

<https://doi.org/10.25207/1608-6228-2024-31-4-89-108>

УДК 614.253.5:378.147

Наставничество среднего медицинского персонала: обзор подходов к определению понятия в зарубежных и российских публикациях

К.В. Кузьмин¹, Л.Е. Петрова², В.С. Харченко²

¹ Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Свердловский областной медицинский колледж», ул. Репина, д. 2а, г. Екатеринбург, 620014, Россия

² Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Уральский федеральный университет имени Первого президента России Б.Н. Ельцина», ул. Мира, д. 19, г. Екатеринбург, 620062, Россия

АННОТАЦИЯ

Введение. Дефицит кадровых ресурсов здравоохранения в настоящее время является одной из наиболее обсуждаемых тем как в российском, так и в общемировом дискурсе. Наряду с изучением таких важных проблем, характеризующих общее состояние системы оказания медицинской помощи населению, как ее неравномерность, отсутствие доступа к медико-санитарным услугам у наиболее уязвимых групп, низкое качество оказываемой помощи и пр., большое внимание уделяется вопросам повышения профессиональной компетентности, адаптации и удержания специалистов среднего звена в медицинских организациях, в том числе посредством внедрения института наставничества. **Цель исследования** — проанализировать основные подходы к определению понятия «наставничество среднего медицинского персонала» в зарубежной и российской исследовательской литературе. **Методы.** Сравнительный анализ источников литературы зарубежных и российских авторов, посвященных проблемам понимания, содержания и организации наставничества среднего медицинского персонала, в наукометрической базе eLibrary.ru и поисковой системе по биомедицинским исследованиям PubMed. **Результаты.** Выявлены три основных подхода к пониманию смысла и содержания наставничества среднего медицинского персонала: «диадный», «триадный» и «интегрированный» (смешанный). В рамках диадного подхода основное внимание сосредоточено на анализе межличностного взаимодействия наставника и его подопечного, возникающего в ходе специально спланированной, целенаправленной деятельности, ориентированной на динамическое психосоциальное вмешательство в профессиональную жизнь подопечного для устранения пробелов в его знаниях и навыках и повышения уверенности в себе. Выделены основные виды диадного наставничества: индивидуальное, групповое, дистанционное, равное, каскадное и обратное. В рамках триадного подхода в орбиту взаимодействий включаются не только наставник и его подопечный, но и медицинская организация, заинтересованная в кадровой стабильности, повышении профессионального мастерства персонала, росте лояльности и приверженности работе в организации. Особое внимание здесь уделяется функциональности, формализованности и комплексности наставнических программ, позволяющих достичь целей развития медицинской организации и соответствующих конкретной сфере деятельности специалистов среднего звена. В рамках интегрированного (смешанного) подхода внимание исследователей обращено к анализу «негативного опыта» наставничества, возможностей формирования «культуры наставничества» как отражающей в себе интересы медицинской организации, так и дающей простор к развитию отношений «аутентичной дружбы» внутри медсестринского коллектива. Наставничество рассматривается как комплекс мероприятий, влияющих как на наставника и его подопечного, так и на медицинскую организацию в целом и включающих в себя целый ряд фаз, этапов или стадий, различных по своему содержанию и учитывающих интересы трех взаимодействующих сторон. Фиксируется вклад российских авторов в разработку проблем наставничества в ключе понимания вопросов профессионального развития и социокультурной адаптации молодых специалистов в системе здравоохранения, а также моделей наставнических отношений. Наставничество рассматривается не только в ключе специфики межличностных профессиональных отношений, возникающих в процессе взаимодействия наставника и его подопечного, но и в рамках изучения его роли в управлении трудовыми ресурсами, росте вовлеченности в работу медицинских организаций, заинтересованности в результатах труда и повышении уровня приверженности/лояльности среднего медперсонала организации в целом. **Заключение.** В научной литературе представлены разные подходы к определению понятия «наставничество среднего медицинского персонала». Детальное изучение опыта организации наставничества может способствовать качественным улучшениям при разработке программ работы наставников со своими подопечными, а также профессиональной самореализации и наставников, и молодых специалистов среднего звена.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: средний медицинский персонал, наставничество, обзор, сравнительный анализ подходов

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С. Наставничество среднего медицинского персонала: обзор подходов к определению понятия в зарубежных и российских публикациях. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2024;31(4):89–108. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2024-31-4-89-108>

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ: исследование выполнено в рамках работы над темой «Наставничество как средство адаптации, профессионального развития и формирования приверженности к длительной работе среднего медицинского персонала в государственном здравоохранении Свердловской области» по Плану государственного задания Министерства здравоохранения Свердловской области (2024 год).

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторам неизвестно о каких-либо потенциальных конфликтах интересов, связанных с этой рукописью.

ДЕКЛАРАЦИЯ О НАЛИЧИИ ДАННЫХ: данные, подтверждающие выводы этого исследования, можно получить у контактного автора по обоснованному запросу.

© Кузьмин К.В., Петрова Л.Е., Харченко В.С., 2024

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ: соответствие выполненного исследования этическим принципам подтверждено Независимым этическим комитетом государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Свердловский областной медицинский колледж» (ул. Репина, д. 2 а, г. Екатеринбург, 620014, Россия) протокол № 1/2024 от 22.01.2024.

ВКЛАД АВТОРОВ: К. В. Кузьмин, Л. Е. Петрова, В. С. Харченко — разработка концепции и дизайна исследования; К. В. Кузьмин, Л. Е. Петрова — сбор данных; К. В. Кузьмин, Л. Е. Петрова, В. С. Харченко — анализ и интерпретация результатов; К. В. Кузьмин — обзор литературы; Л. Е. Петрова, В. С. Харченко — составление черновика рукописи и формирование его окончательного варианта; критический пересмотр черновика рукописи с внесением ценных замечаний интеллектуального содержания. Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой части работы.

✉ **КОРРЕСПОНДИРУЮЩИЙ АВТОР:** Кузьмин Константин Викторович, кандидат исторических наук, доцент, руководитель Координационного научно-методического центра по социальной работе в системе здравоохранения Свердловской области государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Свердловский областной медицинский колледж». Адрес: ул. Репина, д. 2а, г. Екатеринбург, 620014, Россия. E-mail: konstantinkuzmin1966@gmail.com

Получена: 26.01.2024 / Получена после доработки: 28.06.2024 / Принята к публикации: 18.07.2024

Mentorship in nursing: A review of approaches to defining the concept in international and Russian publications

Konstantin V. Kuzmin^{1,✉}, Larisa E. Petrova², Vera S. Kharchenko²

¹ Sverdlovsk Regional Medical College, Repina str., 2a, Yekaterinburg, 620014, Russia

² Ural Federal University named after the First President of Russia B.N. Yeltsin, Mira str., 19, Yekaterinburg, 620062, Russia

ABSTRACT

Background. The shortage of healthcare human resources is currently one of the most discussed topics in both Russian and global discourse. Along with the study of such important problems in the healthcare system, as its unevenness, a lack of access to health services among the most vulnerable groups, a low quality of the care provided, etc., much attention is currently paid to the professional competence, adaptation, and retention of mid-level specialists in medical organizations. One possible solution to the above problems is seen in the institute of mentorship. **Objectives.** To analyze the main approaches to defining the concept of “nursing mentorship” in the foreign and Russian research literature. **Methods.** A comparative analysis of literature sources by foreign and Russian authors addressing the definition, content, and implementation of nursing mentorship was conducted using the PubMed and eLibrary.ru databases. **Results.** Three main approaches — “dyadic”, “triadic”, and “integrated” (mixed) — to defining the concept of nurse mentorship were identified. The dyadic approach focuses on the analysis of interpersonal interactions between mentor and mentee. Such interactions arise during a specifically planned and goal-oriented activity aimed at a dynamic psychosocial intervention in the mentee’s professional life to bridge gaps in his/her knowledge and skills and to increase self-confidence. Dyadic mentoring can be of individual, group, distance, peer, cascade, and reverse types. The triadic approach implies interaction not only between mentor and mentee, but also involvement of the medical organization as a party. The administrators are interested in personnel stability, improved professional skills of the staff, increased loyalty and commitment to the organization. The main focus here is on the functionality, formalization, and comprehensiveness of mentoring programs, allowing the goals of the medical organization to be achieved. Within the integrated (mixed) approach, the negative experience of mentoring and the possibilities of forming a culture of mentorship are analyzed. The mentorship culture, while reflecting the interests of the medical organization, bolsters “authentic friendship” within the nursing team. Mentorship is considered as a set of activities that influence mentors, mentees, and the medical organization as a whole, passing through various development phases and stages in the interests of the three interacting parties. The contribution of Russian authors to the development of mentorship consists in the elucidation of issues related to the professional development and sociocultural adaptation of young specialists in the healthcare system, as well as in modeling mentorship relations. Mentorship is considered not only in terms of the specifics of interpersonal professional relations that arise in the mentor and mentee interaction, but also as an instrument in labor management. Mentorship programs can increase the personnel’s commitment to their profession and the results achieved. **Conclusion.** In the current scientific literature, different approaches to defining the concept of mid-level medical personnel mentorship are presented. The existing experience in organizing mentorship programs may significantly improve their qualitative level, thereby contributing to professional self-realization of both mentors and young nursing specialists.

KEYWORDS: nursing staff, mentorship, review, comparative analysis of approaches

FOR CITATION: Kuzmin K.V., Petrova L.E., Kharchenko V.S. Mentorship in nursing: A review of approaches to defining the concept in international and Russian publications. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2024. 2024;31(4):89–108. <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2024-31-4-89-108>

FUNDING: The study was carried out as part of work on the research topic “Mentoring as a means of adaptation, professional development and the formation of commitment to long-term work of nursing staff in public health care of the Sverdlovsk region” according to the State Assignment Plan of the Ministry of Health of the Sverdlovsk Region (2024).

CONFLICT OF INTEREST: The authors are not aware of any potential conflicts of interest related to this manuscript.

DATA AVAILABILITY STATEMENT: Data supporting the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

COMPLIANCE WITH ETHICAL STANDARDS: The compliance of the study with ethical principles was confirmed by the Independent Ethical Committee of Sverdlovsk Regional Medical College (Repina str., 2a, Yekaterinburg, 620014, Russia), protocol No. 1/2024 01.22.2024.

AUTHOR CONTRIBUTIONS: K.V. Kuzmin, L.E. Petrova, V.S. Kharchenko — concept statement and contribution to the scientific layout; K.V. Kuzmin, L.E. Petrova — data collection; K.V. Kuzmin, L.E. Petrova, V.S. Kharchenko — analysis and interpretation of the results; K.V. Kuzmin — literature review; L.E. Petrova, V.S. Kharchenko — drafting the manuscript and preparing its final version; critical review of the manuscript with introduction of valuable intellectual content. All authors approved the final version of the article before publication and assume responsibility for all aspects of the work, which implies proper study and resolution of issues related to the accuracy and integrity of any part of the work.

✉ **CORRESPONDING AUTHOR:** Konstantin V. Kuzmin, Cand. Sci. (History), Assoc. Prof., Head of the Coordinating Scientific and Methodological Center for Social Work in the Healthcare System of the Sverdlovsk Region (Sverdlovsk Regional Medical College). Address: Repina str., 2a, Yekaterinburg, 620014, Russia. E-mail: konstantinkuzmin1966@gmail.com

Received: 26.01.2024 / **Revised:** 28.06.2024 / **Accepted:** 18.07.2024

ВВЕДЕНИЕ

Одной из главных задач качественного улучшения работы системы здравоохранения на современном этапе является развитие ее кадрового потенциала. Именно вопросы состояния *кадровых ресурсов* являются центральным предметом международных дискуссий последних десятилетий, о чем свидетельствуют документы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и других организаций.

Так, в итоговом документе 69-й сессии ВОЗ «Глобальная стратегия развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.» (2016) отмечалось, что именно медицинские работники «являются неотъемлемым элементом процесса построения эффективных и устойчивых систем здравоохранения, способствующих достижению целей в области устойчивого развития и задач, касающихся питания, здоровья, образования, гендера, трудоустройства и снижения уровня неравенства»¹.

При этом оценки кадрового дефицита в мировом здравоохранении очень разнятся: если эксперты ВОЗ в 2013 г. оценивали его лишь в 7,2 млн чел.², то, по расчетам исследователей в сопоставлении с наличному населению и исходя из рекомендованных средних бездефицитных норм обеспеченности медперсоналом, в 2019 г. в мире в целом не хватало 6,4 млн врачей, 30,6 млн медсестер и акушеров, 3,3 млн стоматологов и 2,9 млн фармацевтов при общей численности занятых в данной сфере в 65 млн чел. [1]; таким образом, дефицит составлял 66,5%, однако, по предположениям ВОЗ, фактический дефицит может быть выше, чем предполагается, поскольку минимальные пороговые значения для кадров медицинских работников определяются национальными системами здравоохранения [2].

