



**Mentoring i Coaching w Pielęgniarstwie.  
Przewodnik.  
A Guide to Coaching and Mentoring in Nursing**



**Mentoring i coaching w pielęgniarstwie. Przewodnik**  
**A Guide to Coaching and Mentoring in Nursing**

**Opracowanie: Gail J. Dinner, Mary M. Wheeler**

**dla Międzynarodowej Rady Pielęgniarek**



**Międzynarodowa Rada Pielęgniarek 2007**



**Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie 2009**

**tlumaczenie: Małgorzata Kisilowska na zlecenie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego**

*Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie dziękuje Małopolskiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych, Przewodniczącemu MORPiP Panu Tadeuszowi Wadasowi za sfinansowanie.*

*Przewodnicząca ZG PTP  
Dorota Kijańska*

Wszystkie prawa zastrzeżone, łącznie z tłumaczeniem na inne języki.

Żadna część tej publikacji nie może być powielana drukiem, kserograficznie ani w żadnej inny sposób, przecho-  
wywana w systemach informacyjnych, przekazywana w jakiegokolwiek formie, ani sprzedawana bez pisemnej  
zgody International Council of Nurses. Fragmenty (nie dłuższe niż 300 słów) mogą być powielane bez zgody,  
pod warunkiem wskazania źródła.

*All rights, including translation into other languages, reserved.*

*No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner,  
or stored in a retrieval system, or transmitted in any form without the express written permission of  
the International Council of Nurses. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without  
authorisation, on condition that the source is indicated.*

Copyright © 2007 by ICN - International Council of Nurses, 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

**ISBN: 92- 95040-899**

Printing: Imprimerie Fornara

## O AUTORACH

Dr Gail Donner RN i Mary M. Wheeler RN, MEd, ACC od 1992 roku prowadzą wspólnie firmę konsultingową Donnerwheeler, specjalizującą się w planowaniu kariery i rozwoju zawodowym pracowników sektora zdrowotnego. Zyskały popularność dzięki wieloletniemu zaangażowaniu w sprawy rozwoju zawodowego, udzielaniu porad dotyczących strategii rozwoju kariery zawodowej, przygotowywania programów rozwoju zasobów ludzkich dla całych organizacji, organizacji warsztatów i doradztwu indywidualnemu. Pracowały w Kanadzie, Stanach Zjednoczonych, Europie i Afryce Południowej, współpracowały z Sigma Theta Tau International i Międzynarodową Radą Pielęgniarek.

Dinner i Wheeler prowadzą badania naukowe, publikują i przygotowują wykłady na temat planowania kariery i rozwoju zawodowego. W roku 2001 przygotowały dla ICN materiał pt. *It's your career: take charge* (Weź odpowiedzialność za swoją karierę zawodową), w 2004 Elsevier opublikował 2 wydania książek *Taking control of your nursing career* (Zadbaj o swoją karierę pielęgniarską) oraz *Building your nursing career: A guide for students* (Rozwój kariery pielęgniarskiej. Przewodnik dla studentów) (wspólnie z dr Janice Waddell, RN).

## **SPIS TREŚCI:**

<b>WPROWADZENIE</b>	<b>4</b>
<b>Część 1. CZYM JEST COACHING?</b>	<b>8</b>
<b>Część 2. CZYM JEST MENTORING?</b>	<b>16</b>
<b>Część 3. JAK TWORZYĆ PROGRAMY COACHINGU I MENTORINGU WE WŁASNEJ ORGANIZACJI</b>	<b>29</b>
<b>Część 4. TRENDY ROZWOJOWE: SKĄD IDZIEMY I DOKĄD ZMIERZAMY?</b>	<b>33</b>
<b>PODSUMOWANIE</b>	<b>37</b>
<b>PRZYPISY</b>	<b>39</b>

## WPROWADZENIE

### Znaczenie coachingu i mentoringu w pielęgniarstwie

Pielęgniarki na całym świecie zajmują się w swojej pracy problemami zdrowotnymi ludności, takimi jak zagrożenie pandemią, HIV/AIDS, trudna sytuacja dzieci i młodzieży. Zadania te wymagają stworzenia silnej, stabilnej, zdeterminowanej, doskonale przygotowanej grupy pracowników. Zapotrzebowanie na pracę pielęgniarek rośnie z dnia na dzień. Organizacje i szkoły pielęgniarские, jak i pojedynczy pracownicy, z coraz większym zaangażowaniem szukają nowych strategii pracy, pozwalających na znaczącą poprawę stanu zdrowia mieszkańców. W wielu badaniach potwierdzono już związek między jakością pracy (życia zawodowego) i jakością opieki. Oznacza to, że liderzy mogą wprowadzać innowacyjne strategie zawodowe, uwzględniające ich wpływ na jakość opieki dla pacjentów.

Coaching i mentoring to dwie strategie, które poprzez promocję rozwoju zawodowego i zapewnienie satysfakcji pielęgniarek w niedalekiej perspektywie, oddziałują na procesy rekrutacji i zatrzymania w zawodzie także w planowaniu długoterminowym. Wspierając rozwój pielęgniarek i pielęgniarstwa, te dwie strategie oddziałują pozytywnie na poprawę jakości opieki dla społeczeństwa. Organizacje opieki zdrowotnej mogą wykorzystywać je w celach naboru i zatrzymania pracowników; pielęgniarki indywidualnie – dla rozwoju kariery zawodowej. Coaching i mentoring to także kluczowe kompetencje dla przywódców, menedżerów, instruktorów, nauczycieli, pracowników naukowych i praktyków. Umożliwiają pielęgniarkom udział w dyskusjach i nawiązywanie relacji z innymi, w celu poprawy rozwoju zawodowego i praktyki opieki.

### Cel pracy

Niezależnie czy jesteś praktykiem zainteresowanym podniesieniem jakości swojej pracy, liderem poszukującym nowych programów i rozwiązań systemowych, czy pielęgniarką poszukującą coacha lub mentora dla siebie, niniejsza książka pomoże ci:

- poznać i zrozumieć coaching i mentoring jako strategie pomocne pielęgniarkom w rozwoju zawodowym,
- nauczyć się, jak zostać coachem lub mentorem (lub jak go znaleźć),
- opracować programy coachingu i mentoringu dla własnej organizacji.

