



МОСКОВСКАЯ
МЕДИЦИНА



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

18+



Фото: НИИОЗММ

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРАКТИК НАСТАВНИЧЕСТВА: ОПЫТ РАЗНЫХ СТРАН МИРА

ЭКСПЕРТНЫЙ ОБЗОР

МОСКВА

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

Ю.В. Бурдастова, Е.И. Аксенова

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРАКТИК НАСТАВНИЧЕСТВА: ОПЫТ РАЗНЫХ СТРАН МИРА

Экспертный обзор

Научное электронное издание

Москва
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2026

УДК 614.2
ББК 51.1

Рецензенты:

Васильева Татьяна Павловна, заслуженный врач России, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»;

Виноградова Майя Тофиковна, младший научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко».

Бурдастова Ю.В.

Подготовка медицинских сестер с использованием практик наставничества: опыт разных стран мира: экспертный обзор [Электронный ресурс]. / Ю.В. Бурдастова, Е.И. Аксенова. – Электрон. текстовые дан. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2026. – URL: <https://niiioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/obzory/> – Загл. с экрана. – 32 с.

ISBN 978-5-908096-37-9

В обзоре систематизирован международный опыт применения практик наставничества при подготовке медицинских сестер в Японии, Китае, Сингапуре, США, Германии, Великобритании, Индии и Турции, проведен сравнительный анализ моделей по критериям результативности.

Предназначен для организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций и образовательных учреждений сестринского профиля

**УДК 614.2
ББК 51.1**

**Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом ГБУ
«НИИОЗММ ДЗМ»
(Протокол № 6 от 16 июня 2026 г.).**

Самостоятельное электронное издание сетевого распространения.

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

ISBN 978-5-908096-37-9



© Бурдастова Ю.В., Аксенова Е.И., 2026

© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
1. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ НАСТАВНИЧЕСТВА В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ	7
1.1. Определение и сущность наставничества в сестринском деле.....	7
1.2. Теоретические модели наставничества.....	8
1.3. Ключевые элементы результативных программ наставничества	9
1.4. Международные подходы к концептуализации наставничества.....	10
1.5. Концептуальные особенности наставничества в России	11
1.6. Выводы по разделу	12
2. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ РАЗВИТИЯ НАСТАВНИЧЕСТВА	13
2.1. Япония: система клинических лестниц (Clinical Ladder)	13
2.2. Китай: инновационные модели наставничества.....	14
2.3. Сингапур: равное наставничество (Peer Mentoring)	15
2.4. США: программы резидентуры и прецепторства.....	16
2.5. Германия: система ученичества	17
2.6. Великобритания: национальная модель прецепторства NHS	18
2.7. Индия: цифровые платформы наставничества	19
2.8. Турция: электронное наставничество (E-Mentoring)	20
2.9. Сравнительный анализ моделей наставничества	22
2.10. Ресурсы для развития, внедрения и мониторинга.....	24
2.11. Экономическое обоснование инвестиций в наставничество	24
2.12. Выводы по разделу	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	26
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	27

ВВЕДЕНИЕ

Устойчивость кадрового состава сестринского персонала — один из ключевых факторов, способствующих достижению глобальных целей в области здравоохранения. По данным доклада «Состояние сестринского дела в мире – 2025», подготовленного ВОЗ и Международным советом медицинских сестер совместно с партнерами, глобальная численность сестринского персонала выросла с 27,9 млн в 2018 г. до 29,8 млн в 2023 г., однако дефицит кадров по-прежнему составляет 5,8 млн человек и, согласно прогнозу, снизится до 4,1 млн лишь к 2030 г. [1]. 78 % сестринского персонала мира сосредоточено в странах, где проживает лишь 49 % населения планеты, — неравномерность распределения кадров остается системной проблемой отрасли [1].

Для России кадровый вопрос стоит не менее остро. По данным Минздрава России, несмотря на приток в отрасль в 2025 г. 7,8 тыс. врачей и 6,1 тыс. средних медицинских работников, дефицит специалистов сохраняется: не хватает порядка 23 тыс. врачей и 63 тыс. специалистов среднего медицинского персонала [2]. Сокращение численности среднего медицинского персонала происходит более интенсивно, чем сокращение врачебных кадров, а отток специалистов идет преимущественно из государственного сектора в частный: сегодня в негосударственных и ведомственных медицинских организациях работают 18 % среднего медицинского персонала страны [3].

В этих условиях наставничество рассматривается международным профессиональным сообществом как один из немногих управленческих инструментов, доказавших способность одновременно решать три задачи: сокращать текучесть кадров в первые, наиболее уязвимые годы работы; повышать профессиональную компетентность начинающих специалистов; формировать преемственность профессиональных традиций и культуры внутри медицинской организации. Обзор данных по программам наставничества для медицинских сестер показывает рост показателей удержания персонала с 60–76 % до внедрения программ до 89–99 % после их внедрения и снижение текучести кадров на 14–16 процентных пунктов [4].

Актуальность настоящего экспертного обзора определяется вступившей в силу с 1 марта 2026 г. системы обязательного наставничества для медицинских работников, прошедших первичную аккредитацию, первичную специализированную аккредитацию, — Федеральный закон от 17.11.2025 № 424-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» и принятые подзаконные акты Минздрава России — приказы от 05.03.2026 № 166н «Об утверждении перечня специальностей (направлений подготовки), после завершения обучения по которым в отношении лиц, получивших медицинское образование по основным профессиональным образовательным программам по специальностям (направлениям подготовки) и впервые прошедших первичную аккредитацию специалиста, первичную специализированную аккредитацию специалиста по соответствующей специальности, осуществляется наставничество в сфере здравоохра-

нения, сроки, в течение которых осуществляется наставничество в сфере здравоохранения в зависимости от специальности (направления подготовки) и (или) места нахождения организации, в которой осуществляется медицинская деятельность» и № 167н «Об утверждении Положения о наставничестве в сфере здравоохранения» [5, 6, 7]. Введение единой федеральной модели наставничества ставит перед организаторами здравоохранения практическую задачу: наполнить нормативную рамку содержательными, апробированными методическими решениями, в том числе с учетом опыта стран, где институт наставничества в сестринском деле развивается на протяжении десятилетий и располагает встроенными механизмами оценки эффективности.

Цель настоящего экспертного обзора — систематизировать международный опыт применения практик наставничества при подготовке медицинских сестер, выявить модели, доказавшие результативность по критериям удержания кадров, скорости профессиональной адаптации и качества оказываемой помощи, и выявить модели, применимые для совершенствования российской модели наставничества в сестринском деле.

Методология обзора: анализ и систематизация данных официальных документов ВОЗ и Международного совета медицинских сестер, национальных регуляторов сестринского дела (Japanese Nursing Association, Singapore Nursing Board, Nursing and Midwifery Council Великобритании, Indian Nursing Council), профильных ведомств (NHS England, Bundesministerium für Gesundheit ФРГ, Vizient/AACN в США), рецензируемых научных публикаций в изданиях Journal of Advanced Nursing, Nurse Education in Practice, Journal of Nursing Management, BMC Health Services Research, PLOS ONE и др. Хронологические рамки анализируемых источников — преимущественно 2016–2026 гг., с отдельными более ранними работами, сохраняющими методологическое значение (концепция Р. Крам, теория П. Бенер).

1. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ НАСТАВНИЧЕСТВА В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

1.1. Определение и сущность наставничества в сестринском деле

В международной литературе понятие «наставничество» (mentoring) в сестринском деле не тождественно смежным понятиям «прецепторство» (preceptorship), «клиническое руководство» (clinical supervision) и «коучинг» (coaching), хотя на практике эти институты нередко пересекаются, в России эти понятия объединяются одним словом. Разграничение на международном уровне заключается в следующем:

- наставничество (mentoring) — это преимущественно долгосрочные, часто неформальные отношения между более опытным специалистом (ментором) и менее опытным (наставляемым), ориентированные на развитие карьеры, профессиональной идентичности и психологическую поддержку;
- прецепторство (preceptorship) — структурированные, ограниченные по времени отношения (как правило, от нескольких месяцев до одного года), закрепленные за конкретным этапом — трудоустройством, адаптацией или переходом в новую клиническую область, — с четкой программой и точками оценки;
- клиническое руководство (clinical supervision) — регулярная рефлексивная практика, направленная на разбор клинических случаев и эмоциональную поддержку, не обязательно связанная с фазой адаптации;
- коучинг — краткосрочное, целенаправленное развитие конкретного навыка.