Немалую роль в усугублении проблемы нехватки кадров сыграла пандемия новой коронавирусной инфекции (НКВИ, COVID-19), вызвавшая как избыточную смертность медицинских работников (по приблизительным и неполным оценкам ВОЗ, с января 2020 по май 2021 г. умерли от 80 тыс. до 115 тыс.³ [3] или от 83 тыс. до 180 тыс. чел.⁴), так и усилившийся отток из здравоохранения врачей и специалистов среднего звена (медсестер, акушеров, фармацевтов, медицинских лабораторных техников, лаборантов и др.): согласно данным Глобального обзора намерений по текучести медицинских работников в условиях пандемии COVID-19 (ВОЗ, 2024), составленном по материалам 43 обзорных исследований на Ближнем Востоке, Америке, Азиатско-Тихоокеанском регионе и Европе, с началом пандемии из здравоохранения под воздействием страхов, психологических реакций на стресс, неблагоприятных условий труда и нехватки организационной поддержки со стороны медицинских организаций, а также кадровых сокращений, уволилось около 1/5 части персонала [4]; при этом только в США в 2020–2021 гг. не по достижении пенсионного возраста ушли из профессии свыше 100 тыс. медсестер⁵.

ВОЗ выделяет типичные проблемы, характерные для систем здравоохранения мира, определяя их как препятствия на пути достижения целей в области устойчивого развития⁶, в том числе: дефицит медицинских работников; неравномерное географическое распределение медицинских работников и учреждений здравоохранения; отсутствие доступа к медико-санитарным услугам у наиболее уязвимых групп населения; низкое качество оказываемой медицинской помощи; низкий уровень подготовки, планирования, прогнозирования, контроля и поддержки медицинских работников.

При этом требования к уровню подготовленности и квалификации средних медицинских работников значительно

¹ Всемирная ассамблея здравоохранения, 69 (2016). *Глобальная стратегия развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г.* Available: <https://iris.who.int/handle/10665/253394> (дата обращения: 27.06.2024).

² *Global shortage of health workers expected to keep growing, UN agency warns.* 2013. Available: <https://news.un.org/en/story/2013/11/455122> (дата обращения: 27.06.2024).

³ World Health Organization; Health Workforce Department. *The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Working paper 1.* 2021. Available: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf?sequence=1> (дата обращения: 27.06.2024).

⁴ World Health Organization. *Health and Care Worker Deaths during COVID-19.* Available: <https://www.who.int/news/item/20-10-2021-health-and-care-worker-deaths-during-covid-19> (дата обращения: 27.06.2024).

⁵ Konkoly A. The Alarming Trend of Seasoned Nurses Being Laid Off: Profits Over Patient Care? *Minority Nurse.* 2024. Available: <https://minoritynurse.com/alarming-trend-of-seasoned-nurses-being-laid-off-profits-over-patient-care/> (дата обращения: 27.06.2024).

⁶ Цели в области устойчивого развития разработаны в 2015 г. Генеральной ассамблеей ООН в качестве плана достижения лучшего и более устойчивого будущего для всех и сформулированы в декларации «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года», содержащей 17 глобальных целей и 169 соответствующих для их достижения задач. Available: <https://docs.cntd.ru/document/420355765> (дата обращения: 27.06.2024).

выросли: так, по результатам комплексного анализа оказания медицинской помощи, проведенного в 2017 г. Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) в 37 странах Западной Европы, ведущими тенденциями развития системы здравоохранения в последние 15–20 лет стали: 1) появление новых медсестринских должностей на стыке традиционных сестринских и медицинских профессий; 2) введение различных дополнительных функций медсестры, в том числе направленных на лечение больных хроническими заболеваниями; 3) расширение образовательных программ по обучению медицинских сестер необходимым навыкам и компетенциям [5].

Речь идет не только и не столько о базовой подготовке специалистов среднего звена на уровне медицинских колледжей, сколько о постоянной переподготовке кадров в связи с потребностями оказания медицинской помощи «особым» категориям населения: пожилым и престарелым, паллиативным больным и их близким, лицам, страдающим психическими и поведенческими заболеваниями, нуждающимся в дородовом и послеродовом сопровождении, проживающим в отдаленных и малонаселенных местностях и пр. [6]. При этом «основной идеей ухода всегда будут любовь и сочувствие... Роботы могут уменьшить человеческие страдания за счет сокращения времени ожидания помощи [...], однако технологии никогда не заменят медсестер» [7].

В этих условиях вопросы адаптации молодых специалистов в учреждении, профессионального роста и повышения квалификации уже работающих сотрудников встают особенно остро. Если же прибавить сюда недостаточность практических навыков молодых специалистов, то внедрение *наставничества* в медицинских организациях становится жизненно важной необходимостью [8].

После пандемии COVID-19 Международный совет медсестер (The International Council of Nurses, ICN), объединяющий более 130 национальных ассоциаций (членом ICN, в частности, является Ассоциация медицинских сестер России, РАМС), призвал уделить особое внимание поддержке медицинских сестер в их «оптимальном объеме практики, усилив их голос и видимость в системах здравоохранения во всем мире» [9], указав на то, что в условиях дефицита подготовленных кадров среднего медицинского персонала *наставничество* является неотъемлемой частью формирования его профессиональной идентичности [10]. Не случайно, как отмечает американский писатель-фрилансер и сертифицированная практикующая семейная медсестра А. Мартен, «многие молодые медсестры учатся у своих опытных наставников, поощряя взаимное общение и профессиональный рост. Жизненно важной частью работы опытной медсестры является наставничество...

и содействие непрерывному образованию, развитию и совершенствованию»⁷.

Тем самым всестороннее изучение системы наставничества превратилось в общий тренд, характеризующий не только развитие российского здравоохранения, но и присутствующий в целом на международном уровне. Более того, тема наставничества выдвинулась в разряд основных по критериям научного анализа и обсуждения в ведущих международных журналах, посвященных теории и практике сестринского дела⁸. Показательно то, что наиболее масштабные программы наставничества среднего медицинского персонала реализуются в настоящее время в странах с низким или средним уровнем доходов населения [11].

Цель исследования — проанализировать основные подходы к определению понятия «наставничество среднего медицинского персонала» в зарубежной и российской исследовательской литературе.

МЕТОДЫ

Методы исследования: сравнительный анализ источников литературы зарубежных и российских авторов, посвященных проблемам понимания, содержания и организации наставничества среднего медицинского персонала. Подбор литературы, логика и последовательность работы определены спецификой выбранной темы исследования. Использованы количественные методы, направленные на выявление доли публикаций, посвященных объекту исследования, в частности, наукометрическая база данных «Научная электронная библиотека eLibrary.ru» (выявлено 25 публикаций, релевантных по содержанию запросам «наставничество медицинских сестер» и «наставничество среднего медицинского персонала») и поисковая система по биомедицинским исследованиям PubMed — по запросу «mentoring nurses» («наставничество медицинских сестер») за период с 1960 по 2024 г. зафиксировано 4838 научных (аналитических) статей; при этом если с 1960 по 1990 г. были опубликованы 102 статьи (2,1%), посвященные данной проблематике, то за последние 10 лет (с 2015 по 2024 г.) — 2505 (51,8%)⁹. Использованы качественные методы исследования, а именно — при анализе основных подходов к пониманию наставничества внимание было акцентировано на отборе обобщающих обзорных публикаций, а также публикаций, отражающих частную («фокусную») тематику, например конкретные виды наставничества, фазы и этапы реализации наставнических программ, негативный опыт наставничества и пр. Выполненный обзор российской и зарубежной литературы представляет собой тематический анализ по проблемам наставничества в здравоохранении с выявлением

⁷ Marten A. The Essential Role of Mentoring in Nursing Professional Development. *Health Careers*. 2023. Available: <https://www.healthcareers.com/career-resources/nurse-career/the-essential-role-of-mentoring-in-nursing-professional-development> (дата обращения: 27.06.2024).

⁸ По запросу «mentoring nurses» в «The Nurse Education Today» обнаружены 1384 публикации; в «The Journal of Professional Nursing» — 960; в «The Journal of Advanced Nursing» — 918; в «The Nurse Education in Practice» — 846; в «BMC Medical Education» — 308; в «The Journal of Nursing Scholarship» — 261; в «The International Journal of Nursing Studies» — 252; в «The Clinical Nurse Specialist» — 236; в «The Nursing Administration Quarterly» — 218 публикаций, в том числе как развернутых аналитических статей, так и кратких заметок по указанной теме (дата обращения: 27.06.2024).

⁹ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> (дата обращения: 27.06.2024).

основных подходов. При этом важно заметить, что проведенное исследование не предполагало выводов о междисциплинарности, хронологии публикаций и методологии исследований.

Аналитический обзор выполнен в рамках работы над темой «Наставничество как средство адаптации, профессионального развития и формирования приверженности к длительной работе среднего медицинского персонала в государственном здравоохранении Свердловской области» по Плану государственного задания Министерства здравоохранения Свердловской области (2024 год).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучив массив зарубежных и российских публикаций, обращенных к теме исследования, выделили 3 подхода к определению понятия «наставничество среднего медицинского персонала» и пониманию его смысла и содержания.

1. «Диадный» подход. Наставничество как особая форма взаимодействия между наставником и его подопечным.

A. Marten выделяет преимущества наставничества как диады взаимодействия «наставник — начинающий специалист (подопечный)», заключающиеся в том, что оно:

1) *улучшает общение* — начинающие работать медсестры могут практиковать навыки общения с практикующими врачами и другими медицинскими работниками, а наставник, предоставляя обратную связь и поддержку, обучать использованию новых стилей общения и навыков в практической деятельности; более того, по расчетам исследователей, медсестры, получившие в начале своей карьеры опытного наставника и четко сформированную программу наставничества, впоследствии продвигались по служебной лестнице как минимум вдвое быстрее своих менее удачливых коллег¹⁰;

2) *предоставляет новые возможности* — опытные медсестры, участвующие в программах наставничества, часто чувствуют, что у них есть уникальные возможности узнавать новые идеи, помогая начинающим медсестрам развивать свои навыки; работа наставником также открывает новые перспективы для лидерства и карьерного роста в сестринском деле, а «глобальные программы наставничества могут развивать лидерские навыки, чтобы помочь медсестрам обрести свой голос и укрепить уверенность и компетентность, чтобы руководить и, следовательно, формировать стратегических лидеров будущего» [12];

3) *повышает удовлетворенность карьерой* — наставничество дает медсестрам-наставникам цель и удовлетворяет их стремление к непрерывному обучению, а начинающие медсестры приобретают навыки, чувствуя себя более комфортно, повышая свою уверенность в сестринской

практике и подтверждая желание оставаться в профессии; стоит заметить, что изучению влияния наставничества на удовлетворенность карьерой в настоящее время посвящено множество исследований [см., напр.: 13–17].

Таким образом, наставничество характеризуется, с одной стороны, как «спланированная, структурированная и целенаправленная» деятельность, специально разработанная для устранения пробелов в сестринских знаниях и навыках и повышения уверенности подопечных [18], а с другой — как спланированное «динамическое психосоциальное вмешательство», включающее в себя обучающее и поддерживающее взаимодействие между наставниками и их подопечными, основанное на предоставлении молодым специалистам адекватной поддержки и поощрения [19].

Преимущества наставничества для наставника и его подопечного могут быть представлены в следующем виде [20, с. 5] (табл. 1).

В рамках «диадной» формы взаимодействий, как правило, выделяют три основных вида наставничества среднего медицинского персонала в здравоохранении¹¹.

1. *Традиционное индивидуальное («one-to-one») наставничество* — включает в себя наставника и его подопечного; их отношения могут быть как неформальными, так и регламентироваться утвержденной программой¹².

2. *Групповое наставничество* — один наставник подбирается для группы подопечных; предоставляется первоначальная структура программы, позволяющая наставнику управлять прогрессом, темпом и деятельностью группы. Ряд исследователей [21, 22] убежден, что имеющийся дефицит финансовых ресурсов и нехватка опытных кадров на рабочих местах (в особенности в небольших медицинских организациях, расположенных в сельской местности или малых городах) ставят под сомнение жизнеспособность использования моделей индивидуального наставничества для поддержки новых, только начинающих работать медсестер; в такой ситуации использование группового наставничества дает наибольший эффект.

К групповому наставничеству с определенными оговорками можно также отнести: 1) коучинговые сессии, основанные на применении метода психологического дебрифинга для преодоления кризисных ситуаций, возникающих в практике работы среднего медперсонала, с целью выработки психоэмоциональной устойчивости молодых специалистов [23, 24]; 2) тренинговые семинары по развитию навыков командной работы, сотрудничества и управления кризисными ситуациями [25]; 3) программы развития лидерства в сестринском деле [26].

В то же время следует учитывать, что задачи того же коучинга и наставничества различны: тренер («коуч»)

¹⁰ The Caring Support Blog. *Importance Of Mentorship Programs In Healthcare*. 2023. Available: <https://www.caringsupport.com/blog/importance-of-mentorship-programs-in-healthcare> (дата обращения: 27.06.2024).

¹¹ *Types of Mentoring. Human Resources*. Available: <https://hr.ucdavis.edu/departments/learning/toolkits/mentoring/types> (дата обращения: 27.06.2024).

