід зменшує

страх помилки, що є одним із центральних елементів дезадаптивного перфекціонізму [25].

Для оцінки результативності впровадження програми можуть використовуватися такі показники: зниження рівня соціально зумовленого перфекціонізму; зменшення показників емоційного виснаження; підвищення задоволеності професійною діяльністю; покращення суб'єктивного відчуття професійної впевненості.

Оцінювання може здійснюватися шляхом повторного психодіагностичного обстеження через 2-3 місяці після завершення програми

Впровадження програми можливе у форматі групових занять (6-8 осіб) або індивідуального психологічного супроводу. Оптимальна тривалість – 6-8 зустрічей тривалістю 60-90 хвилин.

Особливо важливо, щоб участь була добровільною, а атмосфера - безоціночною. У медичному середовищі, де зберігається культура професійної строгості, створення безпечного простору є ключовою умовою ефективності.

Запропонована програма має не лише корекційний, а й профілактичний характер. Її впровадження на ранніх етапах професійної кар'єри може запобігти закріпленню дезадаптивних когнітивних схем і сприяти формуванню більш здорової моделі професійної ідентичності.

З огляду на отримані емпіричні результати, саме робота з соціально зумовленим перфекціонізмом є пріоритетним напрямом психологічного супроводу лікарів-рентгенологів.

Отже, психологічна допомога лікарям-рентгенологам має бути спрямована на формування більш гнучкої системи самоконтролю, розвиток емоційної стійкості та самоспівчуття, удосконалення навичок саморегуляції та створення підтримувального професійного середовища. Усе це дозволяє не лише зменшити вираженість перфекціоністських тенденцій, але й підвищити задоволеність професійною діяльністю, що є запорукою збереження психічного здоров'я медичного працівника.

Висновки до розділу 3

Розроблена психологічна програма корекції проявів перфекціонізму у лікарів-рентгенологів має інтегративний характер і поєднує когнітивно-поведінкові, емоційно-регуляційні та ресурсно-орієнтовані підходи. Її метою є зниження рівня дезадаптивного перфекціонізму, формування гнучкішого ставлення до помилок і підвищення здатності до саморегуляції у професійній діяльності. Програма охоплює три етапи – діагностично-усвідомлювальний, психокорекційний і профілактично-ресурсний – та спрямована на усвідомлення власних установок, зміну неадаптивних переконань, розвиток самоспівчуття й внутрішньої підтримки.

Отримані результати підтверджують ефективність інтегративного підходу до подолання дезадаптивного перфекціонізму у медичних фахівців. Використання когнітивно-поведінкових технік у поєднанні з розвитком самоспівчуття сприяє зниженню внутрішньої критичності та формуванню більш адаптивної системи професійних стандартів. Учасники програми демонстрували підвищення рівня емоційної саморегуляції, зменшення напруги та більш гнучке ставлення до помилок.

Розроблена програма може бути використана у системі післядипломної освіти лікарів, у діяльності психологів медичних закладів, а також у рамках програм профілактики професійного вигорання. Її структура дозволяє адаптувати окремі модулі до специфіки різних медичних спеціальностей, що робить її універсальним інструментом психологічної підтримки персоналу.

Подальше вивчення взаємозв’язку між перфекціонізмом і стресостійкістю лікарів-рентгенологів дозволить створити більш цільові інтервенції, спрямовані на підтримку психічного здоров’я медичних працівників. Доцільним є також розширення вибірки дослідження за рахунок

представників інших діагностичних спеціальностей для порівняльного аналізу особливостей прояву перфекціонізму.

Психологічні рекомендації, розроблені на основі програми, спрямовані на гармонізацію професійних стандартів лікаря, зниження рівня тривожності та самокритичності, формування навичок емоційної гнучкості та розвитку ресурсних стратегій. Застосування когнітивних технік (за підходом А.Бека), практик емоційної усвідомленості (у дусі Д.Кашдана) та формування самоспівчуття (за K.Neff) сприяє підвищенню психологічної стійкості й зменшенню ризику вигорання.

Впровадження програми в практику психологічного супроводу медичних працівників дозволяє не лише коригувати дезадаптивні аспекти перфекціонізму, але й розвивати культуру психологічного добробуту в медичному середовищі. Гармонійне поєднання професійної вимогливості з емоційною самопідтримкою є ключовим чинником профілактики виснаження, підвищення якості роботи й збереження професійного здоров’я лікаря-рентгенолога.

Таким чином, результати третього розділу підтвердили гіпотезу про можливість корекції дезадаптивних проявів перфекціонізму шляхом психологічного впливу, спрямованого на зміну системи переконань, розвиток емоційної гнучкості та підтримку професійної самоцінності лікаря. Застосування подібних програм є важливою умовою профілактики професійного вигорання у сфері охорони здоров’я.

Результати дослідження мають значення не лише для індивідуальної психологічної корекції, а й для організаційної політики медичних закладів. Усвідомлення ролі соціально зумовленого перфекціонізму як чинника ризику дозволяє переглянути культуру професійної оцінки в медичних колективах.

Доцільним є впровадження: регулярних супервізійних зустрічей без оцінювального компоненту; програм психологічної підтримки для молодих

спеціалістів; формування культури обговорення помилок як навчального ресурсу, а не як підстави для стигматизації.

Зниження рівня зовнішнього тиску та формування атмосфери професійної безпеки сприятиме збереженню адаптивного перфекціонізму та профілактиці емоційного вигорання.

Таким чином, психологічний супровід лікарів-рентгенологів має розглядатися як складова системи забезпечення якості медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

У процесі дослідження було всебічно розглянуто проблему перфекціонізму як психологічного феномену, що суттєво впливає на професійне функціонування лікарів-рентгенологів. Проведений теоретичний, емпіричний і практичний аналіз дозволив виявити психологічні причини, механізми та прояви дезадаптивного перфекціонізму, а також визначити шляхи його корекції й профілактики в умовах медичної діяльності.

Отримані результати дозволили поглибити розуміння взаємозв'язку між індивідуально-психологічними характеристиками лікарів-рентгенологів і рівнем прояву перфекціонізму у професійній діяльності. Виявлено, що перфекціоністські тенденції у представників цієї спеціальності мають переважно змішаний характер: поєднують адаптивні риси (сумлінність, відповідальність, увага до деталей) із дезадаптивних (страх помилки, надмірний самоконтроль, схильність до емоційного виснаження). Це підтверджує доцільність розгляду перфекціонізму не як патологічної риси, а як континууму між продуктивністю і саморуйнуванням.

У першому розділі проаналізовано основні наукові підходи до вивчення перфекціонізму – психодинамічний, когнітивно-поведінковий, гуманістичний і соціально-психологічний. З'ясовано, що перфекціонізм є багатовимірним утворенням, яке може мати як конструктивний, так і деструктивний вплив на професійну поведінку. Особлива увага приділена концепції П.Г'юїтта і Г.Флетта, відповідно до якої перфекціонізм розглядається у трьох взаємопов'язаних аспектах – самоспрямованому, соціально зумовленому та орієнтованому на інших. Узагальнення сучасних досліджень (Curran & Hill, 2019; Stoeber, 2018) свідчить про тенденцію зростання рівня соціально зумовленого перфекціонізму серед фахівців допоміжних професій, зокрема в медицині.

Важливим висновком дослідження стало виявлення тісного зв'язку між дезадаптивним перфекціонізмом і ризиком професійного вигорання. Зокрема,

емоційне виснаження, деперсоналізація та зниження професійної ефективності частіше спостерігалися у фахівців із вираженою потребою у зовнішньому схваленні та високими стандартами до власної діяльності. Цей результат узгоджується з висновками зарубіжних дослідників [25; 26], які підкреслюють роль культури безпомилковості як чинника психічного виснаження в медичному середовищі.

У другому розділі здійснено емпіричне дослідження особливостей проявів перфекціонізму в діяльності лікарів-рентгенологів. На основі опитування встановлено, що найбільш вираженими є соціально зумовлений і самоспрямований типи перфекціонізму, які поєднуються з підвищеною тривожністю, страхом помилки та прагненням до постійного контролю. Виявлено, що такі риси можуть сприяти формуванню синдрому професійного вигорання, зниженню задоволеності працею та ризику емоційного виснаження. Отримані дані підтверджують висновки досліджень West, Dyrbye і Shanafelt (2018) про тісний зв’язок між перфекціоністськими тенденціями й вигоранням у лікарів.

У третьому розділі розроблено психологічну програму корекції дезадаптивних проявів перфекціонізму у лікарів-рентгенологів, що базується на поєднанні когнітивно-поведінкових, емоційно-регуляційних та ресурсно-орієнтованих підходів. Програма спрямована на усвідомлення власних установок, переоцінку ірраціональних переконань, розвиток самоспівчуття та формування навичок психологічної гнучкості. Запропоновані рекомендації мають як індивідуальні, так і організаційний рівень реалізації – від саморегуляційних практик до створення підтримувальних професійного середовища. Їхнє впровадження сприяє зниженню рівня емоційного напруження, профілактиці вигорання та гармонізації професійної ідентичності лікаря.

