



Е. И. АКСЕНОВА, Ю. В. БУРДАСТОВА, Г. Г. НАДАРЕЙШВИЛИ

РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ГЛОБАЛЬНЫЕ ТРЕНДЫ И НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ПОСРЕДСТВОМ НАСТАВНИЧЕСТВА)

МОНОГРАФИЯ

МОСКВА
2025

Государственное бюджетное учреждение города Москвы
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

Е. И. Аксенова, Ю. В. Бурдастова, Г. Г. Надарейшвили

**РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ГЛОБАЛЬНЫЕ ТРЕНДЫ
И НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
(НА ПРИМЕРЕ ФОРМИРОВАНИЯ
КОМПЕТЕНЦИЙ ПОСРЕДСТВОМ
НАСТАВНИЧЕСТВА)**

МОНОГРАФИЯ

Научное электронное издание

Москва
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2025

УДК 614.2;331.1
ББК 51.1

Рецензенты:

Гажева Анастасия Викторовна – кандидат медицинских наук, доцент, научный сотрудник отдела научных основ организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»;

Ойноткинова Ольга Шонкоровна – доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней и профилактической медицины ФГБУ ДПО «ЦГМА».

Аксенова, Е. И.

Развитие кадрового потенциала здравоохранения: глобальные тренды и национальные особенности (на примере формирования компетенций посредством наставничества): монография [Электронный ресурс] / Е. И. Аксенова, Ю. В. Бурдастова, Г. Г. Надарейшвили; отв. ред. д. э. н., проф. Е. И. Аксенова; науч. ред. к. э. н. Ю. В. Бурдастова. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2025. – URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/> – Загл. с экрана. – 98 с.

ISBN 978-5-907952-79-9

Настоящая монография представляет собой комплексное исследование роли наставничества как стратегического ресурса для формирования профессиональных компетенций в системе здравоохранения. Работа основана на масштабных исследованиях, проведенных авторским коллективом в 2024–2025 гг. на базе Федерального центра поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья Минздрава России и Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ. В монографии сделан акцент на глобальный контекст (проведен анализ лучших международных практик и моделей наставничества) и российскую специфику (представлены результаты уникального анкетирования образовательных и научных организаций, подведомственных Минздраву России, и медицинских организаций, подведомственных ДЗМ, что позволило выявить национальные особенности и региональную динамику). На основе полученных данных разработаны рекомендации по развитию института наставничества для обеспечения непрерывного профессионального развития медицинских кадров на всех этапах – от студента до опытного специалиста.

Издание предназначено для руководителей медицинских организаций и образовательных учреждений, организаторов здравоохранения, научных сотрудников, а также всех, кто интересуется вопросами развития кадрового потенциала в медицине.

**УДК 614.2; 331.1
ББК 51.1**

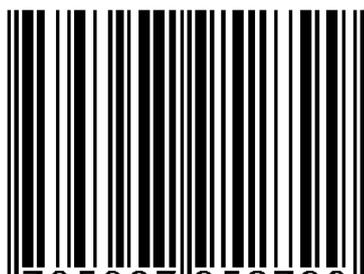
*Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
(Протокол № 10 от 9 декабря 2025 г.).*

Самостоятельное электронное издание сетевого распространения.

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

При цитировании ссылка на издание
и правообладателей обязательна.

ISBN 978-5-907952-79-9



9 785907 952799 >

© Аксенова Е. И., Бурдастова Ю. В., Надарейшвили Г. Г., 2025
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2025

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ПОДХОД.....	7
1.1. Роль наставничества как интегративного механизма развития в мировом контексте.....	7
1.2. «Пирамида» наставничества в медицине: от студента и ординатора к опытному специалисту и руководителю.....	11
1.3. Психологические аспекты взаимодействия «наставник-наставляемый» в условиях стресса.....	14
1.4. Интеграция наставничества в систему непрерывного медицинского образования: американская и канадская модели.....	17
ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ НАСТАВНИЧЕСТВА В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	20
2.1. Нормативно-правовое и организационное регулирование наставничества	20
2.2. Стимулирование наставника и критерии его отбора.....	22
2.3. Практические аспекты организации наставничества	24
2.4. Обучение наставников: потребности и реальность.....	26
ГЛАВА 3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАСТАВНИЧЕСТВА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ Г. МОСКВЫ.....	29
3.1. Анализ профиля медицинских организаций – участников анкетирования	29
3.2. Организационные аспекты наставничества.....	31
3.3. Информационная поддержка и обучение наставников.....	33
3.4. Критерии отбора наставников.....	36
3.5. Организация наставничества.....	39
3.6. Мотивация и поощрение наставников.....	44

ГЛАВА 4. ПРАКТИКИ НАСТАВНИЧЕСТВА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ.....	47
4.1. Образовательные организации.....	47
4.1.1. Наставничество.....	47
4.1.1.1. Используемые практики наставничества.....	47
4.1.1.2. Реализация наставничества. Нормативно-правовое обеспечение и вознаграждение.....	53
4.1.1.3. Наставник и наставляемые.....	55
4.1.1.4. Обучение наставников.....	61
4.1.2.Тьюторство/кураторство.....	63
4.1.2.1. Организационные вопросы тьюторства/кураторства. Вопросы стимулирования.....	63
4.1.2.2. Тьютор/куратор и курируемые.....	65
4.1.2.3. Обучение тьюторов/кураторов.....	71
4.2. Научные организации.....	74
4.2.1. Наставничество.....	74
4.2.1.1. Используемые практики наставничества.....	74
4.2.1.2. Реализация наставничества. Нормативно-правовое обеспечение и вознаграждение.....	78
4.2.1.3. Наставник и наставляемые.....	81
4.2.1.4. Обучение наставников.....	84
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	87
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	90

ВВЕДЕНИЕ

Развитие принципов пациентоориентированности системы здравоохранения, решение задач повышения качества медицинских услуг и обеспечения принципов безопасного лечения пациентов во многом зависят от результатов работы медицинских работников, которые определяются их квалификацией, знаниями, навыками и мотивацией.

В Дорожной карте по профессионализации кадров общественного здравоохранения в Европейском регионе [1] отмечается, что профессионализация рабочей силы требует системного подхода на трех уровнях – правительственном, организационном и профессиональном, при этом основными движущими силами в профессионализации кадров являются социализация, регулирование и операционализация: социализация укрепляет профессиональную идентичность и организационную культуру и, как следствие, повышает приверженность работе и стабильность кадрового состава; регулирование формирует правовые рамки для деятельности специалистов и защиты общественных интересов; операционализация позволяет реализовать идеи и концепции в конкретные организационные действия и результаты, которые можно будет измерить. Эти принципы могут быть применимы не только для работников общественного здравоохранения, но и клинической медицины.

Согласно исследованиям ВОЗ [2], в ряде регионов мира, в том числе в европейских странах, системы здравоохранения сталкиваются с растущим дисбалансом между специалистами узкого профиля и врачами общей практики, что усугубляется старением кадрового состава и феминизацией профессии. Одним из ключевых факторов этих проблем является восприятие первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) как непривлекательной карьеры среди студентов-медиков и врачей. Низкий престиж специальности, а также существенные различия в оплате труда по сравнению с узкими специалистами формируют негативное отношение к работе в первичном звене. Систематический анализ ВОЗ показывает, что образовательные программы, охватывающие весь период медицинского обучения и сочетающие различные форматы обучения (клиническую практику, наставничество, персонализированные учебные планы), демонстрируют наибольшую эффективность в формировании интереса студентов к ПМСП.

Наставничество, как исторически сложившаяся педагогическая традиция, в современных условиях вновь обретает актуальность, трансформируясь в научно обоснованный инструмент управления человеческими ресурсами в сфере здравоохранения. Исследования последних лет убедительно демонстрируют преимущества наставничества для медицинских работников, включая развитие профессиональных компетенций, формирование профессиональной идентичности и карьерных стратегий [3–5].

Особенно значимым представляется тот факт, что грамотно организованные программы наставничества способны не только решать кадровые проблемы, но и эффективно противодействовать профессиональному выгоранию, одновременно повышая вовлеченность сотрудников в рабочий процесс, что особенно важно в условиях неравномерного распределения медицинских работников по медицинским организациям [6–7]. Международный опыт подтверждает, что наставничество способствует не только профессиональной адаптации, но и развитию эмоционального интеллекта, коммуникативных навыков и лидерских качеств, непосредственно влияющих на качество медицинской помощи [8].

В России процесс институционализации наставничества в здравоохранении находится на стадии активного развития, что проявляется в формировании соответствующей нормативной базы. Так, в 2024 году перечнем поручений Президента России № Пр-251ГС были определены задачи по формированию единого подхода к наставничеству, требований к наставнику, повышению его престижа, проведению мероприятий по наставничеству. С 1 марта 2025 года вступил в силу Федеральный закон от 09.11.2024 № 381-ФЗ, который закрепил понятие наставничества в Трудовом кодексе Российской Федерации, а также гарантировал оплату труда наставникам за выполнение соответствующей работы и пояснил некоторые вопросы в части оформления наставничества. Указом Президента России от 01.04.2025 № 197 учрежден День наставника, который будет ежегодно отмечаться 2 марта и призван повысить роль наставника в преемственности традиций и поколений в профессиях. В мае 2025 года Правительством России Распоряжением от 21.05.2025 №1264-р утверждена Концепция развития наставничества на период до 2030 года, представляющая наставничество как инструмент социализации, профессионального роста молодежи и трансляции духовно-нравственных ценностей по следующим направлениям: молодежное и детско-взрослое наставничество (помощь в профессиональном самоопределении, поддержка детей в трудных жизненных ситуациях, профилактика правонарушений), наставничество в сфере труда (помощь в оттачивании профессиональных навыков), социальное и лидерское наставничество. В ноябре Президентом России подписан Федеральный закон от 17.11.2025 № 424-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», предусматривающий обязательное наставничество (не более 3 лет) в отношении выпускников медицинских вузов, впервые прошедших первичную аккредитацию специалиста, в медицинских организациях, участвующих в системе ОМС, по окончании которого будет проводиться периодическая аккредитация специалиста, а также установление с 1.03.2026 обязательства ординаторов, обучающихся за счет бюджетных средств, заключать договор о целевом обучении с медучреждением, в котором выпускник ординатуры будет обязан отработать по завершении обучения¹.

Целью настоящего исследования является комплексный анализ потенциала наставничества как стратегического ресурса развития кадров здравоохранения.

¹ Федеральный закон от 17.11.2025 № 424-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202511170015?ysclid=mi4dseb4ej421774356&index=1> (дата обращения: 17.11.2025).

ГЛАВА 1. ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ПОДХОД

1.1. РОЛЬ НАСТАВНИЧЕСТВА КАК ИНТЕГРАТИВНОГО МЕХАНИЗМА РАЗВИТИЯ В МИРОВОМ КОНТЕКСТЕ

Современная система здравоохранения переживает период глубокой трансформации, обусловленной стремительным развитием медицинских технологий, изменением эпидемиологического профиля населения, ростом требований к качеству медицинской помощи и усилением глобальной конкуренции за высококвалифицированные кадры. В этих условиях формирование профессиональных компетенций медицинского работника выходит за рамки традиционного академического образования и приобретает характер непрерывного динамичного процесса, требующего новых подходов и механизмов реализации. Одним из наиболее перспективных и эффективных инструментов в этой системе выступает наставничество, которое в современных условиях трансформируется из неформальной передачи опыта в научно обоснованную педагогическую технологию, интегрирующую лучшие мировые практики и адаптирующую их к национальным особенностям системы здравоохранения.

Профессиональные компетенции современного медицинского работника представляют собой сложную многогранную систему, включающую не только традиционные клинические навыки и медицинские знания, но и совершенно новые измерения, обусловленные цифровизацией здравоохранения, междисциплинарной интеграцией и изменением парадигмы взаимодействия с пациентом. К 2025 году сформировался устойчивый тренд на то, что медицинские специалисты должны сочетать традиционные клинические навыки с новыми компетенциями в области тех-

нологий (цифровая грамотность и навыки работы с клиническим программным обеспечением), коммуникативные навыки, культурную осведомленность и способность к непрерывному обучению [9].

В декабре 2024 года Американская ассоциация медицинских колледжей (ААМС), Американская ассоциация колледжей остеопатической медицины (ААСОМ) и Аккредитационный совет по аспирантскому медицинскому образованию (АСГМЕ) совместно опубликовали унифицированный набор основных компетенций для высшего медицинского образования, что стало важным шагом в стандартизации требований к подготовке врачей. Этот документ закрепляет шесть ключевых компетенций: уход за пациентами и процедурные навыки, медицинские знания, обучение на основе практики и совершенствование, межличностные и коммуникативные навыки, профессионализм и понимание системных аспектов здравоохранения [10]. В Великобритании документ «Good medical practice and more detailed guidance 2024» акцентирует внимание на доверии и профессионализме, включая честность и порядочность, поддержание профессиональных границ, эффективную коммуникацию как медицинского профессионала и управление конфликтами. Эти требования отражают глобальную тенденцию к расширению понимания профессиональной компетентности работников здравоохранения за пределы исключительно медицинских знаний и навыков [11].

Особую актуальность в формировании профессиональных компетенций приобретает наставничество, которое в разных странах мира реализуется через различные институциональные формы и методологические подходы. В Японии система подготовки медицинских кадров делает особый акцент на практической подготовке, научных исследованиях и наставничестве под руководством старших специалистов или врачей в больницах и других медицинских учреждениях [12]. Исследование, проведенное в 2024 году, показало существенную связь между качественным наставничеством и результатами экзаменов во время клинической ординатуры в Японии, при этом данное исследование не обнаруживает значимой связи между формальным наставничеством и результатами экзаменов, и авторы приходят к выводу о необходимости повышения качества наставничества как для организаторов здравоохранения, так и для руководителей медицинских вузов. Привлечение опытных компетентных традиционных наставников и хорошо налаженных связей с подопечными может более эффективно поддерживать последних, что потенциально приводит к лучшим результатам клинической компетентности подопечных [13].

В Европейском регионе активно развиваются программы наставничества, направленные на продвижение женщин в профессиональной деятельности и их карьерный рост через создание сетей, менторство и обмен передовыми практиками. Программы наставничества, особенно те, которые вовлекают сотрудников в экспертные сообщества, став ключевым фактором повышения лояльности и удержания персонала. Более того, они также могут способствовать развитию лидерских качеств и навыков управления персоналом [14]. Систематический обзор, проведенный в 2024 году, призван сформировать лучшие практики и руководящие принципы для развития межпрофессиональной наставнической компетентности наставников [15]. Исследование, посвященное выявлению распространенных практик в наставничестве при подготовке хирургов в Европе, выявило существующие пробелы в системе наставничества (очевидная потребность в более формализованных, инклюзивных программах наставничества, которые в достаточной степени охватывают как технические, так и нетехнические навыки) и предложило структурированные предложения для их устранения [16].

В США и Европе проводятся кросс-секционные исследования по наставничеству в специализированных областях, таких как эндокринология, что позволяет выявлять как общие тенденции, так и специфические особенности наставнических программ в разных медицинских дисциплинах [17]. Особое внимание уделяется роли наставничества как критического показателя для развития

карьеры и создания значимых исследований и программ, хотя в большинстве случаев это рассматривается как дополнительная, а не обязательная компонента профессиональной подготовки [18].

В Индии наставничество рассматривается как инструмент улучшения результатов обучения и лидерского поведения, предоставляющий индивидуальное руководство, подотчетность и закрепление навыков. Программы развития лидерства в здравоохранении в штате Гуджарат демонстрируют эффективность интеграции наставничества в систему подготовки медицинских кадров [19].

В Австралии и других англоязычных странах наставничество в сфере здравоохранения рассматривается как эволюционирующий процесс, который требует адаптации к современным вызовам и интеграции цифровых технологий в образовательный процесс. Обзор роли наставничества и коучинга в обучении медицинских работников цифровым технологиям показал, что эти методы значительно повышают эффективность усвоения новых компетенций [20].

Китайская модель наставничества отличается масштабностью и системностью подхода, активной государственной поддержкой и интеграцией с национальными программами развития здравоохранения [21, 22].

Сравнительный анализ наставнических практик в разных странах позволяет выявить как сильные, так и слабые стороны различных моделей (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение практик наставничества в разных странах

Страна	Сильные стороны	Слабые стороны
Япония	Глубокая интеграция наставничества в практическую подготовку, строгая иерархическая структура отношений «учитель-ученик» и высокая степень ответственности наставника за профессиональное становление подопечного	Чрезмерная формализация отношений, ограниченная гибкость в выборе наставника и потенциальные риски перегрузки младших коллег работой, что особенно актуально в контексте реформы рабочего стиля врачей, запущенной в Японии в 2024 году [23]
Китай	Широкое использование цифровых платформ для дистанционного наставничества, стандартизация требований к наставникам и систематическая оценка результатов	Ограниченная автономия наставников в выборе методов работы, недостаточное внимание к развитию мягких навыков и культурной компетентности, а также формальный подход к оценке эффективности наставнических программ
Индия	Гибкость адаптации к местным условиям, сильная мотивация участников и ориентация на решение практических проблем здравоохранения	Недостаточная стандартизация программ, ограниченные возможности для долгосрочного сопровождения и зависимость от энтузиазма отдельных наставников
Европа	Гибкость программ, учет индивидуальных потребностей подопечных, акцент на развитие лидерских качеств и поддержку гендерного равенства	Фрагментация подходов между странами, недостаточное финансирование наставнических программ и сложности в измерении долгосрочной эффективности этих инициатив
США	Высокая мотивация наставников благодаря системе стимулирования, использование доказательной базы при разработке программ и активное применение инновационных технологий в процессе наставничества	Высокая стоимость программ, неравномерное распределение возможностей наставничества между различными медицинскими специальностями и риск коммерциализации образовательного процесса
Австралия	Использование современных платформ для виртуального наставничества, систематическая оценка компетенций и поддержка со стороны профессиональных организаций	Географические ограничения доступа к качественному наставничеству, высокие требования к технической подготовке участников и риски цифрового неравенства между различными группами медицинских работников

Источник: составлено авторами.

Анализ мировых практик позволяет выделить ключевые факторы эффективности наставничества в формировании профессиональных компетенций медицинских работников. Во-первых, это системность подхода – наставничество должно быть интегрировано в общую систему непрерывного профессионального развития и поддерживаться соответствующими нормативными документами и стандартами [11]. Во-вторых, критически важна подготовка самих наставников – современные исследования показывают, что эффективность наставнических программ напрямую зависит от уровня компетентности наставников в области педагогики, психологии и управления персоналом [15]. В-третьих, необходимо обеспечить баланс между структурированным подходом и гибкостью программ, что позволяет адаптировать наставничество к индивидуальным потребностям обучающихся и меняющимся условиям практики [16].

Особое внимание в современных условиях уделяется цифровизации наставничества. Развитие телемедицины, искусственного интеллекта и цифровых платформ обучения создает новые возможности для организации наставнического процесса [9]. Однако это также ставит перед системой здравоохранения новые вызовы, связанные с необходимостью развития цифровой грамотности как у наставников, так и у их подопечных, обеспечением информационной безопасности и сохранением «человеческого измерения» в процессе обучения [20]. Исследования показывают, что наиболее эффективными являются гибридные модели наставничества, сочетающие очные встречи с использованием цифровых инструментов для постоянной связи и обмена опытом [20].

Важным аспектом является развитие межпрофессионального наставничества, которое становится все более актуальным в условиях роста командной работы в здравоохранении. Исследования показывают, что межпрофессиональное наставничество способствует улучшению коммуникации между различными категориями медицинских работников, повышению качества ухода за пациентами и сокращению количества медицинских ошибок [15]. Для успешной реализации этого подхода необходима разработка специальных программ подготовки наставников, способных работать в междисциплинарной среде и учитывать особенности различных профессиональных культур.

Особое внимание в современных условиях уделяется вопросам гендерного равенства и инклюзивности в наставничестве. Программы наставничества должны быть доступны для всех медицинских работников независимо от пола, возраста, места работы, специальности и других характеристик [14]. Это особенно актуально в контексте преодоления гендерного дисбаланса в руководящих позициях системы здравоохранения и поддержки карьерного роста женщин-медиков. Систематический подход к созданию сетей, наставничеству и обмену передовыми практиками способствует продвижению женщин в профессиональной деятельности и их карьерному развитию [14].

Экономическая эффективность наставнических программ является еще одним важным аспектом их внедрения в систему здравоохранения. Хотя первоначальные инвестиции в создание инфраструктуры наставничества могут быть значительными, долгосрочные преимущества включают снижение текучести кадров, повышение качества медицинской помощи, сокращение затрат на исправление ошибок и повышение удовлетворенности медицинских работников своей профессиональной деятельностью [18]. В условиях ограниченных бюджетных ресурсов особенно важна разработка моделей наставничества с высокой рентабельностью инвестиций, включая использование цифровых технологий, волонтерских программ наставничества и партнерств с образовательными учреждениями.

Перспективным направлением развития наставничества в медицине является интеграция искусственного интеллекта и аналитики данных для персонализации наставнического процесса.

Современные технологии позволяют анализировать индивидуальные траектории профессионального развития, выявлять пробелы в компетенциях и предлагать персонализированные рекомендации по их устранению [9]. Тем не менее важным аспектом остается факт, что технологии должны дополнять, а не заменять человеческое взаимодействие в процессе наставничества, сохраняя его эмоциональную и мотивационную составляющие.

1.2. «ПИРАМИДА» НАСТАВНИЧЕСТВА В МЕДИЦИНЕ: ОТ СТУДЕНТА И ОРДИНАТОРА К ОПЫТНОМУ СПЕЦИАЛИСТУ И РУКОВОДИТЕЛЮ

Современная медицинская наука и практика предъявляют все более высокие требования к подготовке специалистов, что обуславливает необходимость системного подхода к профессиональной социализации и развитию медицинских работников на всех этапах их карьерного пути. В контексте этих вызовов концепция «пирамиды» наставничества приобретает особое значение, поскольку она предлагает комплексную модель преемственности знаний, навыков и профессиональных ценностей, обеспечивающую непрерывное развитие медицинского кадрового потенциала. Эта модель предполагает многоуровневую систему наставничества, где каждый уровень служит опорой для следующего этапа профессионального роста, создавая тем самым устойчивую структуру передачи профессионального опыта от поколения к поколению.

Пирамидальная модель наставничества в медицине базируется на фундаментальном принципе «каждый наставник сам когда-то был наставляемым», что обеспечивает цикличность и преемственность процесса профессионального развития.

На нижнем уровне пирамиды находятся студенты-медики, которые получают первоначальные навыки клинического мышления и практической работы под руководством старшекурсников и ординаторов. Эти *near-peer mentors* (ближние наставники) играют уникальную роль, поскольку их недавний опыт обучения позволяет им лучше понимать трудности и потребности начинающих студентов, а также эффективно передавать не только профессиональные знания, но и стратегии преодоления учебных и психологических барьеров. Исследования показывают, что подобная модель взаимодействия особенно эффективна на этапе адаптации новых врачей, когда молодые специалисты получают поддержку от коллег, находящихся на несколько шагов впереди по карьерной лестнице, но при этом имеющих собственных наставников среди опытных врачей [24].

Средний уровень пирамиды представлен ординаторами и молодыми специалистами, которые могут одновременно являться наставниками для студентов и младших коллег и наставляемыми в процессе ординаторской практики и работы в медицинской организации. Этот двойной статус создает особую динамику профессионального роста, поскольку молодые врачи учатся не только получать знания, но и передавать их другим, что значительно ускоряет формирование их профессиональной идентичности. Исследования показывают, что ординаторы, вовлеченные в наставничество студентов, демонстрируют более высокий уровень клинического мышления и уверенности в своих профессиональных решениях по сравнению с коллегами, не имеющими такого опыта [25]. В университетских клиниках Европы и США эта модель получила широкое распространение в рамках так называемых «продольных программ», где один и тот же студент проходит все этапы обучения под руководством последовательно сменяющихся друг друга наставников, каждый из которых специализируется на определенном этапе профессионального становления [26].

Верхний уровень пирамиды образуют опытные специалисты и руководители медицинских учреждений, которые не только передают клинические навыки, но и формируют у молодых коллег навыки управления, лидерства и стратегического мышления. Эти наставники выступают в роли «архитекторов» профессиональных карьер, помогая молодым врачам определить их долгосрочные цели и найти оптимальные пути их достижения. Исследователи предлагают четырехступенчатую модель наставничества для руководителей медицинских учреждений, которая включает этапы подготовки, профессионального удовлетворения, создания наследия и служения обществу – все эти компоненты являются ключевыми факторами для построения успешной карьеры в медицине. Эта модель особенно актуальна для стран с развитой системой здравоохранения, где руководящие позиции требуют не только клинического мастерства, но и умения эффективно управлять медицинскими командами и ресурсами [27].

Международный опыт внедрения пирамидальных моделей наставничества демонстрирует значительное разнообразие подходов, адаптированных к национальным особенностям системы здравоохранения и медицинского образования. В Европе, например, активно развивается инициатива UEMS (European Union of Medical Specialists), которая соединяет опытных медицинских специалистов с молодыми врачами и ординаторами по всей Европе [28]. Эта программа основана на принципах взаимного обучения и обмена лучшими практиками между странами – членами ЕС, что способствует гармонизации стандартов медицинской подготовки и наставничества на континенте. Особое внимание в европейских программах уделяется межкультурному аспекту наставничества, особенно в контексте мобильности медицинских кадров внутри Европейского союза.

Система здравоохранения США традиционно делает акцент на индивидуализированном подходе к наставничеству, где каждый резидент или молодой специалист получает персонального наставника, отвечающего за его профессиональное и карьерное развитие. Проекты вроде JMSA (Japanese Medical Students' Association) Mentorship Program демонстрируют успешную интеграцию международного опыта, соединяя студентов и резидентов из США и Японии, которые планируют построить свою медицинскую карьеру в Соединенных Штатах [29]. Такие программы не только способствуют профессиональному росту участников, но и создают транснациональные профессиональные сети, которые играют важную роль в современной глобализированной медицине. Американские исследователи также активно изучают эффективность различных моделей наставничества, предлагая пятифакторную конструктивистскую модель, направленную на развитие педагогических практик у будущих преподавателей медицинских вузов [30].

Япония, сохраняя свои традиционные ценности уважения к старшим, успешно интегрирует современные подходы к наставничеству в свои медицинские учебные заведения. Модель Core Curriculum for Medical Education в Японии представляет собой структуру, которая выделяет ключевые компоненты учебного плана, включая наставничество как один из основных элементов профессиональной подготовки. Японские программы наставничества часто сочетают формальные и неформальные аспекты, где опытные врачи не только передают клинические навыки, но и формируют у молодых коллег профессиональную этику и отношение к пациентам [31].