Opracowanie to ma na celu zapoznanie czytelników z tymi dwiema strategiami w sposób jak najbliższy potrzebom i stylom działania. We Wprowadzeniu definiujemy oba pojęcia i

omawiamy podobieństwa i różnice między nimi. Część 1 została podzielona na dwa główne rozdziały, dotyczące odpowiednio coachingu i mentoringu. Każdy z nich omawia znaczenie danej strategii: jak korzystać z takich usług lub jak stać się coachem lub mentorem; omówienie kluczowych aspektów; przykłady udanych programów; analizę ich oddziaływania. Dzięki temu łatwiej jest zrozumieć, jak można takie programy wykorzystać dla własnych, specyficznych potrzeb. W Części 2 przedstawiamy ogólne informacje o przygotowywaniu programów coachingu i mentoringu, ich ocenie i doskonaleniu. Zawarto tam praktyczne porady dotyczące ich wdrażania. W Części 3 omówiono kierunki rozwoju coachingu i mentoringu i zawarto podsumowanie, wskazujące wiele możliwości ich wykorzystania dla rozwoju pielęgniarstwa.

Przygotowując ten tekst, rozmawialiśmy z wieloma pielęgniarkami w różnych krajach i placówkach opieki, które dzieliły się z nami doświadczeniami we wdrażaniu tych programów. Przeprowadziliśmy też szerokie badania literaturowe w omawianym zakresie, zapoznając się z różnymi podejściami do coachingu i mentoringu w pielęgniarstwie, edukacji, ekonomii i psychologii.

### **Coaching i mentoring – czym są?**

Coaching i mentoring to samodzielne, ale w pewien sposób powiązane ze sobą strategie komunikacyjne, których celem jest promocja rozwoju zawodowego i satysfakcji pracownika osiągnięta w krótkim czasie, oraz oddziaływanie na pozostawanie w zawodzie – w perspektywie długoterminowej. Choć jest między nimi wiele podobieństw, zrozumienie różnic, jakie ich dzielą, pomoże zarówno osobom, jak i całym organizacjom, w wyborze właściwszej dla siebie strategii, pasującej do przyjętego celu.

Coaching jest to relacja współpracy nawiązywana między trenerem a klientem. Jest ona ograniczona czasowo i celowo, jako główne narzędzie wykorzystuje rozmowę, której celem ma być pomoc klientom w realizacji ich celów. Jest ukierunkowana na cel i znalezienie rozwiązania problemu. Mentoring – to relacja o dłuższej perspektywie czasowej, w której osoba bardziej doświadczona i mądrzejsza wspiera i zachęca podopiecznego do indywidualnego rozwoju zawodowego i osobistego. Celem mentoringu jest ogólny rozwój klienta, zazwyczaj nie ma tu określonej granicy czasowej. Zarówno coaching i mentoring oparte są na komunikacji, doskonalili trenerzy i mentorzy często mają więc wiele tych samych zalet. O ile jednak obie role wymagają doskonałych umiejętności komunikacyjnych, coaching jest działalnością ukierunkowaną, wymagającą umiejętności kierowania celową rozmową i pozwolenia klientowi na „prowadzenie”. W mentoringu natomiast większy nacisk kładzie się na rela-

cję i trwały rozwój podopiecznego, osoby otrzymującej pomoc, na przewodnictwo i wsparcie ze strony kogoś bardziej doświadczonego i wpływowego. Ponadto mentoring polega w znacznym stopniu na mądrości, dojrzałości i doświadczeniu mentora.

Choć więc coaching i mentoring są powiązane, są to dwa niezależne od siebie pojęcia i strategie. To co ich łączy, to fakt, że ich sukces zależy od wzajemnego zaufania, poszanowania i doskonałych umiejętności komunikacyjnych. Nie są to strategie wymienne, pielęgniarka może mieć – lub być – zarówno trenerem, jak i mentorem, tak samo organizacja może jednocześnie realizować obie strategie. Na Ryc. 1. pokazano kluczowe elementy coachingu i mentoringu.

**Ryc. 1. Coaching i mentoring – kluczowe elementy.**

<b>Coaching</b>	<b>Mentoring</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• relacja współpracy podejmowana między trenerem a zainteresowanym klientem;</li> <li>• ograniczony czas, konwersacja jako narzędzie pomocy klientowi w realizacji jego celów;</li> <li>• ukierunkowana na cel, na rozwiązanie problemu</li> <li>• wymaga umiejętności w prowadzeniu celowych konwersacji i pozwalaniu na „przewodnictwo” klienta;</li> <li>• wspiera rozwój osobisty i zawodowy przez nabywanie odpowiednich umiejętności, podejmowania działań kluczowych dla praktyki zawodowej.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• relacja długoterminowa, w której osoba bardziej doświadczona i posiadająca większą wiedzę wspiera i zachęca podopiecznego do rozwoju osobistego i zawodowego;</li> <li>• skoncentrowana na ogólnym rozwoju podopiecznego, zazwyczaj bez limitu czasowego;</li> <li>• nacisk na relację i rozwój ciągły podopiecznego;</li> <li>• oparta głównie na mądrości, dojrzałości i doświadczeniu mentora;</li> <li>• środek pozwalający na rozwinięcie potencjału osobistego i zawodowego podopiecznego.</li> </ul>



## CZĘŚĆ 1

### CZYM JEST COACHING?

Coaching to interaktywny i interpersonalny proces wspierający ciągły rozwój osobisty i zawodowy poprzez nabywanie odpowiednich umiejętności, działań i zdolności, kluczowych dla praktyki zawodowej. Jest to interwencja skoncentrowana na osobie i realizowana w relacji trener-klient. Relacja ta ma charakter wspierający i poufny, jest ograniczona czasowo i ukierunkowana na cel. Zadaniem trenerów jest „ułatwianie” – poprzez tworzenie warunków do refleksji nad sobą, w bezpiecznym psychologicznie środowisku, która pozwoli klientowi niejako stanąć z boku i obiektywnie ocenić własne cele oraz metody ich realizacji [1,2]. Trenerzy nie muszą rozwijać u klientów nowych umiejętności, mogą im pomóc w usuwaniu barier utrudniających im wykorzystanie własnego potencjału [3]. Podobnie jak w sporcie, trener rozpoznaje potencjał klienta i pomaga mu w rozwoju, poprzez baczne przyglądanie się bieżącym działaniom, zachęcanie do refleksji nad działaniami, pomoc w dostosowywaniu sposobu działania do osobistych i zawodowych wartości i celów klienta [4]. Refleksja nad praktyką, z pomocą zaufanego trenera, to podstawowa metoda zmiany sposobu pracy i pomoc w rozwoju strategii samodzielnego rozwoju i podejmowania działań innowacyjnych wobec zmian nieustannie zachodzących w środowisku pracy [5].

Coaching jest realizowany w otwartym, bezpiecznym, nieformalnym otoczeniu, w formie rozmowy o możliwościach i działaniach. Poprzez proces odkrywania, ustalania celów i działań strategicznych może ułatwić osiągnięcie przez klientów nadzwyczajnych wyników, umożliwić im podejmowanie ryzyka, poprawić wyniki i satysfakcję z pracy. Kluczem do sukcesu jest to chęć podejmowania ryzyka związanego z procesem zmiany bez pewności, co znajduje się u kresu tej podróży. *Aby skorzystać z coachingu, klient musi chcieć obserwować, pytać i zmieniać się* [6].