Национальные модели, рассматриваемые в разделе 2 настоящего обзора, используют разные сочетания этих форматов: система клинических лестниц в Японии интегрирована с наставничеством как механизмом продвижения по уровням; программы резидентуры в США объединяют прецепторство первого года с последующим неформальным наставничеством; национальная модель NHS в Великобритании закреплена законодательно именно как прецепторство с фиксированными стандартами.

1.2. Теоретические модели наставничества

Наиболее устойчивое теоретическое основание программ наставничества в сестринском деле формируют три взаимодополняющие концепции.

Модель функций наставничества К. Крам. Классическая работа К. Крам (K. Kram) выделяет две группы функций наставника: карьерные (career functions) — продвижение наставляемого, расширение его значимости в организации, предоставление сложных заданий, и психосоциальные (psychosocial functions) — принятие, подтверждение профессиональной идентичности, консультирование и дружеская поддержка [8]. Для сестринского дела психосоциальная составляющая имеет особое значение в силу высокой эмоциональной нагрузки профессии и риска профессионального выгорания на раннем этапе карьеры.

Модель «От новичка к эксперту» П. Бенер. Теория П. Бенер, построенная на основе модели приобретения навыков братьев Дрейфус, описывает пять стадий профессионального развития медицинской сестры: новичок, продвинутый новичок, компетентный специалист, квалифицированный специалист и эксперт [9, 10]. Ключевой тезис модели состоит в том, что переход между стадиями обеспечивается не столько формальным обучением, сколько накоплением опыта в реальных клинических ситуациях при сопровождении более опытного коллеги. Модель Бенер лежит в основе большинства национальных систем клинических лестниц, рассматриваемых далее, поскольку прямо связывает уровень компетентности с продолжительностью и качеством практического опыта.

Теория шока перехода Дж. Дюшер. Дополняя модель Бенер, теория Дж. Дюшер описывает специфический кризис первого года самостоятельной практики — «шок перехода» (transition shock), возникающий из-за разрыва между ожиданиями, сформированными в ходе обучения, и реальными требованиями клинической практики [11]. Совместное применение теорий Бенер и Дюшер позволяет объяснить, почему наибольший эффект от программ наставничества в терминах удержания персонала достигается именно в первый год работы: например, в лонгитюдном исследовании в Китае эффект программы наставничества «один на один» проявился в статистически значимом снижении текучести кадров в первый год (3,77 % против 14,07 % в контрольной группе), тогда как на втором и третьем году различия между группами утрачивали значимость [12].

Помимо перечисленных, отдельные национальные программы опираются на теорию социального научения А. Бандуры (роль наставника как модели для подражания), теорию самодетерминации (поддержка автономии и мотивации наставляемого) и модель поддержки (caring theory), применяемую, в частности, в программах наставничества преподавательского состава сестринских школ [13].

1.3. Ключевые элементы результативных программ наставничества

Анализ международного опыта, представленного в разделе 2, позволяет выделить набор структурных элементов, присутствие которых статистически связано с результативностью программы:

- формализованный процесс подбора пары наставник — наставляемый (matching), учитывающий не только клиническую специализацию, но и совместимость по стилю коммуникации;
- обязательная подготовка наставников — отдельная программа обучения педагогическим и коммуникативным навыкам, а не только клиническая квалификация;
- защищенное время — выделенные, оплаченные часы для встреч наставника и наставляемого, не пересекающиеся с основной рабочей нагрузкой;
- индивидуальный план развития наставляемого с измеримыми целями и точками промежуточной оценки;
- четко определенная продолжительность программы (как правило, от 6 до 12 месяцев) с механизмом продления при необходимости;
- система обратной связи и оценки эффективности как для наставляемого, так и для организации в целом (мониторинг текучести кадров, удовлетворенности, скорости достижения профессиональной самостоятельности);
- институциональное признание роли наставника — дополнительная оплата, зачет в профессиональное портфолио, карьерные привилегии.

Отсутствие хотя бы двух из перечисленных элементов, согласно анализируемым источникам, существенно снижает измеримый эффект программы. Это подтверждается, например, систематическим обзором программ наставничества для начинающих медицинских сестер, где из девяти изученных программ значимое снижение текучести кадров показали лишь четыре, причем именно те, где присутствовали формализованная структура и защищенное время [14].

Самостоятельная методическая проблема, зафиксированная в обзорах международной доказательной базы, — существенная неоднородность программ по продолжительности, числу участников, целям, организационной структуре и, что особенно важно для применения результатов в управленческих целях, по инструментам оценки эффективности: отсутствие валидированных, сопоставимых между исследованиями инструментов измерения затрудняет прямое сравнение результативности разных моделей наставничества между странами и медицинскими организациями [53]. К числу типичных барьеров результативного наставничества, независимо от национального контекста, относятся дефицит времени у наставника, нехватка организационных ресурсов и сложность совмещения наставнической роли с основной клинической нагрузкой — факторы, прямо коррелирующие с отсутствием защищенного времени как обязательного элемента программы [53].

1.4. Международные подходы к концептуализации наставничества

Страны, рассматриваемые в разделе 2 настоящего обзора, используют принципиально разные институциональные конструкции наставничества:

- **институционально-закрепленная модель** (Великобритания) — единый национальный стандарт, устанавливаемый регулятором здравоохранения и подкрепленный системой добровольной сертификации организаций (Quality Mark);
- **профессионально-ассоциативная модель** (США, Япония) — стандарт разрабатывается и поддерживается профессиональной ассоциацией (AACN, Японская ассоциация медицинских сестер) совместно с крупными объединениями (Vizient), носит рекомендательный, но фактически общепрофессиональный характер;
- **законодательно-квалификационная модель** (Германия) — наставничество встроено в систему профессионального образования как обязательный квалификационный институт (Praxisanleiter) с установленными законом требованиями к часам подготовки и повышению квалификации;
- **государственно-частная модель** (Индия) — крупномасштабные программы наставничества создаются и финансируются в рамках государственно-частных партнерств для решения конкретной проблемы качества помощи (снижение материнской и неонатальной смертности), не образуя постоянного институционального механизма;
- **академически-инициативная модель** (Турция, Сингапур, отчасти Китай) — наставничество развивается преимущественно как предмет прикладных исследований отдельных университетских клиник, без единого национального стандарта, но с высокой скоростью накопления доказательной базы.

Сильные и слабые стороны основных концептуальных моделей наставничества представлены в таблице 1.

Таблица 1. Сильные и слабые стороны основных концептуальных моделей наставничества

Модель	Сильные стороны	Слабые стороны
1. Институционально-закрепленная (Великобритания)	Единство стандартов, измеримость, национальный бенчмаркинг	Высокие требования к администрированию, риск формализации без содержательного наполнения
2. Профессионально-ассоциативная (США, Япония)	Гибкость, опора на профессиональное сообщество, быстрое распространение лучших практик	Неравномерность внедрения между организациями, отсутствие обязательности
3. Законодательно-квалификационная (Германия)	Гарантированное качество подготовки наставников, встроенность в систему образования	Высокие издержки для медицинских организаций, длительный цикл внедрения изменений
4. Государственно-частная (Индия)	Быстрый и измеримый эффект в целевых регионах, привлечение внешнего финансирования	Отсутствие устойчивости после завершения проекта, зависимость от частного капитала
5. Академически-инициативная (Турция, Сингапур)	Высокая скорость накопления доказательной базы, инновационность (е-форматы)	Фрагментарность, отсутствие национального масштабирования

1.5. Концептуальные особенности наставничества в России

Российская модель терминологически и институционально отличается от рассмотренных международных аналогов. Понятие «наставничество» в отечественной практике имеет длительную историю — соответствующие положения существовали в советской и постсоветской системе здравоохранения на уровне локальных актов медицинских организаций, определявших наставничество как содействие приобретению молодыми специалистами (врачами и медицинскими сестрами) профессиональных навыков и опыта в первые годы работы, воспитание требовательности к себе и заинтересованности в результатах труда [15]. Эта модель по своему содержанию ближе к прецепторству в западной терминологии — она жестко привязана к начальному периоду профессиональной деятельности и не предполагает долгосрочного карьерного сопровождения.

С принятием Федерального закона от 17.11.2025 № 424-ФЗ и приказов Минздрава России от 05.03.2026 № 166н и № 167н наставничество в здравоохранении впервые получило единое общефедеральное нормативное определение и обязательный характер: оно осуществляется в отношении лиц, впервые прошедших первичную аккредитацию, первичную специализированную аккредитацию специалиста, наставником может быть работник с стажем медицинской деятельности по соответствующей специальности не менее 5 лет либо руководитель (заместитель руководителя) организации (структурного подразделения) со

стажем не менее 5 лет; определение наставника производится с его письменного согласия, срок наставничества дифференцируется в зависимости от специальности и места трудоустройства [7]. Принципиально важно, что законодательство не проводит различий между наставничеством врачей и медицинских сестер — требования унифицированы для всех медицинских специальностей, что отличает российскую модель от рассмотренных далее систем Японии, США и Великобритании, где сестринское наставничество развивается как отдельный, профессионально специфический институт со своей методологией, терминологией и системой измерения результатов.

1.6. Выводы по разделу

Понятийная неоднородность наставничества в международной практике — не терминологическая условность, а отражение различных институциональных стратегий решения одной и той же задачи: обеспечения безопасного и результативного перехода медицинской сестры от учебной подготовки к самостоятельной клинической практике. Наиболее устойчивый результат демонстрируют модели, сочетающие элементы нескольких подходов одновременно — регуляторную обязательность с профессионально-ассоциативным содержательным наполнением (пример: взаимодействие NHS England и Nursing and Midwifery Council в Великобритании).

2. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ РАЗВИТИЯ НАСТАВНИЧЕСТВА

Растущий глобальный дефицит сестринских кадров — по прогнозу ВОЗ, к 2030 г. он составит около 4,1 млн человек с концентрацией почти 70 % дефицита в Африканском регионе и Регионе Восточного Средиземноморья [1, 16] — заставляет системы здравоохранения разных стран искать управленческие решения, удерживающие персонал на этапе, когда риск ухода из профессии очень высок. Ниже рассмотрены восемь национальных моделей, представляющих принципиально разные институциональные основы и различные стадии зрелости.

2.1. Япония: система клинических лестниц (Clinical Ladder)

Система профессионального роста (клиническая лестница) как инструмент оценки и развития компетенций медицинской сестры была разработана в США в 1970-е гг. и впервые адаптирована в Японии университетской клиникой в 1983 г. [17]. Однако общенациональный характер институт приобрел только в 2016 г., когда Японская ассоциация медицинских сестер (Japanese Nursing Association, JNA) утвердила единую модель — JNA Ladder, призванную унифицировать критерии оценки практических навыков медицинских сестер вне зависимости от типа медицинской организации и обеспечить сопоставимость уровней квалификации по стране [17].

Модель предусматривает пять уровней профессионального развития, для перехода между которыми сестра проходит структурированную самооценку и оценку наставника по стандартизированной шкале практических навыков. Наставничество в японской модели не является отдельной программой, а встроено в саму логику лестницы: продвижение на следующий уровень невозможно без сопровождения со стороны более опытного специалиста, формально закрепленного за медицинской сестрой на период подготовки к аттестации. При этом сама JNA Ladder задает лишь общие определения, цели и действия для каждого уровня, при этом конкретное наполнение критериев каждого уровня должно быть адаптировано под клинические условия конкретной медицинской организации, что фактически перекладывает методическую нагрузку на локальный уровень [17].

Практическая реализация этого принципа показана на примере больницы города Уннан, где на основе JNA Ladder и метода Дельфи (метод формирования экспертного консенсуса) были разработаны собственная региональная система профессионального роста и набор поручаемых профессиональных действий (Entrustable Professional Activities, EPA) — конкретных, полностью делегируемых медицинской сестре видов деятельности, которые она может выполнять без непосредственного контроля наставника после подтверждения соответствующей компетенции [17]. Такая детализация показывает, что перенос японской модели в другой национальный контекст требует не только принятия рамочного документа уровня профессиональной ассоциации, но и последующей самостоятельной методической

работы каждой медицинской организации по операционализации критериев перехода между уровнями.

Практика применения модели в сельских медицинских организациях Японии показала как ее результативность, так и системные ограничения. Исследование, проведенное в сельской больнице префектуры Симанэ, выявило, что и начинающие сестры, и штатные преподаватели признают ценность клинической лестницы для структурирования профессионального роста, однако присутствуют и существенные барьеры: недостаточная привычность персонала к формализованным процедурам самооценки, различия в условиях труда между городскими и сельскими организациями, а также культурные особенности, затрудняющие открытое обсуждение нехватки профессиональных компетенций [17].

Сильная сторона японской модели — прямая связь между наставничеством и карьерным продвижением, что создает устойчивую мотивацию для обеих сторон. Слабая сторона — зависимость результативности модели от организационной культуры конкретного учреждения и риск формального прохождения уровней без содержательного развития компетенций, особенно в условиях кадрового дефицита, когда времени на полноценное наставничество не хватает.

2.2. Китай: инновационные модели наставничества

Китайская система развития сестринских кадров за последнее десятилетие продемонстрировала одну из наиболее динамичных траекторий институционализации наставничества, сочетающую заимствование западных моделей прецепторства с оригинальными национальными решениями.

Индивидуальное наставничество «один на один». Наиболее методологически строгим из проанализированных международных исследований является трехлетнее лонгитюдное исследование эффективности индивидуального наставничества, охватившее 199 начинающих медицинских сестер 2013 г. найма (контрольная группа с базовым прецепторством) и 239 сестер 2014 г. найма (группа с формализованной программой наставничества «один на один»). Результаты демонстрируют статистически значимое ($p < 0,001$) различие в текучести кадров между группами: 3,77 %, 3,48 % и 8,11 % в группе наставничества против 14,07 %, 9,36 % и 14,19 % в контрольной группе на первый, второй и третий год соответственно [12]. Показательно, что значимый эффект программы прослеживается только в первый год — данные второго и третьего года статистически не различаются, что подтверждает выводы теории шока перехода Дж. Дюшер (раздел 1.2) о концентрации рисков ухода из профессии именно на начальном этапе.

Система сертификации клинических наставников «лицензия на преподавание». В ответ на выявленную неоднородность качества наставничества между медицинскими организациями в Китае была разработана и внедрена система формальной сертификации клинических преподавателей сестринского дела (license to teach), стандартизирующая отбор и оценку компетенций наставников через количественные критерии [18]. Авторы модели отмечают, что система позволяет обеспечить надежность и воспроизводимость качества клинического преподавания и может быть адаптирована в других системах здравоохранения. Принципиальное отличие от японской и американской моделей состоит в том, что сертифицируется именно наставник, а не наставляемый.

Модель BOPPPS в сочетании с обучением на клинических случаях. Смешанное исследование эффективности образовательной модели BOPPPS (Bridge-in, Objective, Pre-assessment, Participatory learning, Post-assessment, Summary) в сочетании с обучением на основе клинических случаев (case-based learning) для резидентуры начинающих сестер показало более высокие результаты тестирования теоретических знаний и рост базовых сестринских компетенций по сравнению с традиционной моделью обучения; 87,5 % начинающих сестер отметили ценность подхода, выделив, в частности, формирование нового клинического мышления для решения практических задач [19].

Наставничество в учреждениях долгосрочного ухода. Отдельного внимания заслуживает распространение модели клинического наставничества за пределы стационаров — в учреждения долгосрочного ухода за пожилыми людьми, где кластерное рандомизированное исследование в провинции Хунань тестирует модель наставничества как инструмент устойчивого повышения качества помощи с оценкой экономической эффективности вмешательства [20].

Наставничество при переходе на управленческие позиции. Отдельное направление китайских исследований адресует не только адаптацию начинающих медицинских сестер, но и переход медицинских сестер на первые административные должности — область, обычно остающуюся вне фокуса национальных моделей наставничества. Качественное исследование опыта начинающих руководителей сестринских служб с последипломным образованием показывает, что даже наличие ученой степени не заменяет структурированного сопровождения перехода к управленческой роли, и рекомендует медицинским организациям формализовать наставничество и построить адаптацию на основе компетенций для этой категории персонала, а не полагаться на то, что клиническая экспертиза автоматически конвертируется в управленческую [54]. Это наблюдение методологически согласуется с выводом раздела 1.3 о нетождественности клинической и наставнической (в данном случае — управленческой) компетентности.

Сильная сторона китайской модели — методологическая строгость исследовательской базы (лонгитюдные и кластерные рандомизированные исследования — редкость для этой предметной области в целом) и системное решение проблемы качества наставников через сертификацию. Слабая сторона — фрагментарность внедрения между регионами и типами медицинских организаций и отсутствие единого национального регуляторного акта, аналогичного немецкому Pflegeberufegesetz или британскому National Preceptorship Framework.

2.3. Сингапур: равное наставничество (Peer Mentoring)

Модель равного наставничества в Сингапуре развивается прежде всего в системе додипломного сестринского образования. Она получила дополнительный импульс в контексте кадрового кризиса: в 2023 г. было нанято свыше 4000 медицинских сестер для покрытия дефицита кадров, вызванного пандемией и ростом спроса на медицинскую помощь, что резко повысило значение опытных медицинских сестер как наставников для обеспечения безопасности практики и поддержания стандартов помощи [21].

Исследование опыта равного наставничества (peer mentoring) в додипломной программе сестринского образования в Сингапуре, проведенное в мультикультурной образователь-

ной среде, показало, что равное наставничество выходит за рамки исключительно академической поддержки, охватывая целостную поддержку студентов в высшем образовании, и связано с повышением показателей удержания студентов в профессии [21]. Одновременно исследование выявило типичные барьеры для равного наставничества — нехватку времени, недостаточную психологическую готовность к роли наставника и потребность в формализованном институциональном сопровождении. Авторы рекомендуют организациям вводить формальный процесс подбора пар наставник–наставляемый и обеспечивать наставников необходимыми ресурсами и методической поддержкой [21].

Регуляторная основа сестринского образования Сингапура обеспечивается Советом медицинских сестер Сингапура (Singapore Nursing Board, SNB), аккредитуящим додипломные и последипломные программы, в структуру которых элементы наставничества встраиваются на уровне конкретных образовательных учреждений, а не общенационального обязательного стандарта [22, 23].

Сильная сторона сингапурской модели — интеграция наставничества в додипломное образование, что обеспечивает раннее формирование профессиональной идентичности еще до начала самостоятельной практики. Слабая сторона — модель остается преимущественно институционально-локальной (на уровне отдельных образовательных программ) и не имеет единого национального механизма мониторинга результативности равного наставничества на уровне системы здравоохранения в целом.

2.4. США: программы резидентуры и прецепторства

Соединенные Штаты располагают наиболее институционализированной и методологически проработанной системой перехода начинающих медицинских сестер к самостоятельной практике — программой резидентуры Vizient/AACN (Vizient/AACN Nurse Residency Program™), разработанной в партнерстве Американской ассоциации колледжей сестринского дела (AACN) и объединения медицинских организаций Vizient.

Актуальность проблемы для американской системы здравоохранения подтверждается статистикой текучести кадров: по данным опроса 2023 г., 23,8 % медицинских сестер увольняются в течение первого года работы [24], согласно оценкам экспертов, показатель текучести начинающих трудовую деятельность медицинских сестер достигает 31,7 %, при этом издержки замещения одной уволившейся медицинской сестры оцениваются в диапазоне от 62,1 до 67,1 тыс. долл. США [25].

Годичная программа резидентуры Vizient/AACN сочетает структурированный, основанный на доказательной практике, учебный план с применением полученных знаний на рабочем месте, ежемесячными обучающими сессиями и рефлексивной практикой, укрепляющей навыки принятия клинических решений [26]. По итогам отчета о результатах программы 2024 г., охватившего 38 042 участника, зачисленных в 2022 г. и завершивших программу в 2023 г., показатель удержания кадров достиг 89 % — на 2 процентных пункта выше показателя предыдущего года — против 67,2 % среднего показателя по стране среди медицинских сестер, не охваченных программой [26, 27].

Показательно, что эффект программы распространяется на второй период карьеры: значительная часть выпускников программы 2020–2021 гг. впоследствии заняла позиции палатных медсестер, прецепторов и наставников, то есть программа резидентуры

формирует не только текущее удержание, но и кадровый резерв будущих наставников [27]. Одновременно расширяется охват программы на категории персонала среднего звена (LPN/LVN — практикующие медицинские сестры со средней подготовкой): анализ данных с июля 2023 г. по июль 2024 г. показал участие 73 организаций-членов с показателем удержания LPN/LVN на уровне 83 % — на 6 процентных пунктов ниже общего показателя программы, что указывает на необходимость дифференциации методики наставничества по уровню базовой подготовки специалиста [27].

Отдельного внимания заслуживает опыт масштабирования программы в системе городских больниц Нью-Йорка (NYC Health + Hospitals): за пять лет с момента запуска в 2019 г. программа охватила 50 когорт резидентов, была стандартизирована и институционально закреплена во всех больницах системы при поддержке городского бюджета и государственно-частного партнерства с New York Alliance for Careers in Healthcare, что демонстрирует возможность перехода от пилотного проекта к системному инструменту кадровой политики на уровне мегаполиса [28].

Сильная сторона американской модели — многолетняя доказательная база и стандартизированная система измерения результатов, позволяющая сопоставлять эффективность между сотнями медицинских организаций одновременно. Слабая сторона — программа остается преимущественно добровольной (не закрепленной федеральным законодательством) и требует значительных финансовых вложений медицинской организации, что ограничивает ее доступность для небольших и региональных учреждений.

2.5. Германия: система ученичества (Apprenticeship-based Professions)

Немецкая модель принципиально отличается от рассмотренных выше практик тем, что наставничество институционализировано не как программа адаптации на рабочем месте, а как обязательный квалификационный элемент системы профессионального образования, закреплённый Законом о сестринских профессиях (Pflegeberufegesetz, PflBG), вступившим в силу в 2020 г. и объединившим ранее отдельно регулировавшиеся программы обучения по уходу за пожилыми и по сестринскому делу в единую подготовку по специальности «специалист по уходу» (Pflegeschwester/Pflegefachmann) [29, 30].

Центральный институт немецкой модели — руководитель практики (Praxisanleiter/-in), профессия которого требует отдельной квалификации: не менее 300 часов дополнительной профессионально-педагогической подготовки, установленной Положением об обучении и экзаменах по сестринским профессиям (PflAPrV) [31, 32]. Наставничество должно занимать не менее 10 % фактического времени практического обучения студента в конкретном подразделении, осуществляться на основе согласованного плана обучения [33] и не ограничивается разовой подготовкой: наставники обязаны ежегодно подтверждать не менее 24 часов профессионально-педагогического повышения квалификации перед уполномоченным органом [33, 34]. С 2030 г. предполагается введение требования о высшем педагогическом образовании для наставников, сопровождающих студентов, обучающихся по программам высшего сестринского образования [32].

Реформа 2020 г. преследовала три взаимосвязанные цели: повысить привлекательность профессии для действующих и потенциальных сестринских кадров, расширить возможности профессионального развития и привести содержание подготовки в соответствие

с изменившимися требованиями практики на фоне демографических изменений и дефицита квалифицированных кадров [30]. Методические рекомендации для руководителей практики подчеркивают, что усиление роли практического наставника прямо связано с ростом доли практического компонента в новой модели подготовки [35]. Содержательно подготовка руководителей практики структурирована вокруг пяти областей в части компетенций, установленных Положением об обучении и экзаменах по сестринским профессиям, что обеспечивает единообразие программ подготовки наставников независимо от того, на какой территории и в какой образовательной организации она реализуется [32].

Сильная сторона немецкой модели — гарантированное единство качества подготовки наставников по всей стране за счет законодательно закреплённых требований к часам обучения и обязательному ежегодному повышению квалификации. Слабая сторона — высокие издержки для медицинских и образовательных организаций (финансирование 300-часовой подготовки и ежегодных 24 часов для каждого наставника) и длительный цикл институциональных изменений, что делает модель труднопереносимой в системы с ограниченным финансированием последипломного образования.

2.6. Великобритания: национальная модель прецепторства NHS

Великобритания в 2022 г. ввела единый национальный стандарт прецепторства для медицинских сестер — National Preceptorship Framework for Nursing, разработанный NHS England в партнерстве с Nursing and Midwifery Council (NMC) и опубликованный 10 октября 2022 г. [36, 37]. Рамочный документ устанавливает два уровня стандартов: базовый (core standard) — минимум шесть месяцев прецепторства с момента трудоустройства или получения регистрационного номера медицинской сестры (PIN) и золотой (gold standard) — минимум двенадцать месяцев [38] с целевым сроком достижения организациями базового стандарта [39].

Модель определяет типовые роли участников процесса (руководитель программы прецепторства, прецептор, прецептируемый специалист, куратор прецепторства), рекомендует стандартизированную документацию (политику, хартию, шаблоны встреч, инструмент анализа потребностей в развитии, индивидуальный план обучения, порядок эскалации проблем) и предусматривает минимум две недели сверхштатной работы (supernumerary) для прецептируемых специалистов в начале программы [39, 40]. Золотой стандарт дополнительно предполагает программы обучения действием (action learning) и институт равного наставничества [40].

Ключевым инструментом внедрения стандарта стал Знак качества (Quality Mark) — добровольная сертификация медицинских организаций на соответствие требованиям национальной рамки: к 2024 г. промежуточный Знак качества получили 198 организаций [37, 41]. Практика подтверждает, что введение единого стандарта оживило (invigorated) подходы работодателей к сопровождению новых специалистов, дав организациям четкий ориентир для развития программ, — соответствующие оценки подтверждены координаторами национальной программы прецепторства [39].

Показательно, что первые два года работы новой медицинской сестры признаются в британской модели критическими не только для специалиста, но и для организации: обзор литературы подтверждает влияние программ раннего сопровождения карьеры и прецеп-

торства на показатели найма и удержания медицинских сестер именно в этот период [42]. На региональном уровне (Лондон) дополнительно действует специализированная рамка CapitalNurse, включающая экономическое обоснование инвестиций в прецепторство для медицинских организаций-работодателей [42].

Сильная сторона британской модели — сочетание национальной обязательности стандарта с гибким механизмом добровольной сертификации, стимулирующим организации к содержательному, а не формальному внедрению. Слабая сторона — сохраняющаяся неравномерность между базовым и золотым стандартом: минимальный шестимесячный базовый стандарт может оказаться недостаточным для полного преодоления шока перехода, особенно с учетом данных о том, что критический период охватывает два года работы специалиста [42].

2.7. Индия: цифровые платформы наставничества

Индийская модель наставничества в сестринском деле развивается по двум параллельным направлениям, кардинально различающимся по масштабу, механизму финансирования и предметной области.

Крупномасштабные программы выездного клинического наставничества. Наиболее методологически надежные данные получены в рамках кластерных выборочных исследований на основе наблюдения, реализованных при государственно-частном партнерстве в штатах Карнатака и Бихар. Исследование в Карнатаке охватило 108 центров первичной медицинской помощи, работающих круглосуточно семь дней в неделю, из которых 54 получили шесть выездных визитов наставников в дополнение к базовому обучению; результаты показали значимое улучшение готовности учреждений и подготовленности персонала к ведению родов и осложнений при родах [43]. Количественные результаты данного исследования показательны: знание алгоритма активного ведения третьего периода родов среди медицинских сестер экспериментальной группы составило 82,4 % против 35,8 % в контрольной группе, соблюдение протоколов родовспоможения — 77,3 % против 32,1 %, а полная стоимость вмешательства в пересчете на одни роды составила лишь 5,6 долл. США, что позволяет отнести модель к категории высокоэффективных по критерию «затраты–результат» [43]. Пилотный проект в Карнатаке привлек и обучил новую категорию из 53 квалифицированных медицинских сестер-наставников для сопровождения персонала центров первичной помощи, при этом заработная плата наставников была приведена в соответствие с государственной тарифной сеткой — решение, обеспечивающее возможность передачи финансирования программы государству после завершения пилотного проекта [44].

Отдельное количественное подтверждение положительного эффекта и его ограничений проиллюстрировало исследование влияния наставничества на качество интранатальной помощи в 319 государственных центрах первичной помощи Бихара: итоговый показатель выполнения рекомендованных манипуляций составил 30,2 % в немотивированных (контрольных) учреждениях против 44,2 % в учреждениях, где медицинские сестры прошли наставническое сопровождение в течение последних трех месяцев, однако при повторном измерении через год после завершения активной фазы наставничества показатель снизился до 39,1 % [46]. Это количественное снижение положительного эффекта — прямое эмпирическое подтверждение тезиса, подробно рассмотренного ниже, о том, что наставничество

без механизма поддерживающего сопровождения дает эффект временного, но неустойчивого характера.

Аналогичная по дизайну, но локальная по масштабу работа, проведенная в родильных залах многопрофильного медицинского учреждения Нью-Дели, зафиксировала статистически значимое различие показателей качества сестринской помощи между группой с наставническим сопровождением и без него ($16,53 \pm 1,60$ балла против $12,83 \pm 2,15$ балла соответственно; $t = 11,30$; $p < 0,05$), что подтверждает воспроизводимость эффекта наставничества на уровне отдельного медицинского учреждения даже при небольшой выборке персонала [52].

Крупномасштабная программа AMANAT (Apatkaleen Matritva evam Navjat Tatparta) в штате Бихар, реализуемая правительством штата при поддержке CARE-India, охватила порядка 340 центров первичной медицинской помощи (60 % от общего числа в регионе) и включила наставничество как для вспомогательных медицинских сестер-акушеров (ANM), так и для штатных медицинских сестер [45, 46]. Дополненная компонентом симуляционного и командного обучения PRONTO, программа зафиксировала рост соблюдения протоколов оказания помощи при родах и в неонатальном периоде [47]. Одновременно данные показывают устойчивое ограничение подхода: улучшения регрессируют при прекращении регулярного наставнического сопровождения — то есть эффект носит не кумулятивный, а поддерживающий характер и требует непрерывного финансирования [46].

Национальная миссия наставничества и цифровые инструменты. На общенациональном уровне Индия развивает Национальную миссию наставничества (National Mission for Mentoring, NMM) — цифровую платформу для подбора пар наставник–наставляемый, разработанную Индийским советом по техническому образованию под эгидой Национальной образовательной политики; платформа охватывает широкий круг профессий и не является узкоспециализированным инструментом для сестринского дела, однако формирует общую институциональную рамку и культуру наставничества, которую способны использовать в том числе сестринские образовательные организации [48].

Сильная сторона индийской модели — доказанная результативность в условиях ограниченных ресурсов и высокая эффективность в отношении конкретных измеримых клинических исходов (снижение материнской и неонатальной смертности). Слабая сторона — зависимость от частного финансирования и отсутствие институционального механизма, обеспечивающего устойчивость эффекта после завершения проектного цикла [46].

2.8. Турция: электронное наставничество (E-Mentoring)

Турецкая модель наставничества в сестринском деле отличается наиболее выраженной фокусом на цифровые форматы сопровождения, что преодолевает ограничения традиционного очного наставничества в условиях дефицита кадров, а также поддерживает общий тренд цифровизации последипломного медицинского образования.

Разработанная на базе Стамбульского университета Джеррахпаша программа электронного наставничества для впервые трудоустроенных медицинских сестер отделений интенсивной терапии стала первым, по утверждению авторов, опытом применения формата электронного наставничества именно для этой категории персонала в стране [49]. Программа предъявляет формализованные требования к наставникам — стаж работы в отделении интенсивной терапии взрослых не менее трех лет, профильный сертификат по интенсивной

терапии, высшее сестринское образование (предпочтительно — ученая степень) и техническую готовность (смартфон или регулярный доступ к компьютеру) — и тестирует гипотезу о том, что качество и удобство использования веб-платформы наставничества напрямую влияют на скорость адаптации новых сотрудников к работе [49].

Отдельное направление турецких исследований — программы развития лидерских качеств через наставничество для клинических медицинских сестер: шестимесячная программа формального наставничества для 18 участников (девять пар наставник–наставляемый) в университетской клинике показала положительные изменения в лидерском поведении обеих сторон и способствовала как профессиональному обучению наставников через выстраивание отношений, так и развитию личных навыков наставляемого [50].

Актуальность проблемы для турецкой системы здравоохранения подтверждается данными о состоянии впервые трудоустроенных медицинских сестер: кросс-секционное исследование с участием 235 медицинских сестер показало, что 27,23 % сталкивались с психологическим насилием со стороны коллег, а 56,17 % были свидетелями такого насилия, при этом среднее значение по шкале шока перехода составило $53,62 \pm 15,39$ балла; авторы прямо указывают на необходимость программ наставничества и совместной командной работы как факторов, критически важных для впервые трудоустроенных медицинских сестер [51].

Сильная сторона турецкой модели — инновационность формата и возможность преодоления ограничений в виде очного присутствия наставников. Слабая сторона — исследовательский, точечный характер внедрения (уровень отдельных университетских клиник) без национального регуляторного акта или профессионального стандарта, аналогичного немецкому или британскому.

2.9. Сравнительный анализ моделей наставничества

Анализ мирового опыта организации наставничества в сестринском деле (таблица 2) демонстрирует значительную дифференциацию подходов, которая обусловлена особенностями национальных систем здравоохранения, законодательной базы и образовательной инфраструктуры.

Таблица 2. Сравнительная характеристика национальных моделей наставничества в сестринском деле

Страна	Основа модели	Форма наставничества	Результат
Япония	Профессиональная ассоциация (JNA Ladder, с 2016 г.)	Пятиуровневая клиническая лестница, продвижение через наставника	Признанная ценность структурирования роста; барьеры — культурные и ресурсные [17]
Китай	Локальные и университетские программы, сертификация наставников	Индивидуальное наставничество «один на один», сертификация «лицензия на преподавание»	Снижение текучести с 14,07 % до 3,77 % в первый год [12]
Сингапур	Образовательные организации, аккредитация SNB	Равное наставничество (peer mentoring) в додипломном образовании	Повышение удержания студентов в профессии [21]
США	Профессиональная ассоциация + межбольничное объединение (Vizient/AACN)	Годичная программа резидентуры с прецепторством	Удержание 89 % против 67,2 % по стране [27, 26]
Германия	Федеральный закон (Pflegeberufegesetz)	Обязательная квалификация практического наставника (300 ч + 24 ч/год)	Институциональная устойчивость подготовки наставников [31, 32]
Великобритания	Национальный регулятор (NHS England, NMC)	Национальная рамка прецепторства + добровольный Знак качества	198 организаций с промежуточным Знаком качества к 2024 г. [37, 41]
Индия	Государственно-частное партнерство	Крупномасштабное выездное клиническое наставничество	Улучшение исходов родовспоможения; эффект не устойчив без финансирования [43, 46]

Страна	Основа модели	Форма наставничества	Результат
Турция	Университетские клиники (исследовательский уровень)	Электронное наставничество, лидерские программы	Ускорение адаптации; данные пилотного уровня[49, 50]

Источник: составлено авторами.

С точки зрения степени институциональной зрелости наставничества в сестринском деле рассмотренные международные модели можно разделить три группы (таблица 3):

1. законодательно или общенационально закрепленный обязательный стандарт — Германия и Великобритания;
2. общеотраслевой, но не законодательно обязательный стандарт, поддерживаемым профессиональной ассоциацией, — США и Япония;
3. преимущественно точечный, исследовательский или проектный характер внедрения — Китай, Сингапур, Индия и Турция, при этом именно эта группа стран демонстрирует наибольшую методическую инновационность (сертификация наставников в Китае, цифровые платформы в Турции и Индии).

Таблица 3. Особенности международных моделей наставничества в сестринском деле

Показатель	Страны	Особенности
Измеримость эффекта	США, Китай	Наличие лонгитюдных данных и национального бенчмаркинга (Vizient/AACN); китайские РКИ методологически строги, но не агрегированы на национальном уровне
Обязательность и охват	Германия, Великобритания	Законодательное закрепление обеспечивает равномерность, но требует высоких издержек внедрения
Инновационность формата	Турция, Индия, Китай	Цифровые платформы и сертификация наставников — потенциал для тиражирования при наличии финансирования
Устойчивость без внешнего финансирования	Германия, США, Великобритания	Встроенность в бюджет медицинской организации или системы образования
Скорость внедрения	Индия, Турция	Проектный формат позволяет быстро получить результат, но не гарантирует долгосрочность

Источник: составлено авторами.

2.10. Ресурсы для развития, внедрения и мониторинга

Сопоставление моделей наставничества позволяет выделить перечень ресурсов, наличие которых необходимо для результативного внедрения программы независимо от национального контекста:

- **финансовый ресурс** — оплата защищенного времени наставника и наставляемого, дополнительные выплаты за нагрузку наставника, финансирование подготовки наставников;
- **методический ресурс** — стандартизированная программа подготовки наставников (аналог 300-часовой немецкой программы), инструменты оценки компетенций наставляемого и наставника, шаблоны индивидуальных планов развития;
- **организационный ресурс** — закрепленные роли (куратор программы, наставник, наставляемый), защищенное от совмещения с основной рабочей нагрузкой время, механизм подбора пар;
- **цифровой ресурс** — платформы для дистанционного сопровождения наставничества (актуально для труднодоступных регионов), информационные системы мониторинга показателей;
- **ресурс мониторинга** — система показателей для ежегодной оценки (текучесть кадров, удовлетворенность, скорость достижения профессиональной самостоятельности), сопоставимая между медицинскими организациями по аналогии с отчетами Vizient/AACN в США и Знаком качества NHS в Великобритании.

Отсутствие системы мониторинга — наиболее часто встречающийся недостаток в проанализированных моделях за пределами США и Великобритании: большинство исследований (Китай, Турция, Сингапур) остаются на уровне отдельных пилотных проектов без механизма ежегодного национального сопоставления результатов, что ограничивает возможность тиражирования лучших практик на уровне системы здравоохранения в целом.

2.11. Экономическое обоснование инвестиций в наставничество

Для организаторов здравоохранения, принимающих решения о выделении ресурсов на наставничество, определяющее значение имеет не только клиническая, но и экономическая аргументация. С этой точки зрения рассмотренные национальные модели представляют разнородные данные.

Наиболее прямой экономический расчет дает американский опыт. Например, издержки замещения одной уволившейся медицинской сестры оцениваются в 62,1–67,1 тыс. долл. США [25], при этом текучесть кадров (медицинских сестер) без сопровождения наставником достигает 23,8–31,7 % в течение первого года работы [24, 25]. Сопоставление этих величин показывает, что снижение текущести кадров на несколько процентных пунктов за счет программы наставничества при ее типовой стоимости, на порядок меньшей объема избегаемых издержек замещения, окупается уже в границах одного года применения программы, что и объясняет устойчивое расширение программы Vizient/AACN на новые категории персонала и медицинские организации [26].

Индийский опыт демонстрирует противоположный, но не менее показательный полюс: выездное клиническое наставничество в Карнатаке обошлось в 5,6 долл. США в пересчете на одни роды [43], то есть результативная модель наставничества может быть выстроена и при экстремально ограниченном бюджете, если она сфокусирована на точечном, измеримом клиническом исходе, а не на общей адаптации персонала. Одновременно этот же опыт показывает обратную сторону низкой стоимости: без непрерывного финансирования эффект программы снижается в течение года [46].

Немецкая модель предлагает третий, институциональный тип экономического обоснования: затраты на наставничество (300-часовая подготовка и ежегодные 24 часа повышения квалификации практических наставников) не рассматриваются как отдельная статья расходов медицинской организации, а включены в состав нормативных затрат на реализацию образовательной программы в целом и распределены между системой здравоохранения и системой профессионального образования, что снимает для отдельной медицинской организации необходимость самостоятельно обосновывать окупаемость инвестиций в каждом конкретном случае.

2.12. Выводы по разделу

Международный опыт не дает оснований для выбора единственной оптимальной модели наставничества в сестринском деле — эффективные решения существенно различаются в зависимости от институционального контекста страны. Вместе с тем анализ моделей отдельных стран позволяет сформулировать три общих вывода, значимых для применения.

Во-первых, наибольший измеримый эффект наставничества в отношении удержания кадров стабильно фиксируется именно в первый год работы специалиста — этот факт подтвержден в китайских, американских и турецких исследованиях, — что указывает на целесообразность концентрации ресурсов наставничества на этом периоде, а не на равномерном распределении по всему сроку.

Во-вторых, устойчивость программы наставничества обеспечивается не отдельным элементом (финансированием, регуляторной обязательностью или цифровой платформой), а сочетанием минимум трех ресурсов из перечисленных в разделе 2.10 — там, где присутствует лишь один ресурс (например, проектное финансирование в Индии без институционального закрепления), эффект программы снижается.

В-третьих, ни одна из рассмотренных стран не решает задачу подготовки наставников формально — от 300-часовой квалификации в Германии до сертификационной системы лицензии на преподавание в Китае прослеживается общее признание того факта, что клиническая квалификация сама по себе не делает специалиста результативным наставником и требует отдельного целенаправленного развития педагогических и коммуникативных компетенций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ национальных моделей наставничества в сестринском деле — Японии, Китая, Сингапура, США, Германии, Великобритании, Индии и Турции — позволяет сформулировать ряд выводов, значимых для организаторов здравоохранения в связи с введением на федеральном уровне с 1 марта 2026 г. системы обязательного наставничества.

1. Результативное наставничество в сестринском деле — не единичное управленческое решение, а институт, требующий одновременного наличия минимум трех ресурсов: финансового, методического и ресурса мониторинга. Ни один из рассмотренных факторов в отдельности (только финансирование, только цифровая платформа или только регуляторная обязательность) не обеспечивает устойчивого эффекта — это подтверждается как позитивным опытом стран, сочетающих несколько ресурсов (США, Великобритания, Германия), так и ограничениями моделей с единственным ресурсом (проектное финансирование в Индии).
2. Наибольший измеримый эффект наставничества в отношении удержания кадров концентрируется в первый год самостоятельной практики специалиста — вывод, независимо подтвержденный данными Китая, США и Турции. Организационные и финансовые ресурсы наставничества целесообразно концентрировать именно на этом периоде, не распределяя их равномерно на более продолжительный срок.
3. Клиническая квалификация наставника не тождественна наставнической компетентности. Страны с наиболее устойчивыми результатами (Германия, Китай) отдельно и целенаправленно развивают педагогические и коммуникативные компетенции наставников через обязательную сертификацию или квалификационные часы, не полагаясь исключительно на стаж клинической работы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Nursing workforce grows, but inequities threaten global health goals. World Health Organization. — 2025. — URL: <https://www.who.int/news/item/12-05-2025-nursing-workforce-grows--but-inequities-threaten-global-health-goals> (дата обращения: 08.06.2026).
2. Кадровый дефицит в медицине сохраняется: Минздрав оценил нехватку врачей и медсестер // Коммерсантъ. — 2026. — URL: <https://www.kommersant.ru/doc/8603928> (дата обращения: 08.06.2026).
3. В России растет дефицит медперсонала // Коммерсантъ. — 2024. — URL: <https://www.kommersant.ru/doc/6691140> (дата обращения: 08.06.2026).
4. Södergård B. et al. The effect of mentoring programmes on newly graduated nurses' retention and turnover: an umbrella review. Journal of Advanced Nursing. — 2025. — URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.70326> (дата обращения: 08.06.2026).
5. Минздрав России утвердил порядок организации наставничества для медработников // ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». — 2026. — URL: <https://niioz.ru/news/minzdrav-rossii-utverdil-poryadok-organizatsii-nastavnichestva-dlya-medrabotnikov/> (дата обращения: 08.06.2026).
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 марта 2026 г. № 166н «Об утверждении перечня специальностей (направлений подготовки), после завершения обучения по которым в отношении лиц, получивших медицинское образование по основным профессиональным образовательным программам по специальностям (направлениям подготовки) и впервые прошедших первичную аккредитацию специалиста, первичную специализированную аккредитацию специалиста по соответствующей специальности, осуществляется наставничество в сфере здравоохранения, сроки, в течение которых осуществляется наставничество в сфере здравоохранения в зависимости от специальности (направления подготовки) и (или) места нахождения организации, в которой осуществляется медицинская деятельность» — 2026. — URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/413871620/?ysclid=msmwx0mj3241143509> (дата обращения: 08.06.2026).
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 марта 2026 г. № 167н «Об утверждении Положения о наставничестве в сфере здравоохранения» // ГАРАНТ.РУ. — 2026. — URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/413871624/> (дата обращения: 08.06.2026).
8. Examining Mentoring as a Catalyst for Nurse Work Engagement: dissertation. University of Missouri — St. Louis, Institutional Repository. — URL: <https://irl.umsl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2556&context=dissertation> (дата обращения: 08.06.2026).

9. Shaping professional nursing practice using Benner's novice to expert theory. *British Journal of Nursing*. — 2025. — URL: <https://www.britishjournalofnursing.com/content/nursing-theory/shaping-professional-nursing-practice-using-benners-novice-to-expert-theory> (дата обращения: 08.06.2026).
10. Benner's From Novice to Expert. *Nursing Theory*. — URL: <https://nursingtheory.org/theories-and-models/from-novice-to-expert> (дата обращения: 08.06.2026).
11. Benner's model and Duchscher's theory: providing the framework for understanding new graduate nurses' transition to practice. *PubMed*. — URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30599429/> (дата обращения: 08.06.2026).
12. Zhang Y., Huang X., Xu S. et al. Can a one-on-one mentorship program reduce the turnover rate of new graduate nurses in China? A longitudinal study. *Nurse Education in Practice*. — 2019. — Vol. 40. — URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595318305079> (дата обращения: 08.06.2026).
13. Caring as a theoretical perspective for a nursing faculty mentoring program. *Nurse Education Today*. — 2002. — URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691702001405> (дата обращения: 08.06.2026).
14. The effectiveness and implementation of mentoring program for newly graduated nurses: a systematic review. *Nurse Education Today*. — 2015. — URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691715005006> (дата обращения: 08.06.2026).
15. Бурдастова Ю. В. От традиции к инновациям: векторы развития системы наставничества в здравоохранении // *Экономика, предпринимательство и право*. — 2025. — Т. 15, № 11. — С. 7847-7868. — DOI 10.18334/epp.15.11.124128. — EDN TPPNNN.
16. WHO warns Africa and Eastern Mediterranean to bear 70 % of nursing shortage by 2030. *Nurse.org*. — 2025. — URL: <https://nurse.org/news/who-2025-nursing-shortage-africa-mediterranean/> (дата обращения: 08.06.2026).
17. Maejima S., Ohta R., Sano C. The implementation of a clinical ladder in rural Japanese nursing education: effectiveness and challenges. *Healthcare*. — 2021. — Vol. 9, № 4. — Art. 469. — URL: <https://doi.org/10.3390/healthcare9040469> (дата обращения: 08.06.2026).
18. Construction and practice of a certification system for clinical nursing preceptors: a «license to teach» approach in China. *BMC Medical Education*. — 2026. — URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13077961/> (дата обращения: 08.06.2026).
19. Assessment of the effectiveness of the BOPPPS model combined with case-based learning on nursing residency education for newly recruited nurses in China: a mixed methods study. *BMC Medical Education*. — 2024. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10908075/> (дата обращения: 08.06.2026).
20. Feng H., Li H., Xiao L. D. et al. Aged care clinical mentoring model of change in nursing homes in China: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*. — 2018. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6203281/> (дата обращения: 08.06.2026).

21. Navigating the peer mentoring journey: experiences of peer mentors in an undergraduate nursing programme. Nurse Education Today. — 2025. — URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691725002667> (дата обращения: 08.06.2026).
22. Local Graduates. Singapore Nursing Board. — URL: <https://www.snb.gov.sg/for-professionals/becoming-a-nurse-or-midwife/apply-for-registration-enrolment/local-graduates/> (дата обращения: 08.06.2026).
23. Post-registration/Post-enrolment Programmes. Singapore Nursing Board. — 2026. — URL: <https://www.snb.gov.sg/for-professionals/becoming-a-nurse-or-midwife/accredited-nursing-programmes/post-registration-or-post-enrolment-programmes/> (дата обращения: 08.06.2026).
24. Vizient/AACN Nurse Residency Program: Fact Sheet. American Association of Colleges of Nursing. — 2024. — URL: <https://www.aacnnursing.org/Portals/0/PDFs/NRP/NRP-Fact-Sheet.pdf> (дата обращения: 08.06.2026).
25. How nurse residency programs can bridge the gap between training and practice. Wolters Kluwer. — 2025. — URL: <https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/the-importance-of-nurse-residency-programs-to-new-nurses> (дата обращения: 08.06.2026).
26. Vizient/AACN Nurse Residency Program. Vizient, Inc. — URL: <https://www.vizientinc.com/what-we-do/operations-and-quality/vizient-aacn-nurse-residency-program> (дата обращения: 08.06.2026).
27. Perspectives of tomorrow's nursing leaders: eight trends for newly licensed nurses. Vizient, Inc. — 2025. — URL: <https://www.vizientinc.com/newsroom/blogs/2025/perspectives-of-tomorrows-nursing-leaders-eight-trends-for-newly-licensed-nurses> (дата обращения: 08.06.2026).
28. Nurse Residency Program provides a sustainable solution to nurse turnover. America's Essential Hospitals. — 2026. — URL: <https://essentialhospitals.org/nurse-residency-program-provides-a-sustainable-solution-to-nurse-turnover/> (дата обращения: 08.06.2026).
29. Pflegeberufegesetz. Bundesministerium für Gesundheit. — URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz> (дата обращения: 08.06.2026).
30. Changes in nursing education in Germany. Cedefop. — URL: https://www.cedefop.europa.eu/files/5.2_reiber_nursing-apprenticeship_in_germany_final_0304.pdf (дата обращения: 08.06.2026).
31. Praxisanleiter in der Pflege: Ihr Leitfaden für 2026. Carepros.de. — 2026. — URL: <https://carepros.de/blog/praxisanleiter-in-der-pflege/> (дата обращения: 08.06.2026).
32. Modulcurriculum für die Praxisanleitungsqualifikation. Koordinierungsstelle Schleswig-Holstein. — 2025. — URL: https://www.koordinierungsstelle-sh.de/wp-content/uploads/2025/05/Modulcurriculum-fuer-die-Praxisanleitungsqualifikation_bf.pdf (дата обращения: 08.06.2026).
33. Praxisanleitung Pflegeberufe // Bezirksregierung Arnsberg. — URL: <https://www.bra.nrw.de/umwelt-gesundheit-arbeitsschutz/gesundheit-und-pflege/gesundheits-und-pflegeberufe/praxisanleitung/praxisanleitung-pflegeberufe> (дата обращения: 08.06.2026).

34. Alle Fortbildungen und Weiterbildungen für Praxisanleiter in Deutschland. Deutsches Pflegeportal. — URL: <https://www.deutsches-pflegeportal.de/fort-und-weiterbildungen/praxisanleiter/deutschland> (дата обращения: 08.06.2026).
35. Empfehlungen für Praxisanleitende im Rahmen der Pflegeausbildung nach dem PflBG. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. — URL: <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/184878/11356f09a03eb1a0e52cd97508ca9ff3/empfehlungen-fuer-praxisanleitende-im-rahmen-der-pflegeausbildung-data.pdf> (дата обращения: 08.06.2026).
36. National preceptorship framework for nursing. NHS England. — 2022. — URL: <https://www.england.nhs.uk/publication/national-preceptorship-framework-for-nursing/> (дата обращения: 08.06.2026).
37. NHS England National Preceptorship Programme. National Workforce Skills Development Unit. — URL: <https://workforceskills.nhs.uk/projects/nhse-i-national-preceptorship-programme-2022/> (дата обращения: 08.06.2026).
38. National preceptorship model for nursing. NHS England. — 2022. — URL: <https://www.england.nhs.uk/long-read/national-preceptorship-model-for-nursing/> (дата обращения: 08.06.2026).
39. New nursing framework «invigorating» preceptorship in England. Nursing Times. — 2022. — URL: <https://www.nursingtimes.net/workforce/new-nursing-framework-invigorating-preceptorship-in-england-14-11-2022/> (дата обращения: 08.06.2026).
40. National Preceptorship Framework for Nursing: PDF. NHS England. — 2022. — URL: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/10/B1918_i_National-preceptorship-framework-for-nursing-10-October-2022.pdf (дата обращения: 08.06.2026).
41. National Preceptorship Interim Quality Mark. National Workforce Skills Development Unit. — URL: <https://workforceskills.nhs.uk/projects/nhse-i-national-preceptorship-programme-2022/national-preceptorship-interim-quality-mark/> (дата обращения: 08.06.2026).
42. Early careers: Preceptorship and Beyond. NHS England, Workforce, Training and Education. — URL: <https://www.hee.nhs.uk/our-work/capitalnurse/workstreams/preceptorship> (дата обращения: 08.06.2026).
43. Jayanna K., Bradley J., Mony P. et al. Effectiveness of onsite nurse mentoring in improving quality of institutional births in the primary health centres of high priority districts of Karnataka, South India: a cluster randomized trial. PLOS ONE. — 2016. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5033379/> (дата обращения: 08.06.2026).
44. Nurse mentors to advance quality improvement in primary health centers: lessons from a pilot program in Northern Karnataka, India. Global Health: Science and Practice. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4682589/> (дата обращения: 08.06.2026).
45. Where there is no nurse: an observational study of large-scale mentoring of auxiliary nurses to improve quality of care during childbirth at primary health centres in India. BMJ Open. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6615817/> (дата обращения: 08.06.2026).

46. The impact of a nurse mentoring program on the quality of labour and delivery care at primary health care facilities in Bihar, India. *BMJ Open Quality*. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6936590/> (дата обращения: 08.06.2026).
47. Simulation and team training embedded nurse mentoring programme and improvement in intrapartum and newborn care in a low-resource setting in Bihar, India. — 2020. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7759018/> (дата обращения: 08.06.2026).
48. National Mission for Mentoring (NMM). Shankar IAS Parliament, Current Affairs. — 2025. — URL: <https://www.shankariasparliament.com/current-affairs/national-mission-for-mentoring-nmm> (дата обращения: 08.06.2026).
49. E-Mentoring Program for Newly Hired Nurses. *ClinicalTrials.gov*, NCT06739083, Istanbul University-Cerrahpasa. — 2024. — URL: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT06739083> (дата обращения: 08.06.2026).
50. A Leadership Development Program Through Mentorship for Clinical Nurses in Turkey. *Academia.edu*. — URL: https://www.academia.edu/32410339/A_Leadership_Development_Program_Through_Mentorship_for_Clinical_Nurses_in_Turkey (дата обращения: 08.06.2026).
51. Examination of transition shock and colleague violence among newly graduated nurses: a cross-sectional study. *PMC*. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11919025/> (дата обращения: 08.06.2026).
52. A Key to Quality of Nursing Care in Labour Rooms. *South Eastern European Journal of Public Health*. — 2025. — URL: <https://www.seejph.com/index.php/seejph/article/view/4137> (дата обращения: 08.06.2026).
53. Nurse Mentoring: A Scoping Review. *PMC*. — URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10454917/> (дата обращения: 08.06.2026).
54. From Bedside to Board: Lived Transitions of Novice Nursing Administrators with Postgraduate Degrees in China. *International Journal of Basic and Applied Sciences*. — 2025. — URL: <https://www.sciencepubco.com/index.php/IJBAS/article/view/36709> (дата обращения: 08.06.2026).

Научное электронное издание

Бурдастова Юлия Владимировна, **Аксенова** Елена Ивановна

ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРАКТИК НАСТАВНИЧЕСТВА: ОПЫТ РАЗНЫХ СТРАН МИРА

Корректор В.С. Рожкова

Дизайнер-верстальщик Д.И. Миронова

Объем данных - 1,3 МБ

Дата подписания к использованию: 08.10.26

URL: <https://niiioz.ru/moskovskaya-meditcina/izdaniya-nii/obzory/>

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

MOCKBA