

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОЄВРОПЕЙСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ

На правах рукопису

УДК 159.9 : 616-051 : 17.036.2 (043.5)

Лазько Алла Миколаївна

**КОНСТРУКТИВНИЙ ПЕРФЕКЦІОНІЗМ ЯК ЧИННИК
ПРОФЕСІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТОВАНOSTІ
МАЙБУТНЬОГО МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА**

19.00.01 – загальна психологія, історія психології

Дисертація
на здобуття наукового ступеня
кандидата психологічних наук

Науковий керівник:
доктор психологічних наук, професор
ВІРНА ЖАННА ПЕТРІВНА

ЛУЦЬК – 2016

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ КОНСТРУКТИВНОГО ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА ПРОФЕСІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТОВАНOSTІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР	
1.1. Професійно-психологічна адаптованість особистості	11
1.2. Категоріально-понятійний аналіз перфекціонізму	24
1.3. Особливості прояву перфекціонізму в професійній діяльності медичної сестри	42
Висновки до розділу 1	57
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА ЕМПІРИКО-ДІАГНОСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА ПРОФЕСІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТОВАНOSTІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР	
2.1. Конструктивний перфекціонізм як ознака професійно-психологічної адаптованості: структурно-системна організація професійної норми / декларації майбутніх медичних сестер	61
2.2. Постановка проблеми та конструювання психодіагностичної процедури	73
Висновки до розділу 2	91
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИКО-ДІАГНОСТИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА ПРОФЕСІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТОВАНOSTІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР	
3.1. Діагностична констатація результатів дослідження	93
3.2. Конструктивний перфекціонізм: емпірична конкретизація деонтологічно-професійного й ідентифікаційно-професійного статусів в межах професійно-психологічної адаптованості	

	3
майбутніх медичних сестер	152
Висновки до розділу 3	162
ВИСНОВКИ	166
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	170
ДОДАТКИ	
Додаток А. Результати дискримінантного аналізу	190
Додаток Б. Результати обрахунку критерію Колмогорова-Смирнова	194
Додаток В. Результати обчислення множинної регресії вимірюваних показників у вибірці студентів із низькими показниками перфекціонізму	198
Додаток Д. Результати обчислення множинної регресії вимірюваних показників у вибірці студентів із середніми показниками перфекціонізму	200
Додаток Е. Результати обчислення множинної регресії вимірюваних показників у вибірці студентів із високими показниками перфекціонізму	202
Акти впровадження результатів дослідження	204

ВСТУП

Актуальність теми. Питання професійно-психологічної адаптації є вкрай актуальними на тлі розгляду ефективної професіоналізації особистості, яка в складних соціально-економічних умовах розвитку сучасного українського суспільства переживає руйнівні ефекти усталеної системи професійного становлення й розвитку фахівця. Також сьогодні психологічна наука гостро потребує уточнення понять і категорій наукового вивчення феноменів, в яких відображається ефективна результативність професійної реалізації, серед яких перфекціонізм займає чи не найголовніше місце. Особливого значення ця проблема набуває для професій, які пов'язані з системою відносин «людина – людина», адже в цьому разі формування професійних якостей особистості найбільше залежить від особливостей самої професії, що окреслює своєчасність дослідження конструктивного перфекціонізму майбутніх медичних працівників середньої ланки. Варто додати, що проблема розгляду детермінаційного зв'язку перфекціонізму й професійно-психологічної адаптованості містить потужний гносеологічний потенціал впливу не лише на якість процесу професіоналізації, а й на прогностичний зміст професійного розвитку фахівця.

Загалом на актуальності проблеми професійно-психологічної адаптованості майбутнього фахівця наголошується в працях багатьох вітчизняних психологів (Г. Балл, В. Бодров, Ж. Вірна, Н. Воляннюк, С. Дружилов, В. Дубровін, Н. Єршова, Є. Карпенко, О. Кузнєцова, Л. Митіна, А. Реан, О. Саннікова, В. Семиченко, А. Фурман та ін.). Контекст вивчення перфекціонізму в професійній діяльності також набуває популярності в межах конкретних теоретико-прикладних досліджень вітчизняних і зарубіжних науковців (Н. Гаранян, І. Гуляс, Л. Данилевич, Дж. Ешбі, О. Лоза, В. Паркер, Р. Слені, О. Соколова, Г. Флетт, Д. Хамачек, П. Х'юїтт, А. Холмогорова, Т. Юдєєва та ін.). Розв'язанню важливих питань навчально-професійної підготовки сприяють положення, презентовані в доробках

В. Андрушенка, І. Зязюна, В. Клименка, С. Максименка, І. Пасічника, Н. Побірченко, В. Рибалки, Ю. Швалба, М. Шегедин, Т. Яценко та ін., а специфіку професійно-психологічної підготовки студентів у медичних коледжах розкрито в роботах М. Бабич, І. Вітенка, Т. Коренюгіної, Ю. Лавриша, О. Марковича, Л. Сизової, Д. Стебакової та ін.

Проведений аналіз джерельної бази дає змогу констатувати, що на сьогодні накопичений певний досвід підготовки медичних фахівців середньої ланки. Проте залишається відкритою проблема вивчення особистості майбутнього фахівця з усіма її внутрішніми психологічними резервами, які є визначальними чинниками ефективної професійно-психологічної адаптованості. До таких особистісних резервів майбутньої медичної сестри відносяться її перфекціоністські здібності, знання про які повинні бути вбудовані в практику професійно-психологічної підготовки цих фахівців.

Саме в цьому контексті вибір теми дослідження «Конструктивний перфекціонізм як чинник професійно-психологічної адаптованості майбутнього медичного працівника» набуває осмисленості й практичної цінності.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконане відповідно до наукової теми кафедри загальної та соціальної психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки «Методологія і практика дослідження особистості» та є складовою комплексної науково-дослідної теми «Психологія професіоналізму особистості: технології професійного самозбереження в практиці» (номер державної реєстрації 0113U002217), що координується Міністерством освіти і науки України. Тема дисертаційного дослідження затверджена Вченою радою Волинського національного університету імені Лесі Українки (протокол № 10 від 30.04.2009 р.) й узгоджена Міжвідомчою радою з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 10 від 18.12.2012 р.).

Мета дослідження полягає в теоретичному та емпіричному обґрунтуванні конструктивного перфекціонізму як чинника професійно-психологічної адаптованості майбутнього медичного працівника.

Для досягнення поставленої мети передбачено виконання таких **завдань**:

1. На основі результатів теоретико-методологічного вивчення проблеми визначити особливості конструктивного перфекціонізму та професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер.

2. Розробити теоретичну модель прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер й обґрунтувати структурно-системну організацію їх професійно-психологічної адаптованості.

3. Емпірично з'ясувати особистісно-поведінкові й особистісно-комунікативні характеристики прояву конструктивного перфекціонізму майбутніх медичних сестер.

4. Обґрунтувати закономірності й тенденції детермінаційного впливу конструктивного перфекціонізму на зміст деонтологічно-професійного та ідентифікаційно-професійного статусу професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер.

Об'єкт дослідження – психологічний феномен перфекціонізму особистості.

Предмет дослідження – конструктивний перфекціонізм як чинник професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер.

Теоретико-методологічну основу дослідження склали наукові положення щодо розгляду: професійно-психологічної адаптованості особистості (Ф. Березін, Ж. Вірна, Є. Карпенко, О. Кузнєцова, О. Маклаков, А. Налчаджян, І. Погодін, О. Рєзнікова, О. Саннікова, Л. Шпак та ін.); феномену перфекціонізму в різноманітних підходах визначення його моделей, форм, типів і структури (Н. Гаранян, І. Грачова, Л. Данилевич, А. Золотарьова, Р. Слені, Д. Хамачек, Г. Флетт, П. Х'юїтт, М. Холлендер, А. Холмогорова, П. Циганкова та ін.); психолого-педагогічного супроводу

професіоналізації майбутніх медичних сестер (І. Вітенко, О. Грандо, Н. Касевич, М. Кіркеволд, О. Кокотова, С. Поплавська, Л. Супрун, В. Ташликов, Й. Харді, В. Шатило та ін.) та особливостей прояву перфекціонізму в професійній діяльності медичної сестри (М. Бабич, Є. Ільїн, І. Кміть, М. Ларських, О. Маркович, В. Парамонова, Л. Сизова, Д. Стебакова, І. Шагарова, Т. Юдєєва та ін.).

Для реалізації поставлених завдань було використано такі **методи дослідження**: *теоретичні* (аналіз, синтез, порівняння, абстрагування, узагальнення, систематизація наукової літератури з питань психологічних особливостей перфекціонізму особистості в генеральній сукупності майбутніх медичних сестер); *емпіричні* (бесіда; спостереження; тестування із використанням методик: багатовимірна шкала перфекціонізму П. Х'юїтта і Г. Флетта, тест мотивації досягнення А. Мехрабіана (в адаптації М. Магомед-Емінова), особистісний опитувальник FPI (модифікована форма В), діагностика самооцінки особистості, методика дослідження самоставлення Р. Пантілєєва, сигналітичний опитувальник Гекса, опитувальник структури темпераменту (ОСТ) В. Русалова, діагностика комунікативного контролю М. Шнайдера, багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ) О. Маклакова та С. Чермяніна, методика діагностики рівня емпатійних здібностей В. Бойка); *методи статистичної обробки даних*: *дискримінантний аналіз* (для уточнення та візуалізації результатів базової методики Г. Флетта, П. Х'юїтта «Багатовимірна шкала перфекціонізму»); *критерій нормальності Колмогорова-Смирнова* (для визначення міри відповідності емпіричного розподілу нормальному з метою адекватного вибору подальших методів обробки емпіричних даних); *непараметричний критерій Н Крускала-Уоллеса* (для встановлення міжгрупових відмінностей за рівнями прояву перфекціонізму медичних сестер); *факторний аналіз* (для мінімізації кількості змінних і концентрації інформації про основні особистісно-поведінкові та особистісно-комунікативні характеристики перфекціонізму в формі невеликого масиву даних); *множинний регресійний*

аналіз (МРА) (для встановлення взаємозв'язку між залежною змінною та кількома іншими змінними з метою встановлення прогностичних детермінант прояву перфекціонізму). Статистичну обробку даних проведено за допомогою комп'ютерного забезпечення SPSS для Windows (версія 13.0).

Організація і база дослідження. Вибірку дослідження склали студенти Луцького базового медичного коледжу (n=192).

Наукова новизна отриманих результатів визначається тим, що:

уперше встановлено психологічний зміст конструктивного перфекціонізму майбутніх медичних сестер засобами теоретичного та емпіричного вивчення його прояву; запропоновано теоретичну модель прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер із обґрунтуванням структурно-системної організації професійної норми / декларації діяльності майбутніх медичних сестер; емпірично визначено психологічний зміст особистісно-поведінкових і особистісно-комунікативних характеристик прояву конструктивного перфекціонізму майбутніх медичних сестер;

уточнено поняття «конструктивний перфекціонізм майбутніх медичних сестер» і «професійно-психологічна адаптованість медичних сестер»;

удосконалено теоретичні здобутки щодо розгляду конструктивного перфекціонізму в межах конкретизації професійної норми як інтегрального критерію професійно-психологічної адаптованості майбутніх фахівців; конкретизації деонтологічно-професійного та ідентифікаційно-професійного статусів професійно-психологічної адаптованості засобом інструментальної діагностики типів (*емпатійно-адаптивний, раціонально-ініціативний та егоцентричний*) за градацією інтенсивності прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер;

подальшого розвитку набули положення щодо закономірної таксономії трансформацій базових особистісно-поведінкових і особистісно-комунікативних властивостей під впливом фактора рівня прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер (*адаптивно-активний,*

продуктивно-практичний та компетентісно-вимогливий типи); визначення механізмів (послаблення (інгібіції), змін (інверсії) та посилення (гіпертрофії)) трансформації базових особистісно-поведінкових і особистісно-комунікативних властивостей майбутніх медичних сестер під впливом чинника перфекціонізму.

Практичне значення дисертаційного дослідження полягає в тому, що запропонована організаційна схема емпіричного дослідження конструктивного перфекціонізму як чинника професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер, а також отримані діагностичні результати можуть використовуватися психологами медичних коледжів як параметри можливої психокорекційної роботи щодо запобігання ознак перфекціоністської невротизації особистості. Висновки роботи можуть бути використані при викладанні навчальних дисциплін «Загальна психологія», «Психодіагностика», «Психологія особистості», «Експериментальна психологія», «Диференціальна психологія», «Основи психотерапії» та «Психологічне консультування» у вищих навчальних закладах, а також дисциплін «Основи медсестринства», «Основи психології та міжособове спілкування», «Основи загальної та медичної психології», «Медсестринська етика та деонтологія», «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка» в медичних коледжах.

Основні результати дослідження **впроваджені** в навчально-виховний процес Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки (довідка № 03-29/02/3251 від 06.10.2015 р.); Запорізького національного університету (довідка № 01-05/219 від 01.10.2015 р.); Луцького базового медичного коледжу (довідка № 01-07/397.1 від 30.10.2015 р.); Луцької філії медичного коледжу «Монада» (довідка № 432 від 05.11.2015 р.).

Апробація результатів дисертаційного дослідження. Основні положення дисертаційної роботи відображені в публікаціях автора, результати дослідження обговорені на засіданнях кафедри загальної та соціальної психології Східноєвропейського національного університету імені

Лесі Українки. Результати наукової роботи оприлюднені автором в доповідях і повідомленнях на міжнародних науково-практичних конференціях: «Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин» (Кам'янець-Подільський, 2012); «Здоров'я, освіта, наука та самореалізація особистості» (Луцьк, 2013); «Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід» (Харків, 2013); «Проблема особистості у сучасній психології: теорія, методологія, практика» (Одеса, 2014); «Психологія професійної безпеки особистості» (Луцьк, 2015); «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання» (Київ, 2015); *всеукраїнських науково-практичних конференціях і конгресах*: «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи» (Житомир, 2012); I Національному українському стоматологічному конгресі (Київ, 2012); *міжрегіональному науково-практичному семінарі* «Сучасні проблеми практичної психології у Волинському регіоні» (Луцьк, 2012-2015).

Публікації. Основні результати дисертаційного дослідження висвітлено у 12 публікаціях, із яких 1 – колективна монографія; 6 статей опубліковано у виданнях, що включені до переліку фахових у галузі психології, 1 стаття – в міжнародному періодичному виданні з психології, 4 – у збірниках наукових праць та матеріалів конференцій.

Обсяг і структура роботи. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (195 найменувань, з них 17 – іноземною мовою), 4 додатків. Робота містить 28 таблиць і 21 рисунок. Основний зміст дисертації представлений на 168 сторінках.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ КОНСТРУКТИВНОГО ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА ПРОФЕСІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТОВАНOSTІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

1.1. Професійно-психологічна адаптованість особистості

Адаптація – одне з ключових понять у природничих, гуманітарних, суспільних науках. На сьогодні його розкривають через різні методологічні підходи, тому є суттєва різниця у визначенні сутності адаптації.

У психологічній науці традиційно розглядають такі види (форми) адаптації: фізіологічна, психічна, соціальна адаптація [79]; психофізіологічна, власне психологічна, психосоціальна [102]; когнітивна, емоційна, моторно-поведінкова [128] й ін. Запропоновано десятки дефініцій цього поняття, які відповідають тенденціям розвитку сучасної науки й напрямам досліджень.

Аналізуючи проблему адаптації особистості, А. Фурман стверджує, що потрібно розрізняти адаптацію як процес (система «адаптивність – неадаптивність – дезадаптивність») і як наслідок (система «адаптованість – неадаптованість – дезадаптованість» [153]. «Адаптацію» інтерпретують як процес пристосування людини до змін навколишнього середовища, «адаптивність» – як рівень здатності до пристосування людини в складних умовах, «адаптованість» визначається фактичним пристосуванням індивіда, результатом адаптації [61].

Аналіз наукової літератури засвідчує, що проблему адаптації спочатку активно досліджували у біологічних науках у межах фізіологічного підходу. У фізіології терміном *адаптація* послуговуються для означення широкого кола пристосувальних процесів. Ще І. Сеченов зазначав, що життя на всіх ступенях розвитку – «постійне пристосування до умов існування» [137]. І. Павлов вважав, що психологічний стан людини у процесі адаптації має

фізіологічне підґрунтя: «Мені видається, що часто важкі почуття при зміні звичного способу життя, при припиненні звичних занять, при втраті близьких людей, не кажучи вже про розумові кризи і злам вірувань, мають своє фізіологічне підґрунтя переважно власне в зміні, у порушенні старого динамічного стереотипу і в труднощах встановлення нового [110, с. 243–244]. Ґрунтуючись на поглядах І. Сеченова, І. Павлова, О. Ухтомського, фізіологи розглядають адаптацію в контексті системно-динамічного підходу як єдину, цілісну, інтегративну реакцію організму, спрямовану на підтримання його життєдіяльності в умовах зовнішнього середовища, що постійно змінюється. У сучасному розумінні *адаптація* – це не лише процес, направлений на адекватне пристосування до навколишнього середовища, а й підсумок таких пристосувань, які дають можливість організму меншою ціною відповідати на вплив неадекватних факторів.

У психологічній енциклопедії *адаптація* (латин. *adapto* – пристосовую) – пристосування живого організму до динамічних умов зовнішнього та внутрішнього середовища, спрямоване на збереження і підтримання гомеостазу...» [19]. Отже, адаптація універсальна властивість живого. Саме механізми адаптації, вироблені в процесі еволюції, забезпечують можливість існування організму в середовищі, яке постійно змінюється.

Адаптація – комплексний психологічний феномен. Психічна адаптація супроводжує індивіда на всіх етапах його розвитку й відіграє вирішальну роль у процесі підтримання адекватних стосунків у системі «індивідуум – середовище». На сьогодні проблему адаптації розглядають учені майже всіх головних напрямів сучасної психології. Вона відображена в наукових пошуках психоаналітиків, когнітивних психологів, гештальт-терапевтів, біхевіористів, представників наукових шкіл гуманістичної парадигми тощо.

На думку А. Адлера, саме інтелект «дозволив такій вразливій істоті, як людина, успішно адаптуватися до навколишнього середовища й упевнено в ньому існувати» [2, с. 26]. Значний внесок у вивчення поняття *адаптація* в контексті дослідження адаптивної природи інтелекту здійснив Ж. Піаже. Він

зазначав: «Ми б охарактеризували адаптацію як те, що забезпечує рівновагу між впливом організму на середовище та зворотним впливом середовища» [116, с. 5]. Адаптацію вчений визначає як рівновагу протилежно спрямованих процесів – асиміляції й акомодатії (як рівновагу у взаємодії суб'єкта й об'єкта). За Ж. Піаже, психічна асиміляція – це «включення об'єктів у схеми поведінки, які самі є ні чим іншим, як канвою дій, що володіють здатністю активно відтворюватися» [116, с. 5]. Отже, асиміляцію Ж. Піаже розуміє як сукупність інтелектуальних дій індивіда, спрямованих на включення факторів навколишнього середовища в когнітивні структури, які вже склалися в нього. Акомодатія – це протилежний процес впливу середовища на суб'єкт, коли він спрямовує власну активність на зміну вже сформованих когнітивних структур, змінює дії та уявлення відповідно до нових обставин [106, с. 20]. Перший процес забезпечує функціональну модифікацію організму, другий – змінює компоненти конкретного довкілля. Означені процеси тісно взаємопов'язані між собою та опосередковуються один одним.

У психоаналізі (Г. Гартманн, А. Фройд, З. Фройд та ін.) розуміння адаптації ґрунтується на уявленнях про можливість задоволення людиною неусвідомлених потягів через алопластичну та аутопластичну адаптацію, а також через конфліктну ситуацію і через «вільну від конфліктів сферу «Я» [115; 155; 156; 159]. Г. Гартманн у есе «Его-психологія та проблеми адаптації» зазначає: «Адаптація може зумовлюватися змінами, які індивід здійснює в навколишньому середовищі (за допомогою знарядь, технологій у широкому сенсі цього слова й т. п.), а також відповідними змінами в його психофізичній системі. Тут доречна концепція Фрейда про алопластичні й аутопластичні зміни. Тварини також активно й цілеспрямовано змінюють навколишнє середовище... Однак, широкий діапазон алопластичних адаптацій доступний лише людині» [155, с. 17].

Таким чином, сучасні психоаналітики, спираючись на ідеї З. Фрейда, розрізняють два різновиди адаптації: алопластична адаптація здійснюється тими змінами в зовнішньому світі, які людина робить для приведення його у

відповідність до своїх потреб; аутопластична адаптація забезпечується модифікаційними змінами внутрішнього світу особистості (її структури, умінь, навичок тощо), за допомогою яких вона пристосовується до середовища» [94, с. 19–20].

У З. Фрейда ще одним із різновидів адаптації є пошук індивідом середовища, сприятливого для функціонування організму [за 153, с. 26–27]. Варто зазначити, що адаптація з її активним та пасивним компонентом відрізняється від пристосування – пасивного аутопластичного феномену.

Необіхевіористи (Г. Айзенк, Р. Хенкі та ін.) розглядають адаптацію як стан гармонії між індивідом і природою (соціальним середовищем) і як процес, за допомогою якого цей гармонійний стан досягається [115; 156; 159].

Уявлення представників гуманістичного напрямку в психології (А. Маслоу, К. Роджерс) ґрунтуються на критиці розуміння адаптації як винятково досягнення гомеостазу в процесі самоактуалізації [159]. Зокрема, А. Маслоу називає психологічну непристосованість «хворобою позбавлення». Дослідник, окрім базових потреб особистості, визначає дві категорії її мотивів – дефіцитарні (Д-мотиви), які є стійкими детермінантами поведінки й спрямовані на усунення напруги організму, тобто їх основа – гомеостатична («частина життя обов'язково включає зменшення напруги»), та буттєві мотиви (Б-мотиви) (мотиви зростання), які, на відміну від дефіцитарних, гетеростатичні, вони збільшують напругу через набуття нового й різноманітного досвіду. Відповідно не гомеостатична (прагнення до рівноваги), а гетеростатична концепція пояснює тенденцію до самоактуалізації. А. Маслоу розкриває поняття активної і пасивної адаптації, стверджуючи, що адаптована особистість, яка є результатом пасивної адаптації – невдалий показник визначення відповідності психологічній нормі. Висока ж адаптивність – одна з властивостей самоактуалізованої особистості, непасивної, здатної протистояти традиціям і стереотипам [96, с. 277].

Представники інтеракціоністського напрямку (Л. Філіпс, Т. Шибутані) також зазначають, що адаптація зумовлена і внутрішньопсихічними, і середовищними факторами [за 94, с. 14]. Згідно з Л. Філіпсом, адаптованість виражається двома типами відповідей на вплив середовища:

1. Прийняття й ефективна відповідь на ті соціальні очікування, з якими кожен стикається відповідно до свого віку та статі. Таку адаптованість Л. Філіпс вважає вираженням конформності до тих вимог (норм), які суспільство висуває до поведінки особистості.

2. Гнучкість й ефективність при зустрічі з новими й потенційно небезпечними умовами, а також здатність надавати подіям бажане для себе спрямування. У цьому сенсі адаптація означає, що людина успішно користується умовами, які склалися, для втілення своїх цілей, цінностей, прагнень. Таку адаптованість можна спостерігати в будь-якій сфері діяльності. Адаптивна поведінка характеризується успішним прийняттям рішень, проявом ініціативи й чітким визначенням власного майбутнього [за 94, с. 15].

Така інтерпретація поняття *адаптація* має важливе значення тоді, коли йдеться про гнучкість мислення, активну життєву позицію, прагнення до саморозвитку та самовдосконалення за будь-яких умов, планування і самоздійснення власного майбутнього.

Погоджуємося з поглядами А. Реана, який вважає, що останнім часом простежується значна еволюція розуміння явища психологічної адаптації, яка відзначена такими тенденціями: відбувається все більший поділ понять *приспосовування* (*adjustment*) і *власне адаптації* (*adaptation*); рух від пасивного пристосування до побудови системи продуктивної взаємодії особистості та середовища, від кінцевої мети – гомеостатичної рівноваги, відсутності конфліктів – до самоактуалізації та самореалізації особистості в реальному соціальному середовищі [129].

Результати аналізу літератури з проблеми дослідження засвідчують, що різноманітність класифікацій і тлумачень поняття адаптації зумовлена тісним

взаємозв'язком усіх видів адаптації. Так, Ф. Березін, пропонуючи концепцію функціональних систем, стверджує, що визначення «психологічна адаптація» повинне включати в себе поняття *потреба*. Учений зазначає, що максимально можливе задоволення актуальних потреб – важливий критерій ефективності адаптаційного процесу. Психічну адаптацію науковець визначає «як процес установалення оптимальної відповідності особистості та навколишнього світу в процесі здійснення людиною властивої їй діяльності, яка дає змогу індивідуумові задовольняти актуальні потреби й реалізовувати пов'язані з ними значущі цілі (при збереженні психічного і фізичного здоров'я), забезпечуючи водночас відповідність психічної діяльності людини, її поведінки вимогам середовища» [12].

І. Вітенко розуміє психічну адаптацію як цілісну, багатомірну та самокеруючу функціональну систему, спрямовану на підтримання стійкої взаємодії з навколишнім середовищем і стійке ставлення до самого себе [25].

В. Воловик розглядає психічну адаптацію як активну особистісну функцію, що забезпечує узгодженість актуальних потреб індивіда з вимогами оточення й динамічними умовами життя [27].

Б. Дубровін стверджує, що психологічна адаптація – єдність і взаємодія соціальної та особистісної адаптації в сучасному житті, вона зумовлена двома взаємопов'язаними процесами: соціалізацією та індивідуалізацією [44].

С. Ворожбит визначає соціально-психологічну адаптацію «як складний діалектичний процес взаємодії особистості та середовища, що призводить до оптимального співвідношення цілей і цінностей особистості та середовища, реалізації внутрішньоособистісного потенціалу в конкретних умовах життєдіяльності за сприятливого емоційного самопочуття» [28, с. 4].

Розглядаючи адаптивність як складну інтегральну властивість особистості, О. Кузнецова описує її як багаторівневе, але водночас цілісне утворення, яке має рівні відповідно до континуально-ієрархічної структури властивостей особистості О. Саннікової. Це: «1) формально-динамічний, що

характеризує динамічні властивості адаптивності (особливості виникнення виявів адаптивності й форма їх відбиття в адаптаційній ситуації) та якісні, які відображають сутність адаптивності як психологічного феномену; 2) змістово-особистісний, що містить ті аспекти адаптивності, які пов'язані зі спрямованістю адаптивних перебудов, тобто вибором середовища, до якого пристосовується особистість, і ті аспекти, що належать до самооцінки особистістю власної адаптивності, ставлення до себе як суб'єкта адаптації (рівень індивідуального досвіду); 3) найвищий, соціально-імперативний, котрий представляє систему знань й уявлень особистості про «норми» виявів адаптивності, поведінки в адаптаційних ситуаціях» [79, с.5].

Цікава для нашого дослідження двомірна модель соціальної адаптації А. Реана. Вона містить *Im*-адаптацію (*Im-Imaginary* – уявний), за внутрішнім і зовнішнім критеріями (неповна, однобічна, але можлива форма адаптації особистості). Ортогональними вимірами моделі соціальної адаптації пропонується відповідність реальної поведінки людини вимогам оточення (зовнішній критерій) і відсутність відчуття загрози, досягнення внутрішньоособистісної комфортності (внутрішній критерій). *Im*-адаптація за внутрішнім і зовнішнім критеріями відрізняється від *Re*-адаптації (*Re-Real* – реальний), яка є системною, повною, істинною соціальною адаптацією. Автор пов'язує внутрішній критерій із психоемоційною стабільністю, особистісною комфортністю, станом задоволеності, відсутністю дистресу та відчуття загрози тощо. Зовнішній критерій відображає відповідність реальної поведінки особистості установкам суспільства, вимогами середовища, прийнятим у соціумі правилам і критеріям нормативної поведінки. Системна соціальна адаптація (*Re*-адаптація) передбачає адаптацію за внутрішнім та зовнішнім критеріями, це поява нового системного утворення – здатності особистості до самоактуалізації в гармонії із соціумом [29]. Отже, у розумінні А. Реана та співавторів (А. Кудашева, А. Баранова), адаптація та особистісний розвиток – явища взаємно доповнювані; адаптація – суттєвий стимул для розвитку особистості.

А. Маклаков описує складні механізми фізіологічної, психічної, соціальної адаптації, розглядаючи їх і як рівні, і як окремі види адаптації. Науковець, звертаючися до ролі особистості в адаптації, зазначає, що адаптаційні здібності індивіда багато в чому залежать від психологічних особливостей особистості, які визначають можливість адекватної регуляції функціонального стану організму в різноманітних умовах життя та діяльності. Учений вважає, що чим значущіші адаптаційні здібності, тим більша ймовірність функціонування організму й ефективної діяльності при збільшенні інтенсивності дії психогенних факторів зовнішнього середовища. Дослідник вводить поняття *особистісного адаптаційного потенціалу*, у який включає: нервово-психічну стійкість, самооцінку особистості (що є ядром саморегуляції й визначає ступінь адекватності сприйняття умов діяльності та власних можливостей), наявність соціальної підтримки, рівень конфліктності особистості, досвід соціальної взаємодії. Усі перераховані характеристики А. Маклаков вважає значущими при оцінюванні та прогнозі успішної адаптації до важких й екстремальних умов, а також швидкості встановлення душевної рівноваги. Чим вищий рівень розвитку вказаних характеристик, тим більша ймовірність успішної адаптації людини, і тим більш значущий діапазон факторів зовнішнього середовища, до яких вона може пристосуватися [91].

Вивчення психічної адаптації тісно пов'язане з проблемою стресу. Численні дослідження засвідчують, що копінг-поведінкові стратегії (психологічні механізми подолання важких ситуацій) – важливий предиктор показників адаптації і здоров'я [31]. Саме вони знижують ризик виникнення дезадаптації. Адаптованість особистості тісно пов'язана зі стійкістю до фруструючих ситуацій, здатністю до подолання стресогенних впливів на основі особистісних ресурсів і соціального досвіду, а також здатністю інтеріоризувати досвід інших та приймати соціальну підтримку. На думку Є. Ісаєвої, копінг-поведінка – це динамічна характеристика, яка в сукупності з внутрішніми індивідуально-особистісними ресурсами відображає

адаптаційний потенціал особистості [61]. І. Малкіна-Пих зазначає, що долаючи поведінка реалізується за допомогою застосування різних копінг-стратегій на основі ресурсів особистості та середовища. Вона визначає одним із найважливіших ресурсів середовища соціальну підтримку. До особистісних ресурсів науковець зараховує адекватну «Я-концепцію», позитивну самооцінку, низький нейротизм, інтернальний локус контролю, оптимістичний світогляд, емпатичний потенціал, афіліативну тенденцію, здатність до міжособистісних зв'язків тощо [94].

Важливе місце посідають адаптаційні процеси у професійній діяльності. Професійна адаптація – складний процес «уростання» працівника в професійне середовище, для виконання певних професійних функцій і ролей. З одного боку, йдеться про входження в професійну діяльність, а з іншого – про адаптацію до змінених умов реалізації професійної діяльності. Професійна адаптація – різновид соціальної адаптації, це специфічна соціальна діяльність, яку здійснює особистість у сфері використання своїх професійних знань, умінь і навичок. Ефективна психічна адаптація – одна з передумов успішної професійної діяльності.

Багато дослідників пов'язує поняття *професійна адаптація* з оволодінням знаннями, уміннями, навичками, функціями професійної діяльності [17; 23; 143]. «Професійна адаптація – соціально-економічний процес пристосування людини до освоюваної професії та умов професійної діяльності. За спрямованістю виділяють два її взаємопов'язані аспекти: 1) професійний, який передбачає оволодіння необхідними знаннями, професійними навичками й вміннями, зокрема швидко орієнтуватися у виробничих ситуація, програмувати і контролювати свої професійні дії; 2) соціально-психологічний, який полягає в пристосуванні молодого працівника до правил поведінки в конкретній соціально-професійній групі, ознайомленні з цілями й завданнями виробничого колективу, його традиціями, відносинами між керівниками та підлеглими тощо. У процесі адаптації поступово досягається запланована продуктивність праці, установлюється

відповідність професійних намірів, інтересів, здібностей людини вимогам професії» [125, с. 11]. Доповнюючи визначення, варто зазначити, що суб'єктивно повна професійна адаптація в результуючому контексті переживається як відчуття професійного зростання через розвиток професійних якостей, як професійна самоактуалізація, як відчуття своєї професійної придатності й важливості. Зрозуміло, що для повної професійної адаптації потрібні не лише певні професійно-особистісні характеристики, а й належні умови праці та відповідний морально-психологічний клімат колективу.

М. Дмитрієва психологічну професійну адаптацію розуміє як процес становлення і збереження динамічної рівноваги в системі «людина– професійне середовище» [105].

В. Конопльов вважає, що «сутність механізму адаптації полягає в соціально спрямованій активності людини із засвоєння рольових, нормативних вимог, цінностей, умов середовища; оволодінні сталими формами предметної професійної діяльності; досягненні певного входження в окремі форми організаційної взаємодії; узгодженні соціальних інтересів, колективних, групових і особистісних цілей» [76, с. 5].

Процеси професіоналізації розгорнуті в часі. У психолого-педагогічній літературі розглядають важливість входження в професійну діяльність на етапі її освоєння. Професійна адаптація – доволі тривалий і активний процес. У професійній адаптації виокремлюють підготовчий та безпосередній етапи адаптації [17; 72]. Перший проходить у період опанування професією в навчальному закладі, другий – безпосередньо на робочому місці. Ці етапи в умовах медичного коледжу взаємопов'язані, адже студенти засвоюють різні види професійної діяльності (у тому числі практичні вміння та навички) на базах практик у реальних умовах лікувально-профілактичних установ. Тобто до початку самостійної професійної діяльності майбутні медичні працівники опановують сукупністю професійних знань і навичок, у них, переважно,

формується професійні цілі та відповідна ієрархія професійних цінностей та мотивів.

На думку Л. Митіної динаміка професійного функціонування суб'єкта проходить три стадії: адаптацію, становлення, стагнацію. Головним у концепції професійного розвитку вчена визнає неадаптивний характер життєдіяльності людини, принципове заперечення рівноваги як критерію розвитку. Автор розглядає дві альтернативні моделі (стратегії) професійного розвитку: модель адаптивного функціонування й модель професійного розвитку особистості. Різниця між двома моделями полягає в рівні розвитку професійної свідомості й інтегральних особистісних характеристик (спрямованості, компетентності, гнучкості), які необхідні і для особистісного, і для професійного становлення. Л. Митіна стверджує, що при адаптивній поведінці у самосвідомості людини домінує тенденція до підкорення професійної діяльності зовнішнім обставинам. У моделі професійного розвитку людина характеризується здібністю вийти за межі безперервного потоку щоденної практики й відрефлексувати свою професійну працю загалом. Цей прорив дає їй можливість стати господарем становища, повноправним автором, який конструює своє сьогодення й майбутнє. Це дає змогу внутрішньо приймати, усвідомлювати й оцінювати труднощі та суперечності різних сторін професійної діяльності, самотійно й конструктивно вирішувати їх відповідно до своїх ціннісних орієнтацій, розглядати труднощі як стимул подальшого розвитку, як подолання власних меж. Дослідник вважає, що модель професійного розвитку включає різноманітні типи адаптивної поведінки, але не як сліпе підкорення зовнішнім вимогам, а як вибір оптимального поведінкового рішення відповідно до існуючих умов [100].

Отже, істинна професійна адаптація – завжди активний процес (активна зміна професійного середовища й самого себе), розв'язуючи проблеми адаптації ми, у тому числі, розв'язуємо проблеми розвитку особистості. Професійну адаптацію розуміють, з одного боку, як процес

уходження індивіда в професійне середовище, засвоєння професійного досвіду, а з іншого – як процес активної реалізації «накопичувальних» фахових знань, як вибір оптимального поведінкового рішення, що передбачає неперервний професійний саморозвиток.

На думку Н. Єршової, психологічний аспект професійної адаптації проявляється у розвитку стійкого позитивного ставлення до обраної професії, у появі суб'єктивного почуття задоволення цим видом діяльності [45].

Професійна адаптація – багаторівневий, функціонально детермінований процес адаптації до праці з включенням в нього фізіологічних, особистісно-психологічних, поведінкових, соціальних складників.

Ф. Березін визначає три критерії оцінювання психічної адаптації в умовах певної професійної діяльності, а саме:

- успішність діяльності (виконання трудових завдань, ріст кваліфікації, необхідна взаємодія із членами групи й іншими особами, які впливають на професійну ефективність);
- здатність уникати ситуацій, які створюють загрозу для трудового процесу, й ефективно усувати цю загрозу (запобігання травмам, аваріям, надзвичайним подіям);
- здійснення діяльності без значних порушень фізичного й психічного здоров'я [13].

Як зазначено вище, для характеристики результативного аспекту адаптаційного процесу в науковій літературі вживають поняття *адаптованість*. Адаптованість розуміють як такий стан суб'єкта, що дає змогу йому відчувати себе вільно і розкуто в соціокультурному середовищі, включатися в основну діяльність, відчувати зміни у звичному оточенні, заглиблюватися у внутрішньоособистісні духовні проблеми, збагачувати власний світ через досконаліші форми і способи соціокультурної взаємодії [152].

С. Дружилов ефективність професійної адаптації (в контексті психічної активності, психічної діяльності) визначає як співвідношення корисного ефекту і затратної сторони. Учений розглядає ефективність професійної психологічної адаптації як відношення успішності діяльності (або, в її суб'єктивному вираженні, задоволеність діяльністю та професійним середовищем, умовами праці тощо) до психологічних і психофізіологічних затрат («ціни» діяльності). Своєю чергою, суб'єктивним вираженням психологічної та психофізіологічної «ціни» є оцінка людиною труднощів адаптації, індикаторами яких може бути, наприклад, погіршення самопочуття, соматовегетативні порушення та інші ознаки дезадаптації [43].

Розглядаючи проблему професійно-психологічної адаптації в контексті професійної освіти варто зазначити, що в наукових дослідженнях поряд із професійною адаптацією студентів виокремлюють соціально-психологічну, суспільну, дидактичну, соціальну тощо [130]. Указані види адаптації студентів вищих навчальних закладів не ізольовані, вони взаємодоповнюють і взаємно визначають одна одну на різних етапах адаптаційного процесу.

Останніми роками в Україні проведено низку досліджень із проблем адаптаційного процесу студентської молоді. Зокрема, вивчено внутрішньоособистісні конфлікти в процесі соціальної адаптації студентів до умов вищих навчальних закладів [25], виявлено особливості розвитку почуття довіри як чинника соціально-психологічної адаптації студентів [28], досліджено проблему адаптаційної трансформації психологічного захисту особистості студента [38], висвітлено особливості емоційного інтелекту як чинника соціально-психологічної адаптації особистості до студентського середовища [13], вивчено психологічні механізми подолання дезадаптаційних переживань студентів-першокурсників [21] і психологічні фактори й прояви процесу адаптації студентів до навчання у вищому навчальному закладі [4] тощо.

Варто зазначити: перший етап професійної адаптації (який припадає на студентський період та є сенситивний для розвитку всіх соціальних потенцій

людини) – важливий етап забезпечення ефективної професійної адаптації на робочому місці. Відповідно, у підготовці сучасного фахівця медицини в умовах ВНЗ потрібно акцентувати увагу на формуванні у нього професійної та психологічної готовності до самостійної професійної діяльності.

Отже, результатом успішного процесу професійно-психологічної адаптації є професійно-психологічна адаптованість особистості. Якщо слідувати класичному визначенню адаптивності як «властивості особистості, як її здатності до внутрішніх (психологічних) і зовнішніх (поведінкових) перетворень, перебудов, спрямованих на збереження рівнозначних взаємин людини з макро- та мікросоціальним середовищем, як здатність до відтворення цих взаємовідносин при коливаннях і вимірах характеристик соціального середовища» [134, с. 231], будемо розглядати *професійно-психологічну адаптованість* на етапі оволодіння професією майбутніми медичними працівниками як *психологічний стан, який зумовлюється особистісним потенціалом адаптаційних здібностей у проявах нервово-психічної стійкості, розвинутих уміннях інтерперсональної взаємодії та проявах моральної нормативності діяльності*.

Вважаємо, що критерії професійно-психологічної адаптованості майбутніх медсестер на підготовчому (початковому) етапі такі: сформовані комунікативно-деонтологічні уміння і професійно релевантні особистісно-поведінкові та особистісно-комунікативні властивості, які визначають адекватний рівень інтеграції професійних знань у практичні вміння і навички, прийняття етико-деонтологічних професійних норм та переживання відчуття задоволення від обраного фаху і професійного інтересу до діяльності.

1.2. Категоріально-понятійний аналіз перфекціонізму

Значний інтерес до проблеми перфекціонізму в світовій і вітчизняній психології зумовлений низкою соціально-культурних, морально-етичних,

клінічних чинників. Зокрема, особливої актуальності це явище набуває у зв'язку з «нарцисизацією» культури епохи постмодернізму «з властивим їй зловживанням сучасними технологіями задоволення потреб, хаотичною і надмірно мінливою суспільно-продукованою системою норм і цінностей» [36, с. 3]. Значущість вивчення перфекціонізму (його різних форм) зумовлена наявністю достовірних емпіричних даних про його двовекторну спрямованість: конструктивну роль у саморозвитку й самовдосконаленні особистості та деструктивну роль у виникненні психічних і поведінкових розладів.

Феномен перфекціонізму із середини минулого століття – об'єкт дослідницького інтересу і зарубіжних, і вітчизняних психологів, психіатрів, філософів, педагогів, менеджерів. Проблема власне перфекціонізму спочатку стала цариною наукових пошуків для зарубіжних дослідників (А. Елліс, Дж. Ешбі, Д. Бернс, С. Блатт, В. Місільдіне, К. Отто, Р. Слейні, Дж. Стоєбер, Тал Бен-Шахар, Г. Флетт, Р. Фрост, Д. Хамачек, М. Холендер, П. Х'юїтт та ін.). Згодом вона знайшла своє вираження в роботах російських науковців (Н. Гаранян, І. Грачова, С. Єніколопов, А. Золотарьова, М. Ларських, Л. Сизова, Є. Соколова, П. Циганкова, А. Холмогорова, Т. Юдєєва, В. Ясная та ін.) і українських дослідників (І. Гуляс, Л. Данилевич, О. Кононенко, О. Лоза, Г. Чепурна та ін.).

Перфекціонізм – складний і неоднозначно трактований психологічний конструкт. Перфекціонізм у психологічний обіг прийшов із християнської філософії та релігії як переконання в тому, що вдосконалення і власне, й інших людей, є тією метою, до якої має прагнути людина [3]. Г. Іванченко в монографії «Ідея досконалості в психології та культурі» зазначає, що *perfect, perfection* (англ. *досконалий, досконалість*) походить від латин. *perfectus* – завершений. Поняття *перфекціоніст (perfectionist)* в обігу із середини XVII ст., однак до 1930-х рр. мало переважно теологічний сенс, а саме: «перфекціоніст – той, хто вірить, що моральна досконалість може бути знайдена в земному житті» [57, с. 3]. З 1930-х рр. поняття *перфекціоніст*

інтерпретують як «той, кого задовольняють тільки найвищі стандарти» [11, с. 3]. На сьогодні, в загальному розумінні, перфекціонізм – це прагнення до досконалості [49; 50]. Синонімом до слова «перфекціонізм» є «досконалість» [19].

Результати аналізу літератури з питань, пов'язаних із проблематикою дослідження, дають змогу стверджувати, що проблема перфекціонізму не нова. Вона еволюціонувала від найдавнішої філософської ідеї гармонії душі й тіла в їх самодостатній досконалості (концепція ідеалу виховання в Давній Греції) до сучасного розуміння перфекціонізму як складного багатовимірного різновекторного психологічного конструкту, який при неадаптивному функціонуванні може бути розцінений як один із видів сучасної «культурної патології», «набуваючи при нарцисичній та пограничній особистісній організації характеру манії, залежності від недосяжного ідеалу, пронизуючи деструктивністю всі сфери життєдіяльності людини» [50, с. 3].

У контексті нашого дослідження вважаємо за потрібне осмислити досконалість як важливий психологічний і культуро-філософський феномен, описати її як важливу інтегративну цінність (мету, ідею), що містить у собі морально-етичні, інтелектуальні, естетичні, духовні, соціальні компоненти.

Прагнення людини до досконалості – одне з вищих людських прагнень, притаманне людині з незапам'ятних часів. Досконалість сучасний тлумачний словник трактує як ідею «якогось вищого стандарту, з яким співвідносяться цілі та результати докладених людиною зусиль» [139]; в естетиці її визначають як повноту «всіх переваг, вищий ступінь будь-якої якості, оптимальність стану й розвитку естетичного феномену» [17]; досконалість в етиці отримує змістову визначеність через поняття морального ідеалу [15]. З теологічної позиції, ідея досконалості втілена в Бозі [25]. Кожна епоха фіксувала свій ідеал особистості, визначала ті характеристики людини, які досконалі й до яких потрібно було прагнути. На думку Тала Бен-Шахара, в історії філософської думки витоки перфекціонізму беруть початок у

філософії Платона, а родоначальником позитивного перфекціонізму (оптималізму) є Арістотель [2].

У часи античності ідеальна особистість повинна була поєднувати фізичну й духовну красу, в результаті визнавати владу морального закону й сформувати в собі певну систему принципів, спрямовану на творення, а не на руйнування власної структури. Гармонія – одна з перших назв досконалості в історії людства [49]. В епоху Середньовіччя особистість утрачала свою самостійність: вищий щабель у структурі світобудови займав Бог, домінував теологічний світогляд. Через вплив християнської ідеології її діяльність регламентували строгі межі станових і теологічних законів. Епоха Відродження починає формувати новий гуманістичний світогляд, відповідно до якого людина здатна стати поруч із Богом, вона сама творить свою долю та спроможна до безмежного вдосконалення своєї природи. Для ренесансного гуманізму характерне стихійне самоутвердження людської особистості, утвердження гідності та краси людини реальної. Філософи пов'язували свободу людини, сенс її життя з її власною внутрішньою активністю, пізнанням реального світу, творчою діяльністю як головним чинником самореалізації особистості. Ідея Відродження – всебічна особистість, форма існування унікального, у центрі світу – людина [3, с. 19]. Згідно з поглядами романтиків, ідеалу можна досягнути через гармонізацію всіх людських здібностей; досконалість (набуття гармонії) пов'язували з відчуттям безмежної свободи – єдиним істинним його критерієм [3, с. 20]. Раціональне начало, знання, розвиток науки стали основою змін погляду на досконалість людини в епоху Просвітництва. «Царство розуму» утверджували через різнобічну досконалість людини (людина – досконале створіння з багатьма талантами та здібностями), торжество інтелекту, гармонії й справедливості. Про вдосконалення людини (визнання абсолютності буття окремих «вищих» людей) свідчать також концепції, що розвивають ідею надлюдини (Ф. Ніцше та ін.) [49; 50; 108].

Проблема перфекціонізму імпліцитно описана в роботах класиків психоаналізу: З. Фрейда («Его-ідеал») [155], А. Адлера («компенсаторне прагнення до переваги», «почуття неповноцінності», «почуття богоподібності») [2], К. Хорні («ідеалізований образ Я», нарцисичний характер) [158].