Coaching nie polega na dawaniu rad, uczeniu czy kierowaniu – polega na współpracy, w ramach której trener działa jak położna: wspiera, zachęca i pomaga klientowi w przeżywaniu pewnych doświadczeń, zapewniając, że to on/a jest ekspertem i osobą, „dzięki której wszystko to się dzieje” [7]. Aby ułatwić takie rozmowy, trener musi posiadać umiejętność słuchania, rozmawiania, zadawania pytań; ustalania podstawowych wartości, poglądów, poczucia celowości; wskazywania dziur między wizją klienta a rzeczywistością; zachęcania, motywowania i budowania wiary we własne siły.

Oczywiście, żadna rozmowa nie odbędzie się bez obecności klienta. W relacji z trenerem klienci są:

- ekspertami w zakresie ich życia osobistego i zawodowego,
- kreatywni, posiadający wiedzę,
- tymi, którzy wymagają od trenera pokazania im możliwości, których sami nie są w stanie dostrzec,
- tymi, którzy wybierają temat rozmowy.

Klienci mogą oczekiwać m.in. pomocy w takich obszarach, jak sposób wykonywania pracy, realizacja kariery, styl życia. Muszą uczestniczyć w rozmowie z własnej woli, być gotowi do wprowadzania zmian. Dostrzeżona przez nich i zaakceptowana potrzeba zmiany to katalizator rozwoju i (jak w każdym procesie zmiany), nic nie może się wydarzyć, dopóki cele nie zostaną dostrzeżone i nazwane.

Wskazuje się 5 etapów zamierzonej zmiany: (a) wprowadzenie (*pre-contemplation*), kiedy klient nie ma zamiaru zmienić swojego zachowania w przewidywalnej przyszłości; (b) rozważenie (*contemplation*), kiedy klient myśli poważnie o zmianie, ale nie jest jeszcze gotowy do podjęcia działań; (c) przygotowanie (*preparation*), w którym następuje połączenie zamiaru i kryteriów podjęcia działań; (d) działanie (*action*), kiedy klient zmienia swoje zachowanie; oraz (e) utrzymanie (*maintenance*), w którym klient stabilizuje wprowadzone zmiany i dba, aby nie nastąpił powrót do poprzednich zachowań. Dlatego właśnie coaching jest uznawany za metodę ułatwiającą celowe wprowadzanie zmian. I dlatego też nie może skończyć się sukcesem, jeżeli uczestniczy w tej procedurze osoba *de facto* nie zainteresowana zmianą [8].

### **Oddziaływanie programów coachingu**

Po badaniach empirycznych wpływu strategii coachingu na pielęgniarstwo wprowadzono początkowo tylko modele coachingu koleżeńskiego (*peer coaching*). Coaching koleżeński w parach studentów pielęgniarstwa z niższego i wyższego rocznika spowodował obniżenie niepokoju studentów rozpoczynających praktyki kliniczne, zwiększył zaufanie obu stron, poprawił umiejętności przywódcze starszych partnerów [9]. Pomógł usunąć poczucie izolacji, często doświadczane przez instruktorów, stał się źródłem wsparcia, co wiązało się ze zwiększeniem prawdopodobieństwa podejmowania refleksji nad praktyką [10]. W oparciu o opinie i doświadczenia eksperta, wyniki coachingu nowych absolwentów obejmowały: lepszy wskaźnik zostania w zawodzie, lepsze umiejętności integrowania teorii z praktyką wśród osób

rozpoczynających pracę zawodową [11]. Coaching skoncentrowany na działaniu (*performance coaching*) może prowadzić do poprawy wyników pracy, samowystarczalności i głębszego zaangażowania w cele organizacji oraz ciągły rozwój, jak również do poprawy relacji w gronie pracowników [12]. Według nieformalnych badań, pielęgniarki doświadczały mniejszego niepokoju w nowych sytuacjach i lepiej planowały swoją pracę [13]. Coaching rozwija poczucie możliwości, wiarę w samego siebie, mistrzostwo w działaniu [14].

### **Znajdowanie i wykorzystywanie trenera**

Zdarzają się nam w pracy momenty, kiedy nie wiemy, co należy robić dalej, jaki powinien być nasz następny krok. W takich chwilach możemy wiele skorzystać z rozmowy z trenerem. Wiedza, gdzie szukać takiej pomocy jest równie ważna jak ta, jak wybrać odpowiednią osobę. Na przykład jesteś pielęgniarką myślącą o potrzebie uporządkowania i zorganizowania swojej kariery zawodowej – ale czujesz się zagubiona, niepewna co trzeba zrobić, chcesz dowiedzieć się czegoś na ten temat. Tu pomóc może trener kariery (*career coach*). A może zajmujesz stanowisko kierownicze, potrzebujesz wsparcia w wyznaczaniu i realizacji odpowiednich do stanowiska celów zawodowych. Może jesteś nowym pracownikiem, brakuje ci umiejętności poruszania się w tej organizacji, kontaktowania ze starszymi kolegami - umiejętności i wiedzy, których nie było w programach nauczania. Najczęściej wiemy, co chcemy osiągnąć, ale nasze ograniczone postrzeganie własnej osoby utrudnia nam realizację wizji własnej kariery. Nasz głos wewnętrzny sieje w nas zwątpienie we własne możliwości i obawy, szepcze – „nie możesz tego zrobić”, „a co będzie, jeśli...”. Trener pomoże stanąć twarzą w twarz z takimi obawami, rozwinąć własne możliwości i ruszyć do przodu.

Niezależnie od tego, jaka jest twoja sytuacja, musisz wybrać sobie trenera. Ponieważ strategia ta opiera się na konwersacji i wzajemnym zaufaniu, trenerem musi być ktoś, czyją postawę i doświadczenie doceniasz i masz do niego zaufanie. W niektórych organizacjach opieki zdrowotnej usługi trenerskie są oferowane jako element zarządzania zasobami ludzkimi. Podobną ofertę mają niektóre stowarzyszenia zawodowe czy organizacje lokalne. Wielu trenerów indywidualnych oferuje oczywiście swoje usługi odpłatnie. Tak jak w każdej innej relacji, kluczowe jest „dopasowanie” trenera i klienta. Skorzystaj więc ze swojej sieci kontaktów, zbierz informacje, wyszukaj kilku kandydatów i dowiedz się o nich jak najwięcej – jak pracują, jakie mają doświadczenie (w opiece zdrowotnej i poza nią), ewentualnie jakich opłat oczekują. Jak w każdej operacji finansowej – musisz wiedzieć, na co możesz sobie pozwolić i za co chcesz płacić. Pamiętaj, aby zapytać o takie usługi w swojej organizacji zawodowej lub

organizacjach pozarządowych (jak YW-YMCA) – mogą mieć podobną ofertę przy niższych kosztach. Wielu trenerów oferuje krótkie rozmowy (20-30 minut) pozwalające sprawdzić, czy „pasujecie do siebie”. Czas trwania konwersacji, liczba spotkań oraz ich wyniki są już efektami (produktami) nawiązanej relacji i współpracy z trenerem.