¹² Анализ особенностей традиционного индивидуального наставничества посвящено подавляющее большинство публикаций, касающихся заявленной темы исследования: по запросу «individual mentoring nurses» в базе PubMed зафиксировано свыше 4,2 тыс. публикаций (дата обращения: 27.06.2024).

Таблица 1. Преимущества наставничества для наставников и подопечных
Table 1. Advantages of mentorship practices for mentors and mentees

Наставник:	Подопечный:
• чувствует себя экспертом и лидером; • получает практическое понимание барьеров, существующих на более низких уровнях организации; • совершенствует навыки коучинга, консультирования и восприятия; • разрабатывает и практикует личный стиль руководства; • демонстрирует опыт и делится знаниями	• «плавно» входит в трудовой коллектив; • развивается как профессионал; • получает дополнительные теоретические и практические знания; • обретает возможности карьерного роста и новые перспективы; • получает моральную и интеллектуальную поддержку; • понимает свои сильные и слабые стороны и критически анализирует свои возможности; • расширяет коммуникации в профессиональной среде

Примечание: таблица приведена по «Атлас лучших российских практик наставничества в сфере здравоохранения», 2020.
Note: the table is based on the Atlas of Best Russian Practices of Mentoring in Healthcare, 2020.

только помогает подопечному найти собственное решение проблемы, как правило, при этом не являясь экспертом в области его профессиональной деятельности¹³. Перспективной к внедрению отсюда видится «три-модель» наставничества, включающая в себя собственно наставника, тренера («коуча») и подопечного; в этом случае «наставник определяется как человек, который дает конкретные советы относительно желаемого поведения и навыков, тогда как тренер описывается как человек, который работает с медсестрой, чтобы претворить эти советы в жизнь» [27].

3. Дистанционное («виртуальное») наставничество — две стороны (наставник и подопечный/группа подопечных) находятся в разных местах и используют для общения современные телекоммуникации (например, видеоконференцсвязь); первые программы долгосрочного («career mentoring», для помощи в выстраивании профессиональной карьеры) и краткосрочного («flash mentoring», для оказания помощи в случае острой необходимости и при стрессовых ситуациях или для быстрого ознакомления с ключевой информацией) виртуального наставничества были разработаны и запущены в 2018 г. Американской ассоциацией медсестер (ANA) [28].

По мнению некоторых исследователей [29, 30], дистанционное наставничество способно создать новые педагогические методы обучения, помогающие направлять профессиональный рост молодых специалистов сестринского дела посредством создания атмосферы эмоциональной и мотивационной поддержки и готовности постоянно прийти на помощь везде, «где есть интернет».

С другой стороны, скептики замечают, что текущие исследования пока не оправдывают вышеназванных оптимистических надежд и онлайн-программы электронного наставничества еще не доказали свою эффективность по сравнению с традиционным [31], в связи с чем перспективным может стать развитие «гибридного» наставничества, сочетающего в себе текущее использование различных средств онлайн-

коммуникации (телефон, электронную почту, видеоконференции и т.д.) и периодические очные встречи для обсуждения частных вопросов, уточнения дискуссионных проблем, разрешения частных споров и пр. [32]

Значительный интерес для анализа также представляют «равное» (или «взаимное») и «каскадное» наставничество.

В первом случае речь идет о модели взаимодействия между сверстниками (молодыми специалистами сестринского дела), с одной стороны, пережившими или имеющими определенный опыт («равными наставниками»), с другой стороны, впервые знакомящимися с этим опытом («равными подопечными»); по мнению ряда исследователей [33–35], равные наставники создают позитивную академическую и эмоционально поддерживающую среду, уменьшают стресс и повышают уверенность и компетентность подопечных, в некоторой степени нейтрализуя возможное психологическое давление со стороны более опытных медсестер-стажистов.

При «каскадном» наставничестве необходимые опыт и знания передаются по нескольким вертикалям: от врачей — к медицинским сестрам; от главных и старших медсестер — к медсестрам-стажистам; от последних — к начинающим специалистам среднего звена и/или студентам-медикам; от врачей и среднего медицинского персонала — к пациентам и их близким и т.д.¹⁴ Данная форма наставничества, как полагают исследователи [36], в большей мере подходит для стран с низким уровнем финансирования здравоохранения и предназначена не только для устранения пробелов в знаниях и практике низовых работников медицинских организаций, но и для популяризации правил ухода за больными людьми среди местного (в первую очередь — сельского и малограмотного) населения. При этом особые требования предъявляются к самому наставнику: он должен пользоваться непререкаемым доверием и авторитетом среди подопечных, вызывая к себе безусловное уважение [37].

¹³ Coaching and Mentoring: In-depth. Croner-i. Inform. Advise. Protect. Available: <https://app.croneri.co.uk/topics/coaching-and-mentoring/indepth-0?product=154> (дата обращения: 27.06.2024).

¹⁴ Murray J. Coaching and mentoring in healthcare. PLD Mentoring Software. Available: <https://www.pldmentoring.com/blog/coaching-and-mentoring-in-healthcare> (дата обращения: 27.06.2024).

Таблица 2. Преимущества наставничества в здравоохранении
Table 2. Advantages of mentorship practices for healthcare organizations

Для наставников и их подопечных	Для медицинской организации
Профессиональный рост и развитие	Накопление клинического опыта, обеспечение качественного ухода и улучшение результатов лечения пациентов
Повышенная уверенность в себе	Здоровая рабочая среда, культура безопасности
Психосоциальная поддержка и повышенная стрессоустойчивость	Удержание персонала
Служебный рост	Увеличение вовлеченности, планирование преемственности

Примечание: таблица приведена по «Alternative Approaches to Mentoring», 2021.

Note: the table is given by Alternative Approaches to Mentoring, 2021.

Наконец, некоторые исследователи выделяют еще один, инновационный, вид — «обратное наставничество», меняющее местами традиционные роли наставника и подопечного [38], когда «технически компетентный молодой сотрудник наставляет старшего опытного сотрудника и взаимно обменивается с ним рабочей культурой и навыками» [39]; при этом разноплановое обучение между поколениями стимулирует инновации посредством обмена знаниями, навыками, компетенциями, нормами и ценностями, что в целом способствует повышению качества образования, результатов сестринской практики и развития сотрудников.

«Обратное» наставничество становится эффективным, когда молодые «продвинутые» пользователи интернета могут обучить старших коллег навыкам использования компьютерных приложений или информационно-коммуникационных технологий, к примеру, для поиска необходимой профессиональной информации в электронных библиотеках¹⁵. Иное дело, что здесь неизбежно возникает вопрос, насколько компетентными в методическом и педагогическом плане являются такие наставники, чтобы не вызвать психологическое отторжение и недовольство у медсестер-стажистов, а также немаловажной становится проблема нарушения корпоративной иерархии, традиционно присутствующей в медицинской практике [40].

2. «Триадный» подход. Наставничество как особая форма взаимодействий между наставником, его подопечным и медицинской организацией.

В то же время феномен наставничества в здравоохранении рассматривается не только и не столько как диада, сколько как *триада* взаимодействий, включающая в себя, помимо наставника и молодого специалиста, также и медицинскую организацию, заинтересованную, с одной стороны, в карьерном росте сотрудников, а с другой — в укреплении своего кадрового потенциала [41]. При этом, как утверждает E. Jangland et al [42], наставничество призвано придать новым медсестрам уверенность, опытным медсестрам — позитивные цели, а организации — возможность учиться и у тех, и у других правилам эффективного менеджмента.

Наставничество тем самым способствует повышению организационной приверженности персонала — росту признания и доверия средних медицинских работников к целям и ценностям своей организации, а также вызванному этим накоплению положительного эмоционального опыта.

При этом следует выделять три функции наставнических отношений, способствующих росту «карьерного оптимизма» опекаемых молодых специалистов: *функция профессиональной поддержки*, подчеркивающая индивидуальный подход и внимание к уникальным потребностям молодого специалиста, когда наставник помогает приобрести больше полезных навыков и знаний; индивидуальный подход вдобавок позволяет подопечному как можно скорее адаптироваться к рабочей среде; *функция социально-психологической поддержки*, позволяющая подопечным добиваться признания со стороны своих наставников, когда последние укрепляют уверенность в их возможностях достичь высоких результатов; *функция образца для подражания*, позволяющая наставнику служить примером для подопечного и способствующая его развитию посредством передачи тех организационных ценностей, которые характерны для «медсестринской корпорации».

J. L. Dirks отмечает, что «наставничество приносит пользу как отдельным участникам, так и их организациям, а также может служить мощным инструментом для привлечения и удержания медсестер ... на разных этапах их карьеры» [43], выделяя ряд его преимуществ (табл. 2).

Хотя наставничество может быть реализовано и на неформальном уровне, когда начинающие сотрудники спонтанно, «по наитию», обращаются за советом к специалисту, имеющему не только необходимый опыт работы, но и обладающему соответствующей «харизмой» [44–46], привлекательной для «новичков», все же для достижения целей медицинской организации и повышения профессионального развития и удержания в ней опытных кадров необходимы *формализованные структурированные программы*, способствующие развитию целенаправленных связей для ускорения профессионального развития как молодых специалистов, так и их наставни-

¹⁵ Lin M. Reverse Mentoring in Medicine: What Happens When Mentee Becomes Mentor? *Leadership, Mentoring*. Available: <https://gathered.com/2023/02/06/reverse-mentoring-in-medicine-what-happens-when-mentee-becomes-mentor/> (дата обращения: 27.06.2024).

ков. Необходимость таких программ вызвана еще и тем, что «неформальное» наставничество кроме безусловных преимуществ включает в себе немалые риски, связанные с тем, что, помимо позитивного опыта и знаний, наставники могут передать и «привить» своим подопечным негативные практики, связанные с завуалированным игнорированием медицинских рекомендаций, сокрытием фактов дисциплинарных нарушений и нарушений медицинской этики и приводящие к снижению удовлетворенности работой, росту настроений профессионального цинизма по отношению к пациентам и эмоциональному истощению у молодых специалистов [47, 48].

Таким образом, наставничество трактуется как *комплексная стратегия*, с одной стороны, организующая

и направляющая работу начинающих специалистов среднего звена на пути освоения ими практического опыта под руководством высококвалифицированных и эмоционально располагающих к себе наставников, с другой стороны, способствующая профессиональному совершенствованию самих наставников, развитию их лидерских качеств и достижительских устремлений.

В связи с этим значительное внимание уделяется вопросам содержания программ наставничества [49] (табл. 3).

По мнению авторов «Mentorship: A Student Success Strategy Mentoring Program Toolkit»¹⁶, типовая программа наставничества должна включать в себя следующие компоненты (рис.)

При этом, как отмечают исследователи, программы наставничества должны быть максимально простыми и соот-

Таблица 3. Основные компоненты типовой программы наставничества

Table 3. Main components of a standard mentorship program

Компоненты	Содержание
Цели и задачи	Разработать цели и задачи, включить в них аспекты измерения; тщательно рассмотреть дополнительные, а также конечные цели, чтобы можно было оценить успех на этом пути
Обучение наставников	Предложить 4–8-часовую образовательную программу, включающую такие темы, как «от новичка до эксперта», «качества хорошего наставника», «интересы поколений», «личностные характеристики и общение»
Ориентация на подопечного и ожидания	Предложить 2–4-часовую программу, чтобы ориентировать подопечного на наставничество, по темам «что нужно, чтобы стать хорошим подопечным» и «как извлечь из отношений наставничества максимум пользы»
Взаимное соответствие	Обеспечить процесс объединения подопечных и наставников в пары
Оценка	Продуманная оценка включает в себя все аспекты программы наставничества. Меры, разработанные для оценки целей, также должны быть включены в план оценки

Примечание: таблица приведена по «Supporting successful mentoring», 2018.

Note: the table is given by Supporting successful mentoring, 2018.

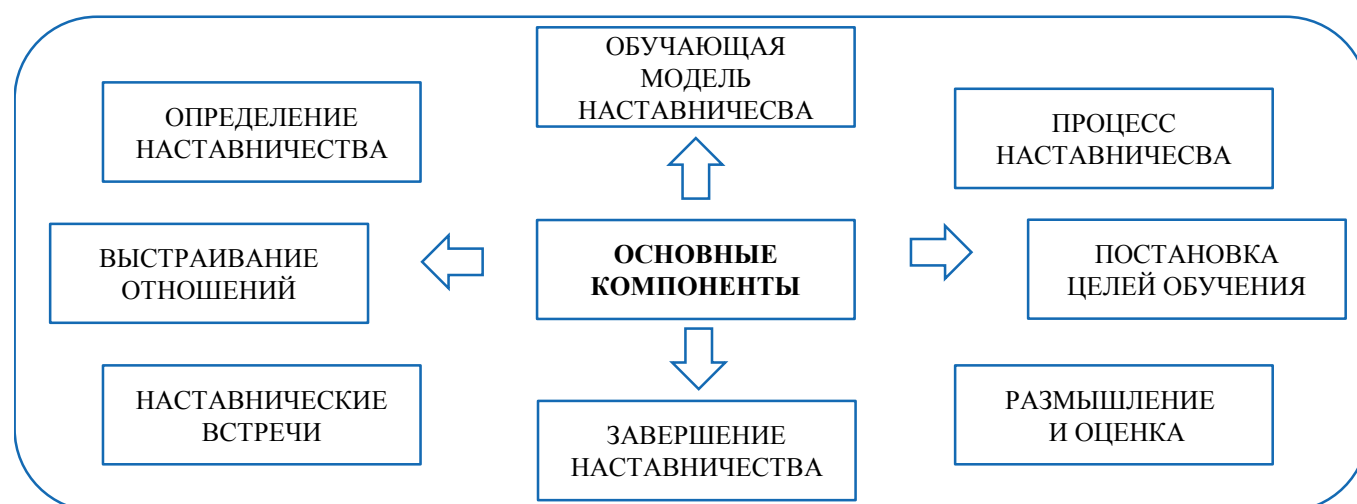


Рис. Типовая программа наставничества

Примечание: рисунок приведен по «Mentorship: a student success strategy mentoring program toolkit third edition», 2017.

Fig. Typical mentorship program

Note: the figure is given by Mentorship: A Student Success Strategy Mentoring Program Toolkit, Third Edition, 2017.

¹⁶ Vernell P. DeWitty. American Association of Colleges of Nursing. *Mentorship: a student success strategy mentoring program toolkit third edition*. Crew Y., editor. Robert Wood Johnson Foundation (RWJF), American Association of Colleges of Nursing (AACN). 2017. 69 p. Available: <https://campaignforaction.org/wp-content/uploads/2020/04/Mentoring-Toolkit-2017.pdf> (дата обращения: 27.06.2024).

ветствовать узкой сфере профессиональной деятельности среднего медработника, отвечая конкретным потребностям заинтересованных субъектов и обеспечивая поддержку и руководство только тогда, когда в этом имеется безотлагательная необходимость [50], так как чрезмерная «задокументированность» процедур и непомерная обширность передаваемых знаний приведут к обратному эффекту, в результате чего наставничество превратится в тяжкое бремя для обеих сторон, умаляя их возможности¹⁷.

Иными словами, конкретное содержание и структура программы наставничества должны отражать специфику профессиональной деятельности среднего медицинского работника в связи с теми группами пациентов и их нозологиями, с которыми он связан по месту своей работы, включать в себя анализ передового опыта и научных данных, специфичных для конкретного контекста, обеспечение соответствия проводимых мероприятий требованиям конкретной программы и предоставление соответствующих ресурсов как наставнику, так и его подопечному [51].

3. Интегрированный подход. Наставничество как комплекс спланированных мероприятий и «отношений заботы».

Помимо профессионального роста и совершенствования как наставников, так и их подопечных, структурированные программы наставничества способствуют повышению удовлетворенности работой и, в конечном счете, удержанию персонала — снижению текучести кадров и сохранению стабильности кадрового потенциала медицинской организации¹⁸. Неслучайно, по данным опросов Regis College (2020)¹⁹, одним из ведущих факторов кадровой нестабильности среднего медицинского персонала является «недостаток наставничества и автономии», порождающий у начинающих работать специалистов чувства неудовлетворенности и разочарования в своих профессиональных возможностях в связи с невнимательностью, недружелюбностью, а подчас и агрессивностью по отношению к ним со стороны опытных практикующих медсестер и врачей.

Кроме этого, как отмечает L. Davey, «опытные медсестры, которые и без того работают в стрессовых условиях, с постоянной нехваткой персонала и плохим признанием услуг, иногда рассматривают “студента-медсестру” как дополнительное препятствие для своей и без того растущей рабочей нагрузки. Большинство медсестер хотели бы видеть себя пропагандистами сестринского дела, но разочарованы в своей профессии. Тогда может показаться, что “студенты-медсестры” ... часто *пожигаются* некоторыми медсестрами вместо того, чтобы их поощряли и лелеяли в энтузиазме к сестринскому делу» [52].

В связи с этим нередко можно встретить перечни типов «токсичных» наставников, включающих в себя [53]:

1) «самосвалов» — перегружающих своих подопечных чрезмерным объемом работы и обязанностей без надлежащего руководства или поддержки; 2) «недружелюбных» — не поддерживающих общение и/или всегда закрытых для контактов; 3) «избегающих» — отстраненных или безразличных к проблемам своих подопечных, пренебрегающих своими наставническими обязанностями; 4) «пассивно-агрессивных» — постоянно критикующих своих подопечных, насмехающихся над их промахами и отпускающих саркастические и унижительные шуточки по поводу их способностей; 5) «блокирующих» — намеренно препятствующих карьерному росту или возможностям своих подопечных из чувства соперничества, зависти или личных, в том числе этноконфессиональных или гендерных, предубеждений.

При этом важную роль в провоцировании процессов нестабильности медсестринских коллективов может сыграть «негативный опыт», приводящий к дисфункции наставничества и снижению эффективности взаимоотношений и включающий в себя: 1) «измерение наставника», инициирующего такой опыт; 2) «измерение менеджера по сестринскому делу», вызывающего негативный опыт; 3) «измерение медицинского персонала», в котором врачи, фельдшеры, административный персонал и др. провоцируют негативный опыт; 4) «измерение подопечного», в котором подопечный провоцирует негативный опыт в своих отношениях с наставником; 5) «институциональное измерение», когда негативный опыт вызван программой наставничества [54].

Последствия «негативного опыта» оказываются крайне разрушительными и для начинающего работать специалиста, и для медицинской организации в целом: с одной стороны, молодой специалист не получает достаточного обучения, опыта и поддержки на рабочем месте, что ведет к профессиональной деградации, растущим чувствам тревоги, разочарования и изоляции; с другой стороны, медицинская организация, не способная создать у себя «пул» адекватных наставников, *разрушает себя изнутри*, провоцируя процессы отторжения внутри трудового коллектива, роста неудовлетворенности работой и невовлеченности в ее деятельность [55]. Тем не менее изучение негативного опыта наставничества в сестринском деле сравнительно недавно привлекло внимание исследователей²⁰. Первые работы появляются только на рубеже 1990–2000-х гг., до этого наставничество описывалось исключительно с положительной стороны; при этом исследователи отмечают, что до сих пор «имеется мало доступных [качественных] данных о жизненном опыте наставничества» и «о том, в какой степени оно способствует развитию подопечных» [56].

Не лучшим вариантом взаимодействия является обратная ситуация, когда подопечный превращается в «клона настав-

¹⁷ Carlson K. Do You Need a Nurse Mentor? *Minority Nurse*. Available: <https://minoritynurse.com/do-you-need-a-nurse-mentor/> (дата обращения: 27.06.2024).

¹⁸ Allen R. An Evidence-Based Mentorship Program for Experienced Nurses. *Walden University*. 2017. Available: <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations/4031/> (дата обращения: 27.06.2024).

¹⁹ Regis College. How can leaders in nursing improve nurse retention rates. *Regis College Articles*. 2020. Available: <https://online.regiscollege.edu/blog/how-can-leaders-in-nursing-improvenurse-retention-rates/> (дата обращения: 27.06.2024).

²⁰ По данным PubMed, с 1998 по 2024 г. было опубликовано лишь 125 статей, посвященных данной проблеме (дата обращения: 27.06.2024).

ника, теряя свою индивидуальность и становясь слишком зависимым от него»²¹, а наставник, перегрузив себя дополнительной работой, перестает справляться с собственными служебными обязанностями; «в такого рода *созависимых* отношениях неизбежно страдают обе стороны. Человек, которому помогают, не получает никакой реальной помощи, в то время как наставник становится перегруженным зависимостью другого. Вместо того чтобы генерировать позитивные результаты, к которым они оба стремятся, созависимые отношения между ними становятся изнуряющим оттоком энергии для обеих заинтересованных сторон»²².

В этой связи ряд исследователей [57, 58] отмечает важность соответствующего «воспитания» наставников, в частности, на основе применения «теории заботы» Kristen M. Swanson, включающей в себя такие компоненты, как чувства приверженности и ответственности, поддержание веры в служение человечеству и в свои способности, понимание чужой ситуации, сострадание и проницаемость, уважение к индивидуальным различиям и признание значимости другого, эмоциональное присутствие «рядом», терпение и уступчивость, утешение и защита при неудачах и страхах подопечных при сохранении контроля за их поведением, создание среды «самоисцеления» при собственных неудачах и пр.

Отсюда актуальным становится формирование «культуры наставничества», включающей в себя, с одной стороны, четко прописанные руководящие принципы, установленные критерии, формы обучения и поддержки всех заинтересованных сторон — как наставников, так и их подопечных; с другой стороны, предоставляющей простор и достаточность времени для развития и поддержания неформальных дружеских отношений внутри медсестринского коллектива «снизу доверху» [59]. Важнейшими признаками такой «аутентичной дружбы» являются²³: 1) внимательное и сочувственное слушание; 2) взаимная ответственность и взаимодействие; 3) поощрение личностного роста; 4) обсуждение возникающих проблем с разных точек зрения; 5) неприемлемость сплетен и разговоров «за спиной» друг друга.

По результатам исследования, проведенного в 2006 г. журналом «Nature» [60], был составлен топ-8 лучших качеств наставников²⁴, включающий в себя:

- *доступность* — способность к поддержанию обратной связи и быстрому принятию адекватных решений, а также готовность регулярно встречаться с подопечным;
- *вдохновение и оптимизм* — способность находить положительные стороны даже при неудачах подопечного;
- *поддержание баланса во взаимоотношениях* — способность учитывать мнение, ожидания и пожелания подопечного относительно целей наставничества;

- *искусство задавать вопросы и слушать* — способность не просто давать советы или готовые ответы, а внимательно слушать и как можно больше расспрашивать подопечного о том, почему он принял то либо иное решение;

- *широкая начитанность и эмоциональная восприимчивость* — способность с энтузиазмом делиться новинками профессиональной литературы и готовность к обсуждению их с подопечным с уважением к мнению последнего;

- *масштабирование ожиданий* — способность к постепенному решению крупных проблем подопечного с разбивкой их на множество мелких шагов-проектов;

- *сохранение дистанции* — способность поддерживать баланс между работой и личной жизнью подопечного с учетом его личностных потребностей и отношений в семье и с близкими;

- *признание достижений* — способность постоянно и публично признавать и подчеркивать небольшие успехи подопечного с тем, чтобы дать ему возможность почувствовать себя ценным членом коллектива и вселить уверенность, что его упорный труд получит соответствующее признание и награду.

Иное дело, что достичь состояния «аутентичной дружбы» крайне сложно: например, авторы руководства «Mentor ship for Nurses and Midwives-Implementing» (Национальный центр лидерства и инноваций для медсестер и акушерок; Университет Лимерика, Ирландия, 2018) [61] отмечают, что взаимодействие наставника и его подопечного должно исключать «линейное руководство» со стороны наставника, так как наличие диады «начальник — подчиненный» потенциально способствует «возникновению напряжения» между двумя названными ролями, что порождает, с одной стороны, конфликты интересов, а с другой — фаворитизм; в идеале же — «наиболее эффективное партнерство возникает тогда, когда подопечный самостоятельно выбирает себе наставника», что, надо признать, в реальных условиях функционирования медицинской организации, основанных на жесткой регламентации функций и должностных обязанностей, является мало осуществимым.

В результате наставничество превращается в *комплекс мероприятий*, различающихся по преследуемым целям в зависимости от их уровня [62] (табл. 4).

Немаловажно и то, что наставничество может быть представлено как *динамичный и развивающийся процесс*, существенно влияющий как на наставника и его подопечного, так и на медицинскую организацию в целом, в связи с чем разные авторы по-разному определяют его конкретное содержание.

Например, авторы «Mentor ship Program Toolkit»²⁵ Школы медсестер Ратгерского университета (штат Нью-Джер-

²¹ Nowicki Hnatiuk C. *Mentoring Nurses Toward Success*. Magazine, Nursing Mentorship. 2013. Available: <https://minoritynurse.com/mentoring-nurses-toward-success/> (дата обращения: 27.06.2024).

²² Там же.

²³ 5 characteristics of authentic friendship. Available: <https://www.christasterken.com/5-characteristics-of-authentic-friendship/> (дата обращения: 27.06.2024).

²⁴ Речь идет о лучших качествах наставника безотносительно к сфере его профессиональной деятельности: образованию, здравоохранению, промышленному производству, управлению и пр.

Таблица 4. Этапы/уровни наставничества («модель Л. Вагнер»)

Table 4. Stages/levels of mentorship (L. Vagner model)

№	Этапы/уровни	Действия наставника
1	Наставничество, ориентированное на задачу	На данном этапе мероприятия наставника сосредоточены на формировании технических, координационных и организационных навыков у своего подопечного, обеспечении поддержки медицинских сестер. На этом уровне формируются основные профессиональные навыки (hardskills)
2	Интерактивное наставничество	Особое внимание уделяется коммуникативным навыкам, поощрению позитивного взаимодействия, этике и ведению документации, а также анализу иных данных, которые могут повлиять на результат лечения. Продолжают формироваться hardskills с элементами «мягких» навыков (softskills)
3	Преобразующее наставничество	Деятельность наставника сфокусирована на создании более глубокого смысла в отношениях с наставляемым, особое внимание уделяется вопросам взаимодействия с пациентами в реальной клинической практике

Примечание: таблица приведена по «Development of an on-job mentorship programme to improve nursing experience for enhanced patient experience of compassionate care», 2021.

Note: the table is given by Development of an On-Job Mentorship Programme to Improve Nursing Experience for Enhanced Patient Experience of Compassionate Care, 2021.

си, США) выделяют три основные фазы наставничества, в том числе:

1) *Фазу ориентации*, включающую в себя: знакомство; построение взаимопонимания; определение четких ролей и ожидаемых выгод для наставника и для его подопечного.

2) *Рабочую фазу*, включающую в себя: разработку правил совместной работы; определение конкретных потребностей и критериев оценки достигнутых результатов; анализ и корректировку целей; предоставление и анализ обратной связи.

3) *Фазу разделения*, знаменующую достижение целей наставничества и принятие решений о продолжении или полном окончании отношений.

Авторы руководства «Mentorship: A Student Success Strategy Mentoring Program Toolkit»²⁶, разработанной Американской ассоциацией медицинских колледжей, выделяют четыре последовательные фазы взаимодействия наставника и опекаемого.

1. *Подготовка к взаимодействию*: любые отношения наставничества уникальны; и наставник, и подопечный должны готовиться как индивидуально, так и в совместном партнерстве для обеспечения успешного опыта наставничества; это процесс открытия, который позволяет определить жизнеспособность будущих отношений.

2. *Заключение соглашений*: наставник и его подопечный договариваются о цели обучения и определяют содержание и процесс взаимоотношений, совместно достигая общего понимания ожиданий, целей и потребностей, в особенности в отношении конфиденциальности, границ

и ограничений, укрепляющих взаимное доверие; определяются «основы» того, когда и как встретиться, каковы роли и обязанности, критерии успеха, как нести ответственность друг перед другом и как завершить взаимодействие.

3. *Содействие обучению*: наставник способствует обучению подопечного, создавая и поддерживая атмосферу открытого диалога и предоставляя вдумчивую, своевременную, откровенную и конструктивную обратную связь; и наставник, и подопечный контролируют процесс обучения для достижения поставленных целей, анализируя и совместно преодолевая неизбежно возникающие препятствия.

4. *Завершение взаимодействия*: обе стороны, оглядываясь назад, оценивают достигнутые результаты обучения в контексте возможностей применения полученных знаний к другим отношениям и ситуациям.

Наконец, 5-шаговая «Программа наставничества для сотрудников»²⁷ предложена S. Cook (2023) (табл. 5).

При этом, как утверждают авторы «Guidance for mentors of nursing students and midwives» (2009)²⁸, любой наставник должен быть психологически готовым к тому, что его работа может оказаться безуспешной; критериями «провала» наставничества являются такие признаки подопечного, как «клиническая неэффективность», отсутствие позитивного реагирования на конструктивную критику, неспособность с учетом замечаний вносить изменения в работу и исправлять допущенные ошибки, отсутствие прогресса в клинических навыках, неразвитые и/или

²⁵ Mentorship Program Tool Kit. Rutgers School of Nursing (SON). Adapted from NJ Organization of Nurse Executives (ONE) Mentoring Tool Kit. *NJ ONE Mentoring Toolkit is copyrighted* (2014) by the Organization of Nurse Executives, New Jersey. Available: <https://nursing.rutgers.edu/wp-content/uploads/2021/08/Mentorship-Program-Toolkit.pdf> (дата обращения: 27.06.2024).

²⁶ Vernell P. DeWitty, American Association of Colleges of Nursing. *Mentorship: a student success strategy mentoring program toolkit third edition*. Crew Y., editor. Robert Wood Johnson Foundation (RWJF), American Association of Colleges of Nursing (AACN). 2017. 69 p. Available: <https://campaignforaction.org/wp-content/uploads/2020/04/Mentoring-Toolkit-2017.pdf> (дата обращения: 27.06.2024).

²⁷ Cook S. 5 Stages of the Mentoring Process: A Functional Approach. *MentorcliQ*. 2023. Available: <https://www.mentorcliq.com/blog/mentoring-process-stages> (дата обращения: 27.06.2024).

²⁸ Royal College of Nursing. *Guidance for mentors of nursing students and midwives. An RCN toolkit*. Second edition. London, 2009. Available: <https://www.ed.ac.uk/files/imports/fileManager/RCNGuidanceforMentorsofNursingStudentsandMidwives.pdf> (дата обращения: 27.06.2024).

Таблица 5. 5-шаговая программа наставничества для сотрудников
Table 5. Five-step mentorship program for employees

№	Шаги	Содержание
1	Установление взаимопонимания	Взаимопонимание является основой успешных отношений наставничества; без него последующие шаги будут неэффективными, так как они опираются на ранее установленную позитивную связь. Чтобы построить взаимопонимание, наставники должны активно слушать, проявлять искренний интерес к проблемам подопечного, демонстрировать сочувствие, постоянно обмениваться личным опытом и всегда «быть на связи». Такой подход способствует возникновению чувства психологической безопасности, которое имеет решающее значение для открытого общения
2	Определение направления	После установления взаимопонимания решающее значение имеет определение направления и основных правил отношений наставничества. Этот шаг включает в себя определение целей подопечного и того, чего он хочет достичь при поддержке наставника. Наставники должны спланировать, как обеспечить доступность и защитить подопечного как от потенциальных неудач, так и от возможных нападок со стороны коллег или администрации медицинской организации. Наставники и подопечные должны обсудить и согласовать цели, обязанности подопечного и роль наставника. Такая ясность предотвращает недопонимание и позволяет обеим сторонам сосредоточиться на росте подопечного
3	Прогресс	На данном этапе подопечный начинает добиваться значительных успехов в достижении своих целей. Проблемы неизбежны, но они также предоставляют возможности для роста. Наставники должны помочь подопечным, предоставляя ресурсы, делясь идеями и поощряя преодолевать трудности и личные сомнения, повышая устойчивость и уверенность в себе. На этом этапе наставничество усложняется: подопечные начинают преодолевать пределы того, чего могут достичь; именно поэтому наставники должны быть рядом, чтобы поддержать и помочь преодолеть барьеры. Наставничество превращается в стратегию социального научения: наставникам нужно быть чувствительными к эмоциям подопечных и знать, как быть эмоционально доступными во время взаимодействия с ними
4	Свертывание	Когда цели достигнуты, отношения наставничества начинают сходить на нет. На этом этапе речь идет о подготовке наставника и подопечного к возможному завершению их официальных отношений. Наставник может сосредоточиться на том, чтобы подопечный был готов к будущему успеху, возможно, путем планирования пути для своего дальнейшего роста. Признание достижений повышает ценность опыта наставничества
5	«Двигаемся дальше»	Заключительный этап представляет собой переход от структурированного процесса наставничества к более автономной фазе для подопечного; при этом наставник берет на себя менее активную роль, время от времени обеспечивая руководство и поддержку по мере необходимости. Окончание формального наставничества не означает конца отношений: наставники могут оказать неоценимую поддержку своим подопечным, а подопечные могут максимизировать их рост и развитие посредством этих структурированных отношений

Примечание: таблица составлена авторами по «5 Stages of the Mentoring Process: A Functional Approach», 2023.

Note: the table is compiled by the authors based on “5 Stages of the Mentoring Process: A Functional Approach”, 2023.

не поддающиеся изменениям к лучшему организационные и коммуникативные навыки.

Таким образом, наставничество — это поддержка, оказываемая наставником, который предлагает своему подопечному «отношения заботы» [63, 64], включающие в себя не просто обмен знаниями и опытом и руководящие указания, но и эмоциональную поддержку, дружеские советы и постоянную конструктивную обратную связь, помогающую начинающим молодым специалистам, играющим роль своеобразного «пациента», обрести уверенность в своих способностях, эмоционально настроиться

на преодоление профессиональных трудностей и, в конечном итоге, «успешно влиться в коллектив» [65].

В то же время (в идеале) наставничество — это *больше помощь в обучении, чем само обучение*: подопечный должен учиться, слушая, наблюдая, спрашивая и делая, а наставник, скорее, должен давать советы, а не предлагать готовые ответы, помогая наставляемому самому искать, оценивать и, по возможности и в большинстве случаев, принимать самостоятельные решения [66]. Иными словами, наставники, обладая необходимым опытом и соответствующим багажом знаний, должны помогать своим

подопечным определять, какие шаги предпринять и где отыскать необходимые ресурсы, однако они «не решают проблемы, а только поддерживают подопечных в процессе их решения»²⁹.

Основные элементы наставничества включают формальные диадические отношения, взаимное уважение, профессиональный рост, личностное развитие, надежность, цели и пути к достижению целей, четкие ожидания, общие ценности, личные связи, предоставление безопасного места для вопросов, трудные вопросы, преодоление препятствий и использование извлеченных уроков; при этом наставничество важно на всех этапах профессионального развития [67]. Взаимные отношения между наставником и его подопечным помогут привить новому сотруднику чувства общности, вовлеченности и сопричастности общему делу, что позволит не только сформировать необходимый набор навыков и компетенций, но и снизить уровень текучести медицинского персонала [17].

Все это невозможно без активного участия в формировании эффективного института наставничества самих медицинских организаций: «Больницы должны предоставлять медсестрам пространство для проявления своих способностей, — утверждают S. Raju и D. Sanders, — расширять возможности улучшения способности сотрудничества в команде, четко определять объем работы и права медсестер и давать медсестрам право принимать решения» [40].

Тем самым подтверждается важность активного участия администрации в планировании наставничества для достижения целей стабильного и эффективного развития как медсестринского персонала, так и самой организации.

Например, авторы руководства «Mentor ship for Nurses and Midwives-Implementing» [61] называют основные условия внедрения программы наставничества («время» — отсутствие спешки на каждой из стадий; «настойчивость» — нельзя бросать достигнутое на полпути; «адаптация» — сотрудники должны понять и признать необходимость нововведений), а также выделяют основные стадии «Структуры реализации наставничества», различающиеся по содержанию решаемых администрацией медицинской организации задач, в том числе:

1. *Исследование* — выявление потенциальных выгод и возможных действий, направленных на инициирование заинтересованности персонала по внедрении наставничества, а также всесторонний анализ барьеров и препятствий, способных этому помешать; определение кандидатур наставников и их обучение.

2. *Настройка* — создание потенциала для поддержки новой практики; определение цели и ключевых задач, ко-

торые необходимо решить до внедрения наставничества; составление плана действий с подробным изложением и анализом мероприятий, необходимых ресурсов и инструментов, контролирующих возможные риски.

3. *Начальная реализация* — первичное тестирование создаваемой структуры наставничества и анализ эффективности ее реализации с внесением необходимых корректировок; организация и проведение мастер-классов для наставников и их подопечных с целью формирования четких представлений о том, как будет работать система наставничества в разных подразделениях медицинской организации.

4. *Полная реализация* — внедрение и распространение новой практики с постоянным изучением того, как она воздействует на медсестринский коллектив в целом, наставников и их подопечных, а также насколько новая практика соответствует решаемым медицинской организацией задачам деятельности.

Примером также может служить 7-шаговая программа организации наставничества («программа MICHU»³⁰), разработанная в медицинском центре Университета Вермонта (США) для начинающих работать медсестер интенсивной терапии (2014)³¹ (табл. 6).

Весомый вклад в разработку проблем наставничества среднего медицинского персонала в последние годы внесли российские исследователи; при этом миссия наставничества видится, как правило, в двух основных «ипостасях»: с одной стороны, как движитель «профессионального развития персонала» (посредством передачи знаний, навыков, помощи в освоении нового опыта, развития мотивации), с другой — как важнейший механизм «социокультурной адаптации» (через трансляцию организационной культуры, ее ценностей, норм и правил) [20]. Такая «технологичность» миссии нашла отражение в примерной системе наставничества, предложенной к внедрению в медицинских организациях ЦНИИ Организации здравоохранения и медицинского менеджмента (г. Москва) и включившей в себя три составляющие³² (табл. 7).

Значимость системы наставничества как *инструмента* развития кадрового потенциала, направленного на помощь молодым специалистам в приобретении профессиональных знаний и умений, профессиональном становлении, адаптации в коллективе, повышении компетенций медицинских работников, в том числе в экстренных условиях и пр., подтверждена целым рядом работ российских авторов [68–71].

По утверждению А.Н. Попсуйко и соавт. [72], в настоящее время в российских медицинских организациях

²⁹ Agnes A. *Mentoring in nursing practice*. Available: https://media.tghn.org/articles/Mentoring_in_nursing_practice_2.pdf (дата обращения: 27.06.2024).

³⁰ Процент удержания среднего медперсонала в результате внедрения программы составил 70%, а до истечения двухлетнего контракта из отделения ушли лишь 10% сотрудников (см.: Emily Glassman. American Nurse. Developing a mentor program to improve support and retention. Available: <https://dropstat.com/blog/recruitment-retention/mentorship-in-nursing/>) (дата обращения: 27.06.2024).

³¹ Mentorship in Nursing: Encourage Retention and Empower Nurses. 2014. Available: <https://dropstat.com/blog/recruitment-retention/mentorship-in-nursing/> (дата обращения: 27.06.2024).

³² НИИОЗММ. Содержание элементов системы наставничества. 2022. Available: <https://niioz.ru/news/soderzhanie-elementov-sistemy-nastavnichestva/> (дата обращения: 27.06.2024).

Таблица 6. Программа организации наставничества для организации
Table 6. Arrangement of a mentorship program for a medical organization

№	Шаги	Содержание
1	Установить цели	Цели зависят от конкретного типа организации и улучшений, в которых нуждается медсестринский персонал (например, сократить текучесть персонала, улучшить удовлетворенность сотрудников, повысить количество положительных отзывов пациентов и пр.)
2	Познакомить сотрудников с идеей создания программы наставничества медсестер	В начале реализации программы наставничества для медсестер необходимо четко объяснить, для кого она предназначена: для начинающих медсестер и/или медсестер среднего звена. Если при этом предлагается материальное или моральное поощрение наставников или их подопечных, необходимо сообщить им об этом
3	Собрать лучших кандидатов в наставники	Следует объяснить, зачем нужна программа наставничества медсестер в организации, и выбрать наиболее опытных медсестер, уже имеющих положительный опыт наставничества
4	Настроить систему сопоставления	Это может быть таблица, в которой наставники и подопечные подбираются в соответствии с их потребностями в обучении и имеющимися способностями, доступностью и специализацией
5	Запустить программу и познакомить наставников с их подопечными	Обязательно указать свой вклад в качестве менеджера организации в том, почему это так важно для успеха наставников, подопечных, самой организации, а также пациентов. Следует поощрять конструктивную обратную связь, включая советы по решению проблем и эффективное наставничество в безопасном месте
6	Установить время для реализации программы наставничества	Необходимо периодически проверять выполнение программы для обеспечения ее бесперебойной работы, с постоянным информированием наставников и их подопечных, насколько успешно она реализуется, какое влияние оказывает на их работу и какие препятствия встречаются на пути ее внедрения (в связи с этим следует корректировать цели или добавлять новые)
7	Добиться поддержки со стороны руководства	Лучший способ обеспечить успех программы наставничества — это если работники подразделения обязуются довести ее до конца и будут пользоваться постоянной поддержкой со стороны руководства

Примечание: таблица составлена авторами по «Mentorship in Nursing: Encourage Retention and Empower Nurses», 2014.

Note: the table is compiled by the authors based on «Mentorship in Nursing: Encourage Retention and Empower Nurses», 2014.

Таблица 7. Примерная система наставничества
Table 7. Approximate mentorship system

Элементы системы	Определение	Цели и задачи
Адаптация	Включение новых сотрудников во внешние и внутренние процессы организации. Изменение поведения сотрудников в соответствии с требованиями среды	Облегчить вхождение молодых специалистов, новых сотрудников, резервистов в должность. Применяется с целью их погружения в корпоративную культуру и процессы организации
Обучение	Процесс освоения знаний и навыков	Использовать для раскрытия потенциала работающих сотрудников и их дальнейшего личностного и профессионального развития, например при переходе на новую должность или включении в кадровый резерв. Сотрудники должны освоить знания и навыки, необходимые для работы в соответствии с установленными стандартами
Сопровождение	Процесс улучшения количественных и/или качественных характеристик умений или знаний в специфической области. Использование уже приобретенных знаний и умений в специфической ситуации или со специфической целью	Преодолеть разрыв между обучением и достижением результата. Стать важным системным элементом организации, дающим ей новое качество самообучающейся организации, в которой сотрудники постоянно повышают свою квалификацию

Примечание: таблица приведена по «Содержание элементов системы наставничества», 2022.

Note: the table is given by «Elements of a mentorship system», 2022.

получили распространение три модели наставнической деятельности применительно к медсестринскому персоналу:

1. «*Наставник — молодой специалист/стажер*». Модель применяют для формирования у молодых специалистов без опыта работы необходимых профессиональных навыков, ознакомления молодых и вновь принятых специалистов с корпоративными и профессиональными ценностями. Ключевая цель модели состоит во введении в профессию, а ее организационные инструменты включают в себя стажировку на рабочем месте, привлечение стажеров к участию в общественной и научно-практической жизни медицинской организации.

2. «*Наставник — специалист с опытом*». Данный вид наставничества применяют для сотрудников, уже имеющих опыт работы в медицинской организации или отрасли. Фокус внимания наставника направлен на развитие и усиление текущих знаний и компетенций у наставляемого. В основе программы наставничества лежат анализ и оценка профессионального опыта сотрудника, предполагающие, что наставник и наставляемый являются не только равноправными участниками, но и партнерами, влияющими друг на друга и выполняющими отведенные им роли.

3. «*Заботливое наставничество*» (перспективная для внедрения модель). Содержание данной модели раскрывается через изменение роли наставника, как правило, старшей медицинской сестры, по отношению к наставляемому; особое внимание при этом уделяется как формированию различных навыков согласно «модели Л. Вагнер» (табл. 4), так и нейтрализации страхов и тревог молодых специалистов по поводу начала работы и установления взаимодействия со своими сверстниками и наставниками. Сторонники данной модели убеждены, что чем больше заботы, внимания и взаимной вовлеченности получит в процессе наставничества молодой специалист в начале своей профессиональной карьеры со стороны своих «старших товарищей», тем больше положительных эмоций и эмпатии он будет проявлять по отношению к пациентам в процессе своей самостоятельной деятельности, так как одной из наиболее важных задач, которые должен выполнять наставник, является роль образца для подражания. Формирование культуры наставничества требует подлинного лидерства, подлинной заботы и уважения к сотрудникам, а также открытого общения.

Важно заметить, что назначение наставничества российские авторы рассматривают в очень широком смысле. Так, по мнению Ю.С. Ненаховой [73], целевые группы наставничества не могут быть ограничены лишь молодыми специалистами, только начинающими свою трудовую карьеру; к таким группам могут быть также отнесены: меняющие направление своей профессиональной деятельности; имеющие соответствующий опыт работы, однако входящие в государственную систему здравоохранения (впервые или повторно) из других систем здравоохранения (частная медицина, зарубежная медицина и др.); возобновляющие медицинскую деятельность после длительного перерыва (например, специалисты после окончания декретного отпуска); лица старших возрастов, утрачиваю-

щие квалификацию в силу постоянного усложнения медицинских технологий); попадающие в зону риска по характеристике профессионального выгорания (в данном случае наставничество, базирующееся на личностных отношениях и глубоком эмоциональном контакте, может служить одним из методов борьбы с профессиональным выгоранием медицинских работников); попадающие в зону риска по адаптации к планируемой реформе по изменению трудовых функций медицинских сестер (в данном случае при подготовке реформы необходимо детальное изучение различных категорий медицинских работников — в зависимости от их профессиональных, возрастных и психоэмоциональных характеристик).

Для каждой из вышеуказанных категорий необходимо разработать свои, наиболее эффективные периоды, инструменты и методы наставничества, контрольные процедуры, определить соответствующие их специфике категории наставников [74].

В целом, во многом суммируя накопленный исследовательский опыт, Ю.В. Бурдасова [75] отмечает, что наставничество в медицинских организациях следует рассматривать как комплексный феномен, преследующий достижение таких связанных между собой целей, как:

- *организационная адаптация* — наставничество помогает новым сотрудникам, приходящим в организацию, адаптироваться;
- *повышение квалификации* — наставничество позволяет опытному, высококвалифицированному персоналу передать опыт другим сотрудникам;
- *профессиональная идентичность* — когда молодые работники находятся в начале своей карьеры, они нуждаются в понимании того, что значит быть профессионалом в своей рабочей среде; наставники как профессионалы воплощают ценности профессии и играют ключевую роль в определении профессионального поведения для новых сотрудников;
- *карьерный рост* — наставничество помогает работникам планировать, развивать карьеру и управлять ей; это также помогает им стать более «гибкими» во времена перемен, более самодостаточными в профессиональном росте;
- *развитие лидерства и управления* — наставничество поощряет формирование лидерских компетенций, которые легче получить через практику и опыт, приобретаемые под руководством наставника, чем при помощи теоретического обучения;
- *образовательная опора* — наставничество помогает преодолеть разрыв между теорией и практикой; формальное образование и обучение дополняются знаниями и практическим опытом компетентного специалиста;
- *организационное развитие и изменение культуры* — наставничество может помочь передать ценности, видение и миссию организации; отношения «наставник — ученик» могут помочь работникам понять организационную культуру организации;
- *обслуживание пациентов* — наставничество помогает в моделировании желаемого поведения и развитии

компетенций в области выстроенных в организации стандартов качества обслуживания пациентов;

- *удержание персонала* — наставничество создает благоприятную среду через постоянное взаимодействие, коучинг, обучение и ролевое моделирование; было установлено, что наставничество влияет на удержание сотрудников, потому что это помогает создать организационную культуру, которая становится привлекательной для лучших специалистов, которым необходимы возможности для карьерного и профессионального роста. Наставничество — это ощутимый способ показать сотрудникам, что они ценятся в организации;

- *управление знаниями/передача знаний* — наставничество обеспечивает обмен информацией/знаниями между работниками разных медицинских организаций и регионов.

По мнению А. В. Ярашевой [76], наставничество выполняет задачи как управления трудовыми ресурсами (адаптация к учреждению и коллективу, ознакомление с миссией, структурой организации, регламентами, процедурами, методами работы, средствами труда, корпоративной этикой), так и их эффективного воспроизводства посредством правильной постановки задач для медицинского персонала, четкого определения круга обязанностей и полномочий, внедрения новых методов диагностики и лечения, контроля за исполнением функций сотрудников, развития профессионализма и повышения квалификации сотрудников, привлечения необходимых для данной организации профессионалов с опытом работы, создания благоприятных условий труда и нормализации морально-психологической атмосферы в коллективе.

ОБСУЖДЕНИЕ

Наставничество среднего медперсонала рассматривается в современной литературе очень разнообразно, далеко выходя за рамки анализа межличностных профессиональных отношений, складывающихся в процессе взаимодействия наставника и его подопечного.

В этой связи неслучайными являются утверждения как российских, так и зарубежных авторов о том, что эффективно функционирующая система наставничества, созданная в медицинской организации, содействует как росту вовлеченности среднего медицинского персонала в ее работу и его заинтересованности в результатах своей деятельности, так и повышению уровня приверженности/лояльности к организации, а «при тщательном планировании и гибком внедрении наставничество... представляет собой захватывающий путь к повышению роли медсестер и акушерок в укреплении системы здравоохранения, ориентированной на человека» [9].

Исследования, посвященные изучению влияния наставничества на ситуацию в здравоохранении, доказывают, что те медицинские организации, которые реализовали программы наставничества на рабочих местах, получили

целый ряд позитивных эффектов, а именно: 1) увеличение удержания персонала, снижение текучести кадров и стоимости их замены; 2) усовершенствованные стратегии набора персонала; 3) продвижение принципов обучающейся организации; 4) сохранение корпоративного капитала; 5) развитие будущих лидеров; 6) рост числа людей, которые вносят вклад в миссию и видение своих организаций³³.

При этом, что немаловажно, вовлеченность в наставничество способствует не только закреплению кадров молодых специалистов на медсестринских должностях, но и существенному росту восприятия «психологической значимости» своей работы в глазах самих наставников [77]. Как утверждают С. Moss и J. Jackson, имеется четкая связь между наставничеством, удовлетворенностью работой и намерением остаться в медицинской организации, так как «наставничество является ключом к успеху новых медсестер, поскольку они развивают уверенность в своей роли практикующей медсестры» [78]. Более того, исследования, проведенные в разных странах, в первую очередь с низким/средним уровнем финансирования здравоохранения, подтверждают, что внедрение программ наставничества в медицинских организациях в целом способствует росту показателей выживаемости пациентов в случаях тяжелых заболеваний и экстремальных ситуаций [79–83].

В зарубежной и российской литературе представлены три основных подхода к пониманию смысла и содержания наставничества среднего медицинского персонала — условно их можно обозначить как «диадный», «триадный» и «интегрированный» (смешанный).

Диадный подход в первую очередь акцентирует внимание на анализе особенностей межличностного взаимодействия наставника и его подопечного, возникающего в ходе, как правило, специально спланированной, целенаправленной деятельности, ориентированной на динамическое психосоциальное вмешательство в профессиональную жизнь подопечного для устранения пробелов в его знаниях и навыках и повышения уверенности в себе. С этих позиций в рамках диадного подхода выделяют несколько видов наставничества: индивидуальное, групповое, дистанционное, равное, каскадное и обратное.