Зокрема, серед сукупності цілеспрямованих прагнень, які є рушійними силами розвитку особистості, А. Адлер виокремлює потреби в самоствердженні, успіху, зверхності, досконалості та почутті спільності [3]. Н. Гаранян у дисертації стверджує, що «прагнення до переваги» – один із концептів теорії А. Адлера, має багато спільного з перфекціонізмом [31]. Учений уважав, що рушійною силою розвитку особистості є існування єдиного динамічного принципу («фундаментального закону людського життя»), який лежить в основі людської активності – прагнення до переваги («щось, без чого життя людини неможливо уявити»). Це «велика потреба підвестися» від мінуса до плюса, від недосконалості до досконалості та від нездатності до здатності сміливо зустрічати віч-на-віч життєві проблеми – розвинута у всіх людей [3]. Досліджуючи прагнення до переваги, А. Адлер пише: «У кожному психологічному феномені я почав ясно бачити прагнення до переваги. Воно йде паралельно до фізичного зростання і становить невід’ємну необхідність самого життя. Воно лежить в основі розв’язання усіх життєвих проблем і проявляється в тому, як ми реагуємо на ці проблеми. Усі наші функції слідуєть його напрямом. Вони прагнуть до перемоги, безпеки, зростання в правильному чи неправильному напрямі. Імпульс від мінуса до плюса ніколи не припиняється. Спонування рухатися знизу вгору ніколи не пропадає...» [2, с. 171]. В А. Адлера прагнення до переваги бере початок у «почутті неповноцінності», яке народжується в дитинстві. Тому конструктивний стиль життя, на думку вченого, сформується тоді, коли батьки поважають і заохочують дитину; він визначається в термінах співробітництва та благородної взаємодії з людьми в процесі прагнення до досконалості. Деструктивний стиль у прагненні до досконалості

визначатиметься в термінах суперництва й заздрості щодо інших. Індивід, через подолання комплексу неповноцінності може не тільки позбутися страху, а й пройти шляхом самовдосконалення дуже далеко. Ціною наполегливої праці, волі й унаслідок механізму гіперкомпенсації він здатний досягти навіть рівня геніальності в певному виді діяльності [1].

Перфекціоністські тенденції та їх зв'язок із нарцисизмом описав З. Фройд, який однією з підсистем Суперого визначив Его-ідеал, який веде до встановлення індивідом високих стандартів [159]. Учений розглядає потребу у щораз вищій досконалості та стримуванні агресії як наслідок невротичного прагнення догоджати вимогам Суперого [156].

К. Хорні, розробляючи поняття *базальна тривога* визначила, що однією з можливих стратегій поведінки дитини в умовах розвитку почуття ізоляції та безпорадності може стати розвиток нереалістично ідеалізованого образу самої себе, викривленого образу «Я», з якого виключена правда про саму себе, яка не задовольняє людину. Визначаючи «невротичні» потреби (джерела внутрішніх конфліктів) як наслідок особистісної динаміки конкретних стратегій, дослідниця, серед низки перелічених, називає невротичну потребу в любові, схваленні, значущості, у досконалості та бездоганності, невротичне прагнення до особистісних досягнень, потребу в тому, щоб бути об'єктом захоплення [158, с. 136]. К. Хорні, полемізуючи з З. Фройдом щодо функцій Суперого й питань морального вдосконалення, у есе «Нові шляхи в психоаналізі» описує термін *перфекціонізм* у контексті невротичних потреб, видимості досконалості: «В основі концепції Над-Я лежать такі основні спостереження: певні невротичні типи, мабуть, дотримуються особливо жорстких і високих моральних стандартів; мотиваційною силою в їхньому житті є не бажання щастя, а жагучий потяг до моральності й досконалості; ними керує ціла низка «бажань» та «повинностей» — вони повинні бездоганно виконувати роботу, бути компетентними в різних галузях, володіти чудовим судженням, бути зразковим чоловіком, зразковою дочкою, зразковою господинею і т. д.» [158,

с. 12]. Описуючи класифікацію невротичних потреб, К. Хорні виділяє і невротичну потребу в досягненні досконалості. Онтогенез цієї потреби пов'язаний із практикою авторитарного батьківства, установлення жорстких стандартів для дитини при позбавленні її природної ініціативи. За К. Хорні, створення ідеального образу породжує не тільки погоню за славою, а й феномен, який К. Хорні називає «гординею». Саме гординя примушує нас висувати невротичні вимоги до світу та інших. Якщо світ відмовляється поважати невротичні вимоги або сам, одержимий гординею, не живе чимось, «як треба», він ототожнює себе з презирливим власним «Я» і відчуває ненависть до себе. Невротичні вимоги «переповнені очікуванням дива». «Потрібно» – продукт ідеального образу. «Потрібно любити всіх. Потрібно ніколи не помилятися. Потрібно з усього виходити переможцем...» [158]. За К. Хорні, ідеали заряджають енергією, вони породжують бажання наблизитися до них, дають силу для росту й розвитку, а ідеалізований образ позбавляє сил і може призводити до невротичного ступору, неможливості будь-що робити, він є беззаперечною перешкодою росту, оскільки або заперечує недоліки, або засуджує їх. На думку К. Хорні, істинні ідеали ведуть до скромності, а ідеалізований образ – до зарозумілості [49]. Психопсихологи коментували онтогенетичні шляхи у формуванні перфекціонізму, наголошуючи роль дитячих переживань сорому, неповноцінності та «умовного прийняття» з боку батьків [32].

Транспонування зазначених ідей З. Фрейда, А. Адлера, К. Хорні на сучасне розуміння проблем перфекціонізму показує, що вони виразилися у типах перфекціонізму (функціональний перфекціонізм – компенсація почуття неповноцінності через розвиток умінь, навичок, соціальної компетенції, який ґрунтується на прийнятті реальності й самого себе; невротичний перфекціонізм – ригідні невротичні ідеали, викривлений нереалістичний ідеалізований образ Я).

Цікаві для наших наукових пошуків дослідження самоактуалізованих особистостей представниками гуманістичної психології. Зокрема, А. Маслоу

зазначає, що поняття *самоактуалізовані люди* описує не людей, а ідеальну межу, до якої вони наближаються. Учений вважає, що досконалих людей немає й бути не може: «Складається враження, ніби в людства є єдина кінцева мета, віддалена мета, до якої прагнуть усі люди. Різні автори називають її по-різному: самоактуалізація, самореалізація, інтеграція, психічне здоров'я, індивідуалізація, автономія, творчість, продуктивність, але всі вони погоджуються з тим, що все це синоніми реалізації потенцій індивіда, становлення людини в повному розумінні цього слова, становлення тим, ким вона може стати» [за 96, с. 152–153].

Проблема власне перфекціонізму стала предметом психологічних пошуків європейських й американських вчених починаючи з 60 рр. XX ст. Так, М. Холендер визначає перфекціонізм як рису характеру, що «проявляється в щоденній практиці пред'явлення до себе вимог вищої якості діяльності, ніж того вимагають обставини, а також у прагненні до бездоганного виконання завдання» [187, с. 92]. Типовим визначенням перфекціонізму був розгляд його як тенденції встановлювати надмірно високі стандарти для себе й неможливість відчувати радість від виконаної роботи [60].

Клінічні психологи трактують перфекціонізм як причину низки психологічних проблем і порушень адаптації. Проблеми перфекціонізму не стали предметом окремих досліджень основоположника раціональної психотерапії А. Елліса, однак вони простежуються в описах «тиранії повинності» як основи всіх психічних розладів (що в змістовому сенсі близьке до сучасного розуміння патологічного перфекціонізму) [за 31]. Вчений розглядає установку перфекціонізму як крайню форму установки максималізму (слова-маркери: «по максимуму», «тільки на відмінно», «на п'ятірку», «на всі сто») [172]. Своєю чергою, ця ідея дала поштовх сучасним дослідженням перфекціонізму як певній системі установок особистості, орієнтованої на досягнення досконалості. Саме А. Елліс відводить перфекціонізму центральну роль у виникненні депресії, хоча замість терміна

перфекціонізм він вживає термін *тиранія повинності*. Виділені ним десять ірраціональних переконань, які були об'єднанні в три групи («Я-повинен», «Ви-повинні», «Мені-повинні») співзвучні структурним компонентам багатовимірної концепції перфекціонізму П. Х'юїтта, Г. Флетта. Згідно з теорією РЕТ абсолютиське, догматичне мислення є головною причиною депресивного сприйняття світу. Науковець зазначає: «Категоричні імперативи, які вимагають завжди виконувати все чудово, завжди бути ефективним, завжди контролювати себе, ведуть людину, згідно з теорією раціонально-емотивної терапії, не тільки до контролю власних дій і особливостей, а й до жорсткого самоосуду. І тоді люди впадають у депресію» [172, с. 56].

Ідеї А. Елліса продовженні в роботах Д. Бернса, який глибоко проаналізував поняття й визначив перфекціонізм як особливу «мережу когніцій», яка включає очікування, інтерпретації подій, оцінювання себе та інших [180]. Згідно з його описами, особи, які страждають перфекціонізмом, «схильні встановлювати нереалістично високі стандарти, прагнути до неможливих цілей і визначати власну цінність винятково в термінах досягнень і продуктивності» [180]. Автор, аналізуючи явище перфекціонізму, вносить додатковий параметр – мислення категоріями «все або нічого». Він стверджує, що «досконалість» – це абсолютна ілюзія.

Отже, представники когнітивної психотерапії А. Елліс, Д. Бернс значно поглибили уявлення про перфекціонізм, а саме ввели у його феноменологічний опис когнітивні характеристики.

Незважаючи на активний інтерес дослідників до проблеми перфекціонізму сьогодні немає єдиного підходу до визначення цієї інтегральної стильової характеристики психічної діяльності особистості. У науковій літературі з'являються дослідження, які наводять дані про те, що рівень вираження перфекціонізму може значно варіювати залежно від того, на яку сферу життя він спрямований. Тут вже не йдеться про нього як про певний універсальний феномен. Отже, перфекціонізм не завжди

«глобальний», сучасні дослідження вказують на вибірковість перфекційного ставлення до діяльності, до того ж у найважливіших сферах життя [146].

На нашу думку, серед низки трактувань, багатогранність розуміння цього феномену (і одновимірну, і багатовимірну) розкривають такі визначення перфекціонізму: загострене прагнення до досконалості, яка може стосуватися і власної особи (у цьому разі виливається у нескінченне культивування всіляких достоїнств), і результатів будь-якої діяльності [38]; поведінка, що є функцією позитивного підкріплення та включає готовність взаємодіяти зі стимулами [153]; повсякденна практика пред'явлення до себе вимог вищої якості виконання діяльності, ніж того вимагають обставини [26]; інтегральна стильова характеристика психічної діяльності особистості, яка відносно стабільно проявляється в системних характеристиках психічної діяльності, структурі особистісної організації суб'єкта і є одним із чинників розвитку тривожних та депресивних розладів [22]; особистісний чинник «перфекціонізм» є складним психологічним конструктом, який поєднує надмірно високі стандарти очікуваних результатів діяльності й домагання, порушення соціальних когніцій (приписування іншим людям надвисоких очікувань), персоналізацію, пов'язану з постійним порівнянням себе з іншими, поляризоване мислення за бінарним принципом оцінювання результатів діяльності та її планування («все або нічого»), відбір негативної інформації про результати своєї діяльності [60].

Отже, можемо стверджувати, що перфекціонізм у початковому розумінні розглядали як одновимірне психологічне явище з єдиним параметром у вигляді встановлення надмірно високих стандартів виконання діяльності». Однак у результаті глибшого емпіричного вивчення дослідники розкривають його як багатовимірний особистісний конструкт, одні параметри якого пов'язані з конструктивним прагненням особистості до досконалості (нормальним адаптивним функціонуванням), а інші – з патологічним прагненням до довершеності, що може провокувати розлади

афективного спектра, знижувати продуктивність діяльності (дезадаптивне функціонування).

Аналіз досліджень указанного психологічного конструкту дає змогу виокремити такі основні напрями його вивчення: теоретичне осмислення психологічної структури й форм перфекціонізму; розроблення діагностичного інструментарію для визначення різних видів, форм і параметрів перфекціонізму; емпіричні дослідження взаємозв'язку перфекціонізму з дезадаптивними формами поведінки (у тому числі з розладами афективного спектра); емпіричне вивчення зв'язку перфекціонізму (зокрема високих особистісних стандартів) з академічною успішністю, дитячою обдарованістю, професійною успішністю тощо.

На сьогодні серед науковців ведуть дискусії щодо дихотомічності перфекціонізму. Зокрема, термінологічно виділяють нормальний і невротичний (Д. Хамачек), здоровий і патологічний (Н. Гаранян), позитивне честолюбне прагнення й неадаптивне перфекціоністське занепокоєння (Р. Фрост), конструктивний і деструктивний (М. Ларських), перфекціонізм й оптималізм (Тал Бен-Шахар), неадаптивний патологічний й адаптивний (В. Парамонова), функціональний і дисфункціональний (Л. Данилевич) та ін. [2; 31; 40; 81; 112; 181; 185].

Д. Хамачек уперше віддиференціював «здоровий» і «невротичний» перфекціонізм [31]. На думку науковця, «здорові» перфекціоністи здатні відчувати глибоке задоволення від виконання завдання, підвищувати самооцінку на основі досягнень; під час виконання роботи враховують і власні ресурси, і обмеження; керуються надією на успіх, можуть відчувати легкий ступінь схвильованості й азарт; легко залучаються до активності; концентрують увагу на власних ресурсах і на думках про те, як зробити правильно [185]. «Невротичні» перфекціоністи перманентно незадоволені зробленим (результат ніколи не видається достатнім); керуються лише вкрай високими очікуваннями від себе; діють під впливом страху невдачі, відчують сильну тривогу, сором, провину; демонструють поведінку

уникнення: концентрують увагу на власних недоліках і думках про те, як уникнути помилки [3].

Л. Данилевич стверджує, що функціональний перфекціонізм поєднує високі стандарти (його показники: високі особисті стандарти результативності власної діяльності, своїх якостей, здібностей, орієнтація на важкі цілі) й організованість (наявна організація та прагнення бути організованим); дисфункціональний – характеризується нетерпимим ставленням до помилок, тривожністю з приводу результатів діяльності, переживанням невідповідності між бажаною досконалістю й реальним станом справ, відстороненням від інших [40].

Отже, аналіз перфекціонізму на загальному рівні дає змогу виокремити позитивні явища нормального (функціонального) перфекціонізму: цінна особистісна риса, оскільки пов'язана з постановкою позитивних, соціально схвалюваних цілей [162]; перфекціонізм – результат самоактуалізації суб'єктного потенціалу особистості у царині професійної діяльності (І. Гуляс) [38]; перфекціонізм – невід'ємна частина буття обдарованої людини [40]; перфекціонізм виявляє лідерські якості, високу працездатність, активність, мотивацію для досягнення мети, при цьому людина адекватно оцінює свої можливості й здібності, ставить реалістичні цілі [185]; перфекціонізм корелює з низкою позитивних характеристик, а саме: сумління, терплячість, організованість, задоволеність життям, академічні успіхи (Дж. Стоєбер, К. Отто) [60].

Дисфункціональний (невротичний) перфекціонізм характеризується спектром своїх проявів, серед яких можливі порушення самоідентичності, викривлення об'єктних репрезентацій, негативне, вороже ставлення до самого себе, до людей, що поруч, важкі емоційні переживання, порушення когнітивного функціонування й афективної регуляції.

Стверджуючи викладене вище, зазначимо, сьогодні є сучасні російські клінічні дослідження, в яких обґрунтовано невіддільність перфекціонізму від деструктивних проявів. Зокрема, у низці емпіричних досліджень встановлено

взаємозв'язок між окремими параметрами перфекціонізму і конкретними формами психопатології [31; 56; 112; 157; 161 та ін.]. Психологи відзначають патогенну роль надмірно високих стандартів і вимог особистості в розвитку емоційних розладів. Зокрема, встановлено значущий зв'язок особистісного фактору «перфекціонізм» із депресивними і тривожними розладами [33].

А. Холмогорова, Н. Гаранян виокремлюють дві форми патологічного перфекціонізму: нарцисичну й obsесивно-компульсивну. Нарцисичний перфекціонізм ці учені визначають як домінування мотивації досягнення досконалості, отримання схвалення й захоплення на шкоду усім іншим мотивам, перетворення досягнення та визнання на головний сенс життя. Головна ознака нарцисичного перфекціонізму – відсутність інтересу до змісту діяльності, патологічна фіксація на її наслідках та на увазі до них з боку інших. За менш складної форми перфекціонізму – obsесивно-компульсивній – ідеалізований образ Я не витісняє такою мірою всі інші мотиви й інтереси. Obsесивно-компульсивний перфекціоніст зацікавлений не лише в результаті, а й у самій діяльності; акцент на досягненні в нього пов'язаний з цінністю цієї діяльності, а не з однією лише нав'язливою потребою викликати захоплення [157].

Зокрема, у дисертаційному дослідженні перфекціонізму як особистісного фактору депресивних і тривожних порушень Т. Юдєєва дійшла висновку, що перфекціонізм – відносно стабільна риса хворих депресивними розладами, яка може мати місце в структурі різних типів особистості (унікаючого, залежного, obsесивно-компульсивного, пасивно-агресивного, депресивного, параноїдного, шизоїдного, нарцисичного) [173, с. 4].

У дослідженні Н. Гаранян встановлено значущий зв'язок фактору «перфекціонізм» зі станами емоційної дезадаптації в популяційній вибірці (663 студенти ВНЗ із високою інтенсивністю навчальних навантажень): особи з високим рівнем перфекціонізму характеризуються достовірно вищими показниками емоційної дезадаптації у вигляді симптомів депресії,

суїцидальних думок, тривоги, екзаменаційної та соціальної тривожності, високого повсякденного стресу. В дослідженні встановлено значущі позитивні кореляційні зв'язки між загальним показником перфекціонізму, окремими його параметрами та показниками емоційної дезадаптації. Когнітивний параметр перфекціонізму «селектування інформації про невдачі і помилки» може слугувати предиктором емоційної дезадаптації [31].

У дисертації «Перфекціонізм при депресивних і тривожних розладах» В. Парамонова включає у феноменологію перфекціонізму, поряд із установленням у край жорстких вимог та слідуванням нереалістично завищеним цілям, нестабільну самооцінку й спотворену соціальну перцепцію, прокрастинацію й уникнення досвіду невдач, які блокують будь-яку діяльність суб'єкта [112].

Отже, нереалістично завищений характер цілей, ідеалів, стандартів може провокувати виникнення депресії, підвищеної тривожності, страху невдачі, нав'язливих сумнівів і побоювань, низької самооцінки, невдоволення собою, розчарування, порушення адаптації, повний відхід від соціально активної діяльності, виникнення проблем у комунікативних зв'язках й діяльності.

Водночас, у низці досліджень підтверджено позитивні сторони перфекціонізму. В роботах К. Дебровського, К. Пієчовського виявлено зв'язок перфекціонізму з «моральною обдарованістю» й описано такі позитивні його аспекти: самостійність в етичних судженнях, нонконформізм, відповідальність, альтруїзм. П. Х'юїтт, Г. Флетт установили зв'язок високих особистісних стандартів з академічною успішністю [186]. І. Грачова, вивчаючи рівень перфекціонізму й зміст ідеалів особистості підлітків, робить такий висновок: «найбільш продумані, складні й диференційовані уявлення про ідеал в осіб із високим рівнем перфекціонізму («перфекціоністів»). Найменш продумані, відрефлексовані уявлення про ідеал у досліджуваних із низьким рівнем перфекціонізму – вони описують ідеальні образи, що є більшою мірою результатами різного роду зовнішніх впливів, аніж

результатами власних роздумів, самостійного пошуку зразка для наслідування [36]. І. Гуляс у дослідженні перфекціоністських настанов як чинника професійної готовності майбутніх практичних психологів трактує перфекціонізм як готовність до самовдосконалення, самовиховання й розвитку професійних досягнень, стверджуючи, що «перфекціоністські настанови розвиваються унаслідок закріплення мотивації досягнення як діалектичної єдності прагнень до афіліації та до влади на рівні стійкої особистісної риси (перфекціонізму), що проявляється в повсякчасній готовності прагнути до успіху й добиватися досконалості в значущих сферах діяльності» [38, с. 21]. Л. Данилевич у дисертаційній роботі перфекціонізму як особистісного чинника академічної обдарованості студентів засвідчує, що функціональний перфекціонізм безпосередньо пов'язаний із проявом академічної обдарованості. «Найвищий рівень академічної обдарованості мають представники типу з функціональним перфекціонізмом, найнижчий – протилежного перфекціонізму (нонперфекціонізм); тип із дисфункціональним перфекціонізмом і тип без ознак перфекціонізму – нижчий за середній чи близький до середнього рівня академічної обдарованості» [40].

Пропаганда культу досконалості, краси, успіху й сили у всіх аспектах життєдіяльності людини створює ілюзорне уявлення про її всемогутність, про здатність людини до абсолютного контролю над своїм життям у всіх його проявах, про можливість відповідати в усіх аспектах життєдіяльності надвисоким стандартам. Тому новим напрямом розроблення проблеми перфекціонізму на сьогодні є дослідження фізичного перфекціонізму. А. Холмогорова, П. Тарханова стверджують, що загальний перфекціонізм (особливо його дезадаптивна форма – соціально приписуваний перфекціонізм), робить суттєвий внесок у формування незадоволення своїм тілом та інших форм негативної стурбованості своєю зовнішністю [146].

Аналіз літератури з проблем перфекціонізму дав підстави нам виділити *макросоціальні, мікросоціальні, індивідні* фактори, які впливають на

формування патологічного перфекціонізму. Зокрема, до *макросоціальних* факторів віднесемо агресивну пропаганду культу краси, успіху, досконалості. ЗМІ (в окремих випадках соціальне середовище) транслують молоді недосяжні наставлення стосовно зовнішності, інтелекту, успіху, способу життя тощо [81]. У низці продуктів масмедіа людська гідність вимірюється не моральними критеріями, а рівнем споживання матеріальних благ, поверхневими атрибутами успішності, зовнішнім виглядом тощо. У межах *мікросоціальних* факторів особлива роль належить сімейному вихованню й надвисоким освітнім стандартам. Надвисокі вимоги, надмірна критичність та вимогливість, «умовне» прийняття й недостатня емоційна підтримка з боку батьків провокують дитину на докладання надзусиль, щоб задовольнити батьківські очікування й уникнути критики. *Індивідні* фактори зумовлені особливостями психічної організації й, безумовно, пов'язані і з макросоціальними, і з мікросоціальними впливами. Ще А. Елліс розглядав ірраціональне перфекціоністське мислення як уроджену особливість людини, яка може підтримуватися суспільними й культурними цінностями [172]. М. Ларських у результаті емпіричного дослідження індивідуально-типологічних властивостей перфекціоністів дійшла висновку, що їм притаманний підвищений рівень нейротизму й інтроверсії, висока чутливість до оцінок, переважання холеричного й сангвінічного типів темпераменту [82].

На сьогодні немає єдиної універсальної методики діагностики перфекціонізму. Аналіз експериментальних досліджень перфекціонізму засвідчує, що найчастіше в психологічних дослідженнях застосовують дві шкали перфекціонізму: MPS-H (багатовимірну шкалу перфекціонізму) канадських авторів П. Х'юїтта, Г. Флетта та MPS-F (багатовимірну шкалу перфекціонізму) англійських учених Р. Фроста, П. Мартена, К. Лагарта, Р. Розенблата). Учені вважають, що найближча до класичної концепції перфекціонізму підшкала Я-адресованого перфекціонізму (П. Х'юїтт, Г. Флетт), особистісні стандарти та стурбованість помилками (Р. Фрост,

П. Мартен) [31]. Окрім того, застосовуються такі методики діагностики перфекціонізму: шкалу перфекціонізму (Д. Бернс), шкалу перфекціоністської самопрезентації (П. Х'юїтт), шкалу досконалості Р.Слейні, опитувальник перфекціонізму (Н. Гаранян, А. Холмогорова), диференціальний тест перфекціонізму (А. Золотарьова), опитувальник дитячого перфекціонізму (С. Волікова, А. Холмогорова) [26].

Зокрема, концепція Р. Фроста ґрунтується на шести параметрах перфекціонізму: 1) «особистісні стандарти» (схильність висувати надвисокі стандарти в поєднанні з надмірною важливістю відповідати цим стандартам, що породжує коливання самооцінки й хронічну невдоволеність діяльністю); 2) «заклопотаність помилками» (негативна реакція на помилки, схильність убачати в помилці невдачу); 3) «сумніви у власних діях» (перманентні сумніви щодо якості виконання дій); 4) «батьківські очікування» (сприйняття батьків такими, які мають дуже високі очікування); 5) «батьківська критика» (сприйняття батьків такими, що надмірно критикують); 6) «організованість» (відображення важливості порядку й організованості) [183].

У концепції канадських вчених (Г. Флетт, П. Х'юїтт) за основу взято об'єктну спрямованість перфекціонізму. Науковці описали багатовимірну структуру цього конструкту через такі параметри: «Я-адресований», «адресований до інших», «адресований світу», «соціально приписуваний» перфекціонізм [186]. Зокрема, Я-адресований перфекціонізм (орієнтований на себе) – «широкий особистісний стиль, у якому співіснують афективні, поведінкові та мотиваційні компоненти» [31; 112]. Він уміщує виснажливо високі стандарти, постійне самооцінювання й цензурування власної поведінки, а також мотив прагнення до досконалості, який варіює за інтенсивністю в різних людей. Перфекціонізм, адресований до інших людей, – «переконавання і очікування щодо здібностей інших людей» передбачає нереалістичні стандарти для значущих людей із близького оточення, очікування людської досконалості та постійне оцінювання інших [6Д]. Автори вважають, що він породжує часті звинувачення на адресу інших

людей, дефіцит довіри та відчуття ворожості стосовно інших. Соціально приписуваний перфекціонізм «відображає потребу відповідати стандартам й очікуванням значущих інших» [31; 112]. Цей параметр перфекціонізму відображає суб'єктивне переконання в тому, що інші люди нереалістичні у своїх очікуваннях, схильні дуже суворо оцінювати й тиснути на індивіда, щоб змусити бути досконалим. Поряд із цим індивід переконаний у власній нездатності догодити іншим. Варто зазначити, що перфекціонізм, адресований світу загалом («переконаність у тому, що у світі все має бути точно, акуратно, правильно, до того ж усі людські та загальносвітові проблеми повинні мати правильне і вчасне розв'язання»), як параметр не включений в остаточний варіант опитувальника MPS-H, адже не був підтверджений емпірично [54]. В остаточному варіанті багатовимірної шкали перфекціонізму (MPS-H) Г. Флетта, П. Х'юїтта містить три субшкали, які діагностують «Я-адресований перфекціонізм», «перфекціонізм, адресований до інших» та «соціально приписуваний перфекціонізм».

Узагальнюючи змістові характеристики вказаних форм перфекціонізму, зазначимо, що адаптативна й неадаптативна форми його вияву відрізняються за: мотиваційним складником діяльності (мотивація досягнення успіху чи прагнення уникнути невдачі); рівнем домагань (адекватно високий або неадекватно завищений); здатністю оцінювати реальність (реалістичність чи нереалістичність стандартів); емоційними станами (здатність отримувати задоволення від результатів діяльності, надія на успіх чи симптоми депресії, тривоги, страх невдачі, інтенсивний щоденний стрес); копінг-стратегіями (активні копінг-стратегії або прокрастинація та соціальне уникнення).

Спосіб життя, який характеризується установленням нереально високих стандартів у різних сферах життєдіяльності, неадекватною установкою на досягнення досконалості, часто пов'язаний із тривалим психічним напруженням. Екстремальне функціонування організму на межі психічних і фізичних можливостей призводить до психофізичної астенізації,

на фоні якої можуть сформуватися емоційні порушення тривожно-депресивного плану та соматоформні розлади [33]. На відміну від деструктивних форм перфекціонізму, для адаптивного перфекціонізму властива реалістичність цілей, здатність отримувати задоволення в процесі діяльності та в результаті діяльності, мотивація самоактуалізації й досягнення, адекватна самооцінка, сприйняття помилок як можливості отримати додатковий досвід, а невдач – як невід’ємної частини життя, здорове цілеутворення, гнучкий стиль мислення тощо.

1.3. Особливості прояву перфекціонізму в професійній діяльності медичної сестри

Сучасні тенденції соціально-економічного розвитку українського суспільства, проблеми реформування системи охорони здоров’я зумовлюють потребу вдосконалення підходів із надання медичної допомоги населенню для забезпечення максимально високих стандартів медичного обслуговування кожного пацієнта. Сестринський персонал, зважаючи на свою велику численність і найбільш тісний контакт із пацієнтами, відіграє одну із найважливіших ролей у забезпеченні якості лікувально-діагностичного процесу. Якість надання медичних послуг залежить від низки соціально-економічних чинників, однак визначальні, на нашу думку, такі: висока кваліфікація медичного персоналу, його професійна майстерність і деонтологічна компетентність, дотримання стандартів професійної діяльності, здатність до самоосвіти в умовах розвитку медичної науки й технологій. Водночас постійне прагнення до ідеального виконання професійних обов’язків на фоні нереально високих поставлених цілей породжує низку психологічних проблем і негативних емоційних станів (неадекватну самооцінку, відчуття тривоги, схильність до фіксації на помилках, каральне самоставлення, емоційне вигорання, депресію тощо). Знаходження оптимального балансу між прагненнями й можливостями

людської природи (інтелектуально-емоційними, вольовими та фізичними ресурсами), прийняття реальності, здатність отримувати задоволення не тільки від результату, а й від процесу професійної діяльності – один із чинників психічного благополуччя фахівця медицини.

Історичний еккурс засвідчує наявність високих вимог до професійної діяльності медика в усі часи. Етико-деонтологічні принципи медичної діяльності мають глибокі історичні корені, вони описані в «Клятві» Гіппократа (IV ст. до н. е.), «Каноні лікарської науки» Авіценни (XI ст.), «Києво-Печерському патерику», у якому йдеться про служіння Св. Агапіта Печерського (XI ст.), та ін. [35; 62; 68]. Вимоги до кваліфікації медсестри, організації її роботи, принципи взаємин медичних сестер і пацієнта відображено в роботах: «Правила для сестер Хрестовоздвиженської общини» М. Пирогова (1855), «Як потрібно піклуватися про хворих» Ф. Найтінгейл (1860), «Лікар, сестра, хворий» І. Харді (1974) та ін. Етичним питанням медичної професії, професіоналізму медика приділяли багато уваги корифеї вітчизняної медицини Д. Самойлович, С. Руданський, Т. Яновський, М. Амосов та ін. [68]. Варто зазначити, що етичні настанови належать здебільшого медикам рідкісного професійного таланту й високоефективної діяльності.

Контекст вивчення етичних і психологічних якостей особистості середнього медичного працівника входить у структуру медичної етики й деонтології, біоетики, загальної та медичної психології, психології праці, соціальної медицини, педагогіки тощо. Про високі стандарти професійної діяльності в контексті психологічних аспектів професійного розвитку медичного працівника йдеться в наукових розвідках І. Вітенка, С. Максименка, Л. Юр'євої [25; 92; 176]. Аналіз останніх досліджень дав змогу виділити роботи українських науковців, у яких розкрито окремі аспекти професійного перфекціонізму й адаптації медсестер. Зокрема, у дисертації Т. Павлюк обґрунтовано емпатійні чинники професійної адаптації медичних сестер [111]; хроноструктурну компетентність як умову

професійної адаптованості медичних сестер розкрито в роботах І. Кміть [73]; особливості емоційного вигорання в середнього медичного персоналу психіатричних установ дослідила О. Кокотова [74]. Ґрунтовний і системний аналіз становлення та розвитку сестринської справи представлено у розвідках М. Шегедин [48–50], педагогічні особливості професійної підготовки схарактеризовано в дослідженнях Ю. Лавриш, К. Люшук, О. Маркович, С. Поплавської та ін. [80; 90; 95; 119].

Упродовж віків брали до уваги важливість опанування медиками не лише професійними знаннями, практичними вміннями, а й розвиток їх морально-етичних якостей. Окремі аспекти конструктивного професійного перфекціонізму (біоетичні, етико-деонтологічні, професійно-практичні) описані в роботах Р. Віча, О. Грандо, Н. Касевич та ін. Проблема перфекціонізму медиків в українській науковій думці не стала предметом окремих психологічних досліджень. У розвідках російських науковців (М. Ларських, Л. Сизова) досліджено перфекціонізм у медичній професії. Зокрема, про конструктивний перфекціонізм студентів-медиків, його структуру, критерії та показники йдеться в дисертаційній роботі М. Ларських [81]; Л. Сизова перфекціонізм трактує як психологічну детермінанту професійно-особистісної самореалізації медичної сестри багатопрофільної лікувальної установи [138].

ВООЗ визначає сестринську справу як «складову частину системи охорони здоров'я, яка направлена на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища. Сестринська справа включає в себе діяльність по зміцненню здоров'я, профілактиці захворювань, наданню психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні та (або) психічні захворювання, а також непрацездатним всіх вікових груп. Сестринська справа охоплює фізичні, інтелектуальні та соціальні аспекти життя тією мірою, в якій вони впливають на здоров'я, виникнення хвороби, непрацездатність та смерть» [166]. Професор Г. Перфільєва (1992) трактує сестринську справу через поняття

догляд, наука, мистецтво, а саме: «Сестринська справа – частина медичного догляду за здоров'ям, наука та мистецтво, яке спрямоване на розв'язання наявних та потенційних проблем зі здоров'ям у мінливих умовах навколишнього середовища» [за 98, с. 10].

Отже, сучасна парадигма сестринської справи формує образ медичної сестри нового типу: автономного, висококваліфікованого фахівця-практика, здатного працювати в умовах новітніх медичних технологій, дотримуватися найвищих стандартів професійної етики й деонтології. У цьому сенсі, поза сумнівом, висока ефективність діяльності може бути забезпечена оптимальною професійною мотивацією в поєднанні з професійно важливими якостями (у тому числі розвиненими й набутими внаслідок професійної підготовки) та конструктивним перфекціонізмом.

Отже, зважаючи на предмет та завдання медичної професійної діяльності, конструктивний перфекціонізм є важливим фактором успішності медичної діяльності та високого професіоналізму медичних працівників.

Високі етико-деонтологічні та психологічні вимоги до медичної діяльності зумовлені предметом професії – здоров'ям й життям людини. Ще в класифікації А. Шафранової (1925) професія медика за ознакою потреби постійної роботи над предметом і собою належить до професій вищого типу [123]. Специфіка професійної діяльності медичної сестри в контексті реформування сестринської справи дає підстави зарахувати «сестринську справу» до професій «вищого типу», виходячи з необхідності постійної рефлексії (критичного самоаналізу) змісту предмета своєї діяльності, професійного розвитку та самовдосконалення. Згідно з класифікацією професій Є. Климова професія медичної сестри належить до типу «людина – людина» [72]. На нашу думку, сучасна сестринська справа об'єднує в собі ознаки гностичного, перетворювального й дослідницького класів професій. Щодо умов вона належить до виду праці з підвищеною моральною відповідальністю за здоров'я і життя людей. Зміст праці медичної сестри, відповідно, відрізняється високою емоційною насиченістю міжособистісних

контактів, високою відповідальністю за прийняття рішень, за інтерпретацію стану хворого, за результати спілкування з пацієнтами, родичами, колегами. Для ефективного виконання професійних функцій медсестра повинна мати високий рівень професійної підготовки та моральних якостей, мотивацію до сестринської діяльності («сестринського служіння»), гуманістичну спрямованість особистості, розвинуті провідні пізнавальні якості медичного працівника (спостережливість, здатність довільно концентрувати й розподіляти увагу, гнучкість та критичність розуму, здатність до професійної рефлексії), належний рівень нейродинамічних властивостей і характерологічних якостей, які обґрунтовано в психограмі середнього медичного працівника [24].

Поряд із кваліфікаційними й психофізіологічними вимогами, медична сестра повинна відповідати етичним вимогам, викладеним в Етичному кодексі медсестер України [46]. У цьому документі й низці робіт етико-деонтологічного спрямування описано взірець, ідеальний образ медичної сестри, якому притаманна висока гуманність, відповідальність, відданість, покликання, професіоналізм, альтруїзм, емпатійність тощо. Водночас означені ідеологічні настановлення залишають поза увагою індивідуальні психоемоційні ресурси представників медичної сфери, вплив потужних фізичних та емоційних навантажень на стан психічного й фізичного здоров'я медиків. Показові у цьому сенсі сучасні вимоги до відповідальності медичної сестри, а саме: «Суспільство вимагає, щоб медичні сестри відповідально ставилися до цієї почесної та важливої справи, підвищували свої професійні знання. Медсестра зобов'язана відповідати за всі недоліки, які сталися внаслідок її недбалості, злочинної байдужості, зумисного зловживання. Моральний обов'язок медичної сестри – піклуватися про доступність і високу якість сестринської допомоги населенню» (Стаття 15 «Моральна і правова відповідальність медичної сестри перед суспільством» Етичного кодексу медичних сестер України) [46].

В історичному розвитку сестринська справа пройшла шлях від «неорганізованого піклування про хворих до науково обґрунтованого догляду» [99] зі своєю філософією, теорією та стандартами. Аналізуючи проблему конструктивного перфекціонізму як професійно значущої якості молодшого медичного працівника, ми звернулися до методу психологічного аналізу медсестринських моделей. На сьогодні є близько 30-и теоретичних моделей сестринської справи, серед яких найвідоміші: еволюційно-адаптаційна модель (Канадська асоціація медсестер); модель поведінкової системи (Д. Джонсон); адаптаційна модель (К. Рой); модель дефіциту самогляду (Д. Орем); удосконалена оздоровча модель (М. Аллен); додатково-доповнювальна, або модель потреб (В. Хендерсон); теорія турботи (Дж. Ватсон); профілактична модель (Б. Ньюмен) [69; 165; 167]. Аналіз означених концептуальних моделей надання допомоги й догляду за пацієнтами дає змогу визначити в них поряд із доглядом інші ролі медичної сестри: наставник-координатор, контролер, педагог-організатор, психолог, дослідник, учитель. Усі моделі ґрунтуються на цілісному індивідуалізованому підході до надання медичної допомоги. На відміну від лікарських, вони орієнтовані на особистість, а не на хворобу. Прагнення медичними сестрами-дослідниками науково обґрунтувати діяльність медичної сестри вилилося в розроблення поняття *сестринський процес*. Достоїнства сестринського процесу – системність, продуманість і планування сестринського догляду, який ґрунтується на індивідуальних клінічних, особистісних і соціальних особливостях пацієнта, науково обґрунтованих стандартах професійної діяльності, активній допомозі самого пацієнта та його сім'ї. Це дало змогу покращити якість життя пацієнта і, водночас, у європейських країнах підняти престиж сестринської справи.

Отже, розвиток філософії й теорії сестринської справи сприяв певній гармонізації технологізованого боку сестринської справи (догляду за пацієнтами, обслуговування й контролю за тілесними функціями) та морального складника діяльності медичної сестри (етики турботи і

співучасті, діалогічних взаємостосунків у системі «медична сестра – пацієнт»). Головною інтегративною цінністю в означених діалогічних взаємостосунках стало життя в його екзистенційному розумінні [77]. На зміну етиці патерналізму в медицині приходить біоетика з її фундаментальними принципами: поваги автономії пацієнта, що закріплено в концепції інформованої згоди; гіппократівський принцип «не зашкодь», який вимагає високих професійних компетенцій і мінімізації шкоди, що завдається пацієнтові під час медичного втручання; принцип «роби благо» («чини добро»), який наголошує обов'язок медика застосовувати активні позитивні дії для покращення стану пацієнта; принцип справедливості, який указує на необхідність справедливого ставлення до пацієнтів, на справедливий розподілу ресурсів у медицині [52].

Варто зазначити, що в основі діяльності медичних сестер Європи, за рекомендацією Європейського бюро ВООЗ, лежить модель В. Хендерсон [165]. Важлива умова її функціонування – участь самого пацієнта в здійсненні та плануванні догляду. Модель ґрунтується на можливості задоволення потреб пацієнта й акцентує увагу сестринського персоналу на біологічних, психологічних, соціальних потребах, які можуть бути задоволені завдяки її догляду. На думку В. Хендерсон (1964), «особлива роль медичної сестри полягає в тому, щоб допомогти індивідові, хворому чи здоровому, здійснювати дії, спрямовані на підтримання або відновлення його здоров'я (у деяких випадках – на гідну смерть); надавати допомогу індивідові у всьому, з чим він не може впоратися сам унаслідок ослаблення фізичних сил, волі, втрати навичок. Докласти всіх зусиль для того, щоб він став незалежним і самостійним якомога швидше» [71, с. 60]. Дослідниця вважає, що в обов'язки медсестри входить зробити так, щоб життя пацієнта представляло собою щось більше, ніж «вегетативний процес». Вона зазначає: «У житті пацієнта повинна бути радість, єднання з іншими, продуктивна діяльність та повноцінний відпочинок» [71, с. 61]. Отже, сестринська практика, заснована на рекомендаціях наукових досліджень, повернулася до

того, що на попередньому етапі розвитку сестринської справи почало втрачати свою актуальність, до своєї суті, а саме: уваги до життя та особистості іншої людини, необхідності навчання передовсім ставленню до хворого як до людини, а не тільки як до організму чи системи органів [77].

На основі аналізу наукової літератури з проблем диференціації форм перфекціонізму [31; 38; 40; 60; 82; 87; 185] й визначення його позитивних аспектів у своєму дослідженні дотримуємося позиції, що здоровий (конструктивний) перфекціонізм у професійній діяльності викликається потребою у встановленні високих особистісних стандартів, відповідно, сприяє професійному й особистісному вдосконаленню (самоактуалізації), характеризується позитивним афектом, результативністю та високою якістю професійної діяльності. Фахівець, носій конструктивного перфекціонізму, усвідомлює власні можливості (відповідно до адекватної самооцінки), має бажання розвивати свої здібності й удосконалювати професійні навички, йому притаманна скрупульозність, увага до деталей, обов'язковість, відповідальність, добросовісність, наполегливість, вимогливість до себе, високий рівень домагань [81]. Трансформація характерних особливостей особистості з невротичним перфекціонізмом на професійну діяльність фахівця медицини дає підстави припустити такі негативні його характеристики: відрив від реальності, що може проявлятися в неадекватності оцінки професійної ситуації, поведінки колег чи пацієнтів; нестійка самооцінка себе як професіонала, яка розвивається на основі надзвичайно високих стандартів й неможливості їм відповідати, що породжує хронічне невдоволення собою; унікаюча поведінка, яка породжується сумнівами в якості виконання діяльності, прокрастинація (відкладання професійних дій – сестринських втручань); відсутність гнучкості та дипломатичності (різка поляризованість мислення, оцінка стану пацієнта чи професійної ситуації категоріями «все або нічого», конфліктність у міжособистісних стосунках); схильність до самокопання, почуття провини, неадекватна вимогливість, фіксація на помилках викликає стійкий стан

емоційного неблагополуччя (тривожність, депресія, психосоматичні порушення тощо). Отже, невротичний перфекціонізм медика стає загрозливим ауторуйнівним чинником, який провокує виникнення низки негативних емоційно-поведінкових станів, які впливають на ефективність та результативність лікувальної взаємодії в системі «пацієнт – медична сестра – лікар».

У своєму дослідженні будемо дотримуватися позиції, що саме в професійній діяльності якнайчастіше проявляється прагнення особистості реалізувати свої найкращі якості. У цьому контексті важливі є питання професійного самовдосконалення, установлення високих стандартів діяльності та орієнтації на ідеали. Проблему ідеалів, які заряджають енергією, й ідеалізованого образу Я, який є беззаперечно перешкодою розвитку, в контексті невротичних потреб у теорії К. Хорні, розглядаємо в параграфі 1.2. Варто зазначити, що професійний ідеал передбачає орієнтацію на найкраще, довершене, до того ж сам ідеал може бути не досягнутим, але його регулювальна роль полягає в тому, що він задає шлях, напрям, у якому потрібно розвиватися як особистості та як професіоналові, орієнтуючись при цьому на систему цінностей і смислів [9]. Ідеал володіє великою емоційною силою, керує глибокими й важливими сферами особистості: екзистенційною, мотиваційною, емоційною, вольовою, предметно-практичною та сферою саморегуляції.

На сьогодні в науковій літературі наявні доробки проблем перфекціонізму, які визначають зміст і вектор його спрямованості. Зокрема, І. Гуляс, досліджуючи перфекціоністські настанови, стверджує, що готовність до самовдосконалення для подальшої реалізації себе в майбутній професійній діяльності змістово проявляється як прагнення до самовиховання (морально-етичний перфекціонізм), самоосвіти (інтелектуально-компетентнісний перфекціонізм), у розвитку професійних досягнень (акмеологічний перфекціонізм), що співвідноситься з насущними

потребами суспільства в безперервній освіті та підвищенні рівня професійної майстерності [38].

Виходячи з особливостей професійної діяльності медика, ґрунтуючись на розумінні моделі фахівця як образу професійного ідеалу, виокремлюємо двовекторну спрямованість професійного перфекціонізму медика: *компетентнісно-практичний* перфекціонізм та *етико-деонтологічний* перфекціонізм. Компетентнісно-практичний конструктивний перфекціонізм медика ґрунтується на встановленні високих стандартів як щодо власних компетенцій (професійних знань), практичних умінь та навичок, так і щодо колег, складному адекватно-реалістичному цілеутворенні професійних досягнень, адекватному високому рівні домагань, який ґрунтується на реалістичному уявленні про свої здібності й можливості. Етико-деонтологічний перфекціонізм ґрунтується на ціннісному полі особистості, характеризується добросовісністю, відповідальністю, прагненням відповідати високим моральним професійним ідеалам, дотриманням високих моральних норм міжособової взаємодії в системі «медична сестра – лікар – пацієнт – медичний колектив».

Психологічне вивчення перфекціонізму в професійній діяльності неможливе без висвітлення важливих питань розвитку особистості фахівця загалом. Зокрема, можна говорити про взаємозв'язок, з одного боку, впливу перфекціонізму на процес й результат професійної діяльності, а з іншого боку – саме формування перфекційних установок відбувається в процесі навчально-професійної діяльності майбутніх медичних працівників. Вимоги професії, адресовані до різних структур індивідуальності, мають різний ступінь жорсткості [105]. Психологічні протипоказання для оволодіння професією медика – байдужість, неухважність, черствість, безвідповідальність, нечесність, нездатність до самоконтролю дій, а також низький рівень розвитку психосенсорної та інтелектуальної сфер.

Зважаючи на високі суспільно-професійні вимоги щодо досконалого виконання медичними працівниками своїх професійних обов'язків, що

обумовлено предметом діяльності – життям і здоров'ям пацієнтів, уважаємо за потрібне зазначити: конструктивний перфекціонізм – професійно важлива якість медика, яка впливає на ефективність і результативність професійної діяльності. Конструктивний перфекціонізм – важлива детермінанта професійного навчання, поряд з іншими властивостями від нього залежить рівень професійної підготовки та набуття професійної майстерності.

Теоретичні уявлення про роль особистості в професійній діяльності розкривають в своїх роботах Б. Ананьєв, В. Бодров, Ж. Вірна, В. Дружинін, Г. Никифоров, Б. Теплов, В. Шадріков та ін. Г. Никифоров виділяє низку особистісних якостей, професійно важливих для будь-якого виду професійної діяльності, а саме: відповідальність, самоконтроль, професійна самооцінка, що є важливим компонентом професійної самосвідомості, емоційна стійкість, тривожність, ставлення до ризику [105, с. 63]. У низці розвідок підтверджено важливість самооцінки в професійній діяльності [78; 105; 123]. Загальна успішність діяльності негативно корелює з неадекватністю самооцінки та з її нестійкістю [105, с. 66]. Меншою мірою ця закономірність виражена в період професійної підготовки та в групах із невисоким рівнем професійної майстерності. На етапі опанування професією на успішність діяльності сильніше впливає емоційно-ціннісний складник самооцінки, адже когнітивний компонент сформований неповно у зв'язку з недостатністю інформації про особливості професійної діяльності. Л. Корнєєва стверджує, що з ростом професіоналізму на перший план виступає когнітивний складник самооцінки, тобто вміння професіонала на основі минулого досвіду оцінити свої можливості у тих чи тих умовах діяльності; роль емоційного компонента зменшується й актуалізується винятково в екстремальних умовах [78]. Аналізуючи питання адекватності самооцінки в контексті конструктивного перфекціонізму важливо зазначити, що вона відіграє важливу роль у забезпеченні надійності професійної діяльності.

В. Парамонова стверджує, що надмірне прагнення до досконалості може бути викликане низькою оцінкою власної цінності [112, с.121].