Powiedzenie „nie wiem, co mam dalej robić” wymaga odwagi, ale kiedy się na to zdecydujesz, otwierają się nieograniczone możliwości dalszych działań. Większość z nas wie, co chce robić i kim być – potrzebujemy tylko trochę wsparcia i poczucia bezpieczeństwa, aby nasze cele zrealizować.

### **Jak sobie radzić w trudnych sytuacjach.**

Po nawiązaniu kontaktu wiele razy możesz mieć wątpliwości, czy wybrany trener jest dla ciebie tym właściwym. Na przykład możecie różnie podchodzić do rozwiązywania problemów czy analizy sytuacji – ty możesz potrzebować więcej czasu i miejsca do samodzielnych przemyśleń, a trener wolałby działać szybciej. Miejmy nadzieję, że oboje zawarliście pewną umowę, obejmującą również sytuacje, w których macie odmienne zdania. Jeśli nie przeprowadziliście takiej dyskusji na początku, musicie podjąć ten temat w momencie, gdy taka różnica zdań się ujawni. Coaching jest formą relacji, w której prosisz o pomoc w rozwijaniu i realizowaniu twoich wizji i celów. Dlatego jeśli czujesz, że nie robisz postępów, lub jeśli trener nie podziela twojego sposobu rozwiązywania problemów, powinieneś/ powinnaś przedyskutować z nim tę sytuację, zastanowić się nad możliwością poprawy relacji, a jeśli trzeba – zakończyć ją i poszukać innego trenera. Pamiętaj, że to ty decydujesz o swoim rozwoju.

### **Bycie trenerem**

W trakcie rozwoju kariery zawodowej istnieje kilka różnych etapów, na których poszukujemy możliwości rozwoju. Wiele pielęgniarek w sposób nieformalny na co dzień pełni rolę trenera – rozmawiając z kolegami o ich rozwoju zawodowym czy z pacjentami – o ich sytuacji zdrowotnej. Rozmowy takie stwarzają możliwość słuchania i odkrycia, co powstrzymuje ich (tak współpracowników, jak i pacjentów) przed realizacją ich wizji. Jeśli interesujesz się coachingiem, zastanów się nad możliwością udziału w szkoleniu dla trenerów – aby rozwinąć swoje kompetencje, ale także zwiększyć możliwości własnej kariery zawodowej. Możesz także zastanowić się nad możliwością udziału w akredytowanych programach szkoleniowych, dających formalne kwalifikacje do bycia trenerem. Trenerom pozwalają one naj-

lepiej rozwinąć swoje umiejętności, osobom szukającym pomocy – znaleźć najlepszą dla siebie osobę. Na Ryc. 2. przedstawiono kilka osobistych uwag trenera. W dalszej części – dodatkowe informacje o wiedzy i umiejętnościach trenerów oraz ich edukacji.

## Ryc. 2. Wspomnienia trenera

### **Wspomnienia trenera. Mary M. Wheeler, RN, MEd, ACC, Toronto, Kanada**

W ciągu mojej kariery wielokrotnie czułam, że mam wpływ na życie innych – pacjentów, studentów, współpracowników. Jednym z ostatnich i najciekawszych doświadczeń zawodowych było pełnienie roli trenera. W trakcie mojej pracy wielokrotnie nieformalnie korzystałam z umiejętności trenerskich. Pięć lat temu podjęłam decyzję o udziale w kursie i zdobyciu kwalifikacji coach'a. Dzięki temu rozwinęłam i udoskonaliłam moje umiejętności, takie jak zadawanie pytań, słuchanie, obserwowanie. Coaching jest teraz integralną częścią mojej pracy – z pielęgniarkami i innymi pracownikami opieki zdrowotnej, także z pacjentami. Pomagam im w szukaniu drogi do jak najlepszej realizacji ich potencjału. Współpracuję z nimi przy ustalaniu celów i planów działania.

Wszystkie relacje trenerskie są inicjowane przez klienta. Z podziwem patrzę na osoby, które potrafią dostrzec, że w danym momencie ich życia potrzebują rozmowy o przyszłości i proszą mnie o pomoc w tym względzie. Budzi to we mnie pokorę i jednocześnie jest bardzo inspirujące. Potrzeba odwagi, aby powiedzieć „chcę się zmienić i nie potrafię zrobić tego sam”. Wśród różnych moich klientów była także pielęgniarka zajmująca stanowisko kierownicze, taka, która chciała podjąć decyzje dotyczące przyszłości jej kariery zawodowej, a także taka, która chciała pogodzić życie zawodowe i prywatne. Podczas wolontariatu w YMCA spotkałam także osobę, która chciała prowadzić zdrowszy tryb życia.

Pytana o moją pracę, zawsze mówię „mam najlepszą pracę” – z osobami, które uznały, że chcą się rozwijać, ale także które wiedzą, że potrzebują pomocy w tym względzie. Korzystając z umiejętności trenerskich, wiedzy pielęgniarskiej i doświadczeń dydaktycznych, mogę realizować się w mojej pracy i do dziś odnosić sukcesy.

## **Jakich umiejętności potrzebuje trener?**

W literaturze szeroko opisano zestaw umiejętności koniecznych dla udanego coachingu. Obejmują one: obserwację, udzielanie informacji zwrotnej, zadawanie pytań pomocnych w samodzielnych poszukiwaniach i odgrywaniu siebie, przywództwo, komunikację, budowanie zaufania, nazywanie i rozwiązywanie problemów, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie konfliktów [15,16, 17]. Międzynarodowa Federacja Coachingu (International Coach Federation – ICF) [18] proponuje chyba wyczerpującą listę kompetencji trenerów, które są pomocne w wielu okolicznościach. Opracowano ją dla potrzeb osób oferujących usługi coachingu. Do kompetencji tych należą:

- ustalanie podstaw – spełnianie zasad etycznych i standardów zawodowych, opracowanie umowy trenerskiej,
- współtworzenie relacji – budowanie zaufania i poczucia prywatności z klientem,
- skuteczne komunikowanie się – aktywne słuchanie, zadawanie pytań, komunikacja bezpośrednia,
- pomoc w uczeniu się – budowanie świadomości, projektowanie działań, planowanie, ustalanie celów, zarządzanie procesem, odpowiedzialności.

## **Programy szkoleniowe dla trenerów**

Istnieje wiele programów dla osób, które chcą zostać specjalistami w coachingu. Poczynając od dwugodzinnych warsztatów, na studiach podyplomowych kończąc. Niektóre z nich mają przyznaną akredytację ICF. Choć nie jest ona obowiązkowa, jednak ma znaczenie dla poszukujących. I choć tytuł „coach’a” nie jest chroniony, ICF oferuje jedyny uznawany na całym świecie system akredytacji szkoleń ([www.coachfederation.org](http://www.coachfederation.org)).

Programy szkoleń są także proponowane przez pracodawców – wewnętrzne bądź zewnętrzne. Zazwyczaj są one zaprojektowane szczególnie w taki sposób, aby pasowały do kultury danej organizacji i przyjętego sposobu zarządzania zasobami ludzkimi. Koncentrują się głównie na podstawowych umiejętnościach i ich zastosowaniach w miejscu pracy. Zazwyczaj obejmują część teoretyczną i praktyczną, informację zwrotną i ocenę programu. Na Ryc. 3. pokazano poszczególne elementy szkolenia wewnętrznego w zakresie coachingu.

### **Ryc. 3. Podstawowe elementy szkolenia w zakresie coachingu**

#### **Treść**

Funkcje i kompetencje trenera, np. umiejętności obserwacji, udzielania informacji zwrotnej, zadawania pytań, przywództwa, komunikacji, budowania zaufania, definiowania i rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji i zarządzania konfliktem.

Proces coachingu, np. ustalanie celów, obserwacja i informacja zwrotna, zadawanie pytań w celu zachęcenia do samodzielnych odkryć, wzmacnianie i nagradzanie.

Postępowanie w typowych sytuacjach coachingu.

#### **Metody nauczania/ działania**

Podręcznik uzupełniający do wykładu.

Praktyka, obserwacja, informacja zwrotna od eksperta.

Możliwość konsultacji z ekspertem w miarę ćwiczeń poszczególnych umiejętności (spotkania, telekonferencje, poczta elektroniczna).

Okresowe sesje analityczne ułatwiające refleksję nad własnymi postępami i/lub relacją z coachem.

Seminaria w trakcie trwania oraz na zakończenie programu, dotyczące dalszego kształcenia, wymiany doświadczeń, strategii.

#### **Strategie oceny**

1. Badania dotyczące satysfakcji (trenerów i klientów).
2. Ocena zachowań w obszarze coachingu (przed i po szkoleniu).
3. Wskaźniki organizacyjne, np. dane dotyczące nieobecności, zadowolenia personelu (w świetle celów, jakie program szkoleniowy miał zrealizować).

Poniżej opisano program szkolenia opracowany w celu przygotowania trenerów wspomagających rozwój kariery zawodowej kolegów w dużym szpitalu kanadyjskim. Przykład ten zawiera pewne propozycje dla osób zainteresowanych wdrażaniem podobnych form w swoich miejscach pracy.

W University Health Network (UHN – Uniwersytecka Sieć Zdrowotna) – akademickim centrum nauk o zdrowiu w Toronto (Kanada), większość ludzi szuka pomocy najpierw u kolegów (jak to się dzieje w większości zakładów pracy). Pielęgniarki mające wątpliwości dotyczące ich pracy czy kariery najpierw proszą o pomoc koleżanki – zazwyczaj te, które są postrzegane jako osoby umiejące słuchać, zachęcające do działania, pomagające innym się



rozwijać. Taki koleżeński coaching jest to „proces oparty na zaufaniu, w którym dwoje lub więcej osób zaprzyjaźnionych z miejsca pracy wspólnie zastanawia się nad bieżącymi działaniami, rozwija i doskonali umiejętności, wymienia się pomysłami, uczy się od siebie nawzajem, prowadzi wspólne badania lub rozwiązuje problemy” [19].

W UHN, jak w wielu podobnych organizacjach związanych z opieką zdrowotną, współpracownicy często rozmawiają o swojej pracy, np. zadają pytania „Jakie są tu możliwości awansu?” albo „Zostać czy szukać gdzie indziej?” Uporządkowanie kompetencji w zakresie coachingu i przygotowanie trenerów wewnętrznych było celem wprowadzenia sześciomiesięcznego programu szkoleniowego Coach Mastery ©. Za cel długoterminowy przyjęto zatrzymanie pracowników w organizacji.

Coach Mastery © to program czteroelementowy, pozwalający na zdobycie wiedzy, umiejętności i narzędzi koniecznych do skutecznego coachingu koleżeńskiego. Na program składają się: a) warsztaty wprowadzające, z podstawowymi informacjami o coachingu i możliwościach jego praktykowania; b) praktyka, w czasie której chętni mogą trenować z kolegami swoje umiejętności; c) rozmowy studentów z ekspertami po każdej sesji treningowej (jedna sesja obserwowana przez eksperta) dotyczące postępów; d) drugie warsztaty, poświęcone trudniejszym sytuacjom oraz e) podsumowujące spotkanie po 6 miesiącach, kończące program. Poza programem wstępnym Coach Mastery © wykorzystywane są 2 strategie podtrzymujące umiejętności, tzn. możliwość kontaktu w trakcie szkolenia z ekspertem oraz możliwość udziału w comiesięcznych sesjach dających możliwość dyskusji i praktyki (zob. [www.donnerwheeler.com](http://www.donnerwheeler.com)). Kilku uczestników programu wyrażało ogromne zadowolenie z tej oferty, wypowiadali się z entuzjazmem o zdobytej wiedzy i umiejętnościach. Mówili o przydatności tychże w codziennych kontaktach ze współpracownikami i pacjentami.

Na Ryc. 4. przedstawiono przykładowy program warsztatów rozwoju umiejętności trenerskich, który może być pomocny w opracowywaniu własnych szkoleń.

#### **Ryc. 4. Przykład: 4-godzinny warsztat kształcenia kompetencji coacha**

##### **CEL**

Dostarczenie uczestnikom:

- wiedzy, umiejętności i narzędzi do stania się początkującymi trenerami,
- możliwości ćwiczeń z kolegami, pod opieką doświadczonego trenera,
- kontaktu z ekspertem i możliwości uzyskania jego opinii.



## PLAN

### 1. Wiedza

#### a) informacje wprowadzające:

- dlaczego coaching jest ważny?
- jak i kiedy można go zaproponować?
- rola klienta,
- rola trenera,
- elementy relacji w coachingu;

#### b) umiejętności trenera:

- umiejętności z zakresu komunikacji interpersonalnej,
- elementy konwersacji,

### 2. Umiejętności:

#### a) modelowanie ról:

- jak wygląda konwersacja z trenerem;

#### b) ćwiczenia praktyczne:

- możliwość przećwiczenia ról trenera, klienta i obserwatora;
- możliwość udzielania i odbierania informacji zwrotnej;

### 3. Informacja zwrotna:

- a) nieograniczony kontakt mailowy, krótkie wizyty ekspertów, w celu rozwinięcia umiejętności uczestników.

## Jak coaching wspiera pielęgniarki i pomaga w ich pracy ?

Programy coachingu wprowadzono do pielęgniarstwa w celu: a) ułatwienia przechodzenia z instytucji edukacyjnych do zakładów pracy [20, 21, 22]; b) poprawy kontaktów przełożonych z pracownikami [23]; c) rozwoju zawodowego instruktorów [24, 25]; oraz d) oferowania możliwości coachingu dla pielęgniarek pełniących role przywódcze [26]. Wykorzystuje się także coaching zespołowy, w celu poprawy wyników pracy samodzielnych zespołów [27, 28]. Korzystanie z „coachingu wewnętrznego” (ang. *unit coach*) w celu pomocy nowym pielęgniarkom w okresie adaptacji w nowej pracy to strategia, która pozwala na rozwijanie takich umiejętności zawodowych, jak np. krytyczne myślenie [29]. Pielęgniarki kliniczne, instruktorzy i menedżerowie mogą pełnić rolę trenera w wielu różnych okolicznościach. Coaching dla pielęgniarek na stanowiskach kierowniczych jest zazwyczaj prowadzony przez

zawodowych trenerów zewnętrznych, którzy pomagają im rozwijać umiejętności konieczne dla skutecznego wykonywania zadań przywódczych.

Podane wcześniej przykłady dotyczyły głównie pielęgniarek – czy to w roli trenerów, czy klientów. Coaching zdrowotny koncentruje się na kliencie/ pacjencie. Palmer definiuje coaching zdrowotny (ang. *health coaching*) jako “ edukację zdrowotną i promocję zdrowia realizowaną w ramach coachingu, której celem jest poprawa dobrostanu klientów i ułatwieniem realizacji ich celów zdrowotnych” [30]. Coaching zdrowotny zyskuje na znaczeniu, jako pewien aktyw dostępny dla klientów, którzy chcą korzystać z niego np. w programach dotyczących zdrowego serca czy radzenia sobie ze stresem, jak i dla pracowników, którzy chcą nauczyć się być trenerami zdrowotnymi ([www.wellcoaches.com](http://www.wellcoaches.com); [www.centerforcoaching.com](http://www.centerforcoaching.com)). Program „Live for Life” ogłoszony w 2004 roku na Duke University, zachęca pracowników i ich podopiecznych do opracowywania indywidualnych planów zdrowotnych, śledzenia online postępów w ich realizacji i kontaktowania się z trenerami zdrowotnymi, którzy pomogą im osiągnąć przyjęte cele ([www.hr.duke.edu/eohs/livelifelife/](http://www.hr.duke.edu/eohs/livelifelife/)).

Coaching indywidualny można także stosować jako uzupełnienie do warsztatów, podczas których uczestnik przygotowuje plan działania, a pomoc trenera ma służyć dalszej pracy i upewnieniu się, że plan ten jest realizowany. Choć nie każdy potrzebuje czy korzysta z coachingu, jest on rzeczywiście pomocną formą rozwoju. Może nawet zadecydować o sukcesie bądź porażce podejmowanej inicjatywy. Na przykład Międzynarodowa Rada Pielęgniarek opracowała program *To twoja kariera. Weź za nią odpowiedzialność*, w którym udostępniano pielęgniarkom podręcznik uczący, jak organizować warsztaty dotyczące planowania kariery i rozwoju zawodowego, oraz jak prowadzić coaching indywidualny [31]. W *Programie dla liderów: ustalanie celów i planowanie działań*® - warsztacie dla liderów pomagającym im wykorzystywać nową wiedzę w przygotowywaniu szkoleń wewnętrznych, coaching indywidualny jest oferowany jako forma pomocy ciągłej po zakończeniu warsztatów, aby wspomóc wykorzystywanie nowej wiedzy w praktyce [32].

Coaching jest także wykorzystywany w pracy ze stypendystami w placówkach klinicznych, jako metoda przekazu wiedzy praktycznej i rozwijania umiejętności wykorzystywania wiedzy teoretycznej w praktyce, dla początkujących pracowników [33]. Coaching może być także wykorzystywany jako narzędzie rozwoju praktyki zawodowej – dzięki ciągłej refleksji, pomocnej we wprowadzaniu zmian w sposobach działania i w myśleniu o pracy własnej [34].

## **Podsumowanie**

Coaching jest procesem interaktywnym, umożliwiającym klientom, którzy widzą potrzebę zmiany w swoim życiu prywatnym lub zawodowym, ustalanie celów i tworzenie planów działania. Polega na rozmowie o możliwościach i działaniach, podczas której trener zachęca i wspiera klientów w refleksji nad własnymi możliwościami, rozwojem, realizacją celów. Taka współpraca będzie owocna, jeśli trener będzie postrzegał klienta jako osobę wartościową i twórczą oraz będzie wykorzystywał w pracy z nim swoje umiejętności (takie jak aktywne słuchanie, zadawanie pytań, obserwacja, udzielanie informacji zwrotnej). Coaching może być także postrzegany jako forma indywidualnego rozwoju zawodowego trenerów oraz jako nowa ścieżka kariery dla pielęgniarek.

## CZEŚĆ 2

### CZYM JEST MENTORING?

Mentoring jest relacją między osobą rozpoczynającą pracę zawodową a doświadczonym praktykiem, który udziela wsparcia, doradza i przekazuje wiedzę, potrzebną dla rozwoju osobistego i zawodowego podopiecznego [35, 36]. Relacja ta nie jest budowana wokół problemu wymagającego rozwiązania; wiąże się z socjalizacją, rozwojem, budowaniem zaufania. Jest sposobem realizacji potencjału osobistego i zawodowego. Przynosi korzyści obu zaangażowanym stronom, ale jej celem podstawowym jest poprawa skuteczności pracy młodszego stażem partnera [37].

Z mentoringiem wiążą się niekiedy pewne nieporozumienia, ze względu na to, że często bywa stosowany wymiennie z pojęciami takimi, jak nauczyciel, koordynator, instruktor, przełożony czy trener [38]. *Mentoring* bywa też stosowany w odniesieniu do relacji i programów ukierunkowanych na rozwój osobisty i zawodowy pielęgniarek w miejscu pracy i w trakcie kariery zawodowej [39]. Używa się go w odniesieniu do relacji między studentami a pracującymi pielęgniarkami, pełniącymi funkcję ich przełożonych w miejscu odbywania praktyk. Najlepsza definicja mentoringu wiąże go z długoterminową relacją zawodową, skoncentrowaną przede wszystkim na kształtowaniu ról i doradztwie, mniej na nadzorowaniu czy instruowaniu [40, 41, 42].

#### **Szukanie mentora i współpraca z nim**

Zdobycie mentora będzie dla ciebie dodatkowym wsparciem i źródłem porad koniecznych do przekształcania marzeń w rzeczywistość. Mentorzy to często bardziej doświadczone pielęgniarki, które doskonale znają wszystkie dobre i złe strony opieki zdrowotnej, mają dobre kontakty i lepszy dostęp do informacji niż młodsi, mniej doświadczeni pracownicy. Pielęgniarki – mentorzy często wniosły już swój wkład w rozwój zawodu, chcą dzielić się swoją wiedzą i kształtować umiejętności przywódcze młodszych pracowników. Mentorzy mogą wprowadzić nowe osoby w środowisko, pomóc w odniesieniu sukcesu – ucząc odpowiednich form działania, nawiązywania kontaktów, spotykania właściwych ludzi. W niektórych sytuacjach może okazać się, że lepszą pomocą posłuży mentor spoza środowiska pielęgniarskiego. Mentoring może przyjmować wiele form i ułatwić rozwój osobisty i zawodowe. Relacje tego typu mogą mieć bardziej lub mniej formalny charakter. Prawdziwy mentoring przynosi korzyści obu stronom. Jest to często współpraca długoterminowa, podjęta na podstawie wyboru,

nie wyznaczenia partnera. Zakłada wzajemny szacunek, wspólne zainteresowanie i pragnienie rozwoju zawodowego.

Wybierając mentora, szukaj kogoś, kto obserwuje twój rozwój zawodowy, jest osobą cierpliwą, posiada odpowiedni entuzjazm, wiedzę, poczucie humoru i szacunek dla innych [43]. Przyjrzyj się także stylowi zachowań przywódczych. Zastanów się, ile czasu i chęci da na osoba będzie w stanie ci poświęcić, czy posiada umiejętności doradzania, uczenia, kierowania we właściwe strony, czy będzie w stanie wspierać cię w realizacji twoich celów [44]. Swojego mentora możesz poznać, zgłaszając się na ochotnika do podobnych projektów czy udziału w pracach tego samego komitetu. Jeśli twój mentor nie pracuje w tej samej instytucji co ty, musisz znaleźć sposób, aby spotkać się z nim i porozmawiać o twoich celach. Bardzo ważne jest, aby sprawdzić, czy „pasujecie” do siebie, czy oboje chcecie wejść w tę relację. Pamiętaj, aby wspomnieć o tym, co ty masz do zaproponowania i czego szukasz w kontakcie z mentorem. Musisz wiedzieć, czego chcesz, aby o to poprosić i to dostać.

Szukanie mentora i nawiązywanie z nim kontaktu możesz odbierać jako nieprzyjemne zadanie. Pamiętaj jednak, że mentorzy także odnoszą korzyści z kontaktu z podopiecznymi. Daje im on szansę do wniesienia własnego wkładu w rozwój zawodu i/lub społeczeństwa poprzez kształcenie innych i wprowadzanie ich w środowisko.

W niektórych przypadkach może się zdarzyć tak, że mentor zostanie ci „przypisany”. Musisz wiedzieć, czy taka jest polityka organizacji, przyjęta jeszcze przed twoim zatrudnieniem, albo zażądać mentora. Ważne jest, aby dowiedzieć się, według jakich kryteriów dobiera się mentorów i ich podopiecznych oraz jakie są możliwości ewentualnej zmiany mentora. Jeśli nie ma takiej możliwości – nie jest możliwe, aby źle odbierana relacja mogła przynieść pozytywne skutki. Możesz wówczas powiedzieć, że sama znajdziesz sobie drugiego mentora, dla wzbogacenia współpracy z „mentorem obowiązkowym”. Mentoring często porównywany jest do relacji miłości, ze względu na bezwarunkowość udzielanego wsparcia. Dlatego nie jest właściwe pobieranie opłat za pełnienie tej funkcji. Jeśli wybierzesz mentora oczekującego wynagrodzenia, zastanów się jeszcze nad swoją decyzją.

**Jak radzić sobie w trudnych sytuacjach.** Oczywiście jak w każdej relacji, także tu mogą się zdarzyć trudne sytuacje, przede wszystkim sprzeczność zdań obu stron. Jeśli jednak udało się wam zbudować relację opartą na zaufaniu i otwartości, prawdopodobnie będziecie w stanie rozwiązać wszystkie problemy i wykorzystać to doświadczenie pozytywnie. Może natomiast zdarzyć się tak, że dojdziecie do punktu, w którym wasze wartości i potrzeby będą sprzeczne. Na przykład mentor może zachęcać cię do rozważenia pracy w organizacji, której wartości i

misja nie odpowiadają ci, choć posiadasz odpowiednie dla danego stanowiska kompetencje. W takiej sytuacji musisz zdobyć się na odwagę, porozmawiać otwarcie z mentorem o twojej hierarchii wartości związanych z pracą i sprawdzić, czy mentor może je zaakceptować. Jeśli po kilku poważnych rozmowach czujesz, że mentor cię nie rozumie, możesz chcieć rozważyć zakończenie tej relacji i znaleźć nowego opiekuna, o bliskiej ci hierarchii wartości. Może to być trudne, ale uwzględniając cel mentoringu i jego warunki (czyli otwartość, zaufanie, przejrzystość), zakończenie nieproduktywnej i stresującej relacji może się okazać najlepszym rozwiązaniem.

### **Bycie mentorem**

Bycie mentorem może pomóc ci zrealizować twoje cele. Jeśli jednym z nich jest dzielenie się wiedzą i doświadczeniem z innymi pielęgniarkami, dlaczego nie zgłosić się do tej funkcji? Możesz to robić nieformalnie, kontaktując się z mniej doświadczonymi kolegami, których potencjał dostrzegasz, lub bardziej formalnie – zgłaszając swoją chęć do udziału w instytucjonalnych lub zawodowych programach szkoleniowych dla pielęgniarek. Prawdziwa relacja mentor-podopieczny powinna przynosić korzyści obu stronom. Mentorzy dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem, mają jednak także okazję uczyć się od swoich podopiecznych. Dostęp do nowej wiedzy, różnica sposobu patrzenia, nowe tematy bliższe przedstawicielom młodszego pokolenia – to tylko niektóre „bonusy” dla mentora. Pełnienie tej funkcji nie jest może okazją do autopromocji, ale w rzeczywistości pozwala na wykazania twojej wartości jako przywódcy w dzieleniu się wiedzą, umiejętnościami i talentami z mniej doświadczoną pielęgniarką.

### **Ryc. 5. Osobiste uwagi mentora**

#### **Moje doświadczenia mentoringu**

**Anna Kagure Karani, RN, PhD, KRCHN, Nairobi, Kenia**

Bycie mentorem dla swoich kolegów i studentów to doświadczenie uczące pokory. Kiedy zaczynałam tę pracę, tak naprawdę nie wiedziałam jeszcze, o co w mentoringu chodzi. W 1998 roku, kiedy ICN rozpoczęła program „Przywództwo dla zmian®” i zdefiniowała to pojęcie, stwierdziłam, że byłam już mentorem dla wielu ludzi, a także korzystałam z mentoringu innych. Sally Shaw wprowadziła program, a Stephanie Ferguson go rozwinęła i pomogła mi rozwinąć się i uwierzyć w siebie.

---

## **Wiedza**

Moje doświadczenia w „Przywództwie dla zmian®” pomogły mi stwierdzić, że miałam wiedzę i coś do zaoferowania kolegom i studentom. To zachęciło mnie do zaangażowania w komunikację, słuchanie i tworzenie środowiska interaktywnego, aby pomóc i doradzić potrzebującym. Koledzy i studenci zachęcali mnie do tego, mówiąc ile skorzystali w kontaktach ze mną.

## **Doświadczenie**

Byłam mentorem wielu ludzi w różnych sprawach, między innymi w rozwoju kariery, zdobywaniu umiejętności, kształtowaniu wartości, działaniach społecznych. Wielu rozmawiało ze mną o swoich osobistych celach i strategiach działania. Dla kilku osób byłam trenerem i pomagałam im sformułować cele dotyczące pracy i określić kierunki rozwoju.

## **Dyscyplina zawodowa**

Będąc mentorem, często podkreślałam znaczenie dyscypliny i ciężkiej pracy. A to dlatego, że ich efektem są zawsze dobre wyniki pracy. Mówiłam także o tych zachowaniach, które wymagają poprawy. Osobom zmieniającym pracę tłumaczyłam, jak ważne jest zrozumienie celów instytucjonalnych, a jeśli są one niejasne – szukanie ich wyjaśnienia.

## **Myślenie strategiczne**

Jako mentor, podkreślam wagę wartości i poglądów instytucjonalnych oraz orientację na wyniki. Jako przywódcy-wizjonerzy, moi podopieczni są zachęceni do myślenia strategicznego, szukania możliwości, przekształcania barier i zagrożeń w szanse i możliwości. Rozwijam także sieć kontaktów zawodowych, kierując ich do odpowiednich osób oraz sprawdzając, czy otrzymali pomoc.

## **Wyniki mentoringu**

Współpraca mentorów z podopiecznymi wszystkim nam w budowaniu zaufania. Na przykład w 1998 roku, kiedy rozpoczęliśmy *Przywództwo dla zmian®* w Kenii, przedstawiciele 4 organizacji współuczestniczących spotkali się, aby stworzyć zespół, rozbudzić motywację, nawiązać relacje. Wielu mówiło mi, że potrafię dzielić zadania i kierować działaniami, a to zachęciło mnie do dalszych działań.

Zachęcam ludzi to przestrzegania standardów zawodowych. Przyjmuję konstruktywną krytykę i potrafię przestrzegać prywatności. Ludzie są otwarci na nowe pomysły, szanują mój czas, kiedy otrzymają informację – podejmują odpowiednie działania. Zawsze w razie problemów czy uwag mogą się ze mną skontaktować. Doceniają czas, który spędzamy razem, i podjęte wspólnie decyzje.

---



### **Korzyści z mentoringu**

Mentoring przynosi korzyści organizacji, podopiecznym i mnie. Organizacja korzysta z umiejętności nabytych przez pracowników, podopieczni – z rozwoju osobistego i większej wiary we własne siły.

Mentoring pozwolił mi także doskonalić moje umiejętności interpersonalne i dał wiele satysfakcji i poczucia spełnienia z pomagania kolegom i organizacjom w poprawianiu wyników pracy. Wpłynął także na poprawę relacji pracowniczych i podniósł morale zespołu, co z kolei poprawia realizację wizji i misji instytucji. Mentoring jest też bez wątpienia korzystny dla mieszkańców danego regionu i całej społeczności międzynarodowej.

**Mentoring jest ważny dla wszystkich grup zawodowych i instytucji. Ta ważna działalność powinna być rozwijana, między innymi przez działania szkoleniowe i programy badawcze.**

### **Wpływ programów mentoringu**

Wyniki programów mentoringu dla pielęgniarek są oceniane z punktu widzenia korzyści pojedynczych osób i całych organizacji. Na poziomie indywidualnym mogą poprawić zadowolenie z pracy, zmniejszyć stres, zwiększyć wiarę we własne możliwości i kompetencje, zmniejszyć wskaźnik odejść z pracy [45]. Znaczący spadek liczby zwolnień młodych pracowników uznano za skutek programu mentoringu wprowadzonego w szpitalu w USA, w którym starsze pielęgniarki „zaopiekowały się” młodszymi [46]. Badania udowodniły także, że mentor jest mniej podatny na wypalenie zawodowe, angażuje się w doświadczenia podnoszące jego samoocenę, co wiąże się ze zwiększeniem satysfakcji z pracy i rzadszymi odejściami z pracy – tak doświadczonych pielęgniarek, jak i nowicjuszy. Badania dowodzą również, że mentoring pomaga w bardziej celowym kształtowaniu kariery zawodowej, zwiększeniu aktywności naukowej (zwłaszcza badaczy z mniejszości etnicznych) wśród pielęgniarek zajmujących się działalnością naukowo-dydaktyczną [47, 48, 49, 50, 51, 52].

Mentoring ocenia się, wykorzystując metody ilościowe i jakościowe. Często jakość relacji ocenia się, wykorzystując raporty własne osób zaangażowanych. Odwołując się do wskazówek Kram & Isabella, wykorzystano „Skalę funkcji mentoringu” (ang. *Mentoring Function Scale*) do mierzenia opinii respondentów na temat funkcji psychospołecznych i instrumentalnych (doradztwo zawodowe) pełnionych przez mentorów. Wśród innych wykorzystywanych tu narzędzi wymienić można „Kwestionariusz badawczy mentora-podopiecznego”



(ang. *Mentor-Protégé Survey Questionnaire*), „Skalę satysfakcji z mentoringu” (ang. *the Satisfaction with Mentor Scale*) oraz *the Kentucky Mentoring Survey*, zmodyfikowany przez Glynn dla potrzeb grupy pielęgniarskiej. Jak dotąd nie zaproponowano w literaturze żadnych narzędzi oceniających kompetencję mentora [53, 54, 55, 56, 57, 58].

### **Co decyduje o skuteczności mentora?**

Cechy osobowe i zachowania mentora mogą oddziaływać na wyniki i jakość relacji. Mentoring obejmuje takie zachowania, jak uczenie, sponsorowanie, zachęcanie, doradzanie, bycie przyjacielem [59]. Badania empiryczne sugerują, że cechy demograficzne (np. wiek, płeć, doświadczenie, pozycja społeczna, rasa) i inne cechy (np. elastyczność, kompetencja, osobowