

ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ



**Μεταφορά/Μεταβίβαση Της Γνώσης
Στον Χώρο Των Επαγγελματιών Υγείας**

Αγγελική Αρσένη

**Επιβλέπων Καθηγητής
Μιχαήλ Τάλιας**

Δεκέμβριος 2021

ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Μεταφορά/Μεταβίβαση Της Γνώσης
Στον Χώρο Των Επαγγελματιών Υγείας**

Αγγελική Αρσένη

Επιβλέπων Καθηγητής

Μιχαήλ Τάλιας

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου

Δεκέμβριος 2021

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον καθηγητή μου κ. Μιχαήλ Τάλια για την βοήθειά του και την καθοδήγησή του.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους συναδέλφους και φίλους που με ώθησαν να ξεκινήσω και να ολοκληρώσω το συγκεκριμένο μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Θερμές ευχαριστίες στον Περικλή και τον Βασίλη για την υποστήριξή τους.

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	2
Abstract	3
1. Εισαγωγή	4
Κεφάλαιο 1- Η μεταβίβαση γνώσης	8
Κεφάλαιο 2- Η μεταβίβαση γνώσης στα συστήματα υγείας	12
Κεφάλαιο 3- Μορφές της μεταβίβασης γνώσης στα συστήματα υγείας	15
3.1 Η επαγγελματική καθοδήγηση-mentoring	15
3.2 Το coaching	20
3.3 Κοινό υπόβαθρο και διαφορές coaching και mentoring	22
Κεφάλαιο 4- Η μεταβίβαση γνώσης σε ιατρούς	25
Κεφάλαιο 5- Η μεταβίβαση γνώσης σε νοσηλευτές	31
Κεφάλαιο 6- Η μεταβίβαση γνώσης σε λοιπούς επαγγελματίες υγείας	40
Κεφάλαιο 7- Η μεταβίβαση γνώσης στην περίοδο της πανδημίας COVID-19	43
Κεφάλαιο 8- Συζήτηση-Συμπεράσματα	47
Βιβλιογραφία	52

Περίληψη

Η εκπαίδευση και κατάρτιση στη σύγχρονη εποχή έχει μεταβληθεί άρδην σε σχέση με τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιούνταν κατά το παρελθόν. Η ταχύτερη επιστημονική πρόοδος αναδεικνύει και την αναγκαιότητα μεταβολής των ίδιων των τρόπων με τους οποίους μεταβιβάζεται η γνώση. Στο πλαίσιο αυτό, η συγκεκριμένη μελέτη επικεντρώθηκε στο ζήτημα διερεύνησης των τρόπων μεταβίβασης της γνώσης στους επαγγελματίες υγείας. Ειδικότερα, αναλύονται η επαγγελματική καθοδήγηση, το coaching και η ομότιμη καθοδήγηση σε επαγγελματίες υγείας. Όπως διαπιστώνεται, και οι τρεις αυτές μορφές χρησιμοποιούνται σε διεθνές επίπεδο, με στόχο τη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, την ανάπτυξη της επαγγελματικής τους ταυτότητας και εν τέλει τις ευεργετικές επιδράσεις στην ποιότητα της εργασίας τους και στην αποδοτικότητα τους. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα σημαντικά ζητήματα τα οποία σχετίζονται με την ίδια την ακρίβεια των όρων που χρησιμοποιούνται, καθώς στην περίπτωση των νοσηλευτών εντοπίζονται πολλές έρευνες στις οποίες γίνεται αναφορά στην επαγγελματική καθοδήγηση, ενώ στην πραγματικότητα μελετώνται άλλα φαινόμενα, όπως για παράδειγμα η συμβουλευτική. Επιπλέον, μέσω της συγκεκριμένης έρευνας εξετάστηκε το ζήτημα της μεταβίβασης γνώσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Η μεταβίβαση γνώσης φαίνεται να λαμβάνει χώρα κυρίως μέσω του διαδικτύου, καθώς υπάρχει η ανάγκη για φυσική αποστασιοποίηση, αλλά και καθώς η νέα γενιά επαγγελματιών υγείας, η οποία διακρίνεται από εντονότερες υποστηρικτικές ανάγκες, είναι αρκετά πιο εξοικειωμένη με τις σύγχρονες τεχνολογίες. Συμπερασματικά, η συγκεκριμένη μελέτη αναδεικνύει την αξία της μεταβίβασης γνώσης εντός των συστημάτων υγείας ως τρόπου μετατροπής των μονάδων υγείας σε οργανισμούς μάθησης και βελτίωσης της συνολικής τους αποδοτικότητας.

Λέξεις κλειδιά: ιατροί; μεταβίβαση γνώσης; νοσηλευτές; σύστημα υγείας

Abstract

Education and training have changed radically compared to the way they were carried out in the past. Rapid scientific progress also highlights the need to change the very ways in which knowledge is transmitted. In this context, this study focused on exploring the ways in which knowledge is transferred to health professionals. In particular, mentoring, coaching and peer coaching to health professionals are analysed. As indicated by the study, all three of these forms are used on an international level, with the aim of improving health professionals' knowledge and skills, developing their professional identity and ultimately having beneficial effects on their quality of work and their efficiency. However, there are some important issues related to the very accuracy of the terms used, as in the case of nurses, many studies can be found in which reference is made to mentoring, while in reality other phenomena are studied, such as counselling, for example. The issue of knowledge transfer between health professionals during the pandemic was also analyzed in this study. Knowledge transfer seems to take place mainly via the internet, as there is a need for physical distance, but also as the new generation of health professionals, which is characterised by stronger supportive needs, is much more familiar with modern technologies. In conclusion, this study highlights the value of knowledge transfer within health systems as a way of transforming health units into learning organisations and improving their overall efficiency.

Key-words: health system; knowledge transference; nurses; physicians

1. Εισαγωγή

Αναμφίβολα, στη σύγχρονη εποχή παρατηρείται μία σειρά μαζικών μετασχηματισμών του περιβάλλοντος εργασίας κατά τρόπο ταχύτατο και άνευ προηγουμένου. Ο τρόπος οργάνωσης της ανθρώπινης παραγωγής και εργασίας ακολούθησε μία ιστορική πορεία από τις αγροτικές κοινωνίες προς τις βιομηχανικές και εν συνεχεία προς την κοινωνία της πληροφορίας. Η μετάβαση στην κοινωνία της πληροφορίας πραγματοποιήθηκε πάρα πολύ γρήγορα, με ταχύτητα ίσως μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσαν να ακολουθήσουν οι άνθρωποι και οι κοινωνίες με βάση τα δεδομένα της βιομηχανικής εποχής (Kalantzis & Cope, 2013).

Η κοινωνία της πληροφορίας συνεπάγεται βασικές διαφορές σε σχέση με τη βιομηχανική κοινωνία. Τόσο στην αγροτική οικονομία, όσο και στη βιομηχανική κοινωνία, τα παραγωγικά μέσα καθόριζαν και την κοινωνική τάξη. Η ανθρώπινη παραγωγή ήταν επομένως στενά συνδεδεμένη με την κατοχή υλικών πόρων, όπως οι αγροτικές εκτάσεις, τα μηχανήματα και γενικώς οποιοδήποτε υλικό μέσο και περιουσιακό στοιχείο υποστήριζε την παραγωγή. Αντίθετα, στην κοινωνία της πληροφορίας αυτό που έχει κεντρική σημασία είναι η κατοχή των γνώσεων και των δεξιοτήτων, καθώς αυτές αποτελούν το κατεξοχήν παραγωγικό μέσο με το οποίο παράγεται ο πλούτος (Kalantzis & Cope, 2013).

Η ισχυρή αυτή σύνδεση της πληροφορίας και της γνώσης με την ανθρώπινη παραγωγή οδηγεί σε άνευ προηγουμένου πλεονεκτήματα, αλλά και σε σχετικούς κινδύνους για τις ανθρώπινες κοινωνίες. Το βασικό πλεονέκτημα σε αυτή την περίπτωση είναι ότι διασφαλίζεται η κοινωνική κινητικότητα, δεδομένου πως αυτός ο οποίος κατέχει τις αναγκαίες γνώσεις και δεξιότητες μπορεί να ανέρχεται κοινωνικά χωρίς να περιορίζεται από την έλλειψη μέσων που αδυνατεί να αποκτήσει. Κάτι τέτοιο συνιστά σημαντική μεταβολή σε σχέση με τις προηγούμενες δομές κοινωνικής οργάνωσης, όπου η κοινωνική κινητικότητα ήταν αρκετά πιο δύσκολη (Kiyosaki, 2001). Ασφαλώς, αυτό συνιστά ένα ιδεατό σενάριο, το οποίο είναι αμφίβολο κατά πόσο ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Όπως επισημαίνει ο Chomsky (2017), κατά τις τελευταίες δεκαετίες παρεμποδίζεται σε σημαντικό βαθμό η κοινωνική κινητικότητα ακριβώς λόγω του ότι υπάρχουν σημαντικές ανισότητες σε επίπεδο πρόσβασης στη γνώση και στην πληροφορία, αποτρέποντας έτσι την ισότιμη δυνατότητα στην

ανάπτυξη των δεξιοτήτων που έχει ανάγκη η αγορά εργασίας. Στο πλαίσιο αυτό, η ισότητα ευκαιριών καθίσταται ως ένα βαθμό φαινομενική, αντί να ενισχύεται.

Με βάση την ανωτέρω προβληματική κατάσταση, είναι επιβεβλημένη η στροφή στη διάχυση της γνώσης. Η διάχυση της γνώσης αναφέρεται τόσο σε θεσμικούς τρόπους εκπαίδευσης, όπως η παραδοσιακή διδασκαλία, αλλά και –κυρίως- στους μη θεσμικούς τρόπους εκπαίδευσης (Πασιαρδής, 2004). Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 υπήρξε μία αυξημένη επίγνωση για τον τρόπο με τον οποίο οι τεχνολογικές εταιρείες της Ιαπωνίας, όπως για παράδειγμα η Toyota, απέκτησαν ένα σημαντικό στρατηγικό πλεονέκτημα έναντι ανταγωνιστικών εταιρειών. Βασικό στοιχείο των εταιρειών αυτών ήταν πως εντός τους κυριαρχούσαν τα μοντέλα που βασίζονταν στην διάχυση της γνώσης στο ανθρώπινο δυναμικό του οργανισμού. Κατά τον τρόπο αυτό, ενισχύονταν σε σημαντικό βαθμό οι δεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού, με αποτέλεσμα αυτό να καθίσταται πιο παραγωγικό και να συμβάλλει εν γένει στην παραγωγικότητα του οργανισμού, οδηγώντας σε σημαντική βελτίωση της στρατηγικής του θέσης (Hugner & Wheelen, 2004).

Οι σημαντικές αυτές συνειδητοποιήσεις ως προς την αξία διάχυσης της γνώσης σε κοινωνικό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο οργανισμών, οδήγησαν σε μίμηση των σχετικών δράσεων που ακολουθήθηκαν στο χώρο των επιχειρήσεων από τους εκπαιδευτικούς οργανισμούς και τα συστήματα υγείας (Kalantzis & Cope, 2013; Πασιαρδής, 2004). Διαπιστώθηκε επομένως πως κατά τη μετάβαση στην κοινωνία της πληροφορίας οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν αυτοί οι οργανισμοί είναι αρκετά πολυσύνθετες και πως δεν μπορούν πλέον να αντιμετωπιστούν μέσα από τον παραδοσιακό τρόπο εκπαίδευσης και κατάρτισης (Kalantzis & Cope, 2013). Κατά το παραδοσιακό μοντέλο εκπαίδευσης και κατάρτισης του εργατικού δυναμικού, η περίοδος της εκπαιδευτικής και της επαγγελματικής ζωής ήταν σαφώς διακριτές και σε κανένα σημείο δεν υπήρχε αλληλοεπικάλυψη των δύο αυτών περιόδων. Κάτι τέτοιο ήταν βασικό χαρακτηριστικό των παραγωγικών μοντέλων που προέκυψαν κατά μίμηση του μοντέλου του Henry Ford, μοντέλο στο οποίο ο κάθε εργαζόμενος είχε ένα σαφή ρόλο και δεν απαιτούνταν έτσι η διαρκής ανανέωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων του, αφού ο κάθε εργαζόμενος ολοκλήρωνε μόνο ένα μικρό μέρος της αλυσίδας αξίας του συνολικού προϊόντος κατά τρόπο που δεν απαιτούνταν να καινοτομεί ή να παρεμβαίνει ουσιωδώς στην ίδια με την εργασία του. Ο τερματισμός της βιομηχανικής εποχής, η μετάβαση στις μετα-βιομηχανικές κοινωνίες και η

ταχύτατη τεχνολογική πρόοδος κατέστησε άτοπη τη διάκριση αυτή μεταξύ της εκπαιδευτικής και της επαγγελματικής ζωής. Έτσι, οι εργαζόμενοι καλούνται πλέον να βρίσκονται σε μία διαρκή διαδικασία ανανέωσης των επαγγελματικών τους δεξιοτήτων κατά μήκος της επαγγελματικής τους ζωής (Kalantzis & Cope, 2013). Κάτι τέτοιο οδηγεί μάλιστα σε βελτίωση της αποδοτικότητας των οργανισμών ακριβώς λόγω της βελτίωσης της παραγωγικότητας των εργαζομένων στη διασυνδεδεμένη με τη γνώση οικονομία (Kyiosaki, 2001).

Στις υπηρεσίες υγείας ο τρόπος με τον οποίο τα συστήματα διοικούνται μεταβλήθηκε άρδην χάρη στη Νέα Δημόσια Διοίκηση. Με βάση τη Νέα Δημόσια Διοίκηση άρχισε να δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στο πως τα συστήματα υγείας μπορούν να καθίσταται πιο αποδοτικά, στο πλαίσιο μιας γενικότερης στροφής στην αποδοτικότητα. Η στροφή στην αποδοτικότητα πραγματοποιήθηκε επομένως υιοθετώντας πρακτικές από το χώρο των επιχειρήσεων. Θεωρήθηκε επομένως πως η μίμηση του τρόπου με τον οποίο οι επιχειρήσεις καθίστανται πιο αποτελεσματικές θα οδηγούσε και σε πιο αποδοτικά συστήματα υγείας (Γούλα, 2014).

Δίχως αμφιβολία, το σημαντικότερο τμήμα του ανθρώπινου κεφαλαίου των συστημάτων υγείας αφορά το ανθρώπινο δυναμικό. Επομένως, η ύπαρξη ικανών στελεχών στο σύστημα υγείας μπορεί να το καθιστά και πιο αποδοτικό, επιτυγχάνοντας έτσι τους στόχους οι οποίοι τίθενται στο πλαίσιο της Νέας Δημόσιας Διοίκησης, αφού οι εισροές των συστημάτων υγείας ενισχύονται κατά αυτόν τον τρόπο, διατηρώντας σταθερές τις εκροές, δηλαδή τα έξοδα και τις δαπάνες για το προσωπικό. Κατά τον τρόπο αυτό, προκύπτει ένα πιο αποδοτικό σύστημα υγείας, αξιοποιώντας το ανθρώπινο κεφάλαιο (Γούλα, 2014).

Στο πλαίσιο αυτό, έχει κεντρική σημασία η μελέτη του πώς το σύστημα υγείας μπορεί να αποκτά ικανότερα στελέχη. Η μεταβίβαση γνώσης θα μπορούσε να έχει κεντρικό ρόλο σε αυτή την προσπάθεια. Στις επιχειρήσεις η μεταβίβαση γνώσης μεταξύ των στελεχών μεταβάλλει άρδην την αποδοτικότητα, αλλά και την αποτελεσματικότητά τους. Μάλιστα, η μίμηση των σχετικών πρακτικών των επιχειρήσεων από τα εκπαιδευτικά συστήματα οδήγησε σε μία παρόμοια αύξηση της αποδοτικότητάς τους (Πασιαρδής, 2004), οδηγώντας έτσι στη διαπίστωση πως ενδεχομένως κάτι ανάλογο να ισχύει και στα συστήματα υγείας. Συνεπώς, η έμφαση

στην αύξηση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των στελεχών των δημόσιων οργανισμών αποτελεί μια «επένδυση» στην αποδοτικότητά τους.

Με βάση τα παραπάνω, η συγκεκριμένη μελέτη εξετάζει το ζήτημα της μεταβίβασης γνώσης στους επαγγελματίες υγείας. Αρχικώς, παρουσιάζονται γενικές πληροφορίες για τη μεταβίβαση γνώσης στη σύγχρονη εποχή και οφέλη για τους οργανισμούς, τις επιχειρήσεις. Εν συνεχεία, στο Κεφάλαιο 2 αναλύεται εκτενώς το ζήτημα της μεταβίβασης γνώσης στα συστήματα υγείας, στο Τρίτο Κεφάλαιο παρουσιάζονται οι διαφορετικοί τρόποι μέσω των οποίων επιτυγχάνεται η μεταβίβαση της γνώσης, όπως το mentoring, το coaching και το peer coaching. Στα Κεφάλαια 4,5 και 6 παρουσιάζεται η μεταβίβαση γνώσης σε ιατρούς, νοσηλευτές και λοιπούς επαγγελματίες υγείας, αντίστοιχα. Στο Κεφάλαιο 7 παρουσιάζεται η μεταβίβαση γνώσης συγκεκριμένα στην περίοδο της τρέχουσας πανδημίας, ενώ στο Κεφάλαιο 8 πραγματοποιείται συζήτηση επί των προηγούμενων διαπιστώσεων και επιχειρείται η εξαγωγή μία σχετικής συμπερασματολογίας. Τελικός στόχος της μελέτης είναι η κατάληξη σε μία σειρά προτάσεων για το ρόλο που πρέπει να έχει η μεταβίβαση γνώσης στις μονάδες υγείας και τους βέλτιστους δυνατούς τρόπους με τους οποίους μπορεί να υλοποιείται και να επιταχύνεται.

Κεφάλαιο 1- Η μεταβίβαση γνώσης

Παραδοσιακά, η γνώση είχε κεντρικό ρόλο στην οικοδόμηση του ανθρώπινου πολιτισμού. Η μεταβίβαση της γνώσης από τη μια γενιά προς την άλλη μέσω της γραφής, των διηγήσεων και του εκπαιδευτικού συστήματος συνιστά δυνατότητα σύμφυτη με την ανθρώπινη εξέλιξη (Lightfoot, Cole, & Cole, 2014). Η αξία της γνώσης για τον άνθρωπο αναδεικνύεται και από την περίοδο του Μεσαίωνα, όπου η παρεμπόδιση ανάπτυξης της γνώσης και πρόσβασης σε αυτή οδήγησε την ανθρωπότητα στο σκοταδισμό (Millon, 2004).

Όπως αναφέρεται και ανωτέρω, η γνώση αποτελεί κυρίαρχο χαρακτηριστικό της μεταβιομηχανικής μας κοινωνίας. Ο Blackler (1995) κατηγοριοποιεί τους τύπους γνώσης στη μεταβιομηχανική κοινωνία ως εξής:

1. Η εμπεδωμένη γνώση είναι εκείνη που εξαρτάται από εννοιολογικές δεξιότητες και γνωστικές ικανότητες. Θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ότι πρόκειται για πρακτική, υψηλού επιπέδου γνώση, όπου οι στόχοι επιτυγχάνονται μέσω της διαρκούς αναγνώρισης και ανανέωσης. Η σιωπηρή γνώση μπορεί επίσης να είναι εμπεδωμένη, αν και είναι κυρίως υποσυνείδητη.
2. Η ενσωματωμένη γνώση είναι προσανατολισμένη στη δράση και αποτελείται από πρακτικές που σχετίζονται με το πλαίσιο. Πρόκειται περισσότερο για κοινωνική απόκτηση, καθώς ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα αλληλεπιδρούν στο περιβάλλον τους και ερμηνεύουν αυτό το μη ρητό είδος γνώσης.
3. Η ενσώματη γνώση είναι η διαδικασία επίτευξης κοινών αντιλήψεων μέσω της κοινωνικοποίησης και του πολιτισμού. Η γλώσσα και η διαπραγμάτευση γίνονται ο λόγος αυτού του τύπου γνώσης σε μια επιχείρηση.
4. Η ενσωματωμένη γνώση είναι σιωπηρή και βρίσκεται μέσα σε συστηματικές ρουτίνες. Σχετίζεται με τις σχέσεις μεταξύ ρόλων, τεχνολογιών, επίσημων διαδικασιών και αναδύομενων ρουτινών μέσα σε ένα πολύπλοκο σύστημα. Προκειμένου να ξεκινήσει οποιαδήποτε συγκεκριμένη επιχειρηματική γραμμή η μετάβαση της γνώσης βοηθάει πολύ.
5. Η κωδικοποιημένη γνώση είναι η πληροφορία που μεταφέρεται σε σημεία και σύμβολα (βιβλία, εγχειρίδια, βάσεις δεδομένων κ.λπ.) και αποδιαρθρώνεται σε

κώδικες πρακτικής. Αντί να είναι ένας συγκεκριμένος τύπος γνώσης, ασχολείται περισσότερο με τη μετάδοση, την αποθήκευση και την ανάκριση της γνώσης.

Μια άλλη κατηγοριοποίηση της γνώσης είναι αυτή μεταξύ της ρητής και της άρρητης. Η άρρητη γνώση μπορεί να οριστεί ως δεξιότητες, ιδέες και εμπειρίες που κατέχουν οι άνθρωποι αλλά δεν είναι κωδικοποιημένες και δεν μπορούν απαραίτητα να εκφραστούν εύκολα. Με την άρρητη γνώση οι άνθρωποι συχνά δεν έχουν επίγνωση της γνώσης που κατέχουν ή του τρόπου με τον οποίο μπορεί να είναι πολύτιμη για τους άλλους. Η αποτελεσματική μεταφορά της άρρητης γνώσης απαιτεί γενικά εκτεταμένη προσωπική επαφή, τακτική αλληλεπίδραση και εμπιστοσύνη. Η άρρητη γνώση διαχέεται όταν ο κάτοχος της γνώσης εντάσσεται σε ένα δίκτυο ή σε μια κοινότητα πρακτικής. Ορισμένα παραδείγματα καθημερινών δραστηριοτήτων και άρρητης γνώσης είναι η οδήγηση ποδηλάτου, η οδήγηση αυτοκινήτου, το χτύπημα ενός καρφιού με ένα σφυρί, η συναρμολόγηση των κομματιών ενός πολύπλοκου παζλ, η ερμηνεία μιας πολύπλοκης στατιστικής εξίσωσης κ.α. Η άρρητη γνώση δεν μπορεί να αποτυπωθεί πλήρως και να ποσοτικοποιηθεί. Η μετάδοσή της πραγματοποιείται με τη χρήση της παρατήρησης, της μίμησης και της πρακτικής (Kalantzis & Cope, 2013; Ρωσσίδης & Ασπρίδης, 2017).

Η ρητή γνώση αφορά τη γνώση που μπορεί εύκολα να διατυπωθεί, να κωδικοποιηθεί, να αποθηκευτεί και να προσπελαστεί. Η ρητή γνώση είναι κυρίαρχη στη δυτική κουλτούρα. Οι περισσότερες μορφές ρητής γνώσης μπορούν να αποθηκευτούν σε ορισμένα μέσα. Οι πληροφορίες που περιέχονται στις εγκυκλοπαιδείες και τα εγχειρίδια είναι σχετικά παραδείγματα ρητής γνώσης. Οι πιο συνηθισμένες μορφές ρητής γνώσης είναι τα εγχειρίδια, τα έγγραφα, οι διαδικασίες και τα βίντεο με οδηγίες χρήσης. Το εκπαιδευτικό σύστημα και οι θεσμικές μορφές μάθησης έχουν κεντρικό ρόλο στη μεταβίβαση αυτής της μορφής γνώσης. Εντός των οργανισμών η μεταβίβαση αυτής της γνώσης θεωρείται αρκετά εύκολη (Kalantzis & Cope, 2013; Ρωσσίδης & Ασπρίδης, 2017).

Πέραν του προσδιορισμού της γνώσης, είναι αναγκαίο να προσδιοριστεί και η έννοια της μεταβίβασης γνώσης. Οι Argote & Ingram (2000) ορίζουν τη μεταφορά γνώσης ως "τη διαδικασία μέσω της οποίας μια μονάδα (π.χ. ομάδα ή τμήμα) επηρεάζεται από την εμπειρία μιας άλλης". Επισημαίνουν περαιτέρω ότι η μεταφορά

οργανωσιακής γνώσης (δηλαδή, ρουτίνας ή βέλτιστων πρακτικών) μπορεί να παρατηρηθεί μέσω αλλαγών στις γνώσεις ή στις επιδόσεις των μονάδων-παραληπτών. Η μεταφορά οργανωσιακής γνώσης, όπως οι βέλτιστες πρακτικές, μπορεί να είναι αρκετά δύσκολο να επιτευχθεί.

Η έννοια της μεταφοράς γνώσης έχει τις ρίζες της ταυτόχρονα στην ψυχολογία, στην εκπαίδευση, στην υγεία και στις κοινωνικές επιστήμες. Στη γνωστική ψυχολογία, η μεταφορά της γνώσης σε ατομικό επίπεδο ορίζεται ως "ο τρόπος με τον οποίο η γνώση που αποκτήθηκε σε μια κατάσταση εφαρμόζεται (ή δεν εφαρμόζεται) σε άλλες καταστάσεις" (Singley & Anderson 1989). Αυτό προϋποθέτει ένα γνωστικό σύστημα το οποίο αντιπροσωπεύει τα χαρακτηριστικά του ατόμου που καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο εκτιμά, αφομοιώνει και εφαρμόζει τις πληροφορίες (Albino, Garavelli, & Gorgoglione, 2004). Στην πραγματικότητα, η ανθρώπινη νόηση εμπλέκεται στη μετατροπή των πληροφοριών σε γνώση (Albino, Garavelli, & Gorgoglione, 2004).

Από εκπαιδευτική άποψη, ο ορισμός της έννοιας αυτής συνδέεται με τις αρχές των θεωριών μάθησης (Ouellet, 1992), όπου η μεταφορά της γνώσης έχει προσδιοριστεί ως ο πρωταρχικός στόχος της εκπαίδευσης (Prawat 1989). Οι Lauder, Reynolds, & Angus (1999), διερευνώντας τη μεταφορά γνώσεων μεταξύ των νοσηλευτών που εκπαιδεύονται, περιέγραψαν τη μεταφορά ως "την ικανότητα εφαρμογής της γνώσης που αποκτήθηκε σε μια κατάσταση σε μια- άλλη παρόμοια κατάσταση ή τη χρήση μεταγνωστικών στρατηγικών για να ενεργήσουν σε μια νέα και πρωτόγνωρη κατάσταση" (σ. 480). Ο ορισμός αυτός είναι συνεπής με εκείνον του Prawat (1989), θεωρητικού της εκπαίδευσης, ο οποίος περιέγραψε τη μεταφορά ως "την ικανότητα να αντλεί κανείς ή να έχει πρόσβαση στους διανοητικούς του πόρους σε καταστάσεις όπου οι πόροι αυτοί μπορεί να είναι σχετικοί" (σ. 1). Και πάλι, αυτοί οι ορισμοί υποδηλώνουν ότι η μεταφορά γνώσης μπορεί να εννοηθεί ως μια διαδικασία που περιλαμβάνει γνωστικές δεξιότητες, κατά την οποία οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, τις γνωστικές και διανοητικές τους ικανότητες. Στην πρακτική των επαγγελματιών υγείας, αυτή η εννοιολόγηση θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε όλους τους τομείς (όπως η πρακτική, η έρευνα και η εκπαίδευση) όπου οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται τα διάφορα στοιχεία του γνωστικού τους συστήματος, όπως η προηγούμενη γνώση και εμπειρία καθώς και οι πεποιθήσεις και οι αξίες, για τη μεταφορά της γνώσης (Aita, Richer, & Héon, 2007).

Τέλος, οφείλει να μην παραβλέπεται το γεγονός ότι αν και η μεταφορά γνώσης εντός οργανισμών πολλαπλασιάζει την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα, εγείρει επίσης ηθικά ζητήματα, ιδίως όταν υπάρχει ανισορροπία στις σχέσεις εξουσίας (π.χ. εργοδότης και εργαζόμενος). Για παράδειγμα ηθικό ζήτημα εγείρεται όταν ένας ανώτερος έχει διαμοιραστεί γνώσεις που κατέχει με έναν υφιστάμενο εργαζόμενο και μετά τις χρησιμοποιεί σαν εργαλείο εκδούλευσης από την πλευρά του υφιστάμενου. Κάτι ανάλογο ισχύει μάλιστα και σε περιπτώσεις μεταβίβασης γνώσης μεταξύ κρατών του αναπτυγμένου και αναπτυσσόμενου κόσμου. Εδώ σαν ανταποδοτικό τέλος για την μεταβίβαση τεχνολογικών κυρίως γνώσεων δύναται να λογιστεί η παροχή ανταλλαγμάτων π.χ. στον τομέα των υποδομών από την πλευρά του αδύναμου κράτους προς το ισχυρό. Στο σύνολο των σχετικών περιπτώσεων το πρόβλημα έγκειται στην ανάπτυξη μιας πατερναλιστικού τύπου σχέσης μεταξύ αυτού που παρέχει και αυτού που δέχεται τη γνώση (Harman & Brelade, 2003).

Κεφάλαιο 2-Η μεταβίβαση γνώσης στα συστήματα υγείας

Αρχικώς, οφείλει να επισημανθεί πως η μεταβίβαση γνώσης στους επαγγελματίες υγείας και στα συστήματα υγείας ακολουθεί τις ίδιες αρχές με τη μεταβίβαση γνώσης σε ευρύτερο επίπεδο. Ωστόσο, παρά τα όποια κοινά στοιχεία και τις επιμέρους συνδέσεις, η μεταβίβαση γνώσης στους επαγγελματίες υγείας και στα συστήματα υγείας συνιστά ένα διακριτό φαινόμενο, που είναι αναγκαίο να μελετάται ως ένα βαθμό κατά τρόπο διακριτό και υπό το πρίσμα των δυναμικών που αφορούν τα συστήματα υγείας (Aita, Richer, & Héon, 2007).

Από τη σκοπιά των κοινωνικών επιστημών, ο Ouellet (1992) αναδεικνύει την αξία που έχει η γνώση που βασίζεται στην έρευνα, η οποία μεταφέρεται μέσω καθιερωμένων γραμμών επικοινωνίας μεταξύ των ερευνητών και των χρηστών των ερευνητικών προϊόντων. Τα μοντέλα επίλυσης προβλημάτων και σύνδεσης που εισήχθησαν στις κοινωνικές επιστήμες από τον Havelock (1973) περιγράφουν μια ποικιλία διαδικασιών μεταφοράς γνώσης μεταξύ των ερευνητών και των χρηστών των ερευνητικών προϊόντων και τα μοντέλα αυτά εκτιμάται ότι επέδρασαν σημαντικά στις επιστήμες υγείας (Crane 1985; Ducharme 1998).

Από τη σκοπιά των επιστημών υγείας, ένα βασικό σχετικό μοντέλο είναι αυτό της "επίλυσης προβλήματος". Με βάση το συγκεκριμένο μοντέλο, ένα κλινικό πρόβλημα κοινοποιείται από τους κλινικούς ιατρούς στους ερευνητές οι οποίοι διεξάγουν την έρευνα, επιδιώκοντας τη συμβολή στον τρόπο επίλυσης προβλήματος. Τα ερευνητικά ευρήματα στη συνέχεια κοινοποιούνται πίσω στον κλινικό ιατρό και έτσι αναπτύσσεται μια στενή σχέση μεταβίβασης γνώσης ανάμεσα στην κλινική και την ερευνητική πρακτική, επιδιώκοντας την επίλυση των σχετικών προβλημάτων. Το μοντέλο αυτό συνδέεται στενά με το στόχο των προγραμματισμένων αλλαγών στα κοινωνικά συστήματα, όπου τα ερευνητικά ευρήματα μεταφέρονται με μια γραμμική διαδικασία, από τους κλινικούς ιατρούς στους ερευνητές και πίσω στο κλινικό περιβάλλον. Η υπόθεση που διέπει αυτό το μοντέλο είναι ότι μια αλλαγή σε ένα κοινωνικό σύστημα είναι πιο πιθανό να συμβεί όταν το πρόβλημα που μελετούν οι ερευνητές προέρχεται απευθείας από το κλινικό περιβάλλον (Ducharme, 1998).

Ένα άλλο ωστόσο μοντέλο είναι το μοντέλο "σύνδεσης". Το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση στην καθιέρωση αμοιβαίας επικοινωνίας μεταξύ ερευνητών και κλινικών ή

άλλων. Ο στόχος αυτού του μοντέλου είναι να δουλέψουν και τα δύο μέρη ταυτόχρονα, δημιουργώντας ένα επικοινωνιακό δίκτυο με χρονική διάρκεια (Crane, 1985), το οποίο θα ενθαρρύνει τη διαδραστική και κυκλική μεταφορά γνώσεων σε μια μη ιεραρχική σχέση (Ducharme 1998). Επιπλέον, η μεταφορά γνώσης επηρεάζεται έντονα από τη σχέση και τις ομοιότητες μεταξύ του ερευνητή και του κλινικού ιατρού (Albino, Garavelli, & Gorgoglione, 2004; Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004). Σε αντίθεση με το μοντέλο επίλυσης προβλημάτων, η γνώση στο μοντέλο "σύνδεσης" μεταφέρεται είτε από τον ερευνητή είτε από τον κλινικό ιατρό είτε και από τους δύο (Aita, Richer, & Héon, 2007).

Η διάδοση των ερευνητικών ευρημάτων αναγνωρίζεται ουσιαστικά ως μια διαδικασία επικοινωνίας των ερευνητικών ευρημάτων και ενθάρρυνσης της αξιοποίησής τους στην κλινική πρακτική (Crosswaite & Curtice 1994; Cronenwett, 1995). Ο Gortner (1980) υπογραμμίζει τη σημασία της επικοινωνίας, της ανταλλαγής πληροφοριών και του διαλόγου ως τρόπων προώθησης της εξέλιξης της επιστήμης. Στις κοινωνικές επιστήμες, η μεταβίβαση ορίζεται ως η μεταφορά της γνώσης στην πράξη (Knott & Wildavsky 1980). Ομοίως, στις επιστήμες υγείας, η μεταβίβαση ορίζεται ως η "μεταφορά της γνώσης από αυτούς που την έχουν σε αυτούς που δεν την έχουν" (Crane 1985, σ. 262). Ο Tenove (1999) αναφέρει ότι η επιτυχής μεταφορά πρόκειται να απαιτήσει ένα πολύπλοκο σύστημα αμφίδρομων δεσμών μεταξύ ατόμων-για παράδειγμα, ερευνητών και κλινικών ιατρών. Μαζί με αυτούς τους ορισμούς και τις χρήσεις, η διαδικασία της διάδοσης των ερευνητικών ευρημάτων περιλαμβάνει περισσότερα από ένα άτομα και θα μπορούσε επομένως να εννοιολογηθεί ως διαπροσωπική διαδικασία, υποδηλώνοντας ότι η διαδικασία της μεταφοράς γνώσης είναι ενσωματωμένη στη διάδοση της έρευνας. Ο Ducharme (1998) και οι Knott & Wildavsky (1980) αναγνωρίζουν επίσης ότι η διάδοση των αποτελεσμάτων της έρευνας είναι παρόμοια με τη διαδικασία μεταφοράς γνώσεων. Ωστόσο, μπορεί να γίνει μια διάκριση μεταξύ αυτών των δύο αντιλήψεων: μόνο η γνώση που βασίζεται στην έρευνα αφορά τη διάδοση της έρευνας, ενώ όλες οι μορφές γνώσης, συμπεριλαμβανομένης της γνώσης που βασίζεται στην έρευνα, αφορούν τη μεταφορά γνώσης.

Υπάρχουν δύο τρόποι μεταβίβασης της γνώσης: η ενεργητική και η παθητική. Η ενεργητική μεταβίβαση περιγράφεται από τους Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou (2004) ως μια προγραμματισμένη και επίσημη διαδικασία που λαμβάνει χώρα από τον ερευνητή στον κλινικό ιατρό, ενώ η παθητική μεταβίβαση

λαμβάνει χώρα ανεπίσημα μεταξύ ομοτίμων χωρίς άμεση επαφή μεταξύ ερευνητών και κλινικών επαγγελματιών υγείας. Επομένως, μια ενεργητική διαδικασία μεταβίβασης συνεπάγεται, για παράδειγμα, ότι ο ερευνητής επιλέγει το κατάλληλο κοινό ή αναζητά τους κατάλληλους χρήστες για τα ερευνητικά ευρήματα (Batey 1975; Crosswaite & Curtice 1994; Ducharme 1998). Αν η μεταβίβαση των ερευνητικών ευρημάτων προσδιορίζεται ως ενεργητική διαδικασία αφού έχει επιλεγεί το κατάλληλο ακροατήριο, τα μοντέλα μεταβίβασης της γνώσης που παρέχουν οι κοινωνικές επιστήμες - τα μοντέλα επίλυσης προβλημάτων και σύνδεσης - θα πρέπει επίσης να κατηγοριοποιηθούν ως ενεργητική μεταβίβαση μέσω μιας διαπροσωπικής διαδικασίας. Πράγματι, αυτά τα μοντέλα των κοινωνικών επιστημών προϋποθέτουν άμεση επικοινωνία μεταξύ των ερευνητών και των χρηστών της γνώσης. Με το μοντέλο σύνδεσης, ενθαρρύνεται περαιτέρω η δημιουργία ενός κοινωνικού δικτύου μεταξύ των επικοινωνούντων. Αντίθετα, υπάρχει και η παθητική μεταβίβαση, η οποία περιλαμβάνει τη δημοσίευση άρθρων, βιβλίων και ερευνητικών αναφορών και την ηλεκτρονική διάδοση ερευνητικών ευρημάτων μέσω της χρήσης υπολογιστών και της πρόσβασης στο διαδίκτυο και σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Funk, Tornquist, & Champagne, 1995). Πρέπει να σημειωθεί ότι η παθητική μεταβίβαση αφορά επίσης από μια διαπροσωπική διαδικασία, παρόλο που δεν υπάρχει άμεση επικοινωνία μεταξύ του ερευνητή και των χρηστών της έρευνας και παρότι κάτι τέτοιο δεν αναγνωρίζεται σε ανάλογο βαθμό με την περίπτωση της ενεργητικής μεταβίβασης (Kalantzis & Cope, 2013). Η διάδοση της έρευνας, η οποία αναγνωρίζεται ως μια ουσιαστικά διαπροσωπική διαδικασία μεταφοράς γνώσης, πρέπει να προηγείται της αξιοποίησης της έρευνας σε επίπεδο κλινικής πρακτικής (Cronenwett 1995). Επιπλέον, αναγνωρίζεται ως μια διαδικασία που ενισχύει την αλλαγή στη γνώση και την πρακτική μέσω της χρήσης των ερευνητικών ευρημάτων στην κλινική πρακτική (Crosswaite & Curtice 1994).

Κεφάλαιο 3- Μορφές της μεταβίβασης γνώσης στα συστήματα υγείας

3.1 Η επαγγελματική καθοδήγηση-mentoring

Ένας πρώτος σχετικός τρόπος ενεργητικής μεταβίβασης γνώσης αφορά το mentoring. Η αφετηρία της λέξης αυτής εντοπίζεται στην αρχαιοελληνική περίοδο και συγκεκριμένα στην Ομήρου Οδύσσεια. Στην Οδύσσεια ο Μέντωρ αναφέρεται ως ένα έμπιστο πρόσωπο, στο οποίο ο Οδυσσέας εμπιστεύτηκε τα ζητήματα του οίκου του όταν αναχώρησε για τον Τρωικό Πόλεμο. Ο Μέντωρ είχε το ρόλο της καθοδήγησης του Τηλέμαχου και για το λόγο αυτό ο σχετικός όρος χρησιμοποιήθηκε στη συνέχεια για την περιγραφή των σχέσεων καθοδήγησης από κάποιον μεγαλύτερο προς κάποιον μικρότερο (Ehrich & Brian, 1999; Roberts, 1999). Σαφώς, ο όρος αυτός δεν χρησιμοποιείται πλέον για την περιγραφή μιας σχέσης καθοδήγησης από κάποιον που είναι πιο μεγάλος ηλικιακά προς κάποιον που δεν είναι, αλλά από κάποιον που είναι πιο έμπειρος προς κάποιον που στερείται της ίδιας εμπειρίας (Dawson, 2014; Ehrich & Brian, 1999). Μπορεί επομένως πράγματι να υπάρχει στη συντριπτική πλειονότητα μια ηλικιακή διαφορά, όμως το κεντρικό στοιχείο που δομεί τη σχετική σχέση είναι η διαφορά της εμπειρίας και της γνώσης και όχι η ίδια η διαφορά της ηλικίας (Kalantzis & Cope, 2013).

Στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων το mentoring λαμβάνει χώρα όταν κάποιος δεν έχει το σύνολο των απαιτούμενων προσόντων προκειμένου να μπορεί να ανταπεξέλθει σε ένα ρόλο. Ωστόσο, το mentoring μπορεί να λαμβάνει χώρα απουσία σχετικών επειγόντων αναγκών, εστιάζοντας στην προσωπική εξέλιξη μέσω της μεταβίβασης γνώσης (Kalantzis & Cope, 2013).

Το mentoring συνιστά βασικό τρόπο μέσω του οποίου μπορούν να αποφεύγονται τα λάθη, λόγος για τον οποίο κατέστη αρκετά δημοφιλές αρχικώς στην επιχειρηματική πρακτική. Όπως αναφέρει ο Kiyosaki (2001) κατά την περίοδο μετάβασης από τις βιομηχανικές προς τις μετα-βιομηχανικές κοινωνίες ήταν διάχυτη αντίληψη πως προκειμένου κάποιος να πετύχει επιχειρηματικά ήταν αρχικώς αναγκαίο να αποτύχει. Θεωρήθηκε έτσι ότι τα λάθη γεννούν την εμπειρία και πως η αποφυγή αυτών είναι αδύνατη, με το λάθος να συνιστά αναπόσπαστο τμήμα της διαδρομής προς

την επιτυχία. Το mentoring σαφώς και ανατρέπει αυτή την παγιωμένη αντίληψη, δεδομένου πως δημιουργεί μία διαδρομή προς την επιτυχία που δεν περιλαμβάνει αναγκαστικά την ύπαρξη λαθών. Πράγματι, όταν ο καθοδηγητής μεταβιβάζει με μορφή γνώσης τα δικά του λάθη και τις αποτυχίες προς καθοδηγούμενο, αυτός μπορεί να παραλείψει το στάδιο αυτό κατά το οποίο έχει πραγματοποιήσει τα λάθη ώστε να διδαχθεί από αυτά, διδασκόμενος δηλαδή μέσα από τα λάθη του καθοδηγητή και όχι από τα δικά του (Daresh, 2004). Δεδομένου μάλιστα πως στις επιστήμες υγείας το λάθος αντιμετωπίζεται εν πολλοίς ως μία σημαντική συνέπεια στην ανθρώπινη υγεία και ζωή, η αξιοποίηση του mentoring για αποφυγή των λαθών που εν συνεχεία οδηγούν στην επιτυχία είναι τεράστιας αξίας (Butterworth & Faugier, 2013).

Η δυναμική αυτή του mentoring να οδηγεί σε περιορισμό των λαθών οδηγεί και στη διαπίστωση πως αυτό θα μπορούσε να εφαρμόζεται αέναα εντός των οργανισμών και των συστημάτων υγείας. Ιδιαίτερα διαφωτιστική είναι στην περίπτωση αυτή η προσέγγιση του David (2000), ο οποίος αναγνωρίζει το mentoring ως μία διαδικασία μεταβίβασης γνώσης από γενιά σε γενιά. Έτσι οι παλαιότεροι επαγγελματίες μεταβιβάζουν τη γνώση τους προς τους νεότερους και εν συνεχεία αυτοί μεταβιβάζουν τη δική τους γνώση προς τους επόμενους. Αυτό οδηγεί οπωσδήποτε σε μία συσσωρευμένη γνώση, η οποία μεταβιβάζεται με πολύ πιο γρήγορο τρόπο από τη μία γενιά επαγγελματιών προς την άλλη, καθιστώντας την περισσότερο αποτελεσματική και περιορίζοντας σημαντικά λάθη.

Αν και το mentoring περιγράφεται στη βιβλιογραφία ως κάτι το ενιαίο, πρόκειται για ένα φαινόμενο που διακρίνεται από σημαντικές διαφοροποιήσεις. Μία πολύ βασική διαφοροποίηση είναι αυτή μεταξύ του πατριαρχικού και του μητριαρχικού τύπου mentoring. Στην περίπτωση του πατριαρχικού mentoring βασικός στόχος είναι η μεταβίβαση πρακτικά αξιοποιήσιμων γνώσεων και δεξιοτήτων. Αντίθετα στην περίπτωση του μητρικού mentoring βασικός στόχος είναι η συναισθηματική υποστήριξη και η ψυχολογική ενίσχυση του καθοδηγούμενου από τον καθοδηγητή (Orland-Barak, 2014). Και οι δύο αυτές μορφές mentoring είναι αναγκαίες στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας, παρότι σαφώς η μορφή που συνδέεται άμεσα με τη μεταβίβαση γνώσεων είναι αυτή του πατριαρχικού mentoring (Butterworth & Faugier, 2013).

Μία άλλη βασική διαφοροποίηση αφορά τον αριθμό των ατόμων που εμπλέκονται στο mentoring. Και σε αυτή την περίπτωση είναι ιδιαίτερα διαφωτιστική η οπτική του David (2000) επί του θέματος. Όπως αναφέρει, καθώς κάποιος βρίσκεται σε ένα πρώιμο στάδιο της καριέρας απαιτείται η ύπαρξη ενός και μόνο καθοδηγητή, αφού αυτό που απαιτείται είναι η ανάπτυξη μιας γενικής στόχευσης στην καριέρα του και η συστηματική παρακολούθηση και αντιμετώπιση των εμποδίων σε αυτή την πορεία. Ωστόσο, όπως αναφέρει, καθώς κάποιος προχωρά κατά την πορεία της επαγγελματικής του διαδρομής γίνονται ολοένα και πιο πολύπλοκα τα ζητήματα και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει. Έτσι, η ύπαρξη ενός και μόνο καθοδηγητή δεν μπορεί να οδηγήσει σε κάλυψη των σχετικών αναγκών, απαιτώντας την υποστήριξη από πολλαπλούς καθοδηγητές.

Στην περίπτωση του mentoring υπάρχει μία σειρά από διαφορετικά οφέλη και πλεονεκτήματα που εντοπίζονται μέσω σχετικών ερευνών. Ως πιο κεντρικά οφέλη για τον καθοδηγούμενο μπορούν να θεωρηθούν τα παρακάτω:

- Ο πολλαπλασιασμός της παραγωγικότητας (Driessen, 2011)
- Η άμεση επίλυση πρακτικών προβλημάτων, ιδίως συγκρουσιακών σχέσεων με συναδέλφους (Bolam, McMahon, Pocklington, & Weindling, 1995)
- Η ενίσχυση του αισθήματος εργασιακής ικανοποίησης (Driessen, 2011; Allen, Eby, Poteet, Lentz, & Lima, 2004)
- Η πιο υψηλή αντιλαμβανόμενη υποστήριξη από τους άλλους κατά την άσκηση των επαγγελματικών καθηκόντων (Hansford & Ehrich, 2006)
- Η συνολικότερη ικανοποίηση από την επαγγελματική σταδιοδρομία (Allen, Eby, Poteet, Lentz, & Lima, 2004)
- Η ενίσχυση των κινήτρων σε σχέση με την επίτευξη των επαγγελματικών στόχων (Bulut et al., 2010)

Στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας μπορούν να διαπιστωθούν ανάλογα οφέλη, δεδομένου πως οι επαγγελματίες υγείας που δέχονται την καθοδήγηση τείνουν να έχουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση, να λαμβάνουν πιο σωστές αποφάσεις σε καταστάσεις που εμπεριέχουν ρίσκο, να έχουν πιο ευρεία σκέψη και αντίληψη των

πραγμάτων και να απολαμβάνουν υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση (Smith, McAllister, & Crawford, 2001).

Παρόλο που πολλοί θεωρούν ότι οι καθοδηγούμενοι είναι αυτοί που θα επωφεληθούν περισσότερο από μια σχέση μέντορα/καθοδηγούμενου, υπάρχουν οφέλη και για τους καθοδηγητές. Γενικότερα, η επαγγελματική καθοδήγηση συνδέεται με οφέλη ψυχολογικού τύπου για τους καθοδηγητές, αλλά και με απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων από τη νέα γενιά επαγγελματιών, με αποτέλεσμα να αναδεικνύεται έτσι μια, αν και αρκετά ανισοβαρής, αμφίδρομη σχέση μεταβίβασης γνώσης μέσω του mentoring (Kalantzis & Cope, 2013).

Στους επαγγελματίες υγείας, αυτά τα οφέλη περιλαμβάνουν την έντονη αίσθηση υπερηφάνειας και ικανοποίησης που προέρχεται από το να βλέπει κάποιος επαγγελματία υγείας έναν πιο νέο να αναπτύσσεται και να εξελίσσεται (Groah, 1996). Μάλιστα, οι νοσηλευτές καθοδηγητές φαίνεται να αναπτύσσουν ως συνέπεια της σχέσης καθοδήγησης αυξημένη αυτοεκτίμηση και επαγγελματική ικανοποίηση (Fox, Rothrock, Skelton, 1992). Επιπροσθέτως, καθώς στις χώρες του εξωτερικού η επαγγελματική καθοδήγηση εφαρμόζεται εδώ και δεκαετίες στο πλαίσιο των συστημάτων υγείας, οι μέντορες που συχνά έχουν οι ίδιοι δεχθεί καθοδήγηση αισθάνονται πως ξεπληρώνουν ένα άτυπο χρέος προς την επαγγελματική τους ομάδα καθοδηγώντας με τη σειρά τους την επόμενη γενιά (Smith, McAllister, & Crawford, 2001).

Σε κάθε περίπτωση, το mentoring αντιμετωπίζει ορισμένα εμπόδια τα οποία είναι αναγκαίο να αντιμετωπίζονται για τη βέλτιστη δυνατή αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης σχέσης. Ένα βασικό ζήτημα το οποίο προκύπτει είναι αυτό του φύλου μεταξύ του καθοδηγητή και του καθοδηγούμενου. Φαίνεται ότι το mentoring δεν είναι το ίδιο αποτελεσματικό όταν πραγματοποιείται μεταξύ ατόμων διαφορετικού φύλου (Bickel, 2014). Ο λόγος για τον οποίο κάτι τέτοιο λαμβάνει χώρα είναι πως μεταξύ ατόμων διαφορετικού φύλου υπάρχει μία μικρότερη αντίληψη από πλευράς των καθοδηγούμενων πως οι καθοδηγητές αντιλαμβάνονται τα προβλήματα, τις προκλήσεις και τις ανησυχίες που αντιμετωπίζουν (Moorhead, 2004). Στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας, επίσης φαίνεται να ισχύει κάτι τέτοιο (Smith, McAllister, & Crawford, 2001).

Ένα άλλο βασικό ζήτημα είναι αυτό της εθνικότητας και του πολιτισμικού υπόβαθρου. Όπως αναφέρουν οι Ensher & Murphy (1997), προϋπόθεση της ανάπτυξης μιας αποτελεσματικής σχέσης επαγγελματικής καθοδήγησης είναι το να υπάρχει ένα μεγάλο εύρος κοινών χαρακτηριστικών μεταξύ του καθοδηγητή και του καθηγουμένου. Στην περίπτωση επομένως κατά την οποία τα δύο αυτά άτομα είναι διαφορετικής εθνικότητας, παρεμποδίζεται, όπως αναφέρουν, η ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής μεντορικής σχέσης. Κάτι τέτοιο παρατηρείται και στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, στην περίπτωση αυτή η ανάπτυξη σχέσεων επαγγελματικής καθοδήγησης με καθοδηγητές ίδιας εθνικότητας είναι αρκετά πιο δύσκολη για όσους ανήκουν σε εθνικές μειονότητες, δεδομένου του ακόμα και σε πολυπολιτισμικές κοινωνίες, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, παραδοσιακά υποεκπροσωπούνται τα άτομα των μειονοτήτων στα επαγγέλματα υγείας (Smith, McAllister, & Crawford, 2001).

Η επιτυχία του mentoring είναι σε μεγάλο βαθμό συνάρτηση των χαρακτηριστικών του καθοδηγητή. Σύμφωνα με τον Clutterbuck (2014), τα ιδανικά χαρακτηριστικά ενός καλού μέντορα περιγράφουν κάποιον που:

- 1) έχει ήδη ένα καλό ιστορικό για την ενίσχυση της ανάπτυξης άλλων επαγγελματιών
- 2) έχει γνήσιο ενδιαφέρον να βλέπει τους νεότερους να προοδεύουν και μπορεί να κατανοήσει τα προβλήματά τους
- 3) έχει ένα ευρύ φάσμα δεξιοτήτων που είναι άμεση συνάρτηση των αναγκών της επαγγελματικής πρακτικής
- 4) έχει καλή κατανόηση του οργανισμού, του τρόπου λειτουργίας του και της πορείας του
- 5) μπορεί να συνδυάσει την υπομονή με καλές διαπροσωπικές δεξιότητες και με την ικανότητα να εργάζεται σε ένα ευέλικτο και δυναμικό πρόγραμμα
- 6) διαθέτει επαρκή χρόνο για να αφιερώσει σε μια σχέση
- 7) μπορεί να αποσπάσει το σεβασμό του μαθητευόμενου
- 8) έχει το δικό του δίκτυο επαφών και επιρροής
- 9) είναι ακόμα πρόθυμος να μάθει

3.2 Το coaching

Ένας άλλος σχετικός τρόπος μέσω του οποίου πραγματοποιείται η μεταβίβαση γνώσης είναι το coaching. Το coaching συνιστά μία πρακτική του management που ενθαρρύνει και βελτιώνει την προσωπική εξέλιξη και συνεπάγεται σημαντικά ευεργετήματα για τα άτομα και τους οργανισμούς (Vidal-Salazar, Ferrón-Vilchez & Cerdón-Pozo, 2012). Το coaching σαφώς και διαφοροποιείται από το mentoring, παρότι συχνά οι δύο αυτές έννοιες συγχέονται (Crompton, 2012). Και οι δύο αυτές μέθοδοι βασίζονται στην ενθάρρυνση του ατόμου προκειμένου να μπορεί να επιλύει τυχόν προβλήματα και προκλήσεις με βάση τις δικές του δυνάμεις. Ωστόσο, το mentoring θεωρείται ως μία εθελοντικού τύπου σχέση με μακροπρόθεσμη επικέντρωση σε σχέση με συγκεκριμένους επιχειρησιακούς στόχους. Σκοπός του είναι η διεύρυνση των προσωπικών οριζόντων του καθοδηγούμενου, αν και μπορεί να γίνει αντιληπτό ως μία επίσημη διαδικασία παροχής συμβουλών υποστήριξης και καθοδήγησης από ένα άτομο προς ένα άλλο (Arkün Kocadere, 2015). Αντιθέτως, το coaching γίνεται αντιληπτό ως μία σχέση με πιο βραχυπρόθεσμο ορίζοντα, εστιάζοντας συγκεκριμένα στην απόδοση μέσα από την ανάπτυξη ειδικών δεξιοτήτων εντός ενός πλαισίου εξέλιξης και επιτυχίας βάσει προκαθορισμένων στόχων (Koopman, 2013).

Ένας coach μπορεί να επιτελεί διαφορετικούς ρόλους. Ως κεντρικότεροι ρόλοι μπορούν να αναφερθούν (Crompton & Smyrniotis, 2011): 1) η ενίσχυση της εργασιακής απόδοσης 2) η παροχή βοήθειας όσον αφορά την ανάπτυξη στρατηγικών σχεδίων 3) η συναισθηματικού τύπου ενίσχυση προκειμένου να επιτυγχάνεται με μεγαλύτερη βεβαιότητα η επίτευξη των στόχων που έχουν θεσπιστεί 4) η παροχή βοήθειας προκειμένου κάποιος να αντιλαμβάνεται τις αδυναμίες του και εν συνεχεία να υλοποιεί πλάνα αντιμετώπισης αυτών 5) η συνολικότερη παροχή καθοδήγησης και υποστήριξης.

Ο coach παρέχει υποστήριξη και οδηγεί σε ανάπτυξη ευκαιριών για την απόκτηση ή τη βελτίωση συγκεκριμένων δεξιοτήτων, προκειμένου ο εργαζόμενος να μπορεί να ανταποκριθεί με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στα καθήκοντά του (Rosha, 2013). Συνολικότερα, όπως αναφέρει ο Koopman (2013), το coaching χρησιμοποιεί ερωτήσεις βοηθώντας τα άτομα να αναρωτηθούν και εν συνεχεία να μεταβάλλουν τον τρόπο σκέψης τους, αμφισβητώντας τις ως τότε παραδοχές τους.

Κατά τον τρόπο αυτό μπορούν να αντιλαμβάνονται τις προκλήσεις ως ευκαιρίες και όχι ως σημαντικά εμπόδια. Επιπροσθέτως, το coaching μπορεί να οδηγήσει σε αμφισβήτηση ενός υφιστάμενου τρόπου σκέψης, προκειμένου το άτομο να αρχίσει να αντιλαμβάνεται πιο στρατηγικά και να εξοικειώνεται με την αναζήτηση και εύρεση εναλλακτικών λύσεων.

Το coaching διακρίνεται σε εσωτερικό και εξωτερικό. Το εσωτερικό coaching πραγματοποιείται συχνά από τους μάνατζερ ενός οργανισμού, οι οποίοι στο πλαίσιο των ηγετικών τους καθηκόντων το εφαρμόζουν προς τους υφιστάμενούς τους. Αντίθετα, το εξωτερικό coaching αφορά τη χρήση ενός coach ο οποίος δεν σχετίζεται με τον οργανισμό και έρχεται σε αυτόν συγκεκριμένα για αυτό το σκοπό και μόνο (Kalantzis & Cope, 2013).

Το εσωτερικό coaching έχει ως βασικό του πλεονέκτημα το χαμηλό κόστος και τις περισσότερες ευκαιρίες, λόγω του ότι μπορεί να λαμβάνει χώρα σε ένα μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, την κατανόηση της οργανωτικής κουλτούρας και των διαδικασιών από τον coach και τη δυνατότητα ενσωμάτωσης του coaching σε ένα ευρύτερο αναπτυξιακό πρόγραμμα ενός οργανισμού. Βασικά ωστόσο μειονεκτήματα είναι το ότι η καθοδήγηση μπορεί να αποσπά τον coach, απαιτώντας χρόνο και ενέργεια, απορρυθμίζοντάς τον έτσι από τις καθημερινές ευθύνες εντός του οργανισμού. Ως βασικά μειονεκτήματα επισημαίνονται επίσης η δυσκολία διατήρησης της εμπιστευτικότητας, μια ελλιπή τάση για αμφισβήτηση υφιστάμενων διαδικασιών και μία εν γένει διαφορά των στάσεων μεταξύ του εκπαιδευόμενου και του coach έναντι της αποτίμησης για την αξία του οργανισμού (Kalantzis & Cope, 2013).

Στην περίπτωση της εξωτερικής αξιολόγησης, ως βασικά πλεονεκτήματα μπορούν να αναφερθούν η εξειδικευμένη ικανότητα και εμπειρία του coach, με δεδομένο ότι αυτός μπορεί να επιλεγεί από ένα πολύ μεγάλο εύρος πιθανών υποψηφίων. Επιπροσθέτως, δεν υπάρχουν περισπασμοί από τις λοιπές ευθύνες εντός της επιχείρησης. Δεδομένου δε ότι ο coach δεν έχει κάποια άλλη σχέση με την επιχείρηση, δεν διστάζει να θίξει ζητήματα τα οποία σχετίζονται εις βάθος με την αποτελεσματικότητα του οργανισμού. Ωστόσο, η λύση αυτή διακρίνεται και από ορισμένα μειονεκτήματα. Ως βασικότερα μειονεκτήματα μπορούν να αναφερθούν το υψηλό κόστος, η ελλιπής γνώση που πιθανώς να έχει ο coach για τις διαδικασίες του

οργανισμού και το ότι οι προτεινόμενες αλλαγές ενδεχομένως να μην είναι εφικτές εντός του οργανισμού (Angle, 2018).

Ως πιο βασικά οφέλη του coaching μπορούν να θεωρηθούν τα παρακάτω (McCullough, 2020):

- Η βελτιωμένη παραγωγικότητα των εργαζομένων
- Η περαιτέρω ενίσχυση των ισχυρών στοιχείων του ανθρώπινου δυναμικού των οργανισμών
- Τα οφέλη στην εξυπηρέτηση πελατών
- Η αυξημένη διατήρηση των στελεχών στον οργανισμό
- Οι βελτιωμένες σχέσεις εργαζόμενων-προϊσταμένων
- Η βελτιωμένη ομαδική εργασία
- Οι βελτιωμένες σχέσεις μεταξύ συναδέλφων
- Η υψηλή ικανοποίηση από την εργασία

Το coaching φαίνεται να αποτελεί επίσης ένα κατεξοχήν εργαλείο υποκίνησης στους επαγγελματίες υγείας. Ενδεχομένως μέσω του coaching να ενισχύεται μάλιστα η εσωτερική παρακίνηση των επαγγελματιών υγείας, η οποία συνιστά την κατεξοχήν μορφή παρακίνησης που συνδέεται με τη θέσπιση στόχων και την προσήλωση στην υλοποίησή τους (Stapleton et al., 2007).

Τέλος, είναι αναγκαίο να αναφερθεί πως πέραν από το coaching υπάρχει και η ομότιμη καθοδήγηση, η οποία αναφέρεται με τον όρο peer-coaching. Η βασική διαφοροποίηση των δύο αυτών μορφών είναι ότι στο coaching αυτός ο οποίος καθοδηγεί είναι κάποιος που είναι πιο έμπειρος, με περισσότερες γνώσεις και δεξιότητες και συνήθως πιο μεγάλος ηλικιακά. Αντίθετα, στο peer-coaching η καθοδήγηση πραγματοποιείται από ομότιμους, όντας κατά μία έννοια μία προσπάθεια συνεξερεύνησης της γνώσης (Kalantzis & Cope, 2013).

3.3 Κοινό υπόβαθρο και διαφορές coaching και mentoring

Το πλαίσιο στο οποίο αναπτύχθηκε το coaching και το mentoring ως μια πιο εξατομικευμένη προσέγγιση για την οργανωσιακή ανάπτυξη προέκυψε κατά τη δεκαετία του 1990. Αυτό συνέπεσε με την έμφαση που δόθηκε από τη συλλογική ζωή

σε μια πιο ατομικιστική κοινωνία. Ο αθλητισμός είχε ισχυρή επίδραση στην ανάπτυξη των προσεγγίσεων coaching και mentoring και υπήρξε αυξανόμενο ενδιαφέρον για την οργανωτική ψυχολογία και την παρακίνηση των εργαζομένων. Μια αξιοσημείωτη επιρροή ήταν το Inner Game of Tennis του Gallwey (1974), το οποίο ήταν ένα πολύ δημοφιλές έργο που αναφέρθηκε από πολλούς διαμορφωτές της κοινής γνώμης στον τομέα της προπονητικής και τόνισε το ρόλο της ενίσχυσης της συγκέντρωσης, των κινήτρων και της θέλησης. Όπως περιγράφεται στο βιβλίο του Downey (2014), οι παρεμβολές μπαίνουν εμπόδιο μεταξύ των δυνατοτήτων και της απόδοσης, και αυτές συνήθως έχουν τις ρίζες τους στο φόβο και την αμφιβολία. Ένα άλλο σημαντικό ορόσημο στην ανάπτυξη του coaching και του mentoring ήταν η δημοσίευση σειράς βιβλίων του Whitmore, ο οποίος αξιοποίησε την εμπειρία του από την αθλητική επιτυχία στη διαμόρφωση του μοντέλου GROW (Goal, Reality, Obstacles/ Options & Will). Το μοντέλο αυτό βασίζεται επομένως στον προσδιορισμό του στόχου, στο συνυπολογισμό της πραγματικότητας, των εμποδίων και των επιλογών που υπάρχουν και στην εξεύρεση τρόπων με τους οποίους μπορεί να πραγματοποιείται σχετική πρόοδος με βάση τις επιλογές και παρά τα εμπόδια που συναντώνται. Το μοντέλο το οποίο συνδημιούργησε και περιέγραψε στην πρώτη έκδοση του βιβλίου Coaching for Performance βρίσκεται τώρα στην πέμπτη έκδοση (Whitmore 2017).

Το coaching και το mentoring μπορούν να θεωρηθούν ότι τοποθετούνται σε ένα κοινό φάσμα, αλλά είναι χρήσιμο να δούμε πώς κάθε μία από αυτές τις λέξεις προσδιορίζεται ξεχωριστά. Στο mentoring υπάρχει συνήθως μια σύζευξη ενός πιο ειδικευμένου ή έμπειρου άτομο με ένα λιγότερο έμπειρο άτομο, ενώ στο coaching δεν απαιτείται μια τόσο ισχυρή σύζευξη, αφού στόχος είναι η μεταβίβαση συγκεκριμένων γνώσεων. Το coaching μπορεί μάλιστα να προσδιοριστεί ως "η τέχνη της διευκόλυνσης της απόδοσης, της μάθησης και της ανάπτυξης κάποιου" (Downey 2014: σ. 39). Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί, αλλά η γενικά αποδεκτή άποψη είναι ότι πρόκειται για μια μη κατευθυντική μορφή ανάπτυξης- ότι επικεντρώνεται στη βελτίωση της απόδοσης και στην ανάπτυξη ατομικών δεξιοτήτων- ότι οι δραστηριότητες coaching έχουν τόσο οργανωτικούς όσο και ατομικούς στόχους- ότι παρέχει στους ανθρώπους ανατροφοδότηση τόσο για τα δυνατά σημεία όσο και για τις αδυναμίες- και ότι συνήθως είναι βραχυπρόθεσμη (Huline-Dickens, 2021).

Θα πρέπει να επισημανθεί εδώ ότι η έλλειψη ακριβούς ορισμού του coaching αποτελεί πηγή σύγχυσης, και είναι αποδεκτό ότι υπάρχει ένας βαθμός

αλληλοεπικάλυψης μεταξύ coaching και mentoring. Το επίκεντρο του coach είναι επομένως η διευκόλυνση της μάθησης και της ανάπτυξης μέσω της συζήτησης με τον εκπαιδευόμενο. Η διαδικασία του coaching είναι συχνά επικεντρωμένη σε έναν ή περισσότερους βραχυπρόθεσμους στόχους. Αντίθετα, το mentoring είναι αρκετά ευρύτερο και δεν θέτει τόσο σαφώς προσδιορισμένους στόχους, οδηγώντας σε νέες στοχοθετήσεις κατά μήκος της εξέλιξης της σχέσης επαγγελματικής καθοδήγησης. Η καθοδήγηση περιλαμβάνει ένα πιο έμπειρο άτομο που χρησιμοποιεί τις γνώσεις και την κατανόηση της εργασίας ή του χώρου εργασίας για να υποστηρίξει την ανάπτυξη ενός λιγότερο έμπειρου εργαζομένου. Το mentoring περιλαμβάνει τη μακροπρόθεσμη ανάπτυξη ενός ατόμου. Είναι μια ουσιαστικά υποστηρικτική μορφή ανάπτυξης-επικεντρώνεται στο να βοηθήσει ένα άτομο να διαχειριστεί την καριέρα του και να βελτιώσει τις δεξιότητές του- του δίνει τη δυνατότητα να συζητήσει κάποια προσωπικά προβλήματα, και μπορεί να έχει τόσο οργανωτικούς όσο και ατομικούς στόχους. Ο μέντορας επικεντρώνεται στην ανάπτυξη και τη μακροπρόθεσμη εξέλιξη του καθοδηγούμενου, ο οποίος είναι συχνά λιγότερο έμπειρος από τον μέντορα. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την εστίαση του coach, που διευκολύνει τη μάθηση και την ανάπτυξη μέσω της συζήτησης με τον καθοδηγούμενο και η οποία μπορεί να μην αφορά τη μακροπρόθεσμη ανάπτυξη. Ο ρόλος του μέντορα μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή συμβουλών και ο μέντορας είναι συχνά πιο έμπειρος στο θέμα από τον καθοδηγούμενο (σε αντίθεση με τον ρόλο του coach, ο οποίος έχει μια πιο ισότιμη σχέση με τον καθοδηγούμενο, δεν δίνει συμβουλές και δεν είναι ειδικός στο θέμα). Ο μέντορας συχνά πρόκειται για άτομο που ανήκει στον οργανισμό που απασχολεί τον καθοδηγούμενο. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με το περιβάλλον και το υπόβαθρο του coach, ο οποίος είναι ένα ανεξάρτητο άτομο ξεχωριστό από τον οργανισμό. Συνεπώς, υπάρχει μια πληθώρα διαφορών μεταξύ του coaching και του mentoring, παρά το όποιο κοινό υπόβαθρο (Huline-Dickens, 2021).

Κεφάλαιο 4- Η μεταβίβαση γνώσης σε ιατρούς

Η επαγγελματική καθοδήγηση στο ιατρικό επάγγελμα μπορεί να πραγματοποιείται με δύο διαφορετικούς τρόπους. Ο πρώτος τρόπος αφορά μία παραδοσιακή σχέση καθοδηγητή και καθοδηγούμενου, δηλαδή μία σχέση δύο ατόμων όπου υπάρχει ένας αρκετά πιο έμπειρος και καταρτισμένος ιατρός και ένας πιο νέος και λιγότερο καταρτισμένος. Ο δεύτερος τρόπος αφορά τη σχέση επαγγελματικής καθοδήγησης που αναπτύσσεται μεταξύ ενός καθοδηγητή και μιας ομάδας νέων ιατρών. Κάτι τέτοιο ενδεχομένως να διακρίνεται από δύο διαφορετικά πλεονεκτήματα. Το πρώτο πλεονέκτημα έχει να κάνει με την οικονομία χρόνου και με την επίλυση του ζητήματος της διαθεσιμότητας των καθοδηγητών, καθώς ενδεχομένως να μην υπάρχει σε ένα νοσοκομείο μεγάλος αριθμός πιθανών καθοδηγητών που να είναι διαθέσιμοι. Ο δεύτερος λόγος αφορά τη δυναμική η οποία αναπτύσσεται μεταξύ των καθοδηγούμενων, δηλαδή της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης, που οδηγούν συμπληρωματικά σε περαιτέρω ανάπτυξη της επαγγελματικής ταυτότητας των καθοδηγούμενων ιατρών (Moss, Teshima, & Leszcz, 2008).

Φαίνεται πως στο ιατρικό επάγγελμα υπάρχουν ορισμένες ειδικότητες στις οποίες η επαγγελματική καθοδήγηση είναι εδώ και χρόνια αρκετά διαδεδομένη, τουλάχιστον σε ανεπτυγμένα δυτικά κράτη. Ιδιαίτερα διαφωτιστική είναι μία σχετική μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην οποία εξετάστηκε το ποσοστό των δερματολόγων που ανέφεραν πως είχαν μία σχέση επαγγελματικής καθοδήγησης με κάποιον μεγαλύτερο και πιο έμπειρο ηλικιακά δερματολόγο. Όπως διαπιστώθηκε από τα αποτελέσματα της μελέτης, σχεδόν οι μισοί ιατροί, συγκεκριμένα το 45%, ανέφεραν την ύπαρξη μιας τέτοιας σχέσης (Sperduto, McKee, DeLong, Veledar, & Chen, 2013).

Στην περίπτωση αυτή φαίνεται πως η ανάπτυξη προγραμμάτων επαγγελματικής καθοδήγησης αποτελεί στις Ηνωμένες Πολιτείες έναν αποτελεσματικό τρόπο για την αντιμετώπιση της πρόωρης εγκατάλειψης του ιατρικού επαγγέλματος. Πράγματι, η ειδικότητά της δερματολογίας φαίνεται να έχει ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά εγκατάλειψης στη συγκεκριμένη χώρα. Ως εκ τούτου, έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη προγραμμάτων επαγγελματικής καθοδήγησης ως τρόπο μετριασμού και αντιμετώπισης του συγκεκριμένου προβλήματος (Sperduto, McKee, DeLong, Veledar, & Chen, 2013).

Συνολικότερα, υπάρχουν ορισμένες ιατρικές ειδικότητες και γνωστικά αντικείμενα της ιατρικής που απαιτούν σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό την ύπαρξη επαγγελματικής καθοδήγησης. Μία τέτοια περίπτωση είναι οπωσδήποτε η υποστηρικτική και ανακουφιστική αγωγή. Η υποστηρικτική και ανακουφιστική αγωγή αφ' ενός διδάσκεται σε πολύ μικρότερο βαθμό σε σχέση με άλλα γνωστικά αντικείμενα της ιατρικής μέσω των ακαδημαϊκών κύκλων σπουδών, αφετέρου ιατροί οι οποίοι ασχολούνται με αυτή διακρίνονται συχνά από εντονότερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης, κόπωσης και άγχους, ακριβώς επειδή η συστηματική επαφή με τον ανθρώπινο πόνο τους φθείρει ποικιλοτρόπως. Συνεπώς, στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα η επαγγελματική καθοδήγηση είναι αρκετά σημαντική, δεδομένου πως καλύπτει σημαντικές υποστηρικτικές ανάγκες των ιατρών, προκειμένου να είναι πιο αποτελεσματικοί κατά την άσκηση των επαγγελματικών τους καθηκόντων και προκειμένου να μετριάζονται οι πιθανές αρνητικές συνέπειες στην ψυχική τους υγεία (Toh, Lam, Soo, Chua, & Krishna, 2017).

Στην υποστηρικτική και ανακουφιστική αγωγή η επιτυχημένη σχέση επαγγελματικής καθοδήγησης βασίζεται σε επτά επί μέρους άξονες οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι (Toh, Lam, Soo, Chua, & Krishna, 2017):

- 1) Η ύπαρξη ενός ασφαλούς πλαισίου: η αποτελεσματική σχέση επαγγελματικής καθοδήγησης βασίζεται στην εμπιστοσύνη ανάμεσα στον καθηγητή και στον καθοδηγούμενο. Η ανοιχτή επικοινωνία είναι επιβεβλημένη προκειμένου να μπορούν να εκφράζονται τα συναισθήματα τα οποία βιώνουν οι δύο πλευρές κατά την εργασία στην υποστηρικτική και ανακουφιστική φροντίδα.
- 2) Οι ηθικές αρχές της άσκησης του επαγγέλματος: το συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο της ιατρικής επιστήμης αφορά σε σημαντικό βαθμό ηθικού τύπου ζητήματα τα οποία αναδύονται κατά την παροχή φροντίδας. Ο καθοδηγητής είναι αναγκαίο να μεταδίδει τις ευρύτερες επαγγελματικές, αλλά και τις προσωπικές ηθικές του αξίες προς τον καθοδηγούμενο, προκειμένου η επαγγελματική πρακτική του τελευταίου να είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις ηθικές αρχές που διακρίνουν το επάγγελμα.
- 3) Η παρακίνηση στην αυτο-ανακάλυψη: η υποστηρικτική και ανακουφιστική φροντίδα είναι ένα γνωστικό αντικείμενο της ιατρικής το οποίο βασίζεται σε σημαντικό βαθμό στην φαντασία και στη δημιουργικότητα του ιατρού. Πράγματι, προκειμένου ο

ιατρός να μπορεί να δρα αποτελεσματικά για την κάλυψη των θεραπευτικών αναγκών των ασθενών του είναι αναγκαίο να βρίσκει ο ίδιος τρόπους παρέμβασης, σταθμίζοντας τις ατομικές ανάγκες των ασθενών και υπερβαίνοντας τις αυστηρές οδηγίες που ενδεχομένως να υπαγορεύονται από την εκπαίδευση και κατάρτιση που έχει λάβει. Για να πραγματοποιηθεί κάτι τέτοιο πρέπει να διαθέτει την ανάλογη δημιουργικότητα. Παρακινώντας επομένως ο καθοδηγητής τον καθοδηγούμενο στην ανάπτυξη της δημιουργικότητας του, οδηγεί και στην ανάπτυξη ενός αποτελεσματικότερου επαγγελματία για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της ανακουφιστικής φροντίδας.

4) Η ανάπτυξη κρυφών δεξιοτήτων: η επαγγελματική καθοδήγηση στην υποστηρικτική και ανακουφιστική αγωγή βασίζεται στο ότι ο καθοδηγούμενος ενδεχομένως να έχει ορισμένες κρυφές δεξιότητες, όπως για παράδειγμα επικοινωνιακές, οι οποίες στο υφιστάμενο πλαίσιο δεν αξιοποιούνται. Η επαγγελματική καθοδήγηση στοχεύει επομένως στο να βοηθήσει τον καθοδηγούμενο στην διαπίστωση και αξιοποίηση των κρυφών αυτών τάσεων του.

5) Μία κατάσταση στην οποία και οι δύο κερδίζουν: όπως ισχύει γενικότερα στο mentoring, έτσι και στη συγκεκριμένη περίπτωση, η σχέση επαγγελματικής καθοδήγησης δεν είναι μονοκατευθυνόμενη. Ο καθοδηγητής μπορεί επομένως να ευεργετείται στη δική του επαγγελματική ανάπτυξη από τη σχέση του με τον καθοδηγούμενο, όπως άλλωστε και ο τελευταίος.

6) Μία δυναμικά εξελισσόμενη σχέση: και σε αυτή την περίπτωση ισχύει ό,τι γενικότερα και για την επαγγελματική καθοδήγηση, δεδομένου ότι η σχέση αυτή πιθανώς να μεταβάλλεται κατά μήκος της επαγγελματικής ζωής του καθοδηγούμενου, καθώς επαναπροσδιορίζονται οι ίδιες οι υποστηρικτικές του ανάγκες.

7) Η παρακαταθήκη για τις επόμενες γενεές: η μεταβίβαση των γνώσεων και των δεξιοτήτων από πλευράς του καθοδηγητή προς τον καθοδηγούμενο δεν είναι μία διαδικασία η οποία έχει ως χρονικό και εξελικτικό της τερματισμό το πέρας της επαγγελματικής ζωής του ιδίου. Αντίθετα, αναμένεται από τον καθοδηγούμενο να αναλάβει και αυτός ένα ρόλο καθοδηγητή όταν θα προχωρήσει ένα μετέπειτα στάδιο στην επαγγελματική του διαδρομή. Έτσι, η αποτελεσματική σχέση επαγγελματικής καθοδήγησης καθορίζει σε σημαντικό βαθμό και την πορεία που ενδεχομένως να έχει η σχέση επαγγελματικής καθοδήγησης που θα αναπτύξει ο καθοδηγούμενος ως καθοδηγητής με άλλους ιατρούς. Και αυτή η διάσταση είναι ευρύτερη και αφορά όχι

μόνο την υποστηρικτική ανακουφιστική φροντίδα, αλλά γενικότερα την επαγγελματική καθοδήγηση στο ιατρικό επάγγελμα.

Ένα άλλο γνωστικό αντικείμενο που θεωρείται ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική η επαγγελματική καθοδήγηση αφορά την ακτινοθεραπευτική ογκολογία. Στην περίπτωση αυτή φαίνεται να υπάρχουν δύο λόγοι οι οποίοι υπαγορεύουν την αναγκαιότητα επαγγελματικής καθοδήγησης σε αυτό το πεδίο. Ο πρώτος λόγος αφορά το ότι συχνά οι ακαδημαϊκοί κύκλοι σπουδών που ακολουθούνται ακόμα και στα ανεπτυγμένα κράτη, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, είναι αρκετά θεωρητικοί ως προς τις γνώσεις που αφορούν την ακτινοθεραπευτική ογκολογία. Έτσι, οι ιατροί συχνά στερούνται των αναγκαίων γνώσεων και δεξιοτήτων που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν στην επαγγελματική τους πρακτική, υπαγορεύοντας την αναγκαιότητα μη θεσμικών τρόπων μάθησης. Ένας δεύτερος λόγος για τον οποίο η επαγγελματική καθοδήγηση στην ακτινοθεραπευτική ογκολογία είναι αρκετά σημαντική αφορά τη συνεχή της πρόοδο, κάτι που πολύ σύντομα καθιστά τις γνώσεις που έχουν αποκομίσει οι ιατροί ως απαρχαιωμένες. Απαιτείται έτσι μία διαρκής επικαιροποίηση της γνώσης μέσα από την ίδια την επαγγελματική πρακτική, κάτι στο οποίο συμβάλλει η επαγγελματική καθοδήγηση (DeNunzio, Parekh, & Hirsch, 2010).

Με στόχο τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων επαγγελματικής καθοδήγησης στην ογκολογία, δημιουργήθηκε ένα πρόγραμμα επαγγελματικής καθοδήγησης που απευθύνεται σε φοιτητές ιατρικής σε διάφορα πανεπιστήμια του Ηνωμένου Βασιλείου. Υπήρξε έτσι αντιστοίχιση ανάμεσα σε ογκολόγους μέντορες και μεντορευόμενους φοιτητές ιατρικής και χορηγήθηκε ένα ειδικό ερωτηματολόγιο (πριν και μετά τη καθοδήγηση) για να συγκριθούν οι αυτοαναφερόμενες γνώσεις των καθοδηγούμενων για την ογκολογία και τα κίνητρα καριέρας στην ογκολογία μετά από μια σχέση καθοδήγησης 6 εβδομάδων. Μελετήθηκε επίσης το ενδιαφέρον των φοιτητών σε διάφορες ειδικότητες και υποειδικότητες. Η καθοδήγηση οδήγησε σε στατιστικά σημαντική αύξηση των γνώσεων των φοιτητών που σχετίζονται με την ογκολογία, συμπεριλαμβανομένης της ακαδημαϊκής/ερευνητικής δραστηριότητας, αλλά όχι του ενδιαφέροντος για μια καριέρα στην ογκολογία. Η προπτυχιακή καθοδήγηση στην ογκολογία αναδεικνύεται επομένως μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα ως ένα αποτελεσματικό εργαλείο εκπαίδευσης, δικτύωσης και παρακίνησης για τους φοιτητές ιατρικής. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης αντιμετωπίζουν ως σημαντικό περιορισμό

το μικρό χρονικό διάστημα παρακολούθησης, που αποτρέπει την επαγωγή συμπερασμάτων για μακροπρόθεσμα οφέλη, όπως επίσης και το ότι δεν μελετήθηκαν οι πιθανές επιδράσεις της καθοδήγησης στους καθοδηγητές (Rallis, Wozniak, Hui, et al., 2020).

Επιπροσθέτως, είναι αναγκαίο να αναφερθεί πως η επαγγελματική καθοδήγηση δεν αφορά αποκλειστικά και μόνο την ανάπτυξη των δεξιοτήτων που απαιτεί η κλινική πρακτική, αλλά και την ανάπτυξη των δεξιοτήτων που σχετίζονται με την έρευνα. Μάλιστα, κάτι τέτοιο αφορά σε μεγάλο βαθμό τις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου, όπου δεν υπάρχει το αναγκαίο επίπεδο ερευνητικής προόδου. Θεωρείται έτσι πως η ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων επαγγελματικής καθοδήγησης μπορεί να οδηγήσει σε επιτάχυνση της ερευνητικής προόδου για τους γιατρούς του αναπτυσσόμενου κόσμου, οδηγώντας έτσι και στα ανάλογα ευεργετήματα που απορρέουν από αυτή για τα κράτη και τις τοπικές τους κοινότητες (Moormann, Skiles, Koros, Asirwa, Busakhala, & Loehrer, 2013).

Τέλος, τα οφέλη που προκύπτουν ενδεχομένως να είναι περισσότερα σε περιπτώσεις όπου εφαρμόζεται η επαγγελματική καθοδήγηση από κοινού και με λοιπές παρεμβάσεις. Όπως διαπιστώθηκε μέσω μιας σχετικής μελέτης στις Ηνωμένες Πολιτείες, σε προγράμματα στα οποία δινόταν μεγαλύτερη έμφαση στην επαγγελματική καθοδήγηση ταυτόχρονα με την εφαρμογή επιπρόσθετων τρόπων ενίσχυσης της επαγγελματικής ταυτότητας υπήρχε και εντονότερο αίσθημα ικανοποίησης από πλευράς των ιατρών (Freeman, Greene, Kimball, et al., 2008).

Αν και η συντριπτική πλειονότητα των σχετικών μελετών έχει επικεντρωθεί στο mentoring, η διάχυση της γνώσης προς τους ιατρούς πραγματοποιείται επίσης και μέσω του coaching. Οι λόγοι για τους οποίους το coaching είναι σημαντικό στην ιατρική είναι ίδιοι με αυτούς που υπαγορεύουν την αναγκαιότητα χρήσης του mentoring. Έτσι, το coaching εστιάζει στην ενίσχυση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των ιατρών, αλλά και στη θωράκιση τους έναντι της εξουθένωσης και της εξάντλησης που βιώνουν στην επαγγελματική τους πρακτική, που συχνά τους οδηγεί σε εγκατάλειψη του επαγγέλματος (Askin, 2008).

Η αποτελεσματικότητα του coaching στους ιατρούς αναδεικνύεται μέσω μιας σχετικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες. Στην έρευνα αυτή εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα ενός πιλοτικού προγράμματος coaching προς

ιατρούς, το οποίο υλοποιήθηκε το χρονικό διάστημα 2012-2013. Για την ανάλυση αυτού πραγματοποιήθηκαν 11 συνεντεύξεις με ιατρούς που ήταν εκπαιδευόμενοι στο σχετικό πρόγραμμα. Όπως διαπιστώθηκε, το πρόγραμμα αυτό είχε ως αποτέλεσμα όχι μόνο την ανάπτυξη των γνώσεων και των δεξιοτήτων των ιατρών αλλά και- κυρίως- τη διδασκαλία τρόπων και στρατηγικών προστασίας έναντι της επαγγελματικής εξουθένωσης (Schneider, Kingsolver, & Rosdahl, 2014). Φαίνεται επομένως πως το coaching αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο για την ενίσχυση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των ιατρών και για τη θωράκιση τους έναντι των αρνητικών επιδράσεων που συνεπάγεται το επάγγελμά τους στην ψυχική τους υγεία.

Κεφάλαιο 5- Η μεταβίβαση γνώσης σε νοσηλευτές

Η μεταβίβαση γνώσης έχει αναγνωριστεί ως μια ουσιαστική διαδικασία για την ανάπτυξη της γνώσης στη νοσηλευτική, καθώς και ως ένα σημαντικό πλεονέκτημα κατά την αντιμετώπιση των προβλημάτων που αφορούν τη χρήση της έρευνας στην κλινική πρακτική (Ducharme, 1998). Επιπλέον, οι Lauder, Reynolds, & Angus (1999) αναγνώρισαν ότι η διαδικασία μεταφοράς γνώσης έχει πολλαπλές επιπτώσεις τόσο στη νοσηλευτική εκπαίδευση, όσο και στην πράξη. Ωστόσο, η μεταβίβαση της γνώσης είναι αμφίβολο κατά πόσο λαμβάνει χώρα με αποτελεσματικό τρόπο στη νοσηλευτική επιστήμη (Asselin 2001).

Η επαγγελματική καθοδήγηση συνιστά έναν κατεξοχήν τρόπο ενίσχυσης της επαγγελματικής ταυτότητας των νοσηλευτών. Βελτιώνει την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής των νοσηλευτών, την ικανοποίηση από την εργασία και την προσωπική τους ανάπτυξη μέσω της παροχής εξατομικευμένης, κατάλληλης, έγκαιρης, και ολιστικής υποστήριξης. Η επιτυχία της καθοδήγησης βασίζεται στις αποτελεσματικές σχέσεις καθοδηγητή και καθοδηγούμενου, αν και τα δεδομένα σχετικά με τις σχέσεις αυτές είναι ελάχιστα, γεγονός που περιπλέκεται από την έλλειψη ενός καθολικού ορισμού της καθοδήγησης και μιας κοινής προσέγγισης περί αυτής στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Πολλές μελέτες συνδυάζουν λανθασμένα προσεγγίσεις καθοδήγησης όπως η καθοδήγηση από ομοτίμους, η καθοδήγηση από την ηγεσία, η συμβουλευτική, η εποπτεία κ.α. Έτσι, επικρατεί μια σύγχυση στην έρευνα σχετικά με την καθοδήγηση στο νοσηλευτικό επάγγελμα, οδηγώντας άλλωστε και σε αποτελέσματα που αναφέρονται μεν στο συγκεκριμένο φαινόμενο, χωρίς όμως πράγματι αυτό να μελετάται. Οι αστοχίες αυτές σε επίπεδο έρευνας έχουν οδηγήσει σε ανεπαρκή εφαρμογή της καθοδήγησης στη νοσηλευτική εκπαίδευση και σε έλλειψη ολιστικής υποστήριξης για τους νεοεισερχόμενους νοσηλευτές και τους φοιτητές νοσηλευτικής (Lin, Chew, Toh, & Krishna, 2018).

Στη νοσηλευτική πρακτική η καθοδήγηση θεωρείται ως μια δομημένη διαδικασία μεταξύ ενός πιο έμπειρου ατόμου και ενός λιγότερο έμπειρου επαγγελματία. Ο στόχος του mentoring είναι η μετάδοση δεξιοτήτων και γνώσεων και η υλοποίηση καθορισμένων στόχων εντός συγκεκριμένου χρονικού πλαισίου. Η

οριοθέτηση αυτή βρίσκεται επομένως σε συμφωνία με τα όσα ισχύουν γενικότερα για την επαγγελματική καθοδήγηση (Lin, Chew, Toh, & Krishna, 2018).

Μια δεύτερη διαπίστωση αφορά τα αναγκαία χαρακτηριστικά που πρέπει να διακρίνουν τις σχέσεις καθοδήγησης προκειμένου αυτές να είναι αποτελεσματικές. Οι αποτελεσματικές σχέσεις καθοδήγησης υποστηρίζουν, καλλιεργούν και ενδυναμώνουν τους καθοδηγούμενους ώστε να επιτύχουν τους συγκεκριμένους στόχους τους. Οι αποτελεσματικές σχέσεις καθοδήγησης πρέπει να είναι αμοιβαία επωφελείς για όλα τα μέρη και να λειτουργούν εντός ορίων σεβασμού (Lin, Chew, Toh, & Krishna, 2018).

Οι σχέσεις καθοδήγησης εξελίσσονται, για να ανταποκρίνονται στις διάφορες προκλήσεις, οικοδομώντας καλύτερη κατανόηση, εμπιστοσύνη και ισχυρότερες προσωπικότητες. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο εξελίσσονται οι σχέσεις καθοδήγησης βοηθά στην καλλιέργεια της διαδικασίας καθοδήγησης και στην μεγιστοποίηση των ευεργετημάτων για τους νοσηλευτές και τους ασθενείς τους. Αρκετές αναφορές επικαλούνται τις 4 φάσεις της καθοδήγησης του Kram για να περιγράψουν τις εμπειρίες καθοδήγησης. Η φάση έναρξης του Kram χαρακτηρίζεται από την καθιέρωση των στόχων του μέντορα και την κατανόηση των ατομικών στυλ εργασίας. Η φάση της καλλιέργειας αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος της ενεργού διαδικασίας καθοδήγησης όπου οι μεντορευόμενοι αποκτούν δεξιότητες. Με την αύξηση της επάρκειας και της αυτοπεποίθησης του καθοδηγούμενου αρχίζει η φάση του διαχωρισμού. Η φάση επαναπροσδιορισμού χαρακτηρίζεται από τις συναδελφικές σχέσεις ή τη φιλία. Κάποιοι μελετητές θεωρούν πως τα στάδια αυτά εξελίσσονται κατά τρόπο γραμμικό, δηλαδή περνώντας από το πρώτο στο δεύτερο κ.ο.κ. Άλλοι ωστόσο μελετητές υποστηρίζουν μια οπτική πιο δυναμική, θεωρώντας πως τα τέσσερα στάδια δεν αναπτύσσονται κατά τρόπο αλληλοδιαδεχόμενο, παρά σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Ορισμένοι προτείνουν ότι τα στάδια εξελίσσονται σύμφωνα με τις μοναδικές ανάγκες κάθε δυάδας και σε ορισμένες περιπτώσεις οι σχέσεις μπορεί ακόμη και να υποχωρήσουν. Σε κάθε περίπτωση, οι σχέσεις καθοδήγησης στη νοσηλευτική πρακτική βασίζονται στην αποτελεσματική επικοινωνία, τον σεβασμό και την ιδιωτικότητα (Lin, Chew, Toh, & Krishna, 2018).

Μια τρίτη διαπίστωση αφορά την επίδραση των παραγόντων που σχετίζονται με τον μέντορα και πτυχές των δικών του χειρισμών επί της σχέσης καθοδήγησης. Τα πιο επιθυμητά χαρακτηριστικά των μεντόρων είναι η φιλικότητα, η προσιτότητα και η

υποστηρικτικότητα. Για να ανταποκριθούν στους πολλαπλούς ρόλους τους, οι μέντορες πρέπει να είναι ικανοί να αξιολογούν τις ικανότητες και να παρέχουν ειλικρινή και εποικοδομητική ανατροφοδότηση, ενώ παράλληλα πρέπει να είναι ευαίσθητοι στο πολιτισμικό περιβάλλον. Οι μέντορες πρέπει να είναι πρότυπα, να διδάσκουν κλινικές δεξιότητες, να βοηθούν την επαγγελματική ανάπτυξη, να αποτελούν παράδειγμα βέλτιστων πρακτικών και να καλλιεργούν ένα αποτελεσματικό κλινικό περιβάλλον για να βοηθούν στη μάθηση. Οι μέντορες είναι αποτελεσματικοί διαχειριστές, παρέχοντας έγκαιρη τεκμηρίωση της καθοδήγησης και αποτελεσματική οργάνωση της εργασίας. Οι επιτυχημένοι μέντορες υποστηρίζουν την επαγγελματική κοινωνικοποίηση και δικτύωση προωθώντας την αίσθηση του ανήκειν. Οι μέντορες δημιουργούν ευκαιρίες μάθησης, παρέχουν έκθεση για την ανάπτυξη και την επίδειξη ηγεσίας και καλλιεργούν το δυναμικό του καθοδηγούμενου, ενισχύοντας την αυτοπεποίθηση και ενθαρρύνοντας την ανεξαρτησία. Οι μέντορες βοηθούν τους καθοδηγούμενους να εφαρμόσουν τη θεωρία στην πράξη και να διασφαλίσουν την ασφάλεια των ασθενών. Μπορούν να καθοδηγήσουν, να υποστηρίξουν και να καθησυχάσουν τους καθοδηγούμενους μοιράζοντας σοφία, γνώση και εμπειρία. Οι μέντορες πρέπει να παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη, να αναγνωρίζουν τις ανάγκες του καθοδηγούμενου και να δίνουν προτεραιότητα στην ευημερία του (Lin, Chew, Toh, & Krishna, 2018).

Εκτός από τα χαρακτηριστικά που βοηθούν τη σχέση και την αναπτύσσουν, στη βιβλιογραφία περιγράφονται και πιθανά εμπόδια. Τα πιο συνηθισμένα εμπόδια στην παροχή αποτελεσματικής καθοδήγησης είναι ο χρόνος, οι εργασιακές πιέσεις, οι αντικρουόμενες ευθύνες, η έλλειψη εμπιστοσύνης, οι περιορισμένες δεξιότητες καθοδήγησης και οι ασαφείς στόχοι καθοδήγησης. Οι μέντορες καλούνται επίσης να ξεπεράσουν τα πιθανά εμπόδια που προκύπτουν από την περιορισμένη κατάρτιση και υποστήριξη (Lin, Chew, Toh, & Krishna, 2018).

Η τέταρτη διαπίστωση αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με την οργάνωση των μονάδων υγείας. Τα οφέλη της καθοδήγησης για τους ενδιαφερόμενους φορείς περιλαμβάνουν τη μείωση του κύκλου εργασιών του προσωπικού και τη βελτίωση της ικανοποίησης των εργαζομένων, την επακόλουθη απόδοση του προσωπικού μετά την αποφοίτηση των φοιτητών νοσηλευτικής, τη νοσηλευτική φροντίδα, την ασφάλεια στο χώρο εργασίας, τη διεπαγγελματική επικοινωνία και την παραγωγικότητα. Αυτά επιτυγχάνονται μέσω της καλλιέργειας μιας θετικής

οργανωτικής κουλτούρας που εκτιμά την καθοδήγηση. Για να αντιμετωπιστούν οι ελλείψεις προσωπικού, η γενική απάθεια και το χαμηλό ηθικό του προσωπικού που περιορίζουν τα οφέλη που προκύπτουν από την προσφορά ενός προγράμματος καθοδήγησης, οι μέντορες χρειάζονται εκπαίδευση, κατευθυντήριες γραμμές και υποστήριξη. Η υποστήριξη για τους μέντορες μπορεί να προσφερθεί από ανώτερους μέντορες, συνταξιούχους νοσηλευτές, φροντιστές και συμβουλευτικές ομάδες. Οι οργανισμοί θα πρέπει να προωθούν τη διεπιστημονική συνεργασία, να αναπτύσσουν εκπαιδευτικές υποδομές και να παρέχουν συντονιστές για τη διευκόλυνση της διοικητικής διαδικασίας. Οι προαγωγές, οι ανταμοιβές και ο μειωμένος φόρτος εργασίας θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην παροχή κινήτρων στους μέντορες (Lin, Chew, Toh, & Krishna, 2018).

Η πέμπτη διαπίστωση αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με τον καθοδηγούμενο. Οι καθοδηγούμενοι επωφελούνται από την ενισχυμένη κλινική, επαγγελματική, ερευνητική και ακαδημαϊκή ανάπτυξη. Η καθοδήγηση επιταχύνει επίσης την επαγγελματική τους ανέλιξη και οδηγεί σε αύξηση του μισθού, βελτιωμένη ικανοποίηση και δέσμευση για τη σταδιοδρομία, περισσότερη προσωπική υποστήριξη και λιγότερη εξουθένωση. Υπάρχουν πολλά άλλα προσωπικά οφέλη από την καθοδήγηση: βελτιωμένη αυτοπεποίθηση, ενδυνάμωση, επαγγελματική υπερηφάνεια, επικοινωνία, ομαδική εργασία, ηγετικές ικανότητες, δημιουργικότητα και κριτική σκέψη και δεξιότητες λήψης αποφάσεων. Οι καθοδηγούμενοι αναπτύσσουν επίσης μεγαλύτερη ανεξαρτησία ως νοσηλευτές (Lin, Chew, Toh, & Krishna, 2018).

Τέλος, μια έκτη διαπίστωση αφορά τις πιθανές αρνητικές εμπειρίες καθοδήγησης. Αυτές αποδίδονται σε μέντορες που δεν είναι πρόθυμοι ή ανίκανοι να διδάξουν, είναι κακά πρότυπα, επιδεικνύουν περιορισμένη κατανόηση του προγράμματος καθοδήγησης, έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τους μεντορευόμενους και τείνουν να ασχολούνται με ασήμαντα διοικητικά και διαδικαστικού τύπου ζητήματα (Lin, Chew, Toh, & Krishna, 2018).

Το coaching επίσης έχει μελετηθεί σε σημαντικό βαθμό στους νοσηλευτές. Στη νοσηλευτική το coaching εκκινεί μέσω μιας βαθύτερης εξέτασης των αναγκών του εκπαιδευόμενου. Προκειμένου κάτι τέτοιο να είναι εφικτό, απαιτείται ο coach να έχει τα λεγόμενα *soft skills*, δηλαδή δεξιότητες όπως η ενσυναίσθηση, προκειμένου να μπορεί να αντιληφθεί τις συγκεκριμένες ανάγκες του ατόμου που αναμένεται να

εκπαιδεύσει. Η αποτύπωση των συγκεκριμένων αναγκών είναι επιβεβλημένη, δεδομένου πως αυτές ενδεχομένως να αναδεικνύουν πιθανά εμπόδια στη μεταβίβαση γνώσης νέων πρακτικού τύπου δεξιοτήτων από πλευράς του νοσηλευτή (Tyra, 2008).

Ο Hudson (1999) τονίζει ότι το coaching είναι η τέχνη της καθοδήγησης ενός άλλου ατόμου, πράγμα που σημαίνει ότι η σχέση αποτελεί σημαντικό παράγοντα στο coaching. Η σχέση πρέπει να έχει σταθερά θεμέλια την εμπιστοσύνη, τον σεβασμό, την ανοιχτή επικοινωνία, την ειλικρίνεια και την άνευ όρων αποδοχή. ο νοσηλευτής που καθοδηγείται πρέπει να αισθάνεται ασφάλεια, να εκτιμάται, να κατανοείται και να επικυρώνεται από τον προπονητή. Πάνω απ' όλα, η διαδικασία του coaching πρέπει να ενισχύει την πεποίθηση του νοσηλευτή ότι μαθαίνει. Για να είναι αποτελεσματικός, ο προπονητής θα πρέπει:

1. Να αποτελεί παράδειγμα για την επιτυχή διαχείριση πληθώρας διαφορετικών ζητημάτων, να διακρίνεται από επαγγελματισμό και να επιδεικνύει ηγετικές ικανότητες
2. Να εμπνέει, να παρακινεί, να διατηρεί το νοσηλευτή στο σωστό δρόμο, να βοηθά στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης, της αυτοεκτίμησης και των ηγετικών του χαρακτηριστικών
3. Να ενεργεί ως σύμβουλος όπου τα προβλήματα και τα ζητήματα θα μπορούσαν να εκφραστούν και κατόπιν να επιλυθούν
4. Να διατηρεί έναν πιο αυστηρό χαρακτήρα, όπου αυτό απαιτείται
5. Να δίνει έμφαση στη μάθηση και την ανάπτυξη καθ' όλη τη διάρκεια της σχέσης coaching
6. Να προωθεί την επίτευξη, την ολοκλήρωση, τη χαρά και την υπευθυνότητα στους εκπαιδευόμενους

Ο οποιοσδήποτε νοσηλευτής μπορεί να είναι αποδέκτης του coaching. Ορισμένοι coaches παρέχουν γενικευμένες υπηρεσίες σε μια σειρά από πελάτες, αντιμετωπίζοντας διάφορα θέματα. Άλλοι coaches θα συνεργαστούν με πελάτες από παρόμοιο επαγγελματικό υπόβαθρο, τομέα ή εξειδικευμένο τομέα. Σε ορισμένους τομείς εργασίας, οι προπονητές πρέπει να έχουν βαθιά γνώση, ευρεία εμπειρία, εξειδικευμένη κατάρτιση και αποδεδειγμένα διαπιστευτήρια (Narayanasamy & Penney, 2014).

Σύμφωνα με τον Hudson (1999), ιδανικά όσοι εκπαιδεύονται θα πρέπει να θέλουν να αλλάξουν, να αναπτυχθούν και να γίνουν πιο συνειδητοποιημένοι και ικανοί άνθρωποι. Θα πρέπει να είναι πρόθυμοι να μάθουν και να αναδιαρθρώσουν τη ζωή και το πρόγραμμά τους και να θέλουν να γίνουν οι καλύτεροι, όπου μπορούν να γίνουν. Οι εκπαιδευόμενοι επωφελούνται από το coaching όταν είναι ικανοί να οραματίζονται το προτιμώμενο μέλλον, να εκτιμούν τους άλλους ανθρώπους και είναι σε θέση να καταλήγουν σε αποφάσεις μέσω της συνεργασίας. Το coaching είναι αποτελεσματικό όταν οι πελάτες είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν σε οποιαδήποτε ευκαιρία μάθησης παρουσιάζεται, δηλαδή σε οποιαδήποτε ευκαιρία μάθησης προκύπτει ως συνάρτηση του περιβάλλοντος και των αναγκών τους. Έτσι, είναι αναγκαίο από πλευράς των εκπαιδευόμενων να αντιμετωπίζουν το coaching ως μια διαδικασία δυναμική και όχι αυστηρά προκαθορισμένη, κάτι που απορρέει από τις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες και απαιτήσεις του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Στη νοσηλευτική πρακτική εφαρμόζονται τρία διαφορετικά μοντέλα coaching.

I. Το πρώτο μοντέλο αναφέρεται ως η τεχνική των τριών κατευθύνσεων και αναπτύχθηκε από τον Hudson (1997). Πρόκειται για μια ιδιαίτερα δομημένη και πρακτική προσέγγιση για την ανάλυση, την κατανόηση και την επίλυση προβλημάτων. Μέσω της διαδικασίας προσεκτικής αμφισβήτησης, ο coach μπορεί να αναλύσει τα προβλήματα σε τρία βασικά στοιχεία:

1. Την κατάσταση, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει την τοποθεσία, τις προθεσμίες, την έλλειψη πόρων κ.λπ.
2. Τα εμπλεκόμενα άτομα, όπως δυσαρεστημένοι νοσηλευτές ή οργισμένοι προϊστάμενοι
3. Ένας νοσηλευτής με (για παράδειγμα) πρόβλημα συμπεριφοράς, έλλειμμα δεξιοτήτων, χαμηλά κίνητρα κ.λπ.

II. Το δεύτερο μοντέλο έχει τον τίτλο "Practice Spiral Model". Το συγκεκριμένο μοντέλο βασίζεται σε τέσσερα αλληλοδιαδεχόμενα στάδια που επαναλαμβάνονται. Το πρώτο στάδιο αφορά την επεξήγηση και την επίδειξη. Εδώ ο coach θέτει τα θεμέλια παρέχοντας μια σύντομη επισκόπηση και περιγραφή της δεξιότητας. Μετά από αυτό, ο coach επιδεικνύει τη δεξιότητα απλά και με σαφήνεια προς τον εκπαιδευόμενο. Ειδικότερα (Narayanasamy & Penney, 2014):

1. Εξηγεί τη σημασία της διεκδικητικής δεξιότητας, δηλαδή της υγιούς διεκδίκησης, αποφεύγοντας ταυτόχρονα τις όποιες συγκρούσεις (assertiveness)
2. Αναλύει τη δεξιότητα στα συστατικά της και περιγράφει γιατί γίνεται με αυτόν τον τρόπο
3. Την εκθέτει συνοπτικά και λογικά
4. Συνοψίζει τα πάντα, τονίζοντας γιατί η διεκδικητική δεξιότητα είναι σημαντική και χρήσιμη για τον εκπαιδευόμενο
5. Παρέχει ανατροφοδότηση μέσω ερωτήσεων και απαντήσεων για να αξιολογήσει την κατανόηση και την επάρκεια.

Το δεύτερο στάδιο αφορά τον αναστοχασμό της μάθησης. Αυτό το στάδιο είναι σύντομο και προσφέρει στον εκπαιδευόμενο την ευκαιρία να προβληματιστεί, να κάνει μερικές σημειώσεις και να εξασκηθεί στο χειρισμό του νοσηλευτικού εξοπλισμού (Narayanasamy & Penney, 2014)

Το τρίτο στάδιο αφορά την επανεξέταση της προόδου. Σε αυτό το στάδιο ο coach (Narayanasamy & Penney, 2014):

1. Επικεντρώνεται εκ νέου στον γενικό στόχο με τον εκπαιδευόμενο
2. Αξιολογεί αν ο εκπαιδευόμενος κινείται προς την επίτευξη του στόχου
3. Επαινεί τον εκπαιδευόμενο για την πρόοδο που σημειώνει
4. Προσφέρει ευκαιρίες για διευκρινίσεις και περαιτέρω εξάσκηση
5. Καθορίζει την ατζέντα για την επόμενη συνεδρία.

Στο στάδιο 4 ο coach σχεδιάζει την επανάληψη της εξάσκησης. Ειδικότερα, ο coach (Narayanasamy & Penney, 2014):

1. Παρέχει περαιτέρω συνεδρίες για πρακτική εξάσκηση, δηλαδή ο εκπαιδευόμενος εφαρμόζει στην πράξη ό,τι έχει μάθει
2. Ενθαρρύνει την πρόοδο του εκπαιδευόμενου στην πρακτική εξάσκηση
3. Προγραμματίζει περαιτέρω συνεδρίες εάν χρειάζεται περισσότερη πρακτική εξάσκηση

III. Το τρίτο σχετικό μοντέλο είναι το μοντέλο GROW. Το συγκεκριμένο μοντέλο θεωρείται ως το καταλληλότερο για νοσηλευτές που ήδη διαθέτουν ανεπτυγμένες γνώσεις και δεξιότητες. Το συγκεκριμένο μοντέλο βασίζεται σε ερωτήσεις που πραγματοποιεί ο coach με μορφή αναστοχασμού προ της ανάπτυξης σχετικών τεχνικών προς τον εκπαιδευόμενο, με βάση το σχετικό ακρωνύμιο. Οι άξονες του μοντέλου είναι οι παρακάτω (Narayanasamy & Penney, 2014):

1. Goal: καθορισμός του στόχου της συνεδρίας μέσω της πρώτης σειράς ερωτήσεων.
2. Reality: η επόμενη σειρά ερωτήσεων αφορά την πραγματικότητα στην οποία κινείται ο εκπαιδευόμενος επί του παρόντος
3. Options: η τρίτη σειρά ερωτήσεων αφορά τις επιλογές που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην επίτευξη του στόχου.
4. Will: Η τελευταία σειρά ερωτήσεων αφορά τη θέληση του πελάτη να ακολουθήσει τις επιλογές που έχει επιλέξει.

Πέραν της παραδοσιακής μορφής του coaching, ιδιαίτερο ενδιαφέρον συγκεντρώνει τα τελευταία χρόνια και το peer coaching ως τρόπος διάχυσης της γνώσης στη νοσηλευτική πρακτική. Το μοντέλο καθοδήγησης από ομότιμους βασίζεται στις αρχές της ενεργητικής μάθησης. Συγκεκριμένα, βασικές αρχές του peer coaching είναι οι παρακάτω: (1) η νοητική ταξινόμηση των πληροφοριών, (2) η γνωστική ανάπτυξη, (3) η οργάνωση των γνώσεων που μαθαίνονται, (4) η συσχέτιση με γνωστές εμπειρίες και (5) η ενεργός συμμετοχή. Αυτές οι 5 αρχές αποτελούν τη βάση για την ανάπτυξη του προγράμματος καθοδήγησης από ομότιμους, αρχές που σε γενικές γραμμές είναι κοινές με αυτές που ισχύουν στην παραδοσιακή μορφή του coaching (McQuiston & Hanna, 2015).

Αυτό που διαφοροποιεί ουσιαστικά το peer coaching σε σχέση με την παραδοσιακή μορφή του coaching δεν είναι τόσο οι αρχές του, όσο το πλαίσιο εντός του οποίου αναπτύσσεται και οι ανάγκες έναντι των οποίων ανταποκρίνεται. Συχνά κατά το πρώτο έτος της νοσηλευτικής εκπαίδευσης διαπιστώνεται πως υπάρχει μία αναντιστοιχία των αναγκών των εκπαιδευομένων με τα όσα διδάσκονται. Επιπροσθέτως, διαπιστώνεται πως οι καθηγητές αδυνατούν να αντιληφθούν το πλήρες φάσμα των αναγκών των εκπαιδευομένων με ελάχιστες ή μηδενικές γνώσεις, ενώ

υπάρχει επίσης μία σημαντική παράβλεψη της αναγκαιότητας αφιέρωσης χρόνου στην εκπαίδευση των νοσηλευτών, δεδομένου πως οι καθηγητές επιμερίζουν το χρόνο τους μεταξύ των εκπαιδευτικών και κλινικών καθηκόντων. Αναδεικνύεται έτσι η αναγκαιότητα καθοδήγησης του ενός νοσηλευτή προς τον άλλο, καθώς λόγω της εγγύτητας τους έχουν πολύ μεγαλύτερη επίγνωση περί των σχετικών εκπαιδευτικών αναγκών (McQuiston & Hanna, 2015).

Κεφάλαιο 6- Η μεταβίβαση γνώσης σε λοιπούς επαγγελματίες υγείας

Βασικό αντικείμενο έρευνας έχει αποτελέσει το κατά πόσο η μεταβίβαση γνώσης οδηγεί σε βελτίωση των πραγματικών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας. Επιχειρώντας να μελετήσει το συγκεκριμένο ζήτημα, η Dawson (2019) πραγματοποίησε μία σχετική μελέτη σε δείγμα 57 επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονταν στην παρηγορητική και ανακουφιστική αγωγή. Στη συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε ταυτόχρονα με την εισαγωγή στη μελέτη η εφαρμογή ενός προγράμματος ενίσχυσης των γνώσεων, των δεξιοτήτων και της αυτοπεποίθησης των επαγγελματιών υγείας. Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2016 και ολοκληρώθηκε τον Ιούλιο του 2016. Οι συμμετέχοντες ήταν εργαζόμενοι του συστήματος υγείας στην Αγγλία. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων και συνεντεύξεων με τους συμμετέχοντες σε διάφορα χρονικά σημεία. Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκε μία μέτρηση κατά την έναρξη της μελέτης, μία μετά από τρεις μήνες και μία κατά το πέρας του προγράμματος. Για τους σκοπούς της έρευνας αξιολογήθηκαν επίσης με τους ίδιους ακριβώς τρόπους συμμετέχοντες οι οποίοι δεν είχαν υποβληθεί στη σχετική παρέμβαση. Μέσω της έρευνας αυτής διαπιστώθηκε πως μετά το πέρας του σχετικού προγράμματος υπήρχε για τους συμμετέχοντες της ομάδας παρέμβασης αυξημένη αυτοπεποίθηση, υπήρχε η αίσθηση πως είχαν περισσότερες γνώσεις, αλλά επίσης πραγματοποιούνταν και σε μεγαλύτερο βαθμό υιοθέτηση στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων που εστίαζαν στο ίδιο το πρόβλημα. Φαίνεται επομένως πως οι συμμετέχοντες απέκτησαν τόσο τις ψυχοκοινωνικές δεξιότητες οι οποίες απαιτούνται για την ανταπόκριση στις προκλήσεις της υποστηρικτικής και ανακουφιστικής αγωγής, όσο και στρατηγικές οι οποίες εστιάζουν κατεξοχήν στην αντιμετώπιση και επίλυση των σχετικών προβλημάτων.

Σε μία άλλη σχετική έρευνα εξετάστηκε στο σύστημα υγείας στην Γκάνα η διάχυση γνώσης όσον αφορά την αναπαραγωγική υγεία. Για τους σκοπούς της έρευνας πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις με κατεξοχήν υπεύθυνους της διοίκησης του συστήματος υγείας, ώστε να αναδειχθούν οι σχετικοί μηχανισμοί και η διάχυση γνώσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Όπως διαπιστώθηκε από τη συγκεκριμένη μελέτη, στο σύστημα υγείας της χώρας αναπτύσσονταν σε σημαντικό βαθμό τρόποι και

στρατηγικές μέσω των οποίων μπορούσε να πραγματοποιείται η διάχυση γνώσης. Ωστόσο, διαπιστώθηκαν εμπόδια σε επίπεδο τεχνικής υποστήριξης, δηλαδή στην οργάνωση μηχανισμών από πλευράς της κεντρικής διοίκησης του συστήματος υγείας μέσω των οποίων θα γινόταν να διευκολυνθούν οι σχετικές διαδικασίες (Abekah-Nkrumah, Issiaka, Virgil, & Ermel, 2018).

Ένα άλλο επάγγελμα το οποίο είχε εξεταστεί ως προς τη διάχυση και μεταβίβαση γνώσης αφορά αυτό του φυσικοθεραπευτή. Όπως διαπιστώνεται μέσω μιας σχετικής μελέτης στον Καναδά, υπάρχουν ιδιαίτερα θετικές στάσεις έναντι της ανάπτυξης προγραμμάτων επαγγελματικής καθοδήγησης από πλευράς των φυσιοθεραπευτών, κάτι τέτοιο βασίζεται στην πεποίθηση πως το επάγγελμα του φυσιοθεραπευτή δεν διδάσκεται αποκλειστικά και μόνο μέσω ακαδημαϊκών κύκλων σπουδών, αλλά μέσω της μεταβίβασης κρυφών κατά μία έννοια γνώσεων και μυστικών του επαγγέλματος. Ως εκ τούτου, οι νέοι φυσιοθεραπευτές διακρίνονται από μία ιδιαίτερα θετική στάση έναντι της ανάπτυξης επαγγελματικής καθοδήγησης από τους πιο έμπειρους συναδέλφους τους (Ezzat & Maly, 2012).

Η μεταβίβαση γνώσης έχει επίσης μελετηθεί στους επισκέπτες υγείας. Ιδιαίτερα διαφωτιστική είναι μία σχετική έρευνα που διεξήχθη σε επισκέπτες υγείας που εργάζονταν σε δομές του στο Λονδίνο τη χρονική περίοδο 2013-2015. Στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκε πως οι επισκέπτες υγείας διακρίνονταν από δύο σχετικές ανάγκες. Η πρώτη αφορούσε την ύπαρξη μιας παύσης, δηλαδή την ανάγκη για ύπαρξη ενός κενού χρονικού διαστήματος κατά τη διάρκεια άσκησης των επαγγελματικών καθηκόντων, στο οποίο θα υπάρχει ευκαιρία για συζήτηση και διαμοιρασμό των εμπειριών με τους υπόλοιπους. Δεύτερον, υπήρχε ανάγκη για υποστήριξη από πλευράς πιο έμπειρων συναδέλφων, που δεν ήταν απαραίτητα μέλη του άμεσου επαγγελματικού δικτύου, οι οποίοι θα μπορούν να καθοδηγούν τους νεότερους ώστε να βελτιώνονται και να αντιμετωπίζουν τις αδυναμίες τους (Donetto, Malone, Sayer, & Robert, 2017).

Το γεγονός πως οι επισκέπτες υγείας δεν συνιστούν ένα εκ των συχνότερων επαγγεμάτων υγείας οδηγεί και σε δυσκολία εύρεσης άλλων επαγγελματιών με τους οποίους θα μπορούν να αναπτυχθούν πρακτικές διαμοιρασμού της γνώσης εντός μίας μονάδας. Ως εκ τούτου, συχνά οι επισκέπτες υγείας χρησιμοποιούν το διαδίκτυο προκειμένου να βοηθηθούν στην ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών. Για παράδειγμα, στη Μεγάλη Βρετανία το Burdett Trust for Nursing έχει χρηματοδοτήσει ένα σχετικό

project μέσω του οποίου αναπτύχθηκαν πλατφόρμες για επισκέπτες υγείας ώστε να μπορούν να εισέρχονται σε αυτές και να ανταλλάσσουν γνώσεις και εμπειρίες με συναδέλφους τους (Ikioda, Kendall, Brooks, & Reidy, 2014).

Κεφάλαιο 7- Η μεταβίβαση γνώσης στην περίοδο της πανδημίας COVID-19

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας η επαγγελματική καθοδήγηση αντιμετώπισε ως σημαντικό πρόβλημα την ανάγκη για φυσική αποστασιοποίηση με στόχο τον περιορισμό της διασποράς του ιού. Ως εκ τούτου, σχέσεις επαγγελματικής καθοδήγησης που ενδεχομένως να είχαν αναπτυχθεί προ της πανδημίας παρεμποδίστηκαν σε σημαντικό βαθμό ή αναγκαστικά μετατράπηκαν σε σχέσεις επαγγελματικής καθοδήγησης μέσω του διαδικτύου. Αν και κάτι τέτοιο οπωσδήποτε δεν αφορά το σύνολο των σχετικών περιπτώσεων, ούτε μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια σε παγκόσμιο επίπεδο το ποσοστό των σχέσεων επαγγελματικής καθοδήγησης που λόγω της πανδημίας έλαβαν μια μορφή ψηφιακή, φαίνεται ότι η πανδημία λειτούργησε ως καταλυτικός παράγοντας της στροφής στην επαγγελματική καθοδήγηση των επαγγελματιών υγείας μέσω του διαδικτύου (Ercan, Tufan, & Kütük, 2021).

Η επαγγελματική καθοδήγηση των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας έχει εξεταστεί από ορισμένες ως τώρα έρευνες. Σε μία σχετική μελέτη στη Γερμανία εξετάστηκε το Μάιο του 2020 η ψυχική υγεία φοιτητών ιατρικής οι οποίοι υποβάλλονταν και δεν υποβάλλονταν σε προγράμματα επαγγελματικής καθοδήγησης. Στη μελέτη αυτή υπήρχαν δύο ομάδες επαγγελματικής καθοδήγησης, μία στην οποία μετείχαν γενικά οι φοιτητές ιατρικής, μία στην οποία μετείχαν φοιτητές ιατρικής με εξαιρετικές επιδόσεις (η οποία ήταν εστιασμένη στο ερευνητικό έργο) και μία τρίτη ομάδα φοιτητών ιατρικής που δεν μετείχαν σε ομάδες επαγγελματικής καθοδήγησης. Σε αντίθεση με την υπόθεση των ερευνητών, δεν διαπιστώθηκε να υπάρχει κάποια σημαντική διαφοροποίηση της κατάθλιψης και του άγχους μεταξύ των τριών ομάδων της έρευνας, οδηγώντας έτσι στη διαπίστωση πως η συμμετοχή σε προγράμματα επαγγελματικής καθοδήγησης δεν ενίσχυε την ψυχική υγεία των φοιτητών ιατρικής κατά την πρόωμη φάση της πανδημίας (Guse, Heinen, Kurre, Mohr, & Bergelt, 2020).

Η ομότιμη καθοδήγηση συνιστά άλλον έναν ιδιαίτερα σημαντικό τρόπο μέσω του οποίου προάγεται η διάχυση γνώσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ο τρόπος αυτός έχει μελετηθεί ελάχιστα ως τώρα, παρότι ενδεχομένως να λαμβάνει χώρα σε σημαντικό βαθμό στην καθημερινή πρακτική των επαγγελματιών υγείας. Ο λόγος για

τον οποίο μπορεί να θεωρηθεί κάτι τέτοιο είναι το ότι η γνώση για τον COVID-19 ήταν οπωσδήποτε μηδενική τη στιγμή που τα συστήματα υγείας κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν τη σχετική πρόκληση. Απουσία επομένως κάποιας προγενέστερης γνώσης και ύπαρξης σχετικών πλάνων απόκρισης, δεν γινόταν οι πιο έμπειροι επαγγελματίες να καθοδηγήσουν τους πιο νέους στο πώς θα μπορούσαν να διαχειριστούν την κρίση, δεδομένου πως δεν είχαν σχετική εμπειρία. Έτσι, κατά τρόπο προσαρμοστικό αναπτύχθηκαν ομάδες ομότιμης καθοδήγησης εντός των συστημάτων υγείας, προκειμένου να μπορεί να πραγματοποιηθεί ταχύτατα η διάχυση γνώσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Πρόκειται συνεπώς για μία πορεία συνεξερεύνησης ενός άγνωστου ιού από ίσους μεταξύ τους ως προς τις γνώσεις επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα να είναι ευνοϊκές οι συνθήκες έναντι της ανάπτυξης ομάδων ομότιμης καθοδήγησης (Jordan-Daus & Austin, 2021).

Η ομότιμη καθοδήγηση αναπτύχθηκε επίσης σε σημαντικό βαθμό με διαδικτυακό τρόπο. Αναπτύχθηκε έτσι σε παγκόσμιο επίπεδο η τάση για δημιουργία σχετικών ομάδων στα κοινωνικά δίκτυα, μέσω των οποίων οι επαγγελματίες υγείας, ιδίως αυτοί που βρίσκονται κατά τα πρώιμα στάδια της καριέρας τους, θα ανταλλάσσουν μεταξύ τους εμπειρίες σχετικά με το ζήτημα της διαχείρισης του COVID-19. Οι ομάδες αυτές φαίνεται να έχουν δύο λειτουργίες. Η πρώτη λειτουργία αφορά μεταβίβαση πρακτικών γνώσεων και δεξιοτήτων μέσω των οποίων θα μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να καθίσταται πιο αποτελεσματικοί κατά την άσκηση των επαγγελματικών τους καθηκόντων. Η δεύτερη λειτουργία αφορά το ψυχικό φορτίο που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, οι ομάδες αυτές φαίνεται να επικεντρώνονται σε σημαντικό βαθμό στην παροχή αλληλοβοήθειας και υποστήριξης μεταξύ ομότιμων, προκειμένου να μπορεί να καθίσταται πιο εύκολα διαχειρίσιμο το ψυχικό φορτίο που συνεπάγεται η πανδημία για τους νέους επαγγελματίες υγείας (Kazerooni, Amini, Tabari, & Moosavi, 2020).

Η στροφή στους διαδικτυακούς τρόπους διαχείρισης της γνώσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας είναι αναγκαίο να εξεταστεί ως συνάρτηση της διαδοχής γενεών που παρατηρείται στο χώρο των επαγγελματιών υγείας. Είναι γεγονός πως οι νέοι επαγγελματίες υγείας αφορούσαν τα τελευταία χρόνια κυρίως τους millennials, δεδομένου πως η γενιά αυτή αναφέρεται σε όσους γεννήθηκαν από το 1981 ως και το 1996. Ωστόσο, πλέον οι επαγγελματίες υγείας που αποφοιτούν από τις σχολές και αναλαμβάνουν καθήκοντα ανήκουν στην Generation Z, η οποία αναφέρεται σε αυτούς

που γεννήθηκαν από το 1997 και ύστερα. Αυτή η γενιά έχει ως κεντρικό της χαρακτηριστικό την ολοκληρωτική απουσία διάκρισης μεταξύ του φυσικού και του ψηφιακού κόσμου, δεδομένου πως η μαζική διείσδυση της τεχνολογίας σε όλα τα επίπεδα της προσωπικής και κοινωνικής ζωής δεν πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της πορείας της ανάπτυξης τους, αλλά πριν από αυτή. Έτσι, κατά μία έννοια οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας είναι "γεννημένοι" εντός της ψηφιακής εποχής και της ψηφιακής πραγματικότητας, αναπτύσσοντας αυθόρμητα και με απόλυτα φυσικό τρόπο τρόπους διάχυσης της γνώσης κατεξοχήν μέσω του διαδικτύου. Στο πλαίσιο αυτό, η στροφή στη διάχυση της γνώσης μέσω του διαδικτύου συνιστά μία τάση που αναδεικνύεται κατά την περίοδο της πανδημίας ως συνάρτηση της ανάγκης για φυσική αποστασιοποίηση, αλλά και ως συνάρτηση των χαρακτηριστικών της νέας γενιάς επαγγελματιών υγείας. Για το λόγο αυτό, αναμένεται στην περίοδο μετά την πανδημία να υπάρχει ένας ακόμα πιο κεντρικός ρόλος του διαδικτύου στη διάχυση της γνώσης (Marshall & Wolanskyj-Spinner, 2020).

Η διάχυση γνώσης κατά τη διάρκεια της τρέχουσας πανδημίας πραγματοποιήθηκε όχι μόνο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, αλλά και μεταξύ των φαρμακευτικών εταιρειών. Ήδη από την πρώιμη φάση της πανδημίας διαπιστώθηκε πως ήταν αναγκαία η μεταβίβαση πληροφοριών μεταξύ των φαρμακευτικών εταιρειών προκειμένου να μπορέσουν να αποκτήσουν μία καλύτερη επίγνωση για το προφίλ του ιού και να βοηθηθεί η ταχύτερη ανάπτυξη εμβολίων και θεραπειών. Κάτι τέτοιο θεωρείται μάλιστα αρκετά παράδοξο, δεδομένου ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες παραδοσιακά επιχειρούν να διατηρήσουν κατά ένα τρόπο μυστική τη γνώση που σχετίζεται με την ανάπτυξη των προϊόντων τους, προκειμένου να διατηρήσουν το στρατηγικό τους πλεονέκτημα. Στην περίπτωση ωστόσο της πανδημίας διαπιστώθηκε ότι η απουσία συνεργασίας συνεπαγόταν τον κίνδυνο κάποια άλλη εταιρεία να αναπτύξει πολύ ταχύτερα ένα εμβόλιο ή μία θεραπεία, οδηγώντας έτσι σε οικονομική καταστροφή για τις εταιρείες που θα είχαν επενδύσει πόρους και χρήματα χωρίς να έχουν μοιραστεί τη γνώση, με αποτέλεσμα να αναπτύξουν πολύ αργότερα τα σχετικά εμβόλια και τις σχετικές θεραπείες (Price, Rai, & Minssen, 2020). Ως ένα από τα χαρακτηριστικότερα παραδείγματα μπορεί να θεωρηθεί η συνεργασία ανάμεσα στις εταιρείες Sanofi και Glaxosmithkline, καθώς και η συνεργασία μεταξύ της Pfizer/BioNtech για την ανάπτυξη ενός κοινού εμβολίου (Pious & Ingole, 2020). Οι συνεργασίες αυτές βασίστηκαν επομένως στη διάχυση της γνώσης. Ακόμα και αν κάτι

τέτοιο πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο μιας εμπορικής συνεργασίας, μπορεί οπωσδήποτε να θεωρηθεί ως μία σχετική ενέργεια και να αποτιμηθεί θετικά (Price, Rai, & Minssen, 2020).

Κεφάλαιο 8- Συζήτηση-Συμπεράσματα

Η μετάβαση στην κοινωνία της πληροφορίας συνδέθηκε και με άνευ προηγουμένου μεταβολές στον τρόπο με τον οποίο μεταδίδεται η γνώση. Η ταχύτητα της επιστημονικής και τεχνολογικής προόδου υπαγόρευσε τη χρήση μη θεσμικών τρόπων μάθησης που θα μπορούν να οδηγήσουν σε ταχύτερη διαχείριση της γνώσης στην κοινωνία και στους οργανισμούς. Στο πλαίσιο αυτό, η συγκεκριμένη μελέτη εξέτασε τη μεταβίβαση γνώσης στα συστήματα υγείας.

Μία πρώτη διαπίστωση της συγκεκριμένης έρευνας αφορά γενικότερη στόχευση που αφορά τη μεταβίβαση γνώσης. Η μεταβίβαση γνώσης φαίνεται να διευκολύνει τη σύνδεση της ερευνητικής με την κλινική πρακτική, οδηγώντας σε ταχύτερη αξιοποίηση των διαπιστώσεων που προκύπτουν μέσα από έρευνες και σε άμεσα ευεργετήματα για τους ασθενείς (Crosswaite & Curtice 1994). Προκύπτει έτσι ένα συνολικότερο όφελος για την πρόοδο των επιστημών υγείας.

Μία δεύτερη διαπίστωση της συγκεκριμένης μελέτης έχει να κάνει με τις διαφορές των επιμέρους μορφών διάχυσης της γνώσης που αναπτύσσονται εντός των συστημάτων υγείας. Φαίνεται πως υπάρχουν τρεις κεντρικές μορφές, που αφορούν την επαγγελματική καθοδήγηση, το coaching και την ομότιμη μάθηση. Οι τρεις αυτές διαφορετικές μορφές ανταποκρίνονται σε πληθώρα σχετικών αναγκών από πλευράς των επαγγελματιών υγείας και έχουν εξεταστεί κυρίως σε ιατρούς και νοσηλευτές και ως ένα βαθμό σε υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας.

Μία τρίτη διαπίστωση έχει να κάνει με τους τρόπους μεταβίβασης της γνώσης εντός των συστημάτων υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Φαίνεται αφενός πως κάτι τέτοιο ήταν επιβεβλημένο λόγω του ότι υπήρχε άγνοια σχετικά με τους τρόπους διαχείρισης του κορονοϊού και ανάγκη για ταχύτερη μεταβίβαση γνώσης, αφετέρου πως η διάχυση γνώσης πραγματοποιείται κυρίως με τη χρήση διαδικτυακών και ψηφιακών μέσων. Κάτι τέτοιο μπορεί να θεωρηθεί απόρροια τόσο της ανάγκης για φυσική αποστασιοποίηση, όσο και μίας γενικότερης τάσης της νέας γενιάς επαγγελματιών υγείας για χρήση των σύγχρονων τεχνολογιών σε όλες τις πτυχές της προσωπικής και επαγγελματικής του ζωής.

Με βάση τα παραπάνω, μπορούν επίσης να πραγματοποιηθούν και ορισμένες προτάσεις για τη μελλοντική έρευνα. Μία πρώτη πρόταση αφορά τη συγκριτική εξέταση και αποτίμηση της διαδικτυακής επαγγελματικής καθοδήγησης και της επαγγελματικής καθοδήγησης με τον παραδοσιακό τρόπο από πλευράς των επαγγελματιών υγείας. Όπως αναφέρεται και ανωτέρω, λόγω της πανδημίας πραγματοποιήθηκε μία στροφή στην ηλεκτρονική επαγγελματική καθοδήγηση. Κάτι τέτοιο είναι ωστόσο αμφίβολο εάν συνεπάγεται τα ίδια οφέλη για τους καθοδηγούμενους και αν αυτοί έχουν την ίδια θετική στάση σε σχέση με την επαγγελματική καθοδήγηση με τον παραδοσιακό τρόπο. Θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας διάκινται πιο θετικά έναντι της επαγγελματικής καθοδήγησης με το φυσικό και παραδοσιακό τρόπο σε σχέση με την επαγγελματική καθοδήγηση μέσω του διαδικτύου. Κάτι τέτοιο οφείλει σε κάθε περίπτωση να εξεταστεί μέσω μελλοντικών ερευνών, δεδομένου πως δεν υπάρχουν ως τώρα διαθέσιμα στοιχεία που να συνηγορούν υπέρ της μιας ή της άλλης τοποθέτησης.

Μία άλλη πρόταση για τη μελλοντική έρευνα αφορά την περαιτέρω εξέταση της ομότιμης καθοδήγησης. Όπως φαίνεται και από τα ανωτέρω, η ομότιμη καθοδήγηση έχει εξεταστεί σε πολύ μικρότερο βαθμό σε σχέση με άλλες μορφές μεταβίβασης γνώσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας, παρότι οι συνθήκες και οι δυναμικές αυτής ενδεχομένως να ευνοούσαν κατεξοχήν την ομότιμη καθοδήγηση. Είναι συνεπώς αναγκαία η κάλυψη του συγκεκριμένου βιβλιογραφικού κενού μέσω της διερεύνησης του βαθμού και του τρόπου με τον οποίο έλαβε χώρα η συγκεκριμένη μορφή μεταβίβασης γνώσης στους επαγγελματίες υγείας κατά την έως τώρα πορεία της πανδημίας.

Μία ακόμα πρόταση για τη μελλοντική έρευνα αφορά την επικέντρωση στην παθητική μεταβίβαση γνώσης. Στη συγκεκριμένη μελέτη εξετάστηκαν περισσότερο οι ενεργητικοί τρόποι μεταβίβασης γνώσης, δηλαδή το coaching και το mentoring, λόγω του ότι η συντριπτική πλειονότητα των σχετικών μελετών έχει επικεντρωθεί σε αυτές τις μεθόδους. Ωστόσο, κεντρικό ρόλο στη μεταβίβαση γνώσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ενδεχομένως να έχει και η παθητική μεταβίβαση, η οποία λαμβάνει χώρα μέσω της ανάγνωσης δημοσιευμένων άρθρων, της παρακολούθησης πρακτικών συνεδρίων κ.α. (Funk, Tornquist, & Champagne, 1995). Δεν φαίνεται ωστόσο να υπάρχει πληθώρα σχετικών ερευνητικών δεδομένων ως προς την ακριβή μορφή των συγκεκριμένων μεθόδων, τις ανάγκες που καλύπτουν και τις επιδράσεις

τους στους επαγγελματίες υγείας. Ως εκ τούτου, μία ακόμα πρόταση για τη μελλοντική έρευνα αφορά την επικέντρωση στις παθητικές μορφές μεταβίβασης γνώσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Μια επιπλέον πρόταση για τη μελλοντική έρευνα αφορά τη μελέτη της αποτελεσματικότητας της επαγγελματικής καθοδήγησης και του coaching σε σχέση με τις γνώσεις και δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, αλλά και με τις εκβάσεις στην υγεία των ασθενών τους. Πράγματι, ενώ φαίνεται να έχει αναλυθεί εκτενώς από θεωρητική άποψη το ζήτημα των δύο αυτών μορφών μεταβίβασης γνώσης, δεν παρατηρείται ένας σχετικός όγκος ερευνών που να αφορούν τη μελέτη της αποτελεσματικότητας αυτών των μορφών διαχείρισης της γνώσης. Προκύπτει συνεπώς η αναγκαιότητα διεξαγωγής ερευνών που θα αποτυπώνουν την αποτελεσματικότητα των συγκεκριμένων μορφών μεταβίβασης γνώσης.