Китай, Индия и другие страны Азиатско-Тихоокеанского региона также активно развивают системы наставничества в медицине, адаптируя западные модели к своим культурным и организационным особенностям. В Китае, например, реализуются студенческие инициативы по наставничеству в неблагополучных китайских сообществах, где студенты-медики выступают в роли наставников для местных жителей, обучая их основам здорового образа жизни и профилактики заболеваний [32]. Такие программы не только развивают навыки будущих врачей, но и способствуют улучшению здоровья населения.

Австралийский опыт наставничества в медицине отличается особой внимательностью к балансу между профессиональным развитием и личной жизнью медицинских работников. Австралийские программы часто включают компоненты поддержки психического здоровья и предотвращения профессионального выгорания, что становится все более актуальным в условиях современной медицины. Австралийские исследователи подчеркивают важность создания поддерживающей среды для наставников, поскольку эффективность всей пирамидальной системы во многом зависит от благополучия тех, кто стоит на верхних уровнях этой структуры [33].

Российская система медицинского образования и наставничества находится на этапе активного развития, интегрируя лучшие международные практики с сохранением отечественных традиций наставничества. Российские исследователи разрабатывают модели наставничества с учетом личностных особенностей и проблем студентов медицинских вузов, что позволяет индивидуализировать подход к профессиональному развитию будущих врачей [34]. Особое внимание уделяется формированию у студентов не только клинических компетенций, но и мягких навыков – навыков коммуникации, работы в команде и эмоционального интеллекта, которые становятся все более востребованными в современной медицинской практике.

Теоретические основы пирамидальной модели наставничества в медицине черпают идеи из различных педагогических и психологических концепций. Конструктивистская теория обучения, например, предполагает, что знания создаются через опыт и рефлексию, что особенно актуально для медицинского образования, где теоретические знания должны постоянно интегрироваться с практическим опытом [30]. Пирамидальная модель наставничества предоставляет идеальную структуру для реализации этих принципов, поскольку каждый уровень пирамиды соответствует определенному этапу профессионального развития, где новые знания строятся на фундаменте предыдущего опыта.

Эволюция пирамидальных моделей наставничества в медицине отражает общие тренды в развитии системы здравоохранения и медицинского образования. Современный этап характеризуется переходом от традиционных вертикальных структур к более гибким и адаптивным моделям, которые учитывают индивидуальные особенности профессионального развития каждого специалиста. Исследователи отмечают, что концепция «пирамиды» постепенно трансформируется в более сложные структуры, напоминающие экосистему профессионального развития, где взаимодействие между уровнями становится более динамичным и многогранным [35]. Однако сама идея многоуровневого наставничества остается фундаментальной, поскольку она отражает естественный процесс профессионального становления врача.

Инновационные подходы к пирамидальному наставничеству включают использование цифровых платформ и искусственного интеллекта для персонализации процесса обучения и наставничества. В Южной Корее и Японии активно развиваются системы искусственного интеллекта, которые анализируют индивидуальные особенности обучающихся и предлагают оптимальные траектории профессионального развития с учетом их сильных и слабых сторон. Эти технологии не заменяют человеческое взаимодействие в наставничестве, а дополняют его, предоставляя наставникам и подопечным объективные данные для принятия решений о профессиональном пути.

Стратегическое значение пирамидальных моделей наставничества для системы здравоохранения невозможно переоценить. В условиях глобального дефицита медицинских кадров и старения медицинского персонала эффективные системы наставничества становятся критически важными для сохранения профессиональных знаний и опыта. Исследования показывают, что учреждения с хорошо организованными программами наставничества демонстрируют более низ-

кий уровень текучести кадров, более высокую удовлетворенность работой среди медицинского персонала и лучшие клинические результаты для пациентов. Пирамидальная модель наставничества создает условия для непрерывного обновления профессиональных знаний и навыков, что особенно важно в эпоху быстрого развития медицинских технологий и методов лечения.

1.3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ «НАСТАВНИК- НАСТАВЛЯЕМЫЙ» В УСЛОВИЯХ СТРЕССА

В современной парадигме здравоохранения, где профессиональная деятельность медицинских работников сопровождается постоянным воздействием стрессогенных факторов, институт наставничества приобретает особую значимость как психологический ресурс преодоления профессионального выгорания и поддержания психического здоровья.

Психологические аспекты взаимодействия «наставник-наставляемый» в стрессовых условиях представляют собой сложный многогранный феномен, требующий междисциплинарного подхода, объединяющего достижения психологии здоровья, организационной психологии и педагогической науки.

Наставничество, рассматриваемое как технология обеспечения преемственности личностно-профессионального развития, трансформируется в условиях стресса в особый вид психологической поддержки, способной нивелировать негативные последствия профессионального давления и создать условия для устойчивого развития личности специалиста [36].

Психосоциальные факторы, согласно данным Всемирной организации здравоохранения, могут не только способствовать формированию стресса на рабочем месте, но и при грамотной организации наставнических отношений стать мощным инструментом его преодоления [37], что особенно актуально в условиях глобальных кризисов и пандемий, когда нагрузка на медицинских работников достигает критических значений.

Теоретические основы психологического взаимодействия в наставнических отношениях в стрессовых условиях базируются на концепции психологической безопасности, которая предполагает создание среды, где наставляемый может открыто выражать свои переживания, страхи и сомнения без опасения осуждения или негативных последствий для карьеры [38].

В условиях здравоохранения, где высока степень ответственности за жизни пациентов и преобладает культура соответствия высокопрофессиональному специалисту, наставник выступает не только как обладатель профессиональных навыков, способный их передать, но и как психологический ассистент, регулирующий уровень тревожности подопечного и формирующий адаптивные стратегии совладания со стрессом. Исследования показывают, что качественные наставнические отношения способствуют повышению уровня психологической устойчивости у наставляемых, что напрямую влияет на их способность эффективно функционировать в стрессовых ситуациях [39].

При этом важно отметить, что стресс выступает не только как деструктивный фактор, но и как медиатор, способный как усиливать, так и ослаблять связь между наставничеством и профессиональной эффективностью, в зависимости от качества взаимодействия и уровня доверия между

участниками [40]. Это двойственное влияние стресса требует особого внимания при проектировании наставнических программ в здравоохранении.

Международный опыт организации наставничества в условиях стресса демонстрирует значительное разнообразие подходов, отражающих культурные особенности и традиции различных стран. В Соединенных Штатах Америки наставничество в здравоохранении эволюционировало от неформальных отношений к высокоструктурированным программам, интегрированным в системы профессионального развития. Исследования Г. Уилсона и коллег подтверждают, что наставничество в американской медицинской практике вносит существенный вклад в улучшение физического и психологического здоровья врачей, повышая их уверенность в себе и навыки управления стрессом [41]. Особое внимание уделяется наставничеству для представителей отдельных групп, что признается важным фактором снижения уровня стресса и профилактики выгорания в условиях профессиональной дискриминации [42]. Программы наставничества в США часто включают элементы психологической поддержки, тренинги по эмоциональному интеллекту и техникам релаксации, что делает их комплексными инструментами стресс-менеджмента.

В Европе традиционно сильны подходы, интегрирующие наставничество в системы непрерывного профессионального образования. Европейские исследователи подчеркивают важность создания «психологически безопасных пространств» в наставнических отношениях, где обсуждение стрессовых ситуаций становится нормой профессиональной коммуникации [38].

Азиатский регион представляет уникальные модели наставничества, глубоко укорененные в культурных традициях и философских концепциях. В Японии наставничество (*senpai-kohai*) традиционно строится на принципах иерархии, уважения к старшим и коллективной ответственности [12]. Исследования естественно возникающих наставнических отношений в Японии показывают, что наставничество со стороны родителей или старших коллег тесно связано с другими аспектами позитивных отношений, что усиливает его психологическую эффективность в условиях стресса. Однако жесткая иерархия может иногда ограничивать открытость обсуждения стрессовых переживаний, что требует адаптации традиционных моделей к современным реалиям здравоохранения.

Китайская модель наставничества, основанная на конфуцианских принципах, подчеркивает роль ментора как источника не только профессиональной, но и моральной поддержки, что особенно важно в условиях высокого социального давления и стресса. Китайские исследователи отмечают двойственную роль наставников в условиях стресса: они могут быть источником как поддержки, так и дополнительного стресса, если ожидания от отношений не совпадают с реальными возможностями участников. Это требует особой чуткости в организации наставнических программ и учета культурных особенностей восприятия стресса [43].

В Южной Корее наставнические программы в здравоохранении активно развиваются с акцентом на управление стрессом, особенно среди молодых специалистов. Корейские исследователи разработали специализированные программы наставничества для управления стрессом, которые продемонстрировали значительное улучшение показателей стресса и самооценки у участников по сравнению с контрольными группами. Эти программы часто интегрируют традиционные корейские практики психологической устойчивости с современными методами стресс-менеджмента [44].

Индия, с ее многоуровневой системой здравоохранения и значительными социальными диспаритетами, демонстрирует интересные подходы к наставничеству в условиях экстремального стресса. Индийские исследования подчеркивают важность компетентности наставника, дове-

рия в отношениях, частоты встреч и режима коммуникации как ключевых факторов, влияющих на психологическую эффективность наставничества [45].

Австралийский опыт наставничества в здравоохранении характеризуется высокой степенью индивидуализации программ с учетом психологических особенностей участников. Австралийские исследователи фокусируются на изучении влияния наставничества на психосоциальное поведение и образ жизни медицинских работников, что особенно важно для профилактики профессионального выгорания [33].

Русская традиция наставничества в здравоохранении имеет глубокие исторические корни, восходящие к системе советского медицинского образования. Московский опыт организации наставничества в здравоохранении демонстрирует эффективность интеграции традиционных подходов с современными психологическими технологиями управления стрессом [4–7]. Российские исследователи отмечают, что деятельность руководителя как основа психологического здоровья коллектива напрямую влияет на эффективность наставнических отношений в условиях стресса [46].

Психологические механизмы взаимодействия «наставник-наставляемый» в стрессовых условиях включают три ключевых компонента, обеспечивающих их эффективность:

- 1) формирование психологической безопасности, когда наставляемый чувствует себя защищенным от негативных последствий при обсуждении своих ошибок, страхов и переживаний.
- 2) развитие эмоционального интеллекта участников отношений, что позволяет более точно распознавать и конструктивно реагировать на эмоциональное состояние друг друга в стрессовых ситуациях.
- 3) формирование когнитивных стратегий рефрейминга, когда наставник помогает наставляемому переосмыслить стрессовые ситуации как возможности для профессионального роста и личного развития.

Оценка эффективности наставнических программ в условиях стресса требует использования комплексных методик, включающих как количественные, так и качественные показатели. Среди наиболее информативных показателей – уровень профессионального выгорания (по методике В. В. Бойко или К. Маслач), индексы стресса (например, Perceived Stress Scale), показатели психологического благополучия и удовлетворенности профессиональной деятельностью.

Важно также оценивать качество самих наставнических отношений через призму доверия, открытости коммуникации, восприятия поддержки и субъективной удовлетворенности обоих участников. Исследования показывают, что регулярная обратная связь и рефлексия в процессе наставничества значительно повышают его психологическую эффективность в стрессовых условиях [35].

Программы, которые включают элементы групповой поддержки наряду с индивидуальным наставничеством, демонстрируют более устойчивые результаты в снижении уровня стресса и формировании психологической устойчивости. Эти программы снижают чувство изоляции, улучшают удовлетворенность работой и способствуют формированию культуры психического здоровья в медицинских коллективах [47].

Перспективные направления развития наставничества в условиях стресса включают интеграцию цифровых технологий, межкультурную адаптацию программ и развитие систем подготовки наставников. Цифровые платформы для наставничества позволяют расширить доступ к психологической поддержке, особенно в удаленных регионах и в условиях карантина. Однако важно со-

хранять баланс между технологичностью и человеческим измерением отношений, так как глубокая психологическая поддержка в стрессовых условиях требует личного контакта и эмпатии [48].

Система подготовки наставников должна включать не только педагогические навыки, но и компетенции в области психологии стресса, эмоционального интеллекта и техник психологической поддержки. Наставники должны быть обучены распознаванию признаков профессионального выгорания, кризисных состояний и знать алгоритмы оказания первой психологической помощи [49].

1.4. ИНТЕГРАЦИЯ НАСТАВНИЧЕСТВА В СИСТЕМУ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ: АМЕРИКАНСКАЯ И КАНАДСКАЯ МОДЕЛИ

Американская и канадская модели представляют собой два наиболее структурированных и методологически обоснованных подхода к организации наставнической деятельности, интегрированных в систему непрерывного медицинского образования (НМО). Их анализ позволяет выявить не только институциональные различия, но и общие тенденции в формализации и аккредитации процессов наставничества. В контексте реформирования медицинского образования и внедрения концепции системы здравоохранения, построенной на обучении (learning health system), о которой говорят исследователи [50], наставничество трансформируется из спонтанного обмена опытом в строго регламентированный процесс, направленный на достижение измеримых результатов в области клинической практики, управления и образования.

Однако прежде чем обратиться к анализу национальных моделей наставничества в США и Канаде, необходимо определить концептуальные рамки, в которых существует современное наставничество в медицине. Исторически сложившись как неформальный процесс передачи знаний и навыков от опытного специалиста к начинающему, сегодня оно эволюционировало в сложный многокомпонентный процесс, основанный на доказательных образовательных технологиях. Одной из таких технологий, оказывающей существенное влияние на мотивацию обучающихся, является модель мотивационного дизайна ARCS (Attention, Relevance, Confidence, Satisfaction), разработанная Дж. Келлером [51]. Данная модель предлагает системный подход к обеспечению мотивации на протяжении всего образовательного процесса через четыре ключевых компонента: привлечение и удержание внимания (Attention), демонстрацию релевантности содержания (Relevance), формирование уверенности в своих силах (Confidence) и обеспечение удовлетворения от результатов обучения (Satisfaction). Применение этой модели в системе наставничества позволяет структурировать взаимодействие наставника и подопечного, делая его не только информационно насыщенным, но и психологически комфортным, что способствует более глубокому усвоению знаний и формированию профессиональных компетенций.

Параллельно с этим в Северной Америке происходит переход от традиционного, иерархического наставничества «один на один» к сетевым и коллективным форматам. Как отмечается в публикациях, посвященных современным тенденциям, «нынешние профессионалы адаптируют их под свои уникальные карьерные цели» [52], что порождает такие формы, как групповое менторство, взаимное наставничество (peer mentoring) и виртуальное менторство, которое становится особенно актуальным в эпоху цифровизации. Эти новые модели фокусируются не только на передаче компетенций, но и на раскрытии индивидуального потенциала, повышении вовлеченности и эволюции поведенческих аспектов персонала в соответствии с организационной стра-

тегией [53]. Таким образом, теоретической основой для современных моделей наставничества становится синтез мотивационной педагогики, теорий взрослого обучения (andragogy) и принципов организационного развития, что в совокупности формирует фундамент для их дальнейшей формализации.

Американская модель наставничества: стандартизация и интеграция в систему СМЕ

Американская модель наставничества характеризуется исключительно высокой степенью стандартизации и интеграции в систему непрерывного медицинского образования (Continuing Medical Education – СМЕ). Ее отличительной чертой является развитая система аккредитации, которая обеспечивает единые стандарты качества как для образовательных программ, так и для самих наставников.

Аккредитация и формализация роли наставника. Ярким примером формализованного подхода к подготовке наставников является система, реализуемая АБЕТ – аккредитующей организацией в области прикладных и естественных наук, вычислительной техники и инженерии. Хотя АБЕТ напрямую не аккредитует медицинские программы, ее принципы оказали значительное влияние на смежные области здравоохранения. Согласно стандартам АБЕТ, «Тренер-наставник (Training Mentor) – это опытный оценщик программ, назначенный членским обществом АБЕТ для курирования кандидата в оценщики» [54]. К такому наставнику предъявляются строгие квалификационные требования: он должен был принять участие в аккредитационной проверке в течение двух последних аккредитационных циклов и получить удовлетворительные оценки по результатам недавних проверок [54]. Более того, сама должность наставника утверждается членскими обществами каждый год, что подчеркивает ее официальный статус и ответственность.

Обязанности наставника в американской модели детально регламентированы. Они включают в себя установление своевременного контакта с кандидатом, консультирование по вопросам онлайн-подготовки, оценку готовности кандидата к визиту и проведение брифинга после симуляционного тренинга. От наставника ожидается не только экспертиза, но и владение мягкими навыками (soft skills) [54]. Этот набор требований иллюстрирует тенденцию к формированию комплексного профиля компетенций современного наставника, сочетающего предметную экспертизу, педагогическую грамотность и высокоразвитые навыки межличностного общения.

Связь с системой СМЕ и признание на международном уровне. Аккредитация Совета по аккредитации непрерывного медицинского образования (АССМЕ) является краеугольным камнем американской системы СМЕ. Программы, аккредитованные АССМЕ, признаются не только на национальном уровне, но и во многих странах мира, что подчеркивает их соответствие международным стандартам. Как указано на ресурсе АССМЕ, множество стран, включая Саудовскую Аравию, ОАЭ, Малайзию, Южную Африку и другие, принимают образовательные кредиты АССМЕ для выполнения местных требований к непрерывному медицинскому образованию [55]. Например, специалисты в Саудовской Аравии должны заработать 30 баллов в год, а в Дубае – 40 кредитов в год. Это глобальное признание превращает американскую модель СМЕ и в более широком смысле – интегрированную в нее систему формального наставничества в международный стандарт де-факто, способствуя унификации подходов к непрерывному профессиональному развитию врачей по всему миру.

Канадская модель наставничества: ориентация на системы здравоохранения и практику

В отличие от американской модели с ее акцентом на стандартизацию и глобальное признание кредитов, канадский подход в большей степени ориентирован на интеграцию в конкретные си-

стемы здравоохранения и непосредственное улучшение клинической практики. Это находит отражение в организационных структурах и приоритетах наставничества.

Канадская система непрерывного медицинского образования тесно переплетена с требованиями по поддержанию сертификации (Maintenance of Certification – MOC). Как отмечается в обзоре АССМЕ, Канада принимает аккредитованные АССМЕ мероприятия «СМЕ for MOC» [55]. Это указывает на важный аспект канадской модели: наставничество и непрерывное образование рассматриваются не как самостоятельные процессы, а как инструменты обеспечения и демонстрации постоянной профессиональной компетентности, что напрямую связано с правом осуществления медицинской деятельности. Такой подход стимулирует практикующих врачей к систематическому участию в аккредитованных образовательных активностях, частью которых является и структурированное наставничество.

Фокус на системную интеграцию и достижение «Тройной цели». В канадской практике, как и в американской, происходит осознание необходимости тесной интеграции СМЕ и наставничества со стратегическими целями организаций здравоохранения. Критический анализ современного состояния СМЕ, представленный в научной литературе, свидетельствует о том, что «структура и предоставление СМЕ недостаточно эволюционировали, чтобы руководители медицинских организаций широко рассматривали их как неотъемлемый актив для улучшения системы здравоохранения» [50]. В ответ на этот вызов формируется новая парадигма, в которой СМЕ и наставничество должны быть переосмыслены и структурно интегрированы в работу медицинских организаций для достижения «Тройной цели» (Triple Aim): улучшения здоровья населения, снижения стоимости медицинской помощи и улучшения опыта взаимодействия пациента с медицинской организацией [50].

В этом контексте наставничество выходит за рамки простой передачи знаний и начинает выполнять функцию агента организационных изменений. Таким образом, в канадской модели ценность наставничества измеряется не только увеличением знаний отдельного врача, но и его вкладом в улучшение системных показателей: клинических результатов, эффективности использования ресурсов и удовлетворенности пациентов, что отражается в таких метриках, как Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) и опросы Patient Experience of Care [50].

Перспективы развития. Будущее развитие обеих моделей, по всей видимости, будет определяться несколькими устойчивыми тенденциями. Во-первых, это виртуализация: становление «виртуальной организации наставничества» требует его адаптации к новым условиям [52], где непосредственное межличностное общение частично заменяется опосредованным – цифровыми технологиями. Во-вторых, наблюдается переход от единой модели «золотого стандарта» – индивидуального наставничества – к диверсификации форматов. Все большее распространение получают групповое, взаимное и ситуативное (flash mentoring) наставничество, а также программы, подобные САНМЕ Mentorship Circle (СМС) [56]. Наконец, в-третьих, усиливается фокус на измеримые результаты. Как в США, так и в Канаде растет требование к тому, чтобы программы наставничества и СМЕ демонстрировали не просто удовлетворенность участников, а вносили свой вклад в улучшение клинических результатов, совершенствование профессиональных компетенций и достижение стратегических целей организации здравоохранения [53]. Это потребует разработки более сложных систем оценки и верификации эффективности наставнической деятельности.

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ НАСТАВНИЧЕСТВА В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Настоящий раздел подготовлен на основе анализа данных, полученных в результате анкетирования органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, проведенного авторами на базе Федерального центра поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья Минздрава России в 2024 году. Исследование охватило 62 субъекта Российской Федерации, или 70% от общего числа регионов.

Целью исследования является оценка текущего состояния, выявление ключевых тенденций, проблем и перспектив развития системы наставничества в медицинских организациях страны.

2.1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ И ОРГАНИЗАЦИОННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ НАСТАВНИЧЕСТВА

Из 89 субъектов Российской Федерации в анкетировании приняли участие 62 (69,7%), при этом система наставничества реализуется в 60 (97% ответивших). Это свидетельствует о высокой степени распространенности самой идеи наставничества в региональном здравоохранении и указывает на то, что она признается важным инструментом кадровой политики. Такой высокий показатель может быть связан с поэтапным процессом формализации наставничества на федеральном уровне, а также с объективной потребностью в адаптации и непрерывном профессиональном развитии медицинских кадров. Однако сам факт реализации системы не говорит о ее глубине, эффективности или единообразии подходов.

В 44 (71,0%²) регионах разработан региональный нормативно-правовой акт о наставничестве (рис. 1). Наличие нормативной базы в большинстве регионов – положительный фактор, создающий основу для системной работы.

² Здесь и далее доля указана от количества регионов, реализующих систему наставничества, если не оговорено иное.

Разработан ли нормативно-правовой акт по наставничеству в субъекте?

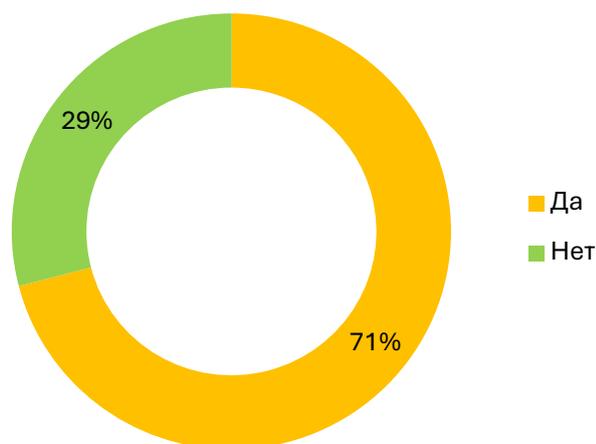


Рис. 1. Распределение ответов на вопрос: «Разработан ли нормативно-правовой акт по наставничеству в субъекте?»

Источник: составлено авторами.

По данным анкетного опроса 2024 года, в 51,7% регионов наставничество является отдельной функцией работника, а в 45,0% – входит в должностные обязанности (рис. 2). Это принципиальное различие: в первом случае деятельность наставника, как правило, подразумевает отдельную оплату или компенсацию, во втором – может рассматриваться как часть стандартной работы, поэтому разделение статуса наставника (отдельная функция или должностная обязанность) требует дальнейшего изучения на предмет мотивационного воздействия. Тем временем введенные поправки в Трудовой кодекс Российской Федерации (Федеральный закон от 09.11.2024 № 381-ФЗ) с 1 марта 2025 года закрепили понятие наставничества в Трудовом кодексе Российской Федерации, а также гарантировали оплату труда наставникам за выполнение соответствующей работы.

Является ли наставничество отдельной функцией работника или оно входит в его должностные обязанности?

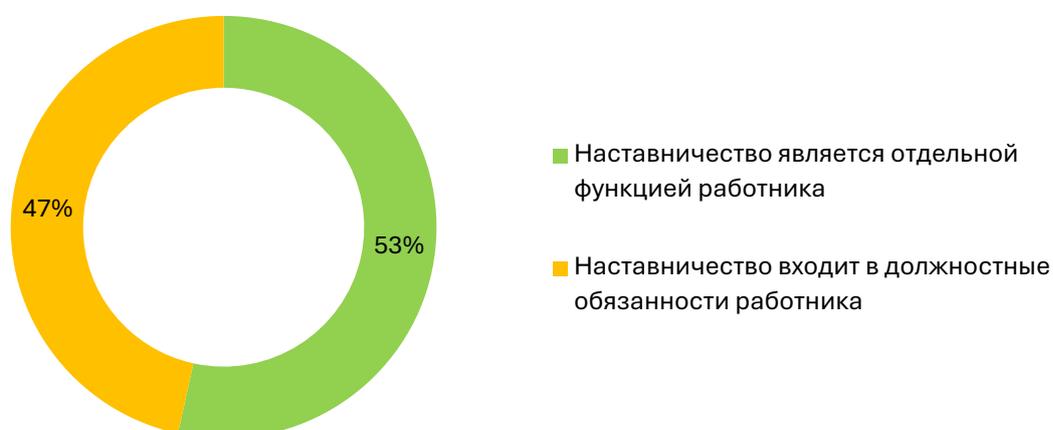


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос: «Является ли наставничество отдельной функцией работника или входит в должностные обязанности?»

Источник: составлено авторами.

2.2. СТИМУЛИРОВАНИЕ НАСТАВНИКА И КРИТЕРИИ ЕГО ОТБОРА

В 58,3% регионов оплата труда наставника регулируется на уровне медицинской организации, в 21,7% – на региональном уровне. В пятой части регионов оплата наставника не регулируется (рис. 3).

Децентрализованный подход к оплате (на уровне медицинской организации) предоставляет гибкость, но может привести к значительному разрыву в уровне материальной мотивации наставников даже в пределах одного региона. Отсутствие какого-либо регулирования оплаты в каждом пятом регионе является серьезным сдерживающим фактором для вовлечения сотрудников в наставническую деятельность.

Уровни регулирования вопроса оплаты наставника



Рис. 3. Распределение ответов на вопрос: «На каком уровне регулируется оплата труда наставника?»

Источник: составлено авторами.

Меры поощрения наставников включают в себя стимулирующие выплаты (55,0%), меры социального поощрения (48,3%), направление на образовательные и научные мероприятия (11,7%), организацию досуговых мероприятий (10,0%), денежные поощрения от регионов (6,7%). Социальные выплаты, помощь с бытовыми вопросами и дополнительные дни отпуска указаны по одному разу (1,7%) (рис. 4).

Структура поощрений демонстрирует преобладание материальных стимулов, однако низкая распространенность инвестиций в развитие самих наставников (обучение, научные мероприятия) может ограничивать качество их педагогических навыков. Для сравнения: в современных корпоративных системах наставничества как в России, так и за рубежом все большее значение приобретают нематериальные стимулы, включая карьерный рост, признание и развитие личного бренда. Например, в Deloitte программы наставничества интегрированы с корпоративным

брендом и карьерным развитием, а нематериальные стимулы (включая спикерские возможности, участие в стратегических проектах и публичное признание) становятся ключевым мотиватором для наставников [57]. В исследовании РБК³ отмечается, что современные сотрудники, включая наставников, все больше ценят «инвестиции в экспертизу» и «возможность раскрыть свой потенциал», в ответ компании развивают разнообразные карьерные треки (как менеджерские, так и экспертные), что позволяет сотрудникам расти, не обязательно становясь руководителями. Это создает среду, где наставничество становится одним из признанных путей для профессионального признания и карьерного развития.

Меры поощрения наставников



Рис. 4. Распределение ответов на вопрос: «Какие меры поощрения наставников используются?»

Источник: составлено авторами.

Подавляющее большинство регионов самыми важными критериями при отборе наставников указали большой опыт работы в медицинской организации (86,7%) и высокий уровень профессионального владения профессиональными компетенциями (81,7%). Также среди важных критериев можно выделить ответственность и организованность (66,7%), показатели результативности профессиональной деятельности наставника (61,7%) и педагогические навыки (55,9%). Остальные критерии отметили менее половины регионов. Наименее значимым критерием оказалось желание наставника помогать, оказывать поддержку, делиться опытом и знаниями (8,3%) (рис. 5).

³ Трудовые ценности: как изменилась мотивация сотрудников // РБК. Опубликовано 06.11.2025. URL: <https://www.rbc.ru/industries/news/6905dddb9a7947877b864d2d> (дата обращения: 12.11.2025).

Критерии отбора наставников



Рис. 5. Распределение ответов на вопрос: «Какие критерии важны для выбора наставника?»

Источник: составлено авторами.

Из 60 регионов, реализующих систему наставничества, только половина указали опыт работы, необходимый работнику, чтобы стать наставником. Большинство отмечает опыт работы не менее 5 лет (43,3% от числа ответивших на вопрос). Опыт не менее 3 лет указали 7 регионов (23,3%), 6 (19,3%) регионов – не менее 7 лет. Опыт работы в 10 лет указали 4 региона (13,3% от числа ответивших на вопрос).

Таким образом, сформированный портрет идеального наставника является классическим: опытный и компетентный специалист. Однако вызывает серьезную озабоченность недооценка педагогических навыков и, что особенно важно, личной мотивации и желания сотрудника быть наставником, которая с 2025 года уже прописана в Трудовом кодексе Российской Федерации. Назначение на роль наставника исключительно по критерию стажа, без учета способности и готовности к обучению подопечных, является распространенной ошибкой, которая может приводить к низкой эффективности программ и выгоранию самих наставников.

2.3. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ НАСТАВНИЧЕСТВА

В большинстве регионов (81%) отмечают, что организация наставничества не зависит от типа медицинской организации (рис. 6). Среди тех, кто ответил «Да» (19%), отмечают, что различия существуют в объемах работы, специфике работы с пациентами, графиках работы. Так, в стационаре необходимо обучение конкретным навыкам при проведении процедур и манипуляций, а в амбулатории – ведению документации и составлению отчетов.

Существуют ли различия при организации наставничества в зависимости от типа медицинской организации (медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь амбулаторно и стационарно)?

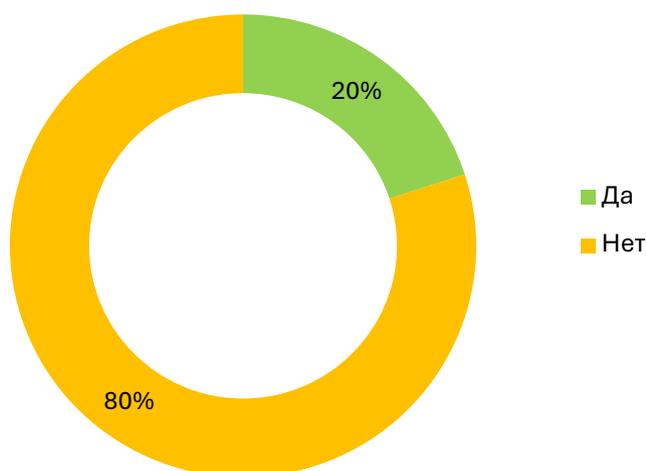


Рис. 6. Распределение ответов на вопрос: «Существуют ли различия при организации наставничества в зависимости от типа медицинской организации?»

Источник: составлено авторами.

В трети регионов проводятся конкурсы по наставничеству, при этом все из них реализуют программу наставничества (рис. 7). В двух третях регионов, реализующих систему наставничества, такие конкурсы не созданы. Низкая распространенность конкурсов может свидетельствовать о недостаточном внимании к инструментам нематериальной мотивации и публичного признания заслуг наставников.

Проводятся ли в субъекте конкурсы по наставничеству?

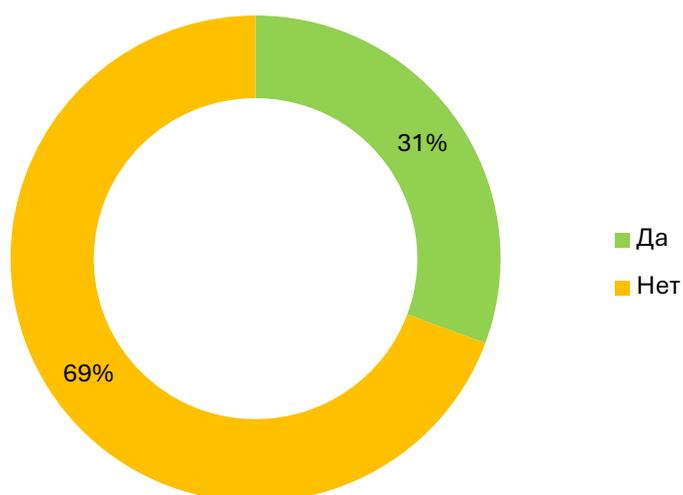


Рис. 7. Распределение ответов на вопрос: «Проводятся ли в субъекте конкурсы по наставничеству?»

Источник: составлено авторами.

2.4. ОБУЧЕНИЕ НАСТАВНИКОВ: ПОТРЕБНОСТИ И РЕАЛЬНОСТЬ

Только 12% регионов проводят обучение наставников (рис. 8). Согласно данным, полученным в ходе анкетного пороса, обучение наставников проводится в г. Москве, Вологодской, Нижегородской, Новосибирской, Тюменской, Ульяновской и Московской областях, Алтайском крае. Так, в Алтайском крае наставники проходят обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Организация наставничества в здравоохранении» (36 часов) на базе ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, в г. Москве наставники обучаются на образовательных программах в Кадровом центре Департамента здравоохранения, в Московской области обучение включает 2 этапа: экспертную оценку профессиональных компетенций и прохождение тренинга «Эффективное наставничество».

Проводится ли предварительное обучение наставников?

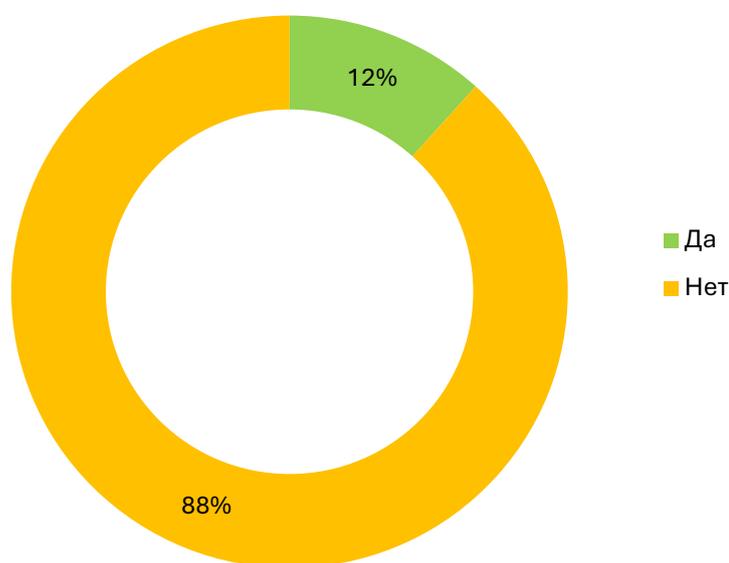


Рис. 8. Распределение ответов на вопрос: «Проводится ли предварительное обучение наставников?»

Источник: составлено авторами.

В 7% регионах разработаны программы обучения для наставников, в 5% – для наставников и наставляемых и в 2% – только для наставляемых. В 87,1% регионах программы обучения не реализуются (рис. 9).

Разработаны ли материалы для наставников и наставляемых?

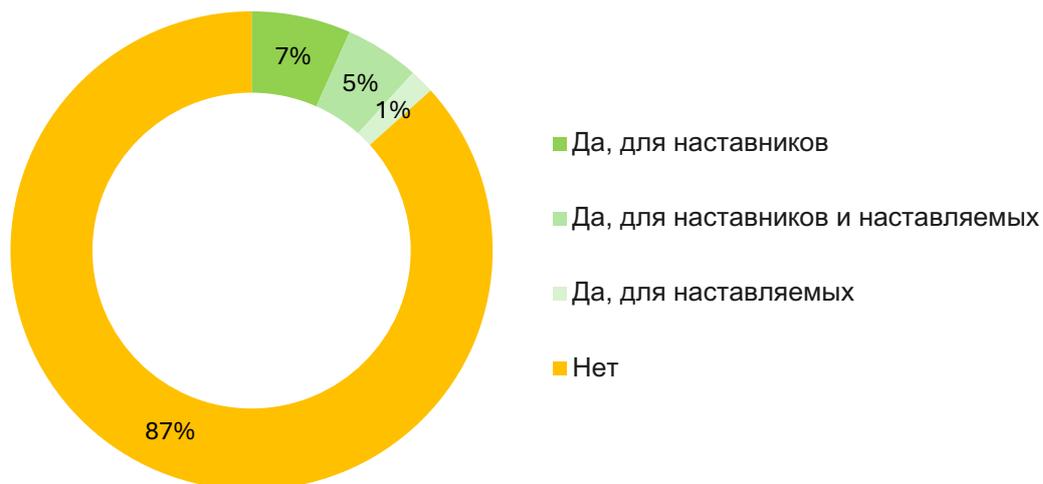


Рис. 9. Распределение ответов на вопрос: «Разработаны ли материалы для наставников и наставляемых?»

Источник: составлено авторами.

В трех четвертях регионов отмечают необходимость создания программ обучения для наставников (рис. 10).

Вопрос «По каким темам должно проводиться обучение наставников?» задавался только в случае, если на вопрос «Нужно ли создавать возможности обучения наставников?» был дан ответ «Да». Так, более половины регионов отметили, что обучение должно проводиться по организационным вопросам реализации наставничества (57,5%) и формированию индивидуального плана наставничества (51,1%). Также 55,3% регионов отметили, что оно должно реализовываться на региональном уровне на основании запросов наставников данного региона.

Нужно ли создавать возможности обучения наставников?

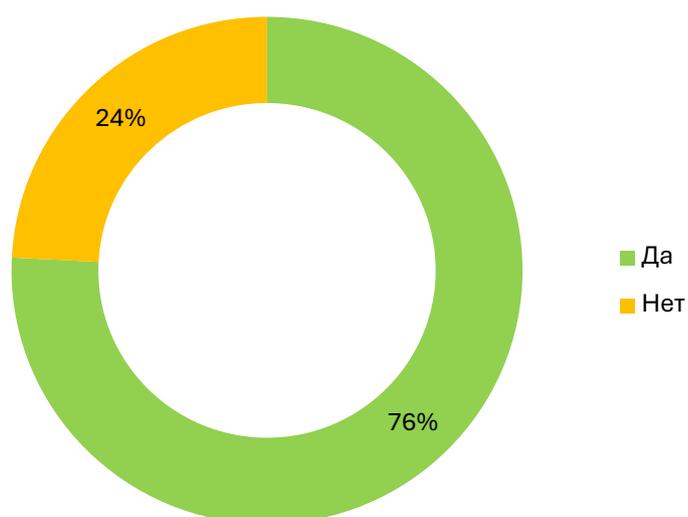


Рис. 10. Распределение ответов на вопрос: «Нужно ли создавать возможности обучения наставников?»

Источник: составлено авторами.

На вопрос «Как часто должно проводиться обучение наставников?» 72,3% регионов отметили, что обучение необходимо проводить по мере необходимости, 10,6% – однократно при назначении на роль ответственного, 15% – ежегодно, 2,1% регионов ничего не ответили (рис. 11).

Как часто должно проводиться обучение наставников?»



Рис. 11. Распределение ответов на вопрос: «Как часто должно проводиться обучение наставников?»

Источник: составлено авторами.

Согласно полученным данным, обнаруживается фундаментальный разрыв между осознанной потребностью и реальной практикой в обучении наставников. Подавляющее большинство регионов понимают, что наставника нужно готовить к этой роли, особенно в части организационных и методических аспектов. Однако в абсолютном большинстве случаев (87,1%) такой подготовки нет. Положительными примерами являются Алтайский край, Москва и Московская область и другие регионы, где созданы системные программы обучения, включающие как теоретическую подготовку, так и оценку компетенций. Этот разрыв между потребностью и предоставлением услуг является ключевым вызовом для развития системы наставничества. Без специальной подготовки даже самый опытный специалист может не обладать навыками для эффективной передачи знаний и помощи в оттачивании профессиональных компетенций подопечного.

ГЛАВА 3. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАСТАВНИЧЕСТВА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ Г. МОСКВЫ

Настоящий раздел подготовлен на основе анализа данных, полученных в результате анкетирования медицинских организаций, подведомственных ДЗМ, проведенного авторами на базе Федерального центра поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья Минздрава России в 2024 году. В представленном исследовании приняла участие 151 медицинская организация, что обеспечивает репрезентативную выборку для анализа современных практик наставничества в системе здравоохранения г. Москвы. Исследование охватывает широкий спектр аспектов наставничества от организационных вопросов до критериев отбора наставников и систем мотивации. Актуальность темы обусловлена необходимостью эффективной адаптации молодых специалистов в условиях постоянно меняющихся требований к медицинским кадрам и высокой ответственности за результаты профессиональной деятельности.

3.1. АНАЛИЗ ПРОФИЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ – УЧАСТНИКОВ АНКЕТИРОВАНИЯ

По данным рисунка 12, медицинские организации, которые приняли участие в анкетировании, имеют разнообразные профили деятельности. Наибольшую долю составляют организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (77,5%), что соответствует структуре системы здравоохранения РФ, где поликлиническое звено является наиболее многочисленным. Доля организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, составляет 36,4%, что отражает современную тенденцию к специализации медицинских учреждений. Незначительную долю составляют организации, оказывающие скорую медицинскую помощь (5,3%), паллиативную помощь (4,6%) и прочие виды помощи (5,3%).

Вид оказываемой медицинской помощи

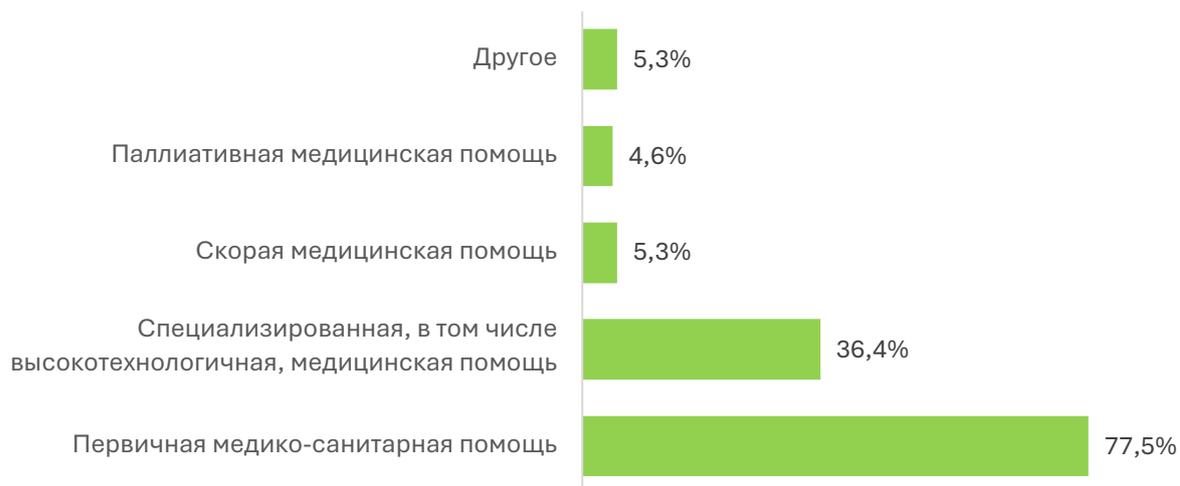


Рис. 12. Распределение медицинских организаций по видам оказываемой медицинской помощи

Источник: составлено авторами.

Аналогичное распределение наблюдается по условиям оказания помощи (рис. 13): 88,7% организаций оказывают медицинскую помощь в амбулаторных условиях, 32,5% – в стационарных условиях. Такое распределение объясняется особенностями организации здравоохранения в крупных городах, где преобладает поликлиническая сеть.

Условия оказываемой медицинской помощи



Рис. 13. Распределение медицинских организаций по условиям оказываемой медицинской помощи

Источник: составлено авторами.

Респонденты указали широкий спектр видов медицинской помощи и услуг, в которых реализуется наставничество. Среди них специализированная помощь: «Медицинская реабилитация», «Стоматология детская», «Психиатрическая», «Психиатрическая неотложная помощь»; эксперт-

ная и организационная деятельность: «производство судебно-медицинских экспертиз», «Служба “Единое окно”», «Дневной стационар», «Стационарно и амбулаторно».

Таким образом, система наставничества охватывает практически все ключевые направления современного здравоохранения в г. Москве – от первичной амбулаторной помощи до высокоспециализированной экспертной и стационарной деятельности. Это свидетельствует о признании роли наставничества как универсального инструмента адаптации кадров независимо от специализации учреждения.

3.2. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НАСТАВНИЧЕСТВА

Согласно данным, представленным на рисунке 14, 93% медицинских организаций используют в работе практики наставничества. Это может быть следствием активной работы региона в этом направлении. Так, в конце 2017 года был разработан и принят приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.12.2017 № 955 «Об утверждении Положения об адаптации медицинских работников в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

Реализуется ли в Вашей медицинской организации наставничество?

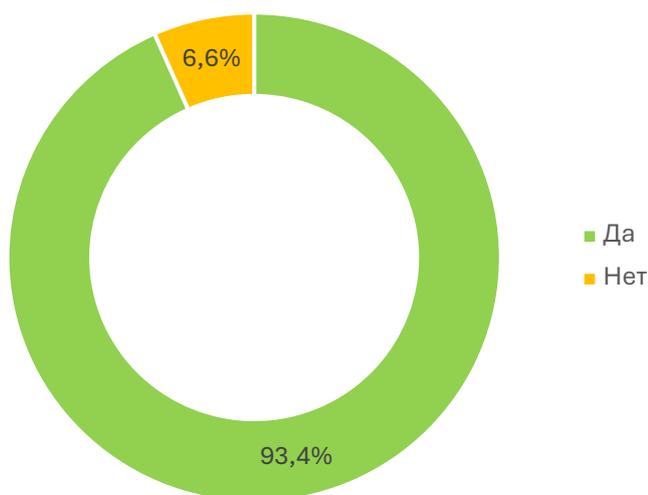


Рис. 14. Распределение ответов на вопрос: «Реализуется ли в медицинской организации наставничество?»

Источник: составлено авторами.

Этот тезис подтверждает тот факт, что в трети медицинских организаций практики наставничества используются свыше 5 лет, еще в четверти – на протяжении 1–5 лет (рис. 15).

На протяжении какого времени в Вашей медицинской организации реализуется наставничество (как процесс)?

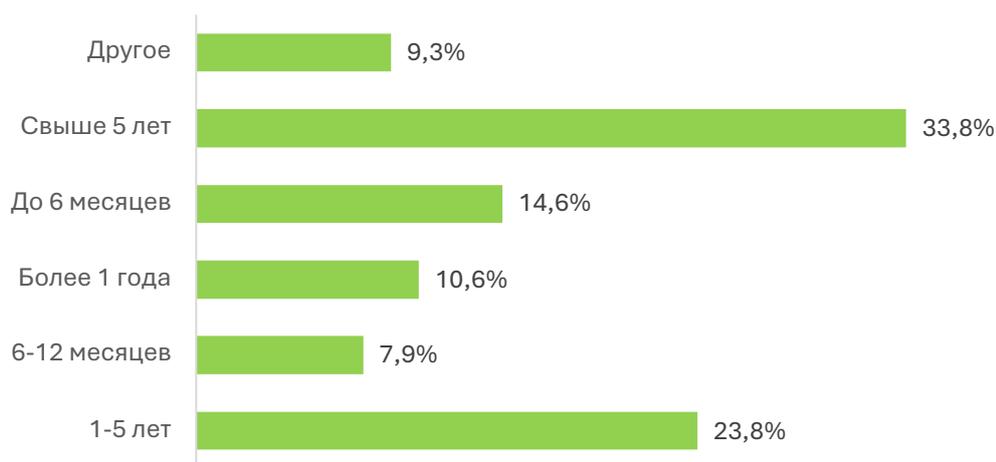


Рис. 15. Распределение ответов на вопрос: «На протяжении какого времени в Вашей медицинской организации реализуется наставничество?»

Источник: составлено авторами.

Согласно данным, представленным на рисунке 16, 72,8% медицинских организаций имеют локальные нормативно-правовые акты, регулирующие наставничество. Это указывает на системный подход к организации данного процесса в большинстве учреждений. Только 27,2% организаций не имеют специальных документов, что может свидетельствовать о формальном подходе к наставничеству или его отсутствию.

Разработан ли локальный нормативно-правовой акт по наставничеству в Вашей организации?

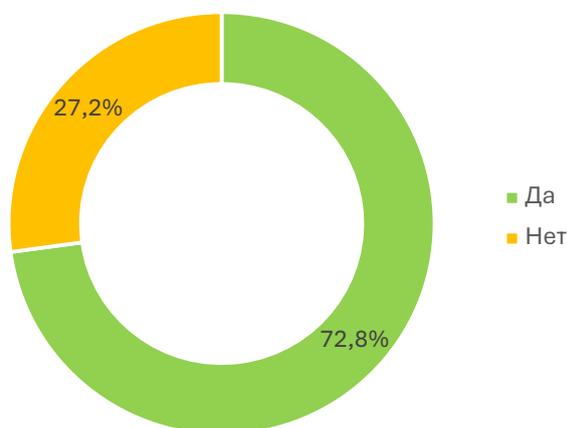


Рис. 16. Распределение ответов на вопрос: «Разработан ли нормативно-правовой акт по наставничеству в Вашей медицинской организации?»

Источник: составлено авторами.

Важным организационным аспектом является статус наставничества в трудовой деятельности медицинских работников. Данные показывают (рис. 17), что в 63,6% медицинских организаций наставничество является отдельной функцией работника, тогда как в 31,1% случаев оно входит в должностные обязанности. Данное распределение демонстрирует тенденцию к выделению наставничества в самостоятельную функцию с возможностью дополнительной мотивации, а не к его формальному включению в стандартные обязанности.

Является ли наставничество отдельной функцией работника или оно входит в его должностные обязанности?



Рис. 17. Распределение ответов на вопрос: «Является ли наставничество отдельной функцией работника или оно входит в должностные обязанности?»

Источник: составлено авторами.

3.3. ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА И ОБУЧЕНИЕ НАСТАВНИКОВ

Анализ ответов на вопрос об информационной поддержке наставников выявил, что 60,3% организаций разрабатывают специальные методические материалы для наставников и наставляемых. В 20,5% случаев наставникам предоставляется информация о лучших практиках наставничества. При этом 25,8% организаций сообщают об отсутствии информационной поддержки, что представляет собой значительный барьер для эффективного наставничества.

Какая информационная поддержка оказывается наставникам и наставляемым внутри медицинской организации?



Рис. 18. Распределение ответов на вопрос: «Какая информационная поддержка оказывается наставникам и наставляемым внутри медицинской организации?»

Источник: составлено авторами.

Критически важным аспектом является обучение наставников. По данным исследования, лишь 11,9% медицинских организаций обеспечивают предварительное обучение наставников (рис. 19). Такой низкий показатель может повлечь серьезные риски относительно качества наставничества в большинстве учреждений.

Проходит ли наставник предварительное обучение?

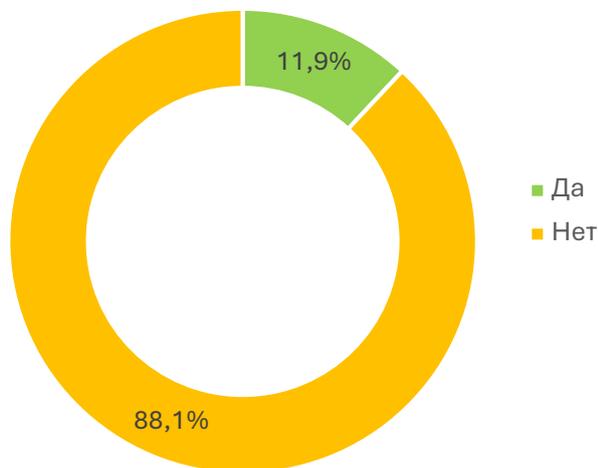


Рис. 19. Распределение ответов на вопрос: «Проходит ли наставник предварительное обучение?»

Источник: составлено авторами.

Что касается открытого вопроса для медицинских организаций, в которых наставник проходит предварительное обучение, то ответы демонстрируют значительное разнообразие в подходах к обучению наставников:

- ▶ **Централизованное обучение:** «Школа профессионального роста – Кадровый центр ДЗМ».
- ▶ **«Формальное образование:** повышение квалификации, программы НМО (непрерывного медицинского образования), интерактивный образовательный модуль.
- ▶ **Внутренние программы медицинских организаций:** обучение «на уровне медицинской организации», теоретическое обучение согласно разработанным СОПам, отработка мануальных навыков в симуляционном классе.
- ▶ **Современные методы:** обучение применению метода TWI (Training Within Industry), психологические методики по взаимодействию и коммуникациям.

Большинство медицинских организаций при этом выступают за предоставление дополнительных возможностей для обучения наставников – 64% (рис. 20).

Нужно ли проводить для наставников дополнительное обучение?

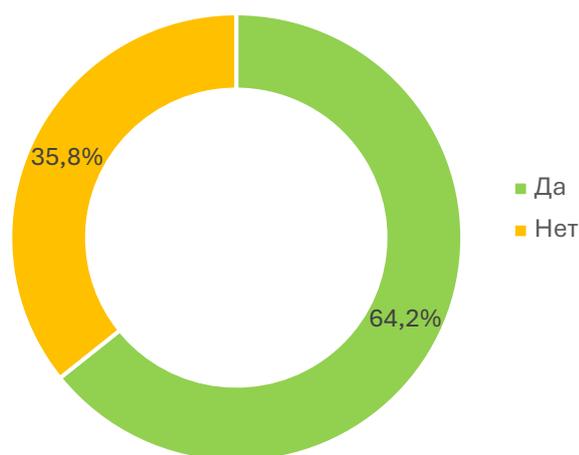


Рис. 20. Распределение ответов на вопрос: «Нужно ли проводить для наставников дополнительное обучение?»

Источник: составлено авторами.

Анализ содержания обучения (рис. 21) показывает, что наиболее востребованными являются вопросы организационного характера (43,7% организаций), нормативно-правовые аспекты (42,4%) и формирование индивидуального плана наставничества (37,1%). Лишь 14,6% организаций уделяют внимание надпрофессиональным компетенциям наставника.

Обучение наставников должно проводиться...



Рис. 21. Распределение ответов на вопрос: «Нужно ли проводить для наставников дополнительное обучение?»

Источник: составлено авторами.

Что касается частоты обучения (рис. 22), большинство организаций (65,6%) выступают за ответ «по мере необходимости», лишь 19,9% полагают, что его нужно пройти однократно при назначении на роль наставника, и только 7,9% считают, что обучение должно проводиться ежегодно.

Как часто должно проводиться обучение наставников?



Рис. 22. Распределение ответов на вопрос: «Как часто должно проводиться обучение наставников?»

Источник: составлено авторами.

3.4. КРИТЕРИИ ОТБОРА НАСТАВНИКОВ

Согласно данным анкетного опроса, в качестве наставника чаще всего выступает руководитель или сотрудник того же структурного подразделения, что и подопечный (82 и 72% соответственно) (рис. 23).

Кто выступает в роли наставника?



Рис. 23. Распределение ответов на вопрос: «Кто выступает в роли наставника?»

Источник: составлено авторами.

Анализ критериев отбора наставников выявил приоритет профессиональных характеристик над педагогическими (рис. 24). Наиболее значимыми критериями являются:

- ▶ Высокий уровень владения профессиональными компетенциями (78,8%).
- ▶ Показатели результативности профессиональной деятельности (72,2%).
- ▶ Большой опыт работы (70,2%).
- ▶ Ответственность и организованность (64,9%).

При этом педагогические навыки (умение обучать взрослых) имеют значение лишь для 37,7% медицинских организаций, что указывает на недооценку педагогической составляющей наставничества. Способность к установлению доверительных отношений отмечена в 41,1% случаев, что также является относительно невысоким показателем.

Для сравнения: в системе здравоохранения Великобритании, согласно Национальной рамке аккредитации клинических наставников NHS England, ключевыми компетенциями для отбора и оценки наставников являются именно педагогические навыки, умение давать обратную связь, эффективно общаться и выстраивать отношения, а также способность организовывать процесс обучения. Профессиональный опыт, хотя и является обязательным условием, выступает скорее базой для демонстрации этих обучающих компетенций, а не основным критерием отбора (NHS England, 2023) [58].

По каким критериям происходит отбор наставников?



Рис. 24. Распределение ответов на вопрос: «По каким критериям происходит отбор наставника?»

Источник: составлено авторами.

Требования к опыту работы наставников варьируются: 44,4% организаций требуют от 5 лет стажа, 9,3% – от 10 лет, 3,3% – от 3 лет. При этом 41,1% организаций указали «Другое», что может свидетельствовать об индивидуальном подходе или отсутствии четких требований. Данные указывают на отсутствие стандартизированного подхода к определению необходимого стажа работы для наставников, что может снижать эффективность наставнической деятельности.

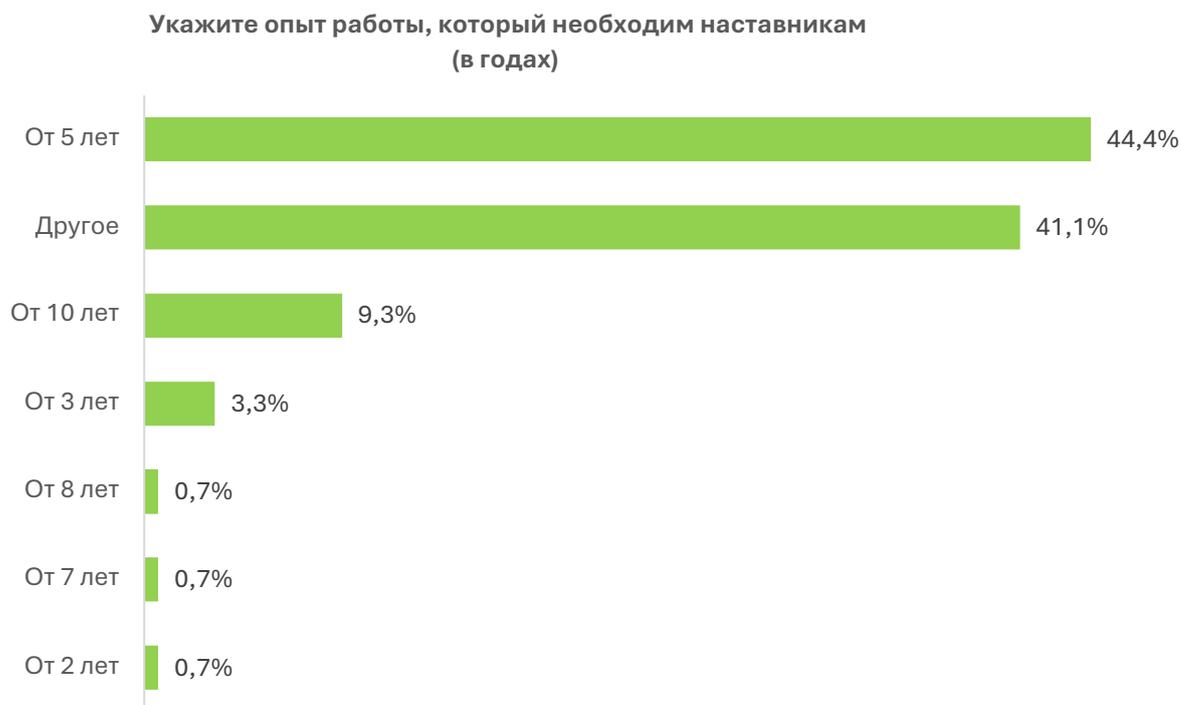


Рис. 25. Распределение ответов на вопрос: «Укажите опыт работы, который необходим наставникам?»

Источник: составлено авторами.

Данные рисунка 26 свидетельствуют о том, что в 61% медицинских организаций ведется реестр наставников.

Ведется ли в медицинской организации реестр наставников?

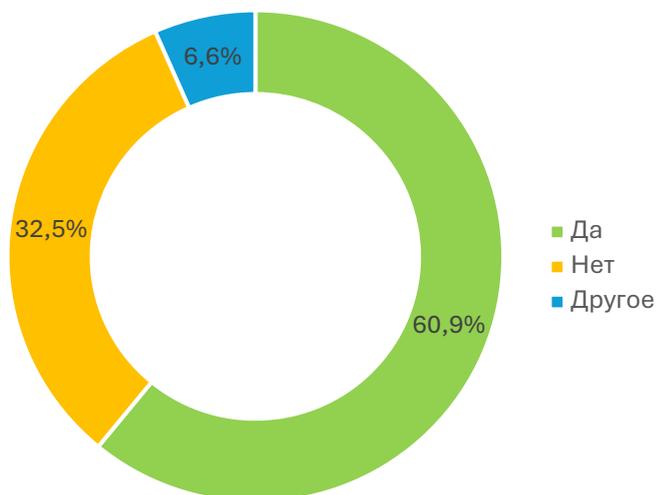


Рис. 26. Распределение ответов на вопрос: «Ведется ли в медицинской организации реестр наставников?»

Источник: составлено авторами.

3.5. ОРГАНИЗАЦИЯ НАСТАВНИЧЕСТВА

Анализ задач, решаемых наставниками, показал приоритет профессиональной адаптации (рис. 27):

- ▶ Адаптация к профессиональной деятельности, помощь в профессиональном становлении – 94,7%
- ▶ Помощь в ведении медицинской документации – 81,5%
- ▶ Адаптация в коллективе – 78,1%
- ▶ Адаптация к организационным и правовым нормам – 75,5%
- ▶ Помощь в ведении пациентов согласно клиническим рекомендациям – 72,2%
- ▶ Менее распространенными являются задачи по развитию коммуникативных навыков (55,6%), повышению трудовой мотивации (60,9%) и формированию индивидуальной траектории развития (37,7%). Такая направленность отражает преобладание сиюминутных практических задач перед стратегическим развитием специалиста, что ограничивает потенциал наставничества как инструмента долгосрочного профессионального развития медицинского работника.

Какие основные задачи должен решать наставник в процессе наставничества?



Рис. 27. Распределение ответов на вопрос: «Какие основные задачи должен решать наставник?»

Источник: составлено авторами.

Исследование выявило, что наставничество в основном ориентировано на молодых специалистов, впервые приступающих к профессиональной деятельности (96,0%) (рис. 28). Другие категории получают значительно меньшее внимание: ординаторы и студенты на практике (37,1%), сотрудники, пришедшие из других организаций (31,8%), сотрудники, сменившие направление деятельности (23,8%), вернувшиеся после длительного перерыва (25,2%). Лишь 4,0% организаций включают в программу наставничества сотрудников с опытом работы более 20 лет.

Такое распределение указывает на узкую направленность наставничества, ориентированную преимущественно на адаптацию новичков, тогда как потенциал наставничества для развития опытных специалистов и реинтеграции специалистов после перерывов в работе остается недостаточно задействованным.



Рис. 28. Распределение ответов на вопрос: «В отношении каких категорий работников осуществляется наставничество?»

Источник: составлено авторами.

Что касается сроков наставничества, доминирующим вариантом являются 1–3 месяца (50,3%), что соответствует периоду первичной адаптации специалиста, 18,5% организаций устанавливают срок в 6 месяцев, 11,3% практикуют гибкий подход – завершение наставничества по достижении целевого уровня компетенций. Примечательно, что 8,6% медицинских организаций устанавливают срок не более 1 года, что может быть связано с особенностями медицинских специальностей (рис. 29).

При этом 39,7% организаций устанавливают одинаковые сроки наставничества для всех категорий сотрудников, 33,1% дифференцируют сроки в зависимости от категории и целей, 22,5% определяют их индивидуально (рис. 30). Такое распределение указывает на преобладание стандартизированного подхода к организации наставничества, что может не учитывать индивидуальные особенности адаптации специалистов.

Укажите, пожалуйста, примерные сроки наставничества



Рис. 29. Распределение ответов на вопрос: «В какие сроки должно осуществляться наставничество?»

Источник: составлено авторами.

Выберите, пожалуйста, утверждение, которое отражает практику наставничества Вашей медицинской организации. Срок наставничества...

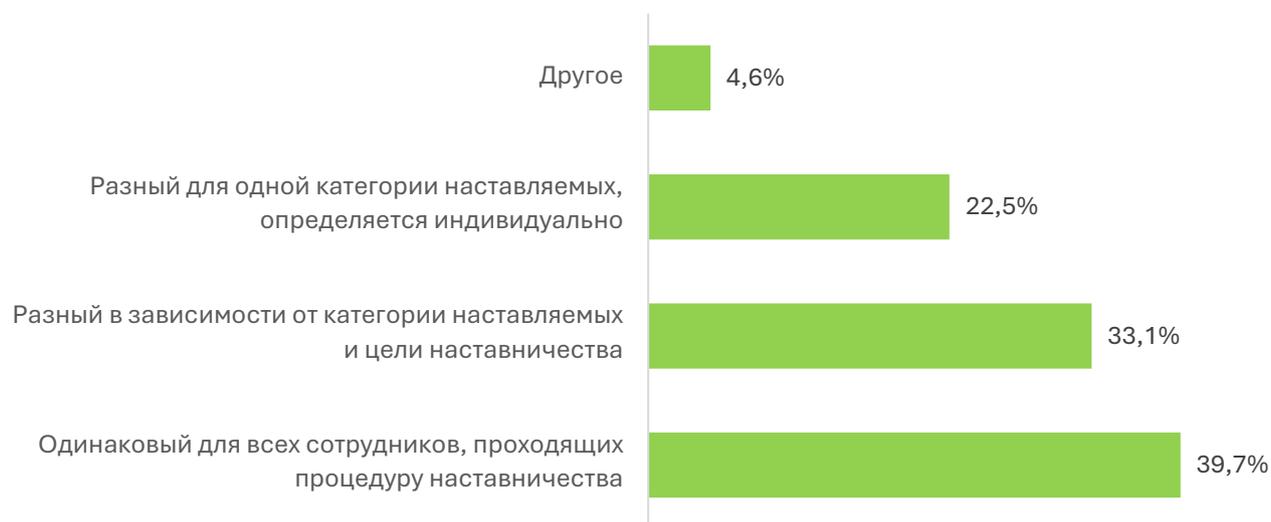


Рис. 30. Распределение ответов на вопрос о сроках наставничества в зависимости от категории подопечных

Источник: составлено авторами.

Критически важным аспектом организации наставничества является загруженность наставника. Исследование выявило, что 58,3% медицинских организаций прикрепляют к одному наставнику 2–3 наставляемых, 34,4% – одного наставляемого. Лишь 5,3% организаций допускают 3–5 наставляемых, а 0,7% и 1,3% – 5–10 и более 10 соответственно (рис. 31). Такое распределение соответствует

представлениям об оптимальной нагрузке наставника, поскольку эффективное наставничество требует значительных временных и эмоциональных ресурсов.

В открытом вопросе респонденты подробно обосновали факторы, влияющие на количество прикрепляемых наставляемых: загруженность наставника по основной должности, временные ограничения, качество наставничества и индивидуальный подход. Ряд медицинских организаций ссылаются на стандартные ограничения: не более трех молодых специалистов, проходящих адаптацию в виде наставничества, и не более двух молодых специалистов, проходящих адаптацию в виде стажировки.

Сколько наставляемых может быть прикреплено к наставнику?

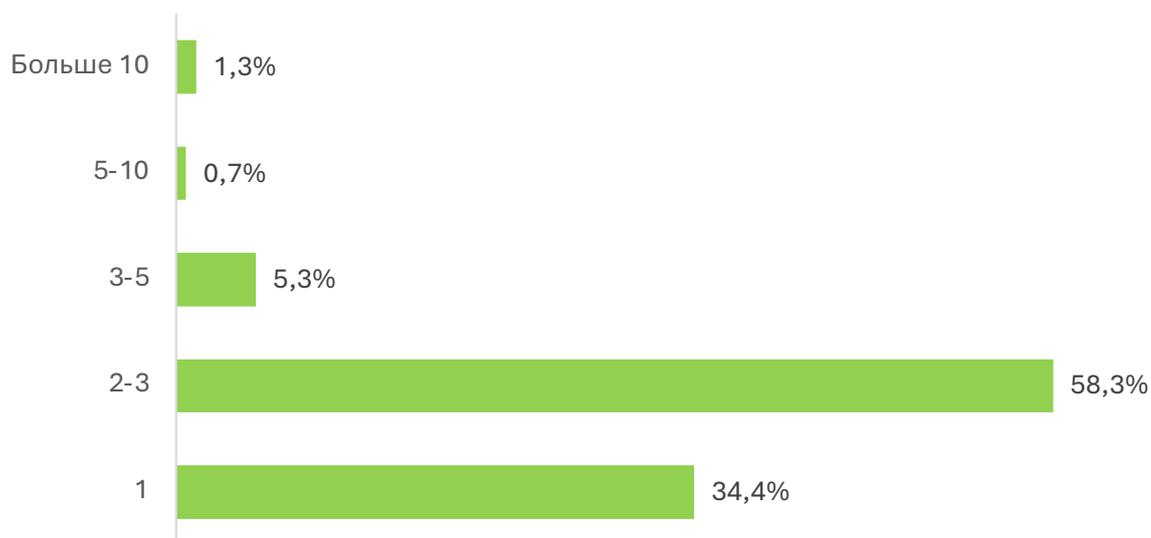


Рис. 31. Распределение ответов на вопрос: «Сколько наставляемых может быть прикреплено к наставнику?»

Источник: составлено авторами.

Данные иллюстрируют преобладание очного формата взаимодействия наставника и наставляемого (76,8%), что обусловлено спецификой медицинской профессии, требующей демонстрации практических навыков и непосредственного наблюдения за деятельностью. Лишь 17,9% организаций используют смешанный формат, 5,3% применяют иные форматы (рис. 32). В открытом вопросе также приведены примеры ситуаций, когда допускается дистанционное взаимодействие: при нахождении сотрудника в отдаленном филиале, для оперативного решения вопросов, при невозможности очной встречи (отпуск, дежурство).

Формат взаимодействия наставника и наставляемого

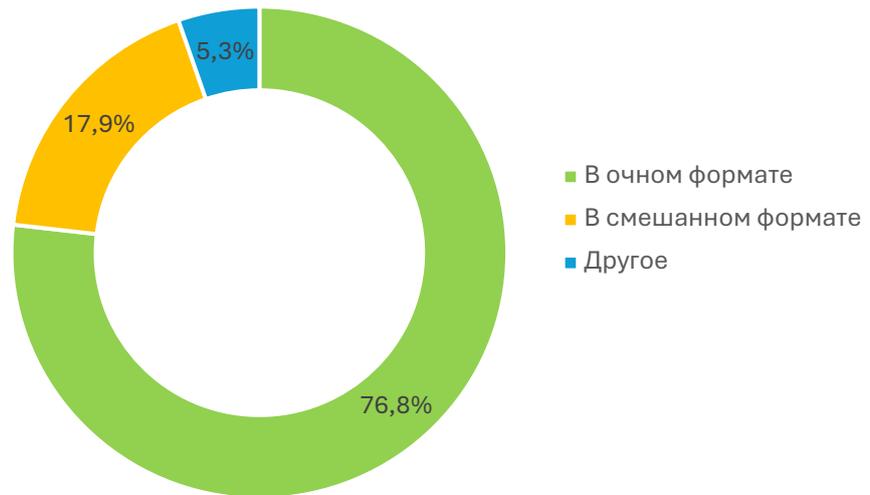


Рис. 32. Распределение ответов на вопрос: «Какой оптимальный формат взаимодействия наставника и наставляемого?»

Источник: составлено авторами.

Лишь 21,2% медицинских организаций указали на различия в организации наставничества в зависимости от направления медицинской помощи (рис. 33). Это может свидетельствовать как об универсальности подходов, так и о недостаточной адаптации программ к специфике разных медицинских направлений.

Существуют ли различия при организации наставничества в зависимости от направления оказания медицинской помощи ?

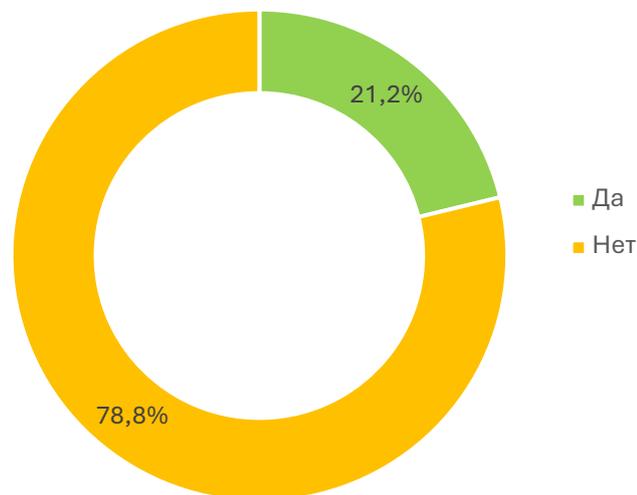


Рис. 33. Распределение ответов на вопрос: «Существуют ли различия при организации наставничества в зависимости от направления оказания медицинской помощи?»

Источник: составлено авторами.

В соответствующем открытом вопросе респонденты зафиксировали различия в наставничестве в зависимости от направления оказания медицинской помощи, особенно между терапевтическими и хирургическими специальностями:

1. Хирургический профиль: требует максимальной вовлеченности и контроля. Указывается, что «наставник в хирургии должен стоять за спиной наставляемого», «возможен только 1 наставляемый», необходимо «больше внимания уделить практическим навыкам».
2. Терапевтический профиль: допускает более гибкие формы, включая «коллегиальное обучение под наблюдением наставника».
3. Общая практическая направленность: подчеркивается, что наставничество – это «обучение на рабочем месте» с целью «оперативного вовлечения новых сотрудников».
4. Различия по уровням образования: отмечается необходимость «раздельного наставничества для молодых специалистов с высшим образованием и для специалистов со средним образованием».

3.6. МОТИВАЦИЯ И ПООЩРЕНИЕ НАСТАВНИКОВ

Анализ трудностей, с которыми сталкиваются наставники, выявил ключевые моменты, требующие особого внимания (рис. 34):

- ▶ Большая загруженность наставников на основной работе – 60,9% организаций.
- ▶ Недостаток педагогических компетенций у наставников – 25,2%.
- ▶ Отсутствие мотивации к обучению у молодых специалистов – 19,9%.
- ▶ Отсутствие разработанной программы наставничества – 7,3%.
- ▶ Низкая мотивация развития практик наставничества в организации – 6,0%.
- ▶ Недостаточное нормативное регулирование – 4,0%.

Эти данные указывают на системные проблемы в организации наставничества, связанные как с организационно-экономическими факторами (загруженность, нормативное регулирование), так и с человеческим фактором (педагогическая неподготовленность наставников, мотивация). При этом 12,6% медицинских организаций сообщили, что не сталкиваются с трудностями в реализации наставничества, что может указывать либо на высокую зрелость системы, либо на недостаточную рефлексию процессов.

С какими трудностями сталкиваются наставники в Вашей медицинской организации?



Рис. 34. Распределение ответов на вопрос: «С какими трудностями сталкиваются наставники?»

Источник: составлено авторами.

Анализ данных в отношении системы поощрений выявил преобладание материальной мотивации: 69,5% организаций используют стимулирующие выплаты (премии/надбавки к окладу) (рис. 35). Лишь 23,2% применяют нематериальные формы поощрения (грамоты, благодарности). Другие формы поощрений используются значительно реже (менее 10%): приоритетное направление на образовательные мероприятия, организация досуга.

При этом в ответах открытого вопроса наблюдается большой разброс в подходах к материальному поощрению наставников:

1. Размер выплат: наиболее типичная ставка – 10% от оклада ежемесячно на период наставничества (обычно 3 месяца). Встречаются варианты от 5% до 30–50%, а также фиксированные суммы (3 000, 5 000, 15 000 руб.).
2. Порядок выплат: преобладает ежемесячная выплата, реже – единоразовая по итогам периода наставничества или 1 года.
3. Дифференциация: некоторые организации дифференцируют выплаты в зависимости от должности наставника (руководитель, врач, средний медицинский персонал) или количества наставляемых.
4. Отсутствие выплат: ряд медицинских организаций указывает, что материальное стимулирование не применяется, что выявляет проблему материального стимулирования наставников в рамках организации наставничества в учреждениях здравоохранения.

Таким образом, в части материальной мотивации наставников существует значительная вариативность. В то время как в одних медицинских организациях выстроена прозрачная система материального и нематериального стимулирования, основанная на локальных нормативных актах, в других этот вопрос не проработан.

Какие меры поощрения наставников используются в Вашей медицинской организации?



Рис. 35. Распределение ответов на вопрос: «Какие меры поощрения наставников используются?»

Источник: составлено авторами.

ГЛАВА 4. ПРАКТИКИ НАСТАВНИЧЕСТВА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Настоящий раздел подготовлен на основе анализа данных, полученных в результате анкетирования образовательных и научных организаций, подведомственных Минздраву России, проведенного авторами на базе Федерального центра поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья Минздрава России в 2025 году. В анкетировании приняли участие 46 образовательных организаций (далее – вузы) и 38 научных организаций, подведомственных Минздраву России.

Целью исследования является анализ реализуемых практик наставничества в образовательных и научных организациях в сфере охраны здоровья.

4.1. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

4.1.1. НАСТАВНИЧЕСТВО

4.1.1.1. Используемые практики наставничества

Если рассмотреть отдельно практики наставничества в вузах (рис. 36), то наиболее распространенными видами наставничества являются кураторство (94%), тьюторство (79%) и научное наставничество (42%).

Какие виды наставнической деятельности используются в Вашей организации?



Рис. 36 Распределение ответов на вопрос: «Какие виды наставнической деятельности используются в Вашей организации?»

Источник: составлено авторами.

В рамках анкетирования респондентам требовалось описать выбранные ими практики наставничества. Углубленный анализ ответов позволил выделить основные группы (категории) используемых практик наставничества в вузах.

Особенности **кураторства**:

▶ **Функции:**

- Закрепление преподавателей за группами первокурсников для адаптации, за студентами 2–5 курсов для контроля успеваемости и вовлечения во внеучебную деятельность.
- Примеры: «Пятьдесят дней» (КрасГМУ), двухуровневая система (преподаватели + старшекурсники).