Триадный подход включает в орбиту взаимодействий не только наставника и его подопечного, но и в целом медицинскую организацию, заинтересованную в кадровой стабильности, постоянном повышении профессионального мастерства персонала, росте его лояльности и приверженности работе в организации. В этой связи исследователи особое внимание обращают на такие стороны наставничества, как его функциональность, то есть набор возможностей (функций), позволяющих достичь целей развития организации, формализованность и комплексность — на первый план выдвигаются задачи разработки узкоспециализированных программ наставничества, со-

³³ Simpson MA, Simpson J, McCausland M, et al. *Caring, connecting, empowering: A resource guide for implementing nursing mentorship in public health units in Ontario*. 2007. https://neltoolkit.rnao.ca/sites/default/files/Caring_Connecting_Empowering_%20A%20Resource%20Guide%20for%20Implementing%20Nursing%20Mentorship%20in%20Public%20Health%20Units%20in%20Ontario.pdf (дата обращения: 27.06.2024).

ответствующих конкретной сфере деятельности специалистов среднего звена. Тем самым в рамках триадного подхода зачастую абсолютизируются в качестве основных интересы медицинской организации, что отчасти присуще исследованиям российских авторов, акцентирующих внимание на изучении феномена наставничества среднего медперсонала во многом как особой кадровой технологии.

Возникновение интегрированного (смешанного) подхода в первую очередь можно связать с ростом внимания исследователей к изучению «негативного опыта» наставничества, возникшего в последние два-три десятилетия на волне интереса к возможностям формирования «культуры наставничества», отражающей в себе не только интересы медицинской организации, но и дающей простор к развитию отношений «аутентичной дружбы» внутри медсестринского коллектива. В этой связи наставничество рассматривается как комплекс мероприятий, влияющих как на наставника и его подопечного, так и на медицинскую организацию в целом и включающих в себя целый ряд фаз, этапов или стадий, различных по своему содержанию и учитывающих интересы трех взаимодействующих сторон.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При указанном разнообразии подходов авторы сходятся во мнении, что прямо или косвенно следствиями реализации полноценных программ наставничества в медицинской организации становятся рост вовлеченности

в работу, удовлетворенности трудом в целом и приверженности/лояльности среднего медицинского персонала организации. Выбор наставника имеет принципиальное значение не только для начинающего работника, но и для медицинской организации: наставник, не вовлеченный в ее работу, не разделяющий или подвергающий сомнению ее миссию и ценности, не лояльный к ней, способен принести вред, например, постоянно критикуя свою организацию, выражая недовольство атмосферой, сложившейся внутри медсестринского коллектива, сея сомнения в адекватности выбора профессиональной самореализации молодого специалиста среднего звена или превращая его в бездумного исполнителя инструкций или собственных указаний. Актуальной для решения становится проблема «видимости лидеров», к которым, без сомнения, могут и должны быть отнесены опытные специалисты-наставники, одновременно являющиеся новаторами и агентами позитивных перемен не только в медицинской организации, но и здравоохранении в целом. Изучение опыта организации наставничества среднего медицинского персонала дает не только материал для размышлений, но и может способствовать качественным улучшениям при разработке конкретных программ работы наставников со своими подопечными. Именно на решение указанных задач в настоящее время сосредоточены усилия авторов данного исследования в рамках выполнения государственного задания Министерства здравоохранения Свердловской области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Glob Health*. 2022;7(6):e009316. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009316>
2. GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2022;399(10341):2129–2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3)
3. McNeill M. Extraordinary Impacts on the Healthcare Workforce: COVID-19 and Aging. *Delta J Public Health*. 2022;8(5):164–167. <https://doi.org/10.32481/djph.2022.12.038>
4. Poon YR, Lin YP, Griffiths P, Yong KK, Seah B, Liaw SY. A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: a systematic review with future directions. *Hum Resour Health*. 2022;20(1):70. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00764-7>
5. Maier C, Aiken L, Busse R. *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation*. OECD Health Working Papers: OECD Publishing, Paris; 2017. <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>
6. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; National Academy of Medicine; Committee on the Future of Nursing 2020–2030. *The Future of Nursing 2020–2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. Flaubert JL, Le Menestrel S, Williams DR, Wakefield MK, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2021.
7. Diotto G. O Futuro da Enfermagem: Prevendo a profissão em 2050. *ActaPaulistadeEnfermagem*. 2015;28(3):3. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500033>
8. Бурдастова Ю.В. Наставничество в системе здравоохранения: тренд или необходимость? *Народонаселение*. 2020;23(1):148–154. <https://doi.org/10.19181/population.2020.23.1.12>
9. BurdastovaYuV. Mentoring in healthcare: trend or necessity? *Narodonaselenie [Population]*. 2020;23(1):148–154 (In Russ.). <https://doi.org/10.19181/population.2020.23.1.12>
10. Stewart D, ICN Associate Director, Nursing and Health Policy. *Nurses: a voice to lead a vision for future healthcare. Resources and evidence*. International Council of Nurses. Geneva; 2021. ISBN: 978-92-95099-88-3
10. Rossiter R, Robinson T, Cox R, Collison L, Hills D. Mentors Supporting Nurses Transitioning to Primary Healthcare Roles: A Practice Improvement Initiative. *SAGE Open Nurs*. 2024;10:23779608241231174. <https://doi.org/10.1177/23779608241231174>
11. Hoover J, Koon AD, Rosser EN, Rao KD. Mentoring the working nurse: a scoping review. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):52. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00491-x>
12. Rosser EA, Edwards S, Kwan RYC, Ito M, Potter DR, Hodges KT, Buckner E. The Global Leadership Mentoring Community: An evaluation of its impact on nursing leadership. *Int Nurs Rev*. 2023;70(3):279–285. <https://doi.org/10.1111/inr.12860>
13. Mariani B. The effect of mentoring on career satisfaction of registered nurses and intent to stay in the nursing profession. *Nurs Res Pract*. 2012;2012:168278. <https://doi.org/10.1155/2012/168278>
14. Mariani B, Allen LR. Development and psychometric testing of the Mariani Nursing Career Satisfaction Scale. *J Nurs Meas*. 2014;22(1):135–144. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.22.1.135>
15. Jeffers S, Mariani B. The Effect of a Formal Mentoring Program on Career Satisfaction and Intent to Stay in the Faculty Role for Novice Nurse Faculty. *Nurs Educ Perspect*. 2017;38(1):18–22. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000104>
16. Foster T, Hill J. Mentoring and Career Satisfaction Among Emerging Nurse Scholars. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring*. 2019;17(2):20–35. <https://doi.org/10.24384/43ej-fq85>
17. Horner DK. Mentoring: Positively Influencing Job Satisfaction and Retention of New Hire Nurse Practitioners. *PlastSurgNurs*. 2017;37(1):7–22. <https://doi.org/10.1097/PSN.0000000000000169>
18. Mullen CA, Klimaitis CC. Defining mentoring: a literature review of issues, types, and applications. *Ann N Y Acad Sci*. 2021;1483(1):19–35. <https://doi.org/10.1111/nyas.14176>
19. Mikkonen K, Tomietto M, Tuomikoski AM, MihaKaučič B, Riklikiene O, Vizcaya-Moreno F, Pérez-Cañaveras RM, Filej B, Baltinaite G, Cicolini G, Kääriäinen M. Mentors' competence in mentoring nursing stu-

- dents in clinical practice: Detecting profiles to enhance mentoring practices. *NursOpen*. 2022;9(1):593–603. <https://doi.org/10.1002/nop2.1103>
20. Александрова О.А., Аликперова Н.В., Бурдастова Ю.В., Виноградова К.В., Ненахова Ю.С., Ярашева А.В. Атлас лучших российских практик наставничества в сфере здравоохранения. М.: ЦНИИ ОЗ-МиМ; 2020. 40 с. EDN: WSIMDW
 - Aleksandrova OA, Alikperova NV, Burdastova YuV, Vinogradova KV, Nenakhova YuS, Yarasheva AV. *Atlas luchshix rossijskix praktik nastavnichestva v sfere zdravooxraneniya [Atlas of the best Russian mentoring practices in the healthcare sector]*. Moscow: CzNIOZMiM; 2020. 40 p. EDN: WSIMDW
 21. Scott ES, Smith SD. Group mentoring: a transition-to-work strategy. *J Nurses Staff Dev*. 2008;24(5):232–238. <https://doi.org/10.1097/01.NND.0000320691.24135.72>
 22. Michael SM, Johnson P. Group mentoring and nurse residents. *Nursing Made Incredibly Easy!* 2021;19(3):50–53. <https://doi.org/10.1097/01.nme.0000741820.67158.16>
 23. Van Patten RR, Bartone AS. The impact of mentorship, preceptors, and debriefing on the quality of program experiences. *Nurse Educ Pract*. 2019;35:63–68. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.01.007>
 24. Ryu K, Kim JK. [Effect of Emotional Coaching Program for Clinical Nurses on Resilience, Emotional Labor, and Self-efficacy]. *J Korean AcadNurs*. 2020;50(3):419–430. Korean. <https://doi.org/10.4040/jkan.19194>
 25. Barton G, Bruce A, Schreiber R. Teaching nurses teamwork: Integrative review of competency-based team training in nursing education. *Nurse EducPract*. 2018;32:129–137. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.11.019>
 26. Swearingen S. A journey to leadership: designing a nursing leadership development program. *J ContinEducNurs*. 2009;40(3):107–12; quiz 113–114, 143. <https://doi.org/10.3928/00220124-20090301-02>
 27. Gruber-Page M. The Value of Mentoring in Nursing: An Honor and a Gift. *Oncol Nurs Forum*. 2016;43(4):420–422. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.420-422>
 28. Robertson D, Ferguson K. Mentorship matters. *American Nurse Journal*. 2024;19(1):28–29. <https://doi.org/10.51256/anj012428>
 29. Clement S. The use of virtual mentoring in nursing education. *Online Journal of Nursing Informatics*. 2014;18(2):94–96.
 30. Hooge N, Allen DH, McKenzie R, Pandian V. Engaging advanced practice nurses in evidence-based practice: An e-mentoring program. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2022;19(3):235–244. <https://doi.org/10.1111/wvn.12565>
 31. Clement S, Welch SR. Virtual mentoring in nursing education: A scoping review of the literature. Education, Medicine. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2017;8(3):137. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n3p137>
 32. Jan S, Mahboob U. Online mentoring: challenges and strategies. *Pak J Med Sci*. 2022;38(8):2272–2277. <https://doi.org/10.12669/pjms.38.8.5804>
 33. Collier PJ. Why peer mentoring is an effective approach for promoting college student success. *Metropolitan Universities*. 2017;28(3):9–19. <https://doi.org/10.18060/21539>
 34. Kramer D, Hillman SM, Zavala M. Developing a Culture of Caring and Support Through a Peer Mentorship Program. *J Nurs Educ*. 2018;57(7):430–435. <https://doi.org/10.3928/01484834-20180618-09>
 35. Yarbrough A, Phillips LK. Peer mentoring in nursing education: A concept analysis. *Nurs Forum*. 2022;57(6):1545–1550. <https://doi.org/10.1111/nuf.12832>
 36. Ajeani J, MangwiAyiasi R, Tetui M, Ekirapa-Kiracho E, Namazzi G, MuhumuzaKananura R, NamusokeKiwanuka S, Beyeza-Kashesya J. A cascade model of mentorship for frontline health workers in rural health facilities in Eastern Uganda: processes, achievements and lessons. *Glob Health Action*. 2017;10(sup4):1345497. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1345497>
 37. Murphy L. Transformational leadership: a cascading chain reaction. *J Nurs Manag*. 2005;13(2):128–136. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2005.00458.x>
 38. Williams C. Reverse Mentoring in Nursing Education. *Nurse Educ*. 2024;49(3):137–140. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001534>
 39. Madhavanprabhakaran G, Francis F, Labrague LJ. Reverse Mentoring and Intergenerational Learning in Nursing: Bridging generational diversity. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2022;22(4):472–478. <https://doi.org/10.18295/squmj.4.2022.027>
 40. Raju SA, Sanders DS. Reverse mentoring-never stop learning. *BMJ*. 2023;380:75. <https://doi.org/10.1136/bmj.p75>
 41. Gong Z, Van Swol LM, Wang X. Study on the Relationship between Nurses' Mentoring Relationship and Organizational Commitment. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(20):13362. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013362>
 42. Jangland E, Gunningberg L, Nyholm L. A mentoring programme to meet newly graduated nurses' needs and give senior nurses a new career opportunity: A multiple-case study. *Nurse Educ Pract*. 2021;57:103233. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103233>
 43. Dirks JL. Alternative Approaches to Mentoring. *Crit Care Nurse*. 2021;41(1):e9–e16. <https://doi.org/10.4037/ccn2021789>
 44. Gong Z, Li M. Relationship between nursing mentorship and transformational leadership of mentor: A cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2022;30(2):413–420. <https://doi.org/10.1111/jonm.13519>
 45. Moura AA, Hayashida KY, Bernardes A, Zanetti ACB, Gabriel CS. Charismatic leadership among nursing professionals: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(suppl 1):315–320. English, Portuguese. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0743>
 46. Wahyudyasa PTJ, Hasyim H, Kusumapradja R. Transformational Leadership Styles and Mentoring Functions Towards a Culture of Patient Safety Moderated by Competence of the Nurse. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*. 2023;6(4):225–231. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v6i4.748>
 47. Ozcan CB. Negative mentors in nursing. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*. 2017;4(2):174–182. <https://doi.org/10.18844/prosoc.v4i2.2745>
 48. Kakyo TA, Xiao LD, Chamberlain D. Exploring the dark side of informal mentoring: Experiences of nurses and midwives working in hospital settings in Uganda. *Nurs Inq*. 2024:e12641. <https://doi.org/10.1111/nin.12641>
 49. Goodyear C, Goodyear M. Supporting successful mentoring. *Nurs Manage*. 2018;49(4):49–53. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000531173.00718.06>
 50. Johnston S, Heneghan P, Daniels P. Mentoring initiative to retain community-based registered nurses in palliative care. *Br J Community Nurs*. 2020;25(7):335–339. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.7.335>
 51. Stoeger H, Balestrini DP, Ziegler A. Key issues in professionalizing mentoring practices. *Ann N Y Acad Sci*. 2021;1483(1):5–18. <https://doi.org/10.1111/nyas.14537>
 52. Davey L. Nurses eating nurses: the caring profession which fails to nurture its own! *Contemp Nurse*. 2002;13(2-3):192–197. <https://doi.org/10.5172/conu.13.2-3.192>
 53. Darling LA. What to do about toxic mentors. *J Nurs Adm*. 1985;15(5):43–44.
 54. Huang CY, Weng RH, Wu TC, Lin TE, Hsu CT, Hung CH, Tsai YC. Developing and testing the patient-centred innovation questionnaire for hospital nurses. *J NursManag*. 2018;26(2):227–237. <https://doi.org/10.1111/jonm.12539>
 55. Green J, Jackson D. Mentoring: Some cautionary notes for the nursing profession. *Contemp Nurse*. 2014;47(1–2):79–87. <https://doi.org/10.5172/conu.2014.47.1-2.79>
 56. Baxter G, McGowan B. An exploration of undergraduate nursing students' experiences of mentorship in an Irish hospital. *Br J Nurs*. 2022;31(15):812–817. <https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.15.812>
 57. Kusumaningsih D, HariyatiRrTS, Handiyani H. Improving mentor's competencies in nursing mentorship program through role empowerment by Swanson's theory of caring. *Enfermeria Clínica*. 2019;29:166–171. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.05.008>
 58. Wagner AL, Seymour ME. A model of caring mentorship for nursing. *J Nurses Staff Dev*. 2007;23(5):201–211; quiz 212–213. <https://doi.org/10.1097/01.NND.0000294926.14296.49>
 59. Kramer DS, McCue VY, Butler E, Prentiss AS, Ojeda MM, Tugg KK, Fuentes V, Bonet S. The Art of Nurse Mentoring: A Framework of Support. *Nursing & Health Sciences Research Journal*. 2021;4(1):16–25. <https://doi.org/10.55481/2578-3750.1097>
 60. Lee A, Dennis C, Campbell P. Nature's guide for mentors. *Nature*. 2007 Jun 14;447(7146):791–797. <https://doi.org/10.1038/447791a>
 61. Van Hecke A, Goemaes R, Verhaeghe S, Beyers W, Decoene E, Beeckman D. Leadership in nursing and midwifery: Activities and associated competencies of advanced practice nurses and midwives. *J Nurs Manag*. 2019;27(6):1261–1274. <https://doi.org/10.1111/jonm.12808>

62. Hookmani AA, Lalani N, Sultan N, Zubairi A, Hussain A, Hasan BS, Rasheed MA. Development of an on-job mentorship programme to improve nursing experience for enhanced patient experience of compassionate care. *BMC Nurs.* 2021;20(1):175. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00682-4>
63. DurgunOzan Y, Okumuş H. Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on Anxiety, Distress, And Coping, When Infertility Treatment Fails: A Randomized Controlled Trial. *J Caring Sci.* 2017;6(2):95–109. <https://doi.org/10.15171/jcs.2017.010>
64. Wei H, Watson J. Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *Int J Nurs Sci.* 2018;6(1):17–23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.001>
65. Gualarte-Rinaldo J, Baumgardner R, Tilton T, Brailoff V. Mentorship ReSPeCT Study: A Nurse Mentorship Program's Impact on Transition to Practice and Decision to Remain in Nursing for Newly Graduated Nurses. *Nurse Lead.* 2023;21(2):262–267. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.07.003>
66. Gisbert JP. Mentor-mentee relationship in medicine. *Gastroenterol-Hepatol.* 2017;40(1):48–57. English, Spanish. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.02.005>
67. Barker E, Kelley PW. Mentoring: A vital link in nurse practitioner development. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2020;32(9):621–625. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000417>
68. Старшинин А.В., Аксенова Е.И., Бурдастова Ю.В., Александрова О.А., Аликперова Н.В., Коленикова О.А., Комолова О.А., Марков Д.И., Ненахова Ю.С., Токсанбаева М.С., Ярашева А.В. Развитие наставничества в столичном здравоохранении: новые подходы и возможности. М.: ГБУ г. Москвы «НИИ ОЗиММ Департамента здравоохранения г. Москвы»; 2023. 145 с. Starshinin AV, Aksenova EI, Burdastova YuV, Aleksandrova OA, Alikperova NV, Kolennikova OA, Komolova OA, Markov DI, Nenakhova YuS, Toksanbaeva MS, Yarasheva AV. *Development of mentoring in the capital's healthcare: new approaches and opportunities.* Moscow: Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Health; 2023. 145p.
69. Александрова О.А., Ярашева А.В., Аксенова Е.И., Аликперова Н.В., Ненахова Ю.С. Управленческие кадры в московском здравоохранении: поиск ответов на актуальные вопросы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2019;27(S):512–528. DOI: <https://doi.org/10.32687/0869-866X2019-27-sil-522-528> Aleksandrova OA, Yarasheva AV, Aksenova EI, Alikperova NV, Nenakhova YuS. Senior management in Moscow healthcare: search for answers to urgent questions. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine.* 2019;27(S):522–528 (In Russ.). <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-sil-522-528>
70. Эсаулова И.А. Новые модели наставничества в практике обучения и развития персонала зарубежных компаний. *Стратегии бизнеса.* 2017;6:8–13. <https://doi.org/10.17747/2311-7184-2017-6-08-13> Esaulova IA. New mentoring models in the foreign companies practices of personnel learning and development. *Business Strategies.* 2017;6:8–13 (In Russ.). <https://doi.org/10.17747/2311-7184-2017-6-08-13>
71. Ярашева А.В., Александрова О.А., Медведева Е.И., Аликперова Н.В., Крошилилин С.В. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз.* 2020;13(1):174–190. <https://doi.org/10.15838/esc.2020.1.67.10> Yarasheva AV, Aleksandrova OA, Medvedeva EI, Alikperova NV, Kroshilin SV. Problems and Prospects of Personnel Support of the Moscow Healthcare System. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast.* 2020;13(1):174–190 (In Russ.). <https://doi.org/10.15838/esc.2020.1.67.10>
72. Попсуйко А.Н., Данильченко Я.В., Андгуладзе О.П., Артамонова Г.В. Роль института наставничества в формировании и развитии профессиональных навыков медицинских сестер: российский и мировой опыт. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний.* 2022;11(4S):98–104. <https://doi.org/10.17802/2306-1278-2022-11-4S-98-104> Popsuyko AN, Danilchenko YV, Andguladze OP, Artamonova GV. The role of mentoring in the formation and development of nurses' professional skills: russian and world experience. *Complex Issues of Cardiovascular Diseases.* 2022;11(4S):98–104 (In Russ.). <https://doi.org/10.17802/2306-1278-2022-11-4S-98-104>
73. Ненахова Ю.С. Становление нормативно-правовой базы наставничества в здравоохранении. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2021;1–2:3–11. <https://doi.org/10.26347/1607-2502202101-02003-011> Nenakhova YuS. Formation of the regulatory framework of mentoring in the health care. *Health Care Standardization Problems.* 2021;1–2:3–11 (In Russ.). <https://doi.org/10.26347/1607-2502202101-02003-011>
74. Бурдастова Ю.В. Проблемы формализации института наставничества в здравоохранении и пути их решения. *Здравоохранение Российской Федерации.* 2021;65(5):461–466. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-5-461-466> Burdastova YuV. Problems of formalization of the mentoring institute in healthcare and ways of solving them. *Health care of the Russian Federation.* 2021;65(5):461–466 (In Russ.). <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-5-461-466>
75. Бурдастова Ю.В. Проблемы развития кадрового потенциала в сфере здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2020;28(S):1162–1167. <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1162-1167> Burdastova YuV. Problems of human resources development in healthcare. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine.* 2020;28(S):1162–1167 (In Russ.). <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X2020-28-s2-1162-1167>
76. Ярашева А.В. Воспроизводство трудовых ресурсов в организациях столичного здравоохранения. *Уровень жизни населения регионов России.* 2021;17(2):243–251. <https://doi.org/10.19181/lsprr.2021.17.2.8> Yarasheva A.Z. Reproduction of labour resources in the Moscow health organizations. *Living Standards of the Population in the Regions of Russia.* 2021;17(2):243–251 (In Russ.). <https://doi.org/10.19181/lsprr.2021.17.2.8>
77. Lin L, Cai X, Yin J. Effects of mentoring on work engagement: Work meaningfulness as a mediator. *International Journal of Training and Development.* 2021;25(2):183–199. <http://dx.doi.org/10.1111/ijtd.12210>
78. Moss C, Jackson J. Mentoring New Graduate Nurse Practitioners. *Neonatal Netw.* 2019;38(3):151–159. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.38.3.151>
79. Anatole M, Magge H, Redditt V, Karamaga A, Niyonzima S, Drobac P, Mukherjee JS, Ntaganira J, Nyirazinyoye L, Hirschhorn LR. Nurse mentorship to improve the quality of health care delivery in rural Rwanda. *Nurs Outlook.* 2013;61(3):137–144. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.10.003>
80. Ahmed S, Srivastava S, Warren N, Mayra K, Misra M, Mahapatra T, Rao KD. The impact of a nurse mentoring program on the quality of labour and delivery care at primary health care facilities in Bihar, India. *BMJ Glob Health.* 2019;4(6):e001767. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001767>
81. Chegini Z, Kakemam E, AsghariJafarabadi M, Janati A. The impact of patient safety culture and the leader coaching behaviour of nurses on the intention to report errors: a cross-sectional survey. *BMC Nurs.* 2020;19:89. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00472-4>
82. Mau A, Limbong K, Yetti K. The effect of coaching and mentoring towards nurse's caring and patient satisfaction. *EnfermeriaClinica.* 2020;30:18–22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.12.017>
83. Drayton CS, Spangler SA, Lipato T, Robinson M, Mukenge M, Waudon AN, Gross J. An Assessment of Clinical Mentorship for Quality Improvement: The African Health Professions Regional Collaborative for Nurses and Midwives. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2023;34(3):316–324. <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000406>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Кузьмин Константин Иванович ✉ — кандидат исторических наук, доцент; руководитель Координационного научно-методического центра по социальной работе в системе здравоохранения Свердловской области государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Свердловский областной медицинский колледж».

<https://orcid.org/0000-0002-9063-4642>

Петрова Лариса Евгеньевна — кандидат социологических наук; доцент кафедры инноватики и интеллектуальной собственности федерального государственного автономного обра-

зовательного учреждения высшего образования «Уральский федеральный университет имени Первого президента России Б.Н. Ельцина».

<https://orcid.org/0000-0003-2981-916X>

Харченко Вера Сергеевна — кандидат социологических наук; заведующая кафедрой медиакоммуникаций федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Уральский федеральный университет имени Первого президента России Б.Н. Ельцина».

<https://orcid.org/0000-0002-0909-6550>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Konstantin V. Kuzmin ✉ — Cand. Sci. (History), Head of the Coordinating Scientific and Methodological Center for Social Work in the Healthcare System of the Sverdlovsk Region (Sverdlovsk Regional Medical College), Russia.

<https://orcid.org/0000-0002-9063-4642>

Larisa E. Petrova — Cand. Sci. (Sociology), Assoc. Prof., Department of Innovation and Intellectual Property of the Ural Federal

University named after the First President of Russia B.N. Yeltsin, Russia.

<https://orcid.org/0000-0003-2981-916X>

Vera S. Kharchenko — Cand. Sci. (Sociology), Head of the Department of Media Communications of the Ural Federal University named after the First President of Russia B.N. Yeltsin. Russia.

<https://orcid.org/0000-0002-0909-6550>

✉ Автор, ответственный за переписку / Corresponding author