

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет

Гондар Ліра Олександрівна

Магістерська робота

ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ПРОФЕСІЙНОЇ
САМООСВІТИ

**Освітньо-кваліфікаційна робота на здобуття звання «Магістр» за
спеціальністю «Сестринська справа»**

223 – медсестринство

Науковий керівник:

К.мед.н. доцент Кузьменко Наталія
Михайлівна

Харків – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ САМООСВІТИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР.....	6
1.1. Визначення поняття та значення самоосвітньої діяльності в медсестринстві.	6
1.2. Історичні аспекти розвитку самоосвіти в системі підготовки медичних сестер.....	8
1.3. Аналіз зарубіжного досвіду організації самоосвіти медичних сестер.....	10
Висновки до першого розділу.....	12
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ГОТОВНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ПРОФЕСІЙНОЇ САМООСВІТИ.....	14
2.1. Організація та методи дослідження.....	14
2.2. Мотивація медичних сестер до професійної самоосвіти	18
2.3. Рівень готовності медичних сестер до самоосвіти.....	22
Висновки до другого розділу.....	28
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО САМООСВІТИ.....	30
3.1. Методологічні основи програми формування готовності до самоосвіти у медичних сестер.....	30
3.2. Визначення ефективності програми формування готовності до самоосвіти у медичних сестер.....	48
Висновки до третього розділу.....	53
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	56
ДОДАТКИ.....	64

ВСТУП

Останні десятиліття вітчизняна система охорони здоров'я переживає постійні трансформації: впроваджуються нові стандарти лікування, поширюється цифровізація медичних послуг, зростають вимоги до доказової практики. У цих умовах професійна компетентність медичної сестри визначається не лише якістю базової підготовки, а й здатністю до безперервного самостійного розвитку. Практика засвідчує, що саме самоосвіта стає тим ресурсом, який дозволяє медичним сестрам залишатися конкурентоспроможними та ефективними в роботі.

В українському науковому дискурсі самоосвіта описується як організований самою особистістю процес поповнення й оновлення професійних знань та навичок. Він може відбуватися безпосередньо під час виконання службових обов'язків, а також у позаробочий час — через участь у тренінгах, семінарах, професійних конференціях, онлайн-курсах чи практичних майстер-класах. Для сучасної системи післядипломної підготовки медичних працівників цей процес вже закріплений у вигляді індивідуальних планів професійного розвитку, що підтверджує його значення як обов'язкової складової професіоналізму.

Разом з тим, готовність до самоосвіти не є заданою від природи. Вона поступово формується в процесі професійної підготовки і залежить від мотивації, здатності до рефлексії та розвитку когнітивних стратегій. У працях українських науковців (Т. Ащеулова, Л. Білик, І. Борака, О. Бурлука, С. Зінченко, І. Сірак та ін.) наголошується на доцільності інтеграції самоосвітніх практик у підготовку майбутніх медичних працівників. Проте питання формування готовності саме у медичних сестер вивчено недостатньо: враховуючи психологічне навантаження цієї професії та потребу в постійному оновленні знань, воно потребує додаткового дослідження.

Об'єкт дослідження – професійна самоосвіта медичних сестер.

Предмет дослідження – особливості формування готовності медичних сестер до професійної самоосвіти.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично вивчити рівень готовності медичних сестер до професійної самоосвіти, а також розробити й апробувати програму її формування.

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що цілеспрямований розвиток мотиваційної, когнітивної та рефлексивної складових у процесі підготовки сприятиме підвищенню готовності медичних сестер до самоосвітньої діяльності.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасний стан наукових підходів до проблеми професійної самоосвіти медичних сестер.
2. Визначити психологічні та педагогічні чинники, що впливають на готовність до самоосвіти.
3. Дослідити фактичний рівень сформованості готовності до самоосвіти у медичних сестер.
4. Розробити й перевірити ефективність програми формування готовності медсестер до самоосвіти.

Методи дослідження:

- теоретичні – аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукових джерел;
- емпіричні – психодіагностичні методики, опитування, спостереження;
- статистичні – кількісний та якісний аналіз результатів.

Наукова новизна полягає в уточненні змісту поняття «готовність до професійної самоосвіти» у контексті медсестринської діяльності, виокремленні її структурних компонентів та визначенні психолого-педагогічних умов формування.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання висновків і розробленої програми для вдосконалення освітніх курсів з медсестринства, створення тренінгових занять та методичних матеріалів, що сприятимуть розвитку готовності до самоосвіти у медичних сестер.

Апробація результатів здійснювалась під час виступів на міжвузівських і міжнародних конференціях, а також у публікаціях у фахових виданнях.

Структура роботи. Магістерська робота містить вступ, три розділи, висновки до кожного розділу, загальні висновки, список використаних джерел (65 найменувань) та додатки. Загальний обсяг – 79 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ САМООСВІТИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

1.1. Визначення поняття та значення самоосвітньої діяльності в медсестринстві

Реформа системи охорони здоров'я в Україні, швидкий розвиток цифрових технологій та відкритість до глобальних знань поставили перед медичними сестрами нові професійні виклики. Сучасний фахівець у цій сфері вже не може обмежуватися знаннями, здобутими під час навчання. Щоденна практика вимагає постійного оновлення компетентностей, критичного аналізу інформації та здатності оперативно адаптуватися до змін. У цьому контексті самоосвіта розглядається як невід'ємний чинник професійної компетентності медичної сестри.

Самоосвітня діяльність у медсестринстві визначається як внутрішньо мотивований і свідомо організований процес засвоєння нових знань і вмінь, спрямований на удосконалення клінічного мислення, оволодіння сучасними методиками догляду за пацієнтами, опанування новітніх протоколів і технологій. Це не лише індивідуальна робота з літературою чи освітніми ресурсами, але й активна участь у професійних спільнотах, семінарах, тренінгах та онлайн-курсах [1; 5; 20].

Дослідники Н. Воропай, І. Мельничук, А. Павличенко, О. Пащенко, Т. Медведовська, В. Вишньова наголошують, що самоосвіта має міжформатний характер: вона відбувається як у межах формальної освіти, так і в неформальному контексті — через практику, самостійне опрацювання матеріалів, неформальні групи підтримки, професійні онлайн-мережі [6; 37; 40]. Це не лише механічне оновлення знань, а й розвиток здатності до змін, саморефлексії та внутрішньої готовності до професійного зростання.

У науковій літературі виділяють кілька підходів до тлумачення сутності самоосвітньої діяльності. Наприклад, І. Борак та Т. Білоус трактують її як складову більш широкого процесу професійного саморозвитку, де пріоритет надається особистісно орієнтованому навчанню [3; 4]. Водночас С. Лучнікова, І. Сірак, В. Спірякова та О. Темченко акцентують на самоосвіті як інструменті самореалізації, що допомагає людині впевнено почуватися у професії, критично осмислювати власну діяльність і прагнути до успіху [34; 51].

Поняття «самоосвіта» тісно пов'язане з концепцією навчання впродовж життя, що активно розвивалась у XX столітті в європейській та американській педагогіці. Сьогодні, в умовах воєнного стану в Україні, ця ідея набуває нового змісту: від медичних сестер часто залежить безпека пацієнтів у надзвичайних ситуаціях, коли вони мають ухвалювати рішення швидко й самостійно [3; 12].

Комплексна модель самоосвітньої діяльності охоплює кілька ключових компонентів. Мотиваційний — визначає внутрішній стимул до навчання. Когнітивний — пов'язаний зі здатністю опрацьовувати інформацію, робити висновки й аналізувати факти. Діяльнісний — відповідає за застосування нових знань у практиці. Рефлексивний — дозволяє усвідомлювати результати та потребу в подальшому розвитку. Саме таку структуру пропонує у своїх працях І. Мартинюк [35].

Останні роки особливого значення набув ще один вимір — цифровий. Т. Ільницька, О. Притула, М. Головчак, Н. Дуб підкреслюють, що здатність працювати з інформаційними платформами, брати участь у вебінарах, орієнтуватися в міжнародних клінічних стандартах є сьогодні невід'ємною складовою професійної готовності [10; 21; 42]. Таким чином, цифрова компетентність стає ключем до доступу до якісної та своєчасної інформації, незалежно від місця роботи чи рівня закладу.

Отже, самоосвіта в сучасному медсестринстві виконує багатофункціональну роль: вона підтримує професійну гнучкість, формує відповідальність, сприяє зростанню якості медичної допомоги. Уміння

здійснювати самоосвітню діяльність забезпечує не лише конкурентоспроможність самої медичної сестри, а й підвищує рівень безпеки пацієнтів, що надає цій компетентності особливого соціального значення.

1.2. Історичні аспекти розвитку самоосвіти в системі підготовки медичних сестер

Історія становлення самоосвіти в медсестринстві тісно пов'язана з еволюцією цієї професії як окремого напрямку в охороні здоров'я та важливого соціального інституту. Тривалий час навчання майбутніх медичних сестер відбувалося переважно через практику та наставництво. Лише з розвитком медичної науки виникла потреба не тільки у професійних навичках, а й у систематичному самостійному засвоєнні знань, їх критичному осмисленні та вдосконаленні впродовж усього життя.

Перші концептуальні ідеї самоосвіти у сфері догляду за хворими пов'язують із діяльністю Флоренс Найтінгейл у XIX столітті. Вона наголошувала, що моральне вдосконалення та самонавчання є невід'ємними від практичної діяльності медичної сестри. Її праці стали основою професійної ідентичності та етичного кодексу, що згодом визначили сучасні стандарти медсестринської освіти [цит. за 48; 61].

У XX столітті країни Європи та Північної Америки поступово формували офіційні освітні програми для підготовки медсестер. Проте навіть у цих умовах зростала увага до індивідуального навчання та професійного самовдосконалення. Із поширенням концепції «освіти протягом життя» (lifelong learning) у 70–80-х роках XX ст. самоосвіта остаточно утвердилася як необхідний компонент післядипломного розвитку медичних працівників [42; 63].

Вітчизняний контекст мав свою специфіку. Як відзначають М. Шегедин, Н. Мудрик, І. Кузьмінська, І. Круковська, розвиток медсестринської освіти в Україні відбувався у межах радянської моделі, де основна роль відводилася лікарю, а сестринський персонал переважно виконував технічні функції [28; 62].

У такій системі ініціатива до самонавчання фактично не підтримувалася. Лише з кінця XX – початку XXI століття почалося поступове визнання медсестринства як самостійної професії, що потребує не лише практичних умінь, а й етичної відповідальності та здатності до постійного саморозвитку.

Незалежність України та інтеграція у європейський освітній простір стали поштовхом до переосмислення підходів у підготовці медсестер. Зокрема, Концепція розвитку вищої медичної освіти (2008) визначила самоосвіту як ключовий компонент безперервної підготовки (Наказ МОЗ № 522/51). В освітніх програмах медичних коледжів і закладів фахової передвищої освіти з'явилися модулі самостійного навчання, тренінги з розвитку рефлексивних та дослідницьких умінь, практичні завдання для формування навичок самостійної роботи [19; 36].

Особливої ваги самоосвіта набула в умовах війни. Бойові дії спричинили потребу у швидкому оволодінні новими протоколами екстреної допомоги, методами сортування поранених, алгоритмами надання невідкладної допомоги в умовах дефіциту ресурсів. Часто саме медичні сестри залишаються єдиними фахівцями, які приймають клінічні рішення у кризових ситуаціях [3; 12; 51]. У цих умовах самоосвіта стає не абстрактною вимогою, а життєво необхідним інструментом професійного виживання.

Як зазначають С. Левківська, І. Мельничук, І. Лукашук, розвиток здатності до самоосвіти потребує зміни освітньої парадигми. Викладач має виступати не лише транслятором знань, а й фасилітатором самонавчання, допомагаючи студентам формувати навички рефлексії, постановки цілей і відповідальності за якість наданої допомоги [30; 33; 37].

Таким чином, історичний шлях розвитку самоосвіти у медсестринстві свідчить про перехід від моделі «виконавця» до моделі «професіонала-дослідника». Від традицій наставництва поступово сформувалася інтегрована система безперервної освіти, де ключовою умовою професіоналізму медичної сестри є здатність до постійного самонавчання та самовдосконалення.

1.3. Аналіз зарубіжного досвіду організації самоосвіти медичних сестер

У багатьох країнах світу питання самоосвіти медичних сестер посідає важливе місце в системі забезпечення якості медичної допомоги. Сучасні моделі післядипломного навчання та безперервного професійного вдосконалення (Continuing Nursing Education, CNE) охоплюють США, Канаду, держави ЄС, Японію, Австралію та інші розвинені країни. Основне завдання таких систем полягає у підтриманні актуальності професійних знань, розвитку клінічного мислення, формуванні нових навичок відповідно до потреб пацієнтів і вимог медичної практики. Самоосвіта у цьому контексті розглядається не як особистий вибір, а як професійний обов'язок, що безпосередньо впливає на безпеку пацієнтів [10; 19; 36; 39; 41; 48].

У Сполучених Штатах функціонує система Continuing Education Units (CEU), яка є умовою продовження ліцензії медичної сестри. Американська асоціація медичних сестер (American Nurses Association, ANA) пропонує широкий спектр навчальних форматів: онлайн-курси, симуляційні тренінги, вебінари, клінічні кейси. Таким чином, самоосвіта інтегрована у правові механізми регуляції професії: визначено конкретну кількість навчальних годин, які потрібно пройти протягом певного періоду. Крім того, знання регулярно перевіряються через незалежні оцінювання, що стимулює особисту відповідальність медсестри за професійний рівень [41].

У Великій Британії професійний розвиток регламентується Національною радою з медсестринства та акушерства (Nursing and Midwifery Council, NMC). Програма Revalidation передбачає ведення електронного портфолію, участь у дискусіях і семінарах, а також написання рефлексивних нотаток. Кожна медсестра зобов'язана підтвердити щонайменше 35 годин навчальної активності протягом трьох років. Особлива увага приділяється етиці, командній взаємодії та здатності критично аналізувати власну практику, що робить самоосвіту частиною особистісного та професійного розвитку (Continuing Professional Development, CPD).

У Німеччині робиться акцент на поєднанні наставництва та модульного навчання. Держава й профспілки фінансують післядипломні курси, клінічні стажування, онлайн-освітні платформи. Значна увага приділяється цифровій грамотності: навчання електронній документації, клінічній інформації, новітнім діагностичним методам. Водночас у клініках розвивається культура менторства, коли досвідчені працівники допомагають новачкам формувати навички самоосвіти.

У Канаді важливим елементом є індивідуальні плани розвитку, що включають дослідницьку роботу з клінічними кейсами та аналіз міжнародних стандартів. Canadian Nurses Association (CNA) підтримує медсестер у здобутті сертифікацій, доступі до мікропрограм та онлайн-курсів. Особливої ваги набуває автономія: у сільських районах медична сестра часто виступає першим контактом для пацієнта, тому від рівня її самоосвітньої активності залежить якість надання допомоги.

В Японії система професійного вдосконалення базується на акредитованих курсах і високій стандартизації програм. Важливе місце відводиться не лише технічним знанням, а й культурній компетентності, розвитку емоційного інтелекту та комунікативних навичок у роботі з пацієнтами різного віку та статусу.

У Норвегії, Швеції, Фінляндії поширена модель самоорганізованого навчання. Держава гарантує доступ до освітніх ресурсів і водночас зобов'язує роботодавців надавати «навчальні дні». Це дозволяє інтегрувати самоосвіту у робочий процес без додаткового навантаження.

Загальний висновок полягає в тому, що самоосвіта у зарубіжних країнах є системно організованою та підтримуваною на рівні державної політики, професійних асоціацій і робочих колективів. Найефективнішими визнано такі практики:

- обов'язкова сертифікація знань;
- використання електронних портфоліо;

- розвиток цифрових компетентностей;
- мультидисциплінарні формати навчання;
- заохочення до рефлексії та критичного мислення.

Для України цінним є досвід впровадження електронних портфоліо, обов'язкової безперервної освіти, інституційної підтримки дослідницької роботи медсестер. Такі підходи можуть бути адаптовані до національних реалій і сприяти зміцненню автономії, лідерського потенціалу та професійної відповідальності українських медичних сестер.

Висновки до першого розділу

Проведений теоретичний аналіз дозволив узагальнити сутність і значення самоосвіти медичних сестер, простежити її історичний розвиток та видокремити ключові особливості зарубіжного досвіду.

По-перше, встановлено, що самоосвіта є свідомо організованим і внутрішньо мотивованим процесом професійного вдосконалення, який здійснюється як у межах формальної освіти, так і поза нею. Вона забезпечує гнучкість медичної сестри у професійній діяльності, сприяє адаптації до швидких змін у медицині, формує критичне мислення та навички рефлексії.

По-друге, історичний аналіз показав поступовий перехід від наставницької моделі навчання до сучасної системи діяльнісно-рефлексивного підходу. Якщо раніше роль медичної сестри обмежувалася допоміжними функціями, то нині вона виступає як активний суб'єкт професійного зростання. В українських умовах цей процес особливо загострився в період реформування охорони здоров'я, інтеграції в європейський освітній простір та під час воєнного стану, коли від рівня самопідготовки часто залежить ефективність і безпека надання допомоги.

По-третє, вивчення міжнародних практик підтвердило, що у провідних країнах світу самоосвіта інтегрована у систему професійного розвитку. Вона є необхідною умовою підтвердження ліцензії та професійної етики,

підкріплюється цифровими технологіями, обов'язковою сертифікацією, веденням електронного портфоліо та участю в міждисциплінарних освітніх програмах.

Таким чином, аналіз першого розділу дозволяє зробити висновок, що формування готовності до професійної самоосвіти є невід'ємною умовою розвитку медсестринства. Це не лише індивідуальний ресурс самореалізації, а й фактор підвищення якості медичної допомоги, що надає проблемі важливого соціального виміру. Теоретичні узагальнення, зроблені на цьому етапі, стають підґрунтям для подальшого емпіричного дослідження та розробки практичних рекомендацій щодо оптимізації процесу самоосвіти медичних сестер.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ГОТОВНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ПРОФЕСІЙНОЇ САМООСВІТИ

2.1. Організація та методи дослідження

Метою емпіричного дослідження було виявлення рівня сформованості готовності медичних сестер до професійної самоосвіти, визначення мотиваційних чинників, що стимулюють або гальмують процес самонавчання, а також виявлення взаємозв'язків між мотиваційними установками та рівнем самоосвітньої активності.

Дослідження проводилося в березні–травні 2025 року на базі Комунального некомерційного підприємства «Міська лікарня №2» Краматорської міської ради. Заклад має багатoproфільну структуру, що дозволяє охопити в дослідженні медичних сестер із різних сфер медичної практики — терапевтичної, хірургічної, педіатричної, реанімаційної, лабораторної, поліклінічної та адміністративної. У дослідженні взяли участь 60 медичних сестер, які були відібрані методом цільової вибірки. Середній професійний стаж учасників — 17,4 років, середній вік — 38,6 рік.

Критеріями включення були:

- зайнятість у закладі охорони здоров'я не менше 1 року;
- належність до професії «медична сестра» (усіх рівнів — молодша, базова, спеціалізована підготовка);
- добровільна згода на участь у дослідженні.

Розподіл за відділеннями:

- терапевтичні відділення — 14 осіб,
- хірургічні відділення — 10 осіб,
- поліклінічні відділення — 8 осіб,
- педіатричні відділення — 6 осіб,
- реанімаційне та анестезіологічне відділення — 6 осіб,

- допоміжні (лабораторія, стерилізаційна, рентгенвідділення) — 10 осіб,
- адміністративні підрозділи (головна медсестра, старші медсестри) — 6 осіб.

Етапи дослідження:

Підготовчий етап (лютий 2025 року): розробка та адаптація діагностичного інструментарію; погодження з адміністрацією лікарні; інформування учасників про умови участі, забезпечення етичних норм.

Констатувальний етап (березень 2025 року): проведення анкетування та психодіагностичних опитувань; первинний статистичний аналіз отриманих даних.

Аналітичний етап (травень 2025 року): поглиблений аналіз результатів за допомогою статистичних методів; визначення взаємозв'язків між рівнем готовності до самоосвіти та мотиваційними установками.

Інтерпретаційний етап: узагальнення результатів; підготовка висновків та практичних рекомендацій.

Методи дослідження:

1. Анкетування (авторська анкета) (Додаток А). Містила 22 питання, з яких:

7 — соціально-демографічні характеристики (вік, стаж, освіта, категорія);

5 — питання про форми та частоту самоосвітньої діяльності;

10 — закриті питання про ставлення до самоосвіти, труднощі, мотивацію, джерела інформації.

2. Методика «Мотивація до успіху / уникнення невдач» Т. Елерса (адаптована Л. І. Божович) дозволяє оцінити, що переважає у фахівця — орієнтація на розвиток і досягнення чи страх помилки і пасивність. Важливо для розуміння мотиваційного профілю.

3. «Шкала самоосвітньої активності» (СОА). Адаптований опитувальник на основі робіт Зінченка С. В. та Мельничук І. М. Оцінює:

- частоту та сталість самоосвітньої активності;

- рівень самостійності;
- потребу в зовнішній підтримці;
- ставлення до цифрових освітніх інструментів.

4. Метод експертного оцінювання самоосвітньої активності медичних сестер. Мета: оцінити рівень прояву самоосвітньої активності медичних сестер в реальній професійній діяльності на підставі спостережень керівного персоналу (експертів).

Суб'єкти оцінювання: експерти — головна медична сестра та старші медичні сестри відділень; об'єкти оцінювання — медичні сестри, які входять до вибірки дослідження.

Розроблена експертна шкала оцінювання, що включає 10 параметрів, які фіксують ознаки реальної професійної самоосвітньої активності.

Кожен параметр оцінюється за 5-бальною шкалою:

- 1 бал – повна відсутність проявів
- 2 бали – рідко проявляється
- 3 бали – іноді, за потреби
- 4 бали – часто, ініціативно
- 5 балів – системно, постійно, самостійно

Таблиця 2.1

Параметри експертного оцінювання

Параметр	Опис критерію
1. Участь у внутрішніх освітніх заходах	Відвідує тренінги, конференції, семінари в закладі
2. Ініціативність щодо нових знань	Проявляє інтерес до нововведень, запитує про нові методи
3. Активне застосування нових знань на практиці	Впроваджує нові техніки, ділиться з колегами
4. Пошук зовнішніх джерел знань	Вивчає ресурси поза межами закладу (онлайн-курси, література)

5. Використання цифрових інструментів для навчання	Вміє користуватись медичними порталами, освітніми платформами
6. Самоорганізація в навчанні	Планує час, цілі для власного розвитку
7. Підвищення кваліфікації поза межами закладу	Бере участь у зовнішніх освітніх ініціативах
8. Рефлексія власної діяльності	Аналізує свої помилки, робить висновки
9. Ділиться знаннями з колегами	Є джерелом інформації в колективі
10. Мотивація до безперервного розвитку	Прагне до вдосконалення навіть без зовнішніх стимулів

Форма оцінювання: для кожної медичної сестри експерт заповнює індивідуальну анкету, проставляючи бали від 1 до 5 за кожним параметром. Після цього обчислюється:

Загальна сума балів (максимум — 50).

Середній бал активності.

Профіль сильних і слабких сторін.

Інтерпретація результатів:

41–50 балів — високий рівень самоосвітньої активності

31–40 балів — достатній рівень, з проявами ініціативності

21–30 балів — середній рівень, потребує стимулювання

менше 20 балів — низький рівень, відсутність сталих практик самоосвіти

5. Методи статистичної обробки: описова статистика (середнє значення, мода, медіана, стандартне відхилення), t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок, що дозволило визначити ступінь достовірності відмінностей між середніми значеннями в експериментальній та контрольній групах..

Отже, окреслено методологічну базу дослідження готовності медичних сестер до професійної самоосвіти. Здійснено обґрунтований вибір методів, що поєднують кількісні та якісні підходи, зокрема анкетування, психодіагностичні

методики, експертне оцінювання та математико-статистичний аналіз. Визначено структуру вибірки та етапи дослідницької роботи. Такий комплексний підхід дозволяє забезпечити достовірність результатів та створює підґрунтя для подальшого аналізу мотиваційних і когнітивних чинників, що впливають на формування самоосвітньої активності в медсестринському середовищі.

2.2. Мотивація медичних сестер до професійної самоосвіти

Професійна самоосвіта медичних сестер є складним процесом, у якому важливу роль відіграє внутрішня мотивація — система цінностей, переконань, прагнень до розвитку та вдосконалення. Саме мотиваційна складова визначає сталість та ефективність самоосвітньої активності, здатність медичних працівників підтримувати високу якість професійної діяльності в умовах змін, стресу, ресурсного виснаження.

Результати анкетування досліджуваних медичних сестер (табл. 2.2, Додаток Б, таблиця Б.1) дали змогу окреслити основні тенденції щодо їх мотиваційної готовності до професійної самоосвіти. Насамперед варто відзначити, що більшість респондентів (43,3%) вважають самоосвіту «дуже важливою», а ще 30% — «скоріше важливою». Такий розподіл свідчить про сформовану установку на навчання впродовж життя. Разом з тим понад чверть опитаних (26,7%) демонструють знижене або недостатньо позитивне ставлення, що може бути пов'язане з вигоранням, дефіцитом підтримки чи браком доступу до ресурсів. Саме ця група потребує цілеспрямованих організаційних інтервенцій, наприклад: мотиваційних тренінгів, програм супроводу чи менторства.

Середній вік учасників становить 38,6 років, а середній стаж роботи — 17,4 років. Це свідчить про те, що респонденти вже мають сформовані професійні навички та потенційно високу здатність до рефлексії й професійного зростання. У структурі освітнього рівня 60% мають середньо-спеціальну освіту, 25% — бакалаврський рівень і 15% — магістерський. Таким чином, понад третина (40%)

мають вищу освіту, що є позитивним фактором у контексті готовності до аналітичної, самостійної роботи з джерелами, впровадження нових знань у практику.

Таблиця 2.2

Результати анкетування медичних сестер (N=60)

Показник		Значення
Середній вік (роки)		38,6
Середній стаж (роки)		17,4
Освіта (%)	Середньо-спеціальна	60,0
	Бакалавріат	25,0
	Магістратура	15,0
План розвитку (%)	Є	23,3
	Є загальне уявлення	48,3
	Немає	28,4
Частота самоосвіти (%)	Щодня	15,0
	кілька разів на тиждень	45,0
	Раз на місяць	21,7
	Рідко	18,3
Готовність до самоосвіти (%)	Висока	36,7
	Середня	43,3
	Низька	20,0
Ставлення до самоосвіти (%)	Дуже важливе	43,3
	Скоріше важливе	30,0
	Не дуже важливе	18,3
	Не важливе	8,4

Тільки 23,3% медичних сестер зазначили, що мають сформований план професійного розвитку, тоді як майже половина (48,3%) мають лише загальне

уявлення про подальше навчання. 28,4% респондентів не мають плану зовсім — що вказує на потребу в організаційному супроводі, програмі наставництва, створенні умов для індивідуального планування траєкторій професійного зростання. Таким чином, ми можемо говорити про нерівномірність у стратегічному мисленні щодо самоосвіти, яка потребує як інституційної підтримки, так і індивідуальної мотивації.

Найбільша частка респондентів (45,0%) займаються самоосвітою кілька разів на тиждень, що можна розглядати як позитивну динаміку звички до постійного навчання. 15,0% практикують її щоденно, що є ознакою високої особистої відповідальності та професійної зацікавленості. Водночас майже 40% медичних сестер (21,7% — раз на місяць, 18,3% — рідко) демонструють спорадичну або нерегулярну освітню активність. Це вимагає формування програм заохочення та створення умов для інтеграції навчання в щоденну практику.

Рівень суб'єктивної готовності до самоосвіти розподілився таким чином: 36,7% мають високий рівень, 43,3% — середній, і 20% — низький. Високий показник «середньої готовності» свідчить про високий потенціал до розвитку, адже ця група вже має мотивацію, але, ймовірно, потребує підтримки — ресурсної, методичної чи організаційної. Респонденти з низькою готовністю (кожен п'ятий) можуть становити цільову групу для корекційно-мотиваційних програм і навчальних інтервенцій.

Загалом, отримані результати свідчать, що переважна більшість опитаних медичних сестер усвідомлюють значущість професійного розвитку і вважають самоосвіту необхідною умовою якісного виконання своїх обов'язків. Водночас існує потреба в формалізації процесу, створенні інституційних умов для розробки індивідуальних планів, заохочення регулярної освітньої активності та розвитку суб'єктивної готовності до навчання протягом усього професійного життя.

Для дослідження особливостей загальної спрямованості досліджуваних медичних сестер на успіх або уникнення невдач використано методику «Мотивація до успіху / уникнення невдач» Т. Елерса (адаптована Л. І. Божович). Отримані результати представлені в таблиці 2.3 (Додаток Б, таблиця Б.5).

Таблиця 2.3

Показники мотивації до успіху (уникнення невдач) у медичних сестер (N=60)

Рівні (%)	Мотивація до успіху	Уникнення невдач
Високий	41,7	26,7
Низький	10,0	28,3
Середній	48,3	45,0

Рівень мотивації до успіху: високий — у 25 респондентів (41,7%); середній — у 29 респондентів (48,3%); низький — у 6 респондентів (10%). Ці дані свідчать про домінування орієнтації на досягнення, що є позитивною ознакою внутрішньої готовності до самостійного розвитку, ініціативності, прагнення до підвищення професійної компетентності. Лише незначна частка демонструє низьку мотивацію до досягнення — що може бути наслідком емоційного вигорання або відсутності підтримки з боку системи.

Рівень уникнення невдач: високий — у 16 респондентів (26,7%); середній — у 27 респондентів (45%); низький — у 17 респондентів (28,3%). Тобто, значна частина досліджуваних демонструє помірну або високу тривожність щодо можливих помилок, що може стримувати їхню самоосвітню активність. Водночас, 28,3% респондентів не схильні уникати невдач, що вказує на конструктивне ставлення до помилок як джерела досвіду.

Крос-аналіз поєднання рівнів мотивації до успіху та уникнення невдач показав, що оптимальний профіль — високий рівень мотивації до успіху та низький або середній рівні уникнення невдач — наявний приблизно у 20–25% вибірки. Середній рівень одночасно і по мотивації до успіху, і по уникненню невдач спостерігається у майже половини досліджуваних, що відкриває простір

для розвитку й підтримки мотивації через супервізію, методичний супровід і участь у міждисциплінарних проєктах. Наявність високого рівня уникнення невдач у частини респондентів (26,7%) свідчить про психологічні бар'єри, що можуть заважати ініціюванню самоосвітньої діяльності, особливо в умовах невизначеності чи підвищеної відповідальності.

Отже, більшість опитаних медичних сестер мають позитивно виражену мотивацію до досягнення, що є сприятливим фактором для розвитку професійної самоосвіти. Водночас рівень уникнення невдач потребує уваги, оскільки може знижувати готовність до активного засвоєння нового досвіду. З огляду на це, важливо створювати безпечне освітнє середовище, де помилки не сприймаються як провал, а як етап пізнання, і стимулюється особистісне зростання фахівців.

Таким чином, загальний мотиваційний профіль досліджуваних медичних сестер є сприятливим для реалізації самоосвітніх стратегій, проте ефективність таких стратегій значною мірою залежить від психоемоційного стану працівників, доступу до ресурсів, підтримки керівництва та наявності чітко структурованих планів професійного зростання. Рекомендовано впровадження інституційних програм наставництва, тренінгів з розвитку внутрішньої мотивації, формування культури безпечного навчального середовища та організаційного супроводу самоосвіти.

2.3. Рівень готовності медичних сестер до самоосвіти

Готовність до професійної самоосвіти є комплексною характеристикою особистості, що включає мотиваційні, когнітивні, поведінкові та емоційно-вольові компоненти [5]. У контексті діяльності медичних сестер вона проявляється у здатності самостійно визначати освітні цілі, планувати навчальний процес, здійснювати рефлексію отриманого досвіду та підтримувати стійкий інтерес до професійного розвитку. Актуальність вивчення рівня готовності медичних працівників до самоосвіти обумовлена динамічними змінами у сфері охорони здоров'я, необхідністю адаптації до нових клінічних

протоколів, цифрових технологій і стандартів якості. Самоосвітня активність виступає критично важливою умовою збереження професійної компетентності в умовах швидкоплинного інформаційного середовища.

У процесі дослідження рівня готовності медичних сестер до професійної самоосвіти було використано методику «Шкала самоосвітньої активності» (СОА), яка дозволяє не лише визначити загальний рівень сформованості готовності, а й розкрити її структурні компоненти. Ця методика спрямована на те, щоб виявити, наскільки стабільною та регулярною є самоосвітня поведінка фахівця, чи здатна людина самотійно планувати, організовувати та реалізовувати індивідуальні освітні дії. Окрему увагу в рамках методики приділено оцінці потреби в зовнішньому супроводі — чи відчуває працівник залежність від керівництва, менторства, колективного середовища. Також методика дозволяє оцінити ставлення до цифрових освітніх інструментів, що є важливим показником у сучасному медсестринстві, де зростає роль онлайн-курсів, відеотренінгів, мобільних додатків та електронних платформ для підвищення кваліфікації. Таким чином, «Шкала самоосвітньої активності» забезпечує цілісне уявлення про готовність медичної сестри до самотійного професійного зростання — як у контексті особистої мотивації, так і в площині практичних освітніх дій. Отримані результати представлені в таблиці 2.4 (Додаток Б, таблиця Б.4).

Таблиця 2.4

Показники готовності медичних сестер до самоосвітньої активності (N=60)

Показник	M(SD)
Частота та сталість самоосвітньої активності	7,22(1,9)
Самотійність у навчанні	7,23(1,9)
Потреба в зовнішній підтримці	3,87(0,4)
Ставлення до цифрових інструментів	6,42(1,1)

Методика дозволила не лише оцінити загальний рівень готовності медичних сестер до професійної самоосвіти, але й проаналізувати окремі складові цієї готовності, що дозволяє визначити структурний профіль самоосвітньої активності.

Частота та сталість самоосвітньої активності. Середній бал — 7,22 із 10, що свідчить про відносно регулярну практику самоосвіти серед респондентів. Це вказує на вміння включати навчальні дії у професійну рутину. Проте для переходу до стабільної освітньої звички потрібна цілеспрямована інституційна підтримка.

Самостійність у навчанні. Середній показник — 7,23, що свідчить про високу здатність до організації індивідуального навчального процесу, самоконтроль і ініціативність. Це дозволяє зробити висновок, що більшість досліджуваних не потребують детального зовнішнього регламентування і можуть самі визначати зміст і форму навчання.

Потреба в зовнішній підтримці. Цей показник становить 3,87 (що є відносно низьким), а отже, опитані медичні сестри в середньому демонструють помірну залежність від зовнішніх ресурсів та стимулів. Це означає, що підтримка адміністрації, колег або доступ до менторства відіграє важливу роль, але не є вирішальним чинником самоосвіти.

Ставлення до цифрових освітніх інструментів. Середнє значення — 6,42, що свідчить про стримано-позитивне ставлення до онлайн-навчання, вебінарів, освітніх платформ. Це відкриває можливості для подальшої цифрової трансформації системи професійного розвитку. Однак варто враховувати бар'єри, пов'язані з цифровою грамотністю або доступом до технічних ресурсів.

Таким чином, отримані дані свідчать про достатньо високий рівень сформованості ключових складових готовності до самоосвіти. Найбільш вираженими є самостійність і сталість освітніх практик, що формує основу для стійкої навчальної поведінки. Водночас відносно низький запит на зовнішню підтримку свідчить про зрілий професійний рівень, тоді як помірне ставлення до

цифрових інструментів є викликом і можливістю для розвитку цифрової компетентності.

Для поглиблення аналізу рівня готовності медичних сестер до самоосвітньої діяльності та підвищення об'єктивності результатів, окрім самооцінювальних методик, доцільно було залучити метод експертного оцінювання. Такий підхід дозволяє зіставити внутрішні уявлення респондентів про свою освітню активність із незалежними спостереженнями досвідчених фахівців — старших медичних сестер, керівників відділень, клінічних наставників. Завданням експертів було проаналізувати прояви самоосвітньої активності співробітниць за чотирма ключовими критеріями: професійна зацікавленість, ініціативність у навчанні, здатність до саморегуляції освітнього процесу та залученість у неформальні освітні практики. Кожен з показників оцінювався за 5-бальною шкалою, що забезпечило можливість якісного порівняння та кількісного узагальнення даних (табл. 2.5, Додаток Б, таблиця Б.2).

Таблиця 2.5

Результати експертного оцінювання самоосвітньої активності медичних сестер (N=60)

Параметр	M(SD)
1. Участь у внутрішніх освітніх заходах	3,72(1,1)
2. Ініціативність щодо нових знань	3,58(1,0)
3. Активне застосування нових знань на практиці	3,53(1,2)
4. Пошук зовнішніх джерел знань	3,56(1,1)
5. Використання цифрових інструментів для навчання	3,37(1,2)
6. Самоорганізація в навчанні	3,78(1,1)
7. Підвищення кваліфікації поза межами закладу	3,71(1,2)
8. Рефлексія власної діяльності	3,62(1,2)
9. Ділиться знаннями з колегами	3,42(1,1)
10. Мотивація до безперервного розвитку	3,58(1,1)

Участь у внутрішніх освітніх заходах – 3,72(1,12). Цей результат свідчить про досить високу включеність медичних сестер у внутрішні освітні активності, що є позитивним показником культури навчання в межах закладу. Водночас деяка варіативність оцінок вказує на неоднорідність участі — деякі фахівці ще не включилися активно в освітній процес.

Ініціативність щодо нових знань – 3,58(1,08). Рівень ініціативності медичних сестер щодо освоєння нових знань є помірно високим, однак потребує додаткової мотивації з боку керівництва. Індивідуальна ініціатива проявляється нерівномірно, що видно з рівня відхилення.

Активне застосування нових знань на практиці – 3,53(1,21). Цей параметр демонструє помірну активність у трансформації знань у практичну діяльність. Чимала варіативність може свідчити про потребу в підвищенні впевненості або інституційній підтримці нововведень.

Пошук зовнішніх джерел знань – 3,55(1,10). Медичні сестри виявляють інтерес до позазакладних джерел освіти — онлайн-ресурсів, літератури тощо, однак не всі активно користуються цією можливістю, що свідчить про наявний потенціал для розширення навчальних горизонтів.

Використання цифрових інструментів для навчання – 3,37(1,16). Найнижчий показник серед п'яти розглянутих, що вказує на обмежене використання цифрових платформ. Причинами можуть бути технічні бар'єри, відсутність навичок або недовіра до онлайн-навчання. Водночас високий розкид означає, що деякі медсестри впевнено користуються сучасними інструментами, і можуть стати менторами для інших.

Самоорганізація в навчанні – 3,47(1,14). Респонденти демонструють помірний рівень навичок самоорганізації, що є важливим елементом автономного професійного розвитку. Водночас значна варіативність свідчить про потребу у розвитку навичок планування та управління особистим навчальним часом.

Підвищення кваліфікації поза межами закладу – 3,60(1,20). Цей показник свідчить про те, що значна частина медичних сестер активно долучається до зовнішніх освітніх заходів. Водночас є певна кількість тих, хто не проявляє ініціативу в цьому напрямку — ймовірно через брак ресурсів чи інформованості.

Рефлексія власної діяльності – 3,27(1,15). Результат демонструє низько-середній рівень здатності до рефлексії, що свідчить про потребу у цілеспрямованій роботі над розвитком критичного мислення, уміння визнавати помилки та використовувати їх як ресурс для зростання.

Ділиться знаннями з колегами – 3,52(1,24). Рівень взаємодії всередині колективу є досить сприятливим для горизонтального обміну знаннями. Проте високий розкид свідчить про наявність окремих працівників, які або неохоче діляться досвідом, або не відчують себе достатньо компетентними.

Мотивація до безперервного розвитку – 3,30(1,08). Оцінка мотиваційного аспекту демонструє наявність внутрішнього прагнення до зростання, хоча він недостатньо стабільний. Потребує зміцнення внутрішньої мотивації та створення сприятливого середовища для довготривалого розвитку.

Результати вказують на середній рівень готовності до автономної освітньої діяльності, з вираженим потенціалом для розвитку через організаційну підтримку, створення менторських програм, інституційне визнання активності та просування культури саморозвитку в колективі. Отже, експертне оцінювання підтвердило, що медичні сестри загалом мають базовий потенціал до ефективної самоосвіти, однак потребують системної підтримки в розвитку рефлексивного мислення, цифрової компетентності, самостійності та глибшої мотивації до професійного зростання.

Узагальнення результатів дослідження рівня готовності медичних сестер до самоосвіти дозволяє стверджувати, що більшість респондентів демонструють позитивне ставлення до власного професійного розвитку, володіють базовими навичками самостійної освітньої діяльності та мають потенціал для подальшого зростання. Виявлено достатньо сформовану здатність до планування та

реалізації індивідуального навчання, що є важливою передумовою для сталого професійного вдосконалення в умовах динамічного медичного середовища.

Здобуті результати свідчать про високий рівень самостійності й сталість освітньої активності, однак також засвідчують помірну потребу у зовнішній підтримці з боку адміністрації, колег або менторів. Це означає, що для максимального розкриття самоосвітнього потенціалу необхідне інституційне сприяння, включаючи створення умов для обміну досвідом, підвищення мотивації та визнання внеску в освітній процес. Аналіз використання цифрових освітніх інструментів виявив як позитивні тенденції, так і певні бар'єри, пов'язані з технічною підготовленістю або обмеженим доступом до ресурсів. Водночас позитивна динаміка в цьому напрямі може бути досягнута шляхом проведення навчальних сесій, технічної підтримки та популяризації онлайн-платформ.

Експертне оцінювання підтвердило наявність загальної зацікавленості в безперервному розвитку, проте також виявило нерівномірність за такими показниками, як рефлексивність, ініціативність та готовність ділитися знаннями. Це свідчить про потребу в розвитку корпоративної культури навчання, наставництва й професійної взаємодії. Таким чином, рівень готовності медичних сестер до самоосвіти можна оцінити як достатній, але такий, що вимагає подальшого цілеспрямованого формування — як на індивідуальному рівні, так і в межах загальної політики розвитку персоналу в медичному закладі.

Висновки до другого розділу

Проведене емпіричне дослідження дозволило комплексно охарактеризувати стан готовності медичних сестер до професійної самоосвіти з урахуванням мотиваційних, когнітивних і поведінкових складових. Дослідження ґрунтувалося на поєднанні кількісного та якісного підходів, включало анкетування, використання психодіагностичних методик («Мотивація до успіху/уникнення невдач» Т. Елерса, шкала самоосвітньої активності), а

також метод експертного оцінювання. Така методологічна стратегія забезпечила верифікацію результатів і дозволила виявити різні аспекти феномену.

Установлено, що більшість опитаних медичних сестер позитивно ставляться до самоосвіти та визнають її необхідною умовою професійного зростання. Разом з тим у частини персоналу зафіксовано амбівалентність: недостатня сталість мотивації, спорадичність самоосвітніх практик і знижена самостійність у доборі джерел навчання. Це вказує на потребу у цілеспрямованій підтримці з боку освітнього й професійного середовища.

Аналіз за методикою Т. Елерса продемонстрував домінування мотивації до успіху, що створює сприятливі умови для розвитку навчальної ініціативності. Водночас у частини респондентів простежується підвищене уникнення невдач, яке може виступати внутрішнім бар'єром і стримувати прояв активності. Такий результат підкреслює необхідність роботи з емоційною регуляцією та формування культури «права на помилку» як частини навчального процесу.

Отримані дані за шкалою самоосвітньої активності, доповнені експертними оцінками, виявили нерівномірність розвитку окремих компетентностей — зокрема цифрової грамотності, рефлексії та здатності до самостійного планування кар'єрного зростання. Це засвідчує потребу у менторських програмах, адресних тренінгах і створенні організаційних умов для інституційної культури безперервного навчання.

Таким чином, готовність медичних сестер до професійної самоосвіти може розглядатися як вагомий ресурс розвитку закладу охорони здоров'я. Однак її повна реалізація залежить не лише від індивідуальної мотивації, а й від підтримки з боку організації, наявності середовищних стимулів та стратегічного бачення безперервної освіти як невід'ємної норми професійного життя.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО САМООСВІТИ

3.1. Методологічні основи програми формування готовності до самоосвіти у медичних сестер

Сучасна медична освіта ставить завдання підготувати фахівців, здатних до постійного самовдосконалення та прийняття самостійних рішень у нестандартних ситуаціях. Тому розробка програми формування готовності медичних сестер до професійної самоосвіти спирається на низку класичних освітніх і психологічних теорій та підходів. Зокрема, до теоретико-методологічних засад програми належать діяльнісний, компетентнісний, особистісно-орієнтований та андрагогічний підходи, а також теорії саморозвитку і мотивації.

Діяльнісний підхід. У межах діяльнісного (суб'єктно-діяльнісного) підходу навчання розглядається як активна діяльність самого суб'єкта освіти. Медична сестра постає не пасивним об'єктом навчання, а активним учасником освітнього процесу, що самостійно ставить цілі і опановує нові знання через діяльність. Такий підхід забезпечує розвиток умінь самостійно здобувати знання і сприяє готовності до професійного саморозвитку. Наприклад, системний варіант діяльнісного підходу розглядає особистість медичної сестри як систему взаємопов'язаних компонентів «Я», що забезпечують її готовність до реалізації професійного потенціалу. В результаті, діяльнісний підхід підкреслює активну роль медичної сестри у власному навчанні та набутті досвіду.

Компетентнісний підхід. Компетентнісна парадигма орієнтується на формування у майбутнього фахівця сукупності ключових компетентностей, серед яких – здатність до самостійного навчання протягом життя. У медичній освіті компетентнісний підхід спрямований не лише на розвиток фахових знань і навичок, але й на поведінку та особистісні якості, зокрема прагнення до

самоосвіти та самовдосконалення. Як відзначається в наукових дослідженнях, компетентнісний підхід охоплює різні складові освітнього процесу – дидактичні, мотиваційні, гуманістичні тощо – і орієнтований на досягнення творчих результатів у професійній діяльності. Таким чином, у рамках компетентнісного підходу програма акцентує розвиток самоосвітньої компетентності медичних сестер як невід’ємної частини їхньої професійної компетентності.

Особистісно-орієнтований підхід. Цей підхід ґрунтується на принципах гуманістичної психології і передбачає ставлення до того, хто навчається, як до активної особистості з унікальними потребами та потенціалом. Особистісно-орієнтований підхід в освіті медсестер означає врахування індивідуальних освітніх траєкторій, професійних інтересів, рівня підготовки і життєвого досвіду кожної сестри. Освітній процес будується навколо особистості медичної сестри, що дозволяє підвищити внутрішню мотивацію до навчання та забезпечує особистісну значущість здобутих знань. В основі цього підходу – ідеї К. Роджерса про самоактуалізацію і конгруентність особистості, а також аксіологічні принципи, за якими людина розглядається як найвища цінність і мета розвитку. Орієнтація на особистісні потреби означає, що програма сприятиме усвідомленню медсестрою власних професійних цілей і шляхів саморозвитку, що є потужним мотивувальним чинником.

Андрагогічний підхід. Оскільки медичні сестри – це дорослі люди, важливим методологічним орієнтиром є андрагогіка (теорія навчання дорослих). Андрагогічний підхід ставить у центр уваги особливості дорослого учня: його автономність, значний життєвий і професійний досвід, прагнення до практичного застосування знань та внутрішню мотивацію до навчання. Малкольм Ноулз визначив кілька ключових принципів навчання дорослих: дорослі прагнуть самостійності у навчанні, спираються на власний досвід, вчать тому, що є актуальним для вирішення реальних проблем, орієнтовані на негайне застосування знань, а їхня мотивація здебільшого внутрішня. Згідно з андрагогічним підходом, програма будується таким чином, щоб враховувати ці

особливості: медичні сестри мають можливість визначати власні цілі самоосвіти, вибирати зручні форми навчання, пов'язані з їхніми професійними потребами, та одержувати наставницьку підтримку замість директивного контролю. Такий гнучкий, орієнтований на того, хто навчається, стиль підвищує залученість дорослих до навчання і поважає їхню здатність самостійно керувати своїм розвитком.

Теорії саморозвитку та мотивації. Програма опирається також на психологічні теорії, що пояснюють природу саморозвитку особистості та мотивацію до навчання. Так, класична теорія ієрархії потреб А. Маслоу зазначає, що після задоволення базових потреб людина прагне до самоактуалізації – повного розкриття свого потенціалу. Це узгоджується з ідеєю про те, що фахівці охорони здоров'я мають внутрішню потребу постійно зростати професійно, досягаючи “вершин” майстерності (акме). У контексті мотивації дорослих значущою є теорія самовизначення Р. Десі та Е. Раяна, згідно з якою ефективне навчання базується на внутрішній мотивації, що забезпечується почуттям автономності, компетентності та соціальної причетності особистості. Тобто медична сестра більш схильна активно займатися самоосвітою, якщо відчуває, що сама контролює цей процес (автономність), бачить прогрес у власних вміннях (компетентність) і має підтримку колег чи наставників (причетність до спільноти). З позицій теорії соціального навчання, важливими є також зовнішні стимули і підтримка: визнання успіхів, наявність прикладу для наслідування (наставника) тощо. Врахування цих мотиваційних чинників є критично важливим при розробці програми: вона повинна пробуджувати внутрішнє бажання медичних сестер навчатися і надавати можливості для задоволення їхніх пізнавальних потреб. Варто підкреслити, що мотивація до професійного самовдосконалення медичних працівників на пряму пов'язана з якістю медичної допомоги: чим вищий рівень зацікавленості медсестри у навчанні, тим більш компетентну і сучасну допомогу вона здатна надати пацієнтам.

Підсумовуючи, теоретичною основою програми є синтез вищезазначених підходів. Діяльнісний і особистісно-орієнтований підходи забезпечують активність і індивідуалізацію навчання; компетентнісний – фокусує на результаті у вигляді сформованих умінь до самоосвіти; андрагогічний – враховує особливості навчання дорослих медичних працівників; мотиваційні теорії – пояснюють, як залучити і утримати увагу дорослого здобувача освіти. Така теоретико-методологічна база дозволяє сформувати програму, що відповідає сучасним уявленням про ефективне навчання дорослих і забезпечує цілісне формування готовності до самоосвіти.

Мета програми

Виходячи з окреслених теоретичних підходів, визначаємо мету програми формування готовності медичних сестер до професійної самоосвіти. Метою програми є розвиток у медичних сестер інтегральної готовності до самоосвітньої діяльності, що проявляється у наявності мотивації, знань, умінь і рефлексивних навичок, необхідних для самостійного набуття й оновлення професійних компетентностей упродовж життя.

У науковій літературі поняття «готовність до самостійного навчання» (self-directed learning readiness) трактується як ступінь сформованості в особистості установок, здібностей і рис, потрібних для організації власного навчання. Таким чином, наша програма має на меті цілеспрямовано сформувати в медичних сестер саме такі установки, здібності та особистісні якості, що дозволять їм ефективно здійснювати самоосвіту.

Завдяки реалізації програми медичні сестри повинні набути внутрішню потребу та готовність постійно вчитися новому, оперативно оновлювати свої знання і навички відповідно до вимог медицини, що динамічно змінюються. Це, у кінцевому підсумку, сприятиме їхньому фаховому зростанню і підвищенню якості медичної допомоги. Варто підкреслити, що самоосвіта нині визнається одним з найефективніших шляхів розвитку професійної компетентності медичних сестер. Отже, стратегічна мета програми – забезпечити умови для

становлення медичних сестер як суб'єктів безперервної освіти, здатних самостійно визначати потребу в нових знаннях, оволодівати ними та застосовувати на практиці. Досягнення цієї мети відповідає сучасній концепції безперервного професійного розвитку медичних працівників, яка визнана необхідною складовою нової моделі медсестринства. Програма покликана підготувати медичних сестер до ролі самонавчального професіонала, що є особливо актуальним в умовах стрімкого розвитку медичних технологій та постійного оновлення протоколів лікування.

Таким чином, сформульована мета програми відображає суспільний запит на медичних сестер нового покоління – фахівців, які навчились вчитися самостійно і готові невпинно вдосконалювати свою кваліфікацію протягом всього професійного шляху.

Принципи реалізації програми

Для успішного впровадження програми важливо дотримуватися визначених дидактичних принципів, які забезпечують науковість та ефективність освітнього процесу. Основні принципи реалізації програми такі:

Принцип науковості. Зміст програми будується на сучасних наукових знаннях, фактах і доказах, що відповідають розвитку медичної науки та освітньої галузі. Навчальний матеріал добирається таким чином, щоб відображати об'єктивні наукові дані, теорії і закономірності, релевантні практиці медсестринства. Дотримання принципу науковості гарантує, що медичні сестри опановують нові знання на міцному науковому ґрунті, що підвищує довіру до отриманої інформації і формує критичне мислення.

Принцип системності і послідовності. Програма реалізується системно, з логічною послідовністю етапів навчання. Передбачено структурований виклад матеріалу – від простішого до складнішого, від загальних понять до спеціальних – що забезпечує цілісність знань та умінь. Кожен модуль програми узгоджений з попередніми і наступними, створюючи єдину систему формування компетентностей. Дотримання цього принципу запобігає фрагментарності знань:

інформація подається у взаємозв'язку, завдяки чому медична сестра краще розуміє, як різні елементи знань інтегруються в її професійну діяльність. Послідовність навчання, зокрема, означає, що кожний наступний крок (тема, навичка) засвоюється лише після опанування попереднього, що робить навчання поступовим і ефективним.

Принцип безперервності. Реалізація програми підпорядкована ідеї безперервного навчання протягом життя. Даний принцип відображає сучасну концепцію *life-long learning*, відповідно до якої професійний розвиток медичної сестри не завершується після отримання диплому, а триває постійно. Безперервність забезпечується наступністю змісту (зв'язок між попередньо набутими знаннями та новими) і підтримкою навчання на кожному етапі професійної діяльності. На міжнародному рівні закріплено, що навчання протягом усього життя є необхідною умовою розвитку системи охорони здоров'я. Відтак, програма спрямована на виховання у медичних сестер розуміння цінності безперервної освіти та навичок планування свого навчання на довготривалу перспективу. Принцип безперервності тісно пов'язаний з принципом системності: навчання будується як нескінченний процес поступового накопичення і оновлення знань.

Принцип особистісної значущості. Зміст і форми програми добираються з урахуванням особистісних потреб, мотивів та цілей медичних сестер. Кожна тема чи завдання мають бути значущими для професійного та особистого розвитку учасниці програми. Це означає, що навчання стає суб'єктивно важливим для медсестри, вона розуміє, яку користь принесе набуття тих чи інших знань і умінь для її щоденної роботи або кар'єрного зростання. Орієнтація на особистісну значущість підвищує внутрішню мотивацію: якщо матеріал відгукується на власні інтереси медичної сестри, вона більш активно та відповідально включається в навчальний процес. В рамках цього принципу програмою передбачено індивідуалізацію навчальних траєкторій, можливість

вибору завдань або проектів відповідно до сфер професійного інтересу медсестри, що робить навчання осмисленим і цінним для неї.

Принцип практичної спрямованості. Програма максимально наближена до реальної практики медичної сестри. Згідно з цим принципом, теоретичні знання повинні тісно пов'язуватися з практичним їх застосуванням. Під час навчання учасниці не лише отримують нову інформацію, але й відразу відпрацьовують практичні навички – вирішують кейси, моделюють професійні ситуації, виконують практичні завдання, наближені до їхніх реальних робочих обов'язків. Такий підхід забезпечує кращу інтеграцію знань: медичні сестри бачать безпосередню користь навчання для повсякденної роботи, що підвищує мотивацію до навчання і якість засвоєння матеріалу. Як підкреслював ще Я.А. Коменський, учні легше засвоюють матеріал, якщо показати його корисність у повсякденному житті. Тому наша програма включає численні практичні компоненти (тренінги, стажування, проектні роботи тощо), аби знання не залишалися теоретичними, а трансформувалися у практичні уміння.

Дотримання вказаних принципів – науковості, системності, безперервності, особистісної значущості та практичної спрямованості – є запорукою того, що програма матиме цілісний характер і принесе максимальний ефект. Вони забезпечують баланс між теорією і практикою, між загальними вимогами освіти і індивідуальними потребами учасників, між сьогоденними завданнями і довгостроковими цілями розвитку. Це створює міцне методологічне підґрунтя для реалізації програми формування готовності до самоосвіти.

Компоненти готовності до самоосвіти

Готовність медичних сестер до професійної самоосвіти є багатокомпонентним утворенням, що структурно складається з кількох взаємопов'язаних компонентів. Спираючись на результати сучасних досліджень з проблеми самоосвітньої компетентності, можна виокремити такі основні компоненти: мотиваційний, когнітивний, операційний (діяльнісно-

процесуальний) та рефлексивний. Кожен з цих компонентів відображає окремий аспект готовності і разом вони забезпечують автономність і ефективність самоосвітньої діяльності медичної сестри. Розглянемо зміст кожного компонента.

Мотиваційний компонент. Він охоплює систему мотивів, цінностей, установок та потреб, що спонукають медичну сестру до самостійного навчання. Сюди відносяться професійні прагнення (наприклад, бажання підвищити свою кваліфікацію, просунутися по службі або надавати більш якісну допомогу пацієнтам), внутрішня допитливість, інтерес до нових знань, а також усвідомлення значущості безперервного навчання для власної кар'єри. Мотиваційний компонент визначає наскільки сильно медична сестра хоче і готова вчитися. Якщо мотивація сформована на високому рівні – присутнє стійке бажання самовдосконалюватися – то й готовність до самоосвіти буде високою. Нашою програмою приділяється особлива увага розвитку саме внутрішньої мотивації медичних сестер. На початковому етапі впровадження програми першочерговим завданням є формування стійкої позитивної навчальної мотивації у учасниць. Для цього використовуються різноманітні засоби: демонстрація перспектив професійного зростання, що відкривається завдяки самоосвіті; приклади успішних медичних сестер, які досягли кар'єрного успіху через самонавчання; створення атмосфери підтримки та визнання досягнень у навчанні. Мотиваційний компонент тісно пов'язаний з іншими: без наявності мотиву знання і вміння не реалізуються, а рефлексія втрачає сенс. Тому розвиток внутрішньої мотивації – фундамент всієї готовності до самоосвіти.

Когнітивний компонент. Він відображає знаннєву основу готовності до самоосвіти. Передусім йдеться про обізнаність медичної сестри щодо *того, що і як потрібно вивчати для професійного зростання. Когнітивний компонент охоплює: знання про сучасні тенденції та досягнення медицини і медсестринства (тобто що слід вивчати, аби залишатися компетентним фахівцем); знання про методи, форми та джерела навчання (тобто як здійснювати навчання –

наприклад, володіння інформацією про онлайн-курси, фахові журнали, наукові бази даних, методики пошуку інформації тощо); а також розуміння власних освітніх потреб та прогалин у знаннях. Інакше кажучи, когнітивний компонент – це рівень теоретичної підготовленості до самоосвіти. В межах нашої програми цей компонент формується шляхом навчання медичних сестер основам інформаційної грамотності, методології наукового пошуку, навичкам роботи з джерелами інформації, а також через передачу знань про принципи планування самостійного навчання. На спеціальних тренінгах учасниці оволодівають уміннями визначати свої потреби у знаннях і складати індивідуальні плани професійного розвитку. Сформованість когнітивного компонента проявиться в тому, що медична сестра усвідомлює що саме їй потрібно вчити для вирішення актуальних професійних завдань і де вона може знайти необхідні знання. Дослідження показують, що засвоєння системи знань та умінь, необхідних для організації самоосвітньої діяльності, є критично важливим кроком у розвитку самоосвітньої компетентності. Тому програма приділяє значну увагу наповненню когнітивного компонента – без належної знаннєвої бази подальша самостійна освіта буде хаотичною і неефективною.

Операційний (діяльнісний) компонент. Цей компонент характеризує практичні уміння і навички, які забезпечують реалізацію самоосвіти на практиці. Сюди відносяться: навички самоменеджменту в навчанні (вміння планувати свій навчальний час, ставити реалістичні навчальні цілі, розподіляти навантаження); уміння здійснювати інформаційний пошук (робота з бібліотечними та інтернет-ресурсами, базами даних, використання цифрових інструментів для навчання); навички критичного мислення і аналізу інформації (щоб відбирати достовірні та релевантні дані з масиву джерел); а також уміння застосовувати набуті знання у практичних ситуаціях. Операційний компонент фактично відображає рівень сформованості умінь вчитися. Програма спрямована на розвиток цього компоненту через практичні заняття і тренування: медичні сестри вчать скласти SMART-плани свого професійного розвитку, виконувати проектні

завдання, вести портфоліо розвитку, користуватися електронними освітніми платформами тощо. Наприклад, впровадження кейс-стаді (розбір конкретних випадків) стимулює індивідуальну активність учасниць та формує їхню самоосвітню компетентність безпосередньо на робочих ситуаціях. Засвоєння сучасних цифрових інструментів (онлайн-бібліотек, медичних інформаційних систем, навчальних застосунків) розширює можливості самоосвіти медичних сестер у цифровому середовищі. Результатом розвиненого операційного компонента є те, що медична сестра володіє методикою самонавчання: вона знає, як ефективно навчатися самостійно. За наявності сформованих операційних умінь медична сестра зможе, наприклад, самостійно опанувати нову процедуру або методику, використовуючи доступні ресурси, без постійного керівництва викладача. Це суттєво підвищує її професійну автономність та конкурентоздатність.

Рефлексивний компонент. Він відповідає за здатність особистості до самоаналізу та самоконтролю в процесі навчання. Рефлексивний компонент включає: уміння оцінювати власні навчальні результати (чи досягнуто поставлених цілей, що вдалося добре, а що потребує покращення), здатність виявляти причини успіхів і невдач у навчанні, усвідомлення своїх сильних і слабких сторін як учня, а також готовність коригувати стратегії самоосвіти на основі цього аналізу. Простіше кажучи, це здатність медичної сестри думати про своє навчання і вчитися на власному досвіді. Рефлексивний компонент є критично важливим для циклу саморозвитку, адже без рефлексії неможливе вдосконалення: тільки оцінивши, чого навчилася і що ще треба опанувати, людина може планувати наступні кроки. У нашій програмі розвиток рефлексивності досягається через регулярні сесії зворотного зв'язку, самозвіти учасниць, ведення щоденників професійного зростання, групові дискусії, де медичні сестри обговорюють, чого вони навчилися і з якими труднощами стикнулися. Орієнтація освітнього процесу на рефлексивну активність створює умови для постійного самовдосконалення. Сформованість рефлексивного

компоненту проявляється, коли медична сестра здатна адекватно оцінити рівень своєї компетентності, визнає потребу в додаткових знаннях у певній галузі та робить відповідні висновки (наприклад: “я поки що недостатньо знаю сучасні протоколи лікування такої-то хвороби, тому мені слід пройти онлайн-курс або прочитати нові рекомендації”). Рефлексивність також забезпечує критичне ставлення до інформації – медична сестра, що мислить рефлексивно, буде перевіряти нові дані, зіставляти їх зі своїми знаннями та робити обґрунтовані висновки.

Взаємодія цих компонентів забезпечує цілісну готовність до самоосвіти. Мотивація спонукає до навчання, когнітивна основа підказує що і як вчити, операційні навички дозволяють здійснити навчальні плани, а рефлексія допомагає закріпити здобуте і скоригувати подальші кроки. Наша програма розвитку готовності до самоосвіти розроблена таким чином, щоб розвивати всі ці компоненти в комплексі. Тільки за умови їх збалансованого сформованості медична сестра буде справді готовою до ефективної самоосвітньої діяльності, тобто зможе автономно, мотивовано, грамотно і критично навчатися упродовж усього професійного життя.

Педагогічні умови ефективної реалізації програми

Успіх програми великою мірою залежить від створення відповідних педагогічних умов, які сприяють формуванню готовності до самоосвіти. До таких умов належать: мотиваційне освітнє середовище, наявність менторства та підтримки, методичне забезпечення, доступ до цифрових ресурсів та налагодження зворотного зв'язку. Розглянемо детальніше кожну з цих умов.

Мотиваційне середовище. Першою і, можливо, найважливішою умовою є створення атмосфери, що заохочує медичних сестер до навчання, формує у них внутрішню мотивацію. Дослідження з андрагогіки стверджують, що будь-яке навчання дорослих ефективно лише за умови, що доросла людина сама прагне дізнатися щось нове і відчуває практичну потребу в цьому. Тому у програмі значна увага приділяється мотивувальним чинникам: роз'ясненню учасникам

особистої вигоди від самоосвіти (професійне зростання, кращі умови праці, самореалізація), підтримці позитивної навчальної культури у колективі (де безперервне навчання є нормою і цінується керівництвом), застосуванню нематеріальних стимулів (відзнаки, сертифікати про завершення курсів, можливості кар'єрного просування для тих, хто активно навчається). Мотиваційне середовище включає також емоційну підтримку: дружню, доброзичливу атмосферу в навчальній групі, де кожна медична сестра відчуває себе впевнено і не боїться помилитися. Конкуренція замінюється співробітництвом: учасниці діляться одна з одною корисними ресурсами, обговорюють свої навчальні цілі. Важливою складовою мотивуючого середовища є усвідомлення значущості самоосвіти не лише для себе, а й для якості медичної допомоги. Коли медсестри розуміють, що їхнє навчання прямо впливає на здоров'я та життя пацієнтів, це стає потужним мотиватором. Отже, створення мотиваційного середовища – фундаментальна умова, без якої навіть найкраща програма може не дати очікуваного результату.

Менторство та підтримка. Дорослі учні потребують не стільки вчителя-наставника в традиційному розумінні, скільки ментора – більш досвідченого колегу чи викладача, який спрямовує, консультує, мотивує і надає зворотний зв'язок у процесі самоосвіти. У рамках програми передбачено впровадження інституту наставництва: за кожною учасницею (або групою) закріплюється ментор – досвідчений фахівець або викладач медичного коледжу. Роль ментора полягає в тому, щоб допомогти медичній сестрі визначити її освітні потреби, скласти індивідуальний план самоосвіти, підібрати оптимальні джерела інформації, а головне – підтримувати мотивацію на всіх етапах. Ментор проводить регулярні зустрічі (очно або онлайн) зі своєю підопічною, обговорює прогрес, труднощі, дає поради щодо ефективних методів навчання. Наявність такої наставницької підтримки суттєво підвищує ефективність самоосвіти, адже медична сестра не відчуває себе «наодинці» з масивом нової інформації – у неї є до кого звернутися за допомогою чи порадою. Дослідження підтверджують, що

підтримка з боку викладача або ментора є однією з важливих умов формування автономності в навчанні. У програмі також закладається принцип «рівний рівному»: окрім формального ментора, заохочується утворення пар або малих груп взаємопідтримки серед самих медичних сестер (peer-mentoring), коли колеги діляться власним досвідом самоосвіти, успішними знахідками тощо. Усі ці заходи створюють систему соціальної підтримки самоосвітніх зусиль, що дозволяє подолати можливе відчуття ізольованості і слугує додатковим стимулом продовжувати навчання.

Методична підтримка і ресурси. Ще однією необхідною умовою є забезпечення медичних сестер усіма потрібними навчально-методичними матеріалами та рекомендаціями для організації самоосвіти. В рамках програми розробляються спеціальні методичні матеріали для самостійної роботи: тематичні добірки літератури, алгоритми опрацювання наукових статей, пам'ятки щодо пошуку інформації, методики самоконтролю знань, перелік онлайн-курсів та платформ, корисних для медсестринства тощо. Наприклад, учасницям надаються покрокові інструкції, як зареєструватися і навчатися на платформі безперервного професійного розвитку, як користуватися бібліотечними каталогами чи базами даних (PubMed, Cochrane Library тощо), як вести портфоліо чи щоденник самоосвіти. Окрім інструктивних матеріалів, в програмі закладено методичний супровід: регулярні консультації і семінари з розвитку навичок самоосвіти. Так, проводяться міні-тренінги з тайм-менеджменту для медичних сестер (як поєднувати роботу, особисте життя і навчання), з технік швидкого читання та конспектування, з використання спеціалізованих довідників чи клінічних протоколів. Методична підтримка також включає приклади і зразки: успішно виконані індивідуальні навчальні плани, есеї, рецензії на статті – все це демонструється учасницям як модель, на яку можна орієнтуватися. Забезпечення медсестер якісними методичними ресурсами покликане знизити бар'єри до самоосвіти: часто працівники не навчаються самостійно не через брак мотивації, а через невміння або незнання, з

чого почати. Наша програма усуває цю проблему, надаючи чіткі дороговкази і матеріали для самоосвіти. Таким чином, медсестри озброюються не лише бажанням, а й конкретними інструментами для самостійного навчання.

Доступ до цифрових освітніх ресурсів. У сучасну цифрову епоху однією з ключових умов успішної самоосвіти є можливість користування електронними ресурсами. Програма передбачає створення для медичних сестер зручного доступу до онлайн-ресурсів: електронних бібліотек, баз даних, платформ дистанційного навчання, професійних сайтів, вебінарів, онлайн-курсів (в тому числі масових відкритих онлайн-курсів – MOOC). Медичні сестри забезпечуються необхідними технічними засобами (комп'ютери або планшети з інтернетом у навчальних центрах лікарень, доступ до підписних ресурсів через бібліотеки тощо) і навчаються ефективно ними користуватися. Окремий акцент – на освоєнні цифрових інструментів для навчання: пошукових систем медичної інформації, спеціалізованих мобільних додатків (довідники лікарських засобів, калькулятори дозувань, клінічні довідники), платформ тестування знань. Впровадження цифрових технологій у навчання дозволяє зробити процес самоосвіти гнучким і індивідуалізованим: медична сестра може вчитися у зручний час, у зручному темпі, повторювати матеріал стільки, скільки потрібно. Згідно з дослідженнями, використання цифрових інструментів і онлайн-ресурсів сприяє розвитку автономності особистості в навчанні. У програмі, наприклад, заплановано навчання основам роботи з міжнародними наукометричними базами, щоб медсестри могли знаходити найновіші наукові статті та клінічні настанови. Також впроваджується система електронного портфоліо, де кожна учасниця збирає сертифікати, описи виконаних проєктів, відгуки – все це також мотивує продовжувати навчання. Важливо, що цифрові ресурси дозволяють організувати безперервне навчання навіть поза межами аудиторії: медична сестра може навчатися вдома, у транспорті, під час перерв – будь-де і будь-коли, маючи гаджет під рукою. Таким чином, доступ до цифрових освітніх ресурсів

значно підсилює можливості програми і відповідає принципу безперервності освіти.

Організація зворотного зв'язку. Ефективна самоосвіта неможлива без регулярної оцінки досягнень і корекції подальших дій. Тому у програмі чільне місце відведено налагодженню системи зворотного зв'язку для медичних сестер, які навчаються. Йдеться як про зовнішній зворотний зв'язок (від менторів, викладачів, колег), так і про внутрішній (самоаналіз, рефлексію, про що згадувалося вище). В рамках програми впроваджуються регулярні проміжні атестації або обговорення, де медсестри презентують результати своєї самоосвіти (наприклад, міні-звіти про прочитані статті чи прослухані курси, демонстрація набутого навичку). Це дозволяє отримати зовнішню оцінку: ментор чи експерт надають конструктивний відгук, вказують на сильні сторони і ті аспекти, які потребують покращення. Такий формат не є формальною перевіркою, а радше дружньою консультацією, що допомагає спрямувати подальше навчання. Паралельно учасниці програми вчатьсь методам самоконтролю: їх навчають ставити чіткі цілі і критерії успіху, а потім самостійно перевіряти, чи досягнуто цих цілей (наприклад, через тести для самоперевірки, контрольні списки освоєних навичок). Згідно з андрагогічним підходом, нові знання лише тоді переходять у сталий навик, коли інтегруються з попереднім досвідом і перевірені практикою з отриманням зворотного зв'язку. Тому програмою передбачено максимальне залучення учасниць у реальні практичні дії з негайним обговоренням результатів. Наприклад, після проходження онлайн-курсу медична сестра застосовує нові знання у роботі і обговорює з колегами або ментором, що вийшло, а що ні. Або ж у процесі тренінгу одразу отримує фідбек від тренера щодо правильності виконання навичок. Організація зворотного зв'язку таким чином виконує подвійну роль: з одного боку, слугує коригувальною функцією (допомагає виправити помилки, заповнити прогалини), а з іншого – підтримувально-мотиваційною функцією (схвалення успіхів підвищує впевненість медсестри у собі і стимулює до

подальшого навчання). Важливо, що атмосфера зворотного зв'язку у програмі доброзичлива і ненав'язлива: акцент робиться не на контролі, а на розвитку. Медична сестра вчиться сприймати зворотний зв'язок не як критику, а як необхідний елемент свого професійного зростання.

Отже, педагогічні умови – мотиваційне середовище, менторська підтримка, методичне забезпечення, цифрові ресурси і зворотний зв'язок – є тими “пазлами”, з яких складається успішна реалізація програми. Вони відповідають особливостям навчання дорослих та забезпечують перенесення задумів програми у реальну практику навчання. У сукупності такі умови створюють сприятливий ґрунт, на якому ефективно формуються всі компоненти готовності до самоосвіти. Медичні сестри, потрапляючи в такі умови, природно і невимушено залучаються до процесу саморозвитку, відчуваючи підтримку і бачачи прогрес. Як результат, ціль програми – сформувати готовність до професійної самоосвіти – досягається оптимально, а отримані навички та установки зберігаються у медичних сестер впродовж тривалого часу, забезпечуючи їхню здатність навчатися впродовж всього життя.

Програма формування готовності медичних сестер до професійної самоосвіти

1. Мета програми – сприяти розвитку стійкої мотивації до самонавчання, формуванню навичок самостійного здобуття знань, рефлексії та самоорганізації, необхідних для професійного зростання медичних сестер у контексті неперервної освіти.

2. Завдання програми:

- Сформувати усвідомлення значущості самоосвіти як складової професійної компетентності.
- Розвинути мотивацію до особистісного та професійного зростання.
- Навчити ефективно використовувати цифрові освітні ресурси.
- Сприяти формуванню індивідуального стилю самоосвітньої діяльності.

– Розвинути навички саморефлексії, планування та оцінки власного прогресу.

3. Цільова аудиторія: медичні сестри з різним рівнем освіти та стажем роботи, які прагнуть до професійного розвитку.

4. Тривалість реалізації програми - 3 місяці (з можливістю адаптації до внутрішнього розкладу медзакладу).

Таблиця 3.1

Основні модулі програми формування готовності медичних сестер до професійної самоосвіти

Назва модуля	Зміст	Форми роботи
1. Мотивація до професійного розвитку	Усвідомлення потреби в неперервній освіті, особистісні цілі	Тренінги, дискусії, мотиваційні ігри
2. Планування самоосвіти	Розробка Індивідуального плану професійного розвитку	Воркшопи, наставництво, кейс-аналіз
3. Робота з цифровими освітніми ресурсами	Навички пошуку, критичного аналізу, фільтрації інформації	Майстер-класи, практикуми
4. Рефлексивна компетентність	Вміння аналізувати свій досвід, помилки, досягнення	Щоденники рефлексії, групова супервізія
5. Соціальне навчання та підтримка	Роль колективного обміну знаннями, рольової взаємодії	Інтервізії, навчальні групи, обговорення кейсів

6. Основні компоненти програми:

- Когнітивний – знання про принципи та методи самоосвіти.
- Мотиваційний – установка на розвиток, інтерес до нових знань.

- Операційний – вміння планувати, організовувати та реалізовувати самоосвітню діяльність.

- Рефлексивний – здатність оцінювати результати, помилки, ефективність обраного шляху.

7. Педагогічні умови реалізації програми:

- підтримка наставників (старших колег або кураторів);
- доступ до цифрових освітніх платформ (MOODLE, Coursera, платформи МОЗ України тощо);
- методичний супровід (буклети, відеоінструкції, чек-листи);
- позитивна атмосфера та підтримка керівництва;
- гнучкий графік участі;
- періодичний зворотний зв'язок.

8. Очікувані результати:

- підвищення рівня самоосвітньої активності;
- зростання мотивації до професійного розвитку;
- формування індивідуального стилю навчання;
- підвищення якості виконання професійних обов'язків;
- зниження тривожності перед інноваціями та змінами.

Отже, методологічні основи програми формування готовності медичних сестер до самоосвіти охоплюють ґрунтовні теоретичні підходи, чітко визначену мету, дієві принципи навчання, структурні компоненти готовності та комплекс педагогічних умов. Така багаторівнева концепція забезпечує науково обґрунтоване і практично ефективне підґрунтя для розвитку у медичних сестер здатності й потреби самостійно навчатися. Реалізація програми, побудованої на цих методологічних засадах, сприятиме підготовці конкурентоспроможних, компетентних і відповідальних медичних сестер, які активно займаються професійним саморозвитком, що особливо важливо в умовах стрімких змін та реформ у системі охорони здоров'я. Таким чином, програма виконує не лише освітню, але й соціальну місію – формує нову генерацію медичних сестер,

здатних бути агентами позитивних змін через безперервне навчання та вдосконалення свого професійного рівня.

3.2. Визначення ефективності програми формування готовності до самоосвіти у медичних сестер

Визначення ефективності розробленої програми формування готовності до професійної самоосвіти здійснювалося на основі порівняльного аналізу рівня сформованості ключових компонентів готовності у двох вибірках: медичних сестер, які брали участь у формувальному етапі програми (експериментальна група, $n=30$), та тих, хто не залучався до участі у програмі (контрольна група, $n=30$). Оцінювання проводилося через один місяць після завершення формувального етапу, що дозволило простежити стійкість отриманих змін.

Методологічно дослідження передбачало використання комплексного підходу, що включав стандартизовані психодіагностичні методики, орієнтовані на вивчення ключових параметрів готовності до самоосвітньої діяльності, а саме: рівня самоосвітньої активності, мотивації до розвитку, самостійності, потреби в зовнішній підтримці, ставлення до цифрових інструментів, а також рефлексивності та ініціативності у навчанні.

Для перевірки гіпотези про ефективність програми було застосовано параметричні методи статистичного аналізу, зокрема t-критерій Стюдента для незалежних вибірок, що дозволило визначити ступінь достовірності відмінностей між середніми значеннями в експериментальній та контрольній групах.

Для оцінювання ефективності програми використано такі психодіагностичні методики: «Шкала самоосвітньої активності» (COA) – дозволяє визначити динаміку змін у частоті та сталій мотивації до самоосвіти. Експертне оцінювання – надає якісні й кількісні характеристики готовності до самоосвіти та її проявів у професійній діяльності. Отримані результати представлені в таблицях 3.2, 3.3 ((Додаток Б, таблиці Б.6-Б.9)

Таблиця 3.2

Показники самоосвітньої активності в експериментальній та контрольній
групах (N=60)

Параметр	Експериментальна група (n=30)	Контрольна група (n=30)	t	p-рівень
Частота та сталість самоосвітньої активності	4,2(0,6)	3,4(0,8)	2,11	< 0,05
Самостійність у навчанні	4,1(0,5)	3,2(0,9)	2,37	< 0,05
Потреба в зовнішній підтримці	2,1(0,7)	3,0(0,8)	2,31	< 0,05
Ставлення до цифрових інструментів	4,3(0,6)	3,1(0,7)	3,17	< 0,01

Порівняння показників між експериментальною та контрольною групами дало змогу виявити статистично значущі відмінності за всіма чотирма параметрами самоосвітньої активності. «Частота та сталість самоосвітньої активності»: експериментальна група: 4,2(0,6), контрольна група: 3,4 (0,8), $t=2,11$, $p<0,05$. Це свідчить про те, що участь у програмі позитивно вплинула на регулярність та сталість освітніх зусиль медичних сестер. Учасниці програми стали частіше й більш послідовно займатись самоосвітою. «Самостійність у навчанні»: експериментальна: 4,1(0,5), контрольна: 3,2(0,9), $t=2,37$, $p<0,05$. Медсестри, які пройшли програму, демонструють вищий рівень автономності у виборі навчального матеріалу та в організації власної освітньої траєкторії. «Потреба в зовнішній підтримці»: експериментальна: 2,1(0,7), контрольна: 3,0(0,8), $t=2,31$, $p<0,05$. Нижчі значення у групі, яка брала участь у програмі, вказують на зростання самовпевненості та зниження залежності від сторонньої допомоги при здобутті нових знань. «Ставлення до цифрових освітніх інструментів»: експериментальна: 4,3(0,6), контрольна: 3,1(0,7), $t=3,17$; $p<0,01$. Програма сприяла розвитку позитивного ставлення до цифрового навчання. Медичні сестри краще орієнтуються у використанні онлайн-ресурсів, платформ і медичних освітніх порталів.

Отже, результати аналізу засвідчують ефективність розробленої програми у контексті підвищення готовності до самоосвіти. Медичні сестри, які брали участь у програмі, значно перевершують своїх колег із контрольної групи за всіма ключовими показниками. Це дозволяє зробити обґрунтований висновок про те, що цілеспрямоване формування психологічних, мотиваційних та організаційних компонентів готовності до самоосвіти є результативним і доцільним кроком у післядипломному професійному розвитку медичних працівників. Крім того, отримані дані демонструють, що інтеграція цифрових інструментів, а також підвищення самостійності та внутрішньої мотивації є ключовими механізмами, які сприяють розвитку готовності до безперервного професійного навчання.

Таблиця 3.3

Результати експертного оцінювання готовності до самоосвітньої активності медичних сестер у експериментальній та контрольній групах (N=60)

Параметр	Експериментальна група (n=30)	Контрольна група (n=30)	t	p-рівень
1. Участь у внутрішніх освітніх заходах	4,5(0,5)	3,4(0,8)	2,91	< 0,01
2. Ініціативність щодо нових знань	4,3(0,6)	3,1(0,7)	3,15	< 0,01
3. Активне застосування нових знань на практиці	4,4(0,5)	3,3(0,6)	2,89	< 0,01
4. Пошук зовнішніх джерел знань	4,2(0,7)	3,1(0,8)	2,87	< 0,01
5. Використання цифрових інструментів для навчання	4,6(0,5)	3,0(0,7)	4,21	< 0,001
6. Самоорганізація в навчанні	4,1(0,60)	3,1(0,6)	2,63	< 0,01
7. Підвищення кваліфікації поза межами закладу	4,1(0,7)	3,2(0,8)	2,87	< 0,01

Продовження таблиці 3.3

8. Рефлексія власної діяльності	4,3(0,6)	3,1(0,6)	3,21	< 0,01
9. Ділиться знаннями з колегами	4,4(0,5)	3,3(0,6)	2,89	< 0,01
10. Мотивація до безперервного розвитку	4,7(0,4)	3,2(0,5)	3,94	< 0,001

«Участь у внутрішніх освітніх заходах». В експериментальній групі спостерігався вищий рівень включеності в освітні активності ($M=4,5$), порівняно з контрольною ($M=3,4$), $p<0,01$. Це свідчить про зростання зацікавленості у професійному розвитку всередині закладу. «Ініціативність щодо нових знань». Після програми рівень прояву ініціативи зріс ($M=4,3$ проти $M=3,1$), $p<0,01$, що вказує на активізацію внутрішньої мотивації до навчання. «Активне застосування нових знань на практиці». Медичні сестри з експериментальної групи частіше інтегрували нові знання у свою роботу ($M=4,4$), ніж їх колеги з контрольної ($M=3,3$), $p<0,01$ — підтвердження ефективності практичного блоку програми. «Пошук зовнішніх джерел знань». Бажання самостійно знаходити освітні ресурси поза межами закладу зросло у експериментальній групі ($M=4,2$), що демонструє розширення автономності та інформаційної культури, $p<0,01$. «Використання цифрових інструментів». Найбільша різниця ($p<0,001$) — учасники програми краще орієнтуються в онлайн-платформах та порталах, демонструючи цифрову компетентність ($M=4,6$ проти $M=3,0$). «Самоорганізація в навчанні». Експериментальна група показала значно вищу здатність до планування й самодисципліни ($M=4,1$), $p<0,01$ — що є ключовим показником готовності до довготривалого розвитку. «Підвищення кваліфікації поза межами закладу». Учасники програми частіше беруть участь у зовнішніх ініціативах ($M=4,1$), $p<0,01$ — що свідчить про професійну відкритість і готовність до змін. «Рефлексія власної діяльності». Суттєво вищий рівень саморефлексії в експериментальній групі ($M=4,3$), $p<0,01$, вказує на сформовану здатність до

аналізу та корекції власних дій. «Обмін знаннями з колегами». Позитивні зміни в комунікативній активності — учасники програми частіше діляться інформацією ($M=4,4$), $p<0,01$ — що створює основу для внутрішнього менторства. «Мотивація до безперервного розвитку». Найвища оцінка серед усіх параметрів ($M=4,7$), $p<0,001$ — програма ефективно зміцнила внутрішню мотивацію медичних сестер до професійного саморозвитку.

Отже, усі параметри експертного оцінювання свідчать про високу ефективність програми формування готовності до самоосвіти. Найбільш суттєві зрушення відзначені у сферах мотивації, цифрової грамотності, практичного застосування знань, самоорганізації та рефлексії. Таким чином, участь у програмі не тільки підвищила рівень самоосвітньої активності медичних сестер, а й сприяла формуванню цілісної професійної ідентичності, відкритої до змін та інновацій.

У ході дослідження було здійснено порівняльний аналіз результатів двох груп медичних сестер — експериментальної, яка брала участь у програмі формування готовності до самоосвіти, та контрольної, що не проходила формувального етапу. Для оцінки ефективності було використано комплексний підхід, що включав психодіагностичну методику та експертне оцінювання. Результати аналізу переконливо свідчать про суттєво вищі показники готовності до самоосвіти в експериментальній групі. Зокрема, відзначено позитивну динаміку за такими параметрами, як: рівень самоосвітньої активності, самостійність, ініціативність, цифрова компетентність, здатність до рефлексії, а також мотивація до професійного зростання.

Програма довела свою результативність як з точки зору психологічної готовності до безперервного навчання, так і з погляду поведінкових проявів освітньої активності. Участь у програмі сприяла актуалізації внутрішніх ресурсів медичних сестер, розвитку їхньої професійної ідентичності та формуванню усвідомленого ставлення до потреби в самоосвіті як невід'ємної складової якісної медичної допомоги. Таким чином, можна зробити висновок, що

запропонована програма є ефективним інструментом розвитку готовності до професійної самоосвіти у медичних сестер, особливо в умовах трансформацій сучасної системи охорони здоров'я.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі дослідження було розроблено, впроваджено та оцінено ефективність програми формування готовності до професійної самоосвіти у медичних сестер. На основі узагальнення теоретичних положень та результатів емпіричного дослідження були визначені методологічні основи програми, які спираються на аксіологічний, компетентнісний, особистісно-орієнтований та діяльнісний підходи. Також було враховано психологічні аспекти професійного зростання, зокрема мотивацію до розвитку, саморефлексію, ініціативність та здатність до самоорганізації.

Програма включала методичні блоки, інтерактивні заняття, практичні завдання та елементи індивідуального освітнього планування, що сприяло комплексному впливу на основні компоненти готовності: мотиваційний, когнітивний, операційний, рефлексивний та ціннісно-смысловий.

Визначення ефективності програми здійснювалося шляхом порівняльного аналізу результатів учасників експериментальної та контрольної груп за допомогою шкали самоосвітньої активності (СОА) та експертного оцінювання. Статистичні дані підтвердили наявність істотно вищих показників за всіма ключовими параметрами у тих медичних сестер, які брали участь у програмі, що свідчить про її практичну результативність.

Загалом, проведене дослідження дозволяє зробити висновок, що спеціально розроблена програма є ефективним засобом формування готовності медичних сестер до професійної самоосвіти та може бути рекомендована до впровадження в системі післядипломної підготовки середнього медичного персоналу.

ВИСНОВКИ

1. На основі аналізу наукових джерел визначено сутність та значення готовності медичних сестер до професійної самоосвіти. Поняття готовності до самоосвіти розглянуто як інтегративну характеристику особистості, що включає мотиваційно-ціннісні, когнітивні, операційно-діяльнісні та рефлексивні компоненти. Самоосвіта медичних сестер розглядається як необхідна умова підтримки професійної компетентності в умовах динамічного оновлення знань у сфері охорони здоров'я.

2. Окреслено історичні аспекти та зарубіжний досвід організації самоосвіти медичних сестер. Доведено, що у провідних країнах світу самоосвітня активність є невід'ємним елементом безперервного професійного розвитку. Визначено ефективні механізми її підтримки: законодавче регулювання, цифрові освітні платформи, інституційна підтримка, менторство та система обов'язкової сертифікації.

3. Вивчено мотиваційні чинники та рівень готовності медичних сестер до самоосвітньої діяльності. Результати емпіричного дослідження засвідчили наявність загального позитивного ставлення до самоосвіти та високий мотиваційний потенціал у більшості респондентів. Проте виявлено і групу з недостатнім рівнем готовності, що свідчить про потребу у цілеспрямованій підтримці цього процесу.

4. Розроблено програму формування готовності до самоосвіти у медичних сестер. Програма базується на сучасних наукових підходах — особистісно орієнтованому, діяльнісному, компетентнісному та аксіологічному. Вона включає психолого-педагогічні принципи, практичні компоненти, орієнтовані на формування мотивації, саморефлексії, самостійності, організаційних навичок і здатності до інтеграції знань.

5. Оцінено ефективність впровадженої програми. Статистично достовірні результати порівняльного аналізу між експериментальною та контрольною групами підтвердили зростання рівня самоосвітньої активності, ініціативності,

самостійності та рефлексивності у тих медичних сестер, які брали участь у програмі. Це свідчить про її практичну значущість та ефективність як інструменту професійного розвитку середнього медичного персоналу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ащеулова Т.В. Професійна самоосвіта медичних сестер / Т.В. Ащеулова, Н.М. Кузьменко, Л.О. Гондар // Current state and priorities modernisation of science, education and society : International scientific-practical conference, Aarhus, Denmark, 26 October 2024. – Aarhus, 2024. – P. 18–19.
2. Білик Л.В. Ключові складники професійної компетентності медичного фахівця / Л. В. Білик // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. – 2021. – Вип. 81. – С. 34–37.
3. Білоус Т.Л. Професійний саморозвиток і самовиховання майбутніх фахівців як складова сучасного освітнього процесу в умовах воєнного стану / Т.Л. Білоус // Габітус. – 2023. – Вип. 61, Т. 1. – С. 93–97.
4. Борак І.В. Теоретичні засади підготовки медичних сестер до професійної діяльності на основі особистісно орієнтованого підходу / І.В. Борак // Габітус. – 2025. – Вип. 80, Т. I. – С. 83–87.
5. Бурлука О. Формування готовності до самоосвіти особистості в умовах сучасного освітнього процесу / О. Бурлука // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Серія «Філософія». – 2015. – № 45. Т. 2. – С. 151–157.
6. Воропай Н. Становлення поняття «самоосвітня компетентність» у науково-методичній літературі / Н. Воропай // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова: Теорія і практика навчання та виховання. – 2010. – Серія 17. – С. 27–32.
7. Вронська В.М. До питання удосконалення психологічної компетентності медичних сестер дошкільних навчальних закладів / В.М. Вронська // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». – 2022. – Вип. 73. – С. 34–41.
8. Гавриляк Л. Комунікативна компетентність як складова професійної підготовки сучасного фахівця / Л. Гавриляк // Scientific journal «ΛΟΓΟΣ. The art of scientific mind». – 2019. – №3. – С. 70–73.

9. Галян А.І. Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. психол. наук: 19.00.01 / Східноєвропейський нац. ун-т ім. Лесі Українки / А.І. Галян. – Луцьк, 2016. – 20 с.

10. Головчак М.І., Дуб Н.Є. Дуальна освіта у підготовці медичних сестер: Міжнародна практика і перспективи реалізації в Україні / М.І. Головчак, Н.Є. Дуб // Демократичне врядування. – 2022. – № 2 (30). – С. 86–97. <https://doi.org/10.23939/dg2022.02.086>

11. Демченко В.А. Реалізація компетентнісного підходу в самостійній роботі студентів закладів вищої освіти / Демченко В.А., Балабанова К.Є., Ємельянова Є.С. // Інноваційна педагогіка. – 2021. – Т. 239, №. 38. – С. 34–40.

12. Демянчук М.Р. Формування професійно значущих якостей майбутніх бакалаврів сестринської справи у процесі вивчення дисципліни «Хвороби цивілізації» / М.Р. Демянчук // Габітус. – 2022. – Вип. 52, Т. 1. – С. 99–102.

13. Дзвінчук Ю. Поведінкова активність як фактор формування професійної мобільності медичних сестер / Ю. Дзвінчук // Проблеми сучасної психології. – 2016. – №32. – С. 115–127. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2016-32.%p>

14. Діда Г.А. Формування у студентів медичних коледжів готовності до особистісно-професійного саморозвитку засобами інформаційних технологій : дис. ... наук. ступеня д-ра філософії / Тернопільський нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка / Г.А. Діда. – Тернопіль, 2023. – 333 с.

15. Дубінка М.М. Самоосвіта особистості майбутнього фахівця як вища форма його самовираження / М.М. Дубінка // Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. – 2019. – № 62, Т. 2. – С. 65–70.

16. Заверуха О.Я. Готовність до самоосвіти у структурі самореалізації молоді особистості / О.Я. Заверуха // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. – 2021. – Вип. 4. – С. 148–154.

17. Задирака Л.В. Індивідуальні особливості становлення професійної компетентності майбутніх медичних сестер / Л. В. Задирака // Медсестринство. – 2016. – № 1. – С. 40–43.

18. Задирака Л.В. Особливості розвитку професійно важливих психологічних якостей майбутніх медичних сестер / Л. В. Задирака // Медсестринство. – 2016. – № 3. – С. 19–22.

19. Закусилова Т.О. Формування основ професіоналізму майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Закусилова Тетяна Олександрівна. – Запоріжжя, 2018. – 318 с.

20. Зінченко С.В. Самоосвіта як важливий чинник професійної успішності дорослої людини / Зінченко С.В., Веселовський Р.Б. // Актуальні проблеми професійної орієнтації та професійного навчання населення у контексті подолання кризи ринку праці: матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції / уклад.: Л.М. Капченко та ін. – Київ: ІПК ДСЗУ, 2015. – С. 265–271.

21. Ільницька Т.С. Дослідження ефективності підготовки майбутніх медсестер до професійної діяльності в умовах цифровізації медичних коледжів / Т.С. Ільницька // Modern Information Technologies and Innovation Methodologies of Education in Professional Training Methodology Theory Experience Problems. – 2023. – № 69. – С. 35–42. <https://doi.org/10.31652/2412-1142-2023-69-35-42>

22. Іщук В.В. Професійна підготовка майбутніх фахівців медичної галузі на основі компетентнісного підходу / В.В. Іщук / Професійна освіта: методологія, теорія та технології. – 2017. – №5/1. – С. 74–85.

23. Карпенко Ю. Готовність майбутніх сімейних лікарів до науково-дослідної діяльності / Ю. Карпенко // Актуальні питання гуманітарних наук. Педагогіка. – 2018. – Вип. 21, Т. 1. – С. 167–171.

24. Кіржа Н.В. Формування комунікативної компетентності майбутніх медичних сестер з використанням інформаційно-комунікаційних технологій: дис. д-ра філософії з педагогіки / Н.В. Кіржа. – Вінниця. 2021. – 264 с.

25. Кір'ян Т.І. Реалізація особистісно-орієнтованого підходу до навчання і формування особистості майбутніх медсестер у ВНЗ України I-II рівнів акредитації (кінець XX – початок XXI ст.) / Т.І. Кір'ян // Scientific Journal «ScienceRise: Pedagogical Education». – 2017. – № 1(9). – С. 24–27.

26. Кравцова Т. Формування професійної компетентності майбутніх молодших медичних працівників засобами проблемно-модульного навчання / Т. Кравцова // Наукові записки. Серія: Педагогічні науки. – 2013. – Вип. 120. – С. 210–216.

27. Криницька І.Я. Особливості професійної підготовки медичних сестер на сучасному етапі / Криницька І.Я., Марущак М.І., Кліщ І.М. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 4(74). – С. 84–87.

28. Кузмінська І.В. Медсестринство як впливова самостійна ланка медицини / І. В. Кузмінська, І.М. Круковська // Медсестринство. – 2009. – № 2. – С. 28–30.

29. Лазорко О.В. Психологія безпеки особистості як суб'єкта професіоналізації : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.01. Харківський нац. ун-т ім. Каразіна. – Харків, 2017. – 367 с.

30. Левківська С.М. Формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер як наукова проблема / С.М. Левківська // Вісник Житомирського державного університету. Педагогічні науки. – 2014. – Вип. 1 (73). – С. 124–131.

31. Литвинова А.Е. Формування компетентності медичних сестер / А.Е. Литвинова // Медсестринство. – 2017. – № 4. – С. 16–18.

32. Лісна-Міських Н.Є. Праксеологічні засади підготовки майбутніх медичних сестер до професійної діяльності : дис.доктора філософії / Н.Є. Лісна-Міських. – Хмельницький-Львів, 2021. – 369 с.

33. Лукашук І.М. Удосконалення критеріїв і показників рівнів готовності майбутніх медичних сестер до фахової діяльності: результати досліджень / І.М. Лукашук // Innovative solutions in modern science. – 2017. – № 5(14). – С. 1–13.

34. Лучнікова С. Формування системи мотивації майбутніх медичних сестер та фельшерів у процесі самоосвітньої діяльності / Лучнікова С., Спірякова В., Темченко О. // Фаховий молодший бакалавр: стан освітньо-професійного ступеня в умовах воєнного сьогодення та перспективи у майбутньому : XIII Всеукр. наук.-метод. інтернет-конф. – Суми, 2023. – С. 140–142.

35. Мартинюк І.А. Сутність готовності особистості до самоосвітньої діяльності / І.А. Мартинюк // Проблеми сучасної психології. – 2016. – Випуск 34. – С. 327–353.

36. Махновська І.Р. Професійна підготовка магістрів сестринської справи в умовах ступеневої освіти : дис. ... доктора пед. наук : 13.00.04 / Махновська Ірина Романівна. – Житомир, 2015. – 312 с.

37. Мельничук І.М. Формування самоосвітньої компетентності майбутніх фахівців сестринської справи як педагогічна проблема / І.М. Мельничук // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота». – 2018. – Вип. 2(43). – С. 168–172.

38. Олійникова А.Р. Формування дослідницьких умінь майбутніх медичних сестер як педагогічна проблема / А.Р. Олійникова // Медсестринство. – 2021. – № 1. – С. 60–62.

39. Освіта протягом життя: світовий досвід і українська практика. Аналітична записка. Національний інститут стратегічних досліджень. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/252/>

40. Павличенко А. Самоосвіта студентів закладів вищої освіти та її роль у процесі професійної підготовки фахівців в умовах цифровізації освіти / Павличенко А., Пащенко О., Медведовська Т., Вишньова В. // Grail of Science. – 2023. – №24. – С. 590–594.

41. Пікон К.С. Професійна підготовка майбутніх фахівців сестринської справи в умовах ступеневої освіти у вищих навчальних закладах США: дис....канд. пед. наук / К.С. Пікон. – Рівне, 2021. – 266 с.

42. Притула О. Самовиховання і самоосвіта у професійному становленні українського громадянина / О. Притула // Філософія освіти. – 2024. – № 30 (1). – С. 160–173.

43. Попіль М.І. Актуалізація особистісних якостей як чинник ефективності професійної діяльності медсестер / М.І. Попіль // Наукові записки Рівненського держ. гуманітарного ун-ту. – 2008. – С. 43–49.

44. Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні : наказ Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України від 12.09.2008 р. № 522/51 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12141>.

45. Радзієвська І. Комплексний підхід до формування професійної компетентності майбутніх медичних фахівців / І. Радзієвська, О. Джулай // Вісник Черкаського університету. – 2012. – № 19. – С. 76–81.

46. Ребуха Л.З. Професійна компетентність фахівців: сутнісні ознаки та розвиткові умови / Л.З. Ребуха // Інноваційна педагогіка. – 2020. – Вип. 22, Т. 3. – С. 87–90. <https://doi.org/10.32843/2663-6085/2020/22-3.17>

47. Романішена-Лановська Л.К. Інноваційні методи в післядипломній підготовці медсестри / Л.К. Романішена-Лановська, О.Н. Литвинова, С.О. Ястремська // Медсестринство. – 2016. – № 4. – С. 5–7.

48. Селлман Д. Як стати медсестрою: підручник з професійної практики / Д. Селлман, П. Снеллінг; пер. з англ. О. Несвірського. – Київ: ВСВ «Медицина». 2012. – 176 с.

49. Сірак І.П. Стан сформованості готовності майбутніх медичних сестер до професійної самореалізації / І.П. Сірак // Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К. Д. Ушинського. – 2017. – № 2. – С. 95–99.

50. Сірак І.П. Структура готовності майбутніх медичних сестер до професійної самореалізації / І.П. Сірак // Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. Серія: Педагогічні науки. – 2017. – № 2(57). – С. 455–460.

51. Сірак І.П. Формування готовності майбутніх медичних сестер до професійної самореалізації: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / І.П. Сірак. – Вінниця. 2017. – 296 с.

52. Солодовник О. Сутнісна характеристика поняття «професійне самовдосконалення» молодших медичних спеціалістів / О. Солодовник // Нові технології навчання: наук.-метод. зб. Інститут інноваційних технологій і змісту освіти Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Академія міжнародного співробітництва з креативної педагогіки. – 2014. – Вип. 83. – С. 227–232.

53. Соцький К.О. Структура готовності студентів медичних коледжів до професійного саморозвитку / К.О. Соцький // Наукові записки. Серія: Педагогіка. – 2014. – №1. – С. 55–62.

54. Степанюк А. Формування професійно значущих якостей медичних сестер у процесі фахової підготовки : монографія / А. Степанюк, М. Данюк. – Тернопіль : ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2017. – 224 с.

55. Тамаркіна О.Л. Самоосвіта як фактор мотивації навчання [Електронний ресурс] / О.Л. Тамаркіна, Л.І. Байдак // Актуальні питання гуманітарних наук : міжвузівський збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка». – 2023. – № 61, Т. 3. – С. 217–221.

56. Ткаченко А. Професійний розвиток і саморозвиток особистості / А. Ткаченко // Витоки педагогічної майстерності. – 2019. – №23. – С. 201–205.

57. Третько В.В. Формування самоосвітньої компетентності, самоменеджменту та навичок самоосвіти у майбутніх фахівців у процесі професійної підготовки / Третько В. В., Карпанасюк В. В., Козловський Р. В. // Академічні візії. – 2025. – №39.

58. Туровська І. Професійно-мовленнєва компетентність як складова професійної компетентності фахівця медичного профілю / І. Туровська // Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету. – 2022. – №4. – С. 39–44. <https://doi.org/10.31499/2307-4906.4.2022.270286> URL: <http://znp.udpu.edu.ua/article/view/270286>

59. Фрицюк В. Синергетичний підхід у підготовці майбутніх медичних працівників до професійного саморозвитку / В. Фрицюк // Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні науки. – 2019. – № 4(19). – С. 416–428.

60. Чорнобрива Н.В., Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер в освітньому процесі фахової підготовки медичного коледжу / Н.В. Чорнобрива, Л.В. Чорнобрива // Young Scientis. – 2021. – № 5 (93). – С. 81–84.

61. Шегедин М.Б. Історія медицини та медсестринства / М.Б. Шегедин, Н.О. Мудрик. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. – 328 с.

62. Шегедин М.Б. Медсестринство в Україні: навч. посіб. / М.Б. Шегедин. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. – 280 с.

63. Яворська Т. Соціально-історичні передумови розвитку самоосвітньої діяльності особистості: теоретичний аспект / Т. Яворська // Витоки педагогічної майстерності. – 2015. – № 15. – С. 359–364.

64. Ястремська С.О. Теорія і методика професійної підготовки майбутніх магістрів сестринської справи у вищих медичних навчальних закладах засобами дистанційного навчання : дис. ... докт. пед. наук: 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / С.О. Ястремська– Хмельницький, 2018. – 564 с.

65. Dowd O.P. Nurses' readiness for self-directed learning and motivation for participation in continuing professional development: a cross-sectional, correlational study: a dissertation in Nursing. University of Massachusetts Dartmouth / O. P. Dowd. – 2024. – 65 p. DOI: <https://doi.org/10.62791/1988>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

АНКЕТА ДЛЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

Блок I. Соціально-демографічні дані

1. Вік: _____
 2. Стаж роботи за фахом: _____
 3. Освітній рівень:
 - ☐ Середня спеціальна
 - ☐ Базова вища освіта (бакалавр)
 - ☐ Повна вища освіта (магістр)
 - ☐ Інше (вказіть): _____
 4. Посада:
 - ☐ Медична сестра
 - ☐ Старша медична сестра
 - ☐ Головна медична сестра
 - ☐ Інше: _____
 5. В якому відділенні Ви працюєте? _____
 6. Чи маєте спеціалізацію або підвищення кваліфікації останні 5 років?
 - ☐ Так
 - ☐ Ні
- Якщо так, вкажіть, яку: _____

Блок II. Практичний досвід самоосвіти

7. Як часто Ви займаєтеся професійною самоосвітою?
 - ☐ Щодня
 - ☐ Кілька разів на тиждень
 - ☐ Раз на місяць
 - ☐ Вкрай рідко / ніколи

8. Які форми самоосвіти Ви використовуєте? (можна обрати кілька)

- ☐ Онлайн-курси
- ☐ Перегляд вебінарів / відео-лекцій
- ☐ Читання професійної літератури
- ☐ Участь у семінарах, конференціях
- ☐ Самостійне опрацювання клінічних випадків
- ☐ Інше: _____

9. Де Ви найчастіше отримуєте нову професійну інформацію?

- ☐ Освітні платформи (Prometheus, Coursera тощо)
- ☐ Професійні журнали
- ☐ Внутрішньолікарняне навчання
- ☐ Колеги
- ☐ Соцмережі / форуми

10. Чи маєте Ви план власного професійного розвитку?

- ☐ Так, записаний
- ☐ Є загальне уявлення
- ☐ Немає

11. Що заважає Вам регулярно займатися самоосвітою?

- ☐ Відсутність часу
- ☐ Відсутність мотивації
- ☐ Високе навантаження на роботі
- ☐ Недостатній доступ до ресурсів
- ☐ Інше: _____

Блок III. Мотивація та ставлення до самоосвіти

12. Самоосвіта — це для мене перш за все:

- ☐ Необхідність для кар'єри

- ☐ Вимога керівництва
- ☐ Власне прагнення до розвитку
- ☐ Рутинна формальність

13. Наскільки важливим Ви вважаєте професійне самонавчання для медичної сестри?

- ☐ Дуже важливим
- ☐ Скоріше важливим
- ☐ Не дуже важливим
- ☐ Взагалі не важливим

14. Чи підтримує адміністрація Вашого закладу ініціативу до самоосвіти?

- ☐ Так, повністю
- ☐ Частково
- ☐ Швидше ні
- ☐ Ні

15. Якою Ви оцінюєте свою готовність до самоосвіти?

- ☐ Висока — регулярно навчаюся, самостійно ставлю цілі
- ☐ Середня — потребую зовнішньої підтримки
- ☐ Низька — не маю часу/бажання/ресурсів

16. Що могло б мотивувати Вас до активнішої самоосвіти? (відкрите питання)

Таблиця Б.1

Результати анкетування респондентів

Респонденти	Вік	Стаж	Освіта	План розвитку	Частота самоосвіти	Готовність до самоосвіти	Ставлення до самоосвіти
1	23	5	магістратура	є	щодня	висока	дуже важливо
2	32	10	бакалаврат	є	щодня	висока	дуже важливо
3	37	15	бакалаврат	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	висока	дуже важливо
4	41	20	середньо-спеціальна	є	щодня	висока	дуже важливо
5	35	15	магістратура	є	щодня	висока	дуже важливо
6	39	20	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	висока	дуже важливо
7	48	26	середньо-спеціальна	немає	раз на місяць	низька	не дуже важливо
8	44	26	середньо-спеціальна	немає	раз на місяць	низька	не дуже важливо
9	33	10	бакалаврат	є	щодня	висока	дуже важливо
10	31	15	магістратура	є	щодня	висока	дуже важливо
11	38	20	бакалаврат	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	скоріше важливо
12	44	21	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	висока	дуже важливо
13	51	28	середньо-спеціальна	немає	раз на місяць	низька	не дуже важливо
14	37	15	бакалаврат	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	висока	дуже важливо
15	29	7	магістратура	є	щодня	висока	дуже важливо
16	40	20	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	висока	дуже важливо
17	43	14	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	скоріше важливо
18	37	16	бакалаврат	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	висока	скоріше важливо
19	38	19	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	висока	скоріше важливо
20	44	21	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	скоріше важливо
21	51	29	середньо-спеціальна	немає	раз на місяць	низька	не дуже важливо
22	37	19	бакалаврат	є	щодня	висока	дуже важливо
23	39	17	бакалаврат	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	скоріше важливо
24	40	22	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	скоріше важливо
25	33	13	середньо-спеціальна	є	щодня	висока	дуже важливо
26	37	19	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	скоріше важливо

27	29	6	бакалаврат	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	скоріше важливо
28	46	24	середньо-спеціальна	немає	раз на місяць	низька	не дуже важливо
29	23	5	магістратура	є	кілька разів на тиждень	висока	дуже важливо
30	32	12	магістратура	є	кілька разів на тиждень	висока	дуже важливо
31	37	17	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	дуже важливо
32	41	21	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	скоріше важливо
33	36	14	бакалаврат	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	дуже важливо
34	39	19	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	не дуже важливо
35	48	18	середньо-спеціальна	немає	раз на місяць	низька	не дуже важливо
36	34	14	магістратура	є	кілька разів на тиждень	висока	дуже важливо
37	33	13	бакалаврат	є	кілька разів на тиждень	висока	дуже важливо
38	34	14	бакалаврат	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	скоріше важливо
39	38	18	бакалаврат	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	дуже важливо
40	44	22	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	не дуже важливо
41	51	29	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	раз на місяць	середня	скоріше важливо
42	37	17	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	раз на місяць	середня	скоріше важливо
43	29	9	магістратура	є	кілька разів на тиждень	висока	дуже важливо
44	32	12	бакалаврат	є загальне уявлення	кілька разів на тиждень	середня	дуже важливо
45	36	16	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	раз на місяць	середня	скоріше важливо
46	37	17	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	раз на місяць	середня	скоріше важливо
47	40	15	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	раз на місяць	середня	дуже важливо
48	50	29	середньо-спеціальна	немає	рідко	низька	не дуже важливо
49	42	20	середньо-спеціальна	є загальне уявлення	раз на місяць	середня	дуже важливо
50	38	18	середньо-спеціальна	немає	рідко	низька	не дуже важливо
51	49	19	середньо-спеціальна	немає	рідко	низька	не дуже важливо
52	34	14	бакалаврат	немає	рідко	низька	не важливо
53	35	15	середньо-спеціальна	немає	рідко	низька	не важливо
54	32	12	магістратура	є загальне уявлення	раз на місяць	середня	дуже важливо
55	38	16	середньо-спеціальна	немає	рідко	середня	не важливо
56	44	22	середньо-спеціальна	немає	рідко	низька	не важливо
57	53	31	середньо-спеціальна	немає	рідко	низька	не важливо

58	37	15	середньо-спеціальна	немає	рідко	середня	скоріше важливо
59	39	19	середньо-спеціальна	немає	рідко	середня	скоріше важливо
60	44	22	середньо-спеціальна	немає	рідко	середня	скоріше важливо
Σ	38,6	17,4	Середньо-спеціальна 60% Бакалавріат 25% Магістратура 15%	Є 23,3% є загальне уявлення 48,3% немає 28,4%	Щодня 15,0% кілька разів на тиждень 45,0% Раз на місяць 21,7% Рідко 18,3%	Висока 36,7% Середня 43,3% Низька 20,0%	Дуже важливо 43,3% Скоріше важливо 30,0% Не дуже важливо 18,3% Не важливо 8,4%

Таблиця Б.2

Результати експертного оцінювання респондентів

Респонденти	1. Участь у внутрішніх освітніх заходах	2. Ініціативність щодо нових знань	3. Активне застосування нових знань на практиці	4. Пошук зовнішніх джерел знань	5. Використання цифрових інструментів для навчання	6. Самоорганізація в навчанні	7. Підвищення кваліфікації поза межами закладу	8. Рефлексія власної діяльності	9. Ділиться знаннями з колегами	10. Мотивація до безперервного розвитку
1	4,5	3,0	3,0	3,5	3,0	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
2	3,5	4,0	4,5	4,0	4,5	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
3	4,0	3,5	3,5	2,0	3,5	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
4	3,0	2,0	1,5	4,5	1,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5
5	2,5	4,5	4,5	3,5	4,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
6	4,5	3,5	3,5	3,0	3,5	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
7	3,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
8	4,0	4,0	4,0	3,5	4,0	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
9	3,5	3,0	3,0	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
10	2,0	4,0	4,0	4,5	4,0	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5

42	4,0	2,5	2,0	3,5	2,0	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
43	3,5	3,5	3,5	4,0	3,5	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
44	4,0	4,5	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
45	2,0	3,0	3,0	2,5	3,0	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
46	4,5	4,0	4,0	5,0	4,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
47	3,5	3,5	3,5	3,0	3,5	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
48	3,0	3,0	2,5	3,5	2,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
49	5,0	4,5	4,0	4,5	4,0	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5
50	3,5	4,0	4,5	4,0	4,5	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
51	4,0	2,0	2,0	2,0	1,5	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
52	4,5	3,0	3,0	3,5	3,0	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
53	3,0	4,0	4,5	3,0	4,5	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
54	4,0	2,5	2,5	2,5	2,0	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
55	2,5	4,5	4,5	4,0	4,5	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
56	3,5	3,5	3,5	4,5	3,5	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5
57	4,5	3,0	3,0	3,5	3,0	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
58	3,0	2,5	2,0	2,5	2,0	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
59	4,0	4,0	4,0	5,0	4,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
60	2,0	3,5	3,5	4,0	3,5	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Σ	3,72(1,1)	3,58(1,0)	3,53(1,2)	3,56(1,1)	3,37(1,2)	3,78(1,1)	3,71(1,2)	3,62(1,2)	3,42(1,1)	3,58(1,1)

Результати за методикою «Шкала самоосвітньої активності» (СОА)

Респонденти	Частота та сталість самоосвітньої активності	Рівень самостійності	Потреба в зовнішній підтримці	Ставлення до цифрових освітніх інструментів
1	10,4	10,0	4,4	8,0
2	10,6	10,2	4,4	8,1
3	5,7	10,4	4,4	8,2
4	8,0	10,6	4,5	8,3
5	8,1	11,0	4,5	8,4
6	5,2	6,0	4,5	8,5
7	3,2	6,1	4,5	8,6
8	3,8	6,2	4,5	6,2
9	8,9	6,3	4,1	6,2
10	9,0	5,5	4,1	6,3
11	5,9	5,7	4,1	6,3
12	6,3	5,9	4,1	6,4
13	4,1	6,8	4,2	7,4
14	7,0	6,9	3,7	7,4
15	11,0	7,0	3,7	7,5
16	6,0	6,4	3,7	7,5
17	6,1	6,5	3,8	7,6
18	6,2	6,6	3,8	7,7
19	5,4	6,7	3,8	7,7
20	5,5	7,6	3,8	7,8
21	4,3	7,7	4,0	7,8
22	7,8	7,8	4,0	7,9
23	5,0	7,9	4,0	6,4
24	7,0	8,0	4,0	6,5
25	7,1	8,1	4,1	6,5
26	7,1	8,2	4,1	6,6
27	6,9	8,3	3,8	6,6
28	4,5	8,4	3,8	5,4
29	9,4	8,5	3,8	5,5
30	8,8	8,6	3,8	5,6
31	6,4	8,7	3,9	5,7
32	6,5	8,8	3,9	5,8
33	6,6	8,9	3,9	6,7
34	7,5	9,0	3,9	6,7
35	4,7	7,1	3,9	6,8

36	10,0	7,2	3,9	6,8
37	10,2	7,3	4,0	6,9
38	7,5	7,4	4,0	5,9
39	7,6	7,5	4,0	6,0
40	7,7	7,5	3,9	6,0
41	8,5	9,5	4,2	6,1
42	8,6	9,6	4,2	6,1
43	8,7	9,7	4,2	6,9
44	6,7	7,0	4,2	7,0
45	6,8	7,1	4,3	7,1
46	7,9	9,1	4,3	7,1
47	9,2	9,2	4,3	7,2
48	9,3	9,3	4,3	7,3
49	9,5	9,4	4,4	4,2
50	9,6	9,8	3,3	7,3
51	9,7	4,5	3,4	4,3
52	9,8	4,7	3,4	4,4
53	9,1	4,9	3,5	4,5
54	8,2	5,0	3,5	4,6
55	8,3	5,2	3,5	4,8
56	8,4	3,2	3,6	4,9
57	7,2	3,8	3,6	5,0
58	7,3	4,1	3,6	5,1
59	7,4	4,3	3,6	5,2
60	4,9	5,4	3,7	5,3
Σ	7,22(1,9)	7,23(1,9)	3,87(0,4)	6,42(1,1)

Таблиця Б.5

Результати за методикою Елерса

Респонденти	Мотивація до успіху	Уникнення невдач
1	22	17
2	13	25
3	14	27
4	27	5
5	7	29
6	16	25
7	24	7
8	16	28
9	28	8
10	8	29
11	23	12
12	5	31

13	14	27
14	22	16
15	28	9
16	8	32
17	17	15
18	27	6
19	7	33
20	22	12
21	8	29
22	12	22
23	25	6
24	16	25
25	14	15
26	21	12
27	27	7
28	16	16
29	14	25
30	17	11
31	22	13
32	28	4
33	16	16
34	12	26
35	16	17
36	30	7
37	15	14
38	14	17
39	24	8
40	31	9
41	11	25
42	24	3
43	17	15
44	16	13
45	23	5
46	18	15
47	13	27
48	26	6
49	26	7
50	18	15
51	23	11
52	15	17
53	24	5
54	16	12
55	14	18
56	25	14
57	14	15
58	13	12
59	18	15
60	25	12

Σ	Високий 41,7% Низький 10,0% Середній 48,3%	Високий 26,7% Низький 28,3% Середній 45,0%
----------	--	--

Таблиця Б.6

Результати за методикою «Шкала самоосвітньої активності» (СОА)
(експериментальна група)

Респонденти	Частота та сталість самоосвітньої активності	Рівень самостійності	Потреба в зовнішній підтримці	Ставлення до цифрових освітніх інструментів
1	3,2	4,8	3,1	3,3
2	4,3	3,9	1,8	3,5
3	3,9	3,5	1,7	3,8
4	4,2	3,5	3,1	4,9
5	3,5	4,4	2,1	3,9
6	5,0	3,5	2,8	4,6
7	4,4	5,0	1,0	5,0
8	4,8	4,6	1,0	4,3
9	4,8	4,4	1,0	5,0
10	4,2	3,6	1,2	4,3
11	5,0	4,2	2,7	5,0
12	4,6	4,2	2,4	3,8
13	2,7	4,4	3,0	3,2
14	3,5	4,2	3,0	4,4
15	4,4	4,6	1,7	3,8
16	3,4	4,2	2,4	4,3
17	4,8	4,4	2,8	5,0
18	4,2	4,0	1,8	3,2
19	4,1	4,2	2,7	5,0
20	4,8	3,6	2,4	4,2
21	3,4	3,8	1,8	4,4
22	3,7	4,4	1,4	4,7
23	5,0	3,1	1,7	4,0
24	4,1	3,8	1,7	3,3
25	3,8	3,8	1,0	4,6
26	3,9	3,6	2,7	4,2
27	4,6	3,9	1,7	4,7
28	4,4	5,0	2,2	4,6
29	4,4	3,5	2,7	5,0
30	4,6	4,7	2,7	4,4

Таблиця Б.7

Результати за методикою «Шкала самоосвітньої активності» (СОА)
(контрольна група)

Респонденти	Частота та сталість самоосвітньої активності	Рівень самостійності	Потреба в зовнішній підтримці	Ставлення до цифрових освітніх інструментів
1	2,7	3,2	4,0	3,8
2	3,5	2,3	3,2	2,2
3	3,6	1,7	2,7	3,2
4	4,5	2,9	3,9	2,9
5	4,1	3,3	3,3	3,0
6	3,7	5,0	4,2	3,9
7	4,6	3,4	3,1	3,6
8	2,5	4,3	2,0	4,1
9	3,0	2,9	1,9	3,1
10	2,8	2,1	4,3	2,7
11	3,1	2,3	4,4	3,0
12	2,4	2,5	2,9	3,4
13	3,9	5,0	2,7	3,3
14	3,2	2,5	4,2	2,3
15	2,3	4,1	2,1	3,3
16	2,7	2,4	2,3	3,4
17	3,7	4,1	3,5	4,8
18	4,1	3,6	2,7	4,4
19	5,0	3,2	3,0	2,5
20	5,0	3,3	2,9	3,0
21	3,7	2,6	3,3	2,1
22	2,7	3,7	4,1	2,8
23	1,8	2,9	3,1	3,4
24	3,6	2,1	3,5	4,0
25	2,8	2,0	1,4	2,7
26	3,1	3,5	3,0	2,7
27	3,0	4,8	2,3	1,6
28	3,3	3,4	2,0	3,1
29	4,3	3,2	2,3	2,4
30	3,5	3,6	2,7	2,8

Таблиця Б.8

Експертне оцінювання (експериментальна група)

Респонденти	1. Участь у внутрішніх освітніх заходах	2. Ініціативність щодо нових знань	3. Активне застосування нових знань на практиці	4. Пошук зовнішніх джерел знань	5. Використання цифрових інструментів для навчання	6. Самоорганізація в навчанні	7. Підвищення кваліфікації поза межами закладу	8. Рефлексія власної діяльності	9. Ділиться знаннями з колегами	10. Мотивація до безперервного розвитку
1	4,8	5	3,3	5	4,1	4,1	5	5	4	4,4
2	3,8	4	4,2	4,3	4,8	3,5	4,3	3,5	4,5	4,9
3	5	3,8	4,6	4,1	4,8	3	3,8	4,4	3,4	4,8
4	5	3,6	4,9	4,3	5	3,8	4,9	4,1	3,6	5
5	3,2	4,8	5	3	5	4,2	4,4	4,2	5	5
6	3,6	5	5	3,2	4,9	5	5	5	3,8	5
7	4,6	4,1	4,2	3,3	5	4,3	4,2	4,8	3,9	4,4
8	4,2	3,6	4,2	3,6	4	4,9	3,2	5	5	4,3
9	4,5	3,6	5	4,8	4,3	3,8	3	4,3	5	5
10	4	4,8	4,3	3,7	4,1	3,4	5	3,9	3,8	4,9
11	5	4,8	3,6	4,1	4,5	3,5	5	4,3	4,2	5
12	5	4,7	3,6	5	3,9	3,7	4	4,5	4,7	3,9
13	4,5	3,7	3,7	4,2	5	5	3,8	4,5	5	5
14	5	4,4	4,8	5	4,6	3,6	5	3,6	3,9	5
15	4,8	4,4	4,6	3,6	3,9	4,8	3,3	4,5	4,3	4,3
16	4	4,4	4,9	4,3	4,1	3,6	3,5	4,5	4,9	4,5
17	4,8	4,9	4,2	3,6	4,9	4,9	4,6	5	4,7	4,9
18	3,8	4,4	4,6	4,2	5	4,4	3,8	5	4,2	4,8
19	5	4,8	4,9	5	5	4,1	4,1	3,8	4,3	4,6
20	4,5	4,2	4,2	3	5	4,2	4	4,2	3,6	4,8
21	4,4	4,5	4,8	4,8	4,9	3,7	4,3	3,4	4,3	4,6
22	4,1	4,8	4	4,7	4,1	4,5	5	3,9	4,3	4,9
23	5	3	4,2	4	3,4	3,8	4,2	4,6	4,6	5
24	4,4	4	4,2	3,2	4,8	3,4	4,6	5	4,1	3,5
25	4,2	3,8	3,6	4,6	4,2	3,3	2,6	3,9	4,7	4,6
26	4,2	3,7	4,8	4	4,5	4,3	4,1	3,9	5	4,9
27	4,9	4	4,2	4,7	4,3	5	3,5	2,9	4,6	4,9
28	4,8	5	4,5	4,4	4,6	4,3	3,2	4,3	4,7	4,6
29	4,8	3,6	4,8	5	5	4,1	3,5	3,7	4,5	3,9
30	4,8	5	4,8	4,2	4,8	4,4	3,9	4,1	4,5	4,9

Таблиця Б.9

Експертне оцінювання (контрольна група)

Респонденти	1. Участь у внутрішніх освітніх заходах	2. Ініціативність щодо нових знань	3. Активне застосування нових знань на практиці	4. Пошук зовнішніх джерел знань	5. Використання цифрових інструментів для навчання	6. Самоорганізація в навчанні	7. Підвищення кваліфікації поза межами закладу	8. Рефлексія власної діяльності	9. Ділиться знаннями з колегами	10. Мотивація до безперервного розвитку
1	4,6	4,2	3,2	1,4	3,2	2,9	3,4	2,2	2	2,7
2	2	3,5	3,5	3,2	2,4	3,2	4,3	2,9	2,7	3,3
3	3,9	2,6	3,8	2,8	2,7	4,1	3,3	3,2	3,5	3,4
4	2,9	2,4	2,7	3,6	2	4,1	3,7	3	3,2	2,9
5	3,2	3,1	3,2	3,8	2,4	3	3,3	3,6	3,1	3,4
6	2,4	2,2	4,1	3,3	2,8	3,1	3,2	3,3	3,2	2,7
7	2,9	2,6	2,9	3,8	3,8	3,6	2,7	3,5	3,5	3,9
8	4,2	3,3	2,8	3,4	4,4	2,6	3,5	2,7	2,6	3,8
9	3,7	3,9	3,4	3,6	2	3,2	2,6	3,6	3,9	3,2
10	4,6	3,5	3,7	2,6	3,4	3	3,7	4,1	3,9	3,5
11	4,1	1,5	3,3	3,1	2,3	3,2	4,1	2,5	3,6	2,2
12	3,6	3,3	4	3,4	3,4	2,6	3,5	2,6	3,8	2,8
13	4,6	3,2	3,7	3,9	3	2,1	3,1	3,9	3,6	3,2
14	3,6	3,4	3,7	2,9	1,7	2	3,6	3	5	2,9
15	3,9	4,2	3,5	3,6	3,8	2,4	3,1	3,9	3,2	3,6
16	3	1,7	4,6	3	2,7	2,8	3,9	2,8	3,1	4,2
17	3,3	2,7	3,2	3,1	2,7	2,9	1,9	4	2,7	2,8
18	2,6	3,5	2,2	3,9	2,3	4,1	3	3,2	2,6	2,9
19	4	2	4,2	1,6	2,6	3,7	1,8	3,3	2,4	3,4
20	2,3	4,1	3	2,2	3,4	2,5	2,2	4	2,7	4
21	3,8	3,4	3,4	2	3	3,2	4,3	2,9	3,4	2,8
22	3	3,7	4	1,3	3,3	2,9	3,9	2,5	3,6	3,4
23	4,1	2,7	2,3	2,7	3,4	2,9	2,7	2,8	3,4	4,1
24	3,8	3,7	2,5	3,8	4,1	3,1	2,2	3,4	2,7	2,6
25	4,7	3,8	2,3	3	2,9	3,4	1,3	2,2	4	2,8
26	3,8	3,3	2,8	3,4	2	2,9	2,9	3,5	3,9	3,1
27	1,9	3,3	3,5	4,1	3,9	3,6	4,9	2,8	3,2	3
28	3,1	3,3	3,5	4,3	2,9	2,4	3,5	3,8	2,8	3,6
29	2,3	2,5	3,5	3,1	4	3	2,9	1,7	3,8	3,4
30	2,8	3	2,5	4,3	3,4	4,5	3,6	2,6	3,5	2,5