Н. Гаранян, диференціюючи нормальний і невротичний перфекціонізм зазначає, що нормальний перфекціоніст прагне до розумних та реалістичних стандартів, досягнення яких викликає почуття задоволення собою і підвищення самооцінки [31, с. 60]. Аналізуючи типи перфекціонізму, Є. Ільїн засвідчує, що Н. Гаранян і Д. Хамачек, описуючи здоровий перфекціонізм, акцентують увагу на високій, позитивній самооцінці особистості [60]. Т. Юдєєва стверджує, що в роботах П. Х'юїтта, Г. Флетта показано зв'язок Я-адресованого перфекціонізму й перфекціонізму, адресованого до інших із дистресом і пониженою самооцінкою, суїцидальними думками, депресією [173, с. 106]. У результаті емпіричних досліджень було виявлено помірний зв'язок між низькою самооцінкою за шкалою М. Розенберг і соціально приписуваним перфекціонізмом у студентів [за 186]. Соціально приписуваний перфекціонізм відображає потребу відповідати стандартам й очікуванням значущих інших [60]. Отже, можемо припустити, що самооцінка й невротичний перфекціонізм утворюють «хибне коло», в якому низька оцінка власної цінності – один із факторів, що провокує встановлення нереалістично високих стандартів, а неможливість досягнути нереальну ціль викликає негативне реагування, впливає на рівень самоповаги та самооцінку.

Дослідження перфекціонізму Л. Сізової в системі психологічних маркерів суб'єктної репрезентації медичних сестер показало, що середньому рівню перфекціонізму відповідає соціальна адаптивність особистості [138]. Підвищений рівень перфекціонізму пов'язаний із пониженим рівнем соціальної адаптації. Автор засвідчує, що високі перфекціоністські тенденції сприяють формуванню специфічних психологічних бар'єрів на шляху адаптації особистості до соціального, у тому числі – професійного середовища.

На сьогодні виявлено численні зв'язки перфекціонізму у формі «позитивного прагнення до досконалості» з адаптивними якостями: конструктивним прагненням до досягнень, позитивним афектом, позитивною самооцінкою, академічною успішністю, організованістю, самоефективністю,

самоактуалізацією, позитивними інтерперсональними якостями і т. п. [31; 40; 186]. Учені наголошують на різниці в афективному забарвленні діяльності перфекціоністів двох видів. Здоровий перфекціоніст енергійний, емоційно позитивно заряджений, у нього завжди є надія на успіх. Перфекціоніст-невротик відчуває тривогу, невпевненість та емоційне виснаження ще до початку нової роботи [185]. Виходячи із зазначеного вище, перфекціонізм впливає на формування професійно важливих якостей студентів-медиків і самоактуалізацію.

Самоактуалізація – це процес розвитку з досягнення вершин потенціалу. У теорії Г. Олпорта саме психоемоційна напруга дає змогу впоратися з «натиском» світу, ця напруга виражається в постановці важливіших цілей, їх досягнення розширює можливості особистості [159]. А. Маслоу визначає самоактуалізаційний розвиток особистості через різноманітні процеси (Істини, Добра, Досконалості тощо), типи поведінки, як «повне використання наявних талантів, здібностей, можливостей тощо» [96, с. 150]. Т. Завада, порівнюючи критерії нормального перфекціонізму та критерії самоактуалізованих людей (за А. Маслоу) робить висновок, що вони практично ідентичні за своєю суттю, при цьому дослідниця зауважує на потребі глибшого вивчення вказаної подібності [48]. На нашу думку, перфекціонізм не може бути тотожним поняттю самоактуалізації, перший є рисою особистості, яка характеризує прагнення особистості до досконалості через установлення високих стандартів діяльності, а самоактуалізація – процес, фінал психологічного розвитку. В період навчання особливостями самоактуалізації студентів-медиків є, з одного боку, прагнення до активної та творчої взаємодії з навколишнім світом, а з іншого – труднощі саморозуміння й самовираження, недовіра до себе та своїх можливостей [149]. В. Туркова зазначає, що до особливостей ціннісно-мотиваційної сфери студентів-медиків належить переважання цінностей соціалізації (сім'я, кар'єра, суспільне визнання) над цінностями індивідуалізації (свобода, активність, творчість), а також перевага цінностей професійної діяльності над

етичними цінностями. У системі стратегій долаючої поведінки в студентів-медиків із прагненням до самоактуалізації пов'язане використання конструктивних стратегій при мінімізації неконструктивних [149].

Д. Стебакова виділяє п'ять типів самоактуалізації студентів-медиків: тип «гармонійний» (високий рівень самоактуалізації); тип, який саморозвивається в практичній сфері (підвищений рівень самоактуалізації); тип, який саморозвивається в інтелектуально-духовній сфері та тип, який саморозвивається в довірливому спілкуванні (середній рівень самоактуалізації); тип, який саморозвивається в егоцентричному спілкуванні (понижений рівень самоактуалізації). Студентів з високим рівнем самоактуалізації автор відносить до типу «гармонійний», який на нашу думку, містить ознаки результату конструктивного компетентісно-практичного й етико-деонтологічного перфекціонізму, а саме: достатньо повне розкриття у всіх особистісних сферах, тенденція до більшої самореалізації в ціннісно-мотиваційному та когнітивному аспектах [142]. Дослідження М. Ларських засвідчують значну різницю в параметрах самоактуалізації в групах студентів-медиків-носіїв конструктивного перфекціонізму (високий рівень перфекціонізму й низький рівень депресії) та деструктивного перфекціонізму (високий рівень перфекціонізму та високий рівень депресії) [81]. Зокрема, у групі студентів із деструктивним перфекціонізмом виявлено виражений негативний кореляційний зв'язок загального рівня перфекціонізму та загального показника самоактуалізації, а у групі студентів із конструктивним перфекціонізмом – позитивний зв'язок (чим вищий рівень конструктивного перфекціонізму, тим більша тенденція до самоактуалізації). Науковець робить висновок, що тип перфекціонізму впливає на ставлення до підтримки, на ставлення до себе, також від типу перфекціонізму залежить ставлення до пізнання. Тут доречною буде думка А. Маслоу про риси, притаманні актуалізованим людям, а саме: орієнтація на реальність, прийняття себе, інших людей, природного світу таким, яким він є, спонтанність і великі творчі ресурси, центрованість на проблемі, а не на собі, автономність та

незалежність, демократичність, глибокі й емоційні, а не поверхові взаємовідносини з людьми [96].

О. Лоза в результаті диференціації типів прояву перфекціонізму виокремлює гіперперфекціоністів, конструктивних перфекціоністів, деструктивних перфекціоністів, гіпоперфекціоністів (нонперфекціоністів) [87]. Автор характеризує конструктивних перфекціоністів як таких, яким притаманний порівняно високий рівень стандартів і низька поляризація мислення. «Вони вміють формулювати досяжні цілі та коригувати їх залежно від ситуації, при цьому допускають можливість як успіху, так і не успіху, але зберігають дуже високий рівень оптимізму і позитивного мислення, демонструючи прагнення саморозвитку. Відсутність жорсткої та категоричної оцінки себе і своєї діяльності сприяє високій самооцінці й прояву толерантності, а розвинене прагнення високих стандартів робить представників цього типу найбільш відповідальними та задоволеними життям» [87, с. 67]. Екстраполюючи означені характеристики на професію медика, варто відзначити професійну відповідальність як «результат інтеграції всіх психічних функцій особистості: суб'єктивного сприймання навколишнього світу, оцінки власних життєвих ресурсів, емоційного ставлення до обов'язку, волі» [6]. Медичний працівник, націлений на професійне самовдосконалення, повинен усвідомлювати не лише наслідки вже вчиненого, того, що трапилося, а й відповідальність за все упущене.

Важливий для нашого дослідження розгляд проблеми перфекціонізму в контексті стресу. Перфекціоністські тенденції можуть бути генераторами щоденного життєвого стресу. Є дані про те, що шлях від перфекціонізму до симптомів депресії опосередкований рівнем щоденного стресу [31, с. 106]. П. Х'юїтт, Г. Флетт на основі результатів емпіричних досліджень описали взаємозв'язок перфекціонізму зі стресом. Зокрема, учені стверджують, що перфекціонізм сприяє генеруванню стресу, посилює передбачення стресу, збільшує тривалість стресу, сприяє посиленню стресу [31, с. 110]. Високий рівень перфекціонізму, адресованого до інших, може викликати емоційно

напружені ситуації міжособової взаємодії, конфлікти. Соціально-приписуваний перфекціонізм супроводжується підвищеною чутливістю до критики. Джерело стресу для деструктивних перфекціоністів – постійне цензурування власної діяльності, низька толерантність до неуспіху та страх перед невдачею тощо. Вивчивши перфекціонізм як фактор копінг-поведінки в професійних стресових ситуаціях, І. Шагарова й В. Нагайцева дійшли висновку, що особливості перфекціонізму виступають як особистісні детермінанти вибору стратегій копінг-поведінки в професійно-стресових ситуаціях [163]. При цьому згідно з дослідженнями авторів Я-орієнтований перфекціонізм позитивно впливає на стратегію «активний копінг» і негативно – на стратегію «пошук активної громадської підтримки» й «ментальне відсторонення». Соціально приписуваний перфекціонізм позитивно впливає на стратегію «використання алкоголю та наркотичних речовин». Рівень загального перфекціонізму має негативний вплив на стратегію «ментальне відсторонення» [163]. Отже, можна припустити, що прагнення створювати бездоганний образ в очах сторонніх людей різко понижує бажання отримати від них соціальну підтримку, що провокує застрягання на проблемі та відкладання її розв'язання.

Висновки до розділу 1

1. Теоретико-методологічний аналіз проблеми адаптації й адаптованості особистості торкається соціальної, психічної та психофізичної сфери людини. Для підтвердження наведено основні концепції (психоаналітичну, гуманістичну, когнітивну, біхевіористичну), підходи (фізіологічний, діяльнісний, системно-динамічний, соціально-психологічний), форми (соціальну, психічну та психофізіологічну). Деталізовано аспекти вивчення адаптаційних характеристик людини в межах проблеми переживання стресу, стійкості до фруструючих ситуацій і використання копінг-стратегій поведінки.

Проаналізований матеріал дає змогу констатувати, що усі означені характеристики адаптаційних процесів знаходять відображення у професійній діяльності. Професійна адаптація – різновид соціальної адаптації, яка проявляється в сфері використання професійних знань, умінь та навичок. Успішність професійно-адаптаційних процесів знаходить відображення в проявах професійно-психологічної адаптивності особистості, яку розглядаємо на етапі оволодіння професією майбутніми медичними працівниками як психологічний стан, зумовлений особистісним потенціалом адаптаційних здібностей у проявах нервово-психічної стійкості, розвинутих умінь інтерперсональної взаємодії та проявах моральної нормативності діяльності.

2. Контекст категоріально-понятійного аналізу перфекціонізму стосується деталізації розгляду цього феномену в межах філософських, психологічних, медичних наукових пошуків і вітчизняних, і зарубіжних дослідників. Розкрито теоретичні моделі й емпіричні дослідження перфекціонізму, в яких продемонстровано різні підходи дослідників до визначення типів, форм і структури перфекціонізму. Виокремлено специфіку розгляду типології перфекціонізму в межах діади «норма – патологія» та представлено психологічну характеристику за критеріями адаптивності / неадаптивності.

3. Аналіз особливостей прояву перфекціонізму в професійній діяльності медичної сестри пов'язаний як із розглядом професійно-кваліфікаційних ознак фахівця, так й з безпосередніми вимогами професійної діяльності щодо її ефективного виконання. Зокрема, презентовано центральні позиції розгляду проблеми на рівні історичного обґрунтування етико-деонтологічних принципів медичної діяльності; етичних і психологічних якостей особистості медичного працівника середньої ланки; аналізу моделей професійної діяльності медичної сестри, що дало змогу констатувати: сучасна сестринська справа належить до виду праці з підвищеною моральною відповідальністю за здоров'я і життя людей. Такий вид

професійної діяльності вимагає бездоганного виконання своїх професійних обов'язків, а отже за своїм змістом повинен уміщувати конструктивні перфекціоністські ознаки.

Зазначено, що конструктивний перфекціонізм у професійній діяльності викликається потребою в установленні високих особистісних стандартів, відповідно сприяє професійному й особистісному вдосконаленню, характеризується позитивним афектом, результативністю та високою якістю професійної діяльності. Фахівець як носій конструктивного перфекціонізму усвідомлює власні можливості, має бажання розвивати свої здібності та вдосконалювати професійні навички, характеризується скрупульозністю, увагою до деталей, обов'язковістю, відповідальністю, добросовісністю, наполегливістю, вимогливістю до себе, високим рівнем домагань.

Основний зміст розділу відображений у таких публікаціях автора:

1. Лазько А. М. Соціальна активність студентів медичних коледжів: дослідно-експериментальний аналіз / А.М. Лазько // Рідна школа. – Київ., 2008. – № 1-2 (937-938). – С. 44–48.

2. Лазько А.М. Формування здорового способу життя студентів медичного коледжу / А.М. Лазько // Наукові записки. – Сер. : Психолого-педагогічні науки (Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя). – Ніжин : Вид-во НДУ ім. М. Гоголя, 2008. – № 2. – С. 97–100.

3. Лазько А. Соціальний інтелект студентів-медиків як фактор здійснення волонтерської діяльності / А. Лазько, В. Демчук // Освіта регіону : політологія, психологія, комунікації. – № 2.– Київ: Університет «Україна». – 2011. – С. 367–373.

4. Лазько А.М. Формування професійних та особистісних якостей майбутніх медичних сестер при наданні паліативної допомоги / А.М. Лазько, Н. Ю. Струбіцька // Всеукр. наук.-практ. конференція «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи» (Житомир, 23 листоп. 2012 р.) / за ред. В. Й. Шатило. – Житомир, 2012 . – С. 228–231.

5. Лазько А.М. Феномен перфекціонізму: теоретичний аналіз проблем і тенденцій дослідження / А. М. Лазько // Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету ім. Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 16. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2012. – С. 665–676.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА ЕМПІРИКО-ДІАГНОСТИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА ПРОФЕСІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТОВАНOSTІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

2.1. Конструктивний перфекціонізм як ознака професійно-психологічної адаптованості: структурно-системна організація професійної норми / декларації діяльності майбутніх медичних сестер

Реалізація поставлених завдань дослідження конструктивного перфекціонізму майбутніх медичних сестер є складною теоретичною, методологічною і методичною проблемою. Останнім часом їй приділялось чимало уваги, і як показує проведений в першому розділі теоретичний аналіз дослідження перфекціонізму, переважно це стосується його структури й особистісної спрямованості, конкретизації діяльнісного, потребнісно-мотиваційного й соціального компонентів [22; 34; 41; 58; 64 та ін.]. Водночас залишається відкритим питання психологічної структури перфекціонізму в професійній діяльності майбутніх медичних сестер, адже сформованість високих особистісних стандартів результативності діяльності, високої організованості та працездатності тісно пов'язані з ознаками високої кваліфікації медичних сестер. Проте не варто забувати, що саме виражений професійний перфекціонізм особистості може призводити до невротичної залежності, аж до патологічних варіантів її прояву, що відображається на рівні психологічного здоров'я і благополуччя фахівця. Тому вважаємо доречним й необхідним вивчення адаптаційних ознак прояву перфекціонізму ще в студентські роки під час навчання майбутніх медичних сестер у коледжі.

Узагальнення результатів проведеного теоретичного дослідження проблеми перфекціонізму й професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер потребує розробки системи пов'язаних між собою методів, які б дали змогу здійснити як аналіз змісту прояву

перфекціонізму в контексті майбутньої професійної діяльності медичних сестер, так і аналіз цього феномену як ознаки їх професійно-психологічної адаптованості. Перший контекст розгляду передбачає кваліфікацію психологічного змісту перфекціонізму в діяльнісних категоріях, а другий – передбачає вияв його психологічного змісту як особистісного утворення.

Систематизація теоретико-методологічного матеріалу з інтерпретації психологічного змісту перфекціонізму вміщується в категоріях діяльнісного підходу О. Леонтьєва, на думку якого, людина не лише найбільше проявляється в діяльності, але в ній і формується [83]. За його схемою специфіка діяльності визначається так: «Ми називаємо діяльністю процеси, які психологічно характеризуються тим, що те, на що спрямований цей процес загалом (його предмет), завжди збігається із тим об'єктивним, що спонукає суб'єкта до цієї діяльності, тобто мотивом» [84, с. 518-519]. Таким чином «збіг» предмету і потреби стає своєрідним критерієм діяльності, а в контексті цього дослідження цілком логічно може розглядатися як цілеспрямована активність. З цього приводу Л. Анциферова зауважує, що «безперервне накопичення нових знань та умінь, нових способів орієнтування в світі приводить до появи нових можливостей людини, нових психологічних здібностей. Переживання своїх збільшених можливостей, яке виникає при цьому, є мотиватором, рушійною силою особливої активності людини, спрямованої на апробування своїх нових потенцій» [5, с. 16]. Варто зазначити, що діяльність є основною «одиницею» життєвого процесу [84, с. 50], але «одиницею» специфічною, психологічно своєрідною, достатньо абстрактною та штучною, а тому такою, яку важко однозначно звести до тієї практики соціального буття, з якої вона зпродукована. Недарма Б. Ломов у цьому контексті зазначає, що «така діяльність, при виконанні якої людина не сприймає, не мислить, не переживає, – така діяльність просто не може існувати» [89, с.10] і «психологія, з одного боку, розглядає діяльність як детермінанту системи психічних процесів, станів і властивостей суб'єкта. З

іншого, вона вивчає вплив цієї системи на ефективність і якість діяльності, тобто розглядає психічне як фактор діяльності» [89, с. 17].

Тому, розглядаючи феномен перфекціонізму в професійній діяльності медичної сестри, зосередимо увагу на його інтерпретації як потужного мотиваційного фактора, який вміщує увесь комплекс обставин, пов'язаних з діяльністю фахівця в професійній сфері, тобто є актуальним мотивом діяльності (опредметненою потребою), який у зовнішньому праксисі реалізується в прагненні досягати досконалого виконання професійних дій і операцій. При цьому слід пам'ятати, що діяльність може реалізовуватися різними наборами дій, але перфекціоністські дії завжди відповідають цілі як усвідомленому уявленню про досконалий результат своєї діяльності. Операція як спосіб здійснення перфекціоністської дії завжди відповідає цілі її неперевершуваності й досконалості.

Активна побудова людиною своєї професійної діяльності фактично є побудовою її цілей, системи цілей і операцій, зовнішніх і внутрішніх засобів і умов, які узагальнено виражають властивості професійної активності. Тому важливо пам'ятати, що людина, проявляючи свою професійну активність, завжди характеризується певними стійкими внутрішніми умовами діяльності, а саме складною неповторною в кожному конкретному випадку якісною визначеністю особистісних якостей, які не є простим наслідком обставин, що склалися, а переважно є чинником зміни цих обставин або адаптації до них. Перфекціоністу це не завжди вдається легко внаслідок потрапляння у невротичну залежність від прагнення до високоякісного виконання дій у професійній діяльності, і як результат – фахівцю важко досягти високої якості праці. Зрозуміло, що в цьому випадку йдеться про неконструктивні прояви перфекціонізму, які супроводжуються збільшенням тривожності, зниженням впевненості в собі та в проявах тенденцій до емоційного вигорання, на відміну від конструктивних проявів перфекціонізму, які збігаються із позитивним ставленням до професійної діяльності, впевненістю виконання дій у складних ситуаціях та орієнтацією на успіх.

Таким чином, професійна діяльність не може бути відірваною від свого реального носія – людини, яка є створювачем та виконавцем конкретної діяльності в тісній взаємодії з іншими людьми, адже цей контекст є вкрай актуальним для професійної діяльності медичної сестри.

Говорячи про створення реально працюючої (теоретично та емпірично) моделі прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер, нами враховано цілеспрямоване відстеження і спеціальний аналіз діалектики реальних зв'язків діяльнісних та особистісних утворень перфекціонізму в їх взаємопереходах, зв'язках та можливих протиріччях, що відображено на рис. 2.1.

Передусім, феномен перфекціонізму віднесений нами до специфічного класу процесуальних утворень психіки, функціонування якого відповідає механізмам психічної інтеграції діяльнісних та особистісних утворень, які уніфіковані нами в блоки особистісно-комунікативних та особистісно-поведінкових властивостей, які в реальному процесі функціонування об'єднані в єдину цілісність. Їх постійна взаємодія в актах професійної діяльності складає внутрішню психологічну природу кожної властивості особистості як системного утворення, активну форму її існування та функціонування. В межах прояву перфекціонізму майбутніх фахівців йдеться про обов'язкове врахування його конструктивних (здорових) і неконструктивних (невротичних) форм, адже в процесі професійної підготовки фахівець повинен добре орієнтуватися в особистісних резервах професійного самозбереження і правильно вибудовувати свій життєвий шлях повноцінного й здорового фахівця. Для цього він повинен відповідним чином навчитися організовувати свою поведінку та вміти застосовувати цілий комплекс заходів саморегуляції, самовідтворення і нормалізації рівня працездатності, внаслідок чого набути життєву енергію протистояння можливим професійним деформаціям і деструкціям.

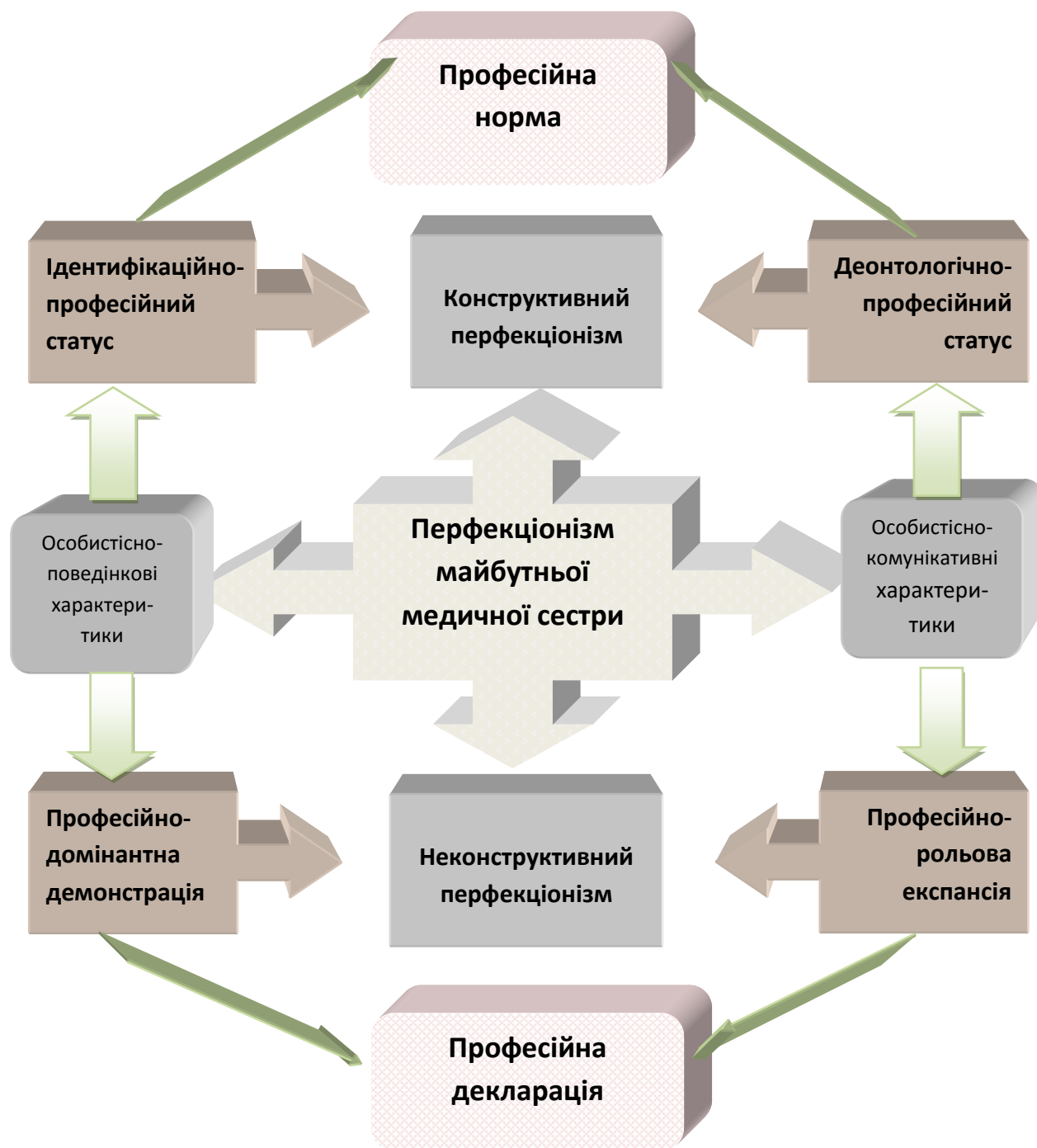


Рис. 2.1. Теоретична модель прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер

Тому правильно організований психологічний супровід майбутнього фахівця виправдовує адекватні цілі освітньої системи, а саме цілі не суперечити забезпеченню здоров'я тих, хто навчається. Як підкреслював

Х. Гуфеланд, благо може принести тільки така освіта, яка надає людині можливість якнайповніше удосконалюватися у фізичному та моральному плані [за 125].

Поставлений акцент на прояві конструктивного перфекціонізму майбутніх медичних сестер є відправною точкою визначення професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер. Полярність прояву перфекціонізму в неконструктивній формі демонструє комплекс дезадаптаційних варіантів професійно-психологічної реалізованості майбутнього фахівця. При цьому особливу увагу потрібно приділяти часовій векторизації адаптаційних змін особистості під час навчання, адже як відомо, процес адаптації відбувається або з ускладненням, або із спрощенням систем організму аж до руйнування або переходу на інший рівень, з набуттям нових позитивних якостей та з ослабленням реально існуючих. Недарма, в теорії психології адаптації людини говорять як про відносно постійні та динамічні форми адаптації в структурно-функціональному плані, так і про нормальні й патологічні форми.

На нашу думку, професійно-психологічна адаптованість майбутніх медичних сестер увібрала в себе низку особистісно-комунікативних та особистісно-поведінкових характеристик, які відповідають можливостям професійного самозбереження в майбутній професійній діяльності, серед яких можна виділити високий рівень функціонування механізмів психічної саморегуляції; високий рівень розвитку комунікативних здібностей та збереження орієнтації на дотримання морально-деонтологічних норм поведінки. При цьому особистісно-комунікативні характеристики медичної сестри відповідальні за її деонтологічно-професійний статус, а особистісно-поведінкові – за ідентифікаційно-професійний статус.

Деталізуючи зміст *деонтологічно-професійного статусу* медичної сестри як комплексу професійних здібностей інтерперсональної взаємодії із іншими людьми, ми дотримувалися добре відомих теоретико-емпіричних доробок в галузі професійної деонтології медичних сестер [63; 97; 107 та ін].

Переважно акцент у визначенні професійної придатності медичної сестри ставиться на її комунікативних навичках взаємодії з хворими, тому під час професійного навчання повинні добре відстежуватися психологічні резерви комунікативної взаємодії з іншими людьми, щоб у ході первинної адаптації до професійної діяльності чітко продемонструвати вироблені патерни турботи й уваги до хворих людей у вигляді доброзичливості, толерантності, відвертості, вмінні вислухати проблеми людини, емпатійності та ввічливості.

Ідентифікаційно-професійний статус медичної сестри охоплює комплекс особистісно-поведінкових патернів, які загалом визначають її стиль професійної діяльності та особливості поведінкової регуляції засобами сформованої самооцінки, рівня нервово-психічної стійкості й операційно-поведінковими навичками соціальної підтримки (схвалення). В межах професійної реалізації саме сформований ідентифікаційно-професійний статус медичної сестри є об'єктивною ознакою професійної компетентності й морально-гуманної підготовленості фахівця до своїх професійних обов'язків.

Вищесказане можна підтвердити низкою робіт, де наголошується, що період первинної професійної адаптації медичної сестри є одним із найвідповідальніших для вироблення функціональної надійності майбутнього фахівця [17; 109; 113; 143 та ін.]. Тому є усі підстави вважати, що прояв конструктивного перфекціонізму майбутніх медичних сестер у комплексі особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик, які визначають їх ідентифікаційно-професійний та деонтологічно-професійний статуси, інтегровані в такому особистісному кластері як *професійна норма* фахівця, який вміщує такі функціональні характеристики як професійна працездатність, професійна ефективність та надійність суб'єкта діяльності. Якщо професійну придатність переважно визначають через професійно-важливі якості (ПВЯ), які є внутрішніми психологічними характеристиками суб'єкта, в яких відображено зовнішні специфічні впливи зовнішніх професійних вимог до особистості, то професійна ефективність забезпечує можливість активності, вибору,

відповідальності, отримання людиною позитивного досвіду під час виконання професійної діяльності, а також формування ціннісних орієнтацій, які визначають рівень особистісної активності та спрямованості; а професійна надійність відповідає за адекватні способи і прийоми саморегуляції, рівень сформованості регуляторних систем різного рівня та степені адекватності уявлень про свій стан і психофізичні можливості.

Характеризуючи зміст професійної норми, варто зупинитися на психологічній інтерпретації норми у сфері вивчення психологічних явищ, що детально презентовано в доробках Г. Балла [7]. Виходячи з широкого інтерпретаційного кола норми, науковець наголошує на обов'язковій диференціації понять норм предметної діяльності і норм спілкування. Зокрема, норму діяльності він характеризує як соціально задану основу, в межах якої будується (або повинна будуватися) певна діяльність, тобто норма діяльності – це соціально-детермінована модель того чи іншого її компоненту (результату, засобу, способу тощо) або системи таких компонентів. А норма спілкування більше стосується сфери суспільної поведінки індивіда, яка переважно регулює зовнішню поведінку людини. В контексті нашого дослідження така диференціація вкрай актуальна, адже професійна діяльність медичної сестри вміщує не тільки чітку регламентацію професійних дій і операцій, але й вміщує широкий блок комунікативних вмінь, які часто визначають ефективний зміст лікувального процесу.

Виходячи з того, що кожна норма має модальність та діапазон дії, слід наголосити, що саме професійна норма визначає чітко регламентований образ дій. Але основною фігурою в їх дотриманні є людина, яка, на думку М. Розова, є одночасно «актуальним або потенціальним учасником великої кількості нормативних систем» [132, с. 181]. Йдеться про те, що фахівець у ході професійного становлення модифікує норму власними знаннями, вміннями й особливо установками і мотивами. Отже, такі доопрацьовані норми, які проявляються в професійній діяльності фахівця, стають особистісними нормами [16], в яких чітко прослідковуються прояв взаємодії

ранніх «внутрішніх моральних інстанцій» людини із її прийняттям реальних соціальних вимог.

Виходячи з такого тлумачення, будемо розглядати професійну норму як критеріальну ознаку оперативної (ситуативної) професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер, в той час як при її довготривалому прояві можна говорити й про професійну зрілість фахівця як суб'єкта діяльності. Отже, професійна норма значною мірою визначає особливості її формування і прояву в майбутньому, а саме психологічний уклад особистості, її здібності, спрямованість та інші риси є передумовами досягнення професійної зрілості, яка проявляється в успішності навчання й реальній професійній діяльності, в задоволеності працею і в прагненні до професійного самоудосконалення. Тому професійну норму слід розглядати як потужний операціональний засіб професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер.

Неконструктивні прояви перфекціонізму об'єднали в своєму змісті комплекс особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик майбутніх медичних сестер, які супроводжуються дезадаптаційними ознаками погіршення самопочуття (емоційні зсуви, особливості окремих психічних процесів, зниження загальної активності, відчуття втоми), різноманітних соматовегетативних порушень, нерациональних особливостей соціальної взаємодії та загального зниження мотивації до діяльності. При цьому особистісно-поведінкові характеристики майбутньої медичної сестри актуалізують професійно-домінантну демонстрацію, а особистісно-комунікативні – професійно-рольову експансію.

Психологічний зміст *професійно-домінантної демонстрації* локалізує неконструктивні ознаки прояву професійного деформування особистості. І хоча некоректно говорити про професійні деформації медичних сестер на етапі їх професійного навчання, усе ж таки можна прослідкувати тенденційні особливості їх потенційної актуалізації в майбутньому. Так наявність неконструктивних форм перфекціонізму майбутнього фахівця уможливорює

переживання внутрішнього конфлікту подвійності, коли етичні передумови професійного кодексу можуть зачуватися спеціалістом як система правил поведінки при виконанні професійної ролі, внаслідок чого фахівець починає демонструвати надмірну професійну досконалість та неперевершеність. Також в цьому випадку може заявляти про себе й професійний маргіналізм як втрата професійної ідентичності, адже етика професіонала як моральна норма підміняється етикою прагматизму, а її мотиваційним компонентом стає особиста безпека від соціального засудження. Така демонстраційна поведінка професіонала обов'язково супроводжується перенапруженням, що знаходить вихід в емоційному вигоранні через такі психосоматичні синдроми як переживання стану почуття постійної втоми, знижене тло настрою, тривожність, порушення режиму сну й активності, що, крім усього, пов'язане з добовим режимом роботи і з нічною роботою медичних сестер; короточасні психогенні реакції у вигляді нав'язливих уявлень, думок, сумнівів; зміна ставлення до себе, своєї професійної діяльності (виявляється у формі сумніву в необхідності і корисності своєї професії, відчутті безглуздості своєї праці).

Розглядаючи зміст *професійно-рольового експансіонізму* медичної сестри, варто наголосити на яскравих проявах деперсоналізації такого фахівця. Неконструктивні форми прояву перфекціонізму порушують адекватні відносини з іншими людьми, що проявляється в байдужому або навіть негативному ставленні до них, а саме контакти з людьми стають більш формальними, виникають негативні установки, і, як наслідок з'являється цинізм та роздратування. Рольова експансія медичної сестри є результатом фіксації на власних особистісних та професійних проблемах і труднощах, превалювання в цих медичних сестер повчальних та звинувачувальних суджень та збільшення значення своєї ролі. Досить часто така рольова поведінка виходить за межі закладу, організації, професійної сфери, внаслідок чого з'являються усі умови для екзальтовано-неврастичного типу особистості фахівця.

Отже є усі підстави для ствердження, що прояв неконструктивного перфекціонізму майбутніх медичних сестер у комплексі особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик, які визначають ознаки їх професійно-домінантної демонстрації та професійно-рольового експансіонізму, інтегруються в особистісному кластері *професійної декларації* фахівця, який містить такі функціональні характеристики, як професійна дезадаптація, морально-етична дезінтеграція професійного розвитку, спеціальна професійна деформація.

Професійна дезадаптація вміщує ознаки зниженої нервово-психічної стійкості, підвищеного нейротизму і тривожності, конфліктності, відсутності конкретної установки на професійну діяльність та моральної неготовності до дотримання поставлених вимог діяльності. Коли йдеться про професійну діяльність медичної сестри, то її дезадаптаційні поведінкові патерни локалізовані в емоційних зсувах у роботі, порушеннях деяких психічних процесів, зниженні загальної активності, частій появі відчуття втоми, порушенні циклу «сон-неспання» та погіршенні соціальної взаємодії. Загалом професійні обов'язки викликають переживання браку повноважень для їх виконання, відчуття нестачі кваліфікації для виконання своєї роботи. Організаційні недоліки на роботі постійно змушують нервувати, переживати, напружуватися, взаємодія з партнерами вимагає великого напруження, що забирає багато сил і енергії. Виникає бажання відгородитися від чужих страждань і негативних емоцій. Після роботи досить часто виникає бажання побути наодинці, ні з ким не спілкуватися, якомога менше спілкуватися вдома. Робота перестає подобатися, і, як результат, починає заявляти про себе морально-етична дезінтеграція професійного розвитку фахівця, яка найчастіше пов'язана із втратою нормативної професійної поведінки, а саме, такому фахівцю важко дотримуватися професійного етичного кодексу та бути зразком моральної надійності.

Характеризуючи морально-етичну дезінтеграцію професійного розвитку фахівця, варто згадати й професійну ідентифікацію як центральну

ланку особистісної підготовки фахівця та невід'ємну складову його професійної самосвідомості. У випадку морально-етичної дезінтеграції професійного розвитку основні характеристики професійної ідентифікації трансформуються у характеристики професійного відчуження у вигляді неприйняття провідних професійних ролей, цінностей та норм, що спонукають особистість до ефективної практичної діяльності та до постійного особистісного й професійного самовдосконалення [23]. При домінуванні неконструктивного перфекціонізму у цих фахівців складаються усі умови для повної центрованості та своєму «Я» з одночасним відчуженням від інших, що супроводжується вираженням егоцентризмом, егоїзмом, негативізмом, проявами байдужості, емоційної сухості й жорстокості та негативним сприйняття етичних норм і правил поведінки.

Внаслідок відсутності ідентифікаційної детермінації в професійному розвитку фахівця спочатку починають блокуватися, а з часом і зовсім зникати професійно важливі якості фахівця, що проявляється в різноманітних формах спеціальних професійних деформацій особистості. Відмітимо, що для професійної діяльності медичної сестри найчастіше серед професійних деформацій називають її байдужість [125]. Вплив неконструктивного перфекціонізму в цих фахівців часто супроводжуються вираженням егоцентризмом (він не бере до уваги думку, інтереси та настрої інших людей, неухважний і не чутливий до турбот та почуттів інших, не поважає інших); схильністю до проявів агресії і ворожості; ознаками депресії та перевтоми; захопленістю фаталізмом та проявами асоціальних установок та ідеалів тощо.

Запропонований аналіз розгляду професійної декларації дає усі підстави для її психологічної конкретизації як критеріальної ознаки оперативної (ситуативної) професійно-психологічної дезадаптованості майбутніх медичних сестер, в той час як при її довготривалому прояві можна говорити й про професійну патологію фахівця, яка, руйнуючи цілісність особистості, знижує її адаптивність, стійкість і має негативний вплив на продуктивність діяльності.

Запропонована теоретична модель прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер виступила методологічним орієнтиром у визначенні набору методів і процедур дослідження прояву перфекціонізму та професійно-психологічної адаптованості майбутніх фахівців.

2.2. Постановка проблеми та конструювання психодіагностичної процедури

Концептуальне обґрунтування проблеми прояву перфекціонізму та професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер дало змогу визначити шляхи її емпірично-діагностичного вивчення. У попередньому параграфі дисертації розглянуто структурні складові прояву перфекціонізму (особистісно-комунікативні й особистісно-поведінкові характеристики, які відповідають можливостям професійного становлення фахівця в професійній діяльності) майбутніх медичних сестер (рис. 2.1.), що можна вважати початковою теоретичною конструкцією, яка є абстрактною моделлю об'єкта, що вивчається, й яка може стати змістовнішою завдяки зверненню до конкретної реальності й емпіричних даних. Таким чином, перехід до змістовнішого психологічного знання про прояви перфекціонізму можливий за умови створення емпірично-психологічної системи змінних, яка б відображала досліджувану реальність та надала б нову інформацію щодо досліджуваного феномену. Опрацювання емпіричної інформації засобом її інтерпретації наблизить отримані емпіричні дані до реального об'єкту вивчення, а виявлені пояснювальні можливості емпіричного матеріалу дадуть змогу виявити закономірності явища, що досліджується.

Обґрунтування проявів перфекціонізму майбутніх медичних сестер через аналіз його структурних компонентів особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик, дало змогу висловити припущення, що професійно-психологічна адаптованість майбутньої медичної сестри зумовлена професійно релевантними проявами

конструктивного перфекціонізму, які визначають її деонтологічно-професійний та ідентифікаційно-професійний статуси.

Організація дослідження полягала в створення програмно-методичного забезпечення й передбачала його структурно-логічну поетапність. Постановка завдань дослідження передбачає розробку комплексної та системної програми проведення експерименту, де б отримані результати на кожному попередньому етапі ставали основою не лише для наступних етапів, а й для їх узагальнення та наукового обґрунтування.

Організація емпіричного дослідження прояву конструктивного перфекціонізму як чинника професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер включала в себе чотири етапи, які реалізовувалися протягом 2012–2015 років:

На *першому етапі* дослідження (2012 р.), на основі попереднього ознайомлення з проблемою та результатів попереднього її вивчення, основна увага була зосереджена на виборі напрямку дослідження, опрацюванні мети та завдань, визначенні об'єкту, предмету та методів дослідження, виборі можливих джерел інформації.

Другий етап дослідження (2012–2013 рр.) був присвячений вивченню феномену перфекціонізму в сучасній психологічній науці. Цей етап передбачав аналіз теоретичних джерел вітчизняних та зарубіжних авторів з проблем перфекціонізму та професійно-психологічної адаптованості майбутнього медичного працівника середньої ланки.

Таким чином було визначено міру досліджуваності проблеми перфекціонізму в майбутній професійній діяльності медичних сестер, проаналізовано основні погляди науковців на окреслений феномен, визначено категорійно-понятійний апарат досліджуваної проблеми, окреслені перспективи її подальшого вивчення. Отримані при цьому результати стали підставою для висунення гіпотези дослідження та дали змогу провести відповідні організаційні заходи щодо подальшого планування дисертаційної роботи (визначення завдань, розробки програми дослідження і збору

матеріалу, визначення етапів дослідження, вибір методів, адекватних меті та завданням дослідження, кількісного та якісного аналізу отриманих даних тощо).

Для досягнення мети і реалізації поставлених завдань дослідження було застосовано комплекс психодіагностичних методик, який максимально повно і точно ідентифікує змістову конструкцію особливостей прояву перфекціонізму в генеральній сукупності майбутніх медичних сестер:

1. «Багатовимірна шкала перфекціонізму» П. Х'юїтта і Г. Флетта (в адаптації І. І. Грачової) [37; 60] спрямована на вивчення рівня перфекціонізму та визначення характеру співвідношення його складових. Методика дає змогу визначити три складових перфекціонізму: 1 – *перфекціонізм, орієнтований на себе* (Я-орієнтований перфекціонізм) – показує завищені або нереалістичні вимоги, які ставляться до себе, самокопання і самокритику, які роблять неможливим прийняття власних вад, недоліків та невдач; 2 – *перфекціонізм, орієнтований на інших* – пред'явлення збільшених або нереалістичних вимог до інших; 3 – *соціально-орієнтований перфекціонізм* – генералізоване переконання або відчуття, що інші ставлять до суб'єкта нереалістичні вимоги, яким важко, але необхідно відповідати, щоб заслужити схвалення та прийняття. При високому рівні перфекціонізму, орієнтованому на себе, людині властиво пред'являти надзвичайно високі вимоги до себе; при високому рівні перфекціонізму, орієнтованому на інших – надзвичайно високі вимоги до оточуючих; при високому рівні соціально-орієнтованого перфекціонізму людина розцінює вимоги, пропоновані до неї оточуючими як завищені і нереалістичні. Співвідношення складових перфекціонізму може бути різним – навіть при однаковому рівні вираження цієї риси можуть вимальовуватися різні профілі. Сума балів, яку набрав досліджуваний за усіма трьома субшкалами, відображає загальний рівень перфекціонізму.

Опитувальник складається із трьох шкал, які містять 45 запитань. Для субшкал автори методики наводять тільки середні значення для груп з

низькими, середніми і високими показниками. Встановлено такий діапазон інтерпретації: шкала 1: 18–56 балів – низький показник; 57–77 балів – середній показник; 78–126 балів – високий показник; шкала 2: 15–53 бала – низький показник; 54–59 бала – середній показник; 60–105 бала – високий показник; шкала 3: 13–54 бала – низький показник; 55–60 балів – середній показник; 61–91 бал – високий показник.

2. *Тест мотивації досягнення А. Мехрабіана* (у адаптації М. Ш. Магомед-Емінова) призначений для діагностики двох узагальнених стійких мотивів особистості – мотиву прагнення до успіху та мотиву уникнення невдачі. Опитувальник розроблено А. Мехрабіаном (1969 р.) на основі теорії мотивації досягнення Д. Аткинсона, який вважав, що «прагнення до успіху та уникнення невдачі є взаємовиключними полюсами на шкалі «мотив досягнення» і якщо людина орієнтована на успіх, то вона не відчуває страху перед невдачею, і навпаки, якщо людина орієнтована на уникнення невдачі, то у неї слабо виражене прагнення до успіху» [58, с. 179]. Тест складається з низки тверджень, які стосуються окремих сторін характеру, а також думок та почуттів з приводу деяких життєвих ситуацій. Опитувальник має дві форми – жіночу (Б) і чоловічу (А), які відрізняються кількістю та змістом тверджень і ключами. Кількість тверджень чоловічої форми – 32, жіночої – 30. Досліджуваным пропонувалося оцінити ступінь своєї згоди чи незгоди з кожним із наведених тверджень відповідно до шкали: «+ 3 – повністю згоден», «+2 – згоден», «+1 – скоріше згоден, ніж не згоден», «0 – нейтральний», «-1– скоріше не згоден, ніж згоден», «-2 – не згоден», «-3 – повністю не згоден». Підрахунок результатів здійснювався за спеціальними ключами для кожної з форм (А і Б). На основі підрахунку сумарного балу було визначено домінуючу мотиваційну тенденцію у кожного досліджуваного. При груповому дослідженні бали усієї вибірки ранжувалися і було виділено дві групи: верхні 27% вибірки, які характеризуються мотивом прагнення до успіху, а нижні 27% – мотивом уникнення невдачі. На підставі результатів опитувальника можна судити про загальну життєву стратегію

людини, а саме: долати перешкоди і прагнути до досягнення цілей або цінувати вже досягнуте і не прагнути більшого унаслідок боязні невдачі. За домінуючим мотивом можна оцінити життєві та кар'єрні прагнення людини, прогнозувати її реакції та поведінку в тих чи інших ситуаціях.

3. *Особистісний опитувальник FPI (модифікована форма В)* [122]. Опитувальник застосовують для прикладних досліджень, він враховує досвід побудови та використання таких відомих методик, як 16PF, MMPI, EPI й ін. Шкали опитувальника сформовані на основі результатів факторного аналізу й відображають сукупність взаємопов'язаних факторів. Опитувальник FPI містить 12 шкал і включає в себе 114 тверджень, які описують стиль поведінки, емоційний стан, орієнтації, ставлення до життєвих труднощів, потребу в спілкуванні. Шкали особистісного опитувальника I–IX – основні (базові), а X–XII – похідні, інтегровальні (складені на основі тверджень основних шкал). Характеристика шкал опитувальника:

- шкала I (*невротичність*) характеризує рівень невротичності особистості; високі показники засвідчують про вираження невротичного синдрому астенічного типу зі значними психосоматичними порушеннями;

- шкала II (*спонтанна агресивність*) дає змогу виявити й оцінити психопатизацію інтротенсивного типу; високі показники засвідчують підвищений рівень психопатизації, що створює умови для імпульсивної поведінки;

- шкала III (*депресивність*) дає можливість діагностувати ознаки, властиві для психопатологічного депресивного синдрому; високі оцінки за цією шкалою засвідчують наявність цих ознак в емоційному стані особистості, у її поведінці, у ставленні до себе та інших;

- шкала IV (*дратівливість*) дає змогу робити висновки стосовно емоційної стабільності особистості; високі показники за цією шкалою засвідчують нестійкий емоційний стан особистості зі схильністю до афективного реагування;

- шкала V (*комунікативність*) характеризує і потенційні, і реальні

прояви соціальної активності; високі оцінки засвідчують наявність вираженої потреби в спілкуванні, постійну готовність до задоволення цієї потреби;

– шкала VI (*урівноваженість*) відображає стресостійкість особистості; високі показники вказують на хорошу захищеність щодо впливу стрес-факторів звичних життєвих ситуацій і засвідчують наявність таких якостей, як упевненість у собі, оптимістичність, активність;

– шкала VII (*реактивна агресивність*) засвідчує наявність ознак психопатизації екстратенсивного типу; високі оцінки за шкалою вказують на високий рівень психопатизації, який характеризується агресивним ставленням до соціального оточення й вираженим прагненням до домінування;

– шкала VIII (*сором'язливість*) відображає схильність до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, що здійснюється за пасивно-захисним типом; високі показники засвідчують наявність тривожності, невпевненості, що призводить до виникнення труднощів у соціальних контактах;

– шкала IX (*відкритість*) характеризує ставлення до соціального оточення й рівень самокритичності; високі оцінки вказують на прагнення особистості до довірливо-відвертої взаємодії з іншими за високого рівня самокритичності;

– шкала X (*екстраверсія – інтроверсія*) – високі показники за шкалою відповідають вираженій екстраверсії особистості, низькі – вираженій інтровертованості;

– шкала XI (*емоційна лабільність*) – високі оцінки вказують на нестабільність емоційного стану особистості, що проявляється в частих змінах настрою, підвищеній збудливості, дратівливості, недостатній саморегуляції, низькі оцінки засвідчують стабільність емоційного стану й вміння володіти собою;

– шкала XII (*маскулінність – фемінність*) – високі оцінки засвідчують

протікання психічної діяльності переважно за чоловічим типом, низькі – за жіночим.

Обробку отриманих результатів за цією методикою здійснювали у два етапи: перша процедура стосувалася отримання первинних («сирих») оцінок згідно з ключем опитувальника, друга полягала в переводі первинних оцінок у стандартні оцінки 9-бальної шкали. До низьких показників належать оцінки у діапазоні 1–3 бала, до середніх – 4–6 балів, до високих – 7–9 балів.

4. *Діагностика самооцінки особистості* [114]. У дослідженні рівень та адекватність самооцінки визначали як відношення між «Я» ідеальним і «Я» реальним. Методика ґрунтується на принципі вибору. Досліджуваному пропонували список слів, які характеризують окремі якості особистості. Дослідження складається з двох серій. У першій визначали список і кількість еталонних якостей бажаного (суб'єктивного позитивного) ідеалу й небажаного образу «Я» (суб'єктивного негативного ідеалу). Завданням другої серії було визначення набору рис особистості досліджуваного, які, на його думку, йому властиві поміж вибраних еталонних рис «позитивної» і «негативної» множини. Для підрахунків кожного з коефіцієнтів кількість рис у колонці, визначених досліджуваним студентом як таких, що властиві йому (М), ділили на всю суму рис у цій колонці (Н). Формули для підрахунку коефіцієнтів:

$$CO^{+} = \frac{M^{+}}{H^{+}}, \quad CO^{-} = \frac{M^{-}}{H^{-}},$$

де M^{+} і M^{-} – кількість рис у «позитивній» і «негативній» множинах, тих, що відзначені досліджуваним як такі, що йому властиві; H^{+} і H^{-} – кількість еталонних рис, тобто відповідно кількість слів правої та лівої колонок.

Рівень й адекватність самооцінки визначали на основі одержаних коефіцієнтів: неадекватна завищена ($CO^{+} - 1-0,76$; $CO^{-} - 0-0,25$); адекватна з тенденцією до завищення ($CO^{+} - 0,75-0,51$; $CO^{-} - 0,26-0,49$), адекватна ($CO^{+} -$

0,5; CO^- – 0,5); адекватна з тенденцією до заниження (CO^+ – 0,49– 0,26; CO^- – 0,51–0,75); неадекватна занижена (CO^+ – 0,25–0; CO^- – 0,76 – 1). Визначаючи рівень самооцінки та її адекватність, враховували не тільки величину отриманого коефіцієнта, а й суму рис, які складають ту чи ту множину (H^+ і H^-). Оцінювали також еталон: чим менше рис, тим простіший відповідний еталон.

5. *Методика дослідження самоставлення С. Р. Пантілєєва [121].* Методика дає змогу вивчити структуру самоставлення, що містить такі узагальнені фактори як самоповага, аутосимпатія та самоприниження, а також вираження окремих компонентів самоставлення (закритість, самовпевненість, самокерівництво, відображене самоставлення, самоцінність, самоприйняття, самоприхальність, внутрішня конфліктність та самозвинувачення). Методика містить 110 тверджень. Опитувальник діагностує характеристики та структуру самоставлення за 9-ма шкалами: шкала 1 – «Закритість-відкритість» (внутрішня чесність) містить 11 пунктів, які діагностують глибоке або поверхнєве проникнення в себе, відкрите чи закрите (захисне) ставлення; шкала 2 – «Самовпевненість» (14 пунктів), яка відображає ставлення до себе як до впевненої, самостійної, вольової та надійної людини, яку є за що поважати; шкала 3 – «Самокерівництво» (12 пунктів) відображає уявлення про те, що основним джерелом активності та результатів, що стосуються як діяльності, так і власної особистості суб'єкта, є він сам; шкала 4 – «Відображене самоставлення» або «Віддзеркалене «Я» (11 пунктів) містить пункти, що характеризують уявлення суб'єкта про те, що його особистість, характер і діяльність здатні викликати в інших повагу, симпатію, схвалення і розуміння – чи протилежні їм почуття (низькі значення за шкалою); при інтерпретації враховується те, що шкала не відображає справжнього змісту взаємодії між людьми, це лише суб'єктивне сприйняття сформованих відносин; шкала 5 – «Самоцінність» (14 пунктів) відображає емоційну оцінку себе, свого «Я» за внутрішніми інтимними критеріями духовності, багатства внутрішнього

світу, здатності викликати в інших глибокі почуття; шкала 6 – «*Самоприйняття*» (12 пунктів) дозволяє судити про вираженість почуття симпатії до себе, згоду зі своїми внутрішніми спонуканнями, прийняття себе таким, яким є, незважаючи на недоліки та слабкості; шкала 7 – «*Самоприхильність*» (11 пунктів) виявляє міру бажання змінюватися відносно існуючого стану; шкала 8 – «*Внутрішня конфліктність*» (15 пунктів) відображає наявність внутрішніх конфліктів, сумнівів, незгоди з собою; діагностується вираження тенденції до самокопання та рефлексії, які протікають на загальному негативному емоційному фоні ставлення до себе; шкала 9 – «*Самозвинувачення*» (10 пунктів) характеризує вираження негативних емоцій щодо свого «Я».

Досліджуванам пропонувалося виявити свою згоду чи незгоду з кожним із тверджень. При збігу відповіді з ключем нараховувався один бал. Сума «сирих» балів переводилися у стандартне значення (стен) відповідно до таблиць. Інтерпретація показників здійснювалася залежно від їх вираження, при цьому значення 1–3 стена вважалися низькими, 4–7 – середніми, 8–19 – високими. При інтерпретації факторних структур дослідження враховувалися узагальнені фактори самоставлення: самоповага (відкритість, самовпевненість, самокерівництво, відзеркалене «Я»), аутосимпатія (самоцінність, самоприйняття, самоприхильність), внутрішня невлаштованість (внутрішня конфліктність, самозвинувачення).

6. *Сигналітичний опитувальник Гекса* [122]. Методика спрямована на вивчення характерологічних особливостей особистості. В основу цих типів автором взято класифікацію психологічної характерології Хейманса – Ле Санна, за якою характер складається з різноманітних комбінації із емоційності, активності, первинності чи вторинності. Методика містить 38 тверджень, які дають змогу з'ясувати вираження характерологічних особливостей у конкретного досліджуваного та визначити переважаючий тип (пристрасно-емоційний, щедро-холеричний, сентиментально-чуттєвий, нервовий, флегматичний, сангвінічний (реалістичний), апатичний,

аморфний). Досліджуваному пропонується оцінити ступінь вираження риси: 0 – відсутність риси, 1 – риса слабо виражена, 2 – середньо виражена, 3 – сильно виражена. Тип, який набрав найбільшу кількість балів, став переважальним типом досліджуваного.

7. *Опитувальник структури темпераменту (ОСТ) В.М. Русалова [150].* Методика застосовується для діагностики властивостей «предметно-діяльнісного» та «комунікативного» аспектів темпераменту. В основу тест-опитувальника покладено концепції біологічної зумовленості формально-динамічних властивостей індивідуальної поведінки людини І. Павлова, Б. Теплова, В. Небиліцина та їх послідовників. Опитувальник містить 105 запитань за 9-ма шкалами (ергічність, соціальна ергічність, пластичність, соціальна пластичність, темп, соціальний темп, емоційність, соціальна емоційність, контрольні запитання на соціальну бажаність). Досліджуваным потрібно дати відповіді на запитання у формі тверджень «так» або «ні», інші відповіді не допускаються. Кожне запитання відноситься до однієї з 9-ти шкал, 8 шкал містить 12 запитань, 9-а шкала «Контрольні запитання на соціальну бажаність» – 9 запитань.

Діагностичний зміст шкал методики:

- шкала *«предметна ергічність»* опитувальника включає запитання про рівень потреби в освоєнні предметного світу, прагнення до розумової та фізичної праці;
- шкала *«соціальна ергічність»* містить запитання про рівень потреби в соціальних контактах, у прагненні до лідерства;
- шкала *«пластичність»* складається із запитань щодо ступеня легкості (важкості) переключення з одного предмета діяльності на інший, швидкості переходу з одних способів мислення на інші в процесі взаємодії з предметним середовищем, прагнення до різноманітності форм предметної діяльності;
- шкала *«соціальна пластичність»* містить запитання, які спрямовані на з'ясування ступеня легкості (важкості) переключення в процесі

спілкування від однієї людини до іншої, схильності до різноманітності комунікативних програм, до різноманітності готових (несвідомих, імпульсивних) форм соціального контакту;

- шкала «*темп*» включає запитання про швидкість виконання окремих операцій, швидкість моторно-рухових актів при виконанні предметної діяльності;

- шкала «*соціальний темп*» спрямована на виявлення швидкісних характеристик мовно-рухових актів у процесі спілкування (швидкості мови при спілкуванні та ін.);

- шкала «*емоційність*» включає в себе запитання, що оцінюють емоційну чутливість до розходження між задуманим, очікуваним, запланованим і результатами реальної предметної дії, чутливість до невдач у роботі;

- шкала «*соціальна емоційність*» містить запитання, що стосуються емоційної чутливості в комунікативній сфері.

При опрацюванні результатів збіг відповіді досліджуваного з ключем оцінювалося в один бал. Результати досліджуваних, які отримали високий бал (7 та більше) за шкалою «контрольні запитання на соціальну бажаність» не розглядалися. Підрахунок балів проводився шляхом сумування всіх балів за даною шкалою. Кожна із 8-ми темпераментальних шкал розглядалася як континіум темпераментальних властивостей у балах від 0 до 12, а саме 0–3 бали – низькі значення, 4–8 балів – середні, 9–12 балів – високі значення.

Висновок про домінування того чи іншого типу темпераменту досліджуваних робився на основі порівняння показників, отриманих за різними властивостями темпераменту з поданими нижче типовими поєднаннями цих властивостей для різних типів темпераменту, а саме: сангвінік – середні показники за всіма властивостями темпераменту; холерик – високі показники за ергічністю, темпом та емоційністю при середніх або високих показниках за пластичністю; флегматик – низькі показники за всіма властивостями темпераменту; меланхолік – низькі показники за ергічністю,

пластичністю, темпу при середніх або високих показниках за емоційністю. До чистого типу сангвініка, холерика, флегматика або меланхоліка відносили осіб при умові повного збігу ступеня розвиненості його показників з описаними типами. В усіх інших випадках вважали, що у досліджуваних – змішаний тип темпераменту.

8. *Діагностика комунікативного контролю М. Шнайдера* [150]. Методика призначена для вивчення рівня комунікативного контролю. Згідно зі М. Шнайдером, люди з високим комунікативним контролем постійно стежать за собою, добре обізнані, як поводитись, керують своїми емоційними проявами. Водночас вони відчувають значні труднощі в спонтанності самовираження, не полюбують непрогнозованих ситуацій. Люди з низьким комунікативним контролем безпосередні й відкриті, але можуть сприйматися іншими як занадто прямолінійні та нав'язливі. Методика складається з десяти висловлювань, які відображають реакції на деякі ситуації спілкування. Приклад пункту шкали: «Я можу обстоювати лише те, у чому щиро переконаний». Кожне з висловлювань досліджуваний оцінює як правильне (П) чи неправильне (Н). У результаті дослідження було визначено індекс комунікативного контролю за трьома рівнями: низький (0–3 бали), середній (4–7 балів) та високий (7–10 балів).

9. *Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ) (О. Маклакова, С. Чермяніна)* [150] використано для діагностики адаптаційних можливостей індивіда особистості за такими параметрами: поведінкова регуляція або нервово-психічна стійкість (НПС); комунікативний потенціал (КП) і моральна нормативність (МН).

Опитувальник містить 165 запитань і має 4 рівні. Досліджуваному пропонували відповісти на запитання «так» або «ні». Обробка результатів тесту складалася з підрахунку кількості збігів відповідей досліджуваних із ключем за кожною шкалою. Якщо сумарний бал за шкалою «Достовірність» перевищував 10, результати дослідження вважали необ'єктивними. На

наступному етапі обчислювали оцінку за загальною шкалою «Особистісний адаптивний потенціал» (ОАП) сумуванням «сирих» балів за трьома шкалами:

$$\text{ОАП} = \text{НПС} + \text{КП} + \text{МН}.$$

Отримані значення за всіма шкалами переводили в стени. Використовували таку інтерпретацію шкал:

– шкала *«нервово-психічна стійкість»*: низькі значення (1–3 стени) засвідчують низький рівень поведінкової регуляції, певну схильність до нервово-психічних зривів, відсутність адекватності самооцінки й адекватного сприйняття дійсності; високі значення (7–10 стени) – високий рівень нервово-психічної стійкості та поведінкової регуляції, високу адекватну самооцінку, адекватне сприйняття дійсності;

– шкала *«комунікативні особливості»*: низькі значення (1–3 стени) засвідчують низький рівень комунікативних здібностей, труднощі в побудові контактів з іншими, прояв агресивності, підвищену конфліктність; високі значення (7–10 стени) – високий рівень комунікативних здібностей, швидке встановлення контактів з іншими, не конфліктність;

– шкала *«моральна нормативність»*: низькі значення (1–3 стени) засвідчують низький рівень соціалізації, неможливість адекватного оцінювання свого місця й ролі в колективі, відсутність прагнення дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки; високі значення (7–10 стени) – високий рівень соціалізації, адекватне оцінювання своєї ролі в колективі, орієнтацію на дотримання загальноприйнятих норм поведінки.

За ключем також було визначено, до якої з груп розвитку адаптаційних здібностей належить опитуваний.

I група ОАП (5–10 стени) – це група високої та нормальної адаптації. Досліджувані, які увійшли в неї, легко адаптуються до нових умов, швидко входять у новий колектив, досить легко й адекватно орієнтуються в ситуації, швидко формують стратегію своєї поведінки та соціалізації. Зазвичай, вони не конфліктні, мають високий рівень емоційної стійкості. Функціональний

стан цієї групи в період адаптації залишається в межах норми, працездатність зберігається.

II група (3–4 стени) – група задовільної адаптації. Більшість осіб цієї групи має ознаки різних акцентуацій, які у звичних умовах частково компенсовані й можуть проявлятися при зміні діяльності. Тому успіх адаптації багато в чому залежить від зовнішнього середовища. Ці індивіди, зазвичай, мають невисоку емоційну стійкість. Процес соціалізації ускладнений, можливі асоціальні зриви, прояви агресивності й конфліктності. Функціональний стан на початкових етапах адаптації може бути порушений.

III група (1–2 стени) – група низької адаптації, якій притаманні ознаки явних акцентуацій характеру з деякими ознаками психопатій. Психічний стан представників цієї групи можна охарактеризувати як пограничний. Процес адаптації відбувається важко. Можливі нервово-психічні зриви, тривале порушення функціонального стану. Особи цієї групи володіють низькою нервово-психічною стійкістю, конфліктні, можуть допускати деліквентні вчинки.

10. *Методика діагностики рівня емпатійних здібностей В.Бойка* [122] містить 36 питань, на які досліджуванним потрібно було відповісти «так» або «ні». Аналізували показники окремих шкал (раціональний канал емпатії, емоційний канал емпатії, інтуїтивний канал емпатії, установки, що сприяють емпатії, проникальна здатність в емпатії, ідентифікація в емпатії). Сумарний показник емпатії максимально може становити 36 балів, де 30 балів і вище – дуже високий рівень емпатії; 29–22 бали – середній; 21–15 балів – занижений; менше 14-и балів – дуже низький рівень.

Оцінки за кожною зі шкал варіювали від 0 до 6 балів.

Інтерпретація шкал опитувальника:

– *раціональний канал емпатії* характеризує спрямованість уваги, сприймання й мислення емпатійної людини на сутність іншої людини – на її

стани, проблеми, поведінку; цей спонтанний інтерес до іншого відкриває шляхи емоційного й інтуїтивного відображення партнера;

– *емоційний канал емпатії* фіксує здатність емпатійної людини входити в емоційний резонанс з іншими – співпереживати, співдіяти; емоційна відвертість в цьому разі стає засобом «входження» в енергетичне поле партнера; співучасть і співпереживання виконує роль провідника між партнерами;

– *інтуїтивний канал емпатії* характеризує здатність респондента бачити поведінку партнера, діяти в умовах дефіциту вихідної інформації про них з точкою опори на досвід, прихований в підсвідомості; на рівні інтуїції сходяться й узагальнюються різноманітні дані про партнерів без оціночних стереотипів;

– *установки, які сприяють або перешкоджають емпатії* полегшують або ускладнюють дію всіх емпатійних каналів; ефективність емпатії знижується, якщо людини прагне уникати особистісних контактів, вважає несумісним проявляти інтерес до іншої особи й переконала себе спокійно ставитися до переживань та проблем інших;

– *проникаюча здатність в емпатії* розглядають як важливу комунікативну властивість людини, яка дає змогу їй створювати атмосферу відкритості, довірливості, душевності; водночас, розслабленість партнера сприяє емпатії, а атмосфера напруженості, неприродності, підозрілості перешкоджає розкриттю і емпатійному осягненню;

– *ідентифікація в емпатії* виступає як обов'язкова умова успішної емпатії; це вміння зрозуміти іншого на основі співпереживання, постановки себе на місце партнера; в основі ідентифікації лежать легкість, рухливість і гнучкість емоцій, здатність до наслідування.

Кожна з методик, на основі попередньої апробації, була оцінена на валідність, надійність, позитивні результати якої дали змогу застосувати їх у цьому дослідженні. Конкретні шляхи емпіричного вивчення досліджуваної проблеми представлені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Схема емпіричного дослідження прояву перфекціонізму та професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер

Аспекти вивчення проблеми	Психодіагностичні методики	Психодіагностичні критерії
Рівні прояву перфекціонізму	Багатовимірна шкала перфекціонізму Г.Флетта, П.Х'юїтта	– Я-адресований перфекціонізм (ПОС); – Перфекціонізм, адресований до інших (ПАІ); – Соціально приписуваний перфекціонізм (СПП); – Загальний рівень перфекціонізму (сумарний бал)
Професійно-психологічна адаптованість	Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛЮ-АМ) (О. Маклакова, С. Чермяніна)	– Поведінкова регуляція (нервово-психічна стійкість); – Моральна нормативність; – Комунікативний потенціал; – Особистісний потенціал соціально-психологічної адаптації (адаптивні здібності)
Особистісно-поведінкові характеристики	Тест- опитувальник мотивації досягнення А. Мехрабіана	– Мотив прагнення до успіху; – Мотив уникнення невдачі
	Особистісний опитувальник FPI (модифікована форма В)	– Невротичність; – Спонтанна агресивність; – Депресивність; – Дратівливість; – Врівноваженість; – Реактивна агресивність; – Сором'язливість; – Відкритість; – Емоційна лабільність; – Екстраверсія-інтроверсія; – Маскулінність-фемінність
	Діагностика самооцінки особистості	– Неадекватна завищена; – Адекватна з тенденцією до завищення; – Адекватна; – Адекватна з тенденцією до заниження; – Неадекватна занижена

Продовження таблиці 2.1

	Методика дослідження самостварення С.Р. Пантілєва	– Відкритість; – Самовпевненість; – Самокерівництво; – Відображене самостварення; – Самоцінність; – Самоприйняття; – Самоприв'язаність; – Внутрішня конфліктність; – Самозвинувачення
	Опитувальник структури темпераменту В.М.Русалова	– Ергічність; – Пластичність; – Темп; – Емоційність
	Сигналітичний опитувальник Гекса	– Пристрасно-емоційний тип; – Щедро-холеричний тип; – Сентиментально-чуттєвий тип; – Нервовий тип; – Флегматичний тип; – Сангвінічний тип; – Апатичний тип; – Аморфний тип
	Методика діагностики рівня емпатичних здібностей В.В. Бойка	– Раціональний канал емпатії; – Емоційний канал емпатії; – Інтуїтивний канал емпатії; – Установки, що сприяють емпатії; – Ідентифікація в емпатії; – Загальний рівень емпатії
Особистісно- комунікативні характеристики	Особистісний опитувальник FPI (модифікована форма В)	- Комунікабельність (товариськість)
	Опитувальник структури темпераменту В.М.Русалова	– Соціальна ергічність; – Соціальна пластичність; – Соціальний темп; – Соціальна емоційність
	Методика діагностика оцінки самоконтролю в спілкуванні М. Шнайдера	– Високий рівень; – Середній рівень; – Низький рівень
	Методика діагностики рівня емпатичних здібностей В.В. Бойка	– Проникаюча здатність в емпатії

При обробці результатів дослідження застосовувалися методи математичної статистики: *дискримінантний аналіз* (для уточнення та візуалізації результатів базової методики Г. Флетта, П. Х'юїтта «Багатовимірна шкала перфекціонізму»); *критерій нормальності Колмогорова-Смирнова* (для визначення міри відповідності емпіричного розподілу нормальному з метою адекватного вибору подальших методів обробки емпіричних даних); *непараметричний критерій Н Крускала-Уоллеса* (для встановлення міжгрупових відмінностей у рівнях прояву типових ознак перфекціонізму окремо у вибірках медичних сестер з різним рівнем загального показника перфекціонізму); *факторний аналіз* (для мінімізації кількості змінних та концентрації інформації про основні особистісно-поведінкові та особистісно-комунікативні характеристики здатності до перфекціонізму у формі невеликого масиву даних); *множинний регресійний аналіз* (МРА) (для встановлення взаємозв'язку між залежною змінною і кількома іншими змінними (вихідними) з метою встановлення прогностичних детермінант прояву перфекціонізму на різних рівнях).

Вибірку дослідження склали студенти Луцького базового медичного коледжу (n=192). Під час формування вибіркової сукупності було дотримано вимог до її змістовності шляхом підбору вибірки, що відповідає предмету дослідження та основним дослідницьким гіпотезам.

Протягом *третього етапу* дослідження (2013–2014 рр.) було проведено емпірико-діагностичне дослідження. Цей етап включав у себе підготовку до проведення діагностичного дослідження, розробку та уточнення інструкції для респондентів, попередню її перевірку на простоту й зрозумілість та діагностику респондентів. Метою *третього етапу* дослідження стало вивчення особливостей проявів перфекціонізму майбутніх медичних сестер через аналіз її структурних компонентів особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик.

Відомості, отримані відповідно до заповнених респондентами анкет, були використані для подальшого їх статистичного аналізу. При цьому

статистична обробка даних здійснювалась за допомогою комп'ютерного забезпечення SPSS для Windows (версія 13.0). Інтерпретація результатів та висновки за темою дисертаційного дослідження завершили дослідницький цикл проведеної роботи. Результати такого аналізу представлені у вигляді схем, таблиць, діаграм та рисунків.

Заключний (четвертий) *етап* дослідження (2015 р.) полягав в узагальненні та систематизації отриманих результатів.

Окрім того, протягом всього періоду дослідження проводилася апробація результатів роботи на науково-практичних конференціях, а також в публікаціях основних матеріалів дослідження у провідних вітчизняних та міжнародних наукових фахових виданнях з психології.

Отже, розроблена на системно-комплексній основі програма вивчення особливостей перфекціонізму майбутніх медичних сестер через аналіз його особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик, використана низка методів та психодіагностичних методик дослідження, чіткість планування та конкретизація етапів дослідження дають право стверджувати, що результати дисертації є вірогідними у вивченні конструктивного перфекціонізму як чинника професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер.

Висновки до розділу 2

1. В роботі акцентовано на прояві конструктивного перфекціонізму майбутніх медичних сестер, що є відправною точкою визначення професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер. Прояв конструктивного перфекціонізму майбутніх медичних сестер у комплексі особистісно-поведінкових і особистісно-комунікативних характеристик, які визначають ознаки їх ідентифікаційно-професійного та деонтологічного-професійного статусів, інтегровані в особистісному кластері *професійної норми* фахівця, в якому увібрано такі функціональні характеристики як професійна працездатність, професійна ефективність та надійність суб'єкта

діяльності. Прояв неконструктивного перфекціонізму майбутніх медичних сестер у комплексі особистісно-поведінкових і особистісно-комунікативних характеристик, які визначають ознаки їх професійно-домінантної демонстрації та професійно-рольового експансіонізму, інтегруються в особистісному кластері *професійної декларації* фахівця, в якому увібрано такі функціональні характеристики як професійна дезадаптація, морально-етична дезінтеграція професійного розвитку, спеціальна професійна деформація.

2. Запропонована теоретична модель прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер виступила методологічним орієнтиром у визначенні набору методів і процедур дослідження прояву перфекціонізму та професійно-психологічної адаптованості майбутніх фахівців. Розроблена на системно-комплексній основі програма вивчення особливостей проявів перфекціонізму майбутніх медичних сестер через аналіз його особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик, використана низка методів та психодіагностичних методик дослідження, чіткість планування і конкретизація етапів дослідження дають право стверджувати, що результати дисертації є вірогідними у вивченні конструктивного перфекціонізму як чинника професійно-психологічної адаптованості майбутніх медсестер.

Основний зміст розділу відображений у таких публікаціях автора:

1. Лазько А. М. Проблемність теоретико-емпіричного визначення перфекціонізму / А. М. Лазько // Матеріали I Міжнар. наук.-практ. конф. «Когнітивні та емоційно-поведінкові фактори повноцінного функціонування людини: культурно-історичний підхід» (18–19 жовт. 2013 р.). – Х. : ХНПУ, 2013. – С. 67–69.

2. Лазько А.М. Перфекціонізм та емоційно-ціннісна система самосвідомості студентів-медиків / А.М. Лазько // Психологія професійної безпеки : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Луцьк, 20–21 берез. 2015 р.) / уклад. Ж.П. Вірна. – Луцьк : Вежа-Друк, 2015. – С. 158–163.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИКО-ДІАГНОСТИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПЕРФЕКЦІОНІЗМУ ТА ПРОФЕСІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТОВАНOSTI МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

3.1. Діагностична констатація результатів дослідження

Теоретичний аналіз проблеми й розроблена програма емпірико-діагностичного вивчення особливостей проявів перфекціонізму майбутніх медичних сестер через аналіз його структурних компонентів особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик та ознак їх професійно-психологічної адаптованості вимагає чіткої послідовності у фіксації, аналізі та інтерпретації отриманих результатів.

З метою вивчення конструктивного перфекціонізму як чинника професійно-психологічної адаптованості медичних сестер було застосовано діагностичні методики дослідження рівнів прояву перфекціонізму, особливостей особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик та ознак їх професійно-психологічної адаптованості.

Для емпіричного підтвердження теоретичних положень, які викладені у другому розділі роботи, та визначення правомірності використання запропонованих діагностичних методик та шкал було проведено дослідження на вибірці студентів медичного коледжу, зокрема майбутніх медичних сестер, що склала 192 особи. Репрезентативність вибірки визначалася стратифікованим випадковим відбором за властивостями генеральної сукупності. А саме, попередньо визначено ті якості, які впливають на мінливість досліджуваного явища: вікові характеристики досліджуваних та їхній освітній статус.

Під час теоретичного аналізу проблеми було встановлено значний вплив особливостей прояву та загального рівня перфекціонізму на професійну діяльність медичних сестер. Різного рівня перфекціонізм

детермінує специфічне поєднання особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних психологічних характеристик. В результаті опрацювання емпіричних даних за методикою «Багатовимірна шкала перфекціонізму» Г. Флетта, П. Х'юїтта нами було визначено три основні групи респондентів з різними показниками перфекціонізму. Для статистичної перевірки та візуалізації отриманих результатів було проведено процедуру дискримінантного аналізу.

Дискримінантний аналіз – це один з різновидів багатовимірного аналізу, що призначений для класифікації даних. Основне його завдання полягає у тому, щоб відповідно до значень дискримінативних змінних для об'єктів класифікації визначити класи, в які потрапляють ці об'єкти. Множину об'єктів у просторі Р-ознак можна представити як скупчення точок: чим більше об'єкти всередині кожного класу схожі один на одного і відрізняються від об'єктів з інших класів, тим менше перетинаються «території» виділених груп. В якості залежної змінної в дискримінативному аналізі є певна номінативна шкала (у нашому випадку встановлений показник за шкалою «загальний рівень перфекціонізму», яка, водночас, класифікує респондентів на групи, що відповідають різним її градаціям; незалежними змінними є кількісні показники діагностичних критеріїв (так звані дискримінативні змінні, що представлені у числовій шкалі) для усіх об'єктів класифікації.

Завдання класифікації з використанням цього методу реалізується за допомогою канонічних дискримінативних функцій. Канонічні функції – це ортогональні осі, що максимально диференціюють центроїди класів (тобто типові ознаки класу) та дають можливість визначити відмінність між двома та більше сукупностями об'єктів на основі міри відмінностей між типовими характеристиками кожної групи. Аналіз отриманих канонічних функцій супроводжується отриманням важливих статистичних показників класифікації. Основними з них є власне значення канонічної функції (показник інформативності функції), λ -Уїлкса (міра достовірності

розрізнення класів) та χ^2 -тест (визначає статистичну значимість такого розрізнення). Дискримінантний аналіз проведено із використанням покрокового методу. Основні результати розрахунків дискримінативного аналізу представлені у таблицях 3.1, 3.2 та Додатку А.

Таблиця 3.1

**Власні значення канонічних функцій за результатами
дискримінативного аналізу**

Функція	Власне значення	% поясненої дисперсії	Кумулятивний %	Канонічна кореляція
1	9,347 (а)	73,3	73,3	.950
2	3,403 (а)	26,7	100	.879

Примітка: а – в аналізі використовувалися перші 2 канонічні функції.

Згідно отриманих результатів можемо говорити про те, що перша канонічна функція володіє 73,3 % дискримінативних можливостей, а друга – 26,7 %, що в результаті забезпечує стовідсоткову інформативність власних значень виділених канонічних дискримінативних функцій.

Таблиця 3.2

**Показники λ -Уїлкса та χ^2 за результатами
дискримінативного аналізу**

Перевірка функції(й)	Лямбда Уїлкса	Хі-квадрат	Ступінь свободи	Знч.
від 1 до 2	.021	618,655	98	.000
2	.227	240,1168	48	.000

У першому рядку міститься значення $\lambda=0,021$ та статистична значущість $p \leq 0,001$ для усього набору канонічних функцій, а в другому рядку – дані дискримінативної здатності набору після виключення першої функції. Як бачимо, повний набір функцій володіє дуже високою дискримінативною здатністю, яка, водночас, не виходить за межі $p \leq 0,001$ після виключення першої функції. Таким чином, отримані дані дають змогу проводити

подальшу роботу з результатами дискримінативного аналізу та їх інтерпретацію.

Візуалізація територіального співвідношення між визначеними трьома групами студентів із різним рівнем загального показника перфекціонізму (ЗПФ) графічно представлена на рисунку 3.1.

Отже, вибірка була диференційована на три групи за показником «загальний рівень перфекціонізму». До першої групи увійшли студенти-майбутні медичні сестри з низькими показниками перфекціонізму (15,6 % вибірки), до другої групи – студенти з середніми показниками перфекціонізму (62 %), до третьої – студенти з високими показниками перфекціонізму (22,3 %).

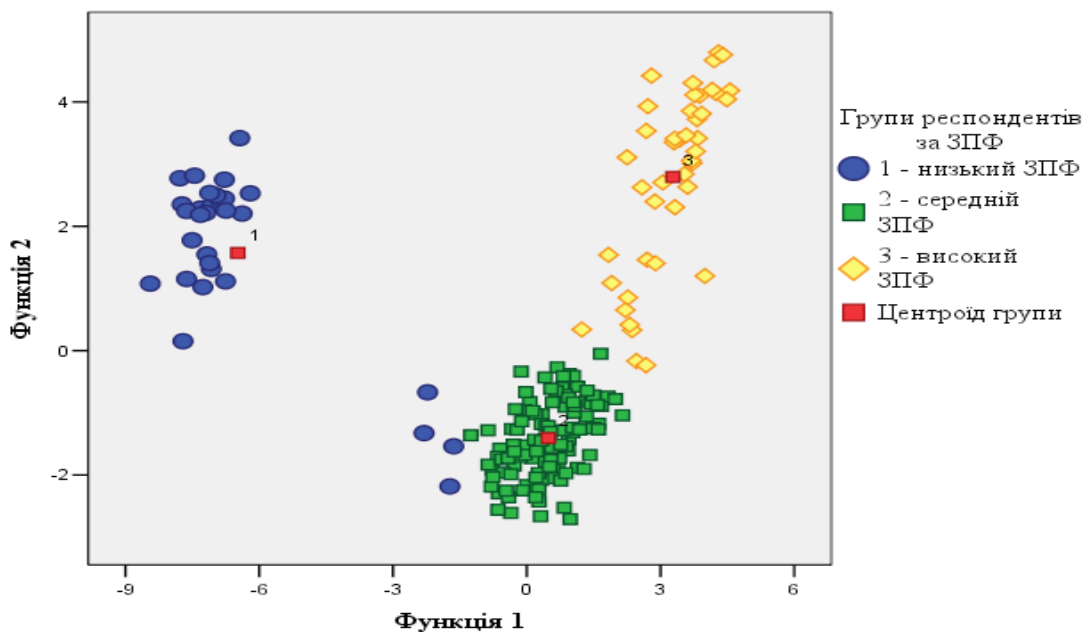


Рис. 3.1. Графічне відображення канонічних дискримінативних функцій

Поступовий аналіз середньогрупового розподілу показників за «Багатовимірною шкалою перфекціонізму» Г. Флетта, П. Х'юїтта показав суттєві відмінності між групами. Загальною тенденцією розподілу є виражені прояви перфекціонізму в групі з високим показником загального рівня перфекціонізму, на відміну від груп із середнім та низьким показниками загального рівня перфекціонізму. Слід відмітити, що у групі з високим та середнім рівнем прояву перфекціонізму домінуючу позицію займає «Я-

адресований перфекціонізм», що виражається у завищених або нереалістичних вимогах, які ставляться до себе, самокопанні й самокритиці (Рис. 3.2).

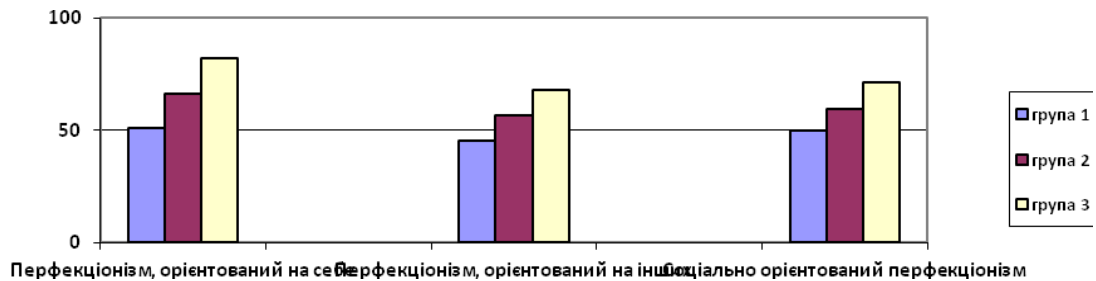


Рис. 3.2. Середньогруповий розподіл показників перфекціонізму в досліджуваних групах майбутніх медичних сестер

Подальша робота з отриманими емпіричним матеріалом передбачає визначення типу розподілу діагностичних даних для визначення певної групи методів (параметричних або непараметричних), що дозволять коректно встановити відмінності між особистісно-поведінковими та особистісно-комунікативними психологічними характеристиками (як детермінантами формування різного рівня перфекціонізму) представників цих двох груп. Для цього використано Z-критерій нормальності Колмогорова-Смирнова (Додаток Б, таблиця Б.1). Як бачимо, значення Asymp. Sig Z-критерію (ймовірність того, що розподіл відповідає нормальному) використаних діагностичних критеріїв менше або рівне $p \leq 0,05$ у понад 75 % шкал, що свідчить про те, що розподіл істотно відрізняється від нормального. Зазначимо, що, зазвичай, основною причиною відхилення результатів емпіричної діагностики від нормального розподілу є особливості процедури вимірювання: шкали, що використовуються, можуть володіти нерівномірною чутливістю до характеристики, що вимірюється в різних частинах діапазону її мінливості. На цю ж особливість діагностичних шкал, що використовувалися, вказує і великий ексцес (міра гостроти піку розподілу заданої величини) (більше 0) за усіма шкалами (Додаток Б, таблиця Б.2).

Зауважимо, що суворі відповідність даних емпіричного дослідження нормальному розподілу необхідна, переважно, під час розробки нової вимірювальної процедури або тестової шкали. В нашому випадку така специфіка розподілу даних вказує на те, що при подальшій обробці емпіричних матеріалів (зокрема, при порівнянні виділених груп між собою за відібраними психологічними характеристиками) варто застосовувати непараметричні методи математичної статистики.

Тому для перевірки гіпотези про відмінність між групами респондентів, що демонструють різні рівні вияву перфекціонізму використано непараметричний критерій Н Крускала-Уоллеса. Це непараметричний аналог однофакторного дисперсійного аналізу для незалежних вибірок, призначений для перевірки гіпотези про відмінності у вираженні певної ознаки (або ознак) одночасно між трьома і більше вибірками ($k > 2$). Основна ідея критерія Н Крускала-Уоллеса ґрунтується на представленні усіх значень вибірок, що порівнюються у вигляді однієї загальної послідовності упорядкованих (прорангованих) значень з подальшим обрахунком середнього рангу для кожної вибірки. Чим менше збігів між ранговими показниками, тим більше відрізняються вибірки (без конкретизації напрямку відмінностей).

Базовими статистичними показниками достовірності обрахунків для цього критерію є емпіричне значення показника χ^2 -, число ступенів свободи та p -рівень значимості отриманих даних. Результати застосування непараметричного критерію Н Крускала-Уоллеса до сформованої матриці емпіричних даних методики «Багатовимірні шкали перфекціонізму» Г. Флетта, П. Х'юїтта подано у табл. 3.3.

Отримані результати щодо рівнів прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер стосувалися вивчення особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик досліджуваних студентів за виділеними групами.

Таблиця 3.3

**Результати обрахунку Н-критерію Крускала-Уоллеса для
визначення психологічних відмінностей прояву рівнів перфекціонізму
майбутніх медичних сестер**

Показники	Група 1	Група 2	Група 3	Хі- квадрат	Ст. св.	Р
Я-адресований перфекціонізм	33,0	91,4	154,9	87,778	2	.000***
Перфекціонізм адресований до інших	35,5	93,2	148,2	73,928	2	.000***
Соціально- приписуваний перфекціонізм	40,0	89,7	154,6	79,936	2	.000***

Примітка: рівень достовірності: *** $p \leq 0,001$.

Середньогруповий зріз показників за шкалами тесту-опитувальника мотивації досягнення А. Мехрабіана демонструє такі особливості: показники мотивації досягнення є найвиразнішими у групі із високим рівнем прояву перфекціонізму особистості, хоча й у групах з середнім та низьким рівнями прояву перфекціонізму цей показник займає позицію помірного вираження (Рис. 3.3).

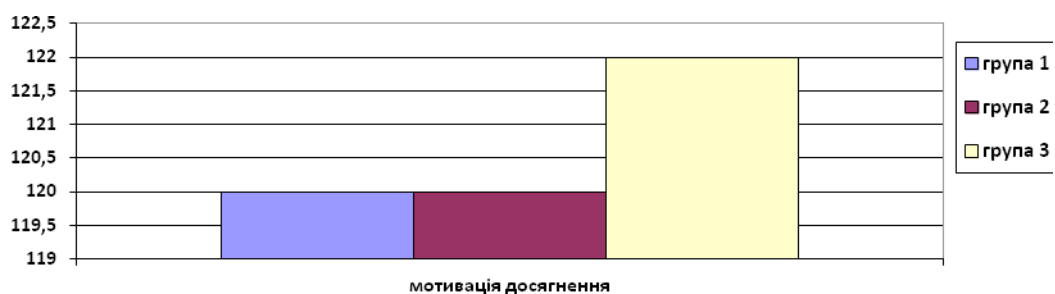


Рис. 3.3. Середньогруповий розподіл показників опитувальника мотивації досягнень А. Мехрабіана в досліджуваних групах майбутніх медичних сестер

Результати застосування непараметричного критерію Н Крускала-Уоллеса до сформованої матриці емпіричних даних тесту-опитувальника мотивації досягнення А. Мехрабіана подано у табл. 3.4.

Таблиця 3.4

**Результати обрахунку Н-критерію Крускала-Уоллеса
для визначення психологічних відмінностей прояву
мотивації досягнень майбутніх медичних сестер**

Показники	Група 1	Група 2	Група 3	Хі- квадрат	Ст. св.	Р
Мотивація досягнення	71,5	83,0	101,2	11,404	2	.031*

Примітка: рівень достовірності: * – $p \leq 0,05$.

Такі результати є гарним підтвердженням того, що усім студентам медичного коледжу притаманна виражена мотивація досягнення, що є закономірним для цього вікового періоду. Майбутні медичні сестри дуже відповідально ставляться до оцінюванням їхніх дій, адже вони переважно віддають перевагу складним завданням, які не завжди можуть приносити успіх; якщо ці студенти й припускають помилки при виконанні завдань, то вони не впадають у відчай і можуть швидко виправити становище; також цим майбутнім фахівцям властива прогностична діяльність планування дій.

Отримані дані кореспондуються із комплексним проявом особистісних властивостей, які досліджувалися за допомогою особистісного опитувальника FPI (модифікована форма В) (Рис. 3.4).

З огляду на середньогруповий розподіл особистісних показників, помітно, що в групі із високим рівнем прояву перфекціонізму виділяються ознаки невротичності й відкритості цих студентів; студенти із середнім рівнем прояву перфекціонізму так само є невротичними й відкритими, але вони є більш товариські, ніж депресивні порівняно із попередньою групою; щодо особистісних показників у групі із низьким рівнем прояву перфекціонізму, то фон їх вираженої невротичності й відкритості супроводжується ознаками емоційної лабільності, що часто проявляється в коливаннях настрою, підвищеній збудливості, дратівливості та низькій саморегуляції.

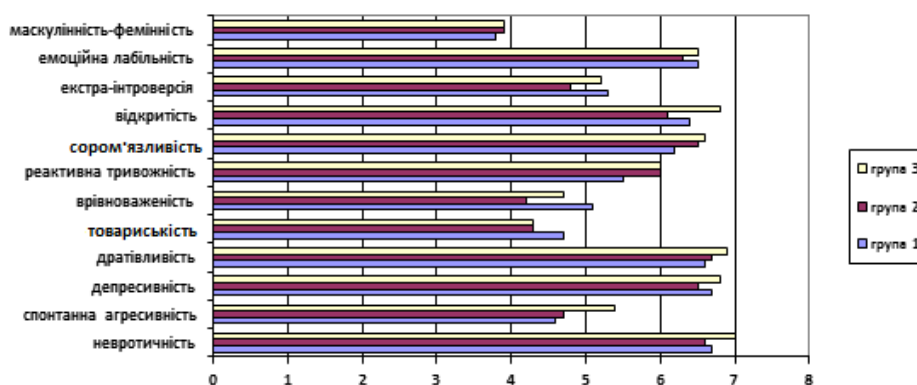


Рис. 3.4. Середньогруповий розподіл показників особистісного опитувальника FPI в досліджуваних групах майбутніх медичних сестер

Результати застосування непараметричного критерію Н Крускала-Уоллеса до сформованої матриці емпіричних даних особистісного опитувальника FPI подано в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Результати обрахунку Н-критерію Крускала-Уоллеса для визначення особистісних показників майбутніх медичних сестер

Показники	Група 1	Група 2	Група 3	Хі-квадрат	Ст. св.	Р
Невротичність	69,2	90,8	135,5	6,332	2	.020*
Спонтанна агресивність	81,5	93,1	110,8	7,855	2	.050*
Депресивність	76,8	94,3	112,4	8,686	2	.050*
Дратівливість	83,5	95,1	109,4	7,079	2	.029*
Товариськість	106,3	94,8	82,3	7,128	2	.048*
Урівноваженість	119,0	87,3	73,4	9,822	2	.007*
Реактивна тривожність	74,5	81,6	99,1	10,710	2	.011*
Сором'язливість	90,6	97,9	96,7	0,424	2	.706
Відкритість	99,3	89,8	113,0	2,646	2	.895
Екстра-інтроверсія	110,9	89,4	76,0	8,326	2	.031*
Емоційна лабільність	93,2	97,3	96,6	0,135	2	.897
Маскулінність-фемінність	98,1	94,5	100,9	0,451	2	.654

Примітка: рівень достовірності: * – $p \leq 0,05$.

Цікавим доповненням до попередніх діагностичних даних виступив середньогруповий розподіл показників самооцінки особистості, який показав, що між досліджуваними групами студентів-майбутніх медичних сестер є відмінності за показниками позитивної і негативної самооцінки (Рис. 3.5).

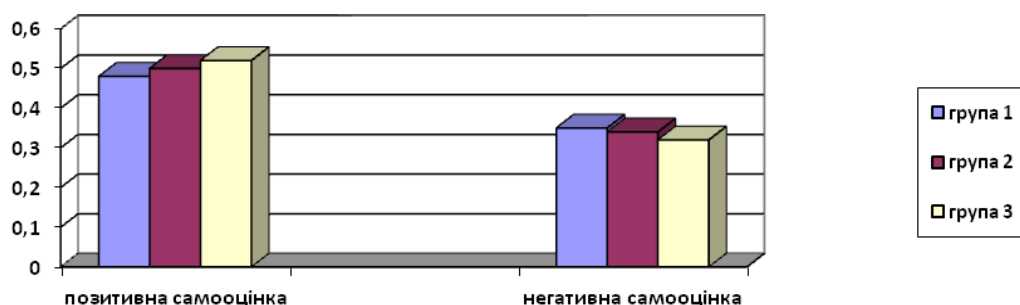


Рис. 3.5. Середньогруповий розподіл показників самооцінки в досліджуваних групах майбутніх медичних сестер

Отримані дані констатують факт наявності позитивної самооцінки як адекватної із тенденцією до заниження та негативної самооцінки як адекватної із тенденцією до завищення в усіх студентів-майбутніх медичних сестер незалежно від рівня прояву в них перфекціонізму. Результати застосування непараметричного критерію Н Крускала-Уоллеса до сформованої матриці емпіричних даних самооцінки особистості подано у табл. 3.6.

Таблиця 3.6

Результати обрахунку Н-критерію Крускала-Уоллеса для визначення показників самооцінки майбутніх медичних сестер

Показники	Група 1	Група 2	Група 3	Хі-квадрат	Ст. св.	Р
Самооцінка позитивна	109,3	97,4	82,7	12,976	2	.016*
Самооцінка негативна	83,7	91,1	102,3	10,919	2	.023*

Примітка: рівень достовірності: * – $p \leq 0,05$.

За психологічним змістом показники самооцінки знаходяться у прямому зв'язку із показниками самоставлення особистості, які вивчалися за допомогою методики дослідження самоставлення С. Р. Пантілєєва, середньогруповий зріз за якою представлений на рис. 3.6.

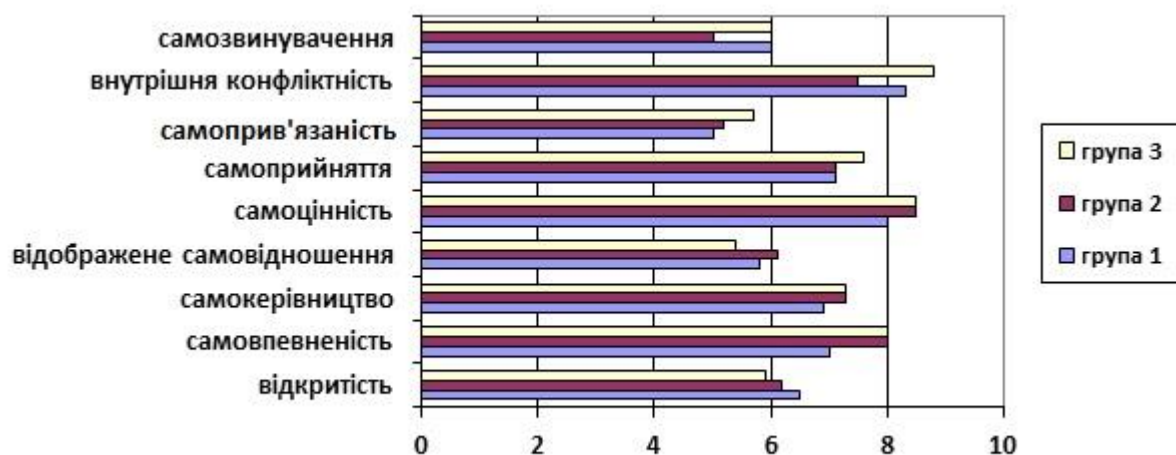


Рис. 3.6. Середньогруповий розподіл показників методики дослідження самоставлення С. Р. Пантілєєва в досліджуваних групах майбутніх медичних сестер

Середньогруповий зріз показників методики демонструє закономірність розташування переважної кількості показників на середньому рівні прояву, за виключенням високого рівня прояву показників самоцінності та самовпевненості для груп із середнім та високим рівнем прояву перфекціонізму, та показників внутрішньої конфліктності для студентів із високим та низьким рівнем прояву перфекціонізму. Це, водночас, дає змогу охарактеризувати студентів із високим та середнім рівнями прояву перфекціонізму як впевнених у собі, самостійних, вольових та надійних людей, їх емоційна оцінка себе та внутрішнього багатства свого «Я» дає можливість створювати гарне враження для оточуючих та викликати у них глибокі почуття. В той же час полярність прояву перфекціонізму спричинює прояви внутрішніх конфліктів, сумнівів та недовіри до себе, що фактично, на нашу думку, й пояснює депресивно-лабільні ознаки поведінки цих досліджуваних.

Результати застосування непараметричного критерію Н Крускала-Уоллеса до сформованої матриці емпіричних даних самоствердження особистості подано у табл. 3.7.

Таблиця 3.7

**Результати обрахунку Н-критерію Крускала-Уоллеса для
визначення показників самоствердження майбутніх медичних сестер**

Показники	Група 1	Група 2	Група 3	Хі-квадрат	Ст. св.	Р
Відкритість	101,9	98,2	94,1	1,412	2	.671
Самовпевненість	81,7	98,7	112,6	7,577	2	.050*
Самокерівництво	70,5	88,1	96,3	9,459	2	.020*
Відображене самовідношення	94,6	100,8	85,9	2,356	2	.574
Самоцінність	70,7	81,8	96,9	6,402	2	.039*
Самоприйняття	83,3	91,6	101,3	8,465	2	.050*
Самоприв'язаність	93,8	95,8	100,4	8,306	2	.050*
Внутрішня конфліктність	72,2	89,7	112,1	6,428	2	.037*
Самозвинувачення	73,8	87,0	110,8	9,374	2	.009*

Примітка: рівень достовірності: * – $p \leq 0,05$.

Середньогруповий розподіл показників опитувальника структури темпераменту В. М. Русалова показав, що між досліджуваними групами студентів-майбутніх медичних сестер є суттєві відмінності (Рис. 3.7).

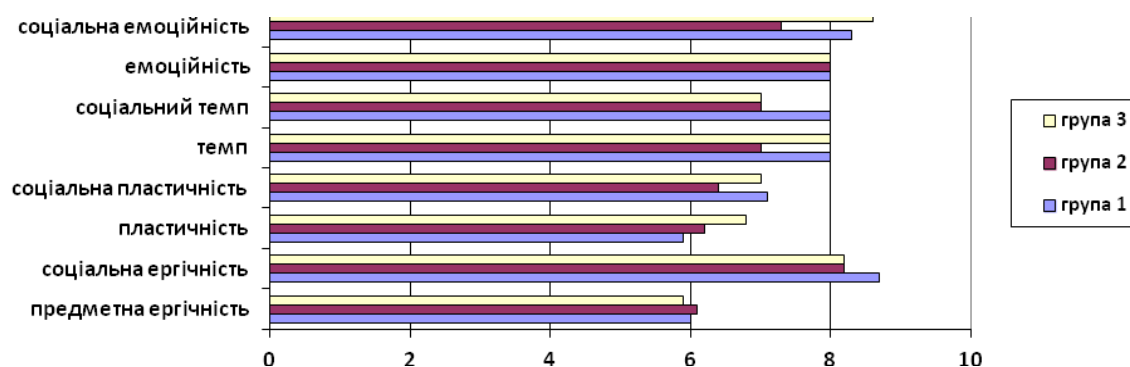


Рис. 3.7. Середньогруповий розподіл показників опитувальника структури темпераменту В. М. Русалова в досліджуваних групах майбутніх медичних сестер

Виражені відмінності щодо структурного змісту темпераменту досліджуваних студентів відмічено в групі із низьким рівнем прояву перфекціонізму за показником соціальної ергічності та в групі із високим рівнем прояву перфекціонізму за показником соціальної емоційності, що загалом дає можливість охарактеризувати цих досліджуваних у першому випадку як комунікативних, товариських, впевнених у собі і самостійних, які є соціально активними і досить часто соціально ініціативними; а у другому випадку, йдеться про їх високу емоційність в комунікативній сфері та надмірну чутливість до інтерактивних дій і поведінки. Результати застосування непараметричного критерію Н Крускала-Уоллеса до сформованої матриці емпіричних даних опитувальника структури темпераменту В. М. Русалова подано в табл. 3.8.

Таблиця 3.8

**Результати обрахунку Н-критерію Крускала-Уоллеса
для визначення показників структури темпераменту
майбутніх медичних сестер**

Показники	Група 1	Група 2	Група 3	Хі- квадрат	Ст. св.	Р
Ергічність	95,9	95,5	99,7	0,189	2	.910
Соціальна ергічність	106,9	92,0	81,8	6,270	2	.043*
Пластичність	71,7	84,6	105,0	12,378	2	.005**
Соціальна пластичність	110,3	89,6	76,1	10,035	2	.017*
Темп	91,3	95,8	102,1	0,720	2	.596
Соціальний темп	109,5	91,6	76,1	11,764	2	.007**
Емоційність	93,2	93,0	108,5	2,630	2	.944
Соціальна емоційність	117,7	96,2	81,2	11,568	2	.013*

Примітка: рівень достовірності: * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$.

Подальша психодіагностична робота була спрямована на вивчення характерологічних особливостей досліджуваних студентів-майбутніх

медичних сестер за допомогою сигналітичного опитувальника Гекса, середньогрупові показники якого представлені на рис. 3.8.

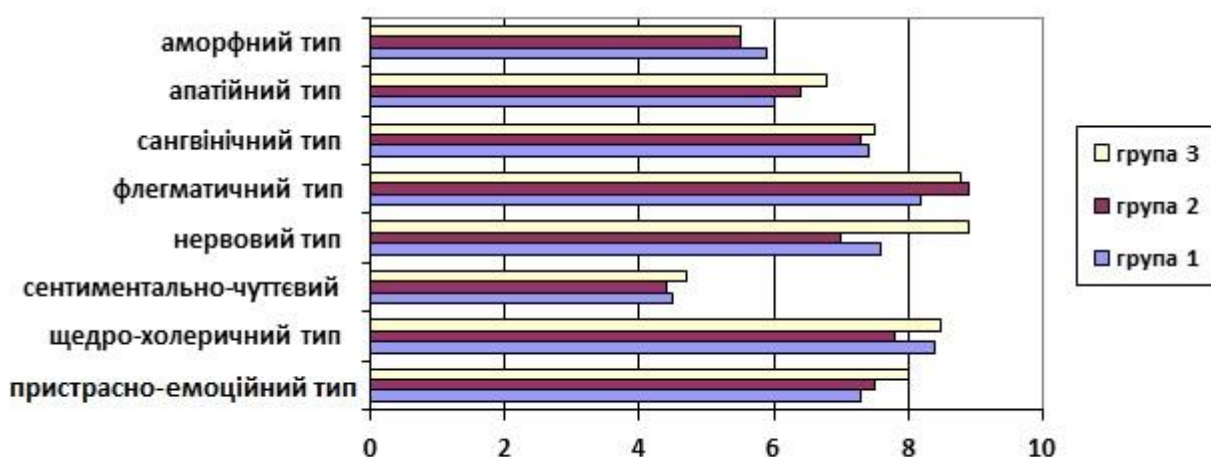


Рис. 3.8. Середньогруповий розподіл показників сигналітичного опитувальника Гекса в досліджуваних групах майбутніх медичних сестер

Аналіз середньогрупового розподілу показників за виявом характерологічних особливостей майбутніх медичних сестер показав, що у групі із низьким рівнем прояву перфекціонізму домінуючими є щедро-холеричний та флегматичний типи особистості; у групі із середнім рівнем прояву перфекціонізму домінує флегматичний тип; а в групі із високим рівнем прояву перфекціонізму заявляють про себе такі типи, як щедро-холеричний, нервовий та флегматичний. Такі характерологічні особливості засвідчують загальний фон флегматичного характеру для усіх студентів, що проявляється в чіткості й точності виконання поставлених перед людиною завдань, адже її поведінка підкорена певним принципам, де поважають розклади й рекомендації, їх «методичний» розум поважає порядок і регулярність, а благорозумність і обережність допомагає проявляти незалежність і дотримуватися почуття дистанції. Водночас такий флегматичний фон у студентів із низьким рівнем прояву перфекціонізму сповнений ознак щедро-холеричного типу особистості, що проявляється в постійному бажанні звернути на себе увагу, адже внаслідок вираженого у них щасливого оптимізму ці студенти сповнені душевності і щедрості, вони

вміють швидко приймати рішення, а потім ретельно виконувати задумане. Для студентів із високим рівнем прояву перфекціонізму до вказаних характерологічних характеристик ще додаються ознаки нервового типу, зокрема постійне прагнення до зміни обстановки та прояву інтересу до чогось незвичного і навіть містичного, що у поведінкових реакціях цих студентів проявляється в непостійності настрою, ситуативній агресивності, дратівливості й ворожості.

Результати застосування непараметричного критерію Н Крускала-Уоллеса до сформованої матриці емпіричних даних сигналітичного опитувальника Гекса подано в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

**Результати обрахунку Н-критерію Крускала-Уоллеса
для визначення показників сигналітичного опитувальника
в майбутніх медичних сестер**

Показники	Група 1	Група 2	Група 3	Хі- квадрат	Ст. св.	Р
Пристрасно-емоційний тип	84,8	93,9	112,0	8,031	2	.041*
Щедро-холеричний тип	71,3	89,9	110,7	7,921	2	.022*
Сентиментально-чуттєвий тип	91,4	95,5	102,7	0,838	2	.886
Нервовий тип	97,8	83,9	130,4	0,456	2	.838
Флегматичний тип	79,2	99,4	100,6	9,502	2	.015*
Сангвінічний тип	87,2	96,4	103,4	1,533	2	.760
Апатичний тип	83,8	94,3	103,0	7,249	2	.040*
Аморфний тип	99,1	96,7	94,2	0,141	2	.647

Примітка: рівень достовірності: * – $p \leq 0,05$.

Перфекціоністські тенденції поведінки майбутніх медичних сестер знаходять зв'язок у прояві їхніх комунікативних характеристик, і особливо це стосується особливостей самоконтролю в спілкуванні, який досліджувався нами за допомогою однойменної методики М. Шнайдера. Середньогруповий розподіл показників за результатами проведення цієї методики представлений на рис. 3.9.

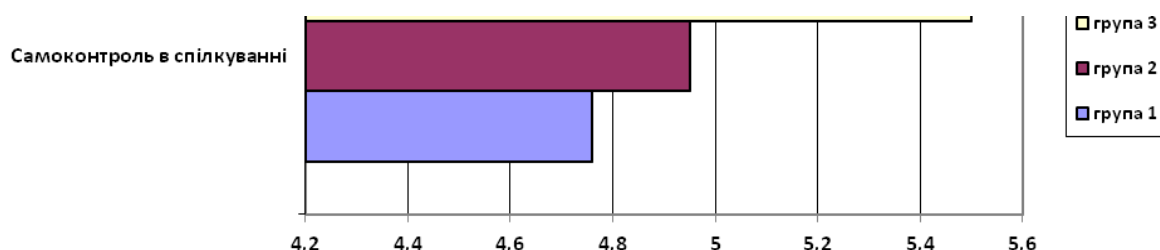


Рис. 3.9. Середньогруповий розподіл показників методики діагностики оцінки самоконтролю в спілкуванні М. Шнайдера в досліджуваних групах майбутніх медичних сестер

Отримані результати збільшення показників самоконтролю в спілкуванні у групі майбутніх медичних сестер із високим рівнем прояву перфекціонізму певною мірою суперечать попереднім даним. Водночас студенти із високим комунікативним контролем вміють керувати вираженням своїх емоцій, що серед професійних навичок медичної сестри є однією із чи не найголовніших якостей. Результати застосування непараметричного критерію Н Крускала-Уоллеса до сформованої матриці емпіричних даних методики діагностики оцінки самоконтролю в спілкуванні М. Шнайдера подано у табл. 3.10.

Таблиця 3.10

Результати обрахунку Н-критерію Крускала-Уоллеса для визначення показників методики діагностики оцінки самоконтролю в спілкуванні М. Шнайдера у майбутніх медичних сестер

Показники	Група 1	Група 2	Група 3	Хі-квадрат	Ст. св.	Р
Самоконтроль у спілкуванні	79,2	91,9	108,0	8,545	2	.020*

Примітка: рівень достовірності: * – $p \leq 0,05$.

Наступним етапом психодіагностичної роботи була обробка середньогрупових показників методики діагностики рівня емпатійних здібностей В. Бойка (Рис. 3.10).

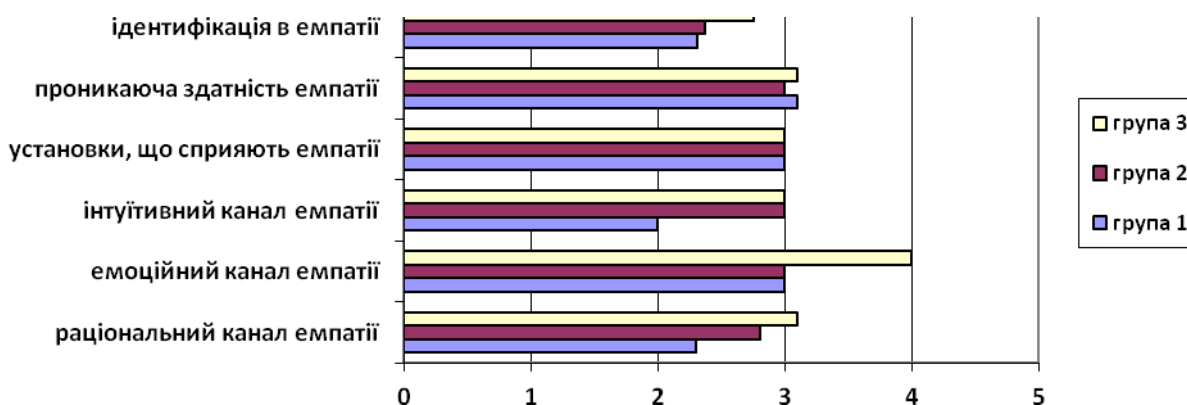


Рис. 3.10. Середньогруповий розподіл показників методики діагностики рівня емпатичних здібностей В. Бойка в досліджуваних групах майбутніх медичних сестер

Емпатійні здібності майбутніх медичних сестер із високим рівнем прояву перфекціонізму в своїй структурі містять *емоційний канал* прояву, що проявляється в емоційній відвертості як засобу «входження» в енергетичний простір партнера, що підтверджується й такими високими показниками раціонального каналу емпатії та проникаючої здатності емпатії, завдяки яким відбувається узагальнення різноманітної інформації про партнера у спілкуванні. Що стосується груп студентів із середнім та низьким рівнем прояву перфекціонізму, то їх суттєвою відмінністю є рівномірний розподіл даних у структурі емпатійних здібностей, за виключенням шкал «раціонального каналу емпатії», «інтуїтивного каналу емпатії» та «ідентифікації в емпатії», значення за якими виявилися значно нижчими у групі студентів із низьким рівнем прояву перфекціонізму.

Результати застосування непараметричного критерію Н Крускала-Уоллеса до сформованої матриці емпіричних даних методики діагностики рівня емпатичних здібностей В. Бойка подано у таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

**Результати обрахунку Н-критерію Крускала-Уоллеса для
визначення показників рівня емпатійних здібностей
у майбутніх медичних сестер**

Показники	Група 1	Група 2	Група 3	Хі-квадрат	Ст. св.	Р
Раціональний канал емпатії	84,0	93,0	114,8	7,100	2	.019*
Емоційний канал емпатії	77,2	90,8	105,5	9,529	2	.023*
Інтуїтивний канал емпатії	81,5	93,8	119,9	10,592	2	.039*
Установки, що сприяють емпатії	80,1	89,7	112,2	8,780	2	.050*
Проникаюча здатність в емпатії	100,0	91,0	78,3	7,264	2	.042*
Ідентифікація в емпатії	94,5	92,0	110,3	3,656	2	.867
Загальний показник емпатії	67,2	89,2	123,1	12,778	2	.002*

Примітка: рівень достовірності: * – $p \leq 0,05$.

Завершальним етапом опрацювання діагностичних даних став аналіз середньогрупового розподілу показників багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність» О. Маклакова і С. Чермяніна (Рис. 3.11).

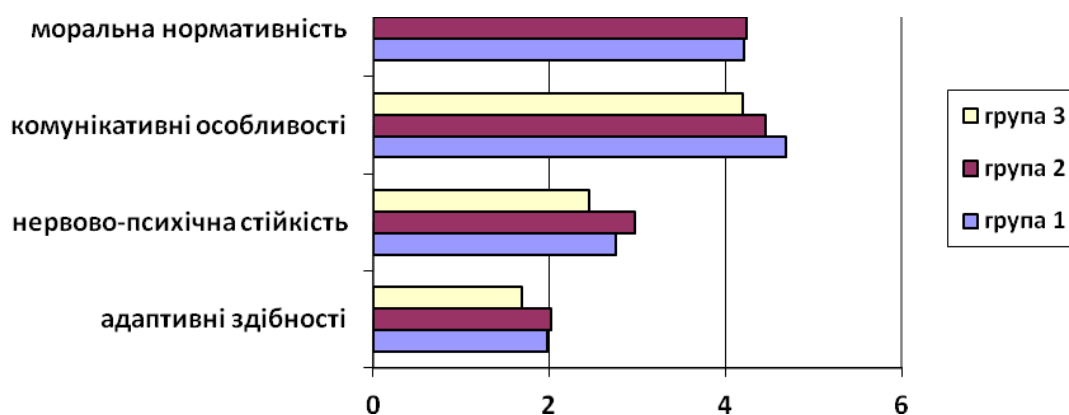


Рис. 3.11. Середньогруповий розподіл показників адаптивності в досліджуваних групах майбутніх медичних сестер

Як показали отримані результати, найвищі показники адаптивних здібностей зафіксовані в групі майбутніх медичних сестер із високим рівнем прояву перфекціонізму, що у комплексі виражених комунікативних особливостей та моральної нормативності проявляється у відповідальності людини, на яку завжди можна покластися, така людина завжди приймає правила і вимоги, яким слідє; вона вміє управляти собою і власними вчинками, самоконтроль для неї не проблема, прийнявши рішення, вона слідє йому, любить розмірковувати і переважно розраховувати на власні можливості.

Аналізуючи загальний показник адаптивності майбутніх медичних сестер, які належать до груп середнього та низького рівня прояву перфекціонізму, можна констатувати такі особливості їх адаптативної поведінки, як-от: вони легко адаптуються до нових умов діяльності, швидко звикають до нового оточення, групи, колективу, вони легко та адекватно орієнтуються в ситуації, швидко виробляють стратегії своєї поведінки, а також вони зазвичай неконфліктні.

Результати застосування непараметричного критерію Н Крускала-Уоллеса до сформованої матриці емпіричних даних багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність» подано у таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

**Результати обрахунку Н-критерію Крускала-Уоллеса для
визначення показників адаптивності у майбутніх медичних сестер**

Показники	Група 1	Група 2	Група 3	Хі- квадрат	Ст. св.	Р
Адаптивні здібності	1,97	2,02	1,68	9,200	2	.001**
Нервово-психічна стійкість	2,76	2,97	2,45	17,422	2	.001**
Комунікативні особливості	4,69	4,45	4,20	12,987	2	.001**
Моральна нормативність	4,21	4,24	3,93	7,606	2	.025*

Примітка: рівень достовірності: * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$.

Отримані результати свідчать, що переважна більшість діагностичних показників відрізняються в усіх групах респондентів, що демонструє диференціацію їх особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик залежно від рівня загального прояву перфекціонізму. Статистично значущими ($p \leq 0,05$, $p \leq 0,01$, $p \leq 0,001$) виявились відмінності між значною частиною діагностичних показників, що ще раз підтверджує правомірність диференціації майбутніх медичних сестер залежно від рівня перфекціонізму та важливість пошуку особистісно-поведінкових і особистісно-комунікативних ознак, що детермінують специфіку вимог до себе та до соціуму.

Окрім того, в результаті обрахунку критерію Н Крускала-Уоллеса було встановлено особистісно-поведінкові та особистісно-комунікативні характеристики респондентів, що не спричиняють статистично-значущих диференціацій у процесі формування перфекціонізму, серед яких: сором'язливість, відкритість, емоційна лабільність, маскуліність-фемінність, відкритість, відображене самовідношення, ергічність, темп, емоційність, сентиментально-чуттєвий тип, нервовий тип, сангвінічний тип, аморфний тип, ідентифікація в емпатії. Перераховані шкали не будуть враховуватися в подальшому аналізі емпіричних даних у зв'язку з неінформативністю диференціації та відсутності її статистично-значущих показників.

Отже, застосування критерію Н Крускала-Уоллеса дало нам змогу конкретизувати ті основні діагностичні показники, за якими статистично-значущо диференціюються виокремлені групи респондентів. Наступним кроком у вивченні особливостей формування та прояву рівня перфекціонізму майбутніх медичних сестер став процес мінімізації кількості змінних та концентрації інформації про особистісно-поведінкові та особистісно-комунікативні детермінанти перфекціонізму у вигляді невеликого масиву характеристик.

Для вирішення цього завдання нами застосовано метод факторного аналізу, адже саме з допомогою процедури факторизації зменшується розмірність вихідного простору корелюючих між собою ознак та забезпечується більш економна їх репрезентація при мінімальних втратах вихідної діагностичної інформації. Результатом проведення факторного аналізу є перехід від множини вихідних змінних до меншої кількості нових змінних, що формують так звані фактори, які, водночас, інтерпретуються як передумови спільної мінливості масиву вихідних змінних. З його допомогою ми отримаємо факторну структуру комунікативних та особистісно-поведінкових детермінант, що визначають специфіку прояву майбутніми медичними сестрами основних ознак перфекціонізму.

Факторизація матриці психологічних шкал (змінних) у розрізі особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик майбутніх медичних сестер, визначених за допомогою критерію Н Крускала-Уоллеса, відбувалася за допомогою методу головних компонент (Principal Components) з наступним варімакс-обертанням (Varimax). Для визначення кількості факторів ми користувалися критерієм Кайзера – кількість факторів дорівнює кількості компонентів, власні значення яких більше одиниці. Правомірність застосування методу факторного аналізу до вибірки також перевірялась за критерієм Кайзера-Мейєра-Олкіна: значення кореляції між фактором та змінними, що входять в його структуру менше 0,5 не брались до уваги в аналізі.

Першим етапом стала факторизація особистісно-комунікативних характеристик медичних сестер за рівнем прояву у них перфекціонізму. В результаті було отримано факторну структуру особистісно-комунікативних характеристик студентів-медичних сестер з низьким рівнем його прояву. перфекціонізму.

Результати обрахунку факторної структури особистісно-комунікативних характеристик студентів – майбутніх медичних сестер представлені у таблиці 3.13.

Таблиця 3.13

**Факторна структура особистісно-комунікативних характеристик
майбутніх медичних сестер з низьким рівнем прояву перфекціонізму**

Діагностичні шкали	Компонента		
	1	2	3
Соціальна пластичність	.851		
Товариськість	.828		
Соціальна ергічність	.719		
Соціальний темп	.683		
Екстра-інтроверсія	.636		
Самоконтроль у спілкуванні		.894	
Комунікативні особливості		.752	
Соціальна емоційність		.722	
Проникаюча здатність в емпатії			.945

За результатами факторного аналізу було визначено три основних компоненти, що визначають особистісно-комунікативні особливості майбутніх медичних сестер з низькими показниками прояву перфекціонізму. Зокрема до першого фактору входять такі елементи як: соціальна пластичність, товариськість, соціальна ергічність, соціальний темп та показник екстра-інтроверсії. Другий фактор описує такі показники як самоконтроль у спілкуванні, комунікативні особливості та соціальна емоційність. Третій фактор визначається через такий психологічний показник як проникаюча здатність в емпатії.

Для подальшого змістового аналізу отриманих комплексів показників є важливим накопичений відсоток дисперсії факторів, який визначає наскільки повно вдалося описати сукупність емпіричних даних з їхньою допомогою: чим вищий цей показник, тим більшу частину вхідного масиву даних вдалося факторизувати. Визначені три фактори описують понад 72 % дисперсії масиву даних, що свідчить про доволі високу достовірність результатів, отриманих шляхом застосування факторного підходу до визначених змінних. Виокремлення найбільш значущих факторів підтверджено відповідними

високими показниками коефіцієнтів факторних навантажень після процедури VARIMAX-обертання (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

Власні значення виокремлених факторів

Фактори	Навантаження фактору після обертання		
	Всього	Навантаження (у %)	Загальний показник навантаження (у %)
1	3,174	31,735	31,735
2	2,690	26,905	58,640
3	1,349	13,490	72,130

Як видно з таблиці перший фактор пояснює 31,7 % дисперсії, другий – майже 27 %, третій – 13,4 %.

Зауважимо, що назви факторам даються, зазвичай, на основі першого елемента, який має найбільшу вагу та, відповідно, описує значну частину дисперсії даних у межах фактору. Номінативно-інформативна факторна структура особистісно-комунікативних характеристик студентів з низькими показниками перфекціонізму представлена на рис. 3.12.

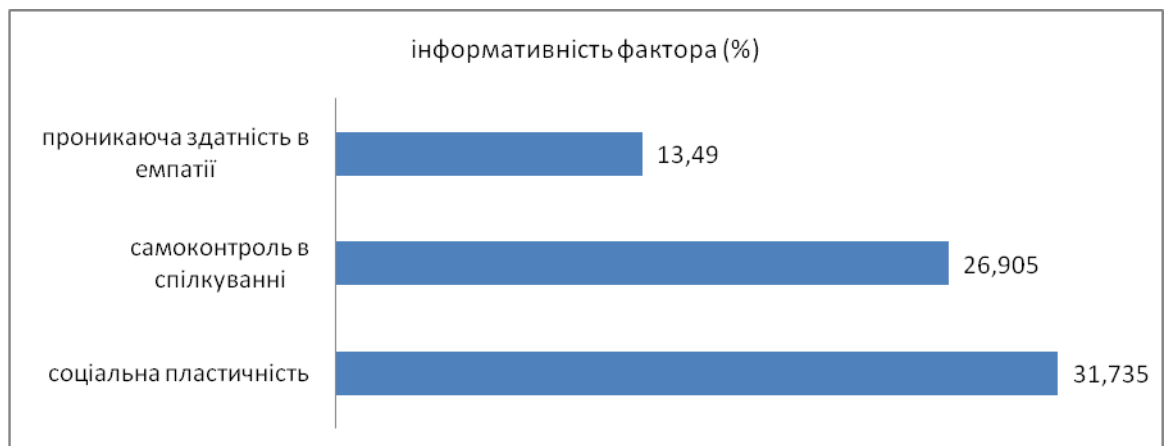


Рис. 3.12. Номінативно-інформативна факторна структура особистісно-комунікативних характеристик студентів з низьким показником перфекціонізму

Перший фактор *«соціальна пластичність»* містить п'ять комунікативних характеристик, які загалом визначають міру легкості переключення в комунікативних програмах людини, контактність та соціальну активність. Так, соціальна пластичність (0,851) декларує легкість входження в соціальні контакти і легкість переключення з одного на інший об'єкт спілкування. Ці студенти без внутрішніх перешкод легко включаються в будь-яку розмову внаслідок великої кількості комунікативних заготовок, вміння говорити вільно і без запинок; їх вміння підтримувати контакти інколи видається схожим на імпульсивну балакучість, але оточуючим вони подобаються тим, що об'єднують і втримують навколо себе людей завдяки переважно дружелюбному й відкритому ставленню до них. Їхня товариськість (0,828) характеризує високий рівень соціальної активності за рахунок вираженої потреби в спілкуванні з оточуючими та постійної готовності до задоволення цієї потреби, вони легко віднаходять себе в будь-якій компанії, адже вони відносяться до тих людей, «які за словом в кишеню не полізуть» і завжди готові поспілкуватися як із знайомими, так і з незнайомими людьми, вони щиро радіють зустрічам із старими знайомими та завжди залюбки беруть участь в організації суспільних заходів та колективних дискусіях. Тому закономірним є виражена соціальна ергічність (0,719) як потреба в соціальному контакті із тенденцією до лідерських позицій, адже такі майбутні фахівці схильні до проявів різноманітних ініціатив і прожектів, їх впевненість допомагає віднайтися в колі великої аудиторії, авторитетні та критичні зауваження не заважають відстоювати власну точку зору. Виражені показники соціального темпу (0,683) як ознаки мовнорухової швидкості підкріплюються високою екстраверсією (0,636) цих майбутніх медичних сестер, тому часто при розмові з ними можна помітити, що вони не соромляться у висловлюваннях, можуть легко без образ посміятися над іншими, а якщо потрібно відстояти власні погляди, то можуть навіть і підвищити голос.

Другий фактор *«самоконтроль у спілкуванні»* об'єднав основні ознаки емоційної толерантності цих медичних сестер. Так, високі показники самоконтролю у спілкуванні (0,894) є ознакою вміння стежити за собою в ході спілкування внаслідок управління власними емоційними проявами, завдяки чому вони вміло обходять непрогнозовані й спонтанні ситуації. Їхній високий рівень розвитку комунікативних навичок (0,752) допомагає встановлювати соціальні контакти на основі відкритості, оптимістичності, активності й дружелюбності, а соціальна емоційність (0,722) сприяє їх чутливості й передбачуваності в спілкуванні. Внутрішнє відчуття емоційних перешкод в процесі спілкування робить цих студентів не тільки відкритими у стосунках з іншими людьми, тактовними й чуйними в налагодженні міжособистісних контактів, але й здатними до найповнішого й глибокого відображення психології інших людей, яка виражається в здатності оперативно та адекватно оцінювати психологічні характеристики людей, пояснювати поведінку та вчинки інших людей і свої власні, проявляти спостережливість у бесідах та у вирішенні різноманітних життєвих та професійних завдань.

Третій фактор *«проникаюча здатність в емпатії»* (0,945) визначається такими характеристиками емпатії, яка допомагає майбутнім медичним сестрам створювати атмосферу відкритості, довірливості, душевності; внаслідок чого такі медичні сестри є зразком емоційно-комунікативної збалансованості, в якій добре відображається система позитивних очікувань і мислення цих майбутніх фахівців за рахунок емпатійної врівноваженості й відкритості до інших людей.

Подальша робота щодо узагальнення даних емпіричного дослідження полягала у встановленні факторної структури особистісно-поведінкових детермінант в майбутніх медичних сестер з ознаками низького рівня прояву перфекціонізму. Факторну структуру вимірюваних показників у вказаному діапазоні перфекціонізму представлено в таблиці 3.15.

Отже, за результатами факторного аналізу особистісно-поведінкові особливості осіб з низьким рівнем перфекціонізму були об'єднані у дев'ять факторів, які описують понад 80 % дисперсії масиву даних, що свідчить про високу достовірність результатів застосування факторного підходу до визначених змінних.

Таблиця 3.15

**Факторна структура особистісно-поведінкових характеристик
майбутніх медичних сестер з низьким рівнем прояву перфекціонізму**

Діагностичні шкали	Компонента								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Самовпевненість	.897								
Нервово-психічна стійкість	.869								
Внутрішня конфліктність	- .866								
Самозвинувачення	.854								
Депресивність	.827								
Апатичний тип	-								
Самоприйняття		.796							
Щедро-холеричний тип		.785							
Невротичність		.748							
Мотивація досягнення		.585							
Самоприв'язаність		.563							
Урівноваженість		.530							
Я-адресований ПРФ			-.877						
Самокерівництво			.721						
Самоцінність			.667						
ПРФ адресований до інших				.842					
Соціально-орієнтований ПРФ				-.712					
Моральна нормативність				.692					

Продовження таблиці 3.15

Загальний показник емпатії					.816				
Емоційний канал емпатії					.771				
Інтуїтивний канал емпатії					.693				
Пластичність						.766			
Самооцінка негативна						-.506			
Самооцінка позитивна							.916		
Адаптивні здібності								.811	
Реактивна тривожність								.546	
Установки, що сприяють емпатії									-.804

Виокремлення найбільш значущих факторів підтверджено відповідними високими показниками коефіцієнтів факторних навантажень після процедури VARIMAX-обертання (табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Власні значення виокремлених факторів

Фактори	Навантаження фактору після обертання		
	Всього	Навантаження (у %)	Загальний показник навантаження (у %)
1	5,891	19,638	19,638
2	4,487	14,957	34,595
3	2,456	8,187	42,782
4	2,175	7,249	50,031
5	2,115	7,048	57,080
6	1,994	6,646	63,726
7	1,955	6,517	70,243
8	1,759	5,864	76,106
9	1,741	5,802	81,909

Номінативно-інформативна факторна структура особистісно-поведінкових характеристик майбутніх медичних сестер з рівнем перфекціонізму нижче середнього представлена на рис. 3.13.



Рис. 3.13. Номінативно-інформативна факторна структура особистісно-поведінкових характеристик студентів з низькими показниками загального рівня перфекціонізму

Факторна інформативність вимірюваних показників дає змогу окреслити основні психологічні особистісно-поведінкові вектори прояву низького рівня перфекціонізму в майбутніх медичних сестер.

Отже, перейдемо до детального змістового аналізу кожного з виділених нами факторів. **Перший** фактор «самовпевненість», що пояснює 19,6 % дисперсії, містить шість складових елементів, серед яких самовпевненість (0,897), завдяки якій студенти медичного коледжу демонструють наявність здібностей та енергетичного ресурсу для вирішення різноманітних завдань; окрім цього вони вміють самодостатньо оцінити себе, адже переважно переконані, що й інші люди оцінюють їх досить високо; нервово-психічна стійкість (0,869) відображає сформований рівень саморегуляції поведінки, адекватної самооцінки та реального сприйняття дійсності; що є результатом відсутності в них внутрішньої конфліктності (-0,866), а отже вони здатні розпізнати міру реалістичності подій, які відбуваються, і вимог, які ставляться перед ними завдяки внутрішній збалансованості бажань і

можливостей; зафіксовані ознаки самозвинувачення (0,854) є закономірним явищем у саморегуляційних процесах їх самовпевненої поведінки, тому їм часто доводиться порівнювати себе з іншими людьми, і при цьому звертати увагу на власні недоліки, що може викликати не тільки почуття роздратування, але й симптоми депресивності (0,827), що можна кваліфікувати як своєрідну форму надвимогливого ставлення до себе та самокритичного сумніву в бездоганній оцінці власної поведінки; тому відсутність характерологічних рис апатичного типу (-0,571) дає змогу стверджувати про факт ситуативного депресивно-самозвинувачуваного фону у самовпевненій поведінці цих досліджуваних майбутніх фахівців, адже про них не можна сказати, що вони замкнені в собі, вперті чи мають звичку ображатися, вони не прив'язані до звичок або способу життя, адже вміють проявляти інтерес до оточуючих людей, речей та подій.

Другий фактор *«самоприйняття»*, що пояснює майже 15 % дисперсії, узагальнює такі характеристики, як: самоприйняття (0,796), що є гарною ознакою дружньої довіри цих респондентів до самих себе, вони впевнені у своїх перевагах, вміють виокремити власні недоліки і зробити їх своїми; характерологічні особливості щедро-холеричного типу особистості (0,785) загалом визначають цих студентів як щедрих, доброзичливих і веселих людей, адже їх оптимістична позиція в житті допомагає їм швидко приймати рішення та із властивим темпераментом виконувати поставлені завдання; їх невротичність (0,748) зумовлена фактом внутрішньої напруженості та підвищеної імпульсивності, адже високий рівень мотивації досягнення (0,585) вимагає постійної зосередженості й витривалості в досягненні поставлених цілей і оперативних завдань; їх самоприв'язаність (0,563) допомагає зберегти позитивне ставлення до себе за будь-яких умов; а виявлена врівноваженість (0,530) демонструє характеристики впевненості у собі та помірної емоційності в міжособистісних стосунках.

Третій фактор *«самокерівництво»*, який пояснює 8,1 % дисперсії, інтегрував у собі ознаки відсутності завищених або нереалістичних вимог до

себе, самокопання і самокритики, які роблять неможливим прийняття власних вад, недоліків та невдач (-0,877); адже цим майбутнім медичним сестрам притаманна ознака вираженого самокерівництва (0,721), що виражається у вмінні раціональної оцінки власних планів і можливостей їх реалізації в майбутньому за рахунок вираженої самооцінки і рівня домагань; їх почуття самоцінності (0,667) допомагає втілити у життя поставлені завдання в силу вираженого почуття власної гідності та практичності думок та конкретних дій.

Четвертий фактор *«перфекціонізм, адресований до інших»* (7,2 % дисперсії) містить основні перфекціоністські ознаки збільшених або нереалістичних вимог до інших (0,842); при цьому для цих студентів є повністю відсутнім переконання, що інші можуть ставити до суб'єкта нереалістичні вимоги, яким важко, але необхідно відповідати, щоб заслужити схвалення та прийняття (-0,712); загалом вміння реально оцінювати свій стан у групі та навички орієнтації в дотриманні загальноприйнятих норм поведінки, тобто їх виражена моральна нормативність (0,692) є гарною ознакою готовності служити високим принципам, бути законослухняними і відповідальними.

П'ятий фактор *«емпатійність»* (7 % дисперсії) об'єднує характеристики, що стосуються емпатійності студентів на загальному рівні її прояву (0,816), і вміщує психологічну палітру особистісних якостей майбутніх медичних сестер в показниках найважливіших комунікативних властивостей, що дають змогу цим фахівцям створювати атмосферу відкритості, довірливості й душевності; на основі вираженого співпереживання вони можуть легко поставити себе на місце партнера по спілкуванню; так і на рівні її структурних ознак як емоційний канал емпатії (0,771), який фіксує здатність емпатійної людини входити в емоційний резонанс з оточуючими – співпереживати, співдіяти; емоційна відвертість в цьому випадку стає засобом «входження» в енергетичне поле партнера, а співучасть та співпереживання виконує роль провідника між партнерами; та

як інтуїтивний канал емпатії (0,693), на рівні якого відбувається підключення підсвідомого досвіду, який допомагає узагальнити різноманітну інформацію про партнера у спілкуванні.

Шостий фактор *«пластичність»*, який пояснює 6,6 % дисперсії, увібрав характеристики легкості переключення з одного на інший вид діяльності в процесі взаємодії з предметним середовищем (0,766) та ознаки позитивної самооцінки, яка допомагає генерувати позитивну енергію у вирішенні та виконанні різноманітних фізичних та розумових завдань.

Сьомий фактор *«позитивна самооцінка»* (6,5 % дисперсії) характеризується позитивною самооцінкою майбутніх медичних сестер (0,916), яка на поведінковому рівні ефективно супроводжує професійну врівноваженість і виваженість, що справляють гарне враження спокійного, уважного і толерантного фахівця.

До **восьмого** фактору *«адаптивні здібності»*, який пояснює 5,8 % дисперсії, належать характеристики легкої адаптації до нових умов діяльності, швидкого звикання до нового оточення чи групи (0,811); водночас у цих студентів помічено виражену реактивну тривожність (0,546), яка інтерпретується нами як надмірне бажання завжди відстоювати свої погляди та доводити розпочату справу до завершення.

Дев'ятий фактор *«установки, що сприяють емпатії»* (5,8 % дисперсії) оформлений однойменною шкалою, психологічний зміст якої визначається вираженням прагненням цих фахівців бути соціально корисними, робити добро, навіть якщо воно дорого обходиться, безкорисливо допомагати усім людям та постійно приходити на допомогу; слід додати, що такі емпатійні установки сприяють зниженню невротичних реакцій і форм поведінки в професійній діяльності та в особистому житті.

Таким чином, аналіз емпіричних даних дав змогу виокремити основні фактори, які визначають особливості прояву особистісно-комунікативних та особистісно-поведінкових характеристик у студентів-майбутніх медичних сестер із низьким рівнем прояву перфекціонізму: це відносно стійкі,

незалежні від конкретної ситуації психічні утворення, що засвідчують досягнутий особистістю рівень свідомої саморегуляції дій та діяльності, що виражається в цілеспрямованості як умінні керуватися в своїх діях і вчинках загальними і стійкими цілями; організованості, яка полягає в здатності діяти згідно наміченого плану, але й при необхідності виявляти гнучкість при його здійсненні за умови зміни обставин дійсності.

Подальше застосування факторного аналізу до даних, отриманих у ході дослідження, мало на меті конкретизувати особистісно-комунікативні та особистісно-поведінкові характеристики майбутніх медичних сестер із середнім рівнем прояву перфекціонізму. Результати факторизації особистісно-комунікативних характеристик майбутніх медичних сестер представлено у табл. 3. 17.

Таблиця 3.17

Факторна структура особистісно-комунікативних характеристик майбутніх медичних сестер із середнім рівнем прояву перфекціонізму

Діагностичні шкали	Компонента		
	1	2	3
Товариськість	.790		
Соціальна ергічність	.741		
Екстра-інтроверсія	.623		
Соціальна пластичність	.589		
Комунікативні особливості		.810	
Соціальна емоційність		-.548	
Проникаюча здатність в емпатії		.511	
Соціальний темп			.919

За результатами факторного аналізу оцінок респондентів з другої групи було визначено три основних компоненти, що визначають особистісно-комунікативні особливості студентів-майбутніх медичних сестер з середнім рівнем загального показника перфекціонізму. Зокрема до першого фактору входять такі діагностичні критерії, як: товариськість, соціальна ергічність, екстра-інтроверсія, соціальна пластичність. Другий фактор вміщує такі показники, як комунікативні особливості, соціальна емоційність та

проникаюча здатність в емпатії. Третій фактор визначається через такий психологічний показник як соціальний темп.

Визначені три фактори описують майже 70 % дисперсії масиву даних, що свідчить про доволі високу достовірність результатів, отриманих шляхом застосування факторного підходу до визначених змінних. Виділення найбільш значущих факторів підтверджено відповідними високими показниками коефіцієнтів факторних навантажень (табл.3.18).

Таблиця 3.18

Власні значення виокремлених факторів

Фактори	Навантаження фактору після обертання		
	Всього	Навантаження (у %)	Загальний показника навантаження (у %)
1	3,145	31,449	31,449
2	2,436	24,356	55,805
3	1,364	13,645	69,449

У нашому випадку перший фактор пояснює 31,4 % дисперсії масиву даних, другий – 24,3 %, третій – 13,6 % дисперсії. Номінативно-інформативна факторна структура комунікативних характеристик студентів з середніми показниками прояву перфекціонізму представлена на рис. 3.14.

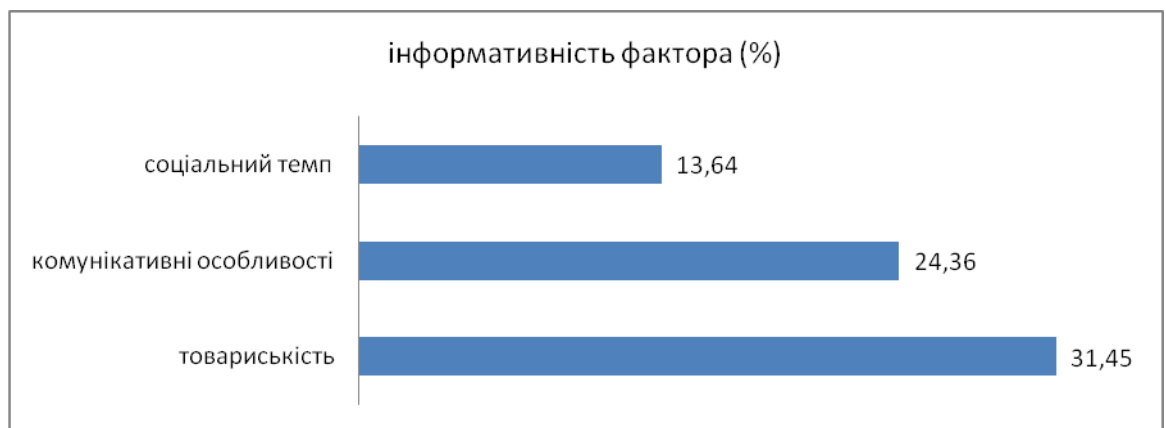


Рис. 3.14. Номінативно-інформативна факторна структура особистісно-комунікативних характеристик студентів з середніми показниками прояву перфекціонізму

Отже, перейдемо до детального змістового аналізу кожного з виділених факторів. **Перший фактор** «*товариськість*» містить п'ять складових елементів, які окреслюють такі комунікативні характеристики цих студентів: товариськість (0,790), що є ознакою їх дружелюбності, відкритості та вміння швидко входити в контакт із співрозмовниками; підтвердженням сказаному слугує виражена соціальна ергічність (0,741) цих респондентів, що виражається в постійній потребі спілкування з іншими людьми, прояві ініціативності в процесі розмови, і навіть отримання позиції лідера, адже ці студенти вміють відстоювати власну точку зору і адекватно реагують на критичні зауваження та рекомендації; така соціальна активність зумовлена екстраверсійними характеристиками (0,623), які визначають поведінку особистості, орієнтовану в свої проявах на зовнішній світ, а саме це проявляється в потребі спілкуватися, прагненні отримувати увагу з боку оточуючих; слід додати, що екстравертована особистість є ініціативною, активною, відкритою до отримання нових знань та досвіду, швидко адаптується до нових і нестандартних умов за рахунок гнучкості поведінки, має яскраво виражені жести та міміку; на підтвердження попередньо описаних якостей майбутніх медичних сестер можна додати й високі показники соціальної пластичності (0,589), що виражається у факті наявності широкого асортименту комунікативних програм та легкості входження в соціальні контакти.

Другий фактор «*комунікативні особливості*» інтегрував в собі такі ознаки, як адекватність орієнтації в ситуації, емоційна стійкість, витриманість, неконфліктність та доброзичливість (0,810); в той же час зафіксована низька емоційність в комунікативній сфері (-0,548) є результатом ситуативної чутливості до невдач у спілкуванні в силу невеликого життєвого і професійного досвіду цих студентів, яка з часом має усі шанси трансформуватися в особистісну впевненість і переконливість; підтверджуючим психологічним фактом можна вважати наявність сформованої проникаючої здатності емпатії (0,511), завдяки якій майбутні

медичні сестри набувають навички відчуття проблем інших людей, і, як результат можуть без особливого обдумування віднайти підхід до людини, тобто підсвідомо відчуті сутність людини, не докладаючи мислительної зосередженості, конкретності та послідовності;

Третій фактор «соціальний темп» оформлений однойменним показником (0,919), який характеризує мовнорухову швидкість респондентів із яскраво вираженими мімікою і жестами.

Подальша математично-статистична обробка емпіричних даних передбачала пошук факторної структури особистісно-поведінкових детермінант та ознак середнього рівня прояву перфекціонізму у майбутніх медичних сестер. Факторну структуру вимірюваних показників у вказаному діапазоні перфекціонізму представлено у табл. 3.19.

Таблиця 3.19

**Факторна структура особистісно-поведінкових характеристик
майбутніх медичних сестер із середнім рівнем прояву перфекціонізму**

Діагностичні шкали	Компонента								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Нервово-психічна стійкість	-.778								
Дратівливість	.766								
Внутрішня конфліктність	.766								
Депресивність	.723								
Спонтанна агресивність	.671								
Самозвинувачення	.654								
Невротичність	.576								
Емоційний канал емпатії	-.511								
Самоприв'язаність		.745							
Самовпевненість		.740							

Продовження таблиці 3.19

Самоцінність		.570							
Самоприйняття		.560							
Самокерівництво		.512							
Раціональний канал емпатії			.728						
Загальний показник емпатії			.694						
Інтуїтивний канал емпатії			.668						
Моральна нормативність			.660						
Мотивація досягнення				.657					
Пластичність				.587					
Реактивна тривожність					.767				
Установки, що сприяють емпатії					- .657				
Апатичний тип						.849			
Флегматичний тип						.588			
Перфекціонізм адресований до інших							-.681		
Соціально-орієнтований перфекціонізм							.678		
Самооцінка негативна								-.753	
Самооцінка позитивна								.739	
Врівноваженість									.820

За результатами факторного аналізу було визначено дев'ять основних компонентів, що визначають особистісно-поведінкові характеристики прояву середнього рівня перфекціонізму в майбутніх медичних сестер та описують майже 65 % дисперсії масиву даних, що свідчить про доволі високу достовірність результатів, отриманих шляхом застосування факторного підходу до визначених діагностичних критеріїв. Виділення найбільш

значущих факторів підтверджено відповідними високими показниками коефіцієнтів факторних навантажень після процедури VARIMAX-обертання (табл. 3.20).

Таблиця 3.20

Власні значення виокремлених факторів

Фактори	Навантаження фактору після обертання		
	Всього	Навантаження (у %)	Загальний показника навантаження (у %)
1	4,083	13,610	13,610
2	2,375	7,916	21,525
3	2,292	7,639	29,164
4	2,144	7,146	36,311
5	2,080	6,933	43,243
6	2,007	6,690	49,933
7	1,740	5,799	55,732
8	1,517	5,058	60,790
9	1,433	4,775	65,565

Номінативно-інформативна факторна структура особистісно-поведінкових характеристик майбутніх медичних сестер з середнім рівнем прояву перфекціонізму представлена на рис. 3.15.



Рис. 3.15. Номінативно-інформативна факторна структура особистісно-поведінкових характеристик студентів із середніми показниками прояву перфекціонізму

Як бачимо, факторна інформативність та структурованість вимірюваних показників дає змогу окреслити основні психологічні особистісно-поведінкові вектори середнього рівня прояву перфекціонізму у майбутніх медичних сестер, серед яких нервово-психічна розбалансованість, самоприв'язаність, домінування раціонального каналу емпатії, виражена мотивація досягнення, реактивна тривожність, апатийно-флегматичний тип особистості, соціально приписуваний перфекціонізм тощо.

Детальний психологічний аналіз кожного з виділених факторів суттєво доповнює психологічний портрет виділених груп за рівнем прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер.

Перший фактор *«нервово-психічна розбалансованість»*, який пояснює 13,6 % дисперсії, містить вісім складових елементів, які загалом визначають низький рівень розвитку регуляції поведінки та схильність до нервово-психічних зривів, про що засвідчує негативний показник прояву їх нервово-психічної стійкості (-0,778); зафіксована дратівливість (0,766) підтверджує факт нестійкого емоційного стану із високою мірою схильності до афективного реагування на навколишнє соціальне середовище; внутрішня конфліктність (0,766) відображає наявність внутрішніх конфліктів, сумнівів і незгоди з собою, що часто може призводити до внутрішнього рефлексування й незначних моментів людського буття; але саме цей негативний фон ставлення до себе й сприяє проявам депресивності (0,723), коли людина без реальних причин починає відчувати себе пригніченою і нещасною, їй видається, що багато чого в житті нею зроблено неправильно, і загалом видається, що вона ні на що не здатна; виокремлені ознаки спонтанної агресивності (0,671) є логічним продовженням зафіксованого внутрішньо конфліктного і депресивного стану цих респондентів, адже таке внутрішнє блокування інтерпретаційних схем психічного буття людини переважно знаходить вихід в імпульсивних поведінкових реагуваннях; тенденція до внутрішнього самокопання локалізована й у показниках самозвинувачення (0,654), які є загострюючим показником внутрішньої дисгармонійності, адже

людина таким чином локалізує вираження негативних емоцій щодо свого «Я»; прояви невротичності переважно із астенічним типом реагування загалом є супутнім проявом попередньо вказаних особистісно-поведінкових характеристик (0,576); вказані особистісно-поведінкові характеристики заважають цим досліджуваним входити в емоційний світ іншої людини, тобто разом із нею співпереживати і співдіяти, про що засвідчують негативні показники емоційного каналу емпатії (-0,511).

Другий фактор *«самоприв'язаність»*, який пояснює 7,9 % дисперсії, об'єднав у своєму психологічному змісті психологічні показники самоставлення особистості: самоприв'язаність (0,745), яка дає змогу досліджуваному визначати міру сприйняття оточуючого світу крізь призму власного психологічного стану; такої самодостатності цим студентам додають й показники самовпевненості (0,740), завдяки якій підкріплюється їх самостійність, ініціативність та волева надійність; дуже близько із попередньо описаними ознаками самоставлення межує й такий його показник як самоцінність (0,570), в якому локалізована емоційна оцінка себе й свого «Я» за моральними критеріями ставлення до оточуючого світу та людей; зафіксовані показники самоприйняття (0,560) визначають почуття симпатії до себе і готовність милуватися собою, незважаючи на недоліки та слабкості; а виокремлене самокерівництво (0,512) підкреслює значущість власного уявлення про те, що основним джерелом активності та результатів, що стосуються як діяльності, так і власної особистості суб'єкта, є він сам.

До **третього** фактору *«раціональний канал емпатії»* (7,6 % дисперсії) увійшли такі елементи, як раціональний канал емпатії (0,728), на рівні якого відбувається системно організована цілеспрямована діяльність уваги, сприймання й мислення емпатійної людини на сутність іншої людини, яка залучає до себе раціональну ініціалізацію, побудову, підтримку й управління різних форм та рівнів психічної активності партнера в ході інтеракції; загальний показник емпатії (0,694), завдяки якій відбувається якісний контакт з іншими людьми, а отже тут йдеться про вміння співпереживати та

співчувати; сформованість здатності оперативно та адекватно оцінювати психологічні характеристики людей та знаходити індивідуальний підхід до людей і проявляти спостережливість у бесідах з ними; інтуїтивний канал емпатії (0,668), в межах функціонування якого відбувається підключення підсвідомого досвіду, який допомагає узагальнити різноманітну інформацію про партнера в спілкуванні; та моральна нормативність (0,660), завдяки якій студенти медичного коледжу проявляють вміння реально оцінювати свою роль в соціальній групі та навички дотримання загальноприйнятих норм поведінки.

Четвертий фактор *«мотивація досягнення»* (7,1 % дисперсії) інтегрував у собі ознаки розвинутої самооцінки власних можливостей, наполегливості і постійного прагнення до самовдосконалення та досягнення високих успіхів у справах та у житті загалом, що часто супроводжується високими запитами до себе й оточуючих, а відповідно й пред'явленням високих вимог до себе та інших людей (0,657); та ознаки пластичності (0,587) як характеристики темпераменту, що полягає в легкості переключення з одного виду діяльності на інший, а також прагненням до урізноманітнення форм предметної та мислительної діяльності.

П'ятий фактор *«реактивна тривожність»* (майже 7 % дисперсії) за психологічним змістом вміщує ситуативні ознаки прояву реактивного чи то навіть агресивного ставлення до оточення із яскраво вираженим прагненням до домінування над іншими (0,767); а також установки, що перешкоджають емпатії (-0,657), тобто цей показник за рахунок негативного навантаження визначається негативною залежністю в налагодженні міжособистісних контактів майбутніх медичних сестер, де вони найчастіше демонструють недовіру до інших, підозрілість і прагнення залежності інших людей від них.

У **шостому** факторі, який описує 6,6 % дисперсії, локалізовані ознаки апатичного (0,849) і флегматичного типів характеру (0,588), що дає змогу охарактеризувати майбутніх медичних сестер цієї групи як дисциплінованих осіб, які в своїй поведінці регламентовані чіткими принципами і розкладами,

вони поважають почуття дистанції і різноманітні церемонні акти, а їх методичний розум робить їх обережними і незалежними; терплячість і наполегливість у роботі робить їх малоговорливими, тому часто оточуючим може видатися ознака їх впертості, образливості або навіть байдужості до оточуючого світу та людей. Тому, змістовно узагальнюючи психологічні зміни, які увійшли до шостого фактору, проінтерпретуємо його як фактор *«апатично-флегматичний характер»* майбутніх медичних сестер.

Сьомий фактор, який описує 5,7 % дисперсії, визначається через особливості перфекціоністських тенденцій поведінки майбутніх медичних сестер, а саме через показники перфекціонізму, адресованого до інших (-0,681) та показники соціально-орієнтованого перфекціонізму (0,678), що за психологічним змістом характеризує цих респондентів з одного боку, як таких, які переживають генералізоване переконання або відчуття, що інші ставлять до них нереалістичні вимоги, а з іншого, як таких, що не ставлять завищених або нереалістичних вимог до інших, тому, узагальнюючи такі характеристики, можна назвати цей фактор як *«соціально приписуваний перфекціонізм»*.

Восьмий фактор *«адекватна самооцінка»* (5 % дисперсії) інтегрував такі показники самооцінки респондентів, як негативна самооцінка (-0,753) та позитивна самооцінка (0,739), які сукупно визначають міру адекватного самоцінювання власних можливостей і особистісних резервів у досягненні цілей і реалізації поставлених завдань.

Дев'ятий фактор *«врівноваженість»*, що описує 4,7 % дисперсії, оформлений однойменним показником (0,820), що визначає вневненість у собі, низьку тривожність та відповідно помірну емоційність у міжособистісних стосунках.

Таким чином, аналіз емпіричних даних дав змогу виокремити основні фактори, які визначають особистісно-комунікативні та особистісно-поведінкові особливості майбутніх медичних сестер із показниками середнього рівня прояву перфекціонізму, які переважно згруповані в

комунікативному вмінні становлення дружніх і довірливих контактів з іншими людьми, що фактично є необхідною умовою здійснення їх професійної діяльності. Комплекс факторних оцінок особистісно-поведінкових характеристик цих майбутніх фахівців визначає їх як психологічно-тактовних особистостей, які є чуйними, емпатійними, чутливими до переживань та емоційних станів оточуючих людей; вони здатні вирішувати конфлікти толерантним шляхом на основі відповідних норм і правил; але в них простежуються невротично-депресивні й реактивно-тривожні прояви поведінки, які мають ситуативний характер і надають цій групі досліджуваних психологічну полярність або навіть, несумісність прояву особистісно-комунікативних і особистісно-поведінкових характеристик, але водночас виділяє їх індивідуальність та неповторність порівняно із попередньою групою.

Цікавими для порівняння є результати факторного аналізу даних особистісно-комунікативних та особистісно-поведінкових характеристик, отриманих на вибірці майбутніх медичних сестер із показниками високого рівня прояву перфекціонізму. Факторну структуру вимірюваних особистісно-комунікаційних показників у вказаному діапазоні перфекціонізму представлено в табл. 3.21.

Таблиця 3.21

Факторна структура особистісно-комунікативних характеристик майбутніх медичних сестер із високим рівнем прояву перфекціонізму

Діагностичні шкали	Компонента		
	1	2	3
Соціальна ергічність	.796		
Товариськість	.787		
Екстра-інтроверсія	.722		
Соціальний темп	.595		
Комунікативні особливості	.570		
Соціальна емоційність		.847	
Проникаюча здатність емпатії		.509	
Соціальна пластичність			.745

За результатами факторного аналізу було визначено три основних компоненти, що визначають особистісно-комунікативні особливості студентів-майбутніх медичних сестер із високим рівнем показника прояву перфекціонізму: соціальна ергічність, соціальна емоційність та соціальна пластичність. Визначені три фактори описують понад 63 % дисперсії масиву даних, що свідчить про доволі високу достовірність результатів, отриманих шляхом застосування факторного підходу до визначених змінних. Виокремлення найбільш значущих факторів підтверджено відповідними високими показниками коефіцієнтів факторних навантажень (табл. 3.22).

Таблиця 3.22

Власні значення виокремлених факторів

Фактори	Навантаження фактору після обертання		
	Всього	Навантаження (у %)	Загальний показник навантаження (у %)
1	3,030	30,300	30,300
2	1,424	19,244	49,544
3	1,021	14,214	63,758

У нашому випадку перший фактор пояснює 30,3 % дисперсії, другий – 19,2 %, третій – 14,2 % дисперсії. Номінативно-інформативна факторна структура особистісно-комунікативних характеристик студентів з високими показниками прояву перфекціонізму представлена на рис. 3.16.

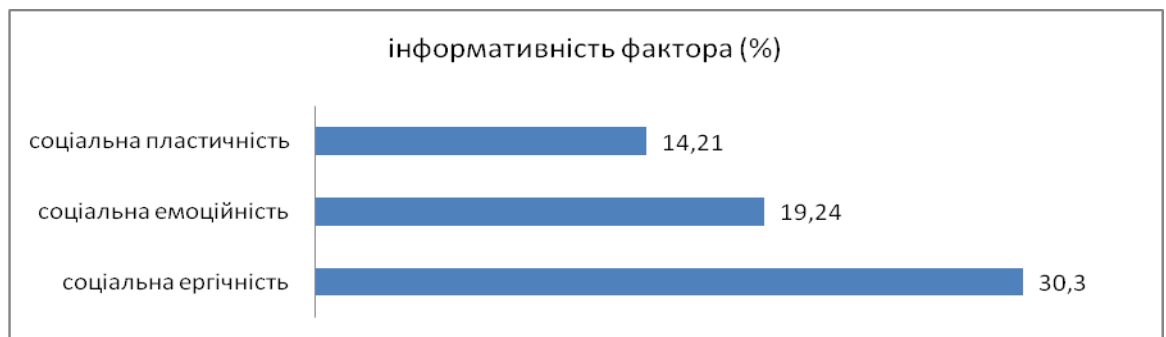


Рис. 3.16. Номінативно-інформативна факторна структура особистісно-комунікативних характеристик студентів із високим показником прояву перфекціонізму

Перший фактор «соціальна ергічність» окреслює характеристики постійного прагнення особистості до соціальних контактів та лідерства, про що засвідчують високі показники за шкалою соціальної ергічності (0,796); показник розвинутої товариськості (0,787) підтверджує соціально-комунікативну активність цих респондентів, яка виявляється в здатності швидко та ефективно встановлювати контакти з іншими людьми, вирішувати продуктивні завдання в процесі спілкування та міжособистісної взаємодії, адже майбутні фахівці з розвинутими комунікативними якостями уміють взаємодіяти з представниками різних груп, мають значний запас стратегій спілкування і адаптивних якостей, які визначаються спрямованістю особистості, її намаганням домінувати чи співпрацювати в процесі взаємодії; екстраверсійний фон реалізації вираженої комунікативної активності (0,722) та соціальний темп (0,595) цих майбутніх медичних сестер підтверджує особистісний потенціал розвинутих якостей ініціативності й соціальної активності, які межують із вираженою довірливістю, дружелюбністю і відкритістю цих досліджуваних, які згруповані в адаптаційному конструкті комунікативних особливостей (0,570).

Другий фактор «соціальна емоційність» згрупований показниками сформованої позиції адекватної передачі майбутніми медичними сестрами емоційних станів і переживань іншим людям (0,847), що поряд із вираженою проникаючою здатністю емпатії (0,509) демонструє їх виражену готовність до кооперації з іншими з метою вирішення спільних задач і проблем, адже ця емпатійна здібність допомагає переживати труднощі та демонструвати позитивне ставлення до подій, в які вони включені.

Третій фактор «соціальна пластичність» визначається однойменним показником (0,745), психологічний зміст якого засвідчує сформоване вміння легкого входження респондентів в контакт з іншою людиною, відвертість та щирість у думках, відкритість до взаємодії, інтуїтивне відчуття проблем і переживань іншої людини, вміння поставити себе на місце партнера із спілкування тощо.

Наступний етап дослідження передбачав пошук факторної структури особистісно-поведінкових детермінант та ознак високого рівня прояву перфекціонізму в майбутніх медичних сестер. Факторну структуру вимірюваних показників у вказаному діапазоні прояву перфекціонізму представлено в табл. 3.23.

Таблиця 3.23

**Факторна структура особистісно-поведінкових характеристик
майбутніх медичних сестер із високим рівнем прояву перфекціонізму**

Діагностичні шкали	Компонента								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Самозвинувачення	.868								
Невротичність	.823								
Нервово-психічна стійкість	-.649								
Депресивність	.623								
Інтуїтивний канал емпатії	.569								
Дратівливість		.760							
Спонтанна агресивність		.733							
Реактивна тривожність		.685							
Внутрішня конфліктність			.777						
Загальний показник емпатії			.728						
Раціональний канал емпатії			.627						
Самокерівництво				.787					
Самовпевненість				.644					
Самоприв'язаність				.555					
Самоприйняття				.536					
Мотивація досягнення					.800				
Моральна нормативність					.789				

Продовження таблиці 3.23

Пластичність					.691				
Апатичний тип					-.540				
Флегматичний тип						-.821			
Пристрасно-емоційний тип						.690			
Емоційний канал емпатії							.737		
Установки, що сприяють емпатії							.703		
Самооцінка позитивна								.688	
Самооцінка негативна								-.560	
Самоцінність									.866

За результатами факторного аналізу було визначено дев'ять основних компонентів, що визначають особистісно-поведінкові характеристики високого рівня прояву перфекціонізму в майбутніх медичних сестер. Визначені дев'ять факторів описують майже 65 % дисперсії масиву даних, що свідчить про доволі високу достовірність результатів. Виокремлення найбільш значущих факторів підтверджено відповідними високими показниками коефіцієнтів факторних навантажень після процедури VARIMAX-обертання (табл. 3.24).

Таблиця 3.24

Власні значення виокремлених факторів

Фактори	Навантаження фактору після обертання		
	Всього	Навантаження (у %)	Загальний показника навантаження (у %)
1	3,422	11,407	11,407
2	2,455	8,183	19,590
3	2,295	7,649	27,239
4	2,295	7,648	34,887
5	2,118	7,061	41,949
6	2,048	6,828	48,777
7	1,834	6,115	54,891
8	1,536	5,121	60,013
9	1,264	4,212	64,225

Номінативно-інформативна факторна структура особистісно-поведінкових характеристик майбутніх медичних сестер з високим рівнем прояву перфекціонізму представлена на рис. 3.17.



Рис. 3.17. Номінативно-інформативна факторна структура особистісно-поведінкових характеристик студентів із високими показниками прояву перфекціонізму

Факторна інформативність вимірюваних показників дає змогу окреслити основні психологічні особистісно-поведінкові вектори високого рівня перфекціонізму в майбутніх медичних сестер, серед яких: самозвинувачення, дратівливість, внутрішня конфліктність, самокерівництво, мотивація досягнення, флегматичність, розвинутий емоційний канал емпатії, позитивна самооцінка і самоцінність тощо.

До **першого** фактору, який пояснює 11,4 % дисперсії, увійшли такі складові показники: самозвинувачення (0,868), яке характеризує вираження негативних емоцій щодо свого «Я», що, водночас, при такому прискіпливому ставленні до себе, призводить до прояву невротичності (0,823), що проявляється у підвищеній імпульсивності, тривожності, емоційній нестабільності, характеризується низькою самоповагою й неадекватною самооцінкою та різкою зміною настрою; нервово-психічна стійкість (-0,649) цих студентів демонструє відсутність уміння підтримувати позитивний афективний тонус, контролювати емоції, протистояти сильним негативним впливам, що викликають високу психічну напругу; в таких випадках не

рідкістю є прояви депресивності (0,623), яка характеризується відчуттям пригніченості, смутку, туги, песимістичними настановами, різкою зміною та погіршенням настрою, зниженням активності, станом неспокою та тривожності, втратою інтересу, відсутністю здатності відчувати задоволення, втомлюваністю; емпатійні прояви поведінки цих майбутніх медичних сестер здійснюються засобом інтуїтивного каналу емпатії (0,569) із залученням підсвідомого масиву їх досвіду. Психологічний аналіз зафіксованих показників дав змогу узагальнити цей факторний зміст як *«самозвинувачення»*.

Другий фактор *«дратівливість»*, який пояснює 8,1 % дисперсії, своїм психологічним змістом підтверджує відсутність ознак емоційної стійкості та наявність тенденцій до афективного реагування на навколишнє соціальне середовище (0,760), що підтверджується реальністю прояву ознак спонтанної агресивності (0,733) та реактивної тривожності (0,685), які комплексно визначають імпульсивну поведінку особистості, прояви емоційної нестійкості, неврівноваженості та схильності до афектів і звинувачення оточуючих; часто в студентів цієї групи можна помітити різку зміну настрою, зниження емпатії і прояви конфліктності, що можна пояснити ситуативними, але контрольованими діями як результат емоційно-напружених моментів майбутньої професійної діяльності.

Третій фактор *«внутрішня конфліктність»* (7,6 % дисперсії) має найсильніший зв'язок із такими психологічними характеристиками, як внутрішня конфліктність (0,777), що відображає наявність внутрішніх конфліктів, сумнівів, незгоди з собою, що досить часто знаходить відбиток на загальному негативному емоційному фоні ставлення до себе; такі рефлексивні звинувачення актуалізують емпатійні вміння (0,728), за допомогою яких цим майбутнім фахівцям вдається створювати атмосферу відкритості, довірливості і душевності; на основі такого вираженого способу передачі емпатійного співпереживання як раціональний канал (0,627), для вирішення проблемних ситуацій, вони переважно залучають когнітивно-

інформаційні резерви власного психічного світу.

Четвертий фактор «самокерівництво» (7,6 % дисперсії) сформували характеристики, в яких відображається інтерпретаційна суть власної активності людини через показники самокерівництва (0,787), які у сфері самосвідомості актуалізують контекст самоставлення крізь призму власної особистості, тобто усі ознаки їх відповідальної і пунктуальної поведінки, внутрішньої тактовності і вихованості, вони презентують як результат власної активності; доповнюючим арсеналом психологічних якостей цих майбутніх медичних сестер є самовпевненість (0,644), завдяки якій вони відчують себе не тільки впевненими в собі, але й більш активними і мобільними; їх самоприв'язаність (0,555) уречальнює аспекти власного емоційного стану в сприйнятті оточуючого світу та людей, тобто для цих студентів їх власний емоційний стан є стартовим стимулом не тільки для розмірковувань, але й для реалізації різноманітних предметних дій; важливо зазначити, що для студентів цієї групи вираженням є самоприйняття (0,536), що виражається в прийнятті своєї зовнішньої та внутрішньої привабливості, переживанні задоволеності собою та рефлексивному самопізнанні, що можна розглядати як важливу складову їхньої професійно-психологічної адаптованості.

П'ятий фактор «мотивація досягнення», який описує близько 7 % дисперсії, супроводжує вмотивовані тенденції постійного прагнення до самовдосконалення (0,800), що переважно проявляється в розвинутій самооцінці власних можливостей; наполегливість і цілеспрямованість цих майбутніх фахівців не позбавлена дотримання ними загальноприйнятих нормативних вимог діяльності або групи, що відображено в показниках моральної нормативності (0,789); зафіксована пластичність (0,691) визначає відкриту дружелюбність, адже у своїх особистісних якостях ці майбутні медичні сестри є чутливими до взаємодії з іншими, для них дуже важливою є думка оточуючих, вміють симпатизувати, уважні, доброзичливі; відсутність характерологічних рис апатичного типу (-0,540) підтверджує самовпевнену

поведінку цих майбутніх фахівців.

Зважаючи на відсоток дисперсії перелічених вище факторів, вважаємо, що саме вони є найбільш значущими. Наступні виокремлені фактори ми будемо розглядати як додаткові, оскільки їхній відсотковий показник дисперсії є дещо нижчим та факторне навантаження кожного з них визначається меншою кількістю показників.

До **шостого** фактору (6,8 % дисперсії) увійшли ознаки вираженого пристрасно-емоційного типу (0,690), який характеризується вмінням працювати із великим старанням, при цьому проявляти вимогливість як до себе, так і до оточуючих; ці майбутні медичні сестри є досить цілеспрямованими, тому, досягаючи поставлених цілей, вони можуть вдаватися до крайнощів і нерозсудливості; зазвичай вказані особливості поляризують характерологічні особливості флегматичного типу особистості (-0,821). Загалом цей фактор за своїм психологічним змістом проінтерпретований як *«пристрасно-емоційний тип»*.

Сьомий фактор *«емоційний канал емпатії»* (6,1 % дисперсії) інтегрував такі показники, як перевага емоційного каналу емпатії (0,737), що в своїх характеристиках відображає емоційно-енергетичний відбиток у взаємодії з іншими людьми; гарним підтримуючим критерієм такого вміння емоційного співпереживання майбутніх медичних сестер є їх виражені установки на емпатійну співучасть (0,703), що декларує їх психологічну готовність входження в емоційно-сприятливий контакт з людьми.

Восьмий фактор *«позитивна самооцінка»* (5,1 % дисперсії) узагальнює такі показники самооцінки респондентів, як позитивна самооцінка (0,688) та негативна самооцінка (-0,560), що комплексно визначають міру адекватної самооцінки із тенденцією до завищення власних можливостей і особистісних резервів у досягненні цілей і реалізації поставлених завдань.

Дев'ятий фактор *«самоцінність»* (4,2 % дисперсії) оформлений однойменним показником (0,866), завдяки якому можна говорити про сформоване вміння майбутніх медичних сестер до емоційної оцінки себе із

використанням різноманітних схем морально-духовної інтерпретації свого Я.

Таким чином, здійснивши аналіз емпіричних даних, ми отримали змогу виокремити основні фактори, які визначають особливості прояву особистісно-комунікативних та особистісно-поведінкових характеристик майбутніх медичних сестер із високим рівнем прояву перфекціонізму. Комплекс факторних оцінок визначає цих майбутніх медичних фахівців як таких, у яких вираженою є загальна тенденція до соціально-комунікативної активності у взаємодії з іншими людьми; проте вони володіють низкою особистісно-поведінкових рис, які, з одного боку, визначають їх професійно-психологічну адаптованість і відображаються в їх вираженій мотивації досягнення, самокерівництві, самоприйнятті та позитивній самооцінці; їх виражена емоційна відкритість до інших знаходить невротично-дратівливі ознаки в поведінці, що виявляється в афективно-імпульсивних реакціях майбутніх фахівців, причину яких можна пояснити особливостями домінування характерологічних особливостей пристрасно-емоційного типу особистості; у сфері самоствалення цих студентів спостерігаються виражена внутрішня конфліктність та тенденції до самозвинувачення і акцентування власної самооцінності, які не тільки локалізують увагу до власного внутрішнього світу, але й блокують зниження інтересу до зовнішньої активності особистості.

Наступним кроком у вивченні особливості прояву особистісно-комунікативних та особистісно-поведінкових характеристик майбутніх медичних сестер залежно від рівня прояву перфекціонізму, стало застосування методу *множинного регресійного аналізу*, мета якого полягає у визначенні найсуттєвіших прогностичних детермінант високого, середнього і низького рівнів прояву перфекціонізму.

Найчастіше цей метод аналізу застосовується для вивчення можливості передбачення певного результату за кількома попередньо виміряними характеристиками. При цьому передбачається, що зв'язок між однією

залежною змінною (Y) та кількома незалежними змінними (X) можна виразити лінійним рівнянням:

$$Y=b+b_1x_1+b_2x_2+\dots+b_px_p+e,$$

де, Y – залежна змінна;

$x_1, \dots, x_p$ – незалежні змінні;

$b, b_1, \dots, b_p$ – параметри моделі; e – помилка передбачення.

Окрім передбачення і визначення його точності множинний регресійний аналіз дає також змогу визначити і те, які діагностичні показники (незалежні змінні) найбільш істотні для передбачення явища, що вивчається, а якими змінними можна знехтувати, виключивши їх з аналізу.

Власне метою множинного регресійного аналізу в нашому дослідженні було визначення найбільш прогностичних детермінант особистісно-комунікативних та особистісно-поведінкових характеристик майбутніх медичних сестер залежно від рівня прояву їх перфекціонізму. Для цього увесь масив факторних оцінок, попередньо виділених в ході факторизації вихідних психологічних змінних для кожної з трьох груп, було піддано регресійному аналізу за допомогою зворотнього покрокового методу (Backward).

В результаті використання методу множинного регресійного аналізу щодо факторних оцінок (як особистісно-комунікативних, так і особистісно-поведінкових характеристик) у групі студентів-майбутніх медичних сестер з низьким рівнем загального показника прояву перфекціонізму нами було отримано модель множинної регресії, яка пояснює 62 % дисперсії залежної змінної, а коефіцієнт множинної кореляції остаточної регресійної моделі дорівнює 0,724 (табл. 3.25; додаток В, табл. В.1, В.2).

Отже, в ході регресійного аналізу було виключено низку факторів, регресійні коефіцієнти яких виявилися статистично незначущими: фактор 1 «соціальна пластичність» серед особистісно-комунікативних характеристик; та фактор 1 «самовпевненість», фактор 7 «позитивна самооцінка», фактор 9

«установки, що сприяють емпатії» серед особистісно-поведінкових характеристик.

Таблиця 3.25

Коефіцієнти множинного регресійного аналізу (а) для вибірки студентів-майбутніх медичних сестер з низькими показниками прояву перфекціонізму

Модель		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	Т	Знч.
		В	Стд. помилка	Бета		
5	(Константа)	167,131	1,872		89,264	.000***
	Фактор 2 ОКХ (b)	4,634	2,000	.137	2,318	.022*
	Фактор 3 ОКХ	-3,913	1,818	-.116	-2,152	.033*
	Фактор 2 ОПХ	4,311	1,772	.135	2,433	.016*
	Фактор 3 ОПХ	-16,731	1,848	-.496	-9,056	.000***
	Фактор 4 ОПХ	5,079	1,793	.153	2,833	.005**
	Фактор 5 ОПХ	6,878	1,622	.233	4,240	.000***
	Фактор 6 ОПХ	6,075	1,862	.186	3,262	.001***
	Фактор 8 ОПХ	6,963	1,705	.230	4,085	.000***

Примітка: а – залежна змінна «загальний рівень перфекціонізму»;
 рівень достовірності: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$;
 b – ОПХ- особистісно-поведінкові характеристики;
 ОКХ – особистісно-комунікативні характеристики

Величини стандартизованих коефіцієнтів регресії (β) дають змогу зробити висновки щодо вкладу кожного з виокремлених в остаточну модель множинної регресії факторів особистісно-комунікативних та особистісно-поведінкових характеристик майбутніх медичних сестер. Домінуючі позиції факторів представлені на рис. 3.18.

Для студентів-майбутніх медичних сестер найбільший внесок у дисперсію залежної змінної «загальний рівень перфекціонізму» внесли такі

фактори, як «емпатійність» ($\beta = 0,233$), «адаптивні здібності» ($\beta = 0,230$) і «пластичність» ($\beta = 0,186$).

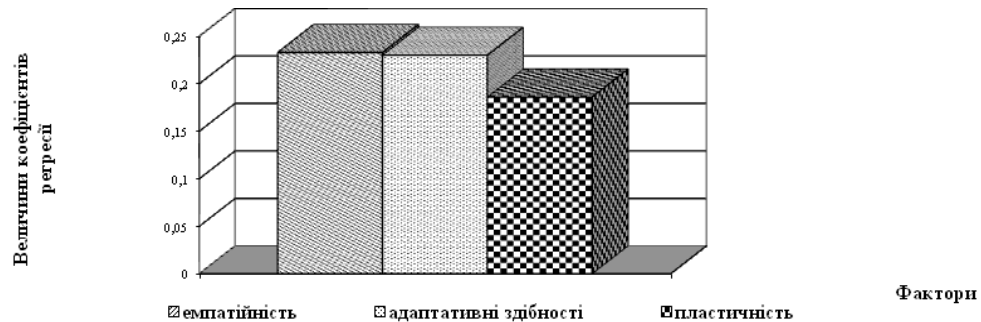


Рис. 3.18. Домінуючі фактори моделі множинної регресії вимірюваних показників у вибірці медичних сестер із низьким рівнем прояву перфекціонізму

Психологічний зміст домінуючих факторів показує, що низькі показники прояву перфекціонізму цих досліджуваних локалізовані в такій її психологічній характеристиці, де на фоні розвинутих емпатійних здібностей вираженими є саморегуляційні характеристики, що проявляється у високій професійно-психологічній адаптованості цих майбутніх фахівців через емпатійне прийняття інших людей і вміння швидко встановлювати психологічну близькість з ними, їх пластичність підтверджує відкрите вираження власних почуттів та емоцій і оптимістичність, що робить цих майбутніх фахівців внутрішньо задоволеними, врівноваженими й впевненими в собі. Домінуючі показники такої форми перфекціонізму як «перфекціонізм, орієнтований на інших» ($\beta = 0,153$) визначає розвинуті високі стандарти цих досліджуваних щодо пред'явлення збільшених або нереалістичних вимог до інших, тому вони з легкістю готові присвятити своє життя тим принципам, які базуються на почутті обов'язку і моральності, а їх виражений рівень самоприйняття та самоконтролю у спілкуванні демонструє нервово-психічну стійкість і витривалість, що інтерпретується нами як оптимальний стан реального сприйняття дійсності, який блокує надмірну самовпевненість та неадекватну завищену самооцінку, що загалом допомагає їм швидко адаптуватися до нових умов діяльності та нового

оточення. Тому особливості прояву перфекціонізму студентів цієї групи можна узагальнити в такій його характеристиці як *емпатійно-адаптивний* тип перфекціонізму.

У вибірці майбутніх медичних сестер, які належать до групи із середнім рівнем прояву перфекціонізму отримана модель множинної регресії факторних оцінок особистісно-комунікативних та особистісно-поведінкових характеристик, яка пояснює понад 70 % дисперсії залежної змінної, а коефіцієнт множинної кореляції остаточної регресійної моделі дорівнює 0,836 (табл. 3.26; додаток Д, табл. Д.1, Д.2).

Таблиця 3.26

Коефіцієнти множинного регресійного аналізу (а) для вибірки студентів-майбутніх медичних сестер із середніми показниками прояву перфекціонізму

Модель		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Знч.
		В	Стд. помилка	Бета		
4	(Константа)	2,053	.041		49,607	.000***
	Фактор1 ОК (b)	-.067	.050	-.119	-1,337	.018**
	Фактор 2 ОКХ	-.040	.048	-.162	-.851	.036*
	Фактор 3 ОКХ	.035	.043	.158	.815	.016**
	Фактор 2 ОПХ	.058	.041	.197	1,410	.016**
	Фактор 3 ОПХ	.200	.045	.426	4,475	.000***
	Фактор 4 ОПХ	.034	.051	.255	.663	.008**
	Фактор 6 ОПХ	.138	.042	.323	3,301	.001***
	Фактор 7 ОПХ	.075	.046	.109	1,640	.013**
	Фактор 9 ОПХ	-.089	.045	-.143	-1,984	.049*

Примітка: а – залежна змінна «загальний рівень перфекціонізму»;
 рівень достовірності: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$;
 b – ОПХ- особистісно-поведінкові характеристики;
 ОКХ – комунікативні характеристики

Як бачимо, в результаті проведеного регресійного аналізу було виключено низку факторів, регресійні коефіцієнти яких виявилися

статистично незначущими: фактор 1 «нервово-психічна розбалансованість», фактор 5 «реактивна тривожність» і фактор 6 «адекватна самооцінка» серед особистісно-поведінкових характеристик.

Виключені з аналізу психологічні характеристики, звісно, можуть певним чином зумовлювати особливості середнього рівня прояву перфекціонізму студентів-медиків, проте вони не є основоположними під час прогнозування передумов, що детермінують ту чи іншу специфіку та міру його проявів.

Отримані результати дають змогу зробити висновки щодо вкладу виокремлених факторів. Так, для студентів-майбутніх медичних сестер найбільший внесок у дисперсію залежної змінної «загальний рівень перфекціонізму» внесли такі фактори, як «раціональний канал емпатії» ($\beta = 0,426$), «апатійно-флегматичний характер» ($\beta = 0,323$) і «мотивація досягнення» ($\beta = 0,255$) (Рис. 3.19).

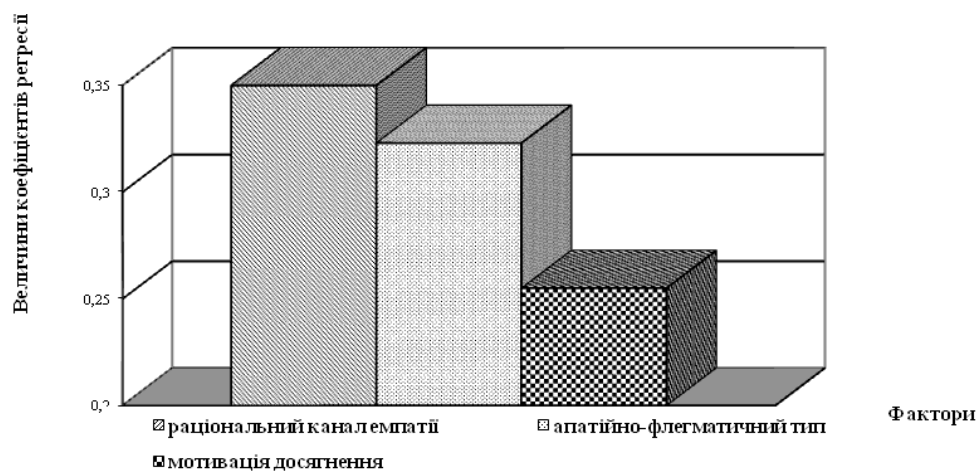


Рис. 3.19. Домінуючі фактори моделі множинної регресії вимірюваних показників у вибірці медичних сестер із середнім рівнем прояву перфекціонізму

Психологічний зміст домінуючих факторів показує, що в цих майбутніх медичних сестер середні показники прояву перфекціонізму зумовлені розвинутим раціональним каналом емпатійної взаємодії, на рівні якого відбувається системно організована цілеспрямована діяльність їх уваги, сприймання й мислення, яка залучає до себе раціональну ініціалізацію,

побудову, підтримку й управління різних форм та рівнів психічної активності партнера в ході інтеракційного процесу; виражені характеристики апатично-флегматичного характеру демонструють дисциплінованість цих майбутніх фахівців, які в своїй поведінці регламентовані чіткими принципами і наказами, вони поважають почуття дистанції, а методичний розум робить їх обережними й незалежними, терплячими і наполегливими у досягненні поставлених цілей і конкретних завдань; такі характеристики підкріплені показниками мотивації досягнення цих студентів, що є ознакою їх розвинутої самооцінки власних можливостей, наполегливості й постійного прагнення до самовдосконалення та досягнення високих успіхів у справах та в житті загалом, що часто супроводжується високими запитами до себе й оточуючих, а відповідно й пред'явленням високих вимог до себе та інших людей; тому закономірним є домінування загального прояву перфекціонізму в такій його формі як «соціально орієнтований перфекціонізм» ($\beta = 0,109$), що проявляється в їх генералізованому переконанні, що інші люди ставлять нереалістичні високі вимоги, яким важко відповідати, щоб заслужити схвалення та прийняття. Загальна психологічна характеристика особливостей прояву перфекціонізму в студентів цієї групи вміщується в його *раціонально-ініціативний* тип.

Після проведеного множинного регресійного аналізу факторних оцінок особистісно-комунікативних та особистісно-поведінкових характеристик майбутніх медичних сестер з високими показниками прояву перфекціонізму було отримано остаточну модель множинної регресії, яка пояснює 72 % дисперсії залежної змінної («загальний рівень перфекціонізму») (при цьому коефіцієнт множинної кореляції остаточної регресійної моделі складає 0,848), що дає змогу перейти до її змістової інтерпретації (таблиця 3.27; дод. Е, табл. Е.1, Е.2).

Таблиця 3.27

Коефіцієнти множинного регресійного аналізу (а) для вибірки студентів-майбутніх медичних сестер із високими показниками прояву перфекціонізму

Модель		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Знч.
		В	Стд. помилка	Бета		
4	(Константа)	19,558	.645		295,321	.000***
	Фактор 1 ОПХ (b)	4,462	.641	.173	6,957	.000****
	Фактор 2 ОПХ	2,038	.716	.076	2,845	.005**
	Фактор 3 ОПХ	9,015	.654	.332	13,782	.000***
	Фактор 5 ОПХ	2,652	.648	.097	4,093	.000***
	Фактор 6 ОПХ	2,471	.641	.092	3,855	.000***
	Фактор 7 ОПХ	-1,676	.666	-.062	-2,517	.013*
	Фактор 8 ОПХ	4,313	.657	.163	6,563	.000***
	Фактор 9 ОПХ	18,910	.565	.819	33,451	.000***
	Фактор 3 ОКХ	-3,540	.807	-.130	-4,386	.000***

Примітка: а – залежна змінна «загальний рівень перфекціонізму»;
 рівень достовірності: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$;
 b – ОПХ- особистісно-поведінкові характеристики;
 ОКХ – комунікативні характеристики

Регресійним аналізом було виключено низку факторів, коефіцієнти яких виявилися статистично незначущими: фактор 1 «соціальна ергічність» і фактор 2 «соціальна емоційність» серед особистісно-комунікативних характеристик та фактор 4 «самокерівництво» серед особистісно-поведінкових характеристик. Вказані психологічні особливості, звісно, можуть певним чином впливати на рівень перфекціонізму студентів-медиків, проте вони не є основоположними під час прогнозування передумов, що детермінують ту чи іншу специфіку його проявів. Величини стандартизованих коефіцієнтів регресії (β) дають змогу зробити висновки щодо вкладу кожного з них в остаточну модель множинної регресії.

Так, найбільший вклад у дисперсію залежної змінної («рівень перфекціонізму»), здійснили: фактор 9 «самоцінність» ($\beta=0.819$); фактор 3

«внутрішня конфліктність» ($\beta=0.332$); фактор 1 «самозвинувачення» ($\beta=0.173$). Найбільш значущі позиції виокремлених факторів представлені на рис. 3.20.

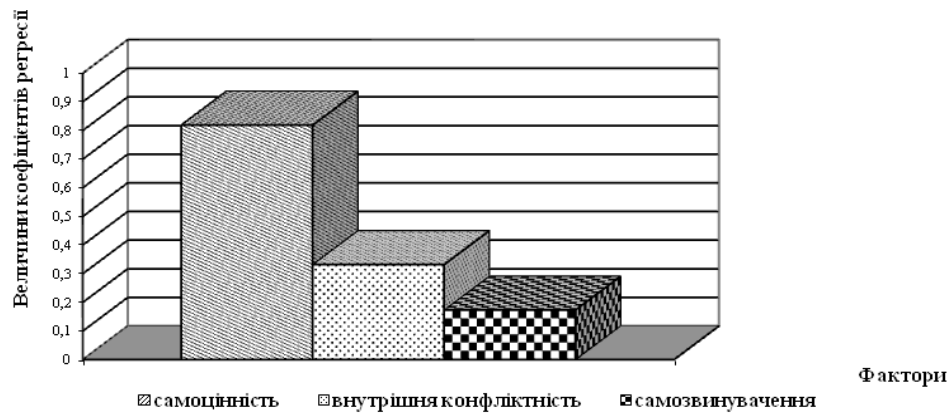


Рис. 3.20. Домінуючі фактори моделі множинної регресії вимірюваних показників у вибірці медичних сестер із високим рівнем прояву перфекціонізму

Для студентів-майбутніх медичних сестер високий рівень прояву перфекціонізму зумовлений такими особистісними характеристиками, як самооцінність, завдяки якій можна говорити про сформоване вміння майбутніх медичних сестер до емоційної оцінки себе із використанням різноманітних схем морально-духовної інтерпретації свого Я, яка часто межує із показниками внутрішньої неузгодженості, що проявляється у внутрішній конфліктності щодо переживання певних подій життя.

Проте саме такий негативний фон ставлення до себе супроводжується позитивними показниками самооцінки і мотивації досягнення, які блокують нервово-психічну неврівноваженість і дратівливість, що дає змогу охарактеризувати цих медичних сестер як вимогливих до себе, так і до оточуючих, що загалом може бути кваліфіковано як їх професійно-психологічна готовність у дотриманні вимог майбутньої професійної діяльності. Загальна психологічна характеристика особливостей прояву перфекціонізму в студентів цієї групи вміщується в його *егоцентричний* тип.

Якщо порівняти регресійні моделі особливостей прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер, то стає зрозумілим, що кожна з моделей має відмінності за психологічним змістом внаслідок детермінації прогностичних факторів (незалежних змінних), аналізу яких присвячено наступний параграф дисертації.

3.2. Конструктивний перфекціонізм: емпірична конкретизація деонтологічно-професійного та ідентифікаційно-професійного статусів в межах професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер

Узагальнюючи психологічний зміст регресивних моделей за рівнем прояву перфекціонізму досліджуваних (емпатійно-адаптивний, раціонально-ініціативний, егоцентричний), можемо констатувати факт конструктивного перфекціонізму в майбутніх медичних сестер з його низьким та середнім рівнями прояву (емпатійно-адаптивний, раціонально-ініціативний).

Виходячи із теоретичної моделі прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер (п. 2.1), ознаки конструктивного перфекціонізму майбутнього фахівця локалізуються в критеріальній ознаці професійної норми, яка визначає рівень оперативної професійно-психологічної адаптованості.

Базуючись на класичному тлумаченні перфекціонізму як прагнення людини до досконалості та неперевершеності, яке містить завищені стандарти виконання дій в поєднанні з тенденцією до надмірно критичного ставлення людини до себе, здатності слідувати завищеним стандартам діяльності та постановки високих вимог до себе з метою досягнення успішності діяльності, що виконується, в ході проведення дослідження нами виявлено психологічний факт трактування перфекціонізму як особистісної властивості (індивідуальної якості суб'єкта), яка має свою індивідуальну міру вираження, що допускає її квантифікацію, і, як результат, її розгляд як

якісного аргументу у встановленні нових функціональних залежностей та зв'язків.

Можливість інструментальної діагностики перфекціонізму засобами психологічних методів і методик передбачає різноманітні варіанти інтерпретації й створення великої кількості градацій інтенсивності вираження цієї психічної якості. Фактично визнання континуальності та квантифікації перфекціонізму дає змогу реалізувати щодо нього діагностичний апарат дослідження, який переважно стосується й інших психологічних властивостей, а саме здійснити диференціацію за трьома рівнями прояву – високим, середнім та низьким. В такому контексті зміст поняття «рівень перфекціонізму» є його індивідуальною мірою вираження, яка є реально квантифікованою, тобто може бути діагностована та кількісно визначена.

Таким чином, висновок про існування відмінностей в індивідуальній мірі вираження перфекціонізму має важливе методологічне значення. Передусім, саме завдячуючи наявності певного діапазону варіативності, тобто певного континууму міри вираження, стає можливим використання параметру перфекціонізму як своєрідної незалежної змінної щодо професійно-психологічної адаптованості медичних сестер, тобто перфекціонізм є специфічним аргументом в ході пошуку психологічних закономірностей (у нашому випадку йдеться про факторні закономірності). Також, нами бралось до уваги, що властивість перфекціонізму є однією із максимально складних властивостей, яку можна буквально віднести до системних якостей в психіці людини, а це, водночас, дає змогу констатувати факт, що система з різною мірою вираження може змінюватися в ході генезу систем.

Запропоновану концепцію дослідження конструктивного перфекціонізму як чинника професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер та розроблену програму емпіричного дослідження проблеми можна розглядати як структурний спосіб вивчення

суб'єктно-процесуальних детермінант тих чи інших психічних явищ. Такий спосіб дає змогу виявити та охарактеризувати детермінацію будь-якого явища не тільки у вигляді його аналітичних «одиничних» зв'язків з окремими індивідуальними якостями і процесами, але й в плані його комплексної зумовленості їх цілісними підсистемами, якими й виступають рівні прояву перфекціонізму.

В статистичних матрицях подано вичерпний комплекс взаємозв'язків досліджуваних особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних особливостей прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер як психологічної структури в кількісних значеннях коефіцієнтів кореляції в досліджуваній вибірці. Значущі з цих зв'язків відображаються у вигляді корелограм факторного аналізу, які експлікують собою комплекс особистісних показників, а також патерн зв'язків між ними (тобто структуру), який лежить в основі забезпечення того чи іншого психічного утворення (в даному випадку професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер).

В нашому дослідженні зосереджено увагу на факторних оцінках рівня прояву перфекціонізму в провідних особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних якостях, які мають значущий безпосередній зв'язок з ним та на оцінках базових особистісно-поведінкових і особистісно-комунікативних якостей, які мають найбільшу структурну вагу і значущість зв'язків між ними, виявлену за допомогою регресивного аналізу.