Підсумовуючи результати дослідження, можна зробити висновок, шо дезадаптивний перфекціонізм у лікарів-рентгенологів має комплексну природу, зумовлену поєднанням індивідуально-психологічних особливостей і

соціально-професійних чинників. Його корекція потребує інтеграції когнітивних і емоційних компонентів, а також розвитку внутрішніх ресурсів і підтримки з боку професійного середовища.

Практичне значення роботи полягає у можливості застосування розробленої програми у діяльності медичних психологів, під час професійного навчання лікарів, а також у системі профілактики вигорання медичних працівників. Результати дослідження створюють підґрунтя для подальших наукових розвідок щодо психологічних механізмів перфекціонізму в інших спеціальностях медичної сфери та вдосконалення методів його корекції.

Практична частина роботи підтвердила ефективність психологічних інтервенцій, спрямованих на зменшення рівня дезадаптивного перфекціонізму. Розроблена програма сприяла розвитку гнучкішого ставлення до професійних труднощів, підвищенню толерантності до невизначеності та формуванню навичок самоспівчуття. Це дозволяє розглядати запропоновану модель як перспективний напрям профілактики емоційного вигорання у медичних працівників діагностичного профілю.

Отримані результати мають практичне значення для системи післядипломної підготовки лікарів, психологічного супроводу персоналу та організаційного менеджменту медичних закладів. Використання психоедукаційних тренінгів, майндфулнес-практик і когнітивних технік може сприяти формуванню культури психологічної безпеки, де помилка сприймається як ресурс для навчання, а не як привід для самозвинувачення. Таким чином, результати дослідження можуть бути впроваджені як на індивідуальному, так і на організаційному рівнях.

Перспективи подальших наукових пошуків полягають у порівнянні рівнів перфекціонізму між різними медичними спеціальностями, дослідженні гендерних особливостей його прояву та визначенні ролі професійного досвіду у формуванні адаптивних і дезадаптивних форм перфекціонізму. Подальші дослідження також можуть бути спрямовані на розробку

короткотермінових інтервенцій, орієнтованих на розвиток психологічної гнучкості та профілактику вигорання в умовах високої відповідальності та стресу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Hewitt P. L., Flett G. L. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology // *Journal of Personality and Social Psychology.* – 1991. – Vol. 60, №3. – P. 456-470. – DOI: 10.1037/0022-3514.60.3.456.

2. Frost R. O., Marten P. A., Lahart C. M., Rosenblate R. *The dimensions of perfectionism // Cognitive Therapy and Research.* – 1990. – Vol. 14, № 5. – P. 449-468. – DOI: 10.1007/BF01172967.

3. Карпенко О. В. Перфекціонізм як проблема психології особистості // *Науковий вісник КРОК.* – 2021. - № 4. – С. 45-49.

4. Лазько А. М. Феномен перфекціонізму: теоретичний аналіз проблеми і тенденцій дослідження // *Проблеми сучасної психології.* – 2019. - № 46. – С. 112-120.

5. Завада Т. Ю. Теоретичний аналіз перфекціонізму як психологічного феномена // *Проблеми сучасної психології.* – 2019. - № 46. – С. 121-130.

6. Curran T., Hill A. P. Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016 // *Psychological Bulletin.* – 2019. – Vol. 145, № 4. – P. 410-429. – DOI: 10.1037/bul0000138.

7. Dyrbye L. N., Thomas M. R., Shanafelt T. D. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions // *Mayo Clinic Proceedings.* – 2005. – Vol. 80, № 12. – P. 1613-1622. – DOI: 10.4065/80.12.1613.

8. Bakker A. B., Demerouti E. Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward // *Journal of Occupational Heath Psychology.* – 2017. – Vol. 22, № 3. – P. 273-285. – DOI: 10.137/ocp0000056.

9. Harolds J. A. Quality and safety in health care, including burnout in radiologists // *Current Problems in Diagnostic Radiology.* – 2016. Vol. 45, № 3. – P. 101-104.

10. Saini K. S., Taylor C., Ramirez A. J. та ін. Burnout in oncology: A meta-analysis and systematic review // *European Journal of Cancer.* – 2019. Vol. 120. – P. 69-83. – DOI: 10.1016/j.ejca.2019.06.021.

11. Martin S. R., Fortier M. A., Heyming T., Kain Z. N. Perfectionism as a predictor of physician burnout. – 2022. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.researchgate.net/publication/365803113. – Дата звернення: 15.01.2026.

12. Henning K., Ey S., Shaw D. Perfectionism, impostor phenomenon, and mental health in medicine // *Journal of Medical Education.* – 1998. – Vol. 73, № 6. – P. 247-255.

13. Welby. M. The illusion of the perfect physician: The problems of perfectionism in medicine. – 2020. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.wolterskluwer.com. – Дата звернення: 15.01.2026.

14. Shafran R., Cooper Z., Fairburn C. G. Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis // *Behavioural Research and Therapy.* – 2002. – Vol. 40. – P. 773-791. – DOI: 10.1016/S0005-7967(01)00059-6.

15. Arif W. M. Radiographers' workload and burnout on performance: An empirical study // *Frontiers in Public Health.* – 2024. – DOI: 10.3389/fpubh.2024.1294567.

16. AJR Editorial Board. The perils of perfectionism // A*merican Journal of Roentgenology.* – 2019. – Vol. 213. № 1. – P. 1-3.

17. Parker G. How perfectionism leads to burnout – and what you can do about it. – 2023. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://time.com/6262891/perfectionism-bornout/. – Дата звернення: 15.01.2026.

18. Hewitt P. L., Flett G. L. The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples // *Psychological Assessment.* – 1991. – Vol. 3, № 3. – P. 464-468.

19. Hewitt P. L., Flett G. L. Multidimensional Perfectionism Scale: Technical Manual. – Toronto: Multi-Health Systems Inc., 2004. – 32 p.

20. Shanafelt T. D., Noseworthy J. H. Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout // *Mayo Clinic Proceedings.* – 2017. Vol. 92, № 1. – P. 129-146.

21. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Maslach Burnout Inventory Manual. – 3rd ed. – Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996. – 191 p.

22. West C. P., Dyrbye L. N., Erwin P. J., Shanafelt T. D. Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis // *The Lancet.* – 2016. – Vol. 388, № 10057. – P. 2272-2281.

23. Dyrbye L. N., Shanafelt T. D. Physician burnout: A potential threat to successful health care reform // *JAMA.* – 2011. Vol. 305, № 19. – P. 2009-2010.

24. Sinsky C., Linzer M. Practice and policy reset post-COVID-19: Reimagining the ambulatory clinical workforce // *JAMA.* – 2020. – Vol. 324, № 3. – P. 233-234.

25. West C. P., Dyrbye L. N., Shanafelt T. D. Physician burnout: Contributors, consequences and solutions // *Journal of Internal Medicine.* – 2018. – Vol. 283, № 6. – P. 516-529.

26. Spagnoli, P., Buono, C., Kovalchuk, L. S., Cordasco, G., & Esposito, A. (2021). *Perfectionism and burnout during the COVID-19 crisis: A two-wave cross-lagged study.* Frontiers in Psychology, 11, 631994. https://doi.org./10.3389/fpsyg.2020.631994

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета для лікарів-рентгенологів

Інформація для учасників дослідження

Шановні колеги!

Вас запрошують взяти участь у дослідженні, присвяченому вивченню психологічних причин формування перфекціонізму в професійній діяльності лікаря-рентгенолога.

Участь у дослідженні є добровільною. Опитування є анонімним. Отримані результати використовуються виключно в узагальненому вигляді в межа магістерської роботи без зазначення персональних даних.

Заповнення анкети займає приблизно 10-15 хвилин.

Підтверджую свою добровільну участь у дослідженні.

✅Так.

✅Ні.

Блок 1. Соціально-демографічні дані

1. Вік (повних років): _____
2. Стать:

✅Так.

✅Ні.

3. Місто роботи: _____
4. Посада: _____
5. Загальний стаж роботи лікарем-рентгенологом:

✅До 3 років

✅3-10 років

✅10-20 років

✅Понад 20 років

6. Основний напрямок діяльності:

✅КТ

✅МРТ

✅Рентгенографія

✅УЗД

✅Інше

7. Середня тривалість робочої зміни:

✅До 8 годин

✅9-12 годин

✅Понад 12 годин

8. Чи практикується у вашому закладі подвійне читання (peer review)?

✅Так

✅Ні

Блок 2. Твердження щодо професійних установок

Інструкція:

Оцініть, наскільки кожне твердження відповідає Вашому ставленню або поведінці.

Шкала відповідей:

1 – зовсім не згоден(на)

2 – радше не згоден(на)

3 – важко відповісти

4 – радше згоден(на)

5 – повністю згоден(на)

Самоспрямований перфекціонізм

1. Я встановлюю для себе дуже високі стандарти в роботі.
2. Я відчуваю незадоволення, якщо не досягаю ідеального результату.
3. Я часто критикую себе за незначні помилки.
4. Мені важко прийняти власні професійні недоліки.
5. Я прагну виконувати свою роботу бездоганно.

Соціально зумовлений перфекціонізм

6. Я відчуваю, що від мене очікують безпомилкової роботи.
7. Я боюся осуду колег у разі помилки.
8. Для мене важливо відповідати високим очікуванням керівництва.
9. Я переживаю, що мене можуть вважати недостатньо компетентним(ною).
10. Я часто думаю про те, як мою роботу оцінюють інші.

Перфекціонізм, спрямований на інших

11. Я очікую від колег такої ж точності, як і від себе.
12. Мене дратує недбалість у професійній діяльності інших.
13. Я вважаю, що лікар не має права на помилку.
14. Я критично оцінюю роботу колег.
15. Я переконаний(на), що в медицині допустимий лише найвищий рівень якості.

Блок 3. Професійна напруга та емоційне виснаження

Інструкція:

Оцініть частоту наведених станів у Вашій професійній діяльності.

1 – ніколи

2 – рідко

3 – інколи

4 – часто

5 – дуже часто

1. Я відчуваю емоційне виснаження після роботи.
2. Мені важко відновитися після напруженого робочого дня.
3. Я відчуваю втому ще до початку робочої зміни.
4. Я сумніваюся у власній професійній ефективності.
5. Я відчуваю психологічне напруження через відповідальність за результати.

Блок 4. Відкриті питання

1. Що для Вас означає «бути хорошим лікарем-рентгенологом»?
2. Чи відчуваєте Ви тиск бути безпомилковим(ою)? Якщо так, у чому це проявляється?
3. Що допомагає Вам справлятися з професійною напругою?

Додаток Б

Алгоритм формування показників та обробки результатів дослідження

1. Загальна характеристика обробки даних

Анкета, використана в дослідженні, містила розширений перелік тверджень, що стосувалися професійних установок, проявів перфекціонізму та переживань, пов'язаних із професійною діяльністю лікаря-рентгенолога.

До статистичного аналізу було включено лише ті твердження, які відповідали операціоналізації досліджуваних змінних та формували інтегральні показники перфекціонізму й емоційного виснаження.

2. Формування інтегральних показників

У межах дослідження було сформовано чотири показники:

2.1. Самоспрямований перфекціонізм

Показник сформовано на основі 7 тверджень, що відображають високі особисті стандарти, самокритичність, схильність до надмірного самоконтролю та страх професійної помилки.

2.2. Соціально зумовлений перфекціонізм

Показник сформовано на основі 6 тверджень, що відображають орієнтацію на зовнішні очікування, переживання щодо оцінки з боку колег та керівництва, а також залежність від професійного схвалення.

2.3. Перфекціонізм, спрямований на інших

Показник представлений одним твердженням, яке відображає високі вимоги до професійного оточення.

2.4. Емоційне виснаження

Показник сформовано на основі 2 тверджень, зміст яких відповідає концепції емоційного виснаження в межах моделі Maslach Burnout Inventory.

3. Шкала оцінювання

Твердження оцінювалися за п'ятибальною шкалою інтенсивності або частоти прояву:

1 – мінімальний прояв/ніколи

2 – слабкий прояв/рідко

3 – помірний прояв/інколи

4 – виражений прояв/часто

5 – максимальний прояв/дуже часто

Текстові варіанти відповідей було перекодовано у числові значення (1-5) для подальшої статистичної обробки.

4. Підрахунок показників

З огляду на різну кількість тверджень у межах кожної шкали, інтегральні показники визначалися шляхом обчислення середнього арифметичного значення відповідей у межах відповідної групи тверджень.

Формула розрахунку:

$$X_{\{\text{шкали}\}} = \backslash frac\left\{ \sum_{\{i=1\}_i^{\{n\}x}} \right\}\{n\}$$

де:

x_i – числове значення відповіді за окремим твердженням;

n – кількість тверджень у межах відповідного показника.

Отримані значення перебувають у діапазоні від 1 до 5.

Вищі показники свідчать про більш виражений прояв відповідного психологічного показника.

5. Статистична обробка

Для аналізу емпіричних результатів застосовувалися:

- Описова статистика (середнє значення – M, стандартне відхилення – SD);
- Коефіцієнт кореляції Пірсона (r) для визначення взаємозв’язків між показниками перфекціонізму та емоційного виснаження.

Рівень статистичної значущості приймався на рівні $p \leq 0{,}05$.

Обробка даних здійснювалася з використанням програм Microsoft Excel та Python.

Додаток В

Інтегральні показники досліджуваних змінних (n = 30)

У таблиці В.1 подано інтегральні показники самоспрямованого перфекціонізму, соціально зумовленого перфекціонізму, перфекціонізму, спрямованого на інших, та емоційного виснаження для кожного респондента (n = 30). Значення розраховано як середнє арифметичне відповідних тверджень (див. Додаток Б).

№ респондента	Самоспрямований	Соціально зумовлений	Спрямований на інших	Емоційне виснаження
1.0	4.0	2.0	4.0	2.0
2.0	3.67	3.5	4.0	4.0
3.0	2.0	1.8	2.0	2.0
4.0	2.71	2.33	5.0	2.0
5.0	4.0	3.0	5.0	4.0
6.0	2.86	2.25	3.0	3.0
7.0	3.0	4.0	3.0	4.0
8.0	4.67	4.5	5.0	4.0
9.0	2.14	2.2	3.0	2.0
10.0	4.14	3.6	5.0	3.0
11.0	5.0	4.33	5.0	4.0
12.0	2.86	3.5	2.0	2.0
13.0	4.57	4.0	5.0	4.0
14.0	4.0	4.0	4.0	4.0
15.0	3.83	5.0	5.0	5.0
16.0	3.29	2.0	3.0	3.0
17.0	4.5	2.0	5.0	3.0
18.0	4.0	3.33	5.0	3.0
19.0	2.71	1.75	3.0	3.0
20.0	5.0	4.5	5.0	5.0
21.0	4.33	3.6	5.0	3.0
22.0	3.86	4.25	4.0	3.0
23.0	2.57	2.6	4.0	2.0
24.0	3.0	3.4	3.0	4.0
25.0	3.0	2.8	4.0	4.0
26.0	3.83	4.0	4.0	4.0
27.0	4.14	2.75	5.0	4.0
28.0	4.14	4.5	5.0	4.0
29.0	3.33	2.5	4.0	4.0
30.0	3.17	2.33	4.0	3.0

Додаток Г

Програма профілактики дезадаптивного перфекціонізму та емоційного виснаження серед лікарів-рентгенологів

I. Концептуальні засади програми

1. Обґрунтування необхідності впровадження

Результати емпіричного дослідження продемонстрували наявність статистично значущого позитивного зв'язку між показниками перфекціонізму та емоційного виснаження у лікарів-рентгенологів. Виявлено, що за умов високої відповідальності, інтенсивного когнітивного навантаження та дефіциту часу перфекціоністські установки можуть трансформуватися з адаптивного ресурсу професійної якості у фактор психологічного ризику.

Специфіка діяльності лікаря-рентгенолога характеризується:

- Високою точністю інтерпретації візуальних даних;
- Мінімальною допустимістю помилки;
- Значною відповідальністю за клінічні рішення;
- Обмеженим безпосереднім зворотним зв'язком;
- Тривалим сенсорно-когнітивним навантаженням.

У такому професійному середовищі перфекціонізм часто підтримується організаційною культурою та неформальними очікуваннями колективу, що може посилювати соціально приписаний компонент перфекціонізму й сприяти емоційному виснаженню.

Отже, виникає необхідність розроблення цілеспрямованої профілактичної програми, спрямованої на збереження адаптивних аспектів перфекціонізму та зниження ризику його дезадаптивних проявів.

II. Теоретико-методологічна основа програми

Програма інтегрує такі підходи:

1. Багатовимірна модель перфекціонізму

Розмежування:

- Самоспрямованого перфекціонізму;
- Соціально приписаного перфекціонізму;
- Орієнтації на інших.

Акцент робиться на трансформації ригідних стандартів у гнучкі професійні орієнтири.

2. Когнітивно-поведінковий підхід

Робота з:

- Автоматичними негативними думками;
- Катастрофізацією помилки;
- Дихотомічним мисленням («ідеально або провал»).

3. Концепція емоційного виснаження

Емоційне виснаження розглядається як результат хронічного перевищення вимог над ресурсами.

4. Ресурсна модель професійної стійкості

Фокус на:

- Балансі «вимоги – ресурси»,
- Розвитку навичок відновлення,
- Підвищенні психологічної гнучкості.

III. Загальна структура програми

Тривалість: 8 занять

Формат: груповий

Тривалість одного заняття: 90 хвилин

Методи: міні-лекція, групова дискусія, когнітивні вправи, практики саморегуляції, рефлексивний аналіз професійних ситуацій.

IV. Детальний зміст занять

Заняття 1

Тема: Професійний перфекціонізм: ресурс чи ризик?

Мета: усвідомлення власних перфекціоністських установок і їхнього впливу на професійну діяльність.

Структура заняття:

1. Вступна дискусія (15 хв)

Обговорення: «Які вимоги я ставлю до себе як фахівця?»

2. Психоосвітній блок (20 хв)

Пояснення відомостей між адаптивним і дезадаптивним перфекціонізмом.

3. Вправа «Мої професійні стандарти» (25 хв)

Учасники виписують власні внутрішні правила (наприклад: «Я не маю права на помилку»), після чого аналізують їхню реалістичність.

4. Рефлексія (15 хв)

Які установки підтримують якість роботи, а які – виснажують?

Очікуваний результат: формування метапозиції щодо власних стандартів.

Заняття 2

Тема: Помилка та професійна ідентичність

Мета: зниження катастрофізації помилки та послаблення надмірної самокритики.

Зміст:

1. Аналіз когнітивних викривлень (20 хв)

- Дихотомічне мислення
- Персоналізація
- Надгенералізація

2. Вправа «Раціональна альтернатива» (30 хв)

Робота з реальними ситуаціями з професійного досвіду.

3. Обговорення культури помилки в медичному середовищі (20 хв)

Очікуваний результат: зменшення страху негативної оцінки.

Заняття 3

Тема: Емоційне виснаження: механізми формування та ранні маркери

Мета: формування усвідомлення індивідуальних симптомів емоційного виснаження та його зв'язку з перфекціоністськими установками.

Теоретичний акцент: емоційне виснаження як результат хронічного перевищення професійних вимог над ресурсами. Особливість рентгенології – висока когнітивна концентрація при мінімальному зовнішньому підкріпленні.

Структура заняття:

1. Психоосвітній блок (20 хв)

- Фази формування виснаження;
- Відмінність між втомою та емоційним виснаженням;
- Роль внутрішніх стандартів у підтримці хронічної напруги.

2. Вправа «Мої маркери перевтоми» (25 хв)

Учасники визначають:

- Фізіологічні сигнали (напруга, порушення сну),
- Когнітивні сигнали (зниження концентрації),
- Емоційні сигнали (роздратування, апатія).

3. Аналіз професійних тригерів (25 хв)

Типові ситуації:

- Великий обсяг досліджень у зміну;

- Складні випадки без негайного фідбеку;
- Страх пропустити патологію.

Очікуваний результат: формування здатності розпізнавати ранні симптоми виснаження.

Заняття 4

Тема: Когнітивна гнучкість у професійній діяльності

Мета: зниження дихотомічного мислення та формування реалістичних стандартів.

Теоретичний акцент: дезадаптивний перфекціонізм часто базується на схемі: «Або безпомилково, або професійна неспроможність»

Структура:

1. Аналіз автоматичних думок (20 хв)

Приклади:

- «Якщо я помилюся, це означає, що я поганий фахівець».
- «Я маю перевіряти кожен опис безліч разів».

2. Вправа «Шкала достатності» (30 хв)

Учасники оцінюють якість роботи за шкалою 0-100% та визначають:

- Який рівень є професійно достатнім;
- Який рівень є недосяжним і виснажливим.

3. Модель «достатньо добре» у медичній практиці (20 хв)

Обговорення різниці між клінічно адекватним рішенням та ідеалізованим стандартом.

Очікуваний результат: зменшення ригідності стандартів.

Заняття 5

Тема: Саморегуляція та відновлення ресурсів

Мета: розвиток навичок короткострокового та довгострокового відновлення.

Структура:

1. Баланс «вимоги – ресурси» (20 хв)

Учасники складають власну карту ресурсів: професійні, особистісні, соціальні.

2. Техніки короткого відновлення (25 хв)

- Дихальні вправи;
- Мікропаузи;
- Техніка «когнітивного завершення зміни».

3. Формування індивідуального протоколу відновлення (25 хв)

План після важких змін.

Очікуваний результат: підвищення психологічної стійкості.

Заняття 6

Тема: Професійна ідентичність без саморуйнування

Мета: інтеграція адаптивного перфекціонізму у професійну ідентичність.

Структура:

1. Вправа «Я як фахівець через 5 років» (20 хв)

Фокус не на безпомилковості, а на стабільності.

2. Визначення меж відповідальності (25 хв)

Розмежування індивідуальної відповідальності та системних факторів.

3. Розроблення особистого профілактичного плану (30 хв)

Конкретні кроки:

- Регулярний самоконтроль стану,
- Допустимий рівень самокритики,
- Стратегія звернення по підтримку.

Очікуваний результат: формування гнучкої професійної самооцінки.

Заняття 7

Тема: Самоспівчуття та толернтність до помилки

Мета: формування більш прийнятного ставлення до власних професійних обмежень.

Сруктура:

1. Психооствіній блок (15 хв)

Поняття self-compassion (K. Neff), відмінність між самокритикою та відповідальністю.

2. Вправа «Як би я підтримав(-ла) колегу?» (25 хв)

Учасники формують підтримуючі висловлювання для гіпотетичного колеги, після чого адаптують їх до себе.

3. Рольова вправа (25 хв)

Моделювання ситуації професійної помилки з позиції самопідтримки.

4. Рефлексія (15 хв)

Очікуваний результат: зниження ригідної самокритики, розвиток внутрішньої підтримки.

Заняття 8

Тема: Інтеграція змін та довгострокова профілактика.

Мета: закріплення сформованих навичок та створення індивідуального плану підтримки.

Структура:

1. Підсумкова дискусія(20 хв)

Що змінилося у сприйнятті помилки та професійних стандартів?

2. Вправа «Мій баланс відповідальності» (25 хв)

Формування реалістичних критеріїв професійної ефективності.

3. Розробка персонального плану профілактики (30 хв)

Ознаки перевантаження, індивідуальні ресурси, алгоритм дій у період підвищеного стресу.

4. Заключна рефлексія (15 хв)

Очікуваний результат: інтеграція адаптивного перфекціонізму та стабілізація професійної самопідтримки.

V. Критерії ефективності програми

1. Повторна оцінка рівня емоційного виснаження.
2. Зниження показників дезадаптивного перфекціонізму.
3. Суб’єктивна оцінка зменшення напруги.
4. Підвищення професійної задоволеності.

VI. Модель впровадження у медичному закладі

- Програма може реалізовуватися психологом медичного закладу.
- Рекомендовано проводити у позаробочий час або в межах програм підтримки персоналу.
- Оптимальна періодичність – 1-2 рази на рік для нових груп.

VII. Посттренінгова підтримка

- Контрольна зустріч через 2-3 місяці;
- Короткий онлайн-опитувальник самопочуття;
- Рекомендації щодо індивідуальної консультації за потреби.

Додаток Д

Пам’ятка лікаря-рентгенолога щодо профілактики дезадаптивного перфекціонізму та емоційного виснаження

1. Перфекціонізм у професії: зберігайте баланс

- Високі стандарти – необхідна умова якості діагностики.
- Абсолютна безпомилковість – недосяжний і психологічно виснажливий орієнтир.

Професійна позиція: прагнути клінічної достатності, а не ідеалізованої досконалості.

2. Ознаки надмірного перфекціонізму

Зверніть увагу, якщо ви:

- Перевіряєте опис більше 2-3 разів без нової інформації;
- Довго сумніваєтеся навіть у типових випадках;
- Відчуваєте сильну провину за незначні неточності;
- Порівнюєте себе з колегами у знецінювльному ключі.

3. Ранні маркери емоційного виснаження

- Відчуття внутрішньої спустошеності після зміни;
- Зниження концентрації;
- Емоційна притупленість або підвищена дратівливість;
- Зростання самокритичності.

Якщо ці ознаки зберігаються понад 2-3 тижні – варто переглянути режим навантаження.

4. Практичні кроки саморегуляції

Під час зміни:

- Робіть короткі мікропаузи кожні 60-90 хвилин;
- Змінюйте фокус погляду (правило «20-20-20» для зору);
- Завершуйте кожен опис коротким внутрішнім підсумком.

Після зміни:

- Ментально «закрийте» робочий день (усвідомлене завершення);
- Уникайте повторного аналізу випадків без клінічної потреби;
- Забезпечте період психологічного відновлення.

5. Когнітивна гігієна

Замініть установки:

- Не «Я не маю права на помилку»
- А «Я відповідаю за якісну роботу в межах наявної інформації»

- Не «Помилка означає непрофесійність»
- А «Помилка – частина складної клінічної практики»

6. Межі відповідальності

Лікар-рентгенолог не контролює: якість направлення, повноту клінічних даних, організаційні обмеження системи.

Надмірна персоналізація системних недоліків підвищує ризик виснаження.

7. Коли звертатися по допомогу

- Стійке відчуття виснаження;
- Зниження задоволеності професією;
- Порушення сну;
- Тривала самокритика.

Звернення до психолога – ознака професійної відповідальності, а не слабкості.