Τέλος, μια ακόμα πρόταση για τη μελλοντική έρευνα αφορά την περαιτέρω διερεύνηση της επίδρασης του mentoring και του coaching στα κίνητρα των επαγγελματιών υγείας. Με βάση την έως τώρα βιβλιογραφία, φαίνεται πως το mentoring και το coaching πράγματι οδηγούν σε σημαντική ενίσχυση των κινήτρων (Bulut et al., 2010). Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τη διερεύνηση πιθανών ευεργετημάτων και για την αποτύπωση του ακριβούς μηχανισμού δια μέσου του οποίου τα κίνητρα μεταβάλλονται χάρη στο coaching και στο mentoring. Πράγματι, ακόμα και αν φαίνεται να υπάρχει μια διασύνδεση με την υποκίνηση, η έρευνα δεν έχει επικεντρωθεί στο ποια θεωρία υποκίνησης ενδεχομένως να επεξηγεί πληρέστερα την ανάπτυξη των κινήτρων των επαγγελματιών υγείας μέσω του mentoring και του coaching, κάτι που είναι αναγκαίο να εξεταστεί μέσω της μελλοντικής έρευνας.

Πέραν των προτάσεων για τη μελλοντική έρευνα, μπορούν να πραγματοποιηθούν και ορισμένες προτάσεις για όσους χαράσσουν πολιτικές υγείας. Μία πρώτη πρόταση για όσους εμπλέκονται στο ζήτημα της χάραξης πολιτικών υγείας αφορά τη σαφή οριοθέτηση της επαγγελματικής καθοδήγησης από σχετικές επαγγελματικές ενώσεις που δραστηριοποιούνται στον κλάδο των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να μην υπάρχει σύγχυση κατά την ερευνητικού τύπου χρήση της σχετικής έννοιας. Όπως αναφέρεται και παραπάνω, ένα βασικό πρόβλημα της εξαγωγής συμπερασμάτων σχετικά με την επαγγελματική καθοδήγηση στη νοσηλευτική πρακτική αφορά το ότι στις επιμέρους έρευνες αναφέρεται πως μελετάται

η επαγγελματική καθοδήγηση, ενώ μελετώνται άλλα συγγενή φαινόμενα, όπως για παράδειγμα η συμβουλευτική. Είναι επομένως αναγκαία μία σαφής οριοθέτηση της έννοιας της επαγγελματικής καθοδήγησης στη νοσηλευτική πρακτική, προκειμένου να μην υπάρχει σύγχυση και αποπροσανατολισμός σε επίπεδο έρευνας.

Μία δεύτερη πρόταση για όσους χαράσσουν πολιτικές υγείας έχει να κάνει με τη μέγιστη δυνατή αξιοποίηση που παρέχει η διαδικτυακή επαγγελματική καθοδήγηση και το διαδικτυακό coaching. Σε πρώτο επίπεδο, η πρόταση αυτή αφορά την αξιοποίηση των σύγχρονων τεχνολογιών για την επιτάχυνση της διαδικασίας μεταβίβασης της γνώσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας ενός συγκεκριμένου συστήματος υγείας. Ως σύστημα υγείας μπορεί επομένως να νοείται ένα νοσοκομείο ή ένα ευρύτερο σύστημα υγείας σε επίπεδο κράτους. Ωστόσο, η αξιοποίηση των σύγχρονων τεχνολογιών για την ενίσχυση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας μέσω της διάχυσης της γνώσης θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί και μεταξύ κρατών, συγκεκριμένα από τα κράτη του αναπτυσσόμενου προς αυτά του αναπτυσσόμενου κόσμου. Η έλλειψη γνώσης παρεμποδίζει σε σημαντικό βαθμό η βελτίωση της υγείας και γενικότερα την κοινωνική και οικονομική ευημερία των αναπτυσσόμενων κρατών (Kalantzis & Cope, 2013). Ως εκ τούτου, η ανάπτυξη διαδικτυακών προγραμμάτων επαγγελματικής καθοδήγησης και coaching για τους επαγγελματίες υγείας των αναπτυσσόμενων κρατών από επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα αναπτυσσόμενα κράτη θα μπορούσε να συμβάλει στην μείωση των ανισοτήτων και του χάσματος που υπάρχει στις επαγγελματικές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας αναπτυσσόμενων και αναπτυσσόμενων κρατών και κατά συνέπεια στο χάσμα των δεικτών υγείας που υπάρχει μεταξύ αυτών.

Συμπερασματικά, η συγκεκριμένη μελέτη επιχείρησε να εξετάσει τη μεταβίβαση γνώσης και τις μορφές που αυτή λαμβάνει εντός των συστημάτων υγείας. Οι διαπιστώσεις της οδηγούν στο κεντρικό συμπέρασμα πως η ανάπτυξη της επαγγελματικής ταυτότητας των επαγγελματιών υγείας δεν πραγματοποιείται πλέον αποκλειστικά και μόνο μέσω της εκπαίδευσης και κατάρτισης που λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια των ακαδημαϊκών σπουδών, αλλά και μέσω μη θεσμικών τρόπων μάθησης, κάτι που υπαγορεύεται από την ίδια την ταχύτητα της επιστημονικής προόδου και τις νέες προκλήσεις που εμφανίζονται, όπως για παράδειγμα αυτή της τρέχουσας πανδημίας. Η ενίσχυση των τρόπων διάχυσης της γνώσης εντός των συστημάτων

υγείας είναι αναγκαία προκειμένου οι μονάδες υγείας να μετατρέπονται σε οργανισμούς μάθησης και να πολλαπλασιάζεται η αποτελεσματικότητά τους.

Βιβλιογραφία

Abekah-Nkrumah, G., Issiaka, S., Virgil, L., & Ermel, J. (2018). A review of the process of knowledge transfer and use of evidence in reproductive and child health in Ghana. *Health Research policy and systems*, 16(1), 1-29.

Aita, M., Richer, M. C., & Héon, M. (2007). Illuminating the processes of knowledge transfer in nursing. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(3), 146-155.

Albino V., Garavelli A.C. & Gorgoglione M. (2004). Organization and technology in knowledge transfer. *Benchmarking: An International Journal*, 11(6), 584–600.

Allen, T.D., Eby, L.T., Poteet, M.L., Lentz, E., & Lima, L. (2004). Career Benefits Associated With Mentoring for Proteges: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 89(1), 127-136.

Angle, A. (2018). Internal Versus External Coaching: What’s the Best Approach for Your Organization? Διαθέσιμο στο: <https://trainingindustry.com/articles/leadership/internal-versus-external-coaching-whats-the-best-approach-for-your-organization/> Τελευταία πρόσβαση: 07.07.2021

Argote, L., & Ingram, P. (2000). Knowledge transfer: A basis for competitive advantage in firms. *Organizational behavior and human decision processes*, 82(1), 150-169.

Arkün Kocadere, S., (2015). The development of a scale on assessing peer mentoring at the college level. *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning*, 23(4), 1–13.

Askin, W. J. (2008). Coaching for physicians: building more resilient doctors. *Canadian Family Physician*, 54(10), 1399-1400.

Batey M.V. (1975). Research: Its dissemination and utilization in nursing practice. *Washington State Journal of Nursing*, 47(1), 6–9.

Bickel, J. (2014). How men can excel as mentors of women. *Academic Medicine*, 89(8), 1100-1102.

Blackler, F. (1995). Knowledge, Knowledge Work and Organizations: An Overview and Interpretation. *Organization Studies*, 16 (6), 1021–1046.

- Bolam, R., McMahon, A., Pocklington, K., & Weindling, D. (1995). Mentoring for new headteachers: recent British experience. *Journal of Educational Administration*, 33(5), 29-44.
- Bulut, H., Hisar, F., & Demir, S. G. (2010). Evaluation of mentorship programme in nursing education: A pilot study in Turkey. *Nurse Education Today*, 30(8), 756-762.
- Butterworth, T., & Faugier, J. (2013). *Clinical supervision and mentorship in nursing*. Springer.
- Γούλα, Α. (2014). *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Chomsky, N. (2017). *Requiem for the American Dream*. New York: Seven Stories Press.
- Clutterbuck, D. (2014). *Everyone Needs a Mentor*. New Delhi: Kogan Page.
- Crane J. (1985). Using research in practice. Research utilization: Theoretical perspectives. *Western Journal of Nursing Research*, 7(2), 261–268.
- Crompton, B.M., (2012). *The effect of business coaching and mentoring on small-to-medium enterprise performance and growth*, Doctoral dissertation, RMIT University, Melbourne, Australia.
- Crompton, B.M. & Smyrnios, K.X., (2011). What difference does business coaching make to entrepreneurs' firm performance and future growth', paper presented at the 56th Annual International Council of Small Business World Conference, Stockholm, Sweden, 15–18th June, pp. 1–20.
- Cronenwett L.R. (1995). Effective methods for disseminating research findings to nurses in practice. *Nursing Clinics of North America*, 30(3), 429–438.
- Crosswaite C. & Curtice L. (1994). Disseminating research results—the challenge of bridging the gap between health research and health action. *Health Promotion International*, 9(4), 289–296.
- Daresh, J. (2004). Mentoring School Leaders: Professional Promise or Predictable Problems? *Educational Administration Quarterly*, 40(4), 495-517.

- David, T. (2000). Teacher Mentoring—Benefits all Around. *Kappa Delta Pi Record*, 36(3), 134-136.
- Dawson, P. (2014). Beyond a Definition: Toward a Framework for Designing and Specifying Mentoring Models. *Educational Researcher*, 43(3), 137–145.
- DeNunzio, N., Parekh, A., & Hirsch, A. E. (2010). Mentoring medical students in radiation oncology. *Journal of the American College of Radiology*, 7(9), 722-728.
- Donetto, S., Malone, M., Sayer, L., & Robert, G. (2017). New models to support the professional education of health visitors: A qualitative study of the role of space and place in creating ‘community of learning hubs’. *Nurse education today*, 54, 69-76.
- Downey, M. (2014). *Effective Modern Coaching: The Principles and Art of Modern Business Coaching*. LID Publishing.
- Driessen, E.W., Overeem, K., & van der Vleuten, C.P. (2011). Get yourself a mentor. *Med Educ*, 45(5), 438-9.
- Ducharme F. (1998). For a rapid knowledge transfer in healthcare settings. *L'infirmie`re du Que`bec*, 5(5), 41– 48.
- Ehrich, L.C., & Hansford, B. (1999). Mentoring: Pros and cons for HRM. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 37(3), 92-107.
- Ensher E.A., & Murphy, S.E. (1997). Effects of Race, Gender, Perceived Similarity, and Contact on Mentor Relationships. *Journal of Vocational Behavior*, 50(3), 460-481.
- Ercan, E. S., Tufan, A. E., & Kütük, Ö. M. (2021). E-mentoring program organized by the Turkish Association for Child and Adolescent Psychiatry during the COVID-19 pandemic. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(1), 173-175.
- Ezzat, A. M., & Maly, M. R. (2012). Building passion develops meaningful mentoring relationships among Canadian physiotherapists. *Physiotherapy Canada*, 64(1), 77-85.
- Fox, V. J., Rothrock, J. C., Skelton, M.(1992). The mentoring relationship. *AORN Journal*, 56(5), 858, 860– 862.
- Freeman, S. R., Greene, R. E., Kimball, A. B., Freiman, A., Barzilai, D. A., Muller, S., ... & Dellavalle, R. P. (2008). US dermatology residents' satisfaction with training and

mentoring: survey results from the 2005 and 2006 Las Vegas Dermatology Seminars. *Archives of dermatology*, 144(7), 896-900.

Funk S.G., Tornquist E., & Champagne, M.T. (1995). Barriers and facilitators of research utilization. *Nursing Clinics of North America*, 30(3), 395–407.

Gallwey, W.T. (1974). *Inner Game of Tennis: The Ultimate Guide to the Mental Side of Peak Performance*. NY: Random House Publications.

Gortner, S. R. (1980). Nursing science in transition. *Nursing Research*, 29(3), 180-183.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systemic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629.

Groah, L. K. (1996). President's message: Mentoring is the greatest gift that perioperative nurses can give to each other. *AORN Journal*, 64(6), 868, 870.

Guse, J., Heinen, I., Kurre, J., Mohr, S., & Bergelt, C. (2020). Perception of the study situation and mental burden during the COVID-19 pandemic among undergraduate medical students with and without mentoring. *GMS journal for medical education*, 37(7).

Hansford, B., & Ehrich, L. (2006). The principalship: how significant is mentoring? *Journal of Educational Administration*, 44(1), 36-52.

Harman, C., & Brelade, S. (2003). Doing the Right Thing in a Knowledge Transfer. *Knowledge Management Review*, 6(1), 28–31.

Havelock, R. G. (1973). *Planning for innovation through dissemination and utilization of knowledge*, Ann Arbor, University of Michigan: Center of Research on Utilization of Scientific Knowledge.

Hugner, J.D., & Wheelen, T.L. (2004). *Strategic Management and Business Policy*. New Jersey: Pearson Education.

Huline-Dickens, S. (2021). Coaching and mentoring: an overview for trainers in psychiatry. *BJPsych Advances*, 27(4), 219-227.

Hudson, F.M. (1999). *The Handbook of Coaching*. San Francisco: Jossey Bass.

- Ikioda, F., Kendall, S., Brooks, F., & Reidy, C. (2014). Developing an online community of practice to empower health visitors: Findings from a pilot study. *Journal of Health Visiting*, 2(8), 436-440.
- Jordan-Daus, K., & Austin, L. (2021). Not on our own: Peer coaching our way through COVID-19. *Management in Education*, 0892020620988008.
- Kalantzis, M., & Cope, B. (2013). *Νέα Μάθηση. Βασικές Αρχές για την Επιστήμη της Εκπαίδευσης*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Kazerooni, A. R., Amini, M., Tabari, P., & Moosavi, M. (2020). Peer mentoring for medical students during COVID-19 pandemic via a social media platform. *Medical education*, e-pub, published ahead of print.
- Kiyosaki, R. (2001). *Cashflow Quadrant*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Knott J. & Wildavsky A. (1980). If dissemination is the solution, what is the problem? *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 1(4), 537–578.
- Koopman, R.G., (2013). *Coaching and mentoring entrepreneurs; more definitions won't work*, Paper presented at 27nd RENT, Vilnius, Lithuania, 20–22 November, pp. 1–14.
- Ouellet F. (1992). Knowledge transfer in social research. *Recherches Sociographiques: Comptes Rendus du Conseil Que'be'cois de la Recherche Sociale*, 33(3), 475–477.
- Lauder W., Reynolds W., & Angus N. (1999). Transfer of knowledge and skills: Some implications for nursing and nurse education. *Nurse Education Today*, 19, 480– 487.
- Lightfoot, C., Cole, M., & Cole, S. R. (2014). *Η ανάπτυξη των παιδιών* (Επιστημονική Επιμέλεια: Ζ. Μπαμπλέκου, Μετάφραση: Μ. Κουλεντιανού). Αθήνα: Gutenberg.
- Lin, J., Chew, Y. R., Toh, Y. P., & Krishna, L. K. R. (2018). Mentoring in nursing: an integrative review of commentaries, editorials, and perspectives papers. *Nurse educator*, 43(1), E1-E5.
- Marshall, A. L., & Wolanskyj-Spinner, A. (2020). COVID-19: challenges and opportunities for educators and generation Z learners. *Mayo Clinic Proceedings* 95, (6), 1135-1137.

- McCullough, C. (2020). The ROI of Coaching: Executive Coaching Statistics. Διαθέσιμο στο: <https://www.rhythmsystems.com/blog/the-roi-of-executive-coaching>. Τελευταία πρόσβαση: 07.07.2021
- McQuiston, L. S., & Hanna, K. (2015). Peer coaching: An overlooked resource. *Nurse educator*, 40(2), 105-108.
- Millon, T. (2004). *Masters of the Mind: Exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Moorhead, R., Maguire, P., & Thoo, S.L. (2004). Giving feedback to learners in the practice. *Australian family physician*, 33(9), 691-695.
- Moormann, A., Skiles, J., Koros, E., Asirwa, F. C., Busakhala, N., & Loehrer, P. (2013). Mentoring future Kenyan oncology researchers. *Infectious Agents and Cancer*, 8, 40.
- Moss, J., Teshima, J., & Leszcz, M. (2008). Peer group mentoring of junior faculty. *Academic Psychiatry*, 32(3), 230-235.
- Narayanasamy, A., & Penney, V. (2014). Coaching to promote professional development in nursing practice. *British Journal of Nursing*, 23(11), 568-573.
- Πασιαρδής, Π. (2004). *Εκπαιδευτική Ηγεσία: Από την περίοδο της ευμενούς αδιαφορίας στη σύγχρονη εποχή*. Αθήνα: Εκδόσεις Μεταίχμιο.
- Pious, N., & Ingole, S. (2020). Race for covid-19 vaccine. *Trends in Biomaterials & Artificial Organs*, 34(S3), 62-5.
- Prawat, R. S. (1989). Promoting access to knowledge, strategy, and disposition in students: A research synthesis. *Review of educational research*, 59(1), 1-41.
- Price, W. N., Rai, A. K., & Minssen, T. (2020). Knowledge transfer for large-scale vaccine manufacturing. *Science*, 369(6506), 912-914.
- Ρωσίδης, Ι., & Ασπρίδης, Γ. (2017). *Διαχείριση Γνώσης*. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλης.
- Rallis, K. S., Wozniak, A., Hui, S., Stammer, A., Cinar, C., Sun, M., ... & Sideris, M. C. (2020). Mentoring medical students towards oncology: results from a pilot multi-institutional mentorship programme. *Journal of Cancer Education*, 1-13.

Roberts, A. (1999). The origins of the term mentor. *History of Education Society Bulletin*, 64, 313–329.

Rosha, A., (2013). The similarities and differences between coaching and other targeted interventions. *Economics and Business*, 24, 119–126.

Schneider, S., Kingsolver, K., & Rosdahl, J. (2014). Physician coaching to enhance well-being: a qualitative analysis of a pilot intervention. *Explore*, 10(6), 372-379.

Singley M.K. & Anderson J.R. (1989). *The transfer of cognitive skill*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Smith, L. S., McAllister, L. E., & Crawford, C. S. (2001). Mentoring benefits and issues for public health nurses. *Public health nursing*, 18(2), 101-107.

Sperduto, A. L., McKee, M. J., DeLong, L. K., Veledar, E., & Chen, S. C. (2013). Describing the state of mentoring in academic dermatology. *JAMA dermatology*, 149(4), 486-488.

Stapleton, P., Henderson, A., Creedy, D. K., Cooke, M., Patterson, E., Alexander, H., ... & Dalton, M. (2007). Boosting morale and improving performance in the nursing setting. *Journal of Nursing Management*, 15(8), 811-816.

Tenove, S. C. (1999). Dissemination: current conversations and practices. *The Canadian journal of nursing research= Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, 31(1), 95-99.

Toh, Y. P., Lam, B. L., Soo, J., Chua, K. L. L., & Krishna, L. (2017). Developing palliative care physicians through mentoring relationships. *Palliat Med Care*, 4(1), 1-61.

Tyra, S. (2008). Coaching Nurses: a real example of a real difference. *Creative nursing*, 14(3), 111-115.

Vidal-Salazar, M.D., Ferrón-Vilchez, V., & Cordon-Pozo, E., (2012). Coaching: An effective practice for business competitiveness. *Competitiveness Review: An International Business Journal*, 22(5), 423–433.

Whitmore, J. (2017). *Coaching for Performance: The Principles and Practice of Coaching and Leadership* (5th edn). Boston: Nicholas Brealey Publishing.