Слід підкреслити, що саме базові якості є найважливішими для структурування цілісної підсистеми якостей, які необхідні для забезпечення певного зовнішнього критерію, яким у нашому випадку є прояв професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер. Вони можуть і повинні бути проінтерпретовані як структуроутворюючі, адже навколо них здійснюється синтез, структурування усіх інших якостей. Базові та провідні якості, як показано в дослідженні, можуть не співпадати. Це означає, що базові якості можуть не мати безпосередніх кореляцій з тим зовнішнім

критерієм, щодо якого вони функціонують, як це добре демонструють для студентів із низьким рівнем прояву перфекціонізму фактори «самокерівництва» і «пронизливої здатності в емпатії», для студентів із середнім рівнем прояву перфекціонізму – фактори «товариськість», «комунікативні особливості» і «врівноваженість», а для студентів із високим рівнем прояву перфекціонізму – фактори «соціальна пластичність» і «емоційний канал емпатії». Однак відсутність позитивного зв'язку не означає відсутність зв'язку взагалі, адже такий зв'язок існує, й окрім того, він ще більш значущий і важливий, але може бути більш чітко представлений на іншому структурному рівні. Таким чином зміна міри вираження вказаних якостей складає один із важливих аспектів системогенези перфекціонізму.

Проведений інтерпретаційний аналіз дав змогу відмітити ще одну особливість досліджуваного явища, яка добре вкладається в систему видової (якісної) диференціації впливу рівня прояву перфекціонізму на зміст базових психологічних закономірностей. У п. 1.3. нами вже було проаналізовано такі типи, як-от *компетентнісно-практичний* перфекціонізм та *етико-деонтологічний* перфекціонізм, які вміщені у двовекторну спрямованість професійного перфекціонізму медика. Разом з тим, базуючись на результатах проведеного дослідження, вважаємо доцільним запропонувати емпірично підтверджений варіант вирішення цієї проблеми.

Суть такого вирішення полягає в тому, що в ході дослідження зафіксовано закономірну таксономію трансформацій базових особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних властивостей під впливом фактору рівня прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер. Такими варіантами виявилися *адаптивно-активний*, *продуктивно-практичний* та *компетентнісно-вимогливий* типи.

Адаптивно-активний тип прояву впливу чинника перфекціонізму на трансформацію базових особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних властивостей майбутніх медичних сестер зафіксовано у групі досліджуваних із низьким рівнем прояву перфекціонізму. Цей тип

вміщує типові ознаки майбутнього фахівця, адаптованого до вимог професійної діяльності за рахунок сформованої психічної саморегуляції, розвинутих комунікативних здібностей та збереження орієнтації на дотримання морально-деонтологічних норм поведінки. Основним механізмом трансформації базових особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних властивостей майбутніх медичних сестер під впливом чиннику перфекціонізму розглядається механізм *послаблення (інгібіції)* міри прояву перфекціонізму, що часто знаходить вияв у різноманітних позитивних і негативних варіантах компенсації. Так, позитивна компенсація демонструє вироблення оптимального професійного стилю, який є найбільш адекватним для особистісного симптомокомплексу майбутнього фахівця, і тим самим він забезпечує збереження емоційно-психологічного комфорту та якості адаптації; а негативна компенсація інгібує емоційно-регуляторну гнучкість у професійній реалізації, яка блокує професійно-психологічну адаптованість майбутніх фахівців.

Продуктивно-практичний тип прояву впливу чинника перфекціонізму на трансформацію базових особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних властивостей майбутніх медичних сестер зафіксовано у групі досліджуваних із середнім рівнем прояву перфекціонізму. Цілеспрямованість і методичний розум цих майбутніх фахівців робить їх чітко регламентованими у своїй роботі, і, тому досить часто саме таких медичних сестер можна вважати показово-кваліфікаційним зразком. Основним механізмом трансформації базових особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних властивостей майбутніх медичних сестер під впливом чинника перфекціонізму розглядається механізм *зміни (інверсії)* міри прояву перфекціонізму, про що засвідчує їх готовність до радикальних змін форми професійної реалізації. Суть цього механізму полягає у тому, що вже саме по собі усвідомлення суб'єктом того чи іншого впливу, тобто знання про його існування, може виступити поштовхом до його модифікації, і досить часто в кардинальних варіантах морально-етичної дезінтеграції

майбутніх медичних сестер. Але безумовною цінністю цього механізму є усвідомлена готовність до випробування різноманітних адаптаційних форм професійної реалізації майбутніх медичних сестер.

Компетентнісно-вимогливий тип прояву впливу чинника перфекціонізму на трансформацію базових особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних властивостей майбутніх медичних сестер зафіксовано в групі досліджуваних із високим рівнем прояву перфекціонізму, які уособлюють в собі надмірну вимогливість до себе і до оточуючих, внутрішню зосередженість і відданість. Основним механізмом трансформації базових особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних властивостей майбутніх медичних сестер під впливом чиннику перфекціонізму розглядається механізм *посилення (гіпертрофії)* міри прояву перфекціонізму, який блокує дію до конструктивних змін у дотриманні вимог майбутньої професійної діяльності, і як результат, зростання перфекціоністських поведінкових тенденцій приводить до прояву нейротизму та невротичних реакцій, які в майбутньому можуть призвести до виражених специфічних професійних деформацій фахівця.

Як видно із презентованої типології прояву впливу чинника перфекціонізму на трансформацію базових особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних властивостей майбутніх медичних сестер, важливу роль у її змістових характеристиках відіграє зміст *психологічних механізмів* її функціонування. Чітка діалектика форми і змісту в цьому випадку проявляється під дією саме цих психологічних механізмів, які є засобами мотиваційно-цільової організації діяльності та розгортання функціонального потенціалу майбутнього фахівця. При цьому психологічні механізми завжди відповідають змістовним запитам цільової форми. В узагальненому вигляді психологічні механізми – це специфічні засоби психічної регуляції в системі «форма – зміст». Адже, «зміни змісту можуть відбуватися тільки до певної межі, своєрідного порогу, за яким починається зона неминучого руйнування або перетворення форми» [70, с. 146]. Ось чому

оптимальним варіантом змістових змін є включення психологічних механізмів у розвиток того чи іншого утворення, де активну роль відіграє зміст, який виходить за межі старої форми, руйнує її та визначає характер нової форми, яка відповідає новому рівневі розвитку змістовної сторони. У нашому дослідженні це положення набуває особливого значення в силу вираженої дихотомії феномену перфекціонізму (конструктивний / неконструктивний).

Презентований психологічний аналіз прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер на його низькому, середньому та високому рівні дає змогу висновкувати, що інтенсивність (сила) впливу чинника перфекціонізму на трансформацію базових особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних властивостей майбутніх медичних сестер може розглядатися як психологічна інтенція, що визначає *тенденції* їх професійно-психологічної адаптованості.

У ході дослідження відмічено, що перфекціонізм як особистісна властивість (індивідуальна якість суб'єкта), яка має свою індивідуальну міру вираження, є інтегрованим симптомокомплексом особистісно-поведінкових і особистісно-комунікативних характеристик, які за своєю природою є структурно-адитивними на кожному з рівнів прояву перфекціонізму. Таким чином перфекціонізм як психічна властивість зумовлює різні за мірою особистісні симптомокомплекси, що детермінують професійно-психологічну адаптацію. При цьому висока варіативність трансформаційних змін пояснюється особливостями конструювання психологічної реальності людиною із власним життєвим досвідом, що проектується в сферу її професійної реалізації. Цей момент якраз і пояснює відповідний розподіл показників особистісно-поведінкових і особистісно-комунікативних утворень майбутнього фахівця.

Так, у студентів медичних коледжів з низьким і середнім рівнями перфекціонізму, і в яких рівень розвитку перфекціонізму підкорений психологічним механізмам послаблення (інгібіції) та змін (інверсії), можна

зазначити якісно високу професійно-психологічну адаптованість (у першому випадку йдеться про професійно-психологічну адаптованість із елементами вираженого набуття деонтологічного-професійного статусу; а у другому випадку – професійно-психологічну адаптованість із елементами прояву ідентифікаційно-професійного статусу); на відміну від студентів із високим рівнем прояву перфекціонізму, який знаходиться під впливом психологічного механізму посилення (гіпертрофії), для яких властива професійно-психологічна адаптованість із елементами професійно-домінуючої демонстрації.

Особистісні симптомокомплекси досліджуваних майбутніх медичних сестер, диференційованих за рівнем прояву перфекціонізму, є якісно відмінними, які визначають собою різний склад, «портрет» майбутнього фахівця, структурну організацію особистісно-поведінкових і особистісно-комунікативних якостей, що відображається на ознаках їх професійно-психологічної адаптованості. Спробуємо узагальнити вищесказане:

– Досліджувані студенти-медичні сестри (*низький (емпатійно-адаптивний)* рівень прояву перфекціонізму → *адаптивно-активний тип* прояву впливу чинника перфекціонізму на трансформацію базових особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних властивостей → психологічний механізм *послаблення (інгібіції)* міри прояву перфекціонізму → *професійно-психологічна адаптованість* із елементами вираженого набуття деонтологічного-професійного статусу) складають групу майбутніх фахівців, загальний прояв перфекціонізму яких локалізований в такій його характеристиці як перфекціонізм, орієнтований на інших, що визначає розвинуті високі стандарти цих студентів щодо пред'явлення збільшених вимог до інших, а отже їм властива виражена професійна придатність у наявних патернах інтерперсональної взаємодії з іншими людьми, турботи і уваги до хворих людей у вигляді доброзичливості, толерантності, відвертості, вмінні вислухати проблеми людини, емпатійності та ввічливості.

– Досліджувані студенти-медичні сестри (*середній (раціонально-ініціативний)*) рівень прояву перфекціонізму → *продуктивно-практичний тип* прояву впливу чинника перфекціонізму на трансформацію базових особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних властивостей → психологічний механізм *змін (інверсії)* міри прояву перфекціонізму → *професійно-психологічна адаптованість* із елементами вираженого набуття *ідентифікаційно-професійного статусу*) складають групу майбутніх фахівців, загальний прояв перфекціонізму яких локалізований в такій його характеристиці як соціально орієнтований перфекціонізм, що проявляється у їх генералізованому переконанні, що інші люди ставлять нереалістичні високі вимоги, яким важко відповідати, щоб заслужити схвалення та прийняття, що потребує від них сформованих поведінкових патернів саморегуляції нервово-психічної стійкості і операційно-поведінкових навичок соціальної підтримки (схвалення).

– Досліджувані студенти-медичні сестри (*високий (егоцентричний)*) рівень прояву перфекціонізму → *компетентнісно-вимогливий тип* прояву впливу чинника перфекціонізму на трансформацію базових особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних властивостей → психологічний механізм *посилення (гіпертрофії)* міри прояву перфекціонізму → *професійно-психологічна адаптованість* із елементами *професійно-домінуючої демонстрації*) складають групу майбутніх фахівців, загальний прояв перфекціонізму яких локалізований в такій його характеристиці як перфекціонізм, орієнтований на себе, коли людина ставить завищені вимоги і стандарти до себе і результатів своєї діяльності, і, як результат, вони вимогливо ставляться до виконання ними покладених професійних обов'язків із постійною демонстрацією власної досконалості та неперевершеності, що фактично часто супроводжується емоційним перенапруженням та тенденціями до зміни ставлення до себе і своєї професійної діяльності.

Таким чином можемо доповнити визначення *конструктивного перфекціонізму медичних сестер* як комплексу особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик, які визначають їх ідентифікаційно-професійний та деонтологічно-професійний статус та на фоні вираженої професійної придатності у наявних патернах операційно-поведінкових навичок соціальної підтримки, саморегуляції нервово-психічної стійкості й інтерперсональної взаємодії з іншими людьми, турботи і уваги до хворих людей у вигляді доброзичливості, толерантності, відвертості, вміння вислухати проблеми людини, емпатійності та ввічливості, знаходять вияв у розвинутих високих стандартах вимог до себе і здатності слідувати завищеним стандартам професійної діяльності з метою досягнення успішності діяльності, що виконується.

Слід зазначити, що в межах детермінаційного поля прояву перфекціонізму такі полярні характеристики професійно-психологічної адаптованості в різноманітних формах ієрархічного співвідношення особистісних симптомокомплексів уможливають їх взаємопереходи один в одного через окремі особистісні структури і процеси логікою життєвої необхідності у всіх проявах людини як суб'єкта професійної діяльності.

У завершенні проведеного узагальнення щодо емпіричної експлікації особистісних симптомокомплексів досліджуваних майбутніх медичних сестер, диференційованих за рівнем прояву перфекціонізму, слід підкреслити, що проведене дослідження є своєрідним підтвердженням теоретичних постулатів, де будь-яке психологічне структурне утворення особистості, як-от перфекціонізм особистості, отримує своє функціональне визначення тільки через встановлення певних функціональних ознак в плані адаптаційної організації майбутньої професійної діяльності. Саме у функціональному прояві професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер відбувається пристосування людини до професійних вимог і обставин. Перфекціонізм як особистісна властивість є регулюючим чинником усіх сфер психічного життя людини, що створює міцне підґрунтя

для формоутворення професійно-психологічної адаптованості, яка в межах професійної діяльності медичної сестри розглядається як професійно важлива якість.

Висновки до розділу 3

1. Представлено опис результатів емпірико-діагностичного вивчення конструктивного перфекціонізму як чинника професійно-психологічної адаптованості медичних сестер, які були поділені на три групи за показником «загальний рівень перфекціонізму»: група 1 – студенти з низькими показниками перфекціонізму (15,6 %); група 2 – студенти-майбутні медичні сестри з середніми показниками перфекціонізму (62 %), група 3 – студенти з високими показниками здатності до перфекціонізму (22,3 %).

2. Застосування непараметричного критерію Н Крускала-Уоллеса підтвердило статистично значущі відмінності в особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик майбутніх медичних сестер, диференційованих за рівнем прояву перфекціонізму (рівень достовірності від $p \leq 0,01$ до $p \leq 0,001$).

Проведення факторизації методом головних компонент із варімакс-обертанням матриці психологічних показників дало змогу отримати однозначно інтерпретовану факторну структуру особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик майбутніх медичних сестер у кожній з досліджуваних груп. У медичних сестер з низьким рівнем прояву перфекціонізму факторну структуру особистісно-комунікативних характеристик складають «соціальна пластичність» (31,7% дисперсії), «самоконтроль в спілкуванні (27 %), «проникаюча здатність в емпатії» (13,4 %); а факторна структура особистісно-поведінкових характеристик вміщує «самовпевненість» (19,6 % дисперсії), «самоприйняття» (15 %), «самокерівництво» (8,1 %), «перфекціонізм, адресований до інших» (7,2 %), «емпатійність» (7 %), «пластичність» (6,6 %), «позитивна самооцінка»

(6,5 %), «адаптивні здібності» (5,8 %), «установки, що сприяють емпатії» (5,8 %).

В майбутніх медичних сестер із середнім рівнем прояву перфекціонізму факторну структуру особистісно-комунікативних характеристик складають «товариськість» (31,4 % дисперсії), «комунікативні особливості» (24,3 %) та «соціальний темп» (13,6 %); а факторну структуру особистісно-поведінкових характеристик – «нервово-психічна розбалансованість» (13,6 % дисперсії), «самоприв'язаність» (7,9 %), «раціональний канал емпатії» (7,6 %), «мотивація досягнень» (7,1 %), «реактивна тривожність» (7 %), «апатично-флегматичний характер» (6,6 %), «соціально приписуваний перфекціонізм» (5,7 %), «адекватна самооцінка» (5 %) та «врівноваженість» (4,7 %).

В майбутніх медичних сестер із високим рівнем прояву перфекціонізму факторну структуру особистісно-комунікативних характеристик складають «соціальна ергічність» (30,3 % дисперсії), «соціальна емоційність» (19,2 %) та «соціальна пластичність» (14,2 %); а факторну структуру особистісно-поведінкових характеристик – «самозвинувачення» (11,4 % дисперсії), «дратівливість» (8,1 %), «внутрішня конфліктність» (7,6 %), «самокерівництво» (7,6 %), «мотивація досягнення» (7 %), «пристрасно-емоційний тип» (6,8 %), «емоційний канал емпатії» (6,1 %), «позитивна самооцінка» (5,1 %) та «самоцінність» (4,2 %).

Внаслідок застосування регресійного аналізу виокремлено найсуттєвіші прогностичні детермінанти високого, середнього і низького рівнів прояву перфекціонізму. Для студентів із низьким рівнем прояву перфекціонізму найбільший внесок у дисперсію залежної змінної «загальний рівень перфекціонізму» внесли такі фактори, як «емпатійність» ($\beta = 0,233$), «адаптивні здібності» ($\beta = 0,230$) і «пластичність» ($\beta = 0,186$). Для студентів-майбутніх медичних сестер із середнім рівнем прояву перфекціонізму найбільший внесок у дисперсію залежної змінної «загальний рівень перфекціонізму» внесли фактори «раціональний канал емпатії»

($\beta = 0,426$), «апатійно-флегматичний характер» ($\beta = 0,323$) і «мотивація досягнень» ($\beta = 0,255$). У студентів із високим рівнем прояву перфекціонізму виокремлено фактори «самоцінність» ($\beta=0,819$), «внутрішня конфліктність» ($\beta=0,332$) і «самозвинувачення» ($\beta=0,173$).

3. Отримані результати дослідження були піддані емпіричній конкретизації деонтологічно-професійного та ідентифікаційно-професійного статусів у межах професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер. Студенти, які належать до низького і середнього рівнів прояву перфекціонізму, і в яких рівень розвитку перфекціонізму підкорений психологічним механізмам послаблення (інгібіції) та змін (інверсії), характеризуються якісно високою професійно-психологічною адаптованістю з елементами вираженого набуття деонтологічного-професійного статусу в студентів із низьким рівнем прояву перфекціонізму та з елементами прояву ідентифікаційно-професійного статусу в студентів із середнім рівнем прояву перфекціонізму. Студенти з високим рівнем прояву перфекціонізму, який знаходиться під впливом психологічного механізму посилення (гіпертрофії), демонструють професійно-психологічну адаптованість із елементами професійно-домінуючої демонстрації.

У завершенні зазначено, що психологічний зміст конструктивного прояву перфекціонізму можна розглядати як адаптаційний атрибут ефективної професіоналізації майбутньої медичної сестри.

Основний зміст розділу відображений у таких публікаціях автора:

1. Лазько А. М. Перфекціонізм як ознака мотиваційної відповідальності майбутніх медичних сестер / А. М. Лазько // Наука і освіта: наук.-практ. журн. Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського. – Сер. : Психологія та педагогіка. – № 9/CXXVI, 2014. – С. 127–132.

2. Лазько А. М. Мотиваційно-особистісні кореляти вияву перфекціонізму майбутніх медичних сестер / А.М. Лазько // Гуманітарний

вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». – Дод. 2 до Вип. 35, Том II (14) : Тематичний випуск «Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання». – К. : Гнозис, 2015. – С. 343–353.

3. Лазько А. М. Перфекціонізм майбутніх медичних сестер: проблема диференціації, рівень та особистісно-поведінкові прояви / А. М. Лазько // Проблеми гуманітарних наук: збірник наукових праць Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. – Сер. : Психологія. – Вип. 35. – Дрогобич : Вид. від. ДДПУ ім. Івана Франка, 2015. – С. 73–85.

4. Lazko A. Adaptive capacity and talents of medical students / A. Lazko // Knowledge. Education. Law. Management. – № 2 (10). – Łódź. – Fundacja «Oświata i Nauka Bez Granic PRO FUTURO». – 2015. – S. 118–129.

5. Лазько А. М. Психологічні особливості конструктивного перфекціонізму майбутніх медичних сестер / А.М. Лазько // Психологія професійної компетентності медичних сестер: адаптаційний вимір [Текст] : кол. моногр. / О. В. Лазорко, П. Д. Гайдучик, А. М. Лазько [та ін.]; за заг.ред. Ж. П. Вірної. – Луцьк : Вежа-Друк, 2015. – С. 43–75.

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуального наукового завдання, що полягає в обґрунтуванні конструктивного перфекціонізму як чинника професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер. Отримані в ході дослідження результати дають змогу сформулювати такі висновки:

1. Результатом теоретико-методологічного аналізу проблеми є положення, згідно якого успішність професійно-адаптаційних процесів знаходить відображення в проявах професійно-психологічної адаптивності особистості, яка розглядається нами на етапі оволодіння професією майбутніми медичними працівниками як психологічний стан, який зумовлюється особистісним потенціалом адаптаційних здібностей у проявах нервово-психічної стійкості, розвинутих вміннях інтерперсональної взаємодії та проявах моральної нормативності діяльності.

Окреслення особливостей прояву перфекціонізму в професійній діяльності медичної сестри, який вміщує аналіз професійно-кваліфікаційних характеристик і вимог професійної діяльності щодо її ефективного виконання, заактуалізувало необхідність вивчення особливостей конструктивного перфекціонізму медичних сестер, який є надійним предиктором встановлення високих особистісних стандартів, прагнення до досконалості і неперевершеності та стимулюючим фактором професійного і особистісного удосконалення.

2. Розроблено теоретичну модель прояву перфекціонізму майбутніх медичних сестер, у якій прояв конструктивного перфекціонізму майбутніх медичних сестер у комплексі особистісно-поведінкових і особистісно-комунікативних характеристик, які визначають ознаки їх ідентифікаційно-професійного та деонтологічного-професійного статусу, інтегровані у особистісному кластері *професійної норми* фахівця, в якому увібрано такі функціональні характеристики як професійна працездатність, професійна

ефективність та надійність суб'єкта діяльності. Прояв неконструктивного перфекціонізму майбутніх медичних сестер у комплексі особистісно-поведінкових і особистісно-комунікативних характеристик, які визначають ознаки їх професійно-домінантної демонстрації та професійно-рольового експансіонізму, інтегруються у особистісному кластері *професійної декларації* фахівця, в якому увібрано функціональні характеристики професійної дезадаптації, морально-етичної дезінтеграції професійного розвитку, спеціальної професійної деформації.

Теоретична експлікація прояву конструктивного перфекціонізму майбутніх медичних сестер є методологічним орієнтиром у конкретизації професійної норми як інтегрального критерію професійно-психологічної адаптованості майбутніх фахівців в ознаках психологічного укладу особистості, її здібностей, спрямованості щодо досягнення професійної зрілості у ході реальної навчально-професійної діяльності та у прогностичних образах успішної власне професійної реалізації, задоволеності працею і прагнення до самовдосконалення.

3. На емпірико-діагностичному рівні з'ясовано психологічний зміст особистісно-поведінкових і особистісно-комунікативних характеристик перфекціонізму майбутніх медичних сестер, диференційованих за його рівнем прояву (група 1 – студенти із низьким рівнем прояву перфекціонізму; група 2 – студенти із середнім рівнем; група 3 – студенти із високим рівнем прояву перфекціонізму). За допомогою непараметричного критерію Н Крускала-Уоллеса емпірично встановлено статистично-значущі відмінності у особистісно-поведінкових і особистісно-комунікативних характеристиках майбутніх медичних сестер у діагностованих групах.

Проведення факторизації методом головних компонент із варімакс-обертанням матриці психологічних показників дало змогу отримати однозначно інтерпретовану факторну структуру особистісно-поведінкових та особистісно-комунікативних характеристик майбутніх медичних сестер у кожній з досліджуваних груп. Внаслідок застосування регресійного аналізу

виокремлено найсуттєвіші прогностичні детермінанти прояву перфекціонізму у трьох групах: «емпатійність», «адаптивні здібності» і «пластичність» у студентів із низьким рівнем прояву перфекціонізму; «раціональний канал емпатії», «апатійно-флегматичний характер» і «мотивація досягнень» у студентів із середнім рівнем прояву перфекціонізму; та «самоцінність», «внутрішня конфліктність» і «самозвинувачення» у студентів із високим рівнем прояву перфекціонізму.

4. Отримані результати дослідження були піддані емпіричній конкретизації деонтологічно-професійного та ідентифікаційно-професійного статусу в межах професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер. У студентів, які належать до низького і середнього рівнів прояву перфекціонізму, і у яких рівень розвитку перфекціонізму підкорений психологічним механізмам послаблення (інгібіції) та змін (інверсії), можна зазначити якісно високу професійно-психологічну адаптованість з елементами вираженого набуття деонтологічного-професійного статусу (низький рівень прояву перфекціонізму) та із елементами прояву ідентифікаційно-професійного статусу (середній рівень прояву перфекціонізму). Студенти із високим рівнем прояву перфекціонізму, який знаходиться під впливом психологічного механізму посилення (гіпертрофії), демонструють професійно-психологічну адаптованість із елементами професійно-домінуючої демонстрації.

Результати теоретико-емпіричного дослідження уможливили обґрунтування конструктивного перфекціонізму як особистісної властивості, яка набуває функціонального визначення в ознаках адаптаційної організації майбутньої професійної діяльності медичних сестер.

Проведене дослідження не вичерпує усіх аспектів окресленої проблеми. Можливими перспективами подальшого дослідження є: напрям досліджень, спрямований на вивчення мотиваційних, емоційних та когнітивних показників прояву перфекціонізму у фахівців медичного профілю; дослідження онтогенетичного аспекту цієї проблеми, гендерних,

статевих, крос-культурних відмінностей у проявах перфекціонізму; а також удосконалення методів психодіагностики типів, форм та структури перфекціонізму з метою створення ефективних корекційних програм і тренінгового навчання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ :

1. Адаптация личности в современном мире : межвуз. сб. науч. тр. – Саратов : ИЦ «Наука», 2011. – Вып. 3. – 110 с.
2. Адлер А. Наука о характерах: понять природу человека / А. Адлер. – М. : Академический проект, 2011. – 253 с. – (Психологические технологии).
3. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии / А. Адлер. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 224 с.
4. Алексеева Т. В. Психологічні фактори та прояви процесу адаптації студентів до навчання у вищому навчальному закладі : автореф. дис. ...канд. психол. наук : 19.00.01 / Т. В. Алексеева ; Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. – К., 2004. – 20 с.
5. Анцыферова Л. И. К психологии личности как развивающейся системе // Психология формирования и развития личности / Л. И. Анцыферова. – М. : Наука, 1981. – С. 3–19.
6. Бабич М. Відповідальність у структурі професійної моделі молодшого медичного спеціаліста / М. Бабич // Психологія особистості. – 2011. – № 1. – С. 237–244. – [Електронний ресурс]. – режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Po_2011_1_30.pdf
7. Балл Г. А. Нормы деятельности и творческая активность личности // Вопр. психологии. – 1990. – № 6. – С. 25–36.
8. Балл Г. А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности / Г. А. Балл // Вопросы психологии. – 1989. – № 1. – С. 92–101.
9. Балл Г. О. Нормативний професійний ідеал вченого-людиназнавця / Г. О. Балл // Професійна освіта: педагогіка і психологія: польсько-український щорічник, XIII. – Ченстохова, 2011. – С. 49–65.
10. Бек А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – СПб. : Питер, 2003. – 298 с.
11. Бен-Шахар Т. Парадокс перфекциониста / Т. Бен-Шахар. – М. : ООО «Манн, Иванов и Фербер», 2013. – 256 с.

12. Березин Ф. Б. Представление об адаптации / Ф. Б. Березин. – [Электронный ресурс]. – режим доступа: [berezin _ fb. livejournal. com](http://berezin_fb.livejournal.com).
13. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л. : Наука. – 1988. – 270 с.
14. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс. – М. : Прогресс. – 1996. – 420с.
15. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / [под. ред. Б. Г. Юдина]. – М. : Едиторал, 1998. – 364 с.
16. Бобнева М. И. Социальные нормы и регуляция поведения / М. И. Бобнева. – М. : Наука, 1978. – 311с.
17. Бодров В. А. Психологическое исследование проблемы профессионализации личности // Психологические исследования проблемы формирования личности профессионала / под ред. В. А. Бодрова. – М. : Ин-т психологии АН СССР, 1991. – С. 3–26.
18. Бююль А. SPSS: Искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей : пер. с нем. / А. Бююль, П. Цёфель. – СПб. : «ДиаСофтЮП», 2005. – 608 с.
19. Великий тлумачний словник сучасної української мови [Текст] : [електронний ресурс]. – [К. ; Ірпінь] : Перун, [2007]. – 1 електрон. опт. диск (CDR).
20. Венгер А. Л. Структура психологического синдрома / А. Венгер // Вопр. психологии. – 1994. – № 4. – С. 82–92.
21. Витенко И. С. Специфика адаптационных реакций врача общей практики – семейной медицины к профессиональной деятельности / И.С. Витенко // Мед. психология. – 2011. – №3. – С. 10–13.
22. Вірна Ж. П. Неврогенез професійних деструкцій особистості / Ж. П. Вірна // Психологічні перспективи. – Вип.19. – Луцьк : РВВ Вежа, 2012. – С.84–91.
23. Вірна Ж. П. Професійна безпека: динаміка і ризики прояву професійних деформацій фахівця / Ж. П. Вірна // Психологія професійної

безпеки: технології конструктивного самозбереження особистості [Текст] : колект. монографія / О. Лазорко, Ж. Вірна, Л. Акімова [та ін.] ; за ред. Ж. Вірної. – Луцьк : Вежа-Друк, 2015. – С. 30–49.

24. Вітенко І. С. Основи загальної і медичної психології : навч. посіб. / І. С. Вітенко, Л. М. Дутка, Л. Я. Зименковська. – К. : Вища школа, 1991. – 271 с.

25. Вітенко І. С. Психологічна адаптація сімейного лікаря до професійної діяльності : монографія / І. С. Вітенко. – Вінниця : Нова кн., 2013. – 132 с.

26. Воликова С. В. Методы исследования детского перфекционизма // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. – №1. – С. 177–192.

27. Воловик В. М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики / В. М. Воловик // Труды Ленинградского института им. В. М. Бехтерева. – Л. : Наука, 1975. – Т. 25. – С. 79–90.

28. Ворожбит С. А. Почуття довіри як чинник соціально-психологічної адаптації студентів : автореф. дис. ...канд. психол. наук : 19.00.05 / С. А. Ворожбит ; Ін-т психології ім. Г. Костюка. – К. – 2011. – 21 с.

29. Время жить: Искусство продления жизни: Искусство продлевать человеческую жизнь (макробиотика) / Х. Гуфеланд. Наука XX века против старения и смерти / Д. Курцмен / Х. Гуфеланд. – СПб : Лейла, 1996. – 384 с.

30. Вудман М. Страсть к совершенству. Юнгианское понимание зависимости / М. Вудман. – М. : Клас, 2006. – 272 с.

31. Гаранян Н. Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы психических расстройств : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / Н. Г. Гаранян. – М., 2011. – 429 с.

32. Гаранян Н. Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) / Н. Г. Гаранян // Современная терапия психических расстройств. – 2006. – № 1. – С. 31–41.

33. Гаранян Н. Г. Перфекционизм, депрессия и тревога / Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогорова, Т. Ю. Юдеева // Моск. психотерапевт. журн. – 2001. – № 4. – С. 18–49.

34. Герасімова Н. Є. Внутрішньоособистісні конфлікти в процесі соціальної адаптації студентів до умов вищих навчальних закладів : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.07 / Н. Є. Герасімова ; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2004. – 21 с.

35. Грандо А. А. Врачебная этика : [пособие] / А. А. Грандо, С. А. Грандо. – Киев. : РИА «Триумф», 1994. – 256 с.

36. Грачева И. И. Уровень перфекционизма и содержание идеалов личности : автореф. дис.. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / И. И. Грачева. – М, 2006. – 25 с.

37. Грачева И. И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта / И. И. Грачева // Психол. журн. – 2006. – Т. 27. – № 6. – С. 73–81.

38. Гуляс І. А. Психологія перфекціонізму : навч. посіб. для студ. вищих навч. закладів / І. А. Гуляс. – Чернівці : Прут, 2010. – 272 с.

39. Гусев А. Н. Психодиагностика. Базовая версия. Руководство по использованию методик психологами образовательных учреждений / А. Н. Гусев. – М. : Фирма 1С, 2008. – 259 с.

40. Данилевич Л. А. Перфекціонізм як особистісний чинник академічної обдарованості студентів : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.01 / Л. А. Данилевич. – К., 2010. – 20 с.

41. Демченко В. А. Самосвідомість як фактор психологічної адаптації першокурсників до навчальної діяльності : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / В. А. Демченко ; Харк. нац. ун-т ім. В. Н. Каразіна. – Х., 2006. – 19 с.

42. Дерев'янка С. П. Емоційний інтелект як чинник соціально-психологічної адаптації особистості до студентського середовища : автореф.

дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / С. П. Дерев'янка ; Ін-т соц. та політ. психології АПН України. – К., 2009. – 20 с.

43. Дружилов С. А. Индивидуальный ресурс человека как основа становления профессионализма : монография. – Воронеж: Науч. Кн., 2010. – 260 с.

44. Дубровин Д. Н. Психологическая адаптация как фактор личностного самоопределения : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.07 / Д. Н. Дубровин. – М., 2005. – 20 с.

45. Ершова Н. А. Педагогические условия активизации процесса адаптации студентов-первокурсников к учебной деятельности в ИФК : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 19.00.13 / Н. А. Ершова. – СПб, 1998. – 24 с.

46. Етичний кодекс медичних сестер України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://medsprava.com.ua/korisna_informatsija/etichnijj_kodeks_medichnoyi_sestri_ukrayini/.

47. Етичний кодекс професійної етики Міжнародної ради медсестер [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medvisnyk.org.ua/content/view/18/28/>.

48. Завада Т. Особливості взаємозв'язку перфекціонізму та самоактуалізації особистості / Т. Завада // Вісн. Київ. нац. ун-ту ім. Т. Шевченка. Психологія. – 2014. – Вип. 2. – С. 31– 34.

49. Закревский В. Э. Третье тысячелетие: от физически и психически здорового человека к совершенному социальному устройству / В. Э. Закревский // Наукове пізнання: методологія та технологія. – 1999. – № 1 (3). – С. 34– 39.

50. Залевский А. В. Философско-методологический анализ проблемы физического совершенства человека : автореф. дис. ... канд. филос. наук : спец. 09.00.01 / А. В. Залевский. – Саратов. – 2009. – 20 с.

51. Згречча Е. Біоетика : підручник / Е. Згречча, А. Дж. Спаньйола, М. Л. П'єстро та ін. ; [пер. з італ. В. Й. Шовкун]. – Львів : Медицина і право, 2007. – 672 с.
52. Здорик М. В. Біоетичний аспект лібералізму: свобода чи обмеження свободи? / М. В. Здорик // Вісн. Харк. нац. ун-ту ім. В. Н. Каразіна. – 2010. – № 912. – Сер. : Питання політології. – Вип. 17. – С. 183–187.
53. Золотарева А. А. Перфекціонізм в структурі саморегуляції особистості / А. А. Золотарева // Психологія і психотехніка. – 2012. – Т. 42. – № 3. – С. 59–68.
54. Золотарева А. А. Адаптація методики «Шкала перфекціоністської самопрезентації» П. Хьюїтта / А. А. Золотарева // Психол. журн. – 2011. – Т. 32. – № 6. – С. 62–69.
55. Золотарева А. А. Дифференціально-психологічна діагностика перфекціонізму / А. А. Золотарева // Вестн. Ун-та (Гос. ун-т упр.). – 2012. – № 2. – С. 279–283.
56. Золотарева А. А. Перфекціонізм і перфекціоністська самопрезентація як проблема норми і патології особистості і можливість їх вимірювання / А. А. Золотарева // Матеріали XVI Міжнарод. конф. студентів, аспірантів і молодих учених «Ломоносов-2009». Секція «Психологія». – М. : Изд-во МГУ, 2009. – С. 154–155.
57. Иванченко Г. В. Идея совершенства в психологии и культуре / Г. В. Иванченко. – М : Смысл. – 225 с.
58. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. – СПб. : Питер, 2006. – 512 с. (Сер. : Мастера психологии).
59. Ильин Е. П. Психология индивидуальных различий / Е. П. Ильин. – СПб.: 2004. – 701 с. (Сер. : Мастера психологии).
60. Ильин Е. П. Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер. – 2011. – 244 с.

61. Исаева Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е. Р. Исаева : монография. – СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2009. – 136 с.
62. Кадобний Т. Б. Духовні та здоров'язберігаючі основи давньоруських цілителів / Т. Б. Кадобний, І. З. Боцюк, О. В. Лабівка // Вісн. Соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 3. – С. 69–71.
63. Капцов В. А. Труд и здоровье медицинских работников как проблема медицины труда / В. А. Капцов / Медицинская помощь. – 2000. – № 2. – С. 12–20.
64. Карпенко Є. В. Самоактуалізація і адаптація : від конфронтації до кооперації : монографія / Є. В. Карпенко. – Івано-Франківськ : Нова Зоря, 2013. – 271 с.
65. Карпенко Є. В. Суб'єктно-ціннісні особливості процесу самоактуалізації особистості / Є. В. Карпенко // Психологія особистості. – 2012. – № 1 (3). – С. 59 – 68.
66. Карпенко З. С. Аксіологічна психологія особистості : монографія / З. С. Карпенко. – Івано-Франківськ : Лілея-НВ, 2009. – 512 с.
67. Касевич Н. М. Безпека роботи медичних працівників / Н. М. Касевич, К. І. Шаповал. – К. : Здоров'я, 2007. – 224 с.
68. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія / Н. М. Касевич. – К. : Медицина, 2013. – 200 с.
69. Касевич Н. М. Основи медсестринства в модулях / Н. М. Касевич. – К. : Медицина, 2009. – 480 с.
70. Категории материалистической диалектики в психологии / отв. ред. Л. И. Анцыферова ; АН СССР, Ин-т психологии. – М. : Наука, 1988. – 244 с.
71. Киркеволд М. Сестринское дело. Анализ и оценка теорий / М. Киркеволд ; [Пер. с норвеж. Э. Панкратовой]. – М. : ПЕР СЭ, 2000. – 135 с.

72. Климов Е. А. Психология профессионала : избр. психол. тр. / Е. А. Климов. – М. : Ин-т практ. психологии; Воронеж : МОДЭК, 2003. – 456 с.
73. Кміть І. В. Хроноструктурна компетентність як умова професійної адаптованості медичних сестер : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / І. В. Кміть; Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2013. – 200 с.
74. Кокотова О. О. Особливості емоційного вигорання у середнього медичного персоналу психіатричних установ (структура, механізми формування, психотерапевтична корекція) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 19.00.04 / О. О. Кокотова ; Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. – Х., 2010. – 19 с.
75. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності : монографія / О. М. Кокун. – К. : Міленіум, 2004. – 265 с.
76. Конопльов В. В. Психологічна адаптація курсантів ВНЗ МВС України до діяльності підрозділів кримінальної міліції : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.06 / В. В. Конопльов ; Нац. акад. внутр. справ України. – К., 1999. – 16 с.
77. Коренюгина Т. Ю. Развитие представлений о психологических и этических аспектах сестринского дела / Т. Ю. Коренюгина // Вопр. психологии. – 2007. – № 6. – С. 153–160.
78. Корнеева Л. Н. Самооценка как механизм саморегуляции профессиональной деятельности / Л. Н. Корнеева // Вестн. ЛГУ. – сер. 6. – 1989. – Вып. 4 (27). – С. 91–96.
79. Кузнецова О. В. Індивідуально-типологічні чинники адаптивності особистості : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / О. В. Кузнецова ; Південноукр. держ. пед. ун-т ім. К. Д. Ушинського (Одеса). – Одеса, 2005. – 20 с.

80. Лавриш Ю. Є. Професійна підготовка медичних сестер в університетах Канади : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Ю. Є. Лавриш ; Ін-т пед. освіти і освіти дорослих. АПН України. – К., 2009. – 21 с.
81. Ларских М. В. Формирование конструктивного перфекционизма студента / М. В. Ларских. – Воронеж : Воронеж. гос. ун-т. – 2012. – 153 с.
82. Ларских М. В. Индивидуально-типологические детерминанты перфекционизма студента / М.В. Ларских // Известия ВГПУ. – 2015. – № 2 (267). – С. 227-231.
83. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – М. : Политиздат, 1975. – 130 с.
84. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики / А. Н. Леонтьев. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1981. – 584 с.
85. Лисицын Ю. П. Детерминационная теория медицины. Доктрина адаптивного реагирования / Ю. П. Лисицын, В. П. Петленко. – СПб. : Гиппократ, 1992. – 416 с.
86. Литвинова Л.В. Психологічні механізми подолання дезадаптаційних переживань студентів-першокурсників : автореф. дис. ... психол. наук : 19.00.07 / Л. В. Литвинова ; Ін-т психології ім. Г. С Костюка АПН України. – К., 2004. – 17 с.
87. Лоза О. О. Диференціація типів прояву перфекціонізму / О. О. Лоза // Вісн. Дніпропетр. ун-ту економіки та права ім. Альфреда Нобеля. Сер. : Педагогіка і психологія. – 2013. – № 1. – С. 122–125.
88. Лоза О. О. Моделі перфекціонізму та методики його діагностики / О. О. Лоза // Вісн. Дніпропетр. ун-ту економіки та права ім. Альфреда Нобеля. Серія. : Педагогіка і психологія. – 2011. – № 1. – С.122–125.
89. Ломов Б. Ф. К проблеме деятельности в психологии / Б. Ф. Ломов // Психол. журн. – 1981. – Т. 2. – № 5. – С. 3–22.
90. Люшук К. Ю. Дидактичні засади застосування інноваційних педагогічних технологій у процесі вивчення науково-природничих дисциплін

у медичних коледжах : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.09 / К. Ю. Люшук ; Волин. держ. ун-т ім. Лесі Українки. – Луцьк, 2005. – 22 с.

91. Маклаков А. Г. Формирование адаптационного потенциала личности и его развитие в процессе обучения в вузе [Электронный ресурс] / А. Г. Маклаков, А. А. Сидорова // Вестн. Ленинград. гос. ун-та им. А. С. Пушкина. – 2011. – Т. 5. – № 4. – С. 41–51.

92. Максименко С. Д. Генеза здійснення особистості : наук. монографія / . – К. : КММ, 2006. – 255 с.

93. Максименко С. Д. Основи генетичної психології / С. Д. Максименко. – К. : НПУ «Перспектива», 1998. – 320 с.

94. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : Справочник практ. психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – 992 с.

95. Маркович О. В. Формування професійних умінь майбутніх медичних сестер хірургічного профілю засобами алгоритмізації : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / О. В. Маркович ; Ін-т пед. освіти і освіти дорослих АПН України. – К., 2008. – 20 с.

96. Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу / 3-е изд. : пер. с англ. – СПб. : Питер, 2011. – 352 с. (Сер. : Мастера психологии).

97. Матвеев В. Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии / В. Ф. Матвеев. – М. : Медицина, 1989. – 176 с.

98. Матвейчик Т. В. Сестринское дело в XXI веке: монография / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко, Э. В. Мезина. – Минск : БелМАПО, 2014. – 316 с.

99. Махновська І. Р. Професійна підготовка магістрів медсестринської справи в умовах ступеневої освіти: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04; Житомир. держ. ун-т ім. І. Франка . – Житомир, 2015. – 228 с.

100. Митина Л. М. Психология труда и профессионального развития учителя / Л. М. Митина. Сер.: Высшее профессиональное образование. – М. : Академия, 2004. – 320 с.

101. Мороденко Е. В. Динамика изменений личности студента в процессе социальной адаптации к новым условиям жизни : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / Е. В. Мороденко. – Ярославский гос. ун-т. – Ярославль, 2014. – 25 с.
102. Налчаджян А. А. Социально-психическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии) / А. А. Налчаджян. – Ереван : Изд-во АН Армян. ССР. – 1988. – 263 с.
103. Наследов А. А. Математические методы психологических исследований. Анализ и интерпретация данных / А. А. Наследов. – СПб. : ООО «Речь», 2004. – 392 с.
104. Никифоров Г. С. Диагностика здоровья : психологический практикум / Г. С. Никифоров. – М. : Речь, 2007. – 950 с.
105. Никифоров Г. С. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности / Г. С. Никифоров, М. А. Дмитриева, Л. Н. Корнеева / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 1991. – 152 с.
106. Николаев Е. Л. Адаптация и адаптационный потенциал личности / Е. Л. Николаев, Е. Ю. Лазарев // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2013. – № 9. – С.18–30.
107. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М. : ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
108. Носоченко М. А. Совершенство как феномен культуры : автореф. дис. ... канд. культуролог. наук : 24.00.01 / М. А. Носоченко. – Барнаул. – 2003. – 20 с.
109. Ораховский В. И. Формирование психологической готовности молодежи к медицинскому труду / В. И. Ораховский, И. С. Витенко, Т. П. Кондратенко. – К. : Вища шк., 1989. – 88 с.
110. Павлов И. П. Полное собрание сочинений / И. П. Павлов. – Т. 3, кн. 2. – М. ; Л. : Изд-во Акад. наук СССР. – 1951. – С. 243–244.

111. Павлюк Т. М. Емпатійні чинники професійної адаптації медичних сестер : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Т. М. Павлюк ; Прикарпат. нац. ун-т ім. В. Стефаника. – Івано-Франківськ, 2007. – 22 с.
112. Парамонова В. В. Перфекціонізм при тривожних і депресивних розладах : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04 / В. В. Парамонова. – М. – 2011. – 25 с.
113. Пасечко Н. В. Основи сестринської справи : підручник / Н. В. Пасечко, М. О. Лемке, П. Є. Мазур. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 544 с.
114. Пашукова Т. І. Практикум із загальної психології / Т. І. Пашукова, А. І. Допіра, Г. В. Дьяконов . – К. : Знання, 2000. – 203 с.
115. Первин Л. Психология личности: теория и исследования / Л. Первин, О. Джон / [под ред. Д. А. Постелова] : пер. с англ. М. С. Жамкочьян. – М. : Рос. ассоц. искусств. интеллекта, 1997. – 607 с.
116. Пиаже Ж. Психология интеллекта / Ж. Пиаже. – СПб. : Питер, 2003. – 192 с.
117. Платонов В. Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практические приложения : учебн. тренера высш. квалификации / В. Н. Платонов. – М. : Советский спорт, 2005. – 820 с.
118. Погодин И. А. Психологические и социальные детерминанты процесса адаптации / И.А. Погодин // Адаптация личности в современном мире : Межвуз. сб. науч. тр. – Саратов : Научн. кн., 2011. – Вып. 4. – С. 16–26.
119. Поплавська С. Д. Формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності : автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.04 / С. Д. Поплавська ; Житомир. держ. ун-т ім. І. Франка. – Житомир, 2009. – 20 с.
120. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии : учеб. пособие / В. Д. Балин, В. К. Гайда, В. К. Горбачевский и

др. / [под общ. ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева]. – СПб : Питер, 2000. – 560 с.

121. Практикум по психодиагностике. Руководство по интерпретации/ [под общ. ред. С. Р. Пантилеева]. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1988. – 1992. – 134 с.

122. Практическая психодиагностика: методики и тесты / под ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: Бахрах-М, 1999. – 668 с.

123. Пряжников Н. С. Психологический смысл труда : учебн. пособие к курсу «Психология труда и инженерная психология» / Н. С. Пряжников. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та ; Воронеж : Изд-во НПО «МОДЭК», 2010. – 536 с.

124. Психологический словарь / под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Политиздат, 1990. – 494 с.

125. Психология профессионального здоровья : учеб. пособие / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2006. – 480 с.

126. Психологічна енциклопедія / автор-упоряд. О. М. Степанов. – К. : Академвидав, 2006. – 424 с.

127. Радченко О. М. Професія лікаря у світлі теорії стресу та філософських поглядів Ганса Сельє / О. М. Радченко // Сімейна медицина. – 2007. – № 1. – С. 124–126.

128. Разорина Л. М. Адаптация или социальная ориентировка и совладание? / Л. М. Разорина // Адаптация личности в современном мире : межвуз. сб. науч. тр. – Саратов : Науч. Кн., 2011. – Вып. 4. – С. 16–26.

129. Реан А. А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика / А. А. Реан, А. Р. Кудашев, А. А. Баранов. – СПб. : Прайм – ЕВРОЗНАК, 2008. – 479 с.

