

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

Кваліфікаційна робота

магістра

на тему **Формування професійної мобільності у студентів медичного
коледжу**

Виконав: студент 2 курсу, групи 8.0111-з
спеціальності 011 Освітні, педагогічні науки
освітньої програми Педагогіка вищої школи
В. О. Яковенко

Керівник зав. кафедри педагогіки та
психології освітньої діяльності,
д.пед.н., професор Іваницький О. І.

Рецензент професор кафедри педагогіки та
психології освітньої діяльності,
д.пед.н., професор Пономаренко О. В.

Запоріжжя

2022

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології

Кафедра педагогіки та психології освітньої діяльності

Рівень вищої освіти магістр

Спеціальність 011 Освітні, педагогічні науки

Освітня програма Педагогіка вищої школи

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

д.пед.н., проф. О.І. Іваницький

« ____ » _____ 2022 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Яковенко Владиславу Олександровичу

1. Тема роботи Формування професійної мобільності у студентів медичного коледжу

керівник роботи Іваницький Олександр Іванович, д.пед.н., професор

затверджені наказом ЗНУ від «20» липня 2022 року № 886-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної та спеціальної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) розкрити соціально-економічні умови формування професійної мобільності; охарактеризувати поняття «професійна мобільність» в історичному, соціологічному, економічному і педагогічному аспектах; визначити компоненти та критерії сформованості професійної мобільності майбутніх медичних працівників в освітньому середовищі медичного коледжу; дослідити особливості формування професійної мобільності у студентів медичного коледжу.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)
5 рисунків, 1 таблиця з результатами дослідження

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Іваницький О.І., проф.		
Розділ 1	Іваницький О.І., проф.		
Розділ 2	Іваницький О.І., проф.		
Висновки	Іваницький О.І., проф.		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Систематизація матеріалу	квітень 2022 р.	Виконано
2	Написання вступу	травень 2022 р.	Виконано
3	Написання першого розділу	червень 2022 р.	Виконано
4	Написання другого розділу	вересень 2022 р.	Виконано
5	Написання висновків	жовтень 2022 р.	Виконано
6	Передзахист, нормоконтроль	листопад 2022 р.	Виконано
7	Захист	грудень 2022 р.	

Студент _____ В. О. Яковенко

Керівник роботи _____ О. І. Іваницький

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ І.В. Козич

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 76 сторінок, 5 рисунків, 1 таблиця, 53 джерела, 1 додаток.

Мета дослідження – експериментально дослідити рівні сформованості професійної мобільності на основі її компонентів у майбутніх медичних спеціалістів в умовах професійного навчання.

Об'єкт дослідження – професійна мобільності студентів медичного закладу вищої освіти.

Предмет дослідження – особливості формування професійної мобільності у студентів медичного коледжу.

Методи дослідження: аналіз психолого-педагогічної та спеціальної літератури; вивчення та аналіз компонентів формування професійної мобільності; педагогічне спостереження; анкета для визначення рівня вмотивованості, анкета для оцінки комунікативних і організаторських схильностей, анкета для самовизначення рівня професійної мобільності.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що розроблено діагностичний інструментарій для виявлення рівнів сформованості професійної мобільності майбутніх медичних працівників; з'ясовано рівень сформованості професійної мобільності та її компонентів у студентів медичного коледжу.

Матеріали дослідження можуть бути використані викладачами медичних закладів вищої освіти в організації процесу формування професійної мобільності студентів у медичних закладах вищої освіти; системі післядипломної освіти з метою підвищення кваліфікації викладачів.

Ключові слова: МОБІЛЬНІСТЬ, СОЦІАЛЬНА МОБІЛЬНІСТЬ, ПРОФЕСІЙНА МОБІЛЬНІСТЬ, ПРОФЕСІЙНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА, ПРОФЕСІЙНА МОБІЛЬНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.

SUMMARY

Yakovenko V. O. Formation of Professional Mobility in Medical College Students.

The work is presented on 76 pages of printed text, contains 1 table, 5 figures, 1 addition. The list of references includes 53 sources.

The purpose of the study is to experimentally investigate the levels of formation of professional mobility based on its components among future medical specialists in the conditions of professional training.

The object of the research is the professional mobility of students of a medical institution of higher education.

The subject of the study is the peculiarities of the formation of professional mobility among medical college students.

The work reveals the socio-economic conditions of the formation of professional mobility; the concept of "professional mobility" is characterized in historical, sociological, economic and pedagogical aspects; the components and criteria for the formation of professional mobility of future medical workers in the educational environment of the medical college are defined; the peculiarities of the formation of professional mobility among medical college students were investigated.

The practical significance of the research results is that a diagnostic toolkit has been developed to identify the levels of formation of professional mobility of future medical workers; the level of formation of professional mobility and its components among medical college students was determined.

Research materials can be used by teachers of medical institutions of higher education in organizing the process of forming the professional mobility of students in medical institutions of higher education; system of postgraduate education for the purpose of improving the qualifications of teachers.

Key words: mobility, social mobility, professional mobility, professional competence of a medical worker, professional mobility of medical workers.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ МОБІЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ...	12
1.1. Соціально-економічні умови формування професійної мобільності.....	12
1.2. Характеристика поняття «професійна мобільність» в історичному, соціологічному, економічному і педагогічному аспектах.....	18
1.3. Особливості формування професійної мобільності та її складових у майбутніх медичних працівників.....	31
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ МОБІЛЬНОСТІ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ.....	43
2.1. Компоненти та критерії сформованості професійної мобільності студентів медичного коледжу.....	43
2.2. Методика проведення дослідження.....	46
2.3. Визначення стану сформованості професійної мобільності у студентів медичного коледжу.....	51
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	68
ДОДАТОК.....	74

ВСТУП

Актуальність теми. В умовах ринкової економіки, інформаційно-технологічного розвитку значно розширюються функції професійної освіти, що відповідає світовим тенденціям неперервної професійної освіти – освіти впродовж життя. Стратегія розвитку цієї галузі визначається пріоритетними напрямками соціально-економічного розвитку України, утвердженням національної системи освіти як головного чинника економічного й духовного розвитку українського народу, необхідністю адаптації до ринкових перетворень у суспільстві, що зумовлено входженням в європейський і світовий освітній та інформаційний простір. Державний стандарт професійно-технічної освіти України одним з пріоритетних завдань ЗВО передбачає створення умов для формування мобільної, конкурентоспроможної особистості, здатної самостійно, результативно і відповідально розв’язувати суспільно-виробничі та свої особистісні (професійні й непрофесійні) проблеми.

Соціально-економічна трансформація, нестабільний ринок праці, бажання різних країн до інтеграції у Європейський Союз, модернізація освіти в усіх розвинених країнах – це лише деякі передумови, що зумовлюють необхідність усвідомлення й аналізу взаємовідносин системи освіти і ринку праці.

Сьогодні знання перетворюються в найбільш важливий фактор економічного розвитку. Здатність суспільства створювати, адаптувати, перетворювати в джерело прибутку й використовувати знання має вирішальне значення для стійкого економічного росту й підвищення життєвого рівня населення. Процес становлення економіки України має бути спрямований на економічне зростання, яке вимірюється не тільки накопиченим капіталом, але й збільшенням обсягу знань, що використовуються на практиці. Провідна роль у побудові економіки, заснованої на знаннях, приділяється системі професійної освіти як соціальному інституту, що створює людський капітал.

Актуальність формування мобільної та конкурентоспроможної

особистості полягає у тому, що сучасний ринок праці ставить до молодого покоління фахівців високі вимоги. У всіх сферах діяльності все більшого значення набувають такі якості, як соціальна відповідальність, адекватне сприйняття та мобільне реагування на нові фактори, самостійність та оперативність у прийнятті рішень, готовність швидко адаптуватися до нових умов праці та інші якості, що визначають соціальну та професійну мобільність особистості.

Практичне розв'язання завдань підготовки професійно мобільних спеціалістів потребує глибокого теоретичного аналізу природи професійної мобільності, механізмів її реалізації, визначення умов та факторів, що її зумовлюють. Першочергового значення при цьому набувають завдання з'ясування загальних підходів щодо визначення сутності поняття, його структури та основних характеристик.

Поняття «професійна мобільність» досить ємне і неоднозначне за своєю трактовкою. При цьому воно має досить складну структуру.

В залежності від основного напрямку дослідження професійна мобільність розглядалась в різних контекстах – соціологічному (Р. Бендікс і С. Ліпсет, Т. Заславська, Р. Рикіна, М. Титма та Е. Саар, Г. Чередниченко і В. Шубкін), економічному (П. Блау і О. Данкен, І. Василенко, М. Долішній та С. Злупко, Н. Ничкало, О. Олейнікова, А. Симончук) і педагогічному (В. Безпалько, Р. Пріма, Л. Пілецька, Л. Сушнцева).

Науковцями проводилось вивчення умов формування професійної мобільності в окремих соціально-професійних групах: майбутнього педагога середньої (О. Дементьєва, Б. Ігошев, О. Никітина, Р. Пріма, В. Сластенин) і вищої (Л. Амірова, Л. Горюнова, В. Гринько, Ю. Дворецька, І. Нікуліна) школи, керівників промислових підприємств (І. Забіров), державних службовців (І. Шпекторенко), майбутніх економістів (Є. Іванченко, Р. Майборода), майбутніх інженерів (С. Капліна).

Проте, незважаючи на інтенсивність вивчення означених питань, сьогодні є незначна кількість дослідження, які розкривають сутнісні підстави організації

процесу особистісно-орієнтованого навчання як засобу формування професійної мобільності майбутніх працівників закладів охорони здоров'я. В літературі висвітлені окремі складові формування професійної мобільності молодших медичних спеціалістів – формування професійної спрямованості (М. Демянчук, С. Тихолаз) і компетентності (Т. Кравцова, О. Маркович, І. Радзієвська), вимоги до формування професіональних і морально-етичних якостей (М. Бабич, Ю. Колісник-Гуменюк, В. Гуменюк, І. Кузнецова), професійного самовдосконалення (О. Солодовник, К. Соцький).

На сьогоднішній день мало вивчені умови, принципи організації, закономірності побудови структури та змісту даного процесу з урахуванням особливостей розвитку вітчизняної системи професійної освіти і соціально-економічної ситуації в Україні.

Аналіз теорії і практики освітньої діяльності в медичних ЗВО I-II рівнів акредитації свідчить про те, що підходи до вирішення проблеми формування професійної мобільності майбутнього фахівця ще недостатньо систематизовані. Їх пошук і реалізація часто здійснюються на основі інтуїції викладачів, без опори на наукові обґрунтування.

Важливість та необхідність формування професійної мобільності в освітньому процесі майбутніх медичних спеціалістів в сучасних умовах постійного зростання вимог і розширення меж ринку праці, швидких інформаційно-технологічних змін, недостатня вивченість складових, чинників і умов розвитку професійної мобільності у даній категорії спеціалістів визначили вибір теми роботи «Формування професійної мобільності у студентів медичного коледжу».

Мета дослідження – експериментально дослідити рівні сформованості професійної мобільності на основі її компонентів у майбутніх медичних спеціалістів в умовах професійного навчання.

Об'єкт дослідження – професійна мобільності студентів медичного закладу вищої освіти.

Предмет дослідження – особливості формування професійної

мобільності у студентів медичного коледжу.

Завдання дослідження:

1. Розкрити соціально-економічні умови формування професійної мобільності.

2. Охарактеризувати поняття «професійна мобільність» в історичному, соціологічному, економічному і педагогічному аспектах.

3. Визначити компоненти та критерії сформованості професійної мобільності майбутніх медичних працівників в освітньому середовищі медичного коледжу.

4. Дослідити особливості формування професійної мобільності у студентів медичного коледжу.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених завдань дослідження використовується комплекс теоретичних і емпіричних методів: аналіз психолого-педагогічної та спеціальної літератури з проблеми, що досліджується; вивчення та аналіз компонентів формування професійної мобільності; педагогічне спостереження за процесом реалізації особистісно-орієнтованого навчання студентів; анкета для визначення рівня вмотивованості, анкета для оцінки комунікативних і організаторських схильностей (за Б. Федорішиним), анкета для самовизначення рівня професійної мобільності (за В. Террег), аналіз рівня знань, вмінь і навичок на основі рішення ситуаційних професійних завдань і виконання професійних дій; аналіз якості дій та знань під час ситуаційної професійної гри, методи математичної статистики для обробки результатів дослідження.

Теоретичне значення дослідження:

– уточнено поняття «професійна мобільність медичних працівників»;
– визначено компоненти (мотиваційний, когнітивний, комунікативний та рефлексивний), та критерії сформованості професійної мобільності студентів медичного коледжу.

– обґрунтована необхідність формування і розвитку професійної мобільності студентів в процесі навчання для подальшої здатності адаптуватися

до умов праці в мінливих соціально-економічних умовах.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що розроблено діагностичний інструментарій для виявлення рівнів сформованості професійної мобільності майбутніх медичних працівників; з'ясовано рівень сформованості професійної мобільності та її компонентів у студентів медичного коледжу.

Матеріали дослідження можуть бути використані викладачами медичних закладів вищої освіти в організації процесу формування професійної мобільності студентів у медичних закладах вищої освіти; системі післядипломної освіти з метою підвищення кваліфікації викладачів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ МОБІЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

1.1. Соціально-економічні умови формування професійної мобільності

В постіндустріальному суспільстві XXI сторіччя вимоги до людини, яка намагається бути успішною і затребуваною на сучасному ринку праці, значно ширші, ніж у попередньому – індустріальному.

Становлення національного ринку праці України формувалось на основі раніше існуючих трудових відносин економіки радянського періоду, де переважав внутрішній ринок праці. В умовах планової економіки організація виробництва, адміністративні припони, регулювання заробітної плати на державному рівні та її слабка диференціація залежно від результатів роботи, поширення негрошових форм винагороди працівників та їх соціальне забезпечення суттєво обмежували професійну і територіальну міграцію робочої сили.

Формування ринку праці в незалежній Україні відбувалось в умовах тривалої соціально-економічної кризи, на яку також впливали періодичні кризові ситуації світового рівня. На протязі 25 років в країні відбувались значні зміни існуючої економічної системи, що призвели до закриття чи переорієнтації підприємств, виникнення приватного бізнесу різного рівня, перерозподілу кількості та якості робочих місць між різними секторами економіки, що призвело до перевищення пропозиції праці над її попитом, безробіття, регіональних диспропорцій між наявністю і потребою в робочій силі, незбалансованості між кількістю і реальною потребою фахівців окремих напрямків, падіння престижу кваліфікованої праці, переважання попиту на низькокваліфіковану працю, різкої міжгалузевої диференціації заробітної

плати, в цілому низькою середньої зарплатою по країні.

На цьому тлі в світі та в Україні виникають і розвиваються нові високотехнологічні напрямки економіки, розширюються міжнародні економічні зв'язки, відбуваються процеси глобалізації. Це призводить до розширення можливостей високоосвічених і кваліфікованих працівників отримати якісну та високооплачувану роботу в країні та за її межами. Проте, частина працівників, які за своїми професійними та кваліфікаційними характеристиками або не відповідають вимогам нової економічної ситуації, або не в змозі знайти роботу за фахом, що відповідає їх потребам, стають не затребуваними на ринку праці. Це спонукає найбільш економічно активні верстви населення до професійної та територіальної міграції.

У сучасних умовах міжпрофесійна мобільність притаманна більшою мірою країнам з розвиненою ринковою економікою. Суть її полягає у зміні працівниками своїх професій і спеціальностей з метою зміни місця роботи всередині своєї організації або за її межами.

Кризові явища, специфіка економічного становища окремих галузей та видів діяльності в Україні впливає на міжпрофесійну мобільність, її інтенсивність, обсяг, напрямки переміщень, способи та шляхи зміни професії, перевагу вимушеної міжпрофесійної мобільності над добровільною.

Міжрегіональна територіальна мобільність пов'язана з відмінностями різних регіонів країни в можливості працевлаштування людей, що потребують роботи. Це призводить до перерозподілу трудових ресурсів із регіонів з меншими можливостями працевлаштування у регіони з більшими можливостями, тобто до менш напруженої ситуації на ринку праці [14].