Методы и практики

- ▶ Адаптационные мероприятия:
 - Тимбилдинг, экскурсии, тренинги («Тайм-менеджмент», «Как сохранить здоровье»).
- ▶ Консультации и сопровождение:
 - Помощь в выборе научного руководителя, профориентация.
- ▶ Контроль и вовлечение:
 - Мониторинг успеваемости, посещение общежитий, организация антитеррористических мероприятий.

Цели и результаты

- ▶ Адаптация:
 - Помощь в освоении учебного процесса, интеграция в студенческое сообщество, социализация иностранных студентов.
- ▶ Академические результаты:
 - Повышение успеваемости, снижение числа задолженностей.
- ▶ Профессиональное развитие:
 - Поддержка научной деятельности, подготовка к трудоустройству, формирование профессиональных компетенций у ординаторов.
- ▶ Социальные результаты:
 - Формирование дружелюбной среды, укрепление здорового образа жизни.

Особенности **тьюторства**:

Цели и задачи тьюторства

- ▶ Адаптация: помощь первокурсникам в адаптации к учебному процессу, внеучебной деятельности и жизни в вузе.
- ▶ Информирование: знакомство с правилами вуза, возможностями стипендий, внеучебными активностями (наука, спорт, творчество).
- ▶ Поддержка: психологическая помощь, разрешение конфликтов, организация мероприятий для сплочения группы.
- ▶ Академическая помощь: консультации по предметам, снижение академических задолженностей.

Структура и организация

- ▶ Школы тьюторов: обучение студентов старших курсов (например, в Воронежском ГМУ, Казанском ГМУ).
- ▶ Закрепление за группами: 1–2 тьютора на группу первокурсников (на год или до окончания 1 курса).
- ▶ Иерархия: руководители тьюторского движения, старшие тьюторы факультетов, рядовые тьюторы.

Участники

- ▶ Тьюторы: студенты 2–6 курсов с высокими академическими показателями, прошедшие обучение.
- ▶ Кураторы: преподаватели или сотрудники вуза, координирующие учебно-воспитательный процесс.
- ▶ Целевые группы: первокурсники, иностранные студенты, студенты с ОВЗ, лицеисты.

Методы работы

- ▶ Построение командной работы и взаимодействия: экскурсии, тренинги, совместные мероприятия.
- ▶ Консультации: интерактивная помощь по предметам, помощь в оформлении документов.
- ▶ Сопровождение: участие в аккредитационных процедурах, медицинских мероприятиях.

Результаты и перспективы

- ▶ Повышение академической успеваемости.
- ▶ Формирование комфортной среды для обучения.
- ▶ Увеличение вовлеченности студентов в научную, спортивную и общественную деятельность.
- ▶ Создание активного студенческого сообщества.

Выводы:

1. Эффективность системы

Тьюторство доказало свою значимость в адаптации первокурсников, сокращении академических задолженностей и повышении мотивации к обучению.

2. Структурная универсальность

Практика внедрена в большинстве медицинских вузов России (Воронеж, Казань, Санкт-Петербург и др.) с едиными принципами, но с учетом локальных особенностей.

3. Интеграция с другими системами

Тьюторство тесно связано с кураторством, деканатами и студенческим самоуправлением, что обеспечивает комплексный подход к поддержке студентов.

4. Перспективы развития

- ▶ Расширение программ подготовки тьюторов (например, включение модулей по инклюзивному образованию).
- ▶ Использование цифровых платформ для онлайн-консультаций.
- ▶ Усиление роли тьюторов в профориентации и карьерном сопровождении.

Система тьюторства является ключевым элементом образовательного процесса, способствующим не только академической успеваемости, но и личностному росту студентов.

Основные категории практик **научного наставничества**:

1. Проектное наставничество

- ▶ Цель: развитие мягких навыков (soft skills), управленческих и предпринимательских компетенций через реализацию научно-технических и социальных проектов.
- ▶ Примеры:
 - Программа НПСМ-Будущее сейчас (индивидуальные траектории, коммерциализация исследований).
 - Участие в грантовых конкурсах.
- ▶ Участники: студенты 2–6 курсов, сотрудники университета, внешние партнеры (бизнес, IT).

2. Научно-исследовательское наставничество

- ▶ Цель: формирование исследовательских навыков и преемственности научных школ.
- ▶ Инструменты:
 - Студенческие научные кружки (СНК) под руководством преподавателей.
 - Школа молодых ученых, конкурсы статей, грантов и патентов.
 - Обязательная научная практика в ординатуре (25+ страниц исследования с защитой).
- ▶ Результаты: Публикации, участие в конференциях, подготовка к научной карьере.

3. Практико-ориентированное наставничество

- ▶ Цель: интеграция теории и практики в клинической и лабораторной работе.
- ▶ Методы:
 - Наставничество на производственных практиках (стационары, поликлиники).
 - Работа в лабораториях с кураторами от кафедр.

4. Междисциплинарное и межведомственное взаимодействие

- ▶ Цель: создание сетей между медициной, IT, бизнесом.
- ▶ Примеры:
 - Ярмарки науки, проектные школы.
 - Консультации по коммерциализации идей (от идеи до MVP).

Основные выводы:

1. Системность: наставничество охватывает все этапы карьеры – от абитуриента до доктора наук, обеспечивая преемственность поколений.
2. Многоуровневость: сочетание проектного, научного, адаптационного и практического наставничества формирует универсальные (soft skills) и профессиональные компетенции.
3. Практическая ориентация: акцент на коммерциализацию исследований, участие в грантах, взаимодействие с реальным сектором.
4. Поддержка молодых ученых: институты кураторства, тьюторства и СНК снижают барьеры входа в науку, развивая научную культуру.
5. Ресурсы и результаты: привлечение финансирования (3 млн рублей), публикации, патенты, междисциплинарные проекты подтверждают эффективность программ.

Таким образом, практики научного наставничества в вузах направлены на создание экосистемы, где студенты и молодые ученые получают непрерывную поддержку через проекты, исследования и адаптационные программы. Это укрепляет научные школы, повышает конкурентоспособность выпускников и способствует инновациям в медицине и смежных областях.

1. Наставничество молодых преподавателей

▶ Программа «Опытный педагог – молодой педагог» (КГМУ):

- Этапы:

Адаптационный (оценка уровня подготовки).

Основной (составление и реализация индивидуального плана).

Оценочный (анализ результатов, рекомендации).

- Цель: развитие педагогических навыков, устранение профессиональных пробелов.
- ▶ Школа начинающего преподавателя (МФК КГМУ):
- 2-годичная программа с изучением нормативной базы, методик преподавания, посещением занятий опытных коллег.
 - Итог: аттестация или подача документов на квалификационную категорию.

2. Наставничество в клинических подразделениях

▶ Программа для молодых специалистов:

закрепление опытных сотрудников за молодыми врачами.

Цели: адаптация молодых врачей и ординаторов, передача клинического опыта, снижение кадровой миграции, укрепление командного духа.

Методы:

- Закрепление опытных сотрудников за новичками.
 - Консультации по сложным случаям, вовлечение в научную деятельность.
- ▶ Результаты: сокращение периода адаптации, снижение кадровой миграции.
- ▶ Пример:
- практика в ПИМУ: мотивация молодых специалистов, контроль их профессионального роста, интеграция в клиническую среду.
 - проект «Начни карьеру в ВолгГМУ!»: трудоустройство выпускников с компенсацией затрат на обучение, наставничество на рабочих местах в течение 12 месяцев.

Выводы:

1. Системность наставничества:

- ▶ Вуз охватывает все уровни: от первокурсников до молодых преподавателей и клинических специалистов.
- ▶ Программы структурированы (этапы, сроки, отчетность), что повышает их эффективность.

2. Адаптация как ключевой фокус:

- ▶ Наставничество сокращает период адаптации молодых врачей, снижая стресс и текучесть кадров.

3. Профессиональное развитие:

- ▶ Для преподавателей: программы наставничества и школы повышают качество педагогической работы.
- ▶ Для клиницистов: передача опыта укрепляет преемственность и стандарты медицинской практики.

Наставничество служит основой для создания устойчивой образовательной и профессиональной среды, где каждый участник получает поддержку на этапе адаптации и дальнейшего развития.

4.1.1.2. Реализация наставничества. Нормативно-правовое обеспечение и вознаграждение

Согласно данным анкетирования, в более чем половине вузов разработан нормативно-правовой акт по наставничеству (63%) (рис. 37).

Разработан ли локальный нормативно-правовой акт по наставничеству в Вашей организации?

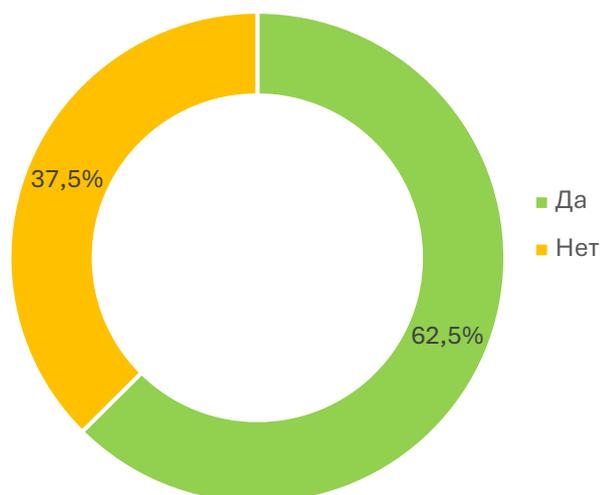


Рис. 37. Доля разработанных локальных нормативно-правовых актов по наставничеству, %

Источник: составлено авторами.

При этом три четверти вузов имеют систему оценки, контроля и эффективности наставничества (рис. 38).

Применяется ли в организации система оценки, контроля и эффективности наставничества?

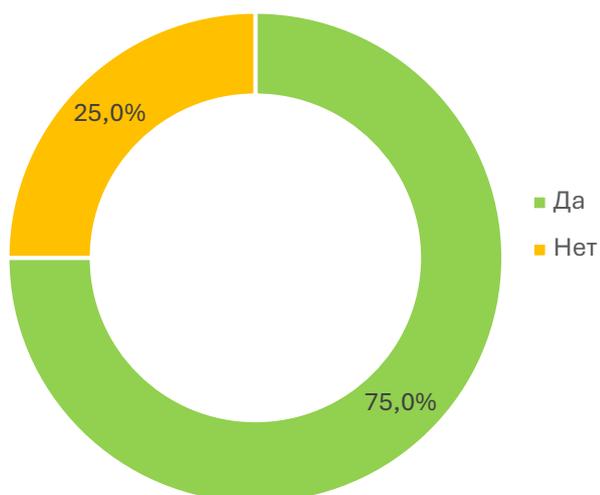


Рис. 38. Распределение ответов на вопрос: «Применяется ли в организации система оценки, контроля и эффективности наставничества?»

Источник: составлено авторами.

Меры поощрения наставников также используются в подавляющем большинстве вузов (рис. 39).

Используются ли в Вашей организации меры поощрения наставников?

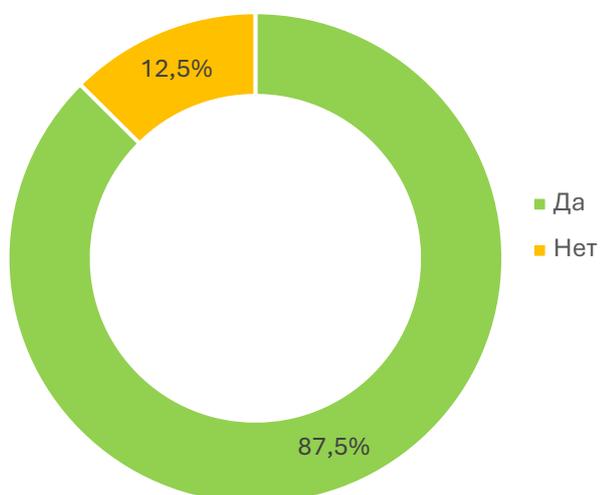


Рис. 39. Распределение ответов на вопрос: «Используются ли в Вашей организации меры поощрения наставников?»

Источник: составлено авторами.

В первую очередь в образовательных организациях распространены стимулирующие выплаты наставнику (55%), меры социального поощрения (46%) и организация досуговых мероприятий (27%) (рис. 40).

Какие меры поощрения наставников используются в Вашей организации?



Рис. 40. Распределение ответов на вопрос: «Какие меры поощрения наставников используются в Вашей организации?», %

Источник: составлено авторами.

В большинстве организаций, принявших участие в анкетировании, наставничество является отдельной функцией работника (рис. 41).

Является ли наставничество отдельной функцией работника или оно входит в его должностные обязанности?



Рис. 41. Распределение ответов на вопрос: «Является ли наставничество отдельной функцией работника или оно входит в его должностные обязанности?»

Источник: составлено авторами.

4.1.1.3. Наставник и наставляемые

В роли наставника в вузах выступают молодые и опытные специалисты (по 31%), проректоры – 19% (рис. 42).

Кто выступает в роли наставника?



Рис. 42. Распределение ответов на вопрос: «Кто выступает в роли наставника в практиках высших учебных заведений и научных организаций?»

Источник: составлено авторами.

В рамках анкетирования респондентам требовалось описать основные критерии отбора наставников. В рамках анализа была проведена структуризация ответов, в результате выделены следующие категории:

1. Личностные качества и мотивация

- ▶ Желание и мотивация: личная заинтересованность в роли наставника, готовность делиться опытом.
- ▶ Эмоциональный интеллект: эмпатия, способность к конструктивному взаимодействию.
- ▶ Лидерские качества: умение вдохновлять, организовывать и направлять.
- ▶ Лояльность и ценности: приверженность ценностям вуза/организации, уважение к коллегам и студентам.
- ▶ Тайм-менеджмент: умение распределять время без ущерба для основной деятельности.

2. Профессиональные компетенции и опыт

- ▶ Опыт в сфере:
 - Для клинических наставников – стаж работы по специальности **не менее 5–7 лет**, высшая/первая квалификационная категория.
 - Для наставников молодых специалистов – стаж **не менее 3 лет** на должности не ниже должности наставляемого.
- ▶ Практические навыки: знание специфики работы, умение решать сложные задачи.
- ▶ Репутация: авторитет в коллективе, высокая оценка деятельности коллегами и обучающимися.

- ▶ Коммуникативная компетентность: навыки работы с аудиторией, умение ясно доносить информацию.

3. Формальные требования

- ▶ Обучение и аттестация:
 - Прохождение программ подготовки (например, «Школа кураторов»).
 - Для некоторых направлений – обязательная аттестация.
- ▶ Рекомендации:
 - Кандидатуры клинических наставников предлагаются руководством (главные врачи, заведующие отделениями).
 - Участие в программах требует положительных отзывов от предыдущих подопечных.

4. Процесс отбора

- ▶ Собеседование:
 - Проверка мотивации, личных качеств, знания молодежной политики.
- ▶ Решение ситуационных задач:
 - Анализ кейсов из практики (например, разрешение конфликтов в группе).
- ▶ Проверка организаторских навыков:
 - Для тьюторов – оценка способности проводить мероприятия, вовлекать студентов.
- ▶ **Клиническое и научное наставничество:**
 - Управленческие навыки (постановка целей, контроль, анализ результатов).
 - Готовность вовлекать подопечных в научную деятельность.
- ▶ **Образовательное наставничество:**
 - Ориентация в молодежной политике вуза, знание локальных нормативных актов.
 - Умение формировать благоприятный психологический климат в группе.
- ▶ **Тьюторство:**
 - Опыт участия в студенческих проектах, навыки командообразования.

Критерии отбора наставников варьируются в зависимости от направления (клиника, образование, студенческое тьюторство), но общая структура включает:

- ▶ Личностные качества (мотивация, эмпатия, лидерство).
- ▶ Профессиональный опыт и компетенции.
- ▶ Формальные требования (стаж, квалификация, обучение).
- ▶ Процедуры отбора (собеседования, кейсы, рекомендации).

Ключевая цель выделения критериев отбора наставников – обеспечить, чтобы наставники не только обладали экспертными знаниями, но и могли эффективно передавать их, создавая поддерживающую среду для адаптации и развития подопечных.

Согласно большинству ответивших, реестр наставников в организациях ведется (71%) (рис. 43).

Ведется ли в организации реестр наставников?

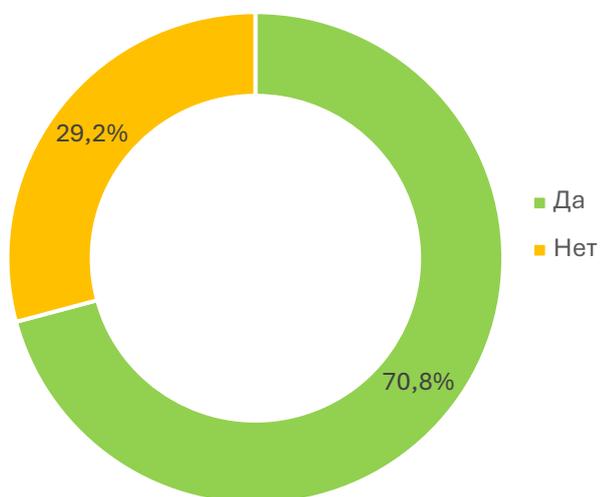


Рис. 43. Распределение ответов на вопрос: «Ведется ли в организации реестр наставников?»

Источник: составлено авторами.

Мнения респондентов относительно роли наставляемых разделились. Это могут быть как иностранные обучающиеся и студенты 3–6 курсов, так и молодые преподаватели и обучающиеся, посещающие научные кружки (рис. 44). Большинство выбрало ответ «Другое» (15%), в расшифровке которого указаны студенты разных курсов, что говорит о существующей путанице в понятиях в рамках вузов, которая заметна и в остальных ответах. В настоящий момент в законодательстве отсутствуют определения понятий «Тьюторство», «Кураторство», «Наставничество в образовании и науке» и др., в связи с чем каждый вуз определяет эти понятия по-своему и выстраивает организационные процессы в зависимости от собственных представлений и действующих локальных нормативно-правовых актов. Результатом этой проблемы является сложность структуризации данных, сбора достоверных количественных показателей и их анализа.

Кто выступает в роли наставляемых?



Рис. 44. Распределение ответов на вопрос: «Кто выступает в роли наставляемых в практиках высших учебных заведений и научно-исследовательских институтов?»

Источник: составлено авторами.

Формат взаимодействия наставника и наставляемых может происходить как в смешанном формате взаимодействия (50%), так и в очном формате по мере необходимости (38%) (рис. 45).

Формат взаимодействия наставника и наставляемого (наставляемых)

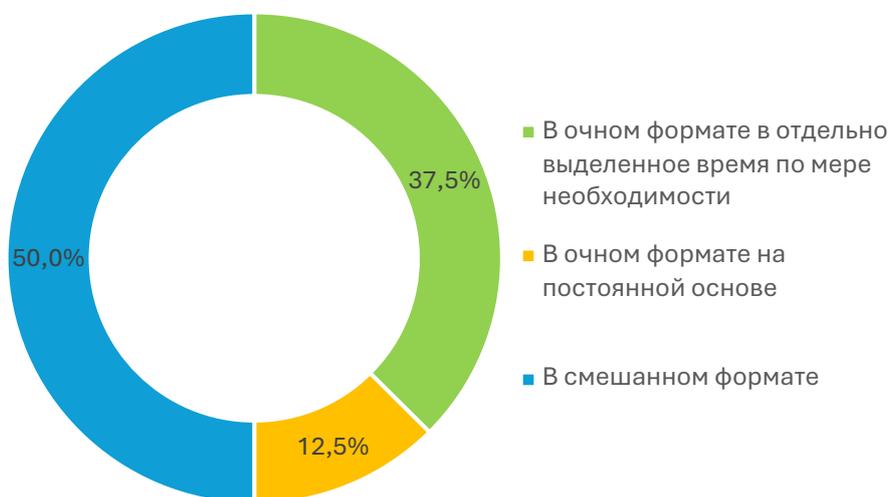


Рис. 45. Формат взаимодействия наставника и наставляемого

Источник: составлено авторами.

Что касается количества наставляемых, прикрепленных к наставнику, то 63% респондентов ответили, что к наставнику можно прикрепить более 10 наставляемых, по 13% – что их может быть 5–10, 2–3 или 1 человек на одного наставника (рис. 46).

Сколько наставляемых может быть прикреплено к наставнику?

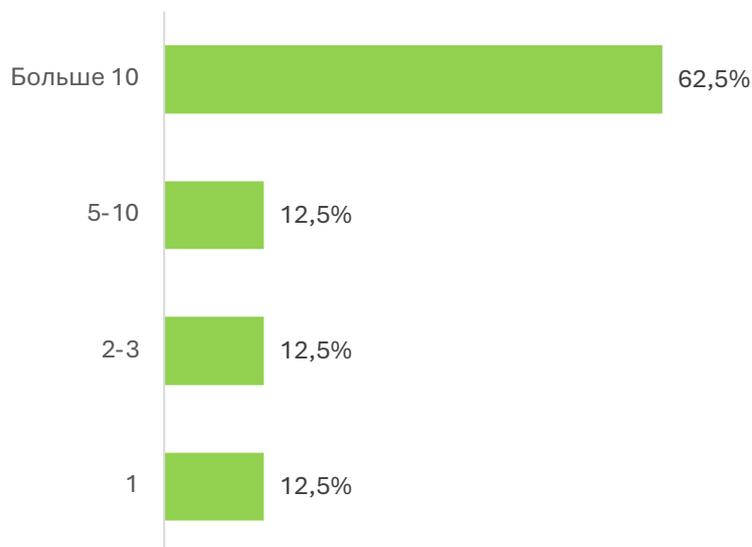


Рис. 46. Распределение ответов на вопрос: «Сколько наставляемых может быть прикреплено к наставнику?»

Источник: составлено авторами.

Среди основных задач, которые должен решать наставник в процессе взаимодействия с наставляемыми в высших учебных заведениях, респонденты выделили в первую очередь соблюдение норм корпоративной культуры, повышение образовательной и трудовой мотивации наставляемых, знакомство наставляемых с внеучебной деятельностью (рис. 46).

Какие основные задачи должен решать наставник в процессе взаимодействия с наставляемым?



Рис. 47. Распределение ответов на вопрос: «Какие основные задачи должен решать наставник в процессе взаимодействия с наставляемыми?»

Источник: составлено авторами.

Большинство ответивших на вопрос о сроках наставничества считают, что оно должно длиться на постоянной основе по мере необходимости (рис. 48).

Укажите, пожалуйста, примерные сроки наставничества

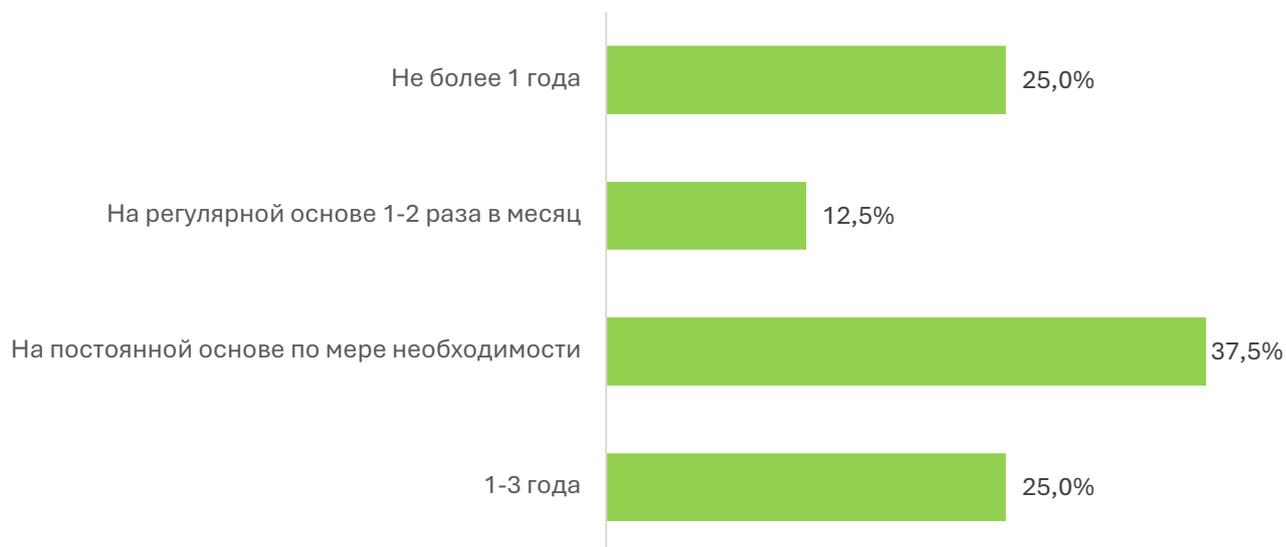


Рис. 48. Сроки наставничества в практиках высших учебных заведений

Источник: составлено авторами.

4.1.1.4. Обучение наставников

В подавляющем большинстве организаций (75%) наставники проходят предварительное обучение (рис. 49).

Проходит ли наставник предварительное обучение?

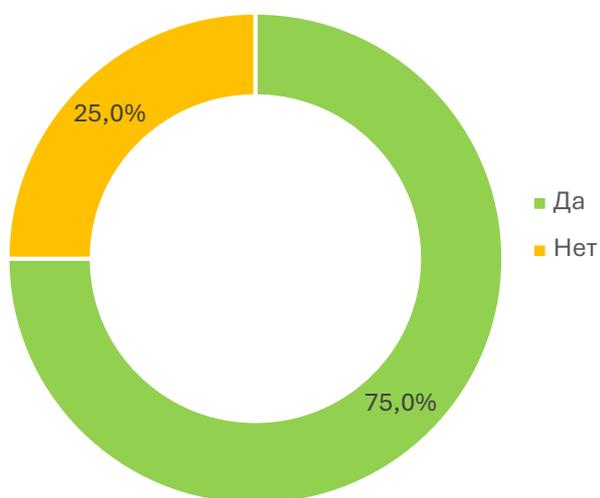


Рис. 49. Распределение ответов на вопрос: «Проходит ли наставник предварительное обучение?»

Источник: составлено авторами.

При этом 63% респондентов считают, что для наставников должны создаваться возможности дополнительного обучения (рис. 50).

Нужно ли создавать возможности обучения наставников?

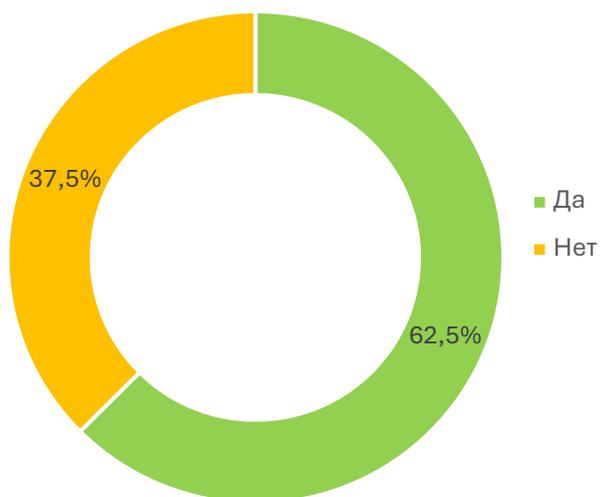


Рис. 50. Распределение ответов на вопрос: «Нужно ли создавать возможности обучения наставников?»

Источник: составлено авторами.

Среди наиболее популярных вопросов, по которым следует обучать наставников, респонденты выделили нормативно-правовые вопросы реализации наставничества – 36%, организационные вопросы реализации наставничества – 27%, формирование надпрофессиональных компетенций наставников – 27% (рис. 51).

Обучение наставников по вопросам наставничества необходимо по...

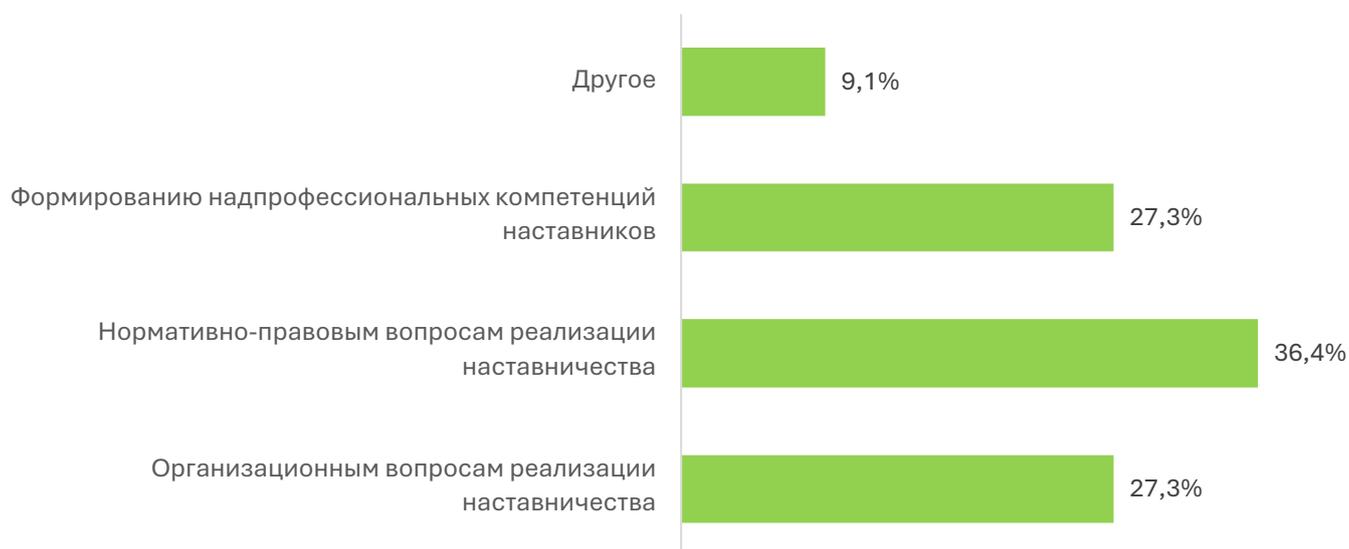


Рис. 51. Распределение ответов на вопрос: «По каким вопросам следует создавать возможности обучения наставников?»

Источник: составлено авторами.

4.1.2. Тьюторство/кураторство

4.1.2.1. Организационные вопросы тьюторства/кураторства. Вопросы стимулирования

Согласно результатам исследования, локальный нормативно-правовой акт по тьюторству/кураторству разработан в подавляющем большинстве вузов (79%) (рис. 52).

Разработан ли локальный нормативно-правовой акт по тьюторству/кураторству в вашей организации?

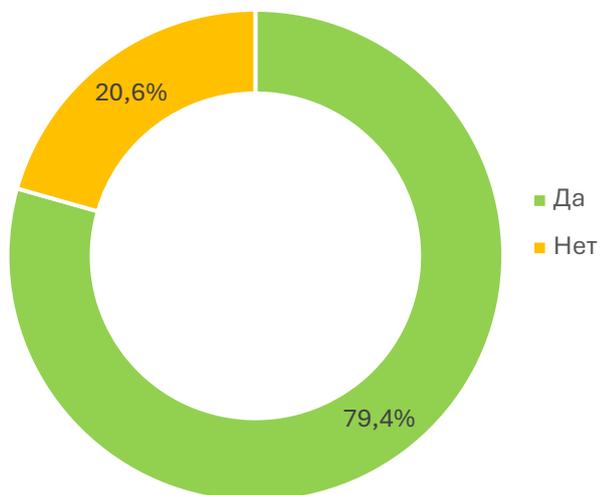


Рис. 52. Распределение ответов на вопрос: «Разработан ли локальный нормативно-правовой акт по тьюторству/кураторству в вашей организации?», %

Источник: составлено авторами.

Меры поощрения используются более чем в 85% вузов, основными из них являются меры социального поощрения и стимулирующие надбавки (рис. 53, 54).

Используются ли в Вашей организации меры поощрения тьюторов/кураторов?

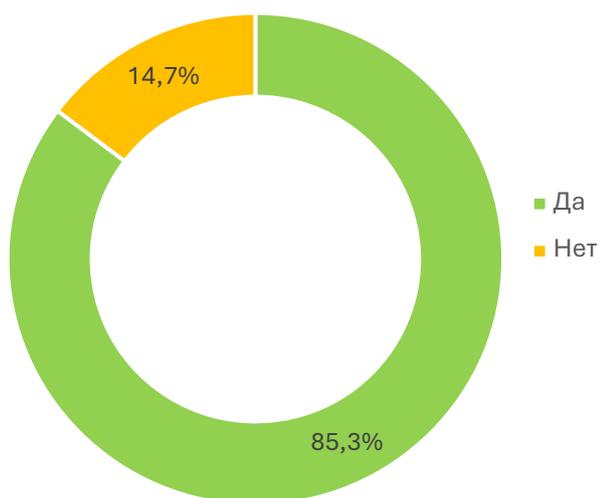


Рис. 53. Распределение ответов на вопрос: «Используются ли в Вашей организации меры поощрения тьюторов/кураторов?»

Источник: составлено авторами.



Рис. 54. Распределение ответов на вопрос: «Какие меры поощрения тьюторов/кураторов используются в Вашей организации?»

Источник: составлено авторами.

Согласно результатам исследования, система оценки, контроля и эффективности тьюторства/кураторства применяется в 74% учреждений, принявших участие в опросе (рис. 55).

Применяется ли в организации система оценки, контроля и эффективности тьюторства/кураторства?

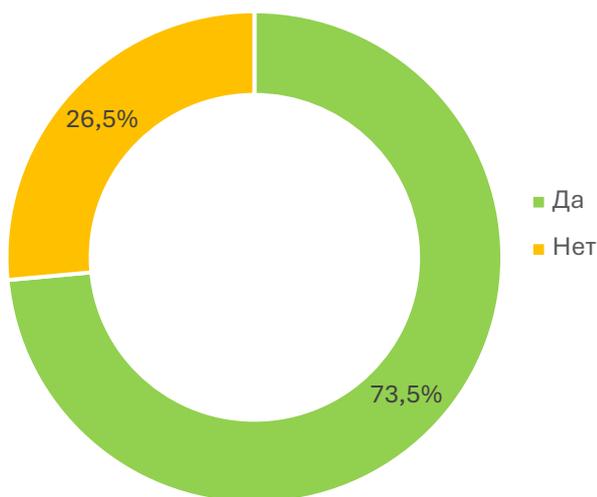


Рис. 55. Распределение ответов на вопрос: «Применяется ли в организации система оценки, контроля и эффективности тьюторства/кураторства?»

Источник: составлено авторами.

В подавляющем большинстве вузов (74%) конкурсы по тьюторству/кураторству не проводятся, в четверти организаций такие конкурсы проводятся (рис. 56).

Проводятся ли в Вашей организации конкурсы по тьюторству/кураторству?

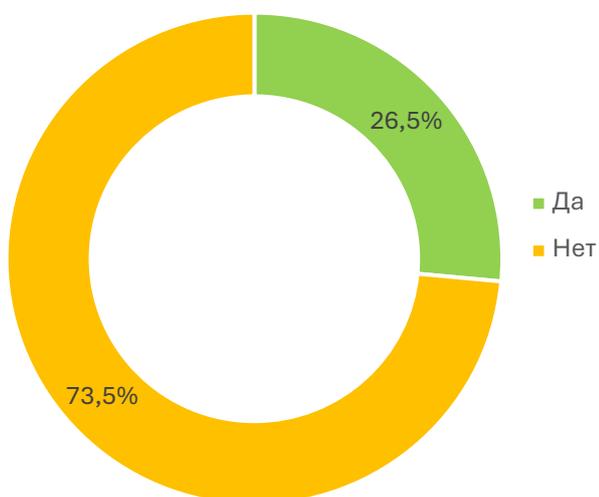


Рис. 56. Распределение ответов на вопрос: «Проводятся ли в Вашей организации конкурсы по наставничеству/кураторству?»

Источник: составлено авторами.

Ведение реестра тьюторства/кураторства подтвердили почти 90% респондентов (рис. 57).

Ведется ли в организации реестр тьюторов/кураторов?

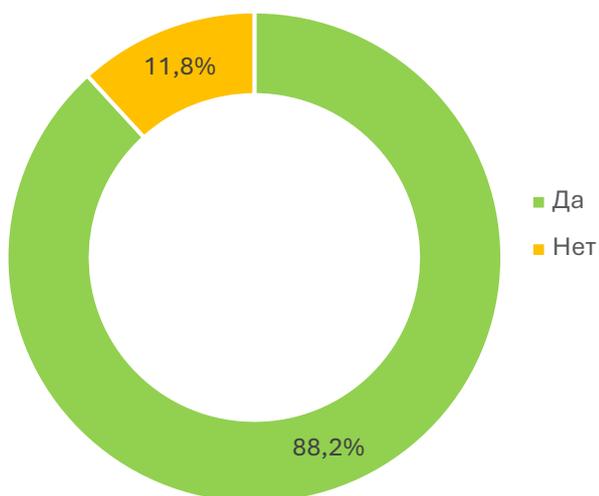


Рис. 57. Распределение ответов на вопрос: «Ведется ли в организации реестр тьюторов/кураторов?»

Источник: составлено авторами.

4.1.2.2. Тьютор/куратор и курируемые

В роли тьютора выступают, как правило, студенты 2–6 курсов – 81% респондентов, в роли кураторов – опытные и молодые преподаватели (рис. 58, 59).

Кто выступает в роли тьютора?



Рис. 58. Распределение ответов на вопрос: «Кто выступает в роли тьютора?»

Источник: составлено авторами.

Кто выступает в роли куратора?

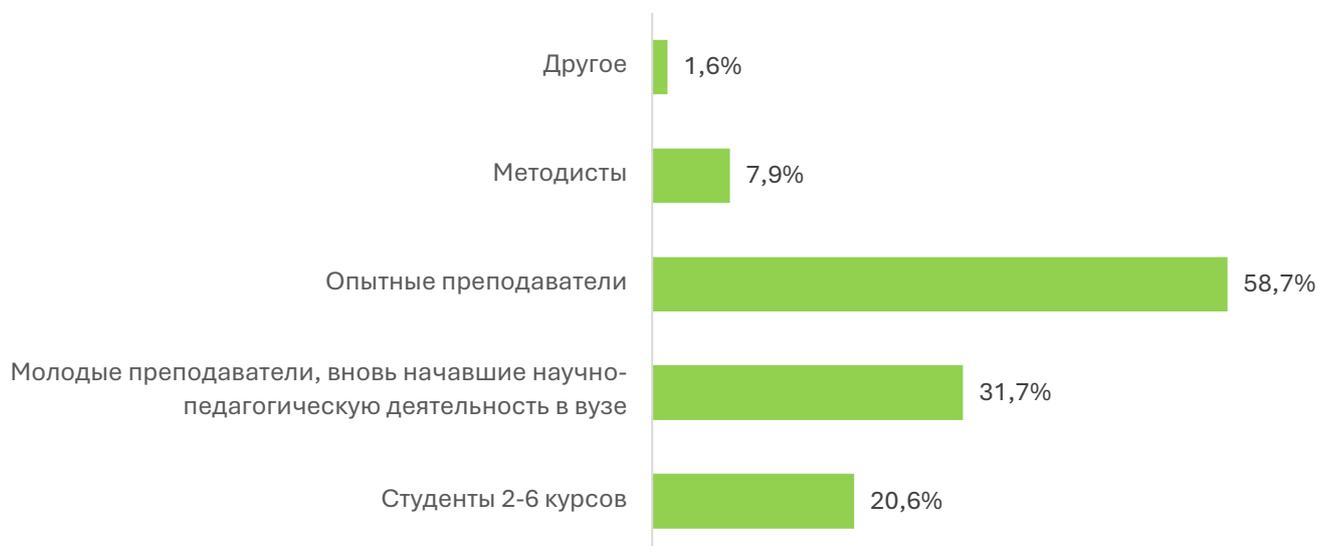


Рис. 59. Распределение ответов на вопрос: «Кто выступает в роли куратора?»

Источник: составлено авторами.

В рамках анкетирования задавался открытый вопрос: «По каким критериям происходит отбор тьюторов/кураторов?».

Основные критерии для тьюторов:

Тьюторы – это студенты старших курсов или ординаторы, которые играют ключевую роль в адаптации первокурсников к университетской жизни. Их отбор включает:

1. Мотивацию и личные качества:

- ▶ Желание помогать, эмпатия, толерантность, эмоциональная устойчивость.
 - ▶ Лидерские качества, умение мотивировать и вдохновлять.
2. Академические и профессиональные критерии:
- ▶ Высокая успеваемость, отсутствие академических задолженностей.
 - ▶ Опыт участия в научной, общественной или волонтерской деятельности.
3. Процедурные этапы:
- ▶ Собеседования, тестирование (включая решение ситуационных задач).
 - ▶ Обязательное обучение в Школе тьюторов и прохождение аттестации.
4. Результаты:
- ▶ Создание комфортной среды для первокурсников, снижение стресса при адаптации, повышение вовлеченности в студенческую жизнь.

Таким образом, тьюторы становятся связующим звеном между администрацией вуза и студентами, обеспечивая плавный переход новичков в учебный процесс и внеучебную активность.

Основные критерии для кураторов

Кураторы – это преподаватели или сотрудники вуза, ответственные за воспитательную работу и академическое сопровождение групп. Их отбор строится следующим образом:

1. Профессиональные требования:
- ▶ Педагогический стаж (не менее 3 лет для ППС), знание нормативных документов вуза.
 - ▶ Опыт организации мероприятий, работы со студенческими группами.
2. Личностные качества:
- ▶ Авторитет среди коллег и студентов, умение формировать благоприятный климат в коллективе.
 - ▶ Готовность к индивидуальной работе, решение конфликтов, профилактика социально негативных явлений.
3. Процедурные аспекты:
- ▶ Назначение через кафедральные собрания или деканаты.
 - ▶ Для некоторых программ – прохождение Школы кураторов.
4. Результаты:
- ▶ Повышение успеваемости, укрепление дисциплины, вовлечение студентов в научную и внеучебную деятельность.
 - ▶ Формирование профессионально ориентированных и социально ответственных выпускников.

Таким образом, кураторы обеспечивают единство учебного и воспитательного процессов, способствуя не только академическим достижениям, но и личностному росту студентов.

В роли подопечных в программах тьюторства могут выступать: студенты 1 курса – 59%, иностранные обучающиеся – 28%, студенты 2–3 курса – 5%, обучающиеся, посещающие научные кружки – 5% (рис. 60).

Кто выступает в роли подопечных в программе тьюторства?



Рис. 60. Распределение ответов на вопрос: «Кто выступает в роли подопечных в программах тьюторства?»

Источник: составлено авторами.

В вузах в роли курируемых в подавляющем большинстве выступают студенты 1 курса (44%), иностранные обучающиеся (20%), студенты 2–3 курса (18%) (рис. 61).

Кто выступает в роли подопечных в программе кураторства?



Рис. 61. Распределение ответов на вопрос: «Кто выступает в роли подопечных в программах кураторства?»

Источник: составлено авторами.

Формат взаимодействия тьютора/куратора и подопечных: более половины – в очном формате в рамках отдельной встречи на постоянной основе, 6 % взаимодействуют в очном формате в от-

дельно выделенное время по мере необходимости, 43% – смешанный формат взаимодействия (рис. 62).

Формат взаимодействия тьютора/куратора и курируемых

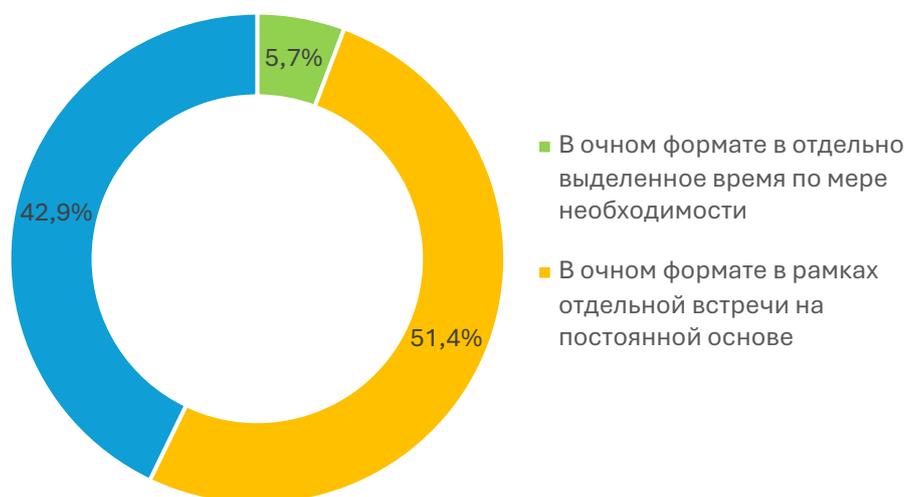


Рис. 62. Формат взаимодействия тьютора/куратора и курируемых

Источник: составлено авторами.

Практически все респонденты единогласно ответили, что количество подопечных, которые могут быть прикреплены к тьютору/куратору, составляет более 10 человек (рис. 63).

Сколько подопечных может быть прикреплено к тьютору/куратору?

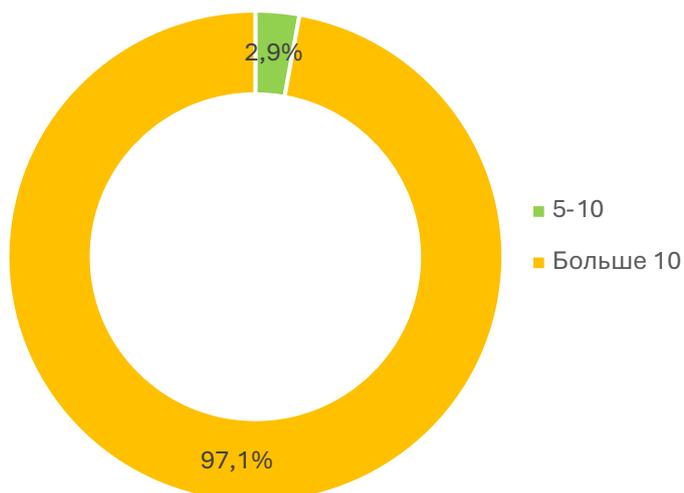


Рис. 63. Распределение ответов на вопрос: «Сколько подопечных может быть прикреплено к тьютору/куратору?»

Источник: составлено авторами.

В основные задачи, которые должен решать тьютор в процессе взаимодействия с подопечными: помощь в адаптации студентов – 21%, знакомство студентов с внеучебной деятельностью,

ее структурой и возможностями – 20%, приобщение студентов к навыкам здорового образа жизни – 18% (рис. 64).

Какие основные задачи должен решать тьютор в процессе взаимодействия с подопечными?



Рис. 64. Распределение ответов на вопрос: «Какие основные задачи должен решать тьютор в процессе взаимодействия с подопечными?»

Источник: составлено авторами.

Основными задачами куратора определены соблюдение норм корпоративной культуры, традиций учебного заведения – 19%, повышение образовательной и трудовой мотивации – 18% (рис. 65).

Какие основные задачи должен решать куратор в процессе взаимодействия с подопечными?



Рис. 65. Распределение ответов на вопрос: «Какие основные задачи должен решать куратор в процессе взаимодействия с подопечными?»

Источник: составлено авторами.

4.1.2.3. Обучение тьюторов/кураторов

В большинстве (85%) организаций тьютор/куратор проходят дополнительное обучение (рис. 66).

Проходит ли тьютор/куратор предварительное обучение?

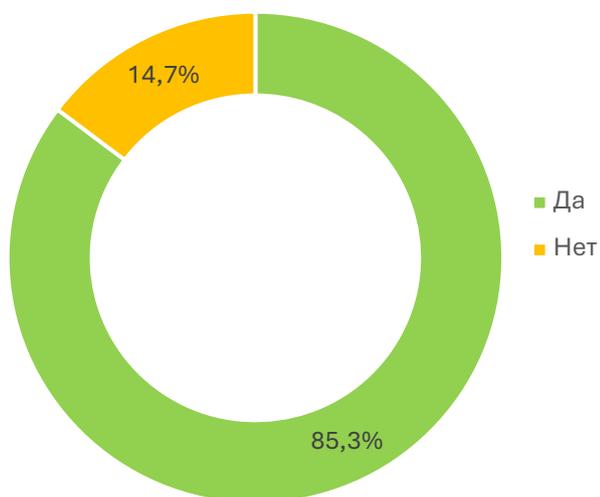


Рис. 66. Распределение ответов на вопрос: «Проходит ли тьютор/куратор предварительное обучение?»

Источник: составлено авторами.

При этом подавляющее число ответивших утверждают, что нужно создавать возможности обучения тьюторов/кураторов по организационным, нормативно-правовым вопросам организации тьюторства/кураторства, формированию надпрофессиональных компетенций (рис. 67, 68).

Нужно ли создавать возможности обучения тьюторов/кураторов?

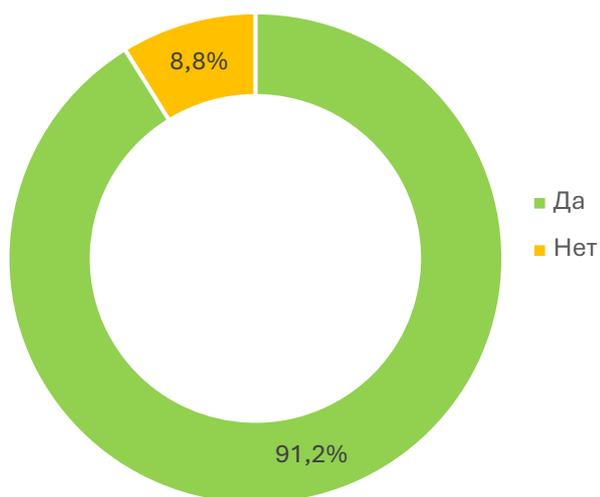


Рис. 67. Распределение ответов на вопрос: «Нужно ли создавать возможности обучения тьюторов/кураторов?»

Источник: составлено авторами.

Обучение тьюторов/кураторов по вопросам тьюторства/ кураторства необходимо по...



Рис. 68. Распределение ответов на вопрос: «Какие направления обучения тьюторов/кураторов нужно создавать?»

Источник: составлено авторами.

На открытый вопрос о направлениях надпрофессиональных компетенций, которые нужно формировать, было получено множество ответов, на основе анализа были выделены основные группы навыков для обучения тьюторов/кураторов:

1. Конфликтология и разрешение споров
 - ▶ Выявление и предотвращение конфликтов.
 - ▶ Медиация, поиск компромиссов.
 - ▶ Понимание психологии конфликтов.
2. Стрессоустойчивость и эмоциональное управление
 - ▶ Техники релаксации (медитация, mindfulness).
 - ▶ Работа в условиях многозадачности и неопределенности.
 - ▶ Управление своими эмоциями и эмоциями других.
3. Тайм-менеджмент и организация задач
 - ▶ Планирование, расстановка приоритетов.
 - ▶ Делегирование и контроль выполнения задач.
 - ▶ Использование инструментов (Trello, Notion, Google Calendar).
4. Коммуникация и межличностное взаимодействие
 - ▶ Активное слушание, эмпатия, мотивация.
 - ▶ Навыки публичных выступлений и обратной связи.
 - ▶ Управление групповой динамикой.

5. Эмоциональный интеллект
 - ▶ Распознавание и управление эмоциями.
 - ▶ Создание психологически комфортной среды.
6. Критическое, креативное и проектное мышление
 - ▶ Анализ информации, поиск нестандартных решений.
 - ▶ Системный подход к задачам.
 - ▶ Разработка и управление проектами.
7. Цифровая грамотность
 - ▶ Работа с образовательными платформами.
 - ▶ Адаптация методов обучения к цифровой среде.
8. Командная работа и лидерство
 - ▶ Формирование команды, управление коллективом.
 - ▶ Лидерские навыки, распределение ролей.
 - ▶ Мотивация и вовлечение участников.
9. Этика и профессиональная ответственность
 - ▶ Соблюдение конфиденциальности, уважение границ.
 - ▶ Знание законодательства в профессиональной сфере.
 - ▶ Ответственность за образовательный процесс.
10. Личностное развитие и адаптивность
 - ▶ Саморефлексия, обучаемость, управление знаниями.
 - ▶ Гибкость в условиях изменений.
 - ▶ Мультикультурная и мультиязычная компетентность.
11. Навыки коучинга и наставничества
 - ▶ Постановка целей, поддержка профессионального роста.
 - ▶ Принципы взрослого обучения (андрагогика).

По мнению респондентов, обучение тьюторов и кураторов должно охватывать как soft skills (коммуникация, эмоциональный интеллект), так и hard skills (тайм-менеджмент, цифровая грамотность). Акцент на развитии лидерства, критического мышления и стрессоустойчивости поможет создать эффективных наставников, способных адаптироваться к изменениям и решать сложные задачи в образовательной среде.

Выводы

На основании проведенного анкетирования можно выявить основные тенденции, преобладающие в системе наставничества в образовательных организациях, подведомственных Минздраву России.

Наиболее распространенными видами наставничества являются кураторство, тьюторство и научное наставничество. В более чем половине вузов разработан нормативно-правовой акт по наставничеству, три четверти вузов имеют систему оценки, контроля и эффективности наставничества. В целях улучшения мотивации вузы используют меры поощрения наставников, тьюторов и кураторов.

Однако в настоящее время существует проблема размытия основных терминологических понятий, регламентации ролей и отсутствия единого стандарта, который бы содержал их описание и основные направления для возможности улучшения качества сбора информации. Например, существует неоднозначность в понимании ролей и (ряд респондентов в открытых вопросах предлагали унифицировать термины: **кураторы** – наставники из числа ППС (преподаватели, сотрудники), **тьюторы** – наставники из числа обучающихся (студенты старших курсов). Такое разделение поможет избежать путаницы и четко определить зоны ответственности).

4.2. НАУЧНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

4.2.1. НАСТАВНИЧЕСТВО

4.2.1.1. Используемые практики наставничества

Если рассмотреть отдельно практики наставничества в научных организациях (рис. 69), то наиболее распространенными видами наставничества являются наставничество обучающихся, проходящих практику (29%), научное наставничество (27%) и наставничество молодых специалистов в клинических подразделениях (22%).

Какие виды наставнической деятельности используются в Вашей организации?



Рис. 69. Распределение на вопрос: «Какие виды наставнической деятельности используются в Вашей организации?»

Источник: составлено авторами.

В рамках анкетирования респондентам требовалось описать выбранные ими практики наставничества. Углубленный анализ ответов позволил выделить основные группы (категории) используемых практик наставничества в научных организациях.

Основные **категории** практик **научного наставничества**:

- ▶ Целевая группа: аспиранты, соискатели, молодые ученые.
- ▶ Содержание:
 - Руководство диссертационными исследованиями (от формулировки гипотез до анализа данных).
 - Методологическая поддержка: выбор методов исследования, анализ данных, написание статей, подготовка докладов.
 - Консультирование по оформлению научных работ (актуальность, практическая значимость, структура).
 - Участие в совместных исследованиях с ординаторами и студентами.
- ▶ Инструменты: курсы по организации научной деятельности, лекции, индивидуальное сопровождение научными руководителями.

Клиническое наставничество (для ординаторов)

- ▶ Цель: формирование профессиональных компетенций через решение реальных задач под руководством сертифицированных специалистов.

Направления (примеры):

- ▶ Стационарная помощь (50 недель):
 - Курация пациентов, участие в обходах, оформление документации, взаимодействие с родственниками.
- ▶ Скорая помощь (5 недель):
 - Диагностика неотложных состояний, реанимация, экстренная помощь.
- ▶ Амбулаторная помощь (6 недель):
 - Консультативный прием, выписка рецептов, ведение амбулаторных карт.
- ▶ Суицидология (4 недели):
 - Психотерапевтическая работа, консультирование с психологами.

Контроль: отчетность, защита результатов на конференциях.

Адаптационное наставничество

- ▶ Для кого: молодые специалисты (впервые принятые на работу), средний и младший медперсонал, студенты на практике.
- ▶ Содержание:
 - Помощь в адаптации к рабочему месту, в интеграции в коллектив, обучение навыкам работы на конкретном участке.
 - Передача практического опыта (например, работа с документацией, взаимодействие с пациентами).

Наставник – опытный сотрудник клинического подразделения, ординаторы 2-го года обучения (для студентов).

Практико-ориентированное наставничество

- ▶ Формы:
 - Практика для студентов медицинских колледжей и вузов.
 - Стажировки на рабочем месте (для аспирантов и ординаторов).
- ▶ Задачи: обучение через выполнение реальных профессиональных задач (например, проведение ЭСТ, оформление направлений на МСЭ).

Междисциплинарное взаимодействие

- ▶ Примеры:
 - Совместная работа ординаторов с психологами и психотерапевтами (практика по суицидологии).
 - Участие в психологическом консультировании семей пациентов.

Система наставничества в научных организациях направлена на формирование универсальных специалистов, сочетающих исследовательские компетенции и практические навыки. Через структурированные программы, междисциплинарное взаимодействие и поэтапное сопровождение обеспечивается преемственность знаний, повышение качества подготовки кадров и их адаптация к профессиональным вызовам.

Описание практик кураторства

Кураторство в образовательных программах

- ▶ Цель: обеспечение практической подготовки обучающихся.
- ▶ Формы:
 - Курсы переподготовки и ДПО: стажировки на рабочем месте с куратором.
 - Производственная практика для студентов колледжей и вузов (сестринское дело, лабораторная диагностика и др.).
- ▶ Методы: инструктажи, лекции, практические занятия.

Основные категории наставничества молодых специалистов в клинических подразделениях:

1. Научно-исследовательское наставничество

- ▶ Для кого: ординаторы, аспиранты, младшие научные сотрудники.
- ▶ Содержание:
 - Практика «Научно-исследовательская работа» (72 часа):
 - Модули для аспирантов:
 - Педагогическая практика аспирантов: чтение лекций ординаторам, разработка тестов.

2. Адаптационное наставничество

▶ Цели:

- Социально-психологическая и профессиональная интеграция новых сотрудников и ординаторов.

▶ Методы:

- Стажерство для молодых врачей: совместные операции, контроль деятельности.
- Сетевое обучение: межрегиональный и международный обмен ординаторами (например, из Псковского ГУ, Ташкентского кардиоцентра).

3. Практико-ориентированное обучение

▶ Для кого:

- Студенты медицинских колледжей (учебная, производственная, преддипломная практики).
- Средний медперсонал (акушерки, медсестры): освоение санитарно-эпидемиологических норм, ухода за пациентами.

▶ Формы:

- Работа в симуляционном центре, клинических отделениях.

4. Педагогическое наставничество

▶ Для аспирантов:

- Чтение лекций ординаторам, участие в разработке учебных материалов.

▶ Для ординаторов:

- Участие в семинарах, обсуждение клинических случаев.

5. Междисциплинарные программы

▶ Примеры:

- Школа фетальной хирургии, обучение по хирургии тазового дна.
- Циклы повышения квалификации по общественному здоровью и медицинской статистике.

Категории наставничества **обучающихся, проходящих практику**

1. Научно-исследовательское наставничество

▶ Для кого: студенты (дипломная практика), аспиранты, младшие научные сотрудники.

▶ Содержание:

- Дипломная практика (например, молекулярные исследования для студентов МГУ).
- Методологическая поддержка: обучение статистическому анализу, работе с базами данных, этике исследований.
- Программы для аспирантов: модули по истории науки, методологии, информационным технологиям.

2. Адаптационное наставничество

▶ Для кого:

- Молодые специалисты (впервые принятые, сменившие должность, вернувшиеся после перерыва).
- Выпускники на практике.

▶ Методы:

- Совместное ведение пациентов, участие в операциях.
- Контроль деятельности со стороны заведующих отделений.

3. Практико-ориентированное наставничество

▶ Для кого:

- Студенты медицинских колледжей и вузов (производственная, преддипломная практика).
- Врачи на программах ДПО (например, международные стажировки).

▶ Формы:

- Программа 1+1 для медицинских команд: отработка навыков в реальных условиях.
- Совместное заполнение документации, подготовка клинических разборов.

4.2.1.2. Реализация наставничества. Нормативно-правовое обеспечение и вознаграждение

Согласно данным анкетирования, в подавляющем большинстве организаций не разработан нормативно-правовой акт по наставничеству (90%) (рис. 70).

Разработан ли локальный нормативно-правовой акт по наставничеству в Вашей организации?

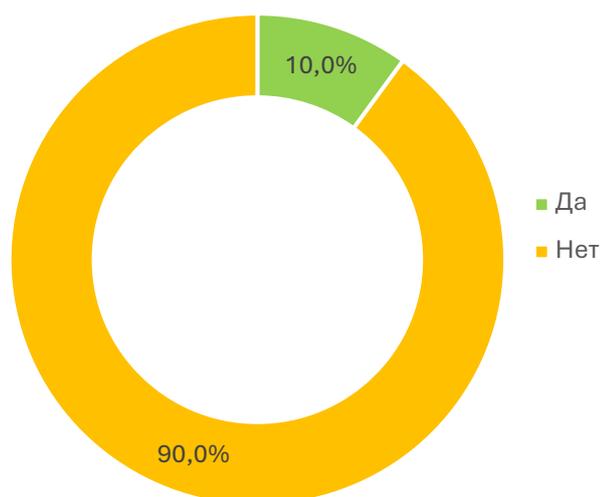


Рис. 70. Доля разработанных локальных нормативно-правовых актов по наставничеству

Источник: составлено авторами.

При этом три четверти научных организаций не имеют систему оценки, контроля и эффективности наставничества (рис. 71).

Применяется ли в организации система оценки, контроля и эффективности наставничества?

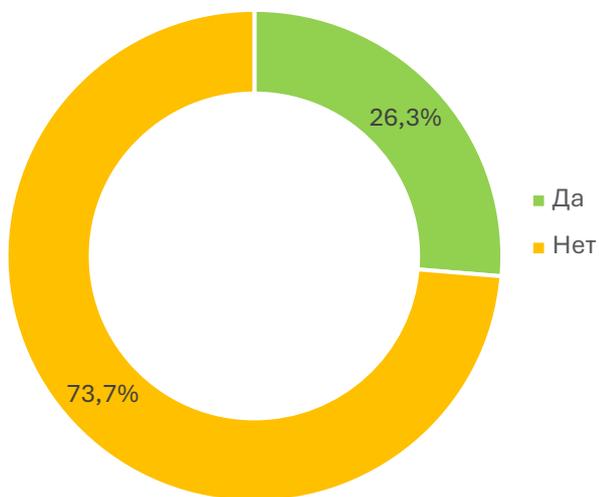


Рис. 71. Распределение ответов на вопрос: «Применяется ли в организации система оценки, контроля и эффективности наставничества?»

Источник: составлено авторами.

Мнения респондентов относительно поощрения наставников разделились: используют 60%, не используют – 40% (рис. 72).

Используются ли в Вашей организации меры поощрения наставников?

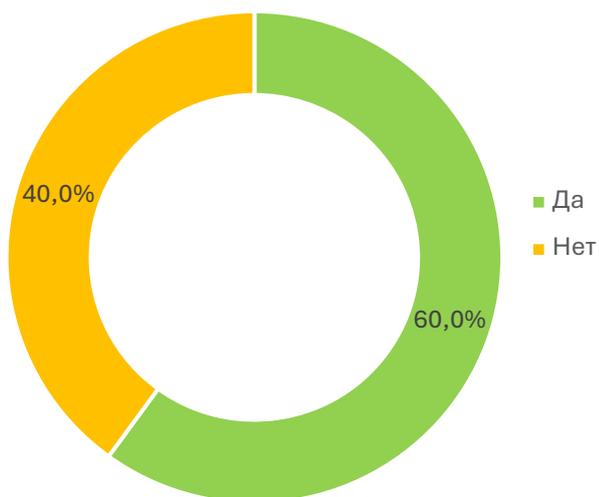


Рис. 72. Распределение ответов на вопрос: «Используются ли в Вашей организации меры поощрения наставников?»

Источник: составлено авторами.

В основном в научных организациях распространены стимулирующие выплаты наставнику (63%), меры социального поощрения (25%) и приоритетное направление на образовательные и научные мероприятия (13%) (рис. 73).

Какие меры поощрения наставников используются в Вашей организации?



Рис. 73. Распределение ответов на вопрос: «Какие меры поощрения наставников используются в Вашей организации?»

Источник: составлено авторами.

В большинстве организаций, принявших участие в анкетировании, наставничество является отдельной функцией работника (рис. 74).

Является ли наставничество отдельной функцией работника или оно входит в его должностные обязанности?



Рис. 74. Распределение ответов на вопрос: «Является ли наставничество отдельной функцией работника или оно входит в его должностные обязанности?»

Источник: составлено авторами.

4.2.1.3. Наставник и наставляемые

В роли наставника в научных организациях выступают опытные специалисты (по 63%), методисты – 19% (рис. 75).

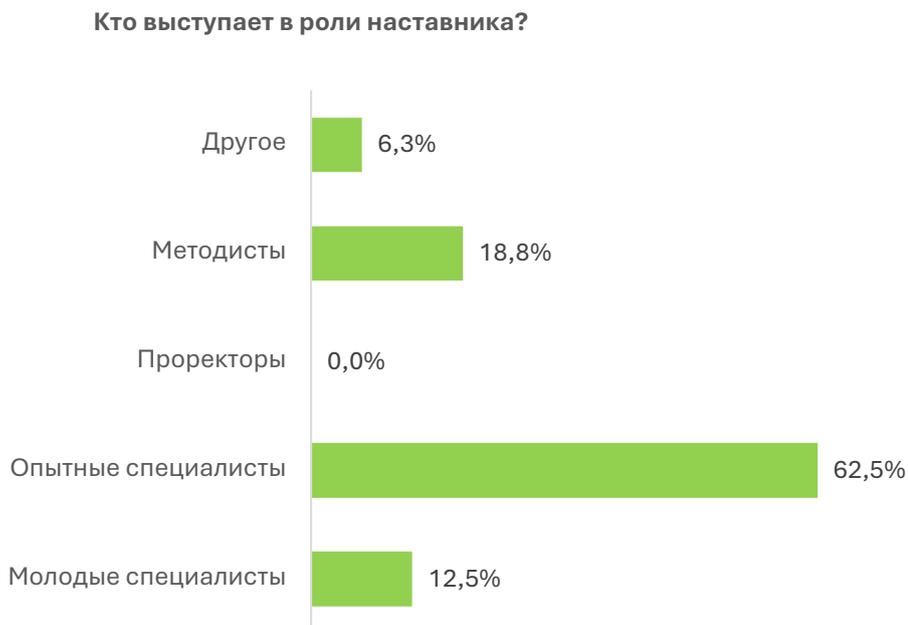


Рис. 75. Распределение ответов на вопрос: «Кто выступает в роли наставника в практиках научных организаций?»

Источник: составлено авторами.

Согласно большинству ответивших, реестр наставников в организациях не ведется (76%) (рис. 76).

Ведется ли в организации реестр наставников?

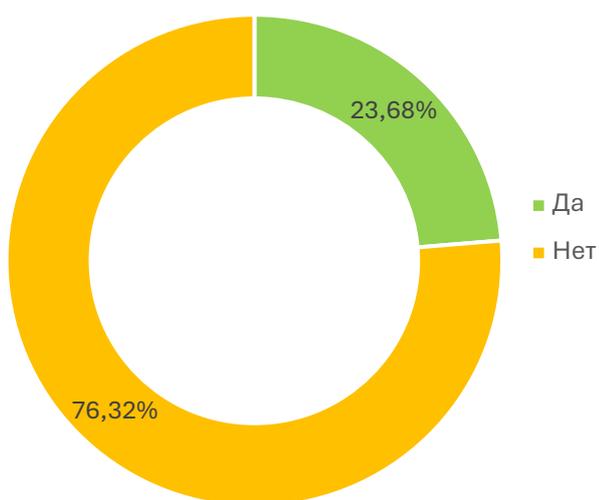


Рис. 76. Распределение ответов на вопрос «Ведется ли в организации реестр наставников?»

Источник: составлено авторами.

Относительно того, кто может выступать в роли наставляемых, мнения распределились следующим образом: ординаторы (28%), обучающиеся, проходящие практику (20%), молодые специалисты в клинических подразделениях (13%) (рис. 77).

В ответы «Другое» респонденты добавили аспирантов, соискателей, научных сотрудников, молодых специалистов – врачей профильных подразделений, молодых специалистов среднего звена.

Кто выступает в роли наставляемых?



Рис. 77. Распределение ответов на вопрос: «Кто выступает в роли наставляемых в практиках научных организаций?»

Источник: составлено авторами.

Взаимодействие наставника и наставляемых может происходить как в смешанном формате взаимодействия (40%), так и в очном формате на постоянной основе (40%) (рис. 78).

Формат взаимодействия наставника и наставляемого (наставляемых)

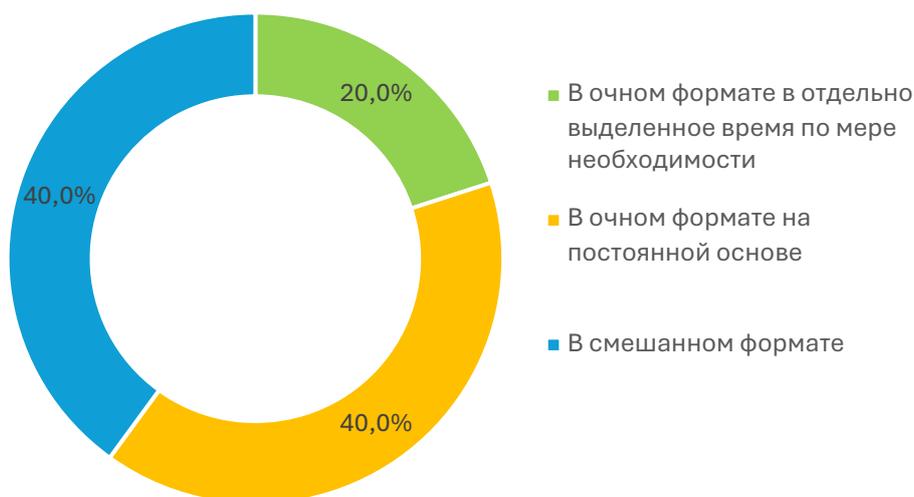


Рис. 78. Формат взаимодействия наставника и наставляемого

Источник: составлено авторами.

Что касается количества наставляемых, прикрепленных к наставнику, то 60% респондентов уверены, что к наставнику можно прикрепить не более 2–3 наставляемых, 40% – не более 3–5 (рис. 79).

Сколько наставляемых может быть прикреплено к наставнику?

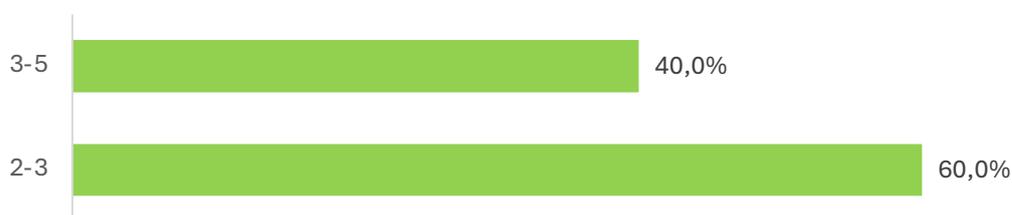


Рис. 79. Распределение ответов на вопрос: «Сколько наставляемых может быть прикреплено к наставнику?»

Источник: составлено авторами.

Среди основных задач, которые должен решать наставник в процессе взаимодействия с наставляемыми в научных заведениях, респонденты выделили в первую очередь повышение образовательной и трудовой мотивации наставляемых, помощь в адаптации в профессии, соблюдение норм корпоративной культуры, формирование индивидуальной траектории профессионального развития (рис. 80).

Какие основные задачи должен решать наставник в процессе взаимодействия с наставляемым?

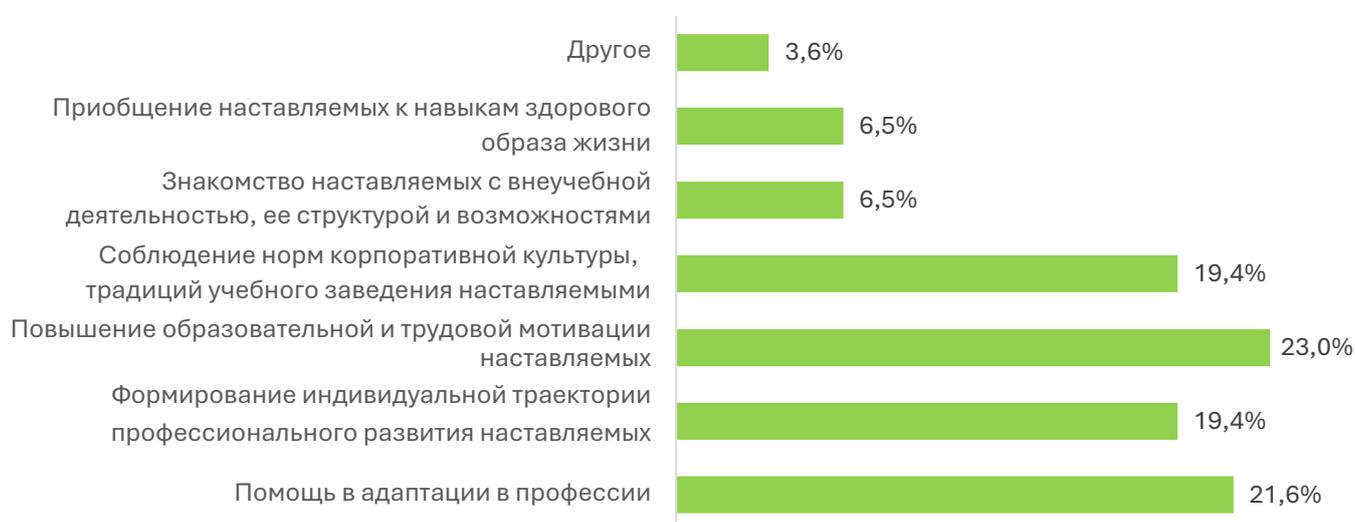


Рис. 80. Распределение ответов на вопрос: «Какие основные задачи должен решать наставник в процессе взаимодействия с наставляемыми?»

Источник: составлено авторами.

Большинство ответивших на вопрос о сроках наставничества считают, что оно должно длиться на постоянной основе по мере необходимости (рис. 81).

Укажите, пожалуйста, примерные сроки наставничества

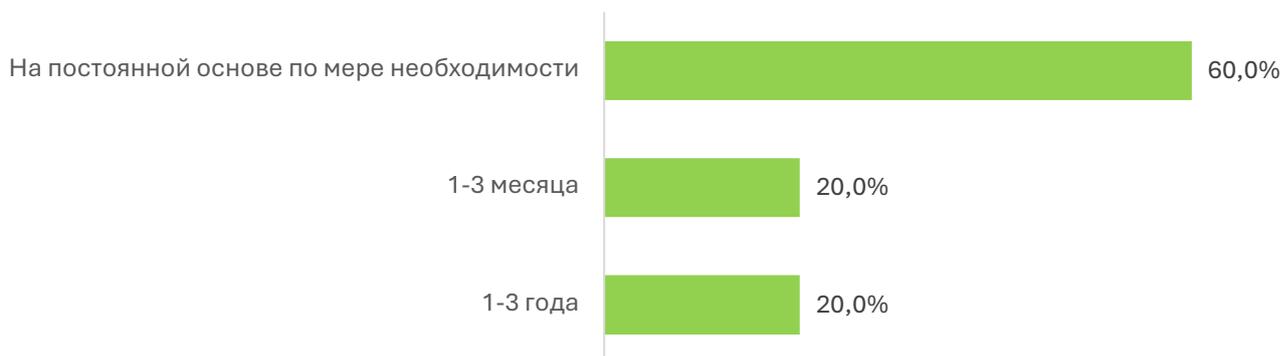


Рис. 81. Сроки наставничества в практиках научных организаций

Источник: составлено авторами.

4.2.1.4. Обучение наставников

В подавляющем большинстве организаций (70%) наставники не проходят предварительное обучение (рис. 82).

Проходит ли наставник предварительное обучение?

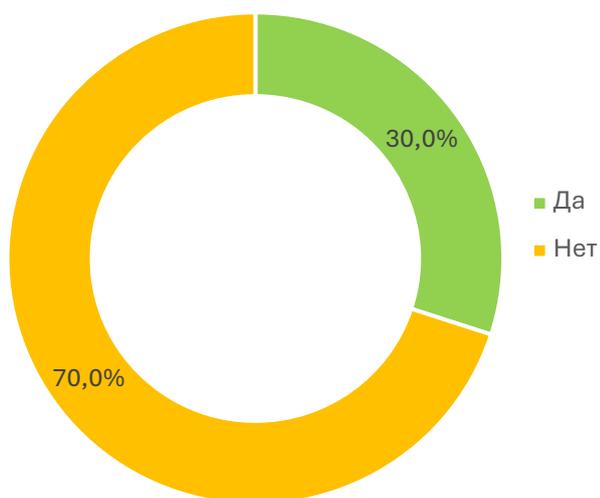


Рис. 82. Распределение ответов на вопрос: «Проходит ли наставник предварительное обучение?»

Источник: составлено авторами.

При этом все респонденты отмечают необходимость создания возможности дополнительного обучения для наставников (рис. 83).

Нужно ли создавать возможности обучения наставников?

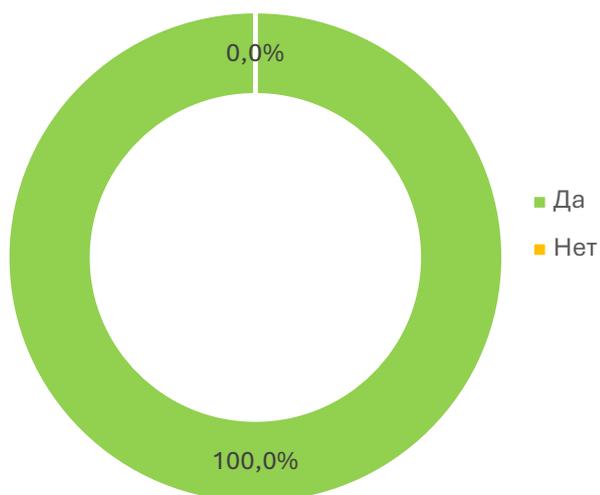


Рис. 83. Распределение ответов на вопрос: «Нужно ли создавать возможности обучения наставников?»

Источник: составлено авторами.

Представители научных организаций выбрали в равной степени все предложенные варианты по направлениям обучения наставников: нормативно-правовые вопросы реализации наставничества, организационные вопросы реализации наставничества, формирование надпрофессиональных компетенций наставников (рис. 84).

Обучение наставников по вопросам наставничества необходимо по...

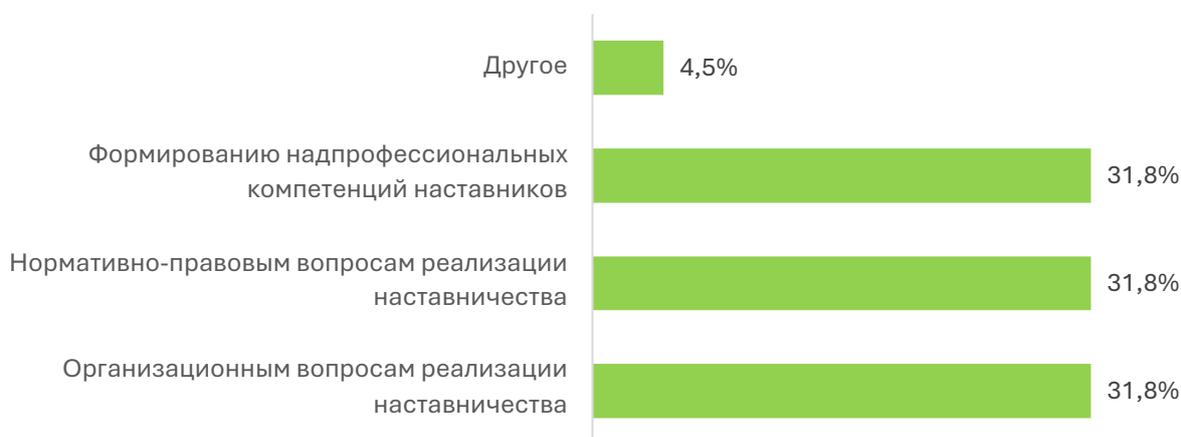


Рис. 84. Распределение ответов на вопрос: «По каким вопросам следует создавать возможности обучения наставников?»

Источник: составлено авторами.

Выводы

Таким образом, на основании проведенного анкетирования можно выявить основные тенденции, преобладающие в системе наставничества в научных организациях, подведомственных Минздраву России.

Наиболее распространенными видами наставничества являются наставничество обучающихся, проходящих практику, научное наставничество и наставничество молодых специалистов в клинических подразделениях.

Система наставничества в научных организациях направлена на формирование универсальных специалистов, сочетающих исследовательские компетенции и практические навыки.

В подавляющем большинстве организаций не разработан нормативно-правовой акт по наставничеству, также три четверти научных организаций не имеют систему оценки, контроля и эффективности наставничества. В качестве мер поощрения наставников используются стимулирующие выплаты, меры социального поощрения и приоритетное направление на образовательные и научные мероприятия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее исследование имеет теоретическую и практико-ориентированную направленность.

В рамках работы выявлено, что формирование профессиональных компетенций современного медицинского работника представляет собой комплексный, многоуровневый процесс, в котором наставничество играет роль интегративного механизма, объединяющего теоретические знания, практические навыки и профессиональные ценности. Анализ зарубежных практик показал, что нет единой «идеальной» модели наставничества – каждая страна разрабатывает свои подходы, учитывающие национальные особенности, культурные традиции и текущие вызовы системы здравоохранения. Однако общим для всех успешных программ является системный подход, ориентация на результат, подготовка компетентных наставников и постоянная оценка эффективности программ наставничества.

В рамках анализа зарубежных практик в части выстраивания образовательной и карьерной траектории с момента обучения обнаружено, что «пирамидальная» модель наставничества в медицине представляет собой не просто методическую схему, а сложный социокультурный феномен, отражающий глубинные процессы профессиональной социализации в медицинском сообществе. Эта модель успешно интегрирует лучшие практики из разных стран и культур, создавая универсальный, но в то же время гибкий подход к развитию медицинских кадров. Будущее пирамидальных моделей наставничества, вероятно, будет связано с дальнейшей интеграцией цифровых технологий, усилением внимания к психологическому благополучию медицинских работников и развитием транснациональных программ наставничества, которые подготовят врачей к работе в глобализированной медицинской среде XXI века.

В рамках исследования отмечено, что психологические аспекты взаимодействия «наставник-наставляемый» в условиях стресса представляют собой динамично развивающуюся область исследований и практики, требующую междисциплинарного подхода и постоянной адаптации к меняющимся условиям профессиональной деятельности в здравоохранении. Эффективное наставничество в стрессовых условиях способно не только нивелировать негативные последствия профессионального давления, но и трансформировать стресс в фактор профессионального и личностного роста, формируя устойчивых, психологически здоровых специалистов, способных эффективно работать в условиях постоянных вызовов современной медицины.

На основании проведенного анкетирования определены основные тенденции, преобладающие в системе наставничества сферы здравоохранения на уровне субъектов Российской Федерации. Система наставничества реализуется в большинстве субъектов, что свидетельствует о высокой степени распространенности самой идеи наставничества в региональном здравоохранении и указывает на то, что она признается важным инструментом кадровой политики. В большинстве субъектов Российской Федерации разработан региональный нормативно-правовой акт о на-

ставничестве, что является положительным фактором, создающим основу для системной работы. Более чем в половине регионов оплата наставника регулируется на локальном уровне. Такой децентрализованный подход к оплате труда наставника предоставляет гибкость, но может привести к значительному разрыву в уровне материальной мотивации наставников даже в пределах одного региона. Структура поощрений наставников демонстрирует преобладание материальных стимулов, однако низкая распространенность инвестиций в развитие самих наставников (обучение, научные мероприятия) может ограничивать качество их педагогических навыков. Кроме того, в рамках исследования обнаружен разрыв между осознанной потребностью и реальной практикой в обучении наставников. Подавляющее большинство регионов понимают, что наставника нужно готовить к этой роли, особенно в части организационных и методических аспектов, однако в абсолютном большинстве случаев такой подготовки на данный момент нет.

Общая оценка состояния наставничества в медицинских организациях г. Москвы, согласно данным исследования, положительная, полученные результаты свидетельствуют о широком распространении практик наставничества. Однако проведенный анализ выявил как сильные, так и слабые стороны в организации наставничества в медицинских организациях, подведомственных ДЗМ.

Сильные стороны:

- ▶ Широкое распространение практики наставничества.
- ▶ Наличие локальных нормативных актов в большинстве учреждений.
- ▶ Оптимальное распределение количества наставляемых на одного наставника.
- ▶ Система материальной мотивации, распространенная в большинстве организаций.

Проблемные аспекты:

- ▶ Недостаточная подготовка наставников.
- ▶ Преобладание профессиональных критериев над педагогическими при отборе наставников.
- ▶ Недостаточное использование цифровых технологий в организации наставничества.
- ▶ Высокая загруженность наставников.
- ▶ Недостаточное внимание к стратегическим задачам развития специалистов.

В рамках анализа данных в образовательных организациях, подведомственных Минздраву России, обнаружено, что наиболее распространенными видами наставничества являются кураторство, тьюторство и научное наставничество. В более чем половине вузов разработан нормативно-правовой акт по наставничеству, три четверти вузов имеют систему оценки, контроля и эффективности наставничества. В целях улучшения мотивации вузы используют меры поощрения наставников, тьюторов и кураторов. Однако в настоящее время существует проблема размытия основных понятий и регламентации участников процесса. Например, среди респондентов существует неоднозначность в понимании ролей тьютора и куратора (ряд респондентов в открытых вопросах предлагали унифицировать термины: кураторы – наставники из числа ППС (преподаватели, сотрудники), тьюторы – наставники из числа обучающихся (студенты старших курсов). Такое разделение поможет избежать путаницы и четко определить зоны ответственности).

В части распространенности практик наставничества в научных организациях, подведомственных Минздраву России, выявлено, что наиболее распространенными видами наставничества являют-

ся наставничество обучающихся, проходящих практику, научное наставничество и наставничество молодых специалистов в клинических подразделениях. Определено, что в подавляющем большинстве организаций не разработан нормативно-правовой акт по наставничеству, также три четверти научных организаций не имеют систему оценки, контроля и эффективности наставничества. В качестве мер поощрения наставников используются стимулирующие выплаты, меры социального поощрения и приоритетное направление на образовательные и научные мероприятия.

В целом система наставничества в России носит всеобъемлющий характер, охватывая все ключевые направления медицинской деятельности: в образовательных и научных организациях, в медицинских организациях и на уровне регионов. Однако развитие института наставничества носит неравномерный характер: от передовых регионов и организаций с комплексными программами наставничества до учреждений, где наставничество отсутствует или формализовано.

Полученные данные свидетельствуют о том, что для дальнейшего развития института наставничества в российской системе здравоохранения наиболее перспективным представляется синтез лучших мировых практик с учетом отечественных традиций наставничества, текущих реформ в сфере медицинского образования и наращивания нормативно-правовой базы по наставничеству. Только такой комплексный подход позволит создать эффективную систему формирования профессиональных компетенций медицинских работников, способную отвечать на вызовы современного этапа развития здравоохранения и обеспечивать высокое качество медицинской помощи населению в условиях глобальных изменений.

Среди рекомендаций можно выделить:

- 1.** Разработку и внедрение стандартизированных программ подготовки наставников с акцентом на педагогические и коммуникативные компетенции.
- 2.** Внедрение цифровых платформ для управления процессом наставничества и обеспечения непрерывности взаимодействия наставника с подопечным.
- 3.** Расширение практик наставничества на другие категории сотрудников, помимо молодых специалистов.
- 4.** Популяризацию методов нематериального стимулирования наставников и признания их заслуг.
- 5.** Разработку методики оценки результатов и эффективности наставничества, выходящие за рамки формального выполнения плана.

Реализация этих рекомендаций позволит повысить эффективность наставничества как инструмента адаптации и развития медицинских кадров, что особенно актуально в условиях модернизации здравоохранения и дефицита квалифицированных специалистов.

Дальнейшие научные исследования могут быть направлены на разработку унифицированных моделей оценки эффективности наставничества и интеграцию этих практик в национальные стратегии развития кадрового потенциала в здравоохранении. Целесообразно провести углубленный анализ для выявления корреляции между системами мотивации, подготовкой наставников и конечными показателями эффективности работы (снижение текучести кадров, повышение качества оказания медицинской помощи).

Поставленные и решенные задачи данного этапа исследования имеют большое значение для дальнейших изысканий, а также научного сопровождения организации и развития института наставничества в системе здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Roadmap to professionalizing the public health workforce in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. URL: <https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/kadrovye-resursy-zdravooxraneniya/3759.html> (дата обращения: 13.09.2025).
2. Kroezen M., Rajan D., Richardson E. Strengthening primary care in Europe: How to increase the attractiveness of primary care for medical students and primary care physicians? / WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. 2023. URL: <https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/pervichnaya-mediko-sanitarnaya-pomoshh/4059.html> (дата обращения: 20.09.2025).
3. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения: Коллективная монография / Е. И. Аксенова, О. А. Александрова, Н. В. Аликперова [и др.]. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2019. – 244 с. – ISBN 978-5-907251-15-1.
4. Бурдастова Ю.В. Проблемы формализации института наставничества в здравоохранении и пути их решения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65. – № 5. – С. 461–466. – DOI 10.47470/0044-197X-2021-65-5-461-466.
5. Бурдастова Ю.В., Старшинин А.Б., Аксенова Е.И. Роль наставничества в формировании устойчивых кадров здравоохранения г. Москвы // Проблемы социальной гигиены, общественного здравоохранения и истории медицины. 2024. Т. 32. С. 1085–1089. URL: <https://journal-nriph.ru/journal/article/view/1806> (дата обращения: 06.10.2025).
6. Развитие наставничества в столичном здравоохранении: новые подходы и возможности / А. В. Старшинин, Е. И. Аксенова, Ю. В. Бурдастова [и др.]. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2023. – 145 с. – ISBN 978-5-907717-54-1.
7. Бурдастова Ю. В. Аспекты формирования карьерной траектории медицинского специалиста / Ю. В. Бурдастова, Е. И. Аксенова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2025. – Т. 33, № S2. – С. 946-950. – DOI 10.32687/0869-866X-2025-33-s2-946-950.
8. The Role of Mentorship in Improving Leadership in Healthcare // PsychReg. URL: <https://www.psychreg.org/role-mentorship-improving-leadership-healthcare/> (дата обращения: 06.10.2025).

9. What Are the Top 5 Skills Needed in Healthcare in 2024. URL: <https://learn.credly.com/guides/top-5-skills-needed-in-healthcare-in-2024> (дата обращения: 08.10.2025).
10. Why Every Healthcare Facility Needs a Competency Framework. URL: <https://www.cabem.com/why-every-healthcare-facility-needs-a-competency-manager-in-2024/> (дата обращения: 08.10.2025).
11. Good medical practice and more detailed guidance 2024 // General Medical Council. – 2024. – URL: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/good-medical-practice> (дата обращения: 15.10.2025).
12. Shaping the future of healthcare: insights into Japan’s medical education system // Journal of Global Health. – 2024. – Vol. 14. URL: https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/gme-2025-0001/html?srsltid=AfmB0opkaDhOg0cGr65_0Q9NkLMSu-DC8DcYXvce5aB_k-lrLI7IdijP (дата обращения: 08.10.2025).
13. Katayama K. et al. The relation between resident mentorship and in-training examination scores during a clinical residency program in Japan // Medical Education Journal. – 2024. – Vol. 45, № 3. – P. 189-201. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11577297/> (дата обращения: 08.10.2025).
14. Addressing skills needs in the European health sector. Skills gaps, solutions, and strategies for VC-startup cooperation // European Commission Report. 2024. 92 p. URL: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2024/08/WorkInHealth-and-EIF-report-Adressing-skills-need-in-European-health-sector-July-2024.pdf> (дата обращения: 08.10.2025).
15. Juntunen J., Tuomikoski A.-M. et al. Healthcare professionals' experiences of required interprofessional mentoring competence: a systematic review // Journal of Interprofessional Care. – 2024. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11729577/> (дата обращения: 08.10.2025).
16. Identifying and addressing mentorship gaps in European trauma and emergency surgical training. Results from the Young European Society of Trauma and Emergency Surgery (yESTES) mentorship survey / S. P. B. Cioffi, L. Benuzzi, M. Herbolzheimer [et al.] // European Journal of Trauma and Emergency Surgery. – 2024. – DOI 10.1007/s00068-024-02610-y.
17. Toro-Tobon D., Billingsb H., Peersen A.F. et al. Mentorship in endocrinology training: a cross-sectional study of trainees in the United States and Europe // eClinicalMedicine. – 2025. – Vol. 86. DOI 10.1016/j.eclinm.2025.103377.
18. Haberer J.E, Byakika-Kibwika P., Gandhi M. et al. A critical metric for career development and advancing global health // PLOS Glob Public Health. – 2025. 15;5(10):e0005247. DOI 10.1371/journal.pgph.0005247.
19. Panchamia J., Chavda N., Sharma B., Kadri A.M., Iyer V. Enhancing healthcare leadership in Gujarat, India: an effectiveness study // Front Public Health. – 2025. 20;13:1677824. DOI 10.3389/fpubh.2025.1677824.
20. Scandiffio J., Zhang M., Karsan I. et al. The role of mentoring and coaching of healthcare professionals for digital technology adoption and implementation: A scoping review // Digital health. – 2024. Vol. 10. DOI 10.1177/20552076241238075.
21. Liu B., Xue Q., Li X., Sun J., Rao Z., Zou G., Li X., Yin Z., Zhang X., Tian Y., Zhang M. Improving primary healthcare quality in China through training needs analysis // Sci Rep. 2024;14(1):30146. DOI 10.1038/s41598-024-81619-0.

22. Протасов А.Д., Стародубцева Е.С., Мошляк Г.А., Жестков А.В. Современные мировые тенденции развития высшего медицинского образования в США, Великобритании, Франции и Китае // Вестник современной клинической медицины. 2023. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-mirovye-tendentsii-razvitiya-vysshego-meditsinskogo-obrazovaniya-v-ssha-velikobritanii-frantsii-i-kitae> (дата обращения: 23.10.2025).
23. Ishikawa M., Seto R., Oguro M., Sato Y. Impact of Japan's 2024 Physician Work Style Reform on Pediatricians' Working Hours and Associated Factors // Healthcare (Basel). – 2025. 25;13(15):1815. DOI: 10.3390/healthcare13151815.
24. McGown P., Forshaw J., Gould L. Near-peer mentorship for newly qualified doctors; what are the benefits, and what methods can be used to overcome the pitfalls? Med Educ Online. – 2025. 31;30(1):2579079. DOI: 10.1080/10872981.2025.2579079.
25. Byram J.N. The professionalization of medical students: a longitudinal analysis of professional identity formation and professionalism perceptions in second and third year medical students. URL: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://scholarworks.indianapolis.iu.edu/server/api/core/bitstreams/18f1d3a0-84b1-4214-901d-bf684b1cf0de/content> (дата обращения: 15.10.2025).
26. Byram J.N. A Simple Pyramid Model for Career Guidance // Journal of Graduate Medical Education. – 2018. – Vol. 10, № 5. DOI: 10.4300/JGME-D-18-00028.1
27. Zohdy M., Wrubel L., Cachinero B. Best Practices in CEO Succession Planning in Academic Medical Centers / Egon Zehnder International, Inc. 2024. URL: <https://www.egonzehnder.com/cdn/serve/article-pdf/1721159827-5ca0e750a5b7d955f529420e44216421.pdf> (дата обращения: 15.11.2025).
28. UEMS Congress Mentorship Initiative. URL: <https://www.uems.eu/mentorship-initiative> (дата обращения: 15.10.2025).
29. JMSA Mentorship Program URL: <https://www.jmsa.org/2023/01/21/jmsa-mentorship-program-update/> (дата обращения: 15.10.2025).
30. Brannan L., Kent A. The Mentoring Pyramid URL: https://www.researchgate.net/publication/325878659_The_Mentoring_Pyramid (дата обращения: 15.10.2025).
31. Perez Cañaveras R. M. Mentoring of nursing students – A comparative study of <sc>Japan</sc> and five <sc>European</sc> countries // Japan Journal of Nursing Science. 2021. URL: https://www.academia.edu/110599304/Mentoring_of_nursing_students_A_comparative_study_of_scp_Japan_scp_and_five_scp_European_scp_countries (дата обращения: 15.10.2025).
32. Benjamin J. Lee, Sheila K. Wang, Chunkit So, Brandon G. Chiu. Peer-to-peer Mentoring Pyramid in the Asian Community: Health Education Initiative for Underserved Populations. URL: https://www.researchgate.net/publication/290471718_A_Student-Led_Health_Education_Initiative_Addressing_Health_Disparities_in_a_Chinatown_Community (дата обращения: 24.10.2025).
33. AGPT Training Site and Supervisor Handbook / The Royal Australian College of General Practitioners. East Melbourne, Vic: RACGP, 2023. URL: <https://www.racgp.org.au/education/registrars/fellowship-pathways/policy-framework/program-handbooks-and-guidance-documents/agpt-practice-and-supervisor-handbook/for-supervisors/support-for-supervisors> (дата обращения: 15.11.2025).
34. ЗОНТ: здоровье, образование, наука, технологии. Всероссийский междисциплинарный конгресс по непрерывному профессиональному медицинскому образованию работников здра-

- воохранения (II. Москва. Красногорск. 12–15 декабря 2023): сборник материалов конференции / ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. – Москва: РМАНПО, 2023. – 173 с.
- 35.** Ramani S., Gruppen L., Kachur E.K. Twelve tips for developing effective mentors // *Medical Teacher*. Vol. 28, № 5. 2006. pp. 404–408. URL: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.bu.edu/sph/files/2012/01/Ramani_Twelve-tips-for-developing-effective-mentors.pdf (дата обращения: 15.10.2025).
- 36.** Щелина Т. Т. Психологическая характеристика наставничества как условия преемственности личностно-профессионального развития будущего педагога / Т. Т. Щелина, С. О. Щелина // *Теоретическая и экспериментальная психология*. – 2024. – Т. 17, № 2. – С. 72-94. – DOI 10.11621/TEP-24-13.
- 37.** Калинина С.А. Роль социально-психологических факторов в формировании профессионального стресса при нервно-эмоциональных нагрузках. 2009. URL: <https://medical-diss.com/medicina/rol-sotsialno-psihologicheskikh-faktorov-v-formirovanii-professionalnogo-stressa-pri-nervno-emotsionalnyh-nagruzkah> (дата обращения: 17.10.2025).
- 38.** Ramani S., Kusurkar R.A., Lyon-Maris J. et al. Mentorship in health professions education – an AMEE guide for mentors and mentees: AMEE Guide No. 167 // *Medical Teacher*. 2023. 46:8, 999-1011, DOI 10.1080/0142159X.2023.2273217.
- 39.** Alonazi O. The relationship between psychological resilience and professional quality of life among mental health nurses: a cross-sectional study / O. Alonazi, A. Alshowkan, E. Shdaifat // *BMC Nursing*. – 2023. – Vol. 22, No. 1. – P. 184. – DOI 10.1186/s12912-023-01346-1.
- 40.** Peng X. The Impact of the Mentoring Relationship on the Research Self-efficacy of Graduate Students: The Moderating Role of Stress and its Regulatory Impact on Stress Mindset / X. Peng, X. Tai, J. Zhou // *Academic Journal of Management and Social Sciences*. – 2024. – Vol. 9, No. 3. – P. 139-147. – DOI 10.54097/a2hhbp74.
- 41.** Wilson G., Larkin V., Redfern N., Stewart J., Steven A. Exploring the relationship between mentoring and doctors' health and wellbeing: a narrative review // *J R Soc Med*. 2017;110(5):188-197. DOI 10.1177/0141076817700848.
- 42.** Sriram V. Exploring aspects of mentoring for black and minoritised healthcare professionals in the UK: a nominal group technique study / V. Sriram, A. Atwal, E. A. McKay // *BMJ Open*. – 2024. – Vol. 14, No. 12. – P. e089121. – DOI 10.1136/bmjopen-2024-089121.
- 43.** Mentoring in China: Enhanced Understanding and Association with Occupational Stress / L. Q. Yang, X. Xu, T. D. Allen [et al.] // *Journal of Business and Psychology*. – 2011. – Vol. 26, No. 4. – P. 485-499. – DOI 10.1007/s10869-010-9202-5.
- 44.** Shin Y.H., Lee J.H., Lee S.Y. Effects of a Mentoring Program on Stress and Self-esteem for Middle School Girls of Low Income Families // *Journal of Korean Academy of psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012;21(3):220-228. DOI 10.12934/jkpmhn.2012.21.3.220.
- 45.** Jindal V. Effect of Mentoring on Psycho-Social Behavior, Lifestyle, Sexual Behavior and Health Condition of Professional Students // *Journal of Psychology & Psychotherapy*. 2013. Volume 3, Issue 2. URL: <https://www.longdom.org/open-access/effect-of-mentoring-on-psychosocial-behavior-lifestyle-sexual-behaviorand-health-condition-of-professional-students-7329.html> (дата обращения: 22.10.2025).

46. Актуальные проблемы психологической практики в силовых структурах: ментальное здоровье и условия его сохранения: Сборник докладов VI Международной межведомственной научно-практической конференции, Нижний Новгород, 18 ноября 2021 г. – Н. Новгород: ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2022. – 324 с.
47. Usanmaz O. Mentoring in Healthcare: Growing Future Professionals. 2025. URL: <https://www.qooper.io/blog/mentoring-in-healthcare> (дата обращения: 22.10.2025).
48. Wu J. Mentorship in medical education: reflections on the importance of both unofficial and official mentorship programs / J. Wu, A. T. Olagunju // BMC Medical Education. – 2024. – Vol. 24, No. 1. – P. 1233. – DOI 10.1186/s12909-024-06248-7.
49. Taylor C., Xyrichis A., Leamy M.C., Reynolds E., Maben J. Can Schwartz Center Rounds support healthcare staff with emotional challenges at work, and how do they compare with other interventions aimed at providing similar support? A systematic review and scoping reviews / BMJ Open. 2018. 18;8(10):e024254. DOI 10.1136/bmjopen-2018-024254.
50. Price D. W. Systems-Integrated CME: The Implementation and Outcomes Imperative for Continuing Medical Education in the Learning Health Care Enterprise / D. W. Price, D. A. Davis, G. L. Filerman // NAM Perspectives. – 2021. – Vol. 11, No. 10. – DOI 10.31478/202110a.
51. Implementing the ARCS motivational instructional design model to improve learning support of distant learning students / B. A. Pribadi, A. M. Limbong, M. F. Karim, K. Kadarisman // Akademika. – 2021. – Vol. 10, No. 02. – P. 393-403. – DOI 10.34005/akademika.v10i02.1455.
52. Lobell K.O. While traditional, one-on-one mentorship programs have long been the gold standard, today's professionals are tailoring them to fit their unique career goals. 2024. URL: <https://www.shrm.org/topics-tools/news/all-things-work/models-in-mentoring> (дата обращения: 22.10.2025).
53. Эсаулова И. А. Новые модели наставничества в практике обучения и развития персонала зарубежных компаний / И. А. Эсаулова // Стратегии бизнеса. – 2017. – № 6(38). – С. 8-13. – DOI 10.17747/2311-7184-2017-6-08-13.
54. Training Mentors // ABET. URL: <https://www.abet.org/program-evaluators/training/training-mentors/> (дата обращения: 12.11.2025).
55. Countries Accepting ACCME-Accredited CME // ACCME. URL: <https://accme.org/about-accreditation/countries-accepting-accme-accredited-cme/> (дата обращения: 12.11.2025).
56. CMC Program Activity // CAHME. URL: <https://cahme.org/accreditation/cahme-mentorship-circle/cmcc-program-activity/> (дата обращения: 12.11.2025).
57. Global Human Capital Trends Report / Deloitte Insights. 2023. URL: <https://www.brianheger.com/2023-global-human-capital-trends-report-deloitte-insights/> (дата обращения: 12.11.2025).
58. A National Framework for Clinical Mentor Accreditation in England. Официальный сайт NHS / Health Education England. URL: <https://www.hee.nhs.uk/our-work> (дата обращения: 11.11.2025).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Аксенова Елена Ивановна, доктор медицинских наук, доктор экономических наук, профессор, директор ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы».

Бурдастова Юлия Владимировна, кандидат экономических наук, научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», заместитель директора Федерального центра поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Надарейшвили Георгий Гивиевич, первый проректор Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова, директор Федерального центра поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научное электронное издание

Аксенова Елена Ивановна, **Бурдастова** Юлия Владимировна,
Надарейшвили Георгий Гивиевич

**РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ГЛОБАЛЬНЫЕ ТРЕНДЫ
И НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
(НА ПРИМЕРЕ ФОРМИРОВАНИЯ
КОМПЕТЕНЦИЙ ПОСРЕДСТВОМ
НАСТАВНИЧЕСТВА)**

Корректор: И. Д. Баринская
Дизайнер-верстальщик: А. В. Усанов

Объем данных 1,5 Мб
Дата подписания к использованию: 30.12.2025
URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/>

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Тел.: +7 (495) 530-12-89
Электронная почта: niiozmm@zdrav.mos.ru



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



МОСКВА
2 0 2 5