130. Ревасевич І. С. Психологічні концепції адаптації особистості у системному теоретичному обґрунтуванні // Психологія і суспільство. – 2001. – Вип. № 4. – С. 16–40.

131. Резнікова О. А. Адаптаційна трансформація психологічного захисту особистості студента : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / О. А. Резнікова ; Харк. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. – Х., 2010. – 21 с.
132. Розов М. А. Знание и механизмы социальной памяти / М. А. Розов // На пути к теории научного знания. – М. : 1984. – С. 175–197.
133. Русалов В. М. Опросник структуры темперамента (ОСТ) / В. М. Русалов. – М. : ИП АН СССР, 1990. – 50с.
134. Саннікова О.П. Адаптивність личности : монографія / О. П. Саннікова, О. В. Кузнецова. – Одесса : Изд. Н. П. Черкасов, 2009. – 258 с.
135. Саннікова О. П. Феноменологія особистості: вибр. психол. пр. / О. П. Саннікова. – Одеса : СМІЛ, 2003. – 256 с.
136. Семенов А. М. Досконалість як форма доброчесного життя людини в гуманістичній філософії XIV–XVI століть : автореф. дис. ... канд. філос. наук : спец. 09.00.05 / А. М. Семенов ; Львівський нац. ун-т ім. І. Франка. – Львів, 1998. – 20 с.
137. Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга / И.М. Сеченов. – М. : Издательство «АСТ», 2015. – 283 с.
138. Сизова Л. А. Психологические детерминанты профессионально - личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Л. А. Сизова. – Краснодар, 2015. – 25 с.
139. Словник української мови : в 11 т. / АН УРСР, Ін-т мовознавства ; за ред. І. К. Білодіда. – К. : Наук. думка, 1970–1980. – Т. 2. – 384 с.
140. Соколова І. М. Психофізіологічні основи попередження дезадаптації студентів перших років навчання : автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.02 / І.М. Соколова ; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2008. – 31 с.
141. Стасюк Р. М. Оптимізація соціальної адаптації студентів початкових курсів засобами фізичної культури : автореф. дис. на здобуття

наук. ступеня канд. наук з фіз. виховання та спорту : 24.00.02 / Р. М. Стасюк; Харк. держ. акад. фіз. культури. – Х., 2008. – 19 с.

142. Стебакова Д. А. Личностные особенности студентов медучилища с разными типами самоактуализации : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Д. А. Стебакова; Моск. гос. обл. ун-т.– М., 2010. – 27 с.

143. Супрун Л. М. Психологічний аналіз готовності майбутніх медсестер до професійної діяльності : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / Л. М. Супрун; Ін-т психології АПН України . – К., 1994. – 17 с.

144. Суханов А. А. Анализ понимания адаптации человека в очесственных психологических исследованиях / А. А. Суханова // Гуманитарный вектор. Педагогика и психология. – 2011. – №2. – С. 201– 204.

145. Сухарев А. В. Психологический этнофункциональный подход к психической адаптации человека : автореф. дис. ... д-ра. психол. наук : 19.00.01 / А. В. Сухарев; – М. : Психол. ин-т РАО. – М., 1998. – 25 с.

146. Тарханова П. М. Социальные и психологические факторы физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом / П. М. Тарханова, А. Б. Холмогорова // Психол. наука и образование. – 2011. – № 5. – С. 52– 60.

147. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Л. : Медицина, 1984. – 191 с.

148. Тофтул М. Г. Сучасний словник з етики : словник. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2014. – 416 с.

149. Туркова И. В. Самоактуализация личности студентов в период обучения в медицинском вузе : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.13/ И. В. Туркова ; Ленингр. гос. обл. ун-т им. А. С. Пушкина. – СПб, 2005 . – 24 с.

150. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М. : Изд-во Ин-та Психотерапии, 2002. – 490 с.

151. Философия : энциклопедический словарь / под. ред. А. А. Ивина. – М. : Гардарики, 2004. – 1072 с.
152. Фролов А. Г. Адаптация преподавателей к профессионально-педагогической деятельности в высшей школе / А. Г. Фролов, С. А. Хомочкина, Г. У. Матушанский // Образовательные технологии и общество. – 2006. – № 2. – Т. 9. – С. 265–276.
153. Фурман А. В. Психодіагностика особистісної адаптованості вчителів та учнів / А. В. Фурман. – Тернопіль : Економічна думка. – 2000. – 197 с.
154. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди. – Будапешт : Изд-во Акад. наук Венгрии, 1988. – 338 с.
155. Хартманн Х. Эго-психология и проблемы адаптации личности / Х. Хартманн ; [пер. с англ. В. Старовойтов]. – Канон+РООИ «Реабилитация», 2015. – 160 с.
156. Холл К. Теории личности / К. Холл, Г. Линдсей. – М. : ЗАО Изд-во «ЭКСМО – ПРЕСС», 1999. – 592 с. – (Сер. : Мир психологии).
157. Холмогорова А. Б. Нарциссизм, перфекционизм и депрессия / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Консультативная психология и психотерапия. – 2004. – № 1. – С. 18-35.
158. Хорни К. Новые пути в психоанализе / К. Хорни. – СПб. : Академ. проект. – 2009. – 240 с. – (Сер. : Психологические технологии).
159. Хьелл Л. Теории личности / Основные положения, исследования и применения / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – СПб. : Питер-Пресс, 1997. – 608 с.
160. Цуканова А. П. Толерантность в структуре социально-психологической адаптации личности (на примере студентов) : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / А. П. Цуканова; Дальневост. гос. ун-т путей сообщения. – Хабаровск, 2006. – 20 с.
161. Цыганкова П. В. Перфекционный стиль личности пациентов с нарушением адаптации и суицидальным поведением : автореф. дис. канд. психол. наук : 19.00.04 / П. В. Цыганкова; МГУ. – М, 2012. – 25 с.

162. Чепурна Г. Л. Перфекціонізм як чинник соціальної активності молоді / Г. Л. Чепурна // Вісн. Чернігів. пед. ун-ту. Сер. : Психол. науки. – Т. 2. – 2009. – № 1. – С. 112–125.
163. Шагарава И. В. Перфекционизм как фактор копинг-поведения в профессиональных стрессовых ситуациях / И. В. Шагарава, В. Г. Нагайцева // Вест. Омск. ун-та. – Сер. : Психология. – 2011. – № 1. – С. 11–17.
164. Шатило В. Й. Наукові дослідження в медсестринстві як інструмент удосконалення національної системи охорони здоров'я / В. Й. Шатило // Магістр медсестринства. – 2009. – № 1 (2). – С. 5–10.
165. Шегедин М. Б. Історія медицини і медсестринства / М. Б. Шегедин, Н. О. Мудрик. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. – 328 с.
166. Шегедин М. Б. Медико-соціальні основи реформування медсестринських кадрових ресурсів системи охорони здоров'я: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / М. Б. Шегедин ; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – К., 2001. – 36 с.
167. Шегедин М. Б. Медсестринство у світі / М. Б. Шегедин. – Львів : Край, 1999. – 402 с.
168. Шибутани Т. Социальная психология / Т. Шибутани ; [пер. с англ. В. Б. Олышанский]. – Ростов н/Д : Феникс, 1998. – 344 с.
169. Шик М. П. Адаптація студентів педагогічного коледжу до професійної діяльності в процесі фахової підготовки : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / М. П. Шик ; Черкас. нац. ун-т ім. Б. Хмельницького. – Черкаси, 2010. – 20 с.
170. Шпак Л. Л. Социокультурная адаптация: сущность, направление, механизмы реализации : дис. ... д-ра социол. наук. – Кемерово, 1992. – 398 с.
171. Шульц Д. П. История современной психологии / Д. П. Шульц, С. С. Шульц. – СПб. : Евразия, 2002. – 532 с.
172. Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход / А. Эллис ; [пер. с англ. Р. Балыбердина, М.

Даниленко, И. Фирсовой]. – СПб. : Изд-во Сова ; М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 272 с. (Сер. : Ступени психотерапии).

173. Юдеева Т. Ю. Перфекционизм как личностный фактор депрессивных и тревожных расстройств : дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Т. Ю. Юдеева. – М., 2011. – 275 с.

174. Юдіна О. М. Особливості професійної ідентифікації студентів медичного ВНЗ // Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. – К., 2003. – Т. V, ч. 2. – С. 327–330.

175. Юревиц А. Ж. Адаптация к профессиональной деятельности / А. Ж. Юревиц, В. С. Аверьянов, О. В. Виноградова // Физиология трудовой деятельности (Основы современной физиологии) / [под ред. В. И. Медведева]. – СПб., 1993. – С. 209–284.

176. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция / Л. Н. Юрьева. – Киев: Сфера, 2004. – 272 с.

177. Ярошевський М. Г. Історія психології від античності до середини ХХ століття / М. Г. Ярошевський. – М. : Академия, 1996. – 416 с.

178. Ясная В. А. Перфекционизм: история изучения и современное состояние проблемы / В. А. Ясная, С. Н. Ениколопов // Вопр. психологии . – 2007. – № 4. – С. 35–48.

179. Blatt S. J. The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression // American Psychologist. – 1995. – V. 50 (12), pp. 1003–1020.

180. Burns D.D. The Perfectionist's Script for Self-defeat / D.D. Burns // Psychology Today. – November. –1980. – P. 34–52.

181. Flett G. L. Personality, Negative Social Interactions, and Depressive Symptoms / G.L. Flett, P.L. Hewitt, M. Garshowitz, T. R. Martin // Canadian Journal of Behavioral Science. – 1997. – V. 29 (1), pp. 28–37.

182. Flett G. L. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology / G. L. Flett, P.L. Hewitt // Journal of Personality and Social Psychology. – 1991. – V. 60(3), – P. 456–470. ; [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>.

183. Frost R.O. The Dimensions of Perfectionism. Cognitive Therapy and Research / R.O. Frost, P. Marten, C. Lahart, R. Rosenblate. – 1990. – V. 14. – P. 449-468.; [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://dx.doi.org/10.1007/BF01172967>.

184. Greenspon T.S. «Healthy Perfectionism» Is an Oxymoron! / T.S. Greenspon // The Journal of Secondary Gifted Education . – 2000. – V. 4. – P. 197-208.

185. Hamachek D. E. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism / D. E. Hamachek // Psychology: A Journal of Human Behavior. – 1978. – V. 15. – P. 27–33.

186. Hewitt P.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. – V. 60. – P. 456–470. ; [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>.

187. Hollender M. Perfectionism / M. Hollender // Comprehensive Psychiatry. – 1965. – V. 6. – P. 94–103.

188. Norman R.M. The Relationship of Two Aspects of Perfectionism with Symptoms in a Psychiatric Outpatient Population / R.M.G. Norman, R. Davies, I.R. Nicholason, L. Cortese, A.K. Malla // Journal of Social and Clinical Psychology. – 1998. – V. 17. – P. 50–68. ; [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.1998.17.1.50>.

189. Pacht A.R. Reflections on Perfectionism / A.R. Pacht // American Psychologist. – 1984. – V. 39 (4), pp. 386–390. ; [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.39.4.386>.

190. Parker W. D. An empirical typology of perfectionism in academically talented children / W. D. Parker // American Educational Research Journal. – 1997. – V. 34. – P. 545–562.

191. Parker W.D. A Psychometric Examination of the Multidimensional Perfectionism Scale / W.D. Parker, K.K. Adkins // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. – 1998. – V. 17. – P. 323–334. ; [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://dx.doi.org/10.1007/BF02229054>.

192. Slade P.D. A Dual Process Model of Perfectionism Based on Reinforcement Theory / P.D. Slade, R. Owens // Behavior Modification. – 1998. – V. 22. – P. 372–390. ; [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://dx.doi.org/10.1177/01454455980223010>.

193. Slade P.D. Neurocognitive Correlates of Positive and Negative Perfectionism / P.D. Slade, D.B. Coppel, B.D. Townes // International Journal of Neuroscience. – 1998. – V. 119. – P. 1741–1754. ; [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://dx.doi.org/10.1080/00207450902915212>.

194. Slade P.D. An Experimental Analysis of Perfectionism and Dissatisfaction / P.D. Slade, T. Newton, N.M. Butler, P. Murphy // British Journal of Clinical Psychology. – 1991. – V. 30. – P. 169–176. ; [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8260.1991.tb00932>.

195. Terry-Short, L.A, Owens, R.G., Slade, P.D. and Dewey, M.E. Positive and Negative Perfectionism / L.A. Terry-Short, R.G. Owens, P.D. Slade, M.E. Dewey // Personality and Individual Differences. – 1995. – V. 18. – P. 663–668. ; [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00192-U](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(94)00192-U).

Додаток А

Таблиця А.1

Змінні, що не відповідають критерію допуску до аналізу

	Внутрішньо-групова дисперсія	Толерантність	Мінімальна толерантність
Відображене самовідношення	.403	.119	.022
Емоційність	.418	.120	.022
Адаптивні здібності	.012	.012	.022

Примітка: а – мінімальний рівень толерантності,001.

Таблиця А.2

**Стандартизовані коефіцієнти
канонічних дискримінативних функцій**

	Функція	
	1	2
Я-адресований перфекціонізм	-,278	-,219
Перфекціонізм, адресований до інших	-,002	-,221
Соціально орієнтований перфекціонізм	,776	,629
Рівень перфекціонізму	-,206	-,705
Групи12	-,809	,577
Мотивація досягнення	-,083	,135
Невротичність	-,180	-,051
Спонтанна агресивність	,052	-,326
Депресивність	,082	-,179
Дратівливість	,153	,011
Товариськість	,353	,116
Урівноваженість	,177	,320
Сором'язливість	-,224	-,059
Відкритість	-,117	,131
Екстра-інтроверсія	-,405	-,020
Емоційна лабільність	,255	,154
Маскулінність-фемінність	,056	-,167
Самооцінка	,181	,079

Продовження таблиці А.2

Відкритість	,102	-,022
Самовпевненість	,267	,060
Самокерівництво	-,106	,086
Відображене самовідношення	-,112	,068
Самоцінність	-,252	-,171
Самоприйняття	-,057	-,127
Самоприв'язаність	,043	,133
Внутрішня конфліктність	,152	,143
Самозвинувачення	,033	-,110
Ергічність	-,129	-,052
Соціальна ергічність	-,137	,074
Пластичність	-,103	-,180
Соціальна пластичність	-,173	-,002
Темп	,196	-,049
Соціальна емоційність	,138	,055
Пристрасно-емоційний тип	,127	,155
Щедро-холеричний тип	,301	,196
Сентиментально-чуттєвий тип	,127	-,197
Нервовий тип	-,157	,209
Флегматичний тип	-,060	-,079
Сангвінічний тип	-,008	-,225
Апатичний тип	-,058	-,085
Аморфний тип	,087	-,010
Самоконтроль у спілкуванні	-,138	,073
Нервово-психічна стійкість	-,328	,253
Комунікативні особливості	,114	,127
Раціональний канал емпатії	,161	,008
Інтуїтивний канал емпатії	,224	,117
Установки, що сприяють емпатії	,106	,249
Ідентифікація в емпатії	,101	,011
Загальний показник емпатії	-,149	-,201

Таблиця А.3

**Структурна матриця канонічних функцій за результатами
дискримінативного аналізу**

	Функція	
	1	2
Я-адресований перфекціонізм	,274(*)	,190
Соціально орієнтований перфекціонізм	,260(*)	,201
Перфекціонізм, адресований до інших	,254(*)	,141
Реактивна тривожність	,049(*)	,012
Дратівливість	,040(*)	,033
Самовпевненість	,040(*)	-,013
Флегматичний тип	,036(*)	-,022
Комунікативні особливості	,036(*)	,018
Апатичний тип	,035(*)	,006
Емоційний канал емпатії	,034(*)	,031
Товариськість	-,026(*)	,000
Пластичність	,022(*)	,020
Самоцінність	,018(*)	-,005
Сангвінічний тип	,017(*)	,011
Самокерівництво	,016(*)	-,012
Сором'язливість	,014(*)	-,008
Аморфний тип	-,007(*)	-,001
Рівень перфекціонізму	-,264	-,617(*)
Нервовий тип	,047	,194(*)
Соціальна емоційність	,000	,134(*)
Загальний показник емпатії	,054	,122(*)
Самозвинувачення	-,020	,110(*)
Інтуїтивний канал емпатії	,050	,109(*)
Щедро-холеричний тип	,004	,107(*)
Урівноваженість	-,043	,104(*)
Установки, що сприяють емпатії	,008	,104(*)
Нервово-психічна стійкість	,011	,096(*)
Внутрішня конфліктність	,019	,095(*)
Адаптивні здібності	,020	,091(*)
Відкритість	,012	,086(*)
Екстра-інтроверсія	-,023	,083(*)
Моральна нормативність	,018	,077(*)
Соціальна пластичність	-,017	,073(*)
Невротичність	-,008	,063(*)
Рациональний канал емпатії	,057	,058(*)

Продовження таблиці А.3

Ідентифікація в емпатії	,030	,057(*)
Спонтанна агресивність	,029	,056(*)
Пристрасно-емоційний тип	,052	,054(*)
Відображене самовідношення	-,013	-,049(*)
Емоційність	,000	,048(*)
Самоконтроль у спілкуванні	,027	,047(*)
Депресивність	,008	,043(*)
Проникаюча здатність в емпатії	-,020	,040(*)
Сентиментально-чуттєвий тип	,010	,039(*)
Відкритість	-,029	-,036(*)
Самооцінка негативна	-,009	,034(*)
Соціальний темп	-,006	,030(*)
Соціальна ергічність	-,022	,025(*)
Самоприв'язаність	,004	,022(*)
Мотивація досягнення	,004	,022(*)
Самооцінка позитивна	,016	-,021(*)
Самоприйняття	,013	,018(*)
Маскулінність-фемінність	-,004	,018(*)
Темп	,003	,017(*)
Ергічність	,006	,011(*)
Емоційна лабільність	,003	,007(*)

Примітка: Об'єднані внутрішньо групові кореляції між дискримінантними змінними і нормативними канонічними дискримінантними функціями.

Змінні впорядковані за абсолютною величиною кореляцій всередині функції.

* максимальна за абсолютною величиною кореляції між змінними і дискримінантними функціями.

а – змінна не використовується в аналізі.

Таблиця А.4

Функції в центроїдах груп

Average Linkage (Between Groups)	Функція	
	1	2
1	-6,478	1,571
2	0,484	-1,406
3	3,280	2,793

Примітка: ненормовані канонічні дискримінантні функції в центроїдах груп

Додаток Б

Таблиця Б.1

Результати обрахунку критерію Колмогорова-Смирнова

Діагностичний показник	N	Нормальні параметри (a,b)		Різниці екстремумів			Статистика Z Колмогорова-Смирнова	Асимпт. знч. (двобічна)
		Середнє	Стд. відхилення	Модуль	Позитивні	Негативні		
Я-адресований перфекціонізм	192	67,078	14,281	0,047	.047	-.038	.656	.783
Перфекціонізм, адресований до інших	192	57,193	1.940	.058	.058	-.056	.806	.534
Соціально-приписуваний перфекціонізм	192	6.547	1.506	.062	.062	-.059	.865	.443
Загальний показник перфекціонізму	192	184,818	26,559	.040	.040	-.028	.561	.912
Мотивація досягнення	192	12.693	15,981	.065	.065	-.046	.904	.387
Невротичність	192	7,719	3,647	.097	.097	-.068	1,345	.050
Спонтанна агресивність	192	4,318	2,644	.134	.134	-.084	1,851	.002
Депресивність	192	7,078	3,013	.087	.082	-.087	1,208	.108
Дратівливість	192	5,573	2,476	.093	.092	-.093	1,286	.033
Товариськість	192	8,208	2,887	.117	.079	-.117	1,622	.010
Урівноваженість	192	4,385	1,813	.115	.115	-.101	1,600	.012
Реактивна тривожність	192	4,057	2,110	.119	.119	-.089	1,648	.009
Сором'язливість	192	4,677	2,382	.127	.078	-.127	1,757	.004
Відкритість	192	8,813	2,570	.118	.055	-.118	1,630	.010
Екстра-інтроверсія	192	6,510	2,154	.109	.109	-.104	1,514	.020
Емоційна лабільність	192	7,177	2,892	.100	.078	-.100	1,390	.042
Маскулінність-фемінність	192	6,661	2,346	.095	.095	-.075	1,322	.061
Самооцінка позитивна	190	.499	.179	.062	.062	-.050	.854	.459
Самооцінка негативна	190	.331	.156	.094	.094	-.043	1,291	.011
Відкритість	192	6,182	1,921	.132	.132	-.123	1,828	.002
Самовпевненість	192	8,250	2,625	.086	.084	-.086	1,197	.114
Самокерівництво	192	7,208	2,220	.103	.084	-.103	1,431	.033
Відображене самовідношення	192	5,859	2,335	.138	.138	-.107	1,917	.001
Самоцінність	192	8,406	2,334	.100	.081	-.100	1,391	.042

Продовження таблиці Б.1

Самоприйняття	192	7,172	1,916	.121	.109	-.121	1,670	.008
Самоприв'язаність	192	5,250	2,434	.140	.140	-.074	1,938	.001
Внутрішня конфліктність	192	7,896	3,367	.097	.057	-.097	1,348	.053
Самозвинувачення	192	5,526	2,496	.110	.105	-.110	1,525	.019
Ергічність	192	6,109	2,895	.098	.098	-.092	1,361	.049
Соціальна ергічність	192	8,349	2,901	.132	.104	-.132	1,829	.002
Пластичність	192	6,318	3,436	.108	.108	-.103	1,491	.023
Соціальна пластичність	192	6,698	2,426	.107	.107	-.089	1,482	.025
Темп	192	7,589	3,261	.131	.083	-.131	1,815	.003
Соціальний темп	192	7,318	2,821	.111	.096	-.111	1,541	.017
Емоційність	192	7,844	3,288	.153	.098	-.153	2,121	.000
Соціальна емоційність	192	7,719	2,786	.109	.062	-.109	1,517	.020
Пристрасно-емоційний тип	192	7,542	2,322	.109	.109	-.104	1,514	.020
Щедро-холеричний тип	192	8,042	2,131	.112	.097	-.112	1,552	.016
Сентиментально-чуттєвий тип	192	4,458	2,258	.133	.133	-.082	1,836	.002
Нервовий тип	192	7,464	2,580	.090	.090	-.088	1,243	.091
Флегматичний тип	192	8,755	2,628	.120	.068	-.120	1,669	.008
Сангвінічний тип	192	7,349	2,391	.136	.136	-.099	1,887	.002
Апатичний тип	192	6,396	2,568	.155	.155	-.080	2,148	.000
Аморфний тип	192	5,484	2,439	.120	.120	-.067	1,668	.008
Самоконтроль у спілкуванні	192	5,036	1,904	.122	.122	-.097	1,694	.006
Адаптивні здібності	192	1,890	0,808	.041	.044	-.037	1,509	.001
Нервово-психічна стійкість	192	2,726	1,242	.041	.045	-.028	1,695	.001
Комунікативні особливості	192	4,446	2,107	.041	.043	-.064	1,798	.001
Моральна нормативність	192	9,953	4,212	.053	.093	-.057	1,599	.025
Рациональний канал емпатії	192	2,786	1,172	.172	.172	-.161	2,390	.000
Емоційний канал емпатії	192	3,531	1,436	.144	.144	-.138	1,999	.001
Інтуїтивний канал емпатії	192	2,630	1,374	.213	.213	-.117	2,954	.000
Установки, що сприяють емпатії	192	2,760	1,182	.184	.154	-.184	2,556	.000
Проникаюча здатність в емпатії	192	3,000	1,224	.161	.161	-.146	2,237	.000
Ідентифікація в емпатії	192	2,438	1,360	.189	.189	-.113	2,614	.000
Загальний показник емпатії	192	17,109	4,108	.078	.078	-.063	1,075	.198

Результати обрахунку показників ексцеса для діагностичних шкал

Діагностичний показник	N	Ексцес
Я-адресований перфекціонізм	192	1,186
Перфекціонізм, адресований до інших	192	0,112
Соціально-приписуваний перфекціонізм	192	0,344
Загальний показник перфекціонізму	192	0,008
Мотивація досягнення	192	1,455
Невротичність	192	2,641
Спонтанна агресивність	192	1,241
Депресивність	192	0,449
Дратівливість	192	0,178
Товариськість	192	0,640
Урівноваженість	192	0,700
Реактивна тривожність	192	0,015
Сором'язливість	192	0,078
Відкритість	192	0,442
Екстра-інтроверсія	192	0,610
Емоційна лабільність	192	0,562
Маскулінність-фемінність	192	0,413
Самооцінка позитивна	190	0,667
Самооцінка негативна	190	0,125
Відкритість	192	7,376
Самовпевненість	192	0,289
Самокерівництво	192	0,553
Відображене самовідношення	192	0,488
Самоцінність	192	0,169

Продовження таблиці Б.2

Самоприйняття	192	0,869
Самоприв'язаність	192	0,327
Внутрішня конфліктність	192	0,027
Самозвинувачення	192	0,601
Ергічність	192	0,517
Соціальна ергічність	192	0,896
Пластичність	192	0,950
Соціальна пластичність	192	0,401
Темп	192	0,255
Соціальний темп	192	0,679
Емоційність	192	0,449
Соціальна емоційність	192	0,584
Пристрасно-емоційний тип	192	0,497
Щедро-холеричний тип	192	0,401
Сентиментально-чуттєвий тип	192	0,267
Нервовий тип	192	0,699
Флегматичний тип	192	0,040
Сангвінічний тип	192	0,437
Апатичний тип	192	0,010
Аморфний тип	192	0,394
Самоконтроль у спілкуванні	192	0,354
Адаптивні здібності	192	0,060
Нервово-психічна стійкість	192	0,453
Комунікативні особливості	192	0,126
Моральна нормативність	192	0,169
Раціональний канал емпатії	192	0,052
Емоційний канал емпатії	192	0,262
Інтуїтивний канал емпатії	192	0,541
Установки, що сприяють емпатії	192	0,609
Проникаюча здатність емпатії	192	0,675
Ідентифікація в емпатії	192	0,411
Загальний показник емпатії	192	0,306

Додаток В

Таблиця В.1

**Результати обчислення множинної регресії
вимірюваних показників у вибірці студентів із низькими
показниками перфекціонізму (f)**

Зведення для моделі

Модель	R	R квадрат	Скоригований R квадрат	Стд. помилка оцінки
1	.735	.640	.609	18,603
2	.735	.640	.612	18,557
3	.732	.636	.610	18,585
4	.729	.631	.608	18,633
5	.724	.625	.604	18,710

a Предиктори: (константа) Фактор 9 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 ОПХ, Фактор 6 Група 2 ОПХ, Фактор 8 Група 2 ОПХ, Фактор 7 Група 2 ОПХ, Фактор 1 Група 2 ОПХ, Фактор 4 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 КХ, Фактор 2 Група 2 ОПХ, Фактор 5 Група 2 ОПХ, Фактор 1 Група 2 КХ, Фактор 2 Група 2 КХ

b Предиктори: (константа) Фактор 9 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 ОПХ, Фактор 6 Група 2 ОПХ, Фактор 8 Група 2 ОПХ, Фактор 7 Група 2 ОПХ, Фактор 1 Група 2 ОПХ, Фактор 4 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 КХ, Фактор 2 Група 2 ОПХ, Фактор 5 Група 2 ОПХ, Фактор 2 Група 2 КХ

c Предиктори: (константа) Фактор 9 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 ОПХ, Фактор 6 Група 2 ОПХ, Фактор 8 Група 2 ОПХ, Фактор 7 Група 2 ОПХ, Фактор 4 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 КХ, Фактор 2 Група 2 ОПХ, Фактор 5 Група 2 ОПХ, Фактор 2 Група 2 КХ

d Предиктори: (константа) Фактор 3 Група 2 ОПХ, Фактор 6 Група 2 ОПХ, Фактор 8 Група 2 ОПХ, Фактор 7 Група 2 ОПХ, Фактор 4 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 КХ, Фактор 2 Група 2 ОПХ, Фактор 5 Група 2 ОПХ, Фактор 2 Група 2 КХ

e Предиктори: (константа) Фактор 3 Група 2 ОПХ, Фактор 6 Група 2 ОПХ, Фактор 8 Група 2 ОПХ, Фактор 4 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 КХ, Фактор 2 Група 2 ОПХ, Фактор 5 Група 2 ОПХ, Фактор 2 Група 2 КХ

f Залежна змінна: Загальний рівень перфекціонізму

ANOVA (f)

Мо- дель		Сума квадратів	ст.св.	Середній квадрат	F	Знч.
1	Регресія	72778,3	12	6064,859	17,524	.000 (a)
	Залишок	61948,32	179	346,08		
	Усього	134726,6	191			
2	Регресія	72742,59	11	6612,963	19,204	.000 (b)
	Залишок	61984,03	180	344,3557		
	Усього	134726,6	191			
3	Регресія	72210,97	10	7221,097	20,907	.000 (c)
	Залишок	62515,65	181	345,3903		
	Усього	134726,6	191			
4	Регресія	71536,23	9	7948,47	22,893	.000 (d)
	Залишок	63190,39	182	347,1999		
	Усього	134726,6	191			
5	Регресія	70664,74	8	8833,092	25,233	.000 (e)
	Залишок	64061,88	183	350,0649		
	Усього	134726,6	191			

a Предиктори: (константа) Фактор 9 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 ОПХ, Фактор 6 Група 2 ОПХ, Фактор 8 Група 2 ОПХ, Фактор 7 Група 2 ОПХ, Фактор 1 Група 2 ОПХ, Фактор 4 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 КХ, Фактор 2 Група 2 ОПХ, Фактор 5 Група 2 ОПХ, Фактор 1 Група 2 КХ, Фактор 2 Група 2 КХ

b Предиктори: (константа) Фактор 9 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 ОПХ, Фактор 6 Група 2 ОПХ, Фактор 8 Група 2 ОПХ, Фактор 7 Група 2 ОПХ, Фактор 1 Група 2 ОПХ, Фактор 4 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 КХ, Фактор 2 Група 2 ОПХ, Фактор 5 Група 2 ОПХ, Фактор 2 Група 2 КХ

c Предиктори: (константа) Фактор 9 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 ОПХ, Фактор 6 Група 2 ОПХ, Фактор 8 Група 2 ОПХ, Фактор 7 Група 2 ОПХ, Фактор 4 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 КХ, Фактор 2 Група 2 ОПХ, Фактор 5 Група 2 ОПХ, Фактор 2 Група 2 КХ

d Предиктори: (константа) Фактор 3 Група 2 ОПХ, Фактор 6 Група 2 ОПХ, Фактор 8 Група 2 ОПХ, Фактор 7 Група 2 ОПХ, Фактор 4 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 КХ, Фактор 2 Група 2 ОПХ, Фактор 5 Група 2 ОПХ, Фактор 2 Група 2 КХ

e Предиктори: (константа) Фактор 3 Група 2 ОПХ, Фактор 6 Група 2 ОПХ, Фактор 8 Група 2 ОПХ, Фактор 4 Група 2 ОПХ, Фактор 3 Група 2 КХ, Фактор 2 Група 2 ОПХ, Фактор 5 Група 2 ОПХ, Фактор 2 Група 2 КХ

f Залежна змінна: загальний рівень перфекціонізму

Додаток Д

Таблиця Д.1

**Результати обчислення множинної регресії
вимірюваних показників у вибірці студентів із середніми
показниками перфекціонізму (е)**

Зведення для моделі

Модель	R	R квадрат	Скоригований R квадрат	Стд. похибка оцінки
1	.864	.715	.663	9,562
2	.864	.715	.667	9,561
3	.863	.715	.671	9,559
4	.863	.714	.675	9,558

а Предиктори: (константа) Фактор 9 Середній ОПХ, Фактор 5 Середній ОПХ, Фактор 4 Середній ОПХ, Фактор 6 Середній ОПХ, Фактор 8 Середній ОПХ, Фактор 3 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній ОПХ, Фактор 7 Середній ОПХ, Фактор 1 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній КХ, Фактор 1 Середній КХ, Фактор 3 Середній КХ

б Предиктори: (константа) Фактор 9 Середній ОПХ, Фактор 4 Середній ОПХ, Фактор 6 Середній ОПХ, Фактор 8 Середній ОПХ, Фактор 3 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній ОПХ, Фактор 7 Середній ОПХ, Фактор 1 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній КХ, Фактор 1 Середній КХ, Фактор 3 Середній КХ

с Предиктори: (константа) Фактор 9 Середній ОПХ, Фактор 4 Середній ОПХ, Фактор 6 Середній ОПХ, Фактор Середній ОПХ, Фактор 3 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній ОПХ, Фактор 1 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній КХ, Фактор 1 Середній КХ, Фактор 3 Середній КХ

д Предиктори: (константа) Фактор 9 Середній ОПХ, Фактор 4 Середній ОПХ, Фактор 6 Середній ОПХ, Фактор 8 Середній ОПХ, Фактор 3 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній КХ, Фактор 1 Середній КХ, Фактор 3 Середній КХ

е Залежна змінна: Загальний рівень перфекціонізму

ANOVA (e)

Модель		Сума квадратів	ст.св.	Середній квадрат	F	Знч.
1	Регресія	15,5201	12	1,293	4,090	.000 (a)
	Залишок	56,59969	179	0,316		
	Усього	72,11979	191			
2	Регресія	15,50996	11	1,410	4,483	.000 (b)
	Залишок	56,60983	180	0,314		
	Усього	72,11979	191			
3	Регресія	15,4889	10	1,549	4,950	.000 (c)
	Залишок	56,63089	181	0,313		
	Усього	72,11979	191			
4	Регресія	15,44803	9	1,716	5,512	.000 (d)
	Залишок	56,67176	182	0,311		
	Усього	72,11979	191			

a Предиктори: (константа) Фактор 9 Середній ОПХ, Фактор 5 Середній ОПХ, Фактор 4 Середній ОПХ, Фактор 6 Середній ОПХ, Фактор 8 Середній ОПХ, Фактор 3 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній ОПХ, Фактор 7 Середній ОПХ, Фактор 1 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній КХ, Фактор 1 Середній КХ, Фактор 3 Середній КХ

b Предиктори: (константа) Фактор 9 Середній ОПХ, Фактор 4 Середній ОПХ, Фактор 6 Середній ОПХ, Фактор 8 Середній ОПХ, Фактор 3 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній ОПХ, Фактор 7 Середній ОПХ, Фактор 1 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній КХ, Фактор 1 Середній КХ, Фактор 3 Середній КХ

c Предиктори: (константа) Фактор 9 Середній ОПХ, Фактор 4 Середній ОПХ, Фактор 6 Середній ОПХ, Фактор Середній ОПХ, Фактор 3 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній ОПХ, Фактор 1 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній КХ, Фактор 1 Середній КХ, Фактор 3 Середній КХ

d Предиктори: (константа) Фактор 9 Середній ОПХ, Фактор 4 Середній ОПХ, Фактор 6 Середній ОПХ, Фактор 8 Середній ОПХ, Фактор 3 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній ОПХ, Фактор 2 Середній КХ, Фактор 1 Середній КХ, Фактор 3 Середній КХ

e Залежна змінна: Загальний рівень перфекціонізму

Додаток Е

Таблиця Е.1

**Результати обчислення множинної регресії
вимірюваних показників у вибірці студентів із високими
показниками перфекціонізму (е)
Зведення для моделі**

Модель	R	R квадрат	Скоригований R квадрат	Стд. помилка оцінки
1	.848	.728	.891	8,763
2	.848	.728	.892	8,738
3	.848	.728	.892	8,714
4	.848	.728	.893	8,694

a Предиктори: (константа) Фактор 3 Група1 КХ, Фактор 6 Група 1 ОПХ, Фактор 5 Група 1 ОПХ, Фактор 4 Група 1 ОПХ, Фактор 9 Група 1 ОПХ, Фактор 3 Група 1 ОПХ, Фактор 7 Група 1 ОПХ, Фактор 1 Група 1 ОПХ, Фактор 8 Група 1 ОПХ, Фактор 2 Група 1 ОПХ, Фактор 1 Група 1 КХ, Фактор 2 Група 1 КХ

b Предиктори: (константа) Фактор 3 Група 1 КХ, Фактор 6 Група 1 ОПХ, Фактор 5 Група 1 ОПХ, Фактор 4 Група 1 ОПХ, Фактор 9 Група 1 ОПХ, Фактор 3 Група 1 ОПХ, Фактор 7 Група 1 ОПХ, Фактор 1 Група 1 ОПХ, Фактор 8 Група 1 ОПХ, Фактор 2 Група 1 ОПХ, Фактор 2 Група1 КХ

c Предиктори: (константа) Фактор 3 Група 1 КХ, Фактор 6 Група 1 ОПХ, Фактор 5 Група 1 ОПХ, Фактор 9 Група 1 ОПХ, Фактор 3 Група 1 ОПХ, Фактор 7 Група 1 ОПХ, Фактор 1 Група 1 ОПХ, Фактор 8 Група 1 ОПХ, Фактор 2 Група 1 ОПХ, Фактор 2 Група 1 КХ

d Предиктори: (константа) Фактор 3 Група 1 КХ, Фактор 6 Група 1 ОПХ, Фактор 5 Група 1 ОПХ, Фактор 9 Група 1 ОПХ, Фактор 3 Група 1 ОПХ, Фактор 7 Група 1 ОПХ, Фактор 1 Група 1 ОПХ, Фактор 8 Група 1 ОПХ, Фактор 2 Група 1 ОПХ

e Залежна змінна: Загальний рівень перфекціонізму

ANOVA (e)

Модель		Сума квадратів	ст.св.	Середній квадрат	F	Знч.
1	Регресія	120982,1	12	10081,84	131,299	.000 (a)
	Залишок	13744,55	179	76,7852		
	Усього	134726,6	191			
2	Регресія	120981,9	11	10998,35	144,033	.000 (b)
	Залишок	13744,77	180	76,35982		
	Усього	134726,6	191			
3	Регресія	120981,3	10	12098,13	159,309	.000 (c)
	Залишок	13745,36	181	75,94119		
	Усього	134726,6	191			
4	Регресія	120971,4	9	13441,26	177,846	.000 (d)
	Залишок	13755,24	182	75,57825		
	Усього	134726,6	191			

a Предиктори: (константа) Фактор 3 Група1 КХ, Фактор 6 Група 1 ОПХ, Фактор 5 Група 1 ОПХ, Фактор 4 Група 1 ОПХ, Фактор 9 Група 1 ОПХ, Фактор 3 Група 1 ОПХ, Фактор 7 Група 1 ОПХ, Фактор 1 Група 1 ОПХ, Фактор 8 Група 1 ОПХ, Фактор 2 Група 1 ОПХ, Фактор 1 Група 1 КХ, Фактор 2 Група 1 КХ

b Предиктори: (константа) Фактор 3 Група 1 КХ, Фактор 6 Група 1 ОПХ, Фактор 5 Група 1 ОПХ, Фактор 4 Група 1 ОПХ, Фактор 9 Група 1 ОПХ, Фактор 3 Група 1 ОПХ, Фактор 7 Група 1 ОПХ, Фактор 1 Група 1 ОПХ, Фактор 8 Група 1 ОПХ, Фактор 2 Група 1 ОПХ, Фактор 2 Група1 КХ

c Предиктори: (константа) Фактор 3 Група 1 КХ, Фактор 6 Група 1 ОПХ, Фактор 5 Група 1 ОПХ, Фактор 9 Група 1 ОПХ, Фактор 3 Група 1 ОПХ, Фактор 7 Група 1 ОПХ, Фактор 1 Група 1 ОПХ, Фактор 8 Група 1 ОПХ, Фактор 2 Група 1 ОПХ, Фактор 2 Група 1 КХ

d Предиктори: (константа) Фактор 3 Група 1 КХ, Фактор 6 Група 1 ОПХ, Фактор 5 Група 1 ОПХ, Фактор 9 Група 1 ОПХ, Фактор 3 Група 1 ОПХ, Фактор 7 Група 1 ОПХ, Фактор 1 Група 1 ОПХ, Фактор 8 Група 1 ОПХ, Фактор 2 Група 1 ОПХ

e Залежна змінна: Загальний рівень перфекціонізму



Міністерство охорони здоров'я України
Управління охорони здоров'я Волинської облдержадміністрації
Луцький базовий медичний коледж

43016 м. Луцьк вул. Лесі Українки, 2, тел/факс (0332) 72-36-55 E-mail: lumeduch@lt.ukrtel.net

У 01-07/3971 30.10.2015

**ЛУЦЬКИЙ БАЗОВИЙ
МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ**
 43016, м. Луцьк, вул. Лесі Українки 2
 Телефон / факс: 72-36-55
 E-mail: lumeduch@lt.ukrtel.net

У спеціалізовану вчену раду К 32.051.05
СНУ імені Лесі Українки

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертації Лазько Алли Миколаївни
 «Конструктивний перфекціонізм як чинник професійно-психологічної
 адаптованості майбутнього медичного працівника»
 на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук
 зі спеціальності 19.00.01 – загальна психологія, історія психології

Лазько Алла Миколаївна, заступник директора з гуманітарної освіти та виховання Луцького базового медичного коледжу, проводила дисертаційне дослідження за темою «Конструктивний перфекціонізм як чинник професійно-психологічної адаптованості майбутнього медичного працівника» зі спеціальності 19.00.01 – загальна психологія, історія психології. Результати дослідження обговорювалися на засіданні методичної ради медичних коледжів Волинської області, засіданнях ради з виховної роботи, циклової комісії кураторів груп, циклової комісії науково-природничих дисциплін.

Лазько А.М. складено програму емпіричного дослідження та сконструйовано психодіагностичну процедуру вивчення прояву перфекціонізму у майбутніх медичних працівників. Дослідження проводилося у 2013-2014 н.р. на базі Луцького базового медичного коледжу зі студентами III-IV курсів спеціальностей «Сестринська справа», «Акушерська справа», «Лікувальна справа» (n=192).

Розроблений теоретичний конструкт вивчення перфекціонізму майбутніх молодших медичних працівників спрямований на покращення адаптації та практичних засобів навчання цих фахівців в медичному коледжі. про це наголошується у розділах таких навчальних дисциплін: «Основи медсестринства», «Основи психології та міжособове спілкування», «Основи загальної та медичної психології», «Медсестринська етика та деонтологія», «Загальний догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка».

Директор Луцького
 базового медичного коледжу



[Handwritten signature]

А.І.Хмелькова



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ
УКРАЇНИ

СХІДНОЄВРОПЕЙСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ

Україна, 43025, м. Луцьк, просп. Волі, 13

Тел.: +38(0332) 24-10-07

Факс: +38(0332) 72-01-23

Ел. пошта: post@eenu.edu.ua

www.eenu.edu.ua

Код ЄДРПОУ 02125102

MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE
OF UKRAINE

LESLYA UKRAINKA
EASTERN EUROPEAN
NATIONAL UNIVERSITY

Prosp. Voli, 13, Lutsk 43025, Ukraine

Tel.: +38(0332) 24-10-07

Fax: +38(0332) 72-01-23

E-mail: post@eenu.edu.ua

www.eenu.edu.ua

06.10.2015 № 03-29/02/3251

У спеціалізовану вчену раду К 32.051.05¹

на № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів

дисертаційного дослідження Лазько Алли Миколаївни

«Конструктивний перфекціонізм як чинник професійно-психологічної
адаптованості майбутнього медичного працівника» із спеціальності

19.00.01 – загальна психологія, історія психології

Лазько Алла Миколаївна, здобувач кафедри загальної та соціальної психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки впроваджувала результати дисертаційного дослідження за темою «Конструктивний перфекціонізм як чинник професійно-психологічної адаптованості майбутнього медичного працівника» із спеціальності 19.00.01 – загальна психологія, історія психології. Результати дослідження обговорювалися на засіданнях кафедри загальної та соціальної психології та щорічних звітних наукових конференціях факультету психології.

Дисертація виконувалася в межах наукової теми кафедри загальної та соціальної психології «Методологія і практика дослідження особистості» та є складовою комплексної науково-дослідної теми «Психологія професіоналізації особистості: технології професійного самозбереження в практиці» (номер державної реєстрації 0113U002217), що координується Міністерством освіти і науки України. Теоретичні ідеї та практичні здобутки емпіричного дослідження А.М. Лазько, що відображені у дисертаційному дослідженні, використовуються у дослідницьких проектах студентів та аспірантів факультету психології. Результати дисертаційного дослідження А.М. Лазько використовуються при викладанні курсів «Загальна психологія», «Психодіагностика», «Експериментальна психологія» та «Диференціальна психологія» для студентів факультету психології.

Перший проректор
проректор з адміністративних
та розвитку



проф. А.В. Цьось

Вик.:
проф. Л.В. Засєкіна
(0332) 24-93-92



УКРАЇНА

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

вул. Жуковського, 66, м. Запоріжжя, МСП-41, 69600, Україна
тел.: (061) 764-45-46, факс: (061) 228-75-08, e-mail: zv@znu.edu.ua, Код ЄДРПОУ 02125243

01.10.2015 № 01-16/219

на № _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Лазько Алли Миколаївни

«Конструктивний перфекціонізм як чинник професійно-психологічної
адаптованості майбутнього медичного працівника»
із спеціальності 19.00.01 – загальна психологія, історія психології

Лазько Алла Миколаївна впроваджувала теоретичні та емпіричні результати дисертаційного дослідження «Конструктивний перфекціонізм як чинник професійно-психологічної адаптованості майбутнього медичного працівника» на засіданнях науково-методологічного семінару кафедри практичної психології. Нею презентовані теоретико-методологічні позиції вивчення перфекціонізму особистості; запропоновано теоретичну модель структурно-системної організації професійної надійності майбутніх медичних сестер та емпірично експліковано її теоретичні конструкти в емпіричних результатах. Висвітлені науковцем основні теоретичні ідеї та практичні елементи проведеного дослідження, успішно використовуються у науково-дослідницьких проектах викладачів та аспірантів кафедри практичної психології. Також результати емпіричного дослідження щодо пріоритетних аспектів моделювання професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних сестер, можуть бути використані при підготовці навчальних посібників для студентів психологічних спеціальностей. Результати дисертаційного дослідження Лазько А.М. застосовуються у навчальних дисциплінах «Психодіагностика», «Психологія особистості» та «Психологічне консультування» для студентів факультету соціальної педагогіки та психології.

Проректор з наукової



Г.М. Васильчук

Губа (061) 62 01 87



Україна

Луцька філія Товариства з обмеженою відповідальністю
 Медичний коледж "МОНАДА"
 Код ЄДРПОУ 25817297 р/р 26008229074 в АППБ "Аваль" МФО 380805
 Мед. под. номер 137976313032 номер свід. 17744880
 "МОНАДА"
 Волинська область, м. Луцьк, вул. Гордіюк, 6, тел/факс 78-77-50, 78-96-60
 ЄДРПОУ 25817297 e-mail: monada06@meta.ua, сайт: www.monada.lutsk.ua
 432 від 5.11.2015

У спеціалізовану вчену раду К 32.051.05

СНУ імені Лесі Українки

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертації Лазько Алли Миколаївни
 «Конструктивний перфекціонізм як чинник професійно-психологічної
 адаптованості майбутнього медичного працівника»
 на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук
 із спеціальності 19.00.01 – загальна психологія, історія психології

Під час роботи над дисертаційним дослідженням Лазько А.М. брала участь у наукових заходах циклових комісій суспільно-гуманітарних та клінічних дисциплін, на яких розглядалися питання особливостей прояву конструктивного перфекціонізму студентів медичного коледжу. Отримані дисертанткою результати та висновки дослідження демонструють інноваційний підхід у постановці та вирішенні проблеми вивчення конструктивного перфекціонізму на вибірці майбутніх медичних працівників. Дисертанткою обґрунтовано феномен конструктивного перфекціонізму як чинника професійно-психологічної адаптованості майбутніх медичних працівників та презентовано авторську позицію його вивчення засобом конструювання структурно-системної організації професійної надійності фахівців. Презентовані дисертанткою матеріали, де висвітлені основні результати та висновки проведеного дослідження, використовуються у навчальній роботі Луцької філії Медичний коледж «Монада» на спеціальності «Лікувальна справа» при викладанні навчальних дисциплін «Основи загальної та медичної психології», «Догляд за хворими та медична маніпуляційна техніка», «Етика та деонтологія медичних працівників».



Директор

[Handwritten signature]

Гайдучок І.Г.