Рівень економічного розвитку країни обумовлює її можливість у забезпеченні роботою своїх громадян, а також мігрантів з інших країн. Міждержавна трудова міграція відбувається з недостатньо і слаборозвинених країн у країни з високорозвиненою економікою. Окрім позитивного впливу (зменшення напруження на ринку праці у країні з кризовою економікою, приплив інвестицій від мігрантів тощо), зовнішня трудова міграція має і

негативні наслідки – відтік найбільш освічених кваліфікованих працівників чи найбільш працездатно-мобільних [46].

В ринкових умовах економіки України всі напрямки трудової мобільності населення відіграють позитивну роль як регулятор ринку праці. Трудова мобільність сприяє забезпеченню населення роботою і засобами існування, знижує напруженість на регіональних і загальнодержавному ринку праці, сприяє якомога кращому задоволенню потреби у трудових ресурсах тих виробництв, які розширюються або формуються.

Проте, значна частина трудового потенціалу в Україні залишається невикористаною, тому що суспільство недостатньо володіє мобільністю як інструментом розвитку трудових ресурсів. Це відображається у невисокому рівні суспільно необхідної мобільності, значно зниженими вимогами працівників, особливо з кризових регіонів, до якості праці та умов її оплати, переміщенні працівників від вищої кваліфікації до нижчої [4].

Трансформація українського суспільства в ринкових умовах призвела до розвитку нової системи соціальної диференціації, змінах у мотивації діяльності й можливості економічних досягнень різних верств населення [26]. Зміни у відносинах власності й влади, що мали радикальний і стрімкий характер, призвели до формування нової соціальної організації суспільства. Основною тенденцією трансформації українського суспільства є поглиблення соціальної нерівності. Внаслідок цього соціальне розшарування стає основним фактором, що діє як об'єктивно, так і через його усвідомлення [18].

За даними досліджень Інституту соціології НАН, якщо на початку 1990-х співвідношення доходів 10% найбагатших і 10% найбідніших українців становило 12/1, в 2002 році – до 30/1, то до 2010-м воно виросло до 40/1.

Соціальне розшарування в українському суспільстві як в уявленні населення, так і за даними досліджень визначається практично одним показником – рівнем матеріального забезпечення при різкому зменшенні значущості інших критеріїв диференціації, які перестають відігравати регулюючу роль. За результатами соціологічного дослідження З. Голенкової,

соціальне розшарування суспільства в першу чергу обумовлюють наявність влади (91,3%) і рівень доходів (91,2%), а рівень освіти (35,6%) й професія (30,1%) займають лише п'яте і шосте місця.

Складна економічна ситуація посилює процеси соціальної нерівності, дезінтеграції та поляризації суспільства, обмежує можливості переходу на більш вищі шаблі соціальних сходів, призводить до маргіналізації значної частини населення внаслідок втрати органічного зв'язку зі сталою системою відносин і соціокультурним середовищем [26].

Маргіналізація суспільства в Україні в умовах загальної кризи й радикальних реформ пов'язана зі значною спадаючою мобільністю і відбувається переважно змушено під впливом зовнішніх факторів, обумовлених соціально-економічним перетворенням суспільства в цілому, зміною або повною втратою соціального середовища і зв'язків, ціннісних орієнтирів, особливо в соціальних групах, які раніше мали досить високий рівень освіти й високий соціально-професійний статус. Найбільш вразливими верствами населення стали молодь і особи передпенсійного віку.

Дослідження соціальної мобільності та динаміки соціально-класової структури суспільства в Україні розпочались у 90-х роках минулого століття. Визначення класової позиції особистості проводилось за схемою Дж. Голдторпа (J. Goldthorpe), основою на професійному статусі та характеристиці ринкової ситуації, адаптованою до умов в Україні. На основі дослідження С. Оксамитна визначила загальні тенденції в структурі соціальних змін:

- зменшення кількості професіоналів і менеджерів, висококваліфікованих спеціалістів розумової праці з вищою освітою;
- зростання в 2-2,5 рази кількості дрібних власників, самозайнятих осіб;
- значне зростання серед чоловіків категорії працівників фізичної праці, суттєве зростання серед них частки колишніх кваліфікованих робітників;
- збільшення кількості жінок, зайнятих напів- і некваліфікованою фізичною працею, зменшення серед працевлаштованих жінок частки

професіоналів, державних службовців, керівників;

- суттєве зменшення переміщень в межах між поколінної мобільності на довгі дистанції, самовідтворення категорії працівників фізичної праці;

- зменшення самовідтворення класової належності у сім'ях державних службовців, професіоналів, керівників та переміщення вихідців з цих сімей від занять розумовою працею до занять рутинною нефізичною і фізичною працею, що не характерно для суспільств з розвиненим рівнем економіки [33].

На основі аналізу процесів, які відбуваються в українському суспільстві, Т. Кузьменко [24] визначає, що спостерігається значне зростання матеріального розшарування зі змінами в соціальній структурі, уповільнюється структурна мобільність в напрямку від заняття фізичною працею до заняття розумовою, доступність до освіти має суттєві класові відмінності.

Для української молоді сучасна ситуація у сфері праці й зайнятості є дуже складною і суперечливою. З одного боку, молодь має високий інтелектуальний потенціал, мобільність та гнучкість, що дає їй змогу впливати на суспільний процес у державі й суспільстві, а з другого, особливо в кризові періоди, – найменш інтегрована в соціальні зв'язки, має найменшу стійкість у поглядах і поведінці.

Нові можливості щодо самореалізації та підвищення свого життєвого рівня отримала частина молодих людей, яка займається бізнесом, комерційною діяльністю. Проте, скорочення робочих місць, відсутність державних програм працевлаштування молоді та її соціального захисту загострили незахищеність молоді на ринку праці, з'явилися нові проблеми щодо її працевлаштування, реальним стало молодіжне безробіття.

Складне становище більшості молодих людей в Україні обумовлено проблемами «життєвого старту» – рівнем матеріального забезпечення і соціальної захищеності, можливістю здобуття освіти та працевлаштування, утворенням і забезпеченням сім'ї, професійним і кар'єрним ростом. Суттєво впливає на соціальний стан молодих людей матеріальна оцінка їх праці – середня заробітна плата молоді майже вдвічі нижча, ніж середня в Україні [5].

Найбільш важливим напрямком соціологізації молоді є забезпечення її можливістю працювати й отримувати заробітну плату, яка буде задовольняти принаймні їх основні потреби. Особливої гостроти проблема зайнятості молоді набуває в умовах ринкової економіки, коли право на працю реалізується через особисту ініціативу, а не через соціальні гарантії. Освоєння професії, що має постійний попит на ринку праці, підвищує імовірність тривалого забезпечення роботою [11].

З початку XXI сторіччя значно ширше почала формуватися конкурентоспроможна молодіжна робоча сила, яка, завдяки поглибленій підготовці у вищому навчальному закладі, набула вищі кваліфікаційні рівні, спроможна виконувати творчу та інноваційну роботу, спрямована на розвиток кар'єри і отримання високої заробітної плати, здатна підвищувати власну конкурентоспроможність, задіяна в найбільш інноваційних секторах економіки і впливає на соціально-економічний розвиток країни [38].

Потреби і бажання, що не реалізуються, вступають в протиріччя з реальними можливостями матеріального й духовного забезпечення життєдіяльності, породжують негативні психологічні та соціальні явища – стійкі стреси, депресії, зростання алкоголізму, наркоманії, злочинності.

У структурі життєвих цінностей молоді праця перестає займати найважливіше місце, так як не надає достатнього матеріального забезпечення, що примушує спиратися на матеріальну допомогу батьків і обмежує самостійність у вирішенні своїх життєвих потреб. Це поєднується з достатньо високим рівнем безробіття, який у молоді у декілька разів вищий, ніж в інших вікових групах. Невідповідність рівня отриманої освіти змісту і якості роботи, яку суспільство може сьогодні надати молодій особі, також негативно впливає на ставлення молоді до праці, що призводить до падіння престижу багатьох суспільно важливих професій, до знецінення освіти.

В умовах сучасної економічної моделі головною ознакою є диспропорція між пропозицією та попитом на робочу силу молоді на ринку праці. Працювати і мати власні джерела існування прагне більшість молоді, включаючи і ту, що

ще навчається. Проте, між бажанням економічної активності та рівнем зайнятості молоді існує значний розрив, пов'язаний з надлишком молодіжної робочої сили на ринку праці. У всіх видах економічної діяльності спостерігається скорочення молодих працівників. Деяке збільшення зайнятості молоді спостерігається лише у торгівлі і сфері державного управління.

Значна частина молоді стикається з проблемою вимушеної незайнятості, яка набагато вища, ніж серед всього населення. Проблема безробіття полягає як у відсутності вакансій для молодих спеціалістів, так і у недостатній пропозиції привабливих робочих місць за розміром оплати, змістом, умовами праці. Відсутність практичного досвіду роботи за фахом, недоліки у професійній орієнтації і підготовці, високі запити молодих людей стосовно умов і змісту праці є суттєвою перешкодою для працевлаштування молоді після закінчення навчальних закладів [38].

Тому формування професійно мобільних молодих кваліфікованих робітників у професійних навчальних закладах є передумовою їх більш швидкої адаптації на ринку праці й суспільної соціалізації.

1.2. Характеристика поняття «професійна мобільність» в історичному, соціологічному, економічному і педагогічному аспектах

Поняття «мобільність» широко застосовується в теперішній час. Розвиток людства, технічні революції різного рівня на протязі його існування, виникнення суспільної ієрархії, процеси накопичення знань і інформатизація призводили до переміщення окремих людей чи їх груп у межах суспільства, тобто до мобільності, в першу чергу соціальної, на основі якої формувались професійна, ієрархічна, територіальна, психологічна, культурна, освітня та інші види мобільності.

Термін «мобільність» (від лат. *mobilis* – рухливий) означає рухливість, здатність до швидкого пересування, дії. Під мобільністю в першу чергу

розуміють соціальні переміщення людей у їх суспільних позиціях – зростанням чи пониженням соціального рівня, що визначається доходами, залученням до влади, ступенем освіти, престижем професії тощо. Механізми та варіанти стратегій соціальної мобільності обумовлюються природою і щільністю меж соціального розшарування того чи іншого суспільства.

Вперше під назвою «рух» мобільність описав філософ і соціолог Георг Зіммель (G. Simmel). Під «рухом» він розумів здатність деякої групи людей пристосовуватися до значної кількості різких і постійних змін, що впливають на людей у великих містах, і «рухатися, на відміну від деякої іншої групи, зафіксованої в просторі» [52].

Поняття «соціальна мобільність» вперше застосував Пітірим Сорокін у 1927 році у однойменній праці. П. Сорокін визначив систему основних понять і схему теоретичного аналізу соціальної мобільності і, зокрема, професійної. У книзі «Людина. Цивілізація. Суспільство» він визначав мобільність «як перехід, переміщення соціального об'єкту (індивідів, груп, цінностей) з однієї позиції в іншу всередині соціального простору», виділивши два основні типи мобільності: горизонтальну та вертикальну, а залежно від напрямку вертикального переміщення – два види вертикальної мобільності: висхідну (соціальний підйом) і спадну (соціальний спуск) [36].

Горизонтальна мобільність пов'язана з рівнозначним переходом індивіда у межах одного соціального рівня (статусу), з територіальним переміщенням (зміна місця роботи, проживання) або без нього.

Вертикальна мобільність відбувається при переході індивіда від одного соціального прошарку до іншого зі зміною соціального статусу у суспільстві.

За П. Сорокіним, вертикальна соціальна мобільність визначається загальними закономірностями:

- ніколи не існувало суспільства, соціальні прошарки якого були б абсолютно закриті або в яких була б відсутня вертикальна мобільність у трьох її основних аспектах – політичному, економічному і професійному;

- ніколи не існувало суспільства, в якому вертикальна соціальна

мобільність була б абсолютно вільною, а перехід з одного соціального прошарку в інший здійснювався би без усякого спротиву. Це означає, що усередині організованого (стратифікованого) суспільства функціонує своєрідне «сито», «яке просіює» індивідів і дозволяє деяким із них підніматися вгору, залишаючи інших на нижніх щаблях, і навпаки;

- вертикальна соціальна мобільність змінюється від суспільства до суспільства й від одного історичного періоду до іншого, тобто має коливальний характер. В історії етнокультурних спільнот виділяють ритми порівняно рухливих і нерухомих періодів. Демократичні суспільства найчастіше рухливіші за авторитарні, проте, це правило має винятки [36].

Соціальна мобільність може бути пов'язана як з добровільним переміщенням у соціальній ієрархії, так і примусовою, обумовленою структурними змінами (розширенням чи скороченням виробництва, вимогами ринку праці, демографічними факторами тощо). П. Сорокін визначає, що висхідна мобільність більшою мірою пов'язана з добровільним переміщенням, а спадна – більшою мірою примусова, що обумовлена необхідністю [36]. Таким чином, мобільність є механізмом розподілу індивідів і статусних груп по соціальним рівням (щаблям) внаслідок соціального розшарування (стратифікації).

Британський соціолог Дж. Уррі (J. Urry) пропонує широке поняття мобільності, виділяючи чотири категорії його сприйняття:

- для означення того, що рухається або здатне рухатись;
- як іншомовне слово, пов'язане з англійським «mob» (натовп), який завдяки мобільності «безладний, не повністю знаходиться в рамках...»;
- як традиційне філософське поняття, тобто соціальну мобільність;
- для визначення міграційної мобільності внаслідок географічного переміщення (довгострокова мобільність) [53].

Емпіричні дослідження, що проводилися в середині ХХ століття в Америці і Європі, показали визначальну роль професійних досягнень в процесі соціальної мобільності.

Поняття «професійна мобільність» є похідним від понять «мобільність» і «соціальна мобільність», є їх складовою часткою. Поняття «професійна мобільність» досить ємне і неоднозначне за своєю трактовкою, має досить складну структуру.

В залежності від основного напрямку дослідження професійна мобільність розглядалась в різних контекстах – історичному, соціологічному і економічному, педагогічному і психологічному. При розгляді поняття професійної мобільності фахівці різних спеціальностей роблять акценти відповідно до напрямків своєї науки.

Історичні передумови виникнення і розвитку професійної мобільності, пов'язані з поділом праці і соціальними переміщеннями, почали розглядати ще у ХІХ сторіччі.

Е. Дюркгейм (E. Durkheim) вважав, що поділ праці є головним чинником суспільного прогресу. Для оцінки розвитку відносин між людиною та її працею він ввів поняття «пластичність», що відображало можливість і здатність індивіда формувати особисту працю, професійні орієнтації і перспективи. Підвищення своєї конкурентоспроможності, розширення можливостей професії й професійної самореалізації – характерна особливість пластичного працівника, що обумовлена постійними внутрішніми чинниками. Розвиток відношення до праці призвів до необхідності особистості мати здатність відповідно до власної мети і можливостей формувати свій професійний рівень [1].

І. Янжул відзначав, що розумово розвинений робітник швидше опановує різними видами праці, більш економно і дбайливо ставиться до матеріалів, машин і знарядь праці, що стан промисловості визначається рівнем технічних знань, які склалися в суспільстві, а успішність народної праці – поширеністю знань серед робочих.

Проблема професійної мобільності значною мірою розглядалась з точки соціології та економіки.

Р. Бендікс (R. Bendix) і С. Ліпсет (S. Lipset) [51] запропонували концепцію, яка була однією зі спроб розробки теоретичної моделі власне

професійної мобільності. Проте, в цій концепції не було послідовного розмежування професійної мобільності від інших видів соціальної мобільності, повною мірою не визначались критерії професійної мобільності, не проводився аналіз професійної кар'єри усередині одного покоління.

У 70-х роках ХХ століття в західній соціології дослідження професійної мобільності проводилось П. Блау (P. Blau) і О. Данкеном (O. Duncan). Дослідники розробили систему професійної структури суспільства та статистичні методи аналізу професійної мобільності, провели аналіз умов, які впливають на професійні досягнення й мобільність у межах інституціональних розходжень американського суспільства [50].

Характерною рисою суспільства була неузгодженість соціально-професійного статусу і його реального змісту. Суттєва проблема полягала у невідповідності отримування матеріальних благ в результаті фізичної і розумової праці, рівня освіти для отримання відповідного соціального статусу. Значна частина фахівців не знаходила відповідного застосування своєї кваліфікації і була змушена задовольнятися існуючими умовами життя. Тому соціологічне вивчення проблеми мобільності розглядалось як перспективне рішення зміни соціального статусу людини.

Вивчення професійної мобільності в нашій країні розпочались у 1970-х роках. Основна увага в дослідженнях приділялась трудовим і міграційним переміщенням, що було обумовлено необхідністю розв'язання соціально-економічних проблем на тлі невідповідності територіального розподілу робочої сили і місцями концентрації промислового виробництва, залученням до економічного розвитку значних додаткових регіонів, що потребувало перерозподілу і територіальному переміщенню працівників.

Для аналізу процесів зміни праці в нашій країні Т. Заславська вперше застосувала поняття «трудова мобільність», вона розглядала її як зміну працівниками місця роботи. Т. Заславською і Р. Ривкіною було розроблено методологію аналізу трудової кар'єри і механізмів зміни праці. Вони визначили, що трудова мобільність є не лише соціальним чи економічним

поняттям, а переважно міждисциплінарним, що визначається в професійному, соціальному, територіальному та інших переміщеннях особистостей, це своєрідна форма адаптації до нових економічних і технологічних умов. Розглядаючи зовнішні закономірності мобільності, вони відокремлюють її психологічну, особистісно-суб'єктивну обумовленість. Р. Ривкіна також визначила критерії диференціації суспільства в ринкових умовах та їх вплив на соціально-професійну мобільність [44].

Особливості відтворення соціальної структури суспільства в процесі мобільності вивчали М. Титма, Е. Саар, вони розробили моделі переміщень в межах як одного, так і двох поколінь, визначали освіту «ескалатором соціальної мобільності».

Соціальну мобільність молоді, її особливості та чинники вивчали Г. Чередниченко, В. Шубкін, Є. Головаха, В. Магун.

Мобільність як економічна категорія в сьогодення розглядається за двома напрямками: як рух робочої сили з одного боку, як здатність і готовність робочої сили змінювати місце роботи, регіон чи сферу діяльності – з іншого. Мобільність визначається як прояв задовольнити свої духовні та матеріальні потреби людиною внаслідок своєї діяльності.

М. Долішній та С. Злупко [13] поєднують обидва підходи і визначають, що в умовах ринку економічна мобільність поєднує як якісну характеристику працівників, їх готовність і здатність до зміни праці, до адаптації у сфері зайнятості в мінливих умовах виробництва і кон'юнктурі, так і рух учасників суспільного виробництва зі зміною їх структури. Робітники здатні до переміщення між різними сферами виробництва як у географічному, так і у професійному просторі, але не завжди готові до переміщення в інше місце чи навчання іншій спеціальності, тобто існують обмеження до переміщення об'єктивного і суб'єктивного характеру.

Проблема професійного вибору і професійної мобільності набуває суттєве значення в умовах економічної кризи і швидких змін на ринку праці.

К. Сабір'янова, спираючись на економічну теорію пошуку роботи, описує

процес створення нового типу професій. Основними чинниками, що впливають на професійну мобільність, вона визначає попит на продуктивну працю, ефективність пошуку роботи, динаміку зміни робочих місць старого типу на новий, умови професійної підготовки, витрати на наймання і перенавчання робітників, локальні умови попиту та пропозиції праці. Вміння володіти ситуацією на ринку праці вона вважає необхідною складовою професійної мобільності сучасного кваліфікованого робітника.

У контексті сучасного ринку праці розглядає професійну мобільність О. Абдулліна. Підґрунтям професійної мобільності вона визначає широкопрофільну загальну і професійну підготовку, володіння набором «ключових компетенцій», що формують загальну культуру справжнього професіонала. Вузкий професійний профіль створює проблеми у процесі реалізації працівниками своїх можливостей, тому різкий спад промислового виробництва спричинив економічні умови, в яких частина кваліфікованих робітників втратила роботу. Зростання безробіття внаслідок відсутності емоційної, вольової та мотиваційної готовності висококваліфікованих робітників до професійної мобільності призвело, за Л. Гордоном, до виникнення особливої категорії бідності – «бідності сильних».

Гендерна сегрегація на ринку праці впливає на професійну мобільність. І. Мальцева відзначає наявність гендерної сегрегації на ринку праці будь-якої країни. Перехід жінок в «чоловічі» і «інтегровані» професії пов'язаний з чинниками, які підвищують їхню конкурентоспроможність на ринку праці, і розміром заробітної плати в альтернативних професіях. Мобільність чоловіків у нетипові для них професії обумовлена високооплачуваною роботою. Проте, імовірність переходу працівника в не характерну для його статі професію вкрай низка.

Як визначає Н. Коваліско, професійна мобільність пред'являє певні вимоги до професійно-кваліфікаційних якостей індивідів і через підвищення відповідності між індивідуальними потребами особистості й соціально-економічною цінністю місця, яке вона займає, максимально сприяє її розвитку.

Реальна і потенційна професійна мобільність пов'язані з наявністю об'єктивних (можливість зміни статусу) і суб'єктивних (орієнтація на зміну статусу) передумов. Потенційна мобільність – це схильність, бажання, прагнення людини змінити свій соціальний статус, свою соціальну позицію, вона існує у межах між прийняттям рішення про потребу у мобільності і фактичною мобільністю або ж уникненням її. Досягнення потенційної мобільності критичного рівня призводить до фактичної мобільності. Фактична мобільність – це зміна статусу людини, її перехід в іншу групу внаслідок дії об'єктивних і суб'єктивних факторів, умов і стимулів. Перехід потенційної мобільності у реальну залежить від обставин, умов, орієнтації на зміну статусу і її значення для особистості в структурі цінностей, що може сприяти чи перешкоджати здійсненню цих намірів [19].

Значна увага приділяється педагогічній і психологічній складовим професійної мобільності.

Основи педагогічного розгляду професійної мобільності ще у XVI сторіччі заклав Ян Амос Коменський. Він визначав, що особистості самостійно потрібно адаптуватися до мінливих умов, бути діяльною, активною, рухливою та старанною, що люди повинні навчитися правильно обирати зрозумілі їм речі й уміло їх застосовувати та використовувати. Освіту, бажання працювати він розглядав як можливість «рухливості», що відповідає сучасному поняттю «мобільність».

Розробка проблеми формування професійної мобільності в процесі професійної освіти розпочата у 60-і роки XX сторіччя С. Батишевим.

Сутнісні підстави організації процесу особистісно-орієнтованого навчання як засобу формування професійної мобільності майбутніх фахівців розглядаються у працях В. Беспалько.

Б. Гершунський звертає увагу, що у XXI сторіччі «прискорення науково-технічного прогресу означає неминучість багаторазової перебудови виробництва, підвищення професійної мобільності робітників і фахівців. Первісна загальноосвітня і професійна підготовка створює базу для подальшого

нарощування та оновлення знань, умінь і навичок людини, розвитку його творчих здібностей, але не може залишатися незмінною і достатньою протягом усього його трудового шляху». Ще нещодавно категорія мобільності відображала прагнення людей досягти задоволення своїх зростаючих матеріальних і духовних потреб внаслідок трудової діяльності, що призводило до відторгнення людиною результатів своєї праці, природи, соціуму, культури. В сьогодення мобільність проявляється у прагненні досягти гармонію з навколишнім світом і самим собою як частиною цього світу [10].

Проблемам підвищення якості освіти і безперервній професійній освіті та навчанню дорослих присвячені праці І. Зязюна, Н. Ничкало.

Суттєве значення І. Зязюн приділяє філософії освіти як пошуку шляхів формування конкурентоздатної особистості на ринку праці, обґрунтування орієнтирів для реорганізації системи освіти з урахуванням сучасних вимог до її якості і ціннісних орієнтирів [16].

І. Зязюн, Н. Ничкало визначають тенденції, що існують в сучасному освітньому просторі України [16; 32]:

- на тлі кризи класичної моделі і системи освіти розвивається зміна її парадигми з розробкою і застосуванням нових філософських й соціологічних ідей у освіті, створення альтернативних і експериментальних навчальних закладів;

- входження освіти країни в європейський і світовий освітній простір, що передбачає демократизацію, децентралізацію і гуманізацію освіти, можливість вибору альтернативних навчальних програм, створення сучасної безперервної освіти тощо;

- подальший розвиток і збереження традицій української освіти.

За визначенням Н. Ничкало, формування і розвиток у вищій школі інтегрованих знань, умінь і навичок у майбутніх фахівців на основі міждисциплінарних зв'язків між гуманітарними, природничими і технічними науками, їх практичного кваліфікованого використання в майбутній професійній діяльності є вимогою сучасної освіти. Швидкий розвиток

технологій і мінливість на ринку праці в сьогодення вимагає від особистості оптимальної оцінки наявних компетенцій, їх подальшого розширення і розвитку, що забезпечить її конкурентоздатність. Все це можливо забезпечити лише безперервною професійною освітою, тобто навчанням «на протязі життя» [32].

Б. Ігошев визначає мобільність як особистісну якість, що проявляється лише в процесі діяльності, а ступінь і рівні мобільності людини визначаються тільки в результаті цієї діяльності. На його думку, професійна мобільність має три складові:

- якість особистості, що забезпечує внутрішній механізм розвитку людини;
- діяльність людини, спрямовану на професійну і життєву самореалізацію;
- процес самовдосконалення людини з перетворенням оточуючого її професійного та життєвого середовища.

Закордонний і вітчизняний теоретичний досвід компетентнісного підходу до вищої освіти узагальнив В. Байденко. Він провів порівняльний аналіз кваліфікаційного і компетентнісного підходів, і відзначив, що «компетенція – це міра освітнього успіху особистості, яка виявляється в його власних діях в певних професійних і соціальнозначущих ситуаціях, а кваліфікація – це міра освітнього успіху особистості, що визначається в її можливостях».

Три види компетенцій особистості, що впливають на її мобільність, виділяє І. Зимня:

- особистісні компетенції людини – збереження здоров'я, ціннісно-сміслової орієнтації в світі, громадянськості, інтеграції, самовдосконалення, саморегулювання і саморозвитку особистісної та предметної рефлексії;
- соціальні компетенції взаємодії людини та соціального середовища – соціальної взаємодії і спілкування;
- діяльнісні компетенції людини – пізнання, трудової діяльності, інформаційних технологій.

Як компетентності ці компетенції мають наступні характеристики:

- мотиваційний аспект – готовність до прояву компетентності;
- когнітивний аспект – володіння знанням змісту компетентності;
- поведінковий аспект – досвід прояву компетентності в різноманітних стандартних і нестандартних ситуаціях; відношення до змісту компетентності і об'єкту її застосування.

Основою професійної мобільності особистості Л. Сушенцева [44] вважає рухливість і зміни її мотиваційних, інтелектуальних і вольових якостей під дією зовнішніх факторів, що створює індивідуальні передумови готовності до професійної мобільності. Основою для розвитку цих якостей є формування і розширення знань і навичок завдяки міждисциплінарному підходу в освіті.

Однією з педагогічних умов у формуванні професійної мобільності за І. Якіманською є створення при особистісно орієнтованому навчанні позитивної мотивації на професійну мобільність. Організований таким чином процес дозволяє приділяти увагу розвитку індивідуальних здібностей особистості, що навчається, розглядаючи її як найбільшу цінність навчального процесу.

Психологічним аспектам трудової діяльності і професійної мобільності присвячена значна кількість досліджень.

Психологічну складову мобільності Ю. Лукаш розглядає як поєднання якостей, які складаються з «внутрішніх» психофізіологічних властивостей особистості та «зовнішніх» соціально-психологічних якостей, що впливають на поведінку людини в міжособистісних і організаційно-управлінських відносинах у колективі.

Підґрунтям професійної мобільності, на думку Л. Горюнової, є загальна професійна підготовка широкого профілю та володіння ключовими компетенціями, що формують загальнокультурне ядро справжнього професіонала. Вона розглядає професійну мобільність в контексті особистісно-діяльнісного, системно-синергетичного, компетентнісного та подійного підходів. Професійне самовизначення людини Л. Горюнова розглядає як

формування ставлення особистості до себе як до суб'єкта професійної діяльності, що володіє комплексом компетенцій, які надають змогу адаптуватися в постійно мінливих соціально-економічних умовах. Інструментом забезпечення соціальної і професійної мобільності особистості є високоякісна освіта, яка відповідає вимогам ринку праці в сьогодення та надає можливість переосмислення й керування власним життям і професійною кар'єрою.

Професійну мобільність як характеристику особистості, що необхідна для професійного розвитку, узгодження професійної свідомості і постановки реалістичних цілей, знаходження справжніх смислів праці розглядає А. Маркова. Під професійною мобільністю вона розуміє механізм адаптації особистості, що забезпечує узгодженість окремих ланок професійного розвитку та вміння пристосуватися до нових умов праці.

Комплексно розглядати професійну мобільність, як поєднання якостей особистості (адаптивності, комунікативності, самостійності, пристосовності, цілеспрямованості, ціннісної орієнтації та установки, соціальної пам'яті, критичного мислення, здатності до самопізнання, саморозвитку, самоосвіти, соціальної рухливості), характеристик суб'єкта діяльності (рефлексивності, креативності, проєктивності, прогнозування, цілепокладання, гнучкості, пластичності) та перетворення власної особистості, діяльності, оточуючого середовища пропонує Ю. Дворецька.

Метою освіти, вважає Е. Зеєр, є не лише формування властивостей, якостей, навченості й підготовленості особистості, а й створення їй умов для повноцінного розвитку потенційної можливості стати особистістю, реалізувати свої потреби як особистості в самовмінні, самовизначеності, самореалізації і самоактуалізації. Можливість здійснення людиною переміщень і змін у своїй професійній діяльності, на думку Е. Зеєра, обумовлюється наявністю у людини компетенцій і компетентностей, певних особистісних якостей і здібностей, таких як соціальна активність (готовність брати участь у різних суспільних заходах, проєктах різної змістовної спрямованості), висока адаптивність до

різних суспільних ситуацій і функціонально різних видів діяльності, креативність, творче переосмислення і перетворення будь-якої ситуації.

Професійну мобільність як психологічну готовність фахової особистості до розв'язання широкого кола виробничих завдань, її здатність до швидкої перебудови в залежності від ситуації, ефективною відповіді на невизначеність та проблемність трудової ситуації гнучкою поведінкою, вчасною зміною стратегії або засобу дій у відповідності з умовами праці, що змінюються, розглядає Л. Шевченко [48]. Швидкість зміни стратегій в залежності від існуючої ситуації є показником гнучкості. Мобільність є засобом адаптації працівників, їх психологічної готовності до діяльності в умовах конкуренції і нестабільного ринку праці, що підвищує їх конкурентноспроможність.

Є. Іванченко [17] у змісті професійної мобільності виділяє три компоненти: соціологічний, психологічний та економічний. Характер і зміст професійної мобільності, формування мобільного кваліфікованого робітника обумовлюються зміною вимог до існуючих професій і нових, більш престижних професій, що забезпечують його високий соціально-професійний статус. Мобільність включає в себе всі особливі, індивідуальні властивості особистості: здатність до самовдосконалення, здатність до самотності, творчі акти, що поєднуються у творчий процес.

Готовність до професійної мобільності має, за О. Никітиною, діяльнісну і суб'єктивні складові. Діяльнісний компонент проявляється у відкритості до змін, здатності до цілепокладання, плануванні дій, проектуванні власного професійному розвитку, умінні знаходити оптимальні виходи з ситуації, усвідомленості, спрямованості на досягнення значних результатів діяльності. Суб'єктивна складова визначається у вмінні оцінити ситуацію і свої можливості в її вирішенні, спрямованістю на подолання утруднень, вольовими рисами, потребою в суб'єктивній взаємодії в процесі професійної діяльності.

Фактори соціально-трудова мобільності – це суб'єктивні та об'єктивні обставини, які впливають на міжпрофесійні і територіальні переміщення, спонукають до них або роблять їх неможливими. Н. Фединець та інші

визначають вісім груп факторів, що впливають на мобільність:

- загальні соціально-економічні мотиви, спрямовані на підвищення доходів чи отримання власності;
- соціально-культурні моделі та особовості професійних орієнтацій;
- освіта і її доступність;
- вік і стаж роботи;
- сімейний стан;
- ставлення до конкуренції і професійно-трудова самооцінка;
- інформованість про необхідність або вигоди від переміщення;
- принципове ставлення до роботи і прив'язаність до колективу [46].

Таким чином, професійна мобільність має багато складових і чинників, що впливають на її реалізацію, її вивчення проводиться за багатьма напрямками. Трансформаційні зміни в умовах сучасного постіндустріального суспільства, зростання інформаційного навантаження, мінливості на ринку праці передбачають формування професійно-мобільної кваліфікованої особистості, якій притаманні динамічність, постійний пошук, прагнення до перетворення та удосконалення як оточуючого середовища, так і своєї особистості.

1.3. Особливості формування професійної мобільності та її складових у майбутніх медичних працівників

Медична освіта, що спрямована на отримання певної професійної кваліфікації відповідно до напрямку підготовки й освітньо-кваліфікаційного рівня, належить до вищої професійної за всіма ознаками. Функціонування і розвиток медичної освіти окремої країни пов'язані та не відокремлені від світового розвитку охорони здоров'я й загальної освіти, особливостей системи охорони здоров'я, що склалася в країні, специфіки самої медичної освіти [30].

Реформування системи охорони здоров'я в Україні відповідно до

Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, Проекту концепції побудови нової системи охорони здоров'я України вимагає, поряд з іншим, диференціації діяльності медичних працівників в залежності від нових функцій і видів діяльності відповідно до міжнародних стандартів та досвіду, якісного перегляду змісту освіти медичних спеціалістів у напрямку її інтеграції в міжнародну систему, перетворень у медицині як складової системи охорони здоров'я України відповідно до сучасних соціально-економічних умов.

Розбудова єдиної Європи як одну з передумов передбачає створення Європейського простору вищої освіти (European Higher Education Area), який базується на однакових критеріях освітніх вимог і спрямований на підвищення мобільності та конкурентоспроможності фахівців. У звіті 2003 року експертів Всесвітнього банку, які оцінювали якість освіти у 27 країнах Європи і Центральної Азії з перехідною економікою, визначається, що освітні системи цих країн у більшості, як і раніше, орієнтовані на засвоєння фактичної інформації і ряду навичок. Після приєднання України до Болонського процесу у 2005 році в освітній системі країни відзначаються позитивні зрушення в європейському напрямку [31].

Професійну підготовку медичних спеціалістів та бакалаврів в Україні здійснюють у закладах вищої освіти I-II рівнів акредитації. Серед них особливе місце займають медичні коледжі, головними завданнями яких є підготовка кваліфікованих медичних кадрів з високим рівнем сформованості фахових знань, умінь і навичок, творчого мислення, життєвих цінностей [27]. Професійні кваліфікаційні вимоги щодо випускників медичних освітніх закладів визначаються галузевими стандартами вищої освіти як перелік умінь і навичок розв'язання завдань професійної діяльності та їх відповідності до закордонних стандартів.

Удосконалення навчально-виховного процесу у вищій школі пов'язане з переходом до нової особистісно орієнтованої освітньої парадигми, в центрі якої перебуває людина – майбутній фахівець, який повинен бути конкурентоспроможним, професійно мобільним і відповідати жорстким

вимогам ринку праці. Професійна підготовка фахівців в сьогодення багаторівнева, що законодавчо затверджено в Україні (закони України «Про освіту», «Про професійно-технічну освіту», «Про вищу освіту»). Багаторівнева професійна освіта забезпечує поступове просування фахівця від нижчих щаблів (кваліфікований робітник) до вищих (спеціаліст, магістр), а також неперервність навчання для постійного підвищення кваліфікації робітника в ринкових умовах.

На необхідності підвищення якості професійної підготовки медичних працівників, створенні умов для забезпечення професійного самовдосконалення наголошується у Законах України «Про затвердження Загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини», «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні, Положенні про освітньо-кваліфікаційні рівні (ступеневу освіту), Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, Проекту концепції побудови нової системи охорони здоров'я України, Етичному кодексі медичної сестри України, Національній стратегії розвитку освіти в Україні, «Білій книзі національної освіти» та ін.

Підготовка медичного спеціаліста в сучасних умовах за провідну мету ставить формування фахівця нового зразка – особистості зі своїми особливостями, основою діяльності якої є поєднання здатності вирішувати складні професійні завдання на базі високого рівня знань, умінь, навичок в різних умовах медичної діяльності, активної, спроможної до швидкої творчої адаптації, спрямованої на взаємодію з колегами і пацієнтами, здатної до самонавчання і самовдосконалення [3]. Поєднання в своїй діяльності цих якостей, тобто, професійно-діяльнісних компетенцій, особистісних характеристик, перетворення власної особистості і здатності до змін, за Л. Горюновою, є умовою професійної мобільності.

Вивчення ступеню професійної мобільності медичних працівників за шкалою професійної мобільності (В. Террер) як показника, що характеризує

спроможність швидко знайти іншу гарну роботу, показало, що в різних вікових групах медичних спеціалістів переважає середній рівень професійної мобільності, і лише близько 4,5% медичних працівників віком від 20 до 40 років мають високий її рівень [12]. Це свідчить, що у медичних працівників, які зараз працюють в системі охорони здоров'я, можуть виникати труднощі в професійній самореалізації та мобільності на ринку праці. Тому, формування в процесі сучасного навчання у медичних працівників професійної мобільності та її складових є суттєвою потребою.

Підґрунтям до формування якостей, що необхідні для ставлення конкурентоспроможного працівника, є вмотивованість.

Мотивація вибору професії та професійної діяльності є надзвичайно важливою проблемою. Продуктивність будь-якої діяльності значною мірою залежить від характеру мотивації. Позитивна внутрішня мотивація підвищує ефективність професійної діяльності і надає змогу людині отримати задоволення від неї, а зовнішня негативна – знижує і сприймається як примусова. Внутрішня позитивна мотивація до навчання, самовдосконалення та професійного зростання є професійно значущою якістю, особливо у тих випадках, коли йдеться про соціально значущі професії – лікаря, вчителя, медичної сестри тощо [47].

Впровадження стандартів європейської освіти в медичних освітніх закладах I–II рівнів акредитації в Україні відбувається в умовах неререформованої системи охорони здоров'я.

Існуюча в Україні система професійної підготовки працівників не відповідає світовим вимогам і потребує суттєвих змін. Трьохступенева медична освіта впроваджується в країні в окремих медичних освітніх закладах. Професійну медичну освіту в країні молоді люди розпочинають у віці 16–18 років. Проте, більшість студентів, за даними Л. Зінзюк, «вже відзначається середнім і високим рівнем професійної спрямованості, лише незначна кількість має недостатнє уявлення. Провідними мотивами професійної діяльності при високій професійній спрямованості є суспільно-гуманістична значущість праці,

а при середньому рівні – мотиви самоствердження у праці» [15]. «На початковому етапі навчання у більшості студентів домінують мотиви самоствердження у праці – орієнтація на досягнення успіху в професійній діяльності, кар'єру, високі матеріальні блага, тобто на деяку егоцентричну спрямованість щодо майбутньої професії, і недостатній рівень усвідомлення її соціальної значущості. Це потребує розвитку професійної спрямованості в процесі навчання» [15; 45].

Підготовка студента в медичному освітньому закладі здійснюється відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики медичного працівника і освітньо-професійної програми підготовки фахівців, в яких викладені вимоги суспільства у вигляді компетенцій, якими має володіти випускник.

Суспільна значущість і складність професійних обов'язків медичних працівників вимагає високого рівня їхньої професійної підготовки. Професійна компетентність медичного працівника визначається специфікою медичної діяльності. Медичний працівник в сьогодення відповідно до кваліфікаційних вимог повинен бути висококваліфікованим фахівцем, здатним опанувати і виконувати лікувально-профілактичні завдання, розробляти план заходів щодо реалізації медичної допомоги, оцінювати ефективність надання допомоги, здатний організувати заходи з надання невідкладної долікарської допомоги, профілактики захворювань, вміти успішно взаємодіяти з пацієнтами [39].

Складовими професійної компетентності майбутнього медичного працівника є усі «базові» та «спеціальні» знання, вміння та навички, що придбані у процесі теоретичного навчання та практичної діяльності, їх інтеграція при вирішенні професійних завдань різного рівня складності, професійні здібності, специфічні особливості стилю мислення, сприйняття й переробки інформації, що необхідні для здійснення конкретного (специфічного) виду професійної діяльності [29], що потребує застосування нових компетентнісно-орієнтованих методів навчання [8].

Н. Нестерова розглядає поняття «професійна компетентність медичного працівника» як системоутворюючий фактор професійної підготовки та

інтегральну професійно-особистісну якість, що об'єднує професійні знання, вміння і навички, професійну рефлексію, підготовленість до здійснення професійної діяльності та подальшого професійного росту [23].

Професійну компетентність майбутніх медичних працівників розглядаємо як сукупність діяльнісних і особистісних ознак, які поєднують:

- наявність ґрунтовних професійних знань, певний практичний досвід, індивідуальні здібності;
- свідоме прагнення до самоосвіти; здатність до ефективних дій в межах професійної компетенції; володіння сучасними медичними технологіями;
- дотримання принципів гуманності, поваги людської гідності пацієнтів, їх моральної автономії і прав.

Професійна компетентність медичних працівників повинна обов'язково поєднуватись з психологічною готовністю. Психологічна готовність є передумовою цілеспрямованої діяльності до виконання професійних обов'язків на основі наявного досвіду, знань, особистісних якостей, здатності перебудовувати свою діяльність в непередбачених професійних ситуаціях.

Формування професійної компетентності – багатофакторний процес, який обумовлює майбутнє професійне й особистісне становлення людини як професіонала, а ціннісна орієнтація особистості регулює діяльність людини в суспільстві, визначає напрямок і особливості її поведінки. Значення професійної компетентності для особистості та для суспільства загалом визнає саме ціннісна орієнтація [25].

На межі тисячоліть зросла увага до людини як особистості та її індивідуальних цінностей. Раніше в навчальному процесі студент розглядався лише як об'єкт навчання, що повинен був засвоїти надані ззовні теоретичні та практичні знання, а розвиток особистості та її інтереси ігнорувались. В умовах постіндустріального і гуманізованого суспільства професійна підготовка майбутніх медичних фахівців спрямована не лише на формування знань, умінь, навичок, розвиток особистісних якостей, що відповідають вимогам майбутньої професійної діяльності, а й на розвиток самої особистості, що передбачає

засвоєння нею гуманістичних, загальнолюдських цінностей [21].

Від медичних працівників, окрім розвиненої професійної компетентності, вимагається високий рівень професійно-етичної культури та професійно значущих психологічних якостей. Професійна культура працівників медичного профілю поєднується зі свідомим виконанням морально-етичних норм і розвитком духовних цінностей, має певні особливості, оскільки спрямована на спілкування з широкими верствами людей, переважно під час їх захворювання і страждань.

Специфіка професії передбачає, що медична етика є необхідною й невід'ємною складовою професійної спроможності. Медична етика вимагає від особистості постійної роботи над собою як в професійному, так і в моральному плані. Медик зобов'язаний докласти всіх зусиль для надання допомоги хворому незалежно від національної чи релігійної приналежності, суспільного становища, політичних поглядів, не зважаючи на труднощі та, навіть, власні інтереси (альтруїзм).

Моральний обов'язок, честь і гідність, відповідальність, толерантність, справедливість, медична тактовність є складовими етичних вимог, що визначають професійно-етичні якості медичних працівників [21].

Здатність до співчуття та співпереживання, людяність й людинолюбство, висока духовність – необхідні гуманістичні якості медика. Доброзичливість є умовою спілкування з пацієнтами, що передбачає привітність і уважність до хворого, дбайливість, бажання знайти з ним порозуміння, спрямувати на одужання чи полегшення його стану [23].

Суттєвою рисою медичного фахівця має бути чесність в оцінці результатів своєї праці, якості роботи, що є підґрунтям його прагнення до самовдосконалення на основі самоаналізу професійної діяльності.

Важливою особистісною характеристикою медичного працівника вважається вміння володіти собою, стримувати негативні емоції, протистояти психологічним труднощам [2].

Виявом сформованості професійної етики медика є здатність

конструктивно будувати стосунки з різними категоріями людей, з якими він спілкується (пацієнти та їхні родичі, колеги, лікарі, адміністрація медичних закладів тощо). Медичний персонал повинен мати широку культуру мови й мовлення, вміння добирати засоби і прийоми спілкування. Вміння зрозуміло довести інформацію до співбесідника, переконати його у необхідності виконання запропонованих медичних дій створює повагу і довіру пацієнта до медичного фахівця. Користуватися словом потрібно інформативно, доброзичливо і обережно, враховувати освітні й психологічні особливості хворого, його родини [7].

Спілкування з колегами відіграє одну з першорядних ролей у професії медика, а компетентність у спілкуванні необхідна для побудови ефективної професійної комунікації. Колегіальність проявляється у професійній взаємодії та взаємодопомозі, вимогливості до себе й до інших, умінню працювати в команді, тактовності до колег, адекватності в сприйнятті їх зауважень [7].

Вимоги до загальної та професійної культури медиків в усі часи були дуже високими не тільки тому, що вони належать до найбільш освіченої та культурної верстви населення, а й тому, що через свою професійну діяльність здатні впливати на суспільство. Медичний фахівець має постійно виявляти свої моральні якості і через них впливати на інших, відображати моральні обов'язки, ставлення до колег, до партнерів, до суспільства, усвідомлювати свою моральну відповідальність і проявляти готовність виконувати свої професійні обов'язки [49].

Гармонічне поєднання моральної свідомості (ціннісно-змістовий аспект), моральної діяльності (емоційно-діяльнісний аспект) та моральних відносин (комунікативно-соціальний аспект) свідчать про сформованість професійно-етичної культури медичного працівника. Критерієм сформованості професійно-етичної культури медика є поєднання високого рівня знань (освіченості) з розвинутими на їх основі переконаннями: єдність практичної та емоційної складових діяльності медичного фахівця свідчить про його моральну зрілість. Професійно-етична культура медичного фахівця складається з аксіологічного

(професійно-етична культура як сукупність певних цінностей), технологічного (сукупність способів і засобів діяльності персоналу), творчого (прояви креативності) та особистісного (професійно-етична культура як спосіб реалізації сутнісних сил людини) [20].

Радикальні соціальні зміни в українському суспільстві, широке впровадження досягнень науково-технічного прогресу у медичну сферу, використання комп'ютерних технологій та іншого високотехнологічного обладнання, впровадження системи стандартів лікування хворих передбачає високоінтелектуальну працю медичного працівника і вимагає від нього широкого загальноосвітнього, науково-технічного, професійного й культурного світогляду [22].

Науково-технічний прогрес, швидке оновлення і розширення інформаційних потоків, швидкі темпи розвитку сучасного суспільства призводять до того, що існуючі системи базової освіти не встигають за цими змінами. Це призводить до засвоєння під час навчання вже застарілих знань, невідповідності рівня освіти випускників медичних закладів вищої освіти з обсягом і рівнем роботи, яку потрібно виконувати в лікувальному закладі. Це вимагає від фахівця медичної галузі постійного самовдосконалення й активності особистості, готовності до змін [22].

Непередбачуваність і мінливість суспільного середовища вимагає від фахівця ефективної дії з високим ступенем адаптивності, здатністю вирішувати різноманітні завдання без психологічного збитку для себе. Стійкість до змін і здатність до адаптації змінюються в процесі професійної діяльності, а основою готовності фахівця до змін виступають самонавчання й самовдосконалення [40].

На думку К. Соцького «отримання професійних медичних знань і подальше підвищення фахового рівня повинно відбуватися в умовах, наближених до діяльності лікувально-профілактичних установ, що підвищує спрямованість на організацію внутрішньої системи навчання. Сучасні суспільні умови потребують від професійної освіти готувати фахівців нового типу, які

володіють сучасними методиками здійснення професійної діяльності і готових до оволодіння новими знаннями впродовж усього професійного життя» [43].

Сучасний фахівець повинен бути відкритим до змін, вміти визначати цілі своєї діяльності та планувати дії щодо її досягнення, проектувати власний професійний розвиток і досягати значимих професійних результатів, вміти знаходити оптимальні рішення в складних ситуаціях та аргументувати свій вибір, активно діяти в різних умовах, мати усвідомленість і стабільну спрямованість на досягнення високих результатів діяльності, адекватно оцінювати ситуацію та свої можливості її вирішення, бути рішучим, наполегливим, ініціативним, самостійним, самовладим, відкритим і взаємодіючим в професійному процесі. Всі ці якості формуються й розвиваються в процесі активного особистісного і професійного самовдосконалення, забезпечують у кожного медичного працівника формування потреби максимально розвивати і реалізовувати свої можливості.

Професійне і особистісне становлення фахівця відбувається завдяки його власної активності, що визначається в роботі по перетворенню особистості і дійсності, яка його оточує. Активність проявляється в здатності ставити досяжні цілі та їх реалізовувати, незважаючи на перешкоджаючі обставини. Організовує і спрямовує активність суб'єктивна позиція особистості, яка виступає інтегральним утворенням, що забезпечує переустановку зовнішніх вимог у внутрішні. Формування і прояв активної життєвої позиції особистості фахівця пов'язано з розвитком творчого потенціалу особистості [34].

Творчість стає незмінним атрибутом життя і діяльності кожного фахівця, тобто роль тих здібностей, знань і навичок, які закладені в людині, набувають зовсім іншого, більш важливого значення, що визначає місце людини в суспільстві [41].

Установка на особистісно-орієнтоване професійне самовдосконалення досягається при створенні певних умов пізнання студентами своїх мотивів, цілей і можливостей реалізації особистісних властивостей і якостей [43].

Професійне самовдосконалення – обов'язкова складова підготовки

фахівців, що формується в процесі свідомої взаємодії особистості з конкретним соціальним середовищем і внаслідок якої реалізується потреба розвитку професійно-важливих якостей, знань і вмінь, що сприяють професійному і соціальному успіху [42].

Професійне самовдосконалення має сутнісні складові: самоосвіту (спрямована на оновлення і поглиблення знань для досягнення бажаного рівня професійної компетентності), самовиховання (активна цілеспрямована діяльність систематичного формування й розвитку позитивних та усунення негативних якостей), самоактуалізацію (розвиток і вияв власних сутнісних сил і потенцій) [9].

В умовах модернізації галузі охорони здоров'я особливе місце як визначальна складова професійного самовдосконалення посідає неперервна професійна освіта. Безперервна медична освіта спрямована на постійну підтримку і підвищення рівня знань й навичок лікарів і середнього медичного персоналу, розширення кола їх професійного спілкування в рамках діяльності, спрямованої на підвищення якості надання медичної допомоги населенню. Потреби сучасної медицини диктують нову модель процесу навчання в системі підвищення кваліфікації медичних працівників. Вона забезпечує не тільки можливість постійного отримання додаткової професійної інформації, а й розвиток психологічної складової професійної компетентності медичного персоналу, зокрема середнього [35].

Формування міцних знань, умінь, навичок, розвиток інтелектуальних здібностей можливо тільки в результаті постійної самостійної інтелектуальної та практичної діяльності, що можливо при широкому використанні інноваційних технологій навчання [37].

Поняття «професійна мобільність медичного працівника» поєднує декілька важливих складових:

- готовність та здатність медичного працівника до професійної діяльності, яка виражається в професійній компетентності фахівця;
- вміння адаптуватися до нових умов (медичних, соціальних,

управлінських), навички використання інноваційних технологій і обладнання у професійній діяльності;

- здатність приймати відповідальність за самостійно прийняті рішення;
- постійне вдосконалення, саморозвиток та реалізацію в професійній діяльності і професійному співтоваристві.

Таким чином, професійна мобільність медичних працівників – складна багаторівнева система, яка реалізується в органічному поєднанні розвинених чисельних особистісних якостей і мінливих чинників оточуючого соціального середовища.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ МОБІЛЬНОСТІ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО КОЛЕДЖУ

2.1. Компоненти та критерії сформованості професійної мобільності студентів медичного коледжу

Процес формування професійної мобільності майбутнього медичного працівника відбувається в нерозривній єдності чотирьох компонентів – мотиваційного, когнітивного, комунікативного і рефлексивного – через комплекс функцій: діяльнісно-регулятивну, формуюче-розвиваючу, аналітико-конструктивну, виховну, інформаційно-комунікативну.

Зазначимо, що мотиваційний компонент професійної мобільності реалізує інформаційно-комунікативну, діяльнісно-регулятивну і формуюче-розвиваючу функції. Когнітивний компонент спрямований на аналітико-конструктивну і виховну функції. Комунікативний компонент впливає на реалізацію практично всіх функцій професійної мобільності. Рефлексивний компонент проявляється розвитком формуюче-розвиваючої та виховної функцій. Ці компоненти є частиною цілісної системи розвитку професійної мобільності студентів, що реалізується через становлення і формування характеристик і властивостей кожного з них.

Визначимо критерії цих компонентів.

Мотиваційний компонент професійної мобільності медичного працівника формує наявність інтересу до професійної діяльності, він характеризує потребу в знаннях та їх розширенні, в оволодінні ефективними способами організації професійної діяльності та взаємодії. Критеріями виступають: мотив досягнення, мотив профорієнтації, мотив аффіліації.

Мотиваційний компонент поєднує цілі, мотиви, потреби в професійному

навчанні, вдосконаленні, самовихованні, саморозвитку, ціннісні установи актуалізації і самореалізації у професійній діяльності, стимулює творчі прояви особистості, передбачає наявність інтересу до професійної діяльності. Мотиваційний компонент проявляється у потребі особистості в загальних і професійних знаннях, оволодінні ефективними засобами організації та проведення (реалізації) професійної діяльності, у ефективній взаємодії з іншими учасниками професійно-трудої діяльності.

Мотиви досягнення якісних результатів діяльності для подальшої реалізації потреб особистості розглядаються як основа її активності в процесі спільної професійної діяльності. Мотив профорієнтації спрямований на вибір професії, розвиток специфічних знань і вмінь особистості, розширення її професійних можливостей. Суттєвим мотивом спільної професійної діяльності є мотив аффіліації, що проявляється у взаємодії і довірі, підтримці й симпатії партнерів по спілкуванню, визнанні особистісних якостей і досягнень. При високому мотиві аффіліації особистість виявляє велику активність у професійному спілкуванні.

Розвиток когнітивного компонента визначається повнотою, глибиною, системністю знань в області професійного спілкування. Критеріями виступають: знання і вміння відповідно професійної діяльності, вміння застосовувати професійні знання та навички.

Когнітивний компонент створює підґрунтя для розвитку мотиваційного компонента. Для медичного працівника він включає значний обсяг базових і спеціальних знань, вмінь й навичок, які набуваються у процесі теоретичного навчання та практичної діяльності, широкі фахові компетенції, що формують професійну компетентність, вміння вирішувати професійні завдання різного рівня складності, мати специфічні професійні здібності, особливий стиль мислення й переробки інформації, здатність до опанування і застосування нових знань та вмінь.

Комунікативний компонент – це уміння встановлювати міжособистісні зв'язки, узгоджувати свої дії з діями колег та пацієнтів, вибирати оптимальний

стиль спілкування в різних ситуаціях, опанувати засобами вербального і невербального спілкування. Критерії: міжособистісна комунікація та міжособистісне сприйняття.

Професійна діяльність медичного працівника передбачає включення в комунікативний компонент наступних умінь: психологічної готовності до спілкування на різних рівнях, високого рівня професійно-етичної культури і виконання морально-етичних норм, вміння володіти собою, стримувати негативні емоції, протистояти психологічним труднощам, вміти проводити бесіди, доводити свою думку і переконувати опонента на основі знань та логіки.

Рефлексивний компонент професійної мобільності проявляється в умінні свідомо контролювати результати своєї діяльності і рівень власного розвитку, особистісних якостей і досягнень. Критеріями цього компоненту є: здатність до самореалізації в професійній діяльності, здатність до самовираження у професійній діяльності, здатність впливати на партнера в професійному спілкуванні.

Визначення рівня самооцінки, розуміння власного значення в колективі, відповідальності за результати своєї діяльності, самореалізації в професійному спілкуванні та пізнання себе відбувається за рефлексивним компонентом. Він проявляється в умінні свідомо контролювати рівень власного розвитку та результати своєї діяльності, особистісних досягнень, сформованості власних якостей і властивостей – креативності, ініціативності, націленості на співпрацю, схильності до самоаналізу, здатності до імпровізації, передбачення, ініціативи, критичного та інноваційного прогнозування результатів своєї діяльності і відносин, творчій уяві, впевненості в собі тощо.

Отже, складовими, які впливають на виникнення, формування, розвиток і реалізацію професійної мобільності студентів медичного закладу вищої освіти, є мотиваційно-ціннісний, когнітивний, комунікативний та рефлексивний компоненти, які реалізуються в їх єдності, поєднанні та взаємовпливі.

2.2. Методика проведення дослідження

Для визначення сформованості та ступеня професійної мобільності та її складових (мотиваційного, когнітивного, комунікативного та рефлексивного компонентів) було проведено дослідження серед студентів КЗ «Запорізький медичний фаховий коледж» ЗОР.

В дослідження увійшло 94 студента, які були розподілені на три групи в залежності від курсу навчання.

У першу групу увійшли 33 студента 1 курсу, у другу – 32 студента 2 курсу, 3 групу склали 29 студентів 3 курсу.

У роботі для виявлення рівнів сформованості професійної мобільності використовувалися: анкета для визначення мотиву вибору професії, дані аналізу використання специфічних знань та навичок під час практичних занять відповідно до робочих програм для курсу навчання, анкета для оцінки комунікативних і організаторських схильностей (КОС), запропонована Б. Федоришиним, ситуативна гра, яка дозволяє оцінити здатність до самовираження, самореалізації, і впливати на партнера, анкетування за шкалою професійної мобільності за В. Террер.

Розглядаючи професійну мобільність у єдності її компонентів, проводилось оцінювання ступеня її сформованості за наступними критеріями:

- мотив вибору професії (мотиваційний компонент);
- застосування знань і навичок у вирішенні професійних завдань, здатність прийняття самостійних рішень і обґрунтоване їх доведення до співучасників професійних ситуацій (когнітивний компонент);
- міжособистісна комунікація на різних рівнях (комунікативний компонент);
- здатність впливати на думки інших, а також здатність до самовираження і саморозвитку (рефлексивний компонент).

Дані критерії оцінки сформованості професійної мобільності слугували основою для визначення рівнів розвитку даної якості у студентів – майбутніх

медичних працівників середньої ланки. За результатами загального оцінювання компонентів професійної мобільності виділяли низький, середній і високий рівень її сформованості.

Додатково проводилась самооцінка учасниками дослідження своєї здатності до професійної мобільності та її співставлення з отриманими в результаті дослідження даними її сформованості та рівня.

Розглянемо діагностичний інструментарій для кожного компоненту.

Мотиваційний компонент професійної мобільності обраний в якості складових професійної мобільності, що дозволило визначити мотиви профорієнтації, досягнення і афіляції. Його оцінка проводилась за методом анкетування. Анкета включала в себе ряд питань, що стосуються мотивів вибору професії, мотивів досягнення кращих результатів і мотиву афіляції (див. Додаток А). Дана анкета дозволяє оцінити профорієнтацію студентів та їх задоволеність своєю спеціальністю, спрямованість на підвищення своїх результатів, схильність до партнерства і взаємодії. Кожній відповіді при оцінюванні присвоювався бал, за сумою яких визначався індивідуальний рівень мотиваційного компонента студента та групи студентів в цілому.

Сформованість мотиваційного компоненту оцінюється за загальною кількістю балів. Низький рівень мотивації – 7-17 балів, середній – 18-27 балів, високий – 28-35 балів.

Визначення сформованості когнітивного компонента проводилося під час практичних занять.

Було розроблено комплекс ситуаційних завдань різної складності для визначення рівня теоретичних знань та практичних навичок і вмінь, якими мав оволодіти студент певного курсу.

Приклад ситуаційного завдання:

На основі опису визначитися з видом кровотечі (артеріальне, венозне). Навести назву судини, яка ушкоджена (*arteria radialis*, *vienna femoris* тощо). Надати необхідну первинну допомогу.

Кожний студент мав свій варіант типового завдання. Теоретичні знання

оцінювались окремо від практичних навичок і вмінь. Оцінювання відбувалось за 4-х бальною системою – від «5» до «2». В процесі навчання студентам було запропоновано по 20 ситуаційних завдань з різної тематики та різної складності. Максимально за виконання всіх завдань студент міг отримати 160 балів – 80 за теоретичні знання і 80 – за практичні навички та вміння.

Шкала оцінювання рівня когнітивного компонента (теорії та практики): високий рівень – 80-71 бал, середній рівень – 70-61 бал, низький рівень – 60-50 балів.

Для дослідження міжособистісної комунікації особистості використовувалася анкета для оцінки комунікативних і організаторських схильностей (КОС), запропонована Б. Федорішиним.

Комунікативність як риса розвивається на основі товарищескості, яка, закріплюючись в поведінці, є передумовою для формування таких якостей особистості, як спрямованість на спілкування, інтерес до людей, соціальна перцепція, рефлексія, емпатія. Всі ці якості є дуже необхідними для роботи в медичній галузі. Не менш важливими є організаторські схильності, які проявляються в здатності до самостійного прийняття рішень, особливо в складних ситуаціях, в ініціативній діяльності і спілкуванні, в плануванні діяльності.

Тестування проводиться окремо в кожній групі студентів. Запропонована анкета складається з 40 питань. Відповідь надається таким чином: якщо відповідь на питання позитивна, то у відповідній клітині бланка відповідей необхідно поставити «+», якщо відповідь негативна – поставити «-». Обов'язково необхідно стежити, щоб номер питання і номер клітини, куди записується відповідь збігалися.

Інтерпретація даних проводиться за допомогою дешифратора, підраховуючи кількість збігів окремо за комунікативними і організаторським схильностям. В подальшому обчислюються оціночні коефіцієнти і звіряються зі шкальними оцінками.

Оцінку комунікативних і організаторських схильностей за методикою

КОС проводять з урахуванням запропонованих п'яти рівнів – низького, нижче середнього, середнього, високого, дуже високого. Для спрощення інтерпретації отриманих результатів, було поєднано між собою в один рівень низький і нижче середнього, який розглядався як низький, а також високий і дуже високий рівні відповідно у високий.

Для виявлення рівня сформованості рефлексивного компонента професійної мобільності використовувався метод вирішення ситуативних завдань, на прикладі ситуативної гри «Невідкладна медична допомога при пожежі».

Гра дає змогу оцінити поряд з професійними знаннями, навичками і вміннями, здатність до командної роботи, самовираження, самореалізації, вміння впливати на партнерів і перевірити комунікативні здібності.

При даній ситуаційній грі моделюються різноманітні умови професійної діяльності (включаючи екстремальні) методом пошуку найбільш оптимальних способів її виконання. Гра імітує різні аспекти активності та взаємодії людської діяльності. Гра також є методом ефективного навчання, оскільки знімає протиріччя між абстрактним характером навчального предмета і реальним характером професійної діяльності.

Попередньо за 2-3 доби до проведення ділової гри її учасникам надається завдання ознайомитись з ураженнями та uszkodженнями, які виникають при пожежі, методами сортування uszkodжених, методами і засобами надання невідкладної допомоги.

На початку ділової гри учасникам оголошується тема ситуації, ставиться мета. Для медичного працівника, який в своїй професійній діяльності часто стикається з роботою в екстремальних умовах з обмеженням часу, суттєвого значення набуває досягнення згоди і злагодженості зі співучасниками командних дій. Тому в процесі оцінки ділових якостей майбутнього медичного працівника застосовуються методи, що дозволяють визначити ступінь вираженості здатності до співпраці та адаптації до нової ситуації, вміння переконувати і слухати співрозмовника, вміння володіти мовою і

аргументувати свої висновки, працювати в команді.

Цілями проведення гри є: тренування навичок командної роботи, спільних дій, аналітичного і критичного мислення, пов'язаного з вибором варіанту вирішення проблеми у відповідності з існуючими вимогами, оцінювання взаєморозуміння і взаємодії з партнерами, здатність до самовираження, самореалізації та вміння впливати на інших.

Студенти методом жеребкування поділяються на команди по 5-6 осіб, після чого між ними також методом жеребкування проводиться розподіл ролей – лікар, фелдшер, медична сестра тощо (тобто проводиться формальне ранжування студентів за значенням ролі, що вони виконують).

Далі студентам розповідається ситуація, що виникла, її умови, порядок вирішення ситуації і завдання кожного її етапу, встановлюються межі термінів виконання кожного з завдань.

Діяльність учасників оцінює експертна рада з 3 викладачів – фахівців в галузі надання невідкладної допомоги і медицини катастроф.

Експерти оцінюють результати виконання завдань, їх правильність, проводять індивідуальне ранжирування з груповим і аналізують індивідуальні здібності учасників ділової гри.

Критеріями оцінювання в ситуаційній грі виступають: вміння переконувати, здатність до співпраці, адаптація в екстремальній ситуації, самоконтроль, вміння володіти мовою, словниковий запас, вміння слухати співрозмовника, здатність до творчого мислення, вміння аргументувати свої доводи, етичність поведінки. За даними кожного випробуваного складається висновок, використовуючи шкалу учасника групової роботи.

Професійно важливою якістю є вміння підтримувати стосунки з людьми незалежно від особистих уподобань.

На основі проведеного аналізу мотиваційного, когнітивного, комунікативного і рефлексивного компонентів визначаються загальні рівні сформованості професійної мобільності у студентів медичного коледжу.

Також для самостійного визначення стану сформованості професійної

мобільності використовувалося анкетування. Анкетування проводилось за Шкалою професійної мобільності В. Террер [28]. Анкета має 2 питання і 5 варіантів відповідей. Необхідно уважно прочитати кожне питання-твердження і вибрати одну найбільш точну (на думку респондента) відповідь та зазначивши її у відповідній клітині.

2.3. Визначення стану сформованості професійної мобільності у студентів медичного коледжу

Визначення сформованості мотиваційного компоненту професійної мобільності.

В ході анкетування студентів медичного коледжу отримано наступні результати.

Студенти першої групи причиною вибору професії визначали: подальші перспективи отримання роботи за фахом у 33,3%, бажання допомагати людям – у 21,2%, можливість подальшого достатнього матеріального забезпечення – у 18,2%, можливість вступу в даний освітній заклад – у 15,2%, не мали причини – 12,1% студентів.

В другій групі причинами вибору спеціальності були: подальші перспективи отримання роботи – 34,4%, бажання допомагати людям – 28,1%, можливість подальшого достатнього матеріального забезпечення – 15,6%, можливість вступу в даний освітній заклад – 9,4%, не мали причини – 12,5% студентів.

В третій групі вибір професії визначали: перспективи отримання роботи – 55,3%, бажання допомагати людям – 41,2%, можливість подальшого достатнього матеріального забезпечення – 3,5%.

В обраній спеціальності студентів 1 групи приваблює у 33,3% процес медичної діяльності, у 27,3% – можливість «чистої» роботи, у 21,2% – постійна потреба в фахівцях, у 12,1% – висока ступінь відповідальності та 6,1% –

отримання необхідних зв'язків.

Студентів 2 групи приваблювали: процес медичної діяльності – у 43,7%, постійна потреба в фахівцях – 34,4%, «чиста» робота – 9,4%, висока відповідальність та отримання необхідних зв'язків – по 6,2%.

Привабливість медичної спеціальності студенти 3 групи визначали як: саме процес медичної діяльності – 48,3%, постійну потребу в фахівцях – 31,0%, високу відповідальність – 17,3%, «чисту» роботу – 3,4%.

На вибір навчання медичної спеціальності у студентів 1 групи вплинуло: свій досвід чи спостереження за роботою в медицині – 12,1%, сімейна традиція – 30,3%, рекомендації друзів – 12,1%, поради інших – 18,2%, ЗМІ – 27,3%.

В 2 групі причини вибору роботи в медицині розподілялись майже подібним чином: свій досвід чи спостереження за роботою в медицині відзначали – 15,6% студентів, сімейну традицію – 34,4%), рекомендації друзів – 15,6%, поради інших – 9,4%, інформацію з засобів інформації – 25,0%.

Студенти 3 групи мали свій досвід роботи в медицині чи тривале спостереження у 58,6%, спирались на сімейну традицію – 27,6%, пораду друзів – 10,3%, поради інших – 3,5%.

Таким чином, саме студенти 3 групи обирали навчання в галузі медицини найбільш свідомо, також в усіх групах значний вплив на вибір професії відігравала сімейна традиція.

В подальшому продовжувати навчання в медичному університеті чи у межах своєї професійної кваліфікації планують 9,1% і 33,3% студентів 1 групи відповідно, серед студентів 2 групи подальше навчання в університеті планують 15,6% і у межах своєї кваліфікації – 43,7%, в 3 групі вважають необхідність подальшого навчання 20,7%) в університеті та 51,7% у межах кваліфікації. В 1 групі потребу подальшого навчання при можливості чи необхідності відзначають 42,4%, в 2 групі – 34,4%, в 3 групі – 24,1%. Не мають наміру продовжувати освіту 15,2% студентів 1 групи, 6,2% – 2 групи і 3,5% – 3 групи.

Таким чином, спрямованість на подальшу професійну освіту та її

необхідність зростає відповідно термінам навчання в коледжі.

Відзначаються суттєві відмінності у відношенні до навчального матеріалу, який студенти отримують у коледжі, між різними групами. Лише 6,1% студентів 1 групи впевнені, що їм знадобиться більшість навчальних дисциплін, 21,2% – лише спеціальні дисципліни, вважають що значення мають лише спеціальні практичні навички і вміння – 33,3%, сподіваються навчитися в процесі подальшої роботи – 24,3%, вважають знання другорядними для працевлаштування – 15,1%. В 2 групи необхідність більшості дисциплін відзначали 31,2% студентів, лише спеціальних – 25,0%, саме практичні навички і вміння – 21,9%, сподіваються навчитися вже працюючи – 12,5%, важливим вважають саме працевлаштування – 9,4%. Необхідність більшості дисциплін відзначають 55,2% студентів 3 групи, спеціальні дисципліни – 31,1%, практичні навички і вміння – 10,3%, працевлаштування – 3,4%).

Таким чином у студентів 1 групи ще не сформувалось достатнє розуміння необхідності комплексності знань, існує уявлення, що можливо відкласти навчання чи отримати лише практичні навички, та навіть про другорядність знань. Студенти 2 групи, які ще не мають практичного досвіду, вже розуміють необхідність отримання як теоретичних, так і практичних знань, проте ще зберігається думка про відсутність необхідності їх отримання в коледжі. Третя група студентів, що має досвід роботи, відзначає необхідність наявності знань і вмінь, в більшості випадків вважає, що їм в подальшому знадобиться більшість отриманої інформації.

Серед факторів, які найбільшою мірою впливають на якість навчання, студенти 1 групи у 24,5% випадках вважають значення знань, що отримуються, для подальшого життя, бажання бути не гірше інших – 15,2%, матеріальну стимуляцію – 30,3%, контроль батьків – 18,2%, байдуже ставляться до навчання – 12,1%. В 2 групі необхідність якісного навчання відзначають 40,6% студентів, не бути гірше бажують 12,5%, можливість отримувати матеріальну стимуляцію – 28,1%, батьківській контроль визнають 12,5%, байдужі до результатів – 6,3%. Студенти 3 групи вважають необхідність отриманих знань – 75,9%, бажання не

бути аутсайдером – 24,1%.

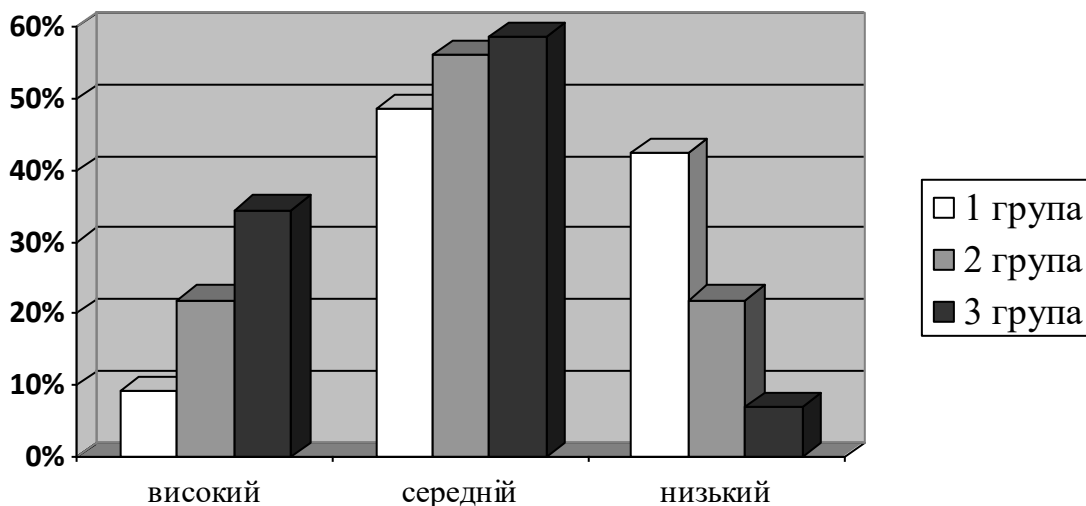
Отже, розуміння отримання якісних результатів навчання зростає залежно від терміну навчання. Амбіційні мотиви якісного навчання помірно присутні у всіх групах студентів.

При визначенні рівня підтримки і взаємодії з партнерами, визнання їх досягнень (мотив аффіляції) встановлені наступні результати. Повністю підтримають партнера 33,3% студентів 1 групи, частково – 27,3%, формально – 18,2%, не допоможуть – 15,1%, погіршать скрутне становище – 6,1% студентів. В 2 групі нададуть необхідну допомогу – 43,8%, частково допоможуть – 31,2%, допоможуть формально – 15,6%, не нададуть допомоги – 9,4%. В 3 групі повністю допоможуть 72,4%, в міру своїх можливостей – 20,7%, нададуть деяку допомогу – 6,9%.

Тобто, мотив аффіляції достатньо розвинений майже у 2/3 студентів 1 групи. У студентів 2 групи аффіляція розвинена достатньо у 3/4 і частково – у 1/4. В 3 групі достатньо розвинена аффіляція у значної більшості студентів. Зі збільшенням терміну навчання, набуття студентами практичного досвіду роботи в медицині відзначається прогресивне зростання мотиву аффіляції у взаємодії та відношеннях студентів.

Було проведено індивідуальний та інтегральний аналіз рівня сформованості вмотивованості у студентів різних груп за результатами анкетування.

Встановлено, що найбільш часто низький рівень мотиваційного компоненту професійної мобільності відзначався у студентів 1 групи – у 42,4%, середній рівень в цій групі спостерігався у 48,5% випадках, високий – лише у 9,1% студентів. В 2 групі також переважно спостерігався середній рівень мотиваційного компоненту – у 56,2%, а низький і високий рівень вмотивованості визначались однаково часто – у 21,9% випадків. В 3 групі також частіше визначався середній рівень мотивації – у 58,6% студентів, проте спостерігалось значне зменшення низького рівня – 6,9% і суттєве зростання високого – 34,5% (рис. 2.1.).



2.1. Рівні мотиваційного компоненту професійної мобільності студентів медичного коледжу

Як свідчать отримані дані, у студентів спостерігається загальна тенденція до зменшення низького рівня сформованості мотиваційного компоненту професійної мобільності, деякого прогресивного зростання середнього рівня та суттєвого збільшення високого рівня вмотивованості в залежності від терміну навчання, набуття чи наявності у студентів досвіду практичної роботи в медичній галузі.

Визначення сформованості когнітивного компоненту професійної мобільності.

При оцінюванні сформованості когнітивного компонента за рівнем теоретичних знань серед студентів 1 групи низькі показники мали 27,3%, середні – 57,6%, високі – 15,1%. Серед студентів 2 групи низький рівень мали 18,7%, середній рівень теоретичних знань – 43,8%, високий – 37,5%. У 3 групі низький рівень визначався у 20,7% студентів, середній – у 55,2%, високий – у 24,1%.

За рівнем засвоєння практичних навичок і вмінь студенти розподілялись наступним чином: у 1 групі низький рівень мали 33,3%, середній – 45,5%, високий – 21,2%; у 2 групі – 28,1%, 50,0% і 21,9% відповідно; в 3 групі низький рівень мали 6,9%, середній – 41,4%, високий – 51,7%.

Розподіл студентів медичного коледжу за рівнем розвитку когнітивного компонента на основі його складових наведено у таблиці 2.1.

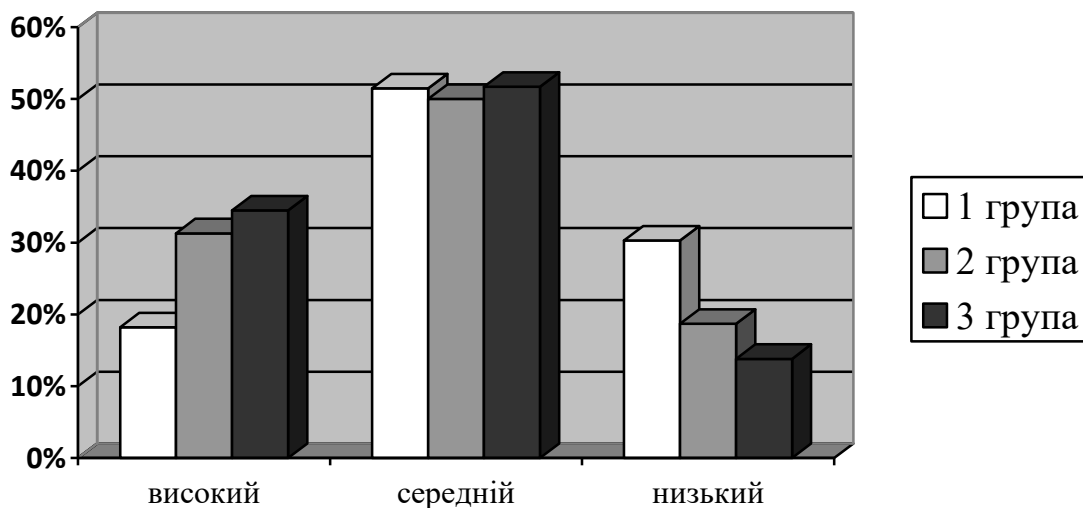
Таблиця 2.1

Розподіл за рівнем сформованості когнітивного компонента на основі засвоєння теоретичних знань та опанування практичних навичок і вмінь студентами медичного коледжу різних груп

Рівень сформованості когнітивного компонента	1 група (n =33)		2 група (n =32)		3 група (n =29)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	теоретичні					
Низький	9	27,3	6	18,7	6	20,7
Середній	19	57,6	14	43,8	16	55,2
Високий	5	15,1	12	37,5	7	24,1
	практичні					
Низький	11	33,3	9	28,1	2	6,9
Середній	15	45,5	16	50,0	12	41,4
Високий	7	21,2	7	21,9	15	51,7

При аналізі результатів дослідження видно, що у всіх групах переважає середній рівень сформованості когнітивного компонента за його складовими. Зі збільшенням терміну навчання підвищується рівень сформованості цього компонента.

Також було проведено визначення загальної сформованості когнітивного компонента професійної мобільності у студентів різних груп медичного коледжу. В 1 групі студентів низький рівень його сформованості відзначався у 30,3%, середній – у 51,5%, високий – у 18,2%. У студентів 2 групи низький рівень мали 18,7%, середній – 50,0%, високий – 31,3%. Студенти 3 групи низький рівень когнітивності проявляли у 13,8% випадків, середній – у 51,7%, високий – у 34,5% (рис. 2.2.).



2.2. Рівні когнітивного компоненту професійної мобільності студентів медичного коледжу

Таким чином, отримані данні свідчать, що незалежно від терміну навчання середній рівень сформованості когнітивного компонента у студентів медичного коледжу зберігається на одному рівні, на початку навчання у студентів низький рівень сформованості когнітивності переважає над високим, а на старших курсах – навпаки.

Визначення сформованості комунікативного компоненту професійної мобільності студентів.

В результаті тестування за комунікативними схильностями отримані наступні результати.

Студенти 1 групи проявляли низький рівень комунікативних схильностей у 24,2% випадках, середній – у 66,7%, високий – у 9,1%. В 2 групі низький рівень комунікативних схильностей виявлено у 15,6% студентів, середній рівень – у 65,6%, високий – у 18,8% майбутніх медичних працівників. Студенти 3 групи розподілялись наступним чином – з низьким рівнем – 10,3%, з середнім – 62,1%, з високим – 27,6%.

Студенти з низьким рівнем комунікативних схильностей не прагнуть спілкування, скуто відчують себе в незнайомій обстановці або колективі,

віддають перевагу самотності, обмежують коло знайомств, мають труднощі при встановленні нових контактів. Найбільшою мірою це відзначається у студентів на початку навчання в коледжі, не місцевих, з малих населених пунктів. Значно менше частота низького рівня комунікативних схильностей відзначаються у студентів старших курсів, переважно у тих, які лише займаються навчанням.

Середній рівень проявів комунікативних схильностей спостерігається приблизно у 2/3 досліджуваних студентів, однаково в усіх трьох групах, незалежно від термінів навчання. Такі студенти прагнуть і вільно контактують з людьми, не обмежують свої знайомства, проте більшість їх контактів обмежена звичним колом осіб, довготривалі контакти зі сторонніми особами виникають рідко.

Студенти з високим рівнем прояву комунікативних схильностей вільно відчують себе у новій обстановці та колективі, постійно намагаються розширити коло знайомств, швидко знаходять друзів та приятелів, проявляють ініціативу в спілкуванні, вільно орієнтуються в будь-яких ситуаціях.

Організаторські схильності у студентів медичного коледжу розвинути значно гірше.

За результатами тестування в 1 групі низький рівень організаторських схильностей спостерігався у 63,6% студентів, середній – у 30,3%, високий – у 6,1%. Студенти 2 групи виявили низький рівень організаторських схильностей у 37,5% випадках, середній – у 50,0%, високий – у 12,5%. Ситуація зі студентами 3 групи виглядала краще: низький рівень схильності до організаційних дій показали 17,3% студентів, середній рівень – 58,6%, високий рівень – 24,1%.

Найбільшою мірою схильність до організаційних дій була низькою у студентів 1 групи – вона визначалась у 2/3 студентів, при проведенні індивідуальної обробки результатів тестування встановлено її поєднання з низьким і середнім рівнями комунікативних схильностей. У студентів 2 групи низький рівень організаторських схильностей спостерігався більш ніж у 1/3

студентів. Лише у студентів 3 групи низький рівень організаторських схильностей зустрічався менше, ніж середній і високий. Студенти з низьким рівнем організаторських схильностей не відстоюють свою думку, часто ображаються і важко переживають образи, майже не проявляють участі в суспільній діяльності, намагаються уникати прийняття самостійних рішень, погано орієнтуються в незнайомій ситуації.

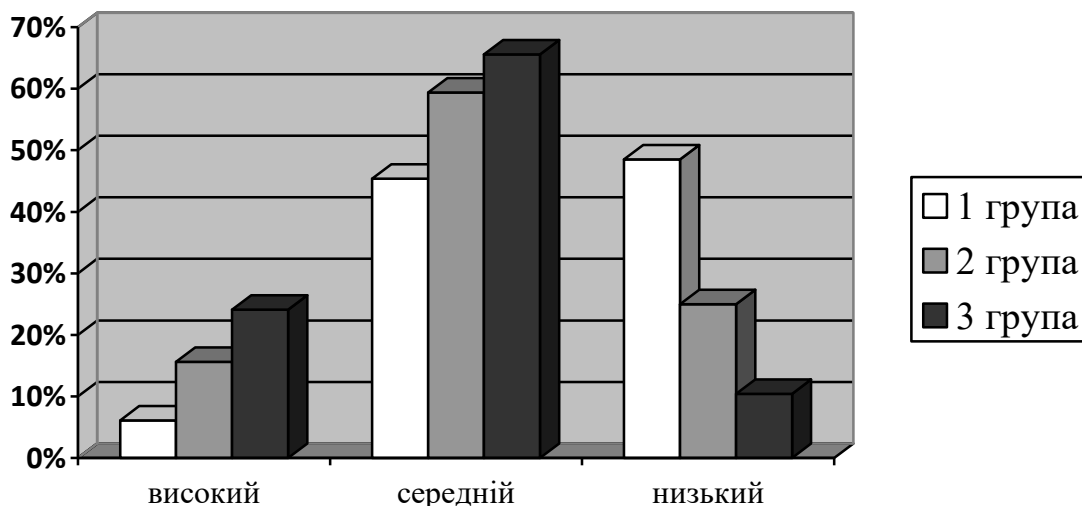
Середній рівень організаторських схильностей спостерігався у 1/3 студентів 1 групи і у 1/2 студентів 2 групи, лише студенти 3 групи виявляли його майже у 60% випадків. Студенти з середнім рівнем організаторських схильностей здатні відстоювати свою думку, планувати діяльність, проте не відзначаються високою стійкістю своєї схильності, часто не проявляють її, самостійні рішення приймають переважно при необхідності.

Високий рівень організаторських схильностей студенти 1 групи майже не проявляли. У студентів 2 групи він визначився в 2 рази, а в 3 групі – в 4 рази частіше, порівняно з 1 групою. Проте, навіть в 3 групі високий рівень організаторських схильностей мала лише 1/4 студентів. Студенти з високим рівнем проявів організаторських схильностей активні в громадській діяльності, здатні приймати самостійне рішення в різних ситуаціях, часто беруть ініціативу і відповідальність на себе, спираючись на внутрішні прагнення.

Загалом, у студентів медичного коледжу спостерігається тенденція до підвищення рівня організаторських схильностей залежно від термінів навчання.

Була проведена інтегрально оцінка комунікативного компонента за його складовими – комунікативними і організаторськими схильностями – у студентів медичного коледжу.

Рівень комунікативного компонента за результатами проведення тестування у студентів 1 групи був низьким у 48,5% студентів, середнім – у 45,4%, високим – у 6,1%. В 2 групі низький рівень комунікативного компонента визначався у 25,0% випадків, середній – у 59,4%, високий – у 15,6%. Студенти 3 групи показали низький рівень у 10,4% випадків, середній – у 65,5%, високий – у 24,1% (рис. 2.3.).



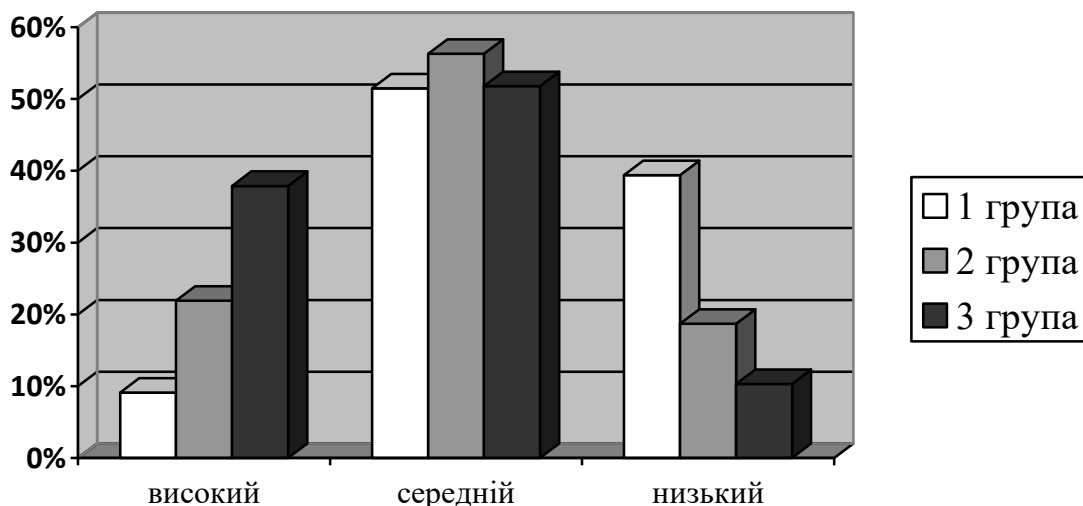
2.3. Рівні комунікативного компоненту професійної мобільності студентів медичного коледжу

Таким чином, на початку навчання в медичному закладі вищої освіти достатня сформованість комунікативного компонента професійної мобільності визначається у 1/2 студентів. В процесі навчання відбувається суттєвий розвиток комунікативного компонента – в залежності від наявності чи відсутності досвіду роботи і широкого професійного спілкування він зростає у 1,8 та 1,5 рази відповідно.

Визначення сформованості рефлексивного компоненту професійної мобільності студентів.

За результатами проведення ділової гри було отримано наступні результати.

У студентів 1 першої групи спостерігався низький рівень сформованості рефлексивного компонента у 39,4%, середній рівень відзначався частіше – у 51,5%, високий – вкрай рідко – у 9,1%. В 2 групі студентів ситуація була краще – низький рівень рефлексивного компонента визначався у 18,7%, середній – у 56,3%, високий – у 21,9%. Найбільш сформованим був рефлексивного компонент у студентів 3 групи: низький рівень визначався лише у 10,3%, середній рівень показували 51,8%, високий – 37,9% студентів (рис. 2.4.).



2.4. Рівні рефлексивного компоненту професійної мобільності студентів медичного коледжу

Дещо більше 1/3 студентів молодшого курсу мали низький рівень рефлексивності, у студентів старших курсів рефлексивність низького рівня спостерігалась значно рідше, особливо у студентів з практичним досвідом роботи. Студенти з низьким рівнем рефлексивного компонента не здатні аргументувати свої доводи, переконувати оточуючих, вони не впевнені, мають обмежений словниковий запас, низький рівень самооцінки, вважають за краще виконувати розпорядження інших, а не приймати самостійні рішення і брати відповідальність на себе.

Середній рівень рефлексивності в усіх групах студентів був приблизно однаковим і спостерігався дещо більше ніж у 1/2 студентів. Вони здатні продуктивно працювати в колективі, мають достатню самооцінку, можуть наводити свої доводи при обговоренні проблеми, але не наполягають на них, при необхідності можуть приймати самостійні рішення. В більшості випадків їх рефлексивність має ситуативний характер.

Студентів з високим рівнем рефлексивності серед студентів, що розпочали навчання в коледжі, була лише 1/10. Особливістю студентів цієї групи з високою рефлексивністю було те, що вони часто виявлялися

неформальними лідерами і могли нав'язати свою думку, навіть хибну, іншим. При цьому думку інших вони не сприймали і не враховували.

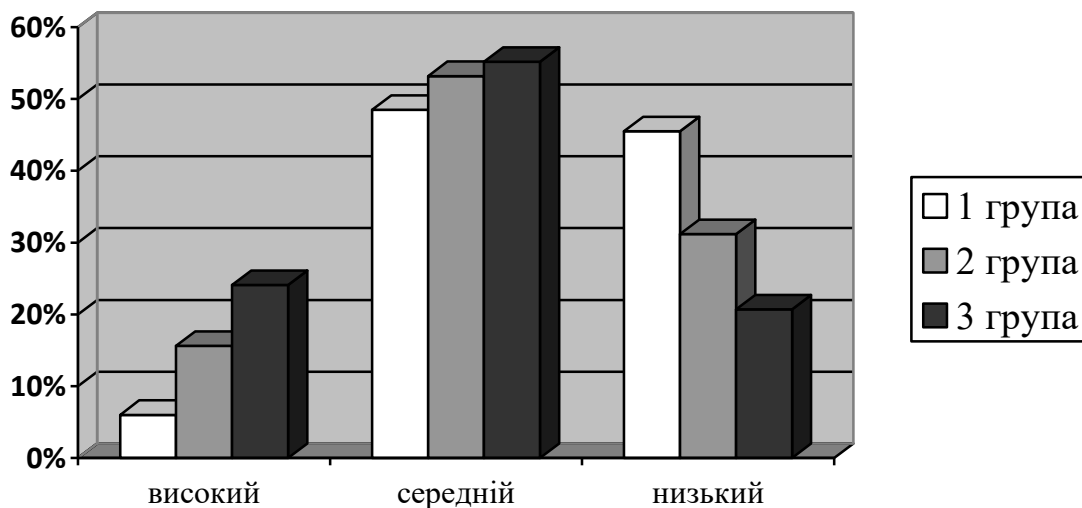
Частота високого рівня рефлексивності у студентів старших курсів значно зростала, особливо це відзначалось у студентів, у яких вже мають навички роботи в колективі та особистий практичний досвід. Ці студенти здатні до співпраці, вміють аргументувати свої доводи і висновки, впевнені, мають розвинений самоконтроль, адекватно оцінюють власну роль у виконанні спільних завдань.

Таким чином, в процесі навчання у студентів медичного коледжу відзначається тенденція до підвищення рівня рефлексивності в залежності від термінів навчання. Найбільшою мірою рефлексивні схильності розвинені у студентів з навичками колективної роботи, особистим фаховим досвідом.

Після підрахунку індивідуальних значень рівнів мотиваційного, когнітивного, комунікативного і рефлексивного компонентів професійної мобільності було визначено загальний рівень сформованості професійної мобільності у студентів медичного коледжу.

У студентів 1 групи переважали низький (45,5%) і середній (48,5%) рівні професійної мобільності, високий рівень зустрічався вкрай рідко (у 6,0%). У студентів 2 групи переважав середній рівень професійної мобільності – 53,2%, рідше спостерігався низький рівень (у 31,2%), незначна їх частка мала високий рівень (15,6%). Більш сформованою професійна мобільність була у студентів 3 групи. У них також переважав середній рівень готовності (55,2%). Проте, порівняно з іншими групами найбільш часто зустрічався високий рівень (у 24,1%) професійної мобільності й найрідше – низький (у 20,7%) (рис. 2.5.).

Спостерігалась загальна тенденція до зростання рівня професійної мобільності студентів медичного коледжу відповідно до термінів навчання в коледжі, що можливо пояснити розвитком всіх факторів, які є складовими компонентів (мотиваційного, когнітивного, комунікативного і рефлексивного) професійної мобільності. Суттєвий вплив на рівень професійної мобільності має наявність особистого досвіду роботи в медичній галузі.



2.5. Рівні професійної мобільності студентів медичного коледжу

Наступним кроком було проведено анкетування студентів за Шкалою професійної мобільності В. Террер.

Так як шкала В. Террер має 4 градації рівня професійної мобільності, то для зручності порівняння її результатів з результатами, що були отримані при дослідженні, було поєднано в одну градацію низький та нижчий за середній рівні.

В результаті анкетування студентів отримані наступні результати.

Студенти 1 групи вважали, що вони мають високий рівень професійної мобільності у 15,2% випадках, середній – у 54,5%, низький – у 30,3%. В 2 групі визнавали, що мають високий рівень 6,2% студентів, середній – 56,3%, низький – 40,6%. Студенти групи 3 мали думку, що 20,7% мають високий рівень професійної мобільності, 62,1% – середній і 17,2% – низький.

На кінці дослідження було проведено порівняння рівнів сформованості професійної мобільності студентів медичного коледжу за результатами проведеного дослідження та анкетування.

Встановлено, що студенти початкового курсу мають емоційну схильність дещо підвищувати рівень своєї готовності до професійної мобільності, а студенти старшого курсу, навпаки, емоційно декілька принижують готовність

до професійної мобільності. Найбільш адекватно оцінюють свої можливості студенти старшого курсу, які вже мають більший, кількісний та якісний, досвід роботи в медичній галузі.

Таким чином, за результатами проведеного дослідження встановлено, що в процесі навчання в коледжі у студентів суттєво зростає рівень сформованості професійної мобільності. На початку навчання студенти дещо перевищують свої реальні можливості. На старших курсах на самооцінку готовності до подальшої професійної мобільності впливає наявність особистого професійного досвіду – його присутність надає змогу студентам досить реально оцінювати свої можливості, тоді як відсутність досвіду спонукає до деякої невпевненості та зниження розуміння своєї здібності до професійної мобільності.

ВИСНОВКИ

На основі результатів аналізу наукової літератури уточнено, що мобільність особистості характеризують рухливість, здатність до переміщення й зміни видів діяльності, швидкість реагування й орієнтування в ситуації, гнучкість і оперативність у прийнятті рішень. Феномен мобільності працівника будь-якої сфери пов'язаний із розвитком його конкурентоздатності, професіоналізму, вміння самоуправління, а також активізує взаємодію між колегами з метою співпраці й створення партнерських стосунків у професійній діяльності.

Встановлено, що професійна мобільність визначається індивідуально-особистісними та соціальними чинниками і є результатом внутрішніх зусиль особистості, спрямованих на самосвідомість і самооцінку власної професійної діяльності. Зарубіжні вчені під мобільністю розуміють будь-які зміни змісту, характеру, умов праці й переміщення робітника на ринку праці. Сучасні процеси глобалізації, інтеграції, модернізації та розвитку висувають підвищені вимоги до якості підготовки кваліфікованих робітників, які мають усвідомлювати свою самоцінність й унікальність, свою спроможність у побудові власного професійного і життєвого середовища. В суспільстві зростає інтерес до формування професійної мобільності майбутніх кваліфікованих робітників, яка забезпечує успішність у професійному і особистому житті, а також конкурентоспроможність на ринку праці.

Визначено, що професійна мобільність виявляється на різних рівнях – на рівні особистісних якостей (комунікативність, самостійність, критичність мислення, здатність до самопізнання і саморозвитку та ін.); на рівні характеристик діяльності (цілевизначення, прогнозування, креативність, рефлексивність та ін.); на рівні процесів перетворення власної особистості, діяльності та навколишнього середовища.

З'ясовано суть професійної мобільності медичного працівника як

інтегрованого особистісного утворення, що характеризується прагненнями швидко й оперативно розкривати власний потенціал у різних видах медичної діяльності, знаннями про власні потенційні можливості й оновлені вимоги медичної праці, уміннями швидко сприймати зміни в медичній галузі й реагувати на них, бути відкритим до інновацій, оперативно розв'язувати стандартні й нестандартні ситуації, виявляти гнучкість під час перенесення професійних умінь у нові ситуації, розвивати креативне інноваційне мислення, прогнозувати власні позитивні зміни, а також розвитком особистісних якостей (адаптивність, активність, емоційна стійкість, ініціативність, рішучість, самостійність, сила волі, схильність до ризику, цілеспрямованість) та сприяє розвитку професійного акме.

Встановлено, що поняття «професійна мобільність медичного працівника» поєднує декілька важливих складових: готовність та здатність медичного працівника до професійної діяльності, яка виражається в професійної компетентності фахівця; вміння адаптуватися до нових умов (медичних, соціальних, управлінських), навички використання інноваційних технологій і обладнання у професійній діяльності; здатність приймати відповідальність за самостійно прийняті рішення; постійне вдосконалення, саморозвиток та реалізацію в професійній діяльності і професійному співтоваристві.

Охарактеризовано зміст структурних компонентів професійної мобільності майбутніх медичних працівників, а саме: мотиваційного, когнітивного, комунікативного та рефлексивного. Мотиваційний компонент професійної мобільності медичного працівника формує наявність інтересу до професійної діяльності, характеризує потребу в знаннях та їх розширенні, в оволодінні ефективними способами організації професійної діяльності та взаємодії. Розвиток когнітивного компонента визначається повнотою, глибиною, системністю знань в області професійного спілкування. Комунікативний компонент представлено як уміння встановлювати міжособистісні зв'язки, узгоджувати свої дії з діями колег та пацієнтів,

вибирати оптимальний стиль спілкування в різних ситуаціях, опанувати засобами вербального і невербального спілкування. Рефлексивний компонент професійної мобільності проявляється в умінні свідомо контролювати результати своєї діяльності і рівень власного розвитку, особистісних якостей і досягнень.

Доведено, що в процесі навчання в медичному закладі вищої освіти у студентів суттєво зростає рівень сформованості професійної мобільності. На початку навчання студенти дещо перевищують свої реальні можливості. На старших курсах на самооцінку готовності до подальшої професійної мобільності впливає наявність особистого професійного досвіду – його присутність надає змогу студентам досить реально оцінювати свої можливості, тоді як відсутність досвіду спонукає до деякої невпевненості та зниження розуміння своєї здібності до професійної мобільності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Артеменко С. Б., Фляшнікова А. Б. Соціологія : навч.-метод. посіб. Київ : КНЕУ, 2012. 188 с.
2. Бабич М. Я. Відповідальна поведінка, як складова професійного становлення молодших медичних спеціалістів. *Матеріали звітної наукової конференції кафедри психології Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка*. 2007. Вип. I. С. 94-107.
3. Бабич М. Я. Формування професійних якостей майбутнього молодшого медичного спеціаліста як психологічна проблема. *Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки фахівців за соціономічним профілем* : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. Хмельницький, 2011. С. 102-104.
4. Большая О. В. Ринок праці і трудова мобільність населення України. *Соціально-економічні трансформації в епоху глобалізації*. 2005. URL: <http://dspace.pnpu.edu.ua/handle/123456789/3058>.
5. Борисова Ю. В. Молодь в освітньо-професійному просторі: історико-соціологічний аналіз. *Грані*. 2004. № 2. С. 88-92.
6. Борисюк Л. О. Теоретичні основи професійної компетентності бакалаврів сестринської справи. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Педагогіка. Соціальна робота*. 2014. №. 31. С. 36-38. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2014_31_12.
7. Булаєвська О. В. Складова професійної діяльності середнього медичного персоналу: професійне спілкування. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2011. № 60. С. 124-127. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/Vnadps_2012_5_31.zip.
8. Бухальська С., Мельничук О. Компетентісно зорієнтований розвиток студента в системі навчально-виховної та методичної роботи медичного коледжу як умова модернізації вищої медичної освіти. *Нова педагогічна*

- думка. 2014. № 3. С. 21-24. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npd_2014_3_7.
9. Вайніленко Т. В. Сутність та зміст професійно-педагогічного самовдосконалення. *Науковий вісник Чернівецького університету*. 2005. Вип. 278. С. 13-20.
 10. Гершунський Б. С. Концепція самореалізації в системі обґрунтування цінностей і цілей освіти. *Педагогіка*. 2003. № 10. С. 3-7.
 11. Грабовець І. В. Молоді фахівці як соціально-статусна група: характеристика та роль у системі суспільних відносин. *Грані*. 2005. № 5. С. 118-121.
 12. Дзвінчук Ю. В. Теоретичні аспекти вивчення професійної мобільності. *Проблеми гуманітарних наук. Психологія*. 2015. Вип. 35. С. 15-25.
 13. Долішній М. І., Злупко С. М. Соціально-трудова потенціал: теорія і практика. Київ : Наукова думка, 1994. 263 с.
 14. Жовнір С. М. Українська трудова міграція: реалії, перспективи, вектори модернізації державної політики в управлінні нею. *Український соціум*. 2014. № 4. С. 144-159.
 15. Зінзюк Л. А. Особливості психологічного дослідження професійних ціннісних орієнтацій студентів-медиків. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2006. № 5 (16). С. 66-69.
 16. Зязюн І. А. Філософія педагогічної дії : монографія. Черкаси : Вид-во ЧНУ імені Богдана Хмельницького, 2008. 608 с.
 17. Іванченко Є. А. Формування професійної мобільності майбутніх економістів у процесі навчання у вищих навчальних закладах : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Одеса, 2005. 20 с.
 18. Кіндратець О. Розмежування українського суспільства в процесі демократизації. *Політичний менеджмент*. 2005. № 6. С. 32-41.
 19. Коваліско Н. В. Сучасні типи соціальної мобільності населення. *Соціальна психологія*. 2007. № 2. С. 48-60.
 20. Колісник-Гуменюк Ю. І., Гуменюк В. В. Особистісна характеристика медичного працівника. *Неперервна професійна освіта : теорія і практика*.

2015. Вип. 1-2. С. 72-77. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NPO_2015_1-2_15.
21. Кравченко О. В., Косілова С. Є. Напрями розвитку дистанційних навчальних технологій в системі безперервної післядипломної підготовки медичних кадрів. *Впровадження засад Болонської системи освіти: український та зарубіжний досвід* : матеріали Всеукр. навч.-наук. конф. (Тернопіль, 14-15 травня 2007 р.). 2007. С. 328-329.
 22. Кудрявцева Т. О. Підготовка майбутніх медичних сестер у медичних коледжах до розв'язання проблемних ситуацій у професійній діяльності : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Харків, 2012. 20 с.
 23. Кузнецова І. В. Педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Харків, 2005. 205 с.
 24. Кузьменко Т. М. Соціальна мобільність: наукова ретроспектива та реалії сучасного українського суспільства *Наукові праці історичного факультету Запорізького державного університету*. 2008. Вип. XXIV. С. 288-295.
 25. Куренкова К. М. Формування професійних цінностей майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Харків, 2009. 21 с.
 26. Кухтіна М. В. Особливості формування ціннісних орієнтацій особистості у трансформаційному суспільстві. *Соціальні технології*. 2010. № 45. С.170-174.
 27. Логуш Л. Г. Перспективні напрями розвитку медичної освіти в Україні. *Педагогічний процес : теорія і практика*. 2013. Вип. 3. С. 117-123. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pptp_2013_3_14.
 28. Максименко С., Кокун О., Тополов Є. Адаптація психодіагностичних методик: шкала досвіду агресивних впливів, шкала професійної автономності та шкала професійної мобільності. *Практична психологія та соціальна робота*. 2011. № 3. С. 25-31.
 29. Маркович О. В. Загальні принципи формування професійних знань,

- навичок, умінь: особливості формування професійних умінь в умовах медичного коледжу : метод. реком. Рівне : Рівненський держ. базовий медичний коледж, 2006. 43 с.
30. Медична освіта у світі та в Україні / Ю. В. Поляченко та ін. Київ : Книга плюс, 2005. 383 с.
 31. Моніторинг інтеграції української системи вищої освіти в Європейський простір вищої освіти та наукового дослідження : моніторинг досліджень : аналітичний звіт / за заг. ред. Т. В. Фінікова, О. І. Шарова. Київ : Таксон, 2014. 144 с.
 32. Неперервна професійна освіта: філософія, педагогічні парадигми, прогноз : монографія / В. П. Андрущенко та ін. Київ : Наукова думка, 2003. 853 с.
 33. Оксамитна С. М. Динаміка соціальної структури та соціальної мобільності: 1993-2003. *Українське суспільство – 2003. Соціологічний моніторинг*. Київ, 2003. С.303-313.
 34. Пайкуш М. Особливості організації самостійної роботи студентів медичних університетів у процесі вивчення теоретичних дисциплін. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2013. № 2. С. 12-18.
 35. Паласюк Г. Б. Наступність у системі неперервної підготовки медсестер вищих медичних закладів освіти. *Наукові праці. Педагогіка*. 2010. URL: <https://lib.chmnu.edu.ua/pdf/naukpraci/pedagogika/2010/144-131-2.pdf>.
 36. Половець В. М. Питирим Сорокін: концепція соціальної мобільності. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. 2015. № 128. С. 214-217. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPH_2015_128_49.
 37. Потяженко М. М. Дистанційна освіта на післядипломному етапі підготовки медичних кадрів. *Інноваційний розвиток суспільства за умов крос-культурних взаємодій* : матеріали Міжнар. наук. конф. для студентів, аспірантів, науковців. Суми, 2008. Ч. 4. С. 37-39.
 38. Пухлій В., Ткаченко В. Вибір професії і проблема зайнятості молоді. *Персонал*. 2007. № 10. С. 73-79.
 39. Радзієвська І. В. Формування професійної компетентності медичних

- сестер. *Проблеми освіти*. 2008. № 57. С. 69-73.
40. Семиченко В. А. Проблема особистісного розвитку й саморозвитку в контексті неперервної професійної освіти. *Педагогіка і психологія*. 2010. № 2. С. 46-57.
41. Сисоєва С. О. Проблема формування особистості, здатної до творчої самореалізації. *Наукові праці. Педагогіка*. 2000. Т. 7. С. 13-19. URL: <http://lib.chdu.edu.ua/pdf/naukpraci/pedagogika/2000/7-1-1.pdf>.
42. Солодовник О. В. Сутнісна характеристика поняття «професійне самовдосконалення» молодших медичних спеціалістів. *Нові технології навчання*. 2014. Вип. 83. С. 227-232.
43. Соцький К. О. Роль медичних коледжів у підготовці кадрів для сучасної системи охорони здоров'я. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми*. 2013. Вип. 35. С. 123-128.
44. Сушенцева Л. Л. Формування професійної мобільності майбутніх кваліфікованих робітників у професійно-технічних навчальних закладах: теорія і практика : монографія. Кривий Ріг : Видавничий дім, 2011. 439 с.
45. Тихолаз С. І. Педагогічні умови розвитку професійної спрямованості студентів вищих медичних навчальних закладів : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Вінниця, 2011. 20 с.
46. Фединець Н. І., Миронов Ю. Б., Гонська М. Р. Соціологія ринку : навч. посіб. Львів : Видавництво ЛКА, 2011. 226 с.
47. Хабусєва М. С. Становлення мотиваційної сфери майбутніх медичних працівників: психолого-педагогічні передумови. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2013. Вип. 3. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2013_3_39.
48. Шевченко Л. С. Професійна освіта як чинник конкурентоспроможності робочої сили. *Демографія та соціальна економіка*. 2008. № 2. С.77-86.
49. Ящук О. В. Критеріально-рівневий підхід до формування професійної культури майбутніх медичних фахівців молодшої кваліфікації. *Науковий*

вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К. Д. Ушинського. 2014. № 2. С. 3-11.

50. Blau P. M., Duncan O. D. *The American occupational structure*. New York : John Wiley and Sons, 1967. 534 p.
51. Lipset S. M., Bendix R. *Social Mobility in Industrial Society*. Colifornia : Press, 1959. 212 p.
52. Simmel G. *The Philosophy of Money*. London : Routledge, 1990. 543 p.
53. Urry J. *Mobile Sociology*. *British Journal of Sociology*. 2000. Vol. 51. P. 185-203.

Додаток А

Анкета

В анкету входили питання:

1. Що першочергово вплинуло на Ваш вибір саме даної професії?
 - наявні можливості для вступу в даний навчальний заклад (2 бали);
 - подальші суттєві перспективи отримання роботи за фахом (4 бали);
 - бажання допомагати людям, зменшувати їх страждання (5 балів);
 - просто треба було кудись вступити (1 бал);
 - можливість в подальшому отримувати достатнє матеріальне забезпечення (3 бали).
2. Що Вас приваблює в обраній професії?
 - саме процес медичної діяльності (4 бали);
 - постійна потреба суспільства в фахівцях даної професії, можливість практично завжди знайти роботу (3 бали);
 - можливість спілкування зі значною кількістю людей і отримувати необхідні зв'язки (1 бал);
 - навіть в медицині можливо знайти «чисту», спокійну роботу (2 бали);
 - висока ступінь відповідальності, можливість вирішення складних професійних ситуацій, надавати допомогу людям (5 балів).
3. Хто (що) вплинуло на Ваш вибір даної спеціальності?
 - рекомендація друзів, які вже навчаються за даною професією чи мають намір її отримати (3 бали);
 - сімейна традиція – батьки, родичі працюють в медицині (4 бали);
 - з засобів масової інформації, з книжок тощо (1 бал);
 - свій досвід роботи в медичній галузі, неодноразове спостереження за роботою медичних працівників (5 балів);
 - поради вчителів, інших людей, що знайомі з професією (2 бали).

4. Чи маєте Ви намір продовжувати своє професійне навчання в подальшому?

- мене цілком влаштує отримана професія і кваліфікація після закінчення коледжу (1 бал);
- маю намір продовжити навчання в медичному університеті (5 балів);
- продовжу навчання при наявності можливостей (3 бали);
- обов'язково буду продовжувати своє навчання у межах своєї кваліфікації (4 бали);
- буду продовжувати своє навчання лише при виникненні необхідності (2 бали).

5. Як Ви вважаєте, які навчальні дисципліни, що вивчаються, необхідні для Вашої подальшої роботи?

- знадобляться лише деякі – спеціальні дисципліни (4 бали);
- знадобиться більшість навчальних дисциплін (5 балів);
- не знадобиться нічого, в процесі роботи навчусь тому, що буде потрібно (2 бали);
- знадобляться лише спеціальні практичні навички і вміння (3 бали);
- головне добре влаштуватися, а знання – це другорядне (1 бал).

6. Який фактор найбільшою мірою впливає на якість Вашого навчання?

- контроль з боку батьків (2 бали);
- мені це буде потрібно для подальшого життя (5 балів);
- результати навчання мене не турбують (1 бал);
- бажання не бути гірше інших (4 бали);
- матеріальна стимуляція результатів навчання (3 бали).

7. Якщо Ваш однокласник, який добре вчиться, але з яким у Вас не зовсім добрі стосунки, на задане на іспиті питання не може дати відповідь за що отримає низький бал Ви:

- дасте шпаргалку (3 бали);
- підсмажите, надавши завідомо неправильну відповідь (1 бал);

- допоможете йому, підказавши правильну відповідь (5 балів);
- будите намагатися допомогти, розказавши що ви знаєте по питанню (4 бали);
- зробите вигляд, що не знаєте правильну відповідь (2 бали).

Сформованість мотиваційного компоненту оцінювали за загальною кількістю балів. Низький рівень мотивації відзначався при загальній кількості балів 7-17, середній – 18-27, високий – 28-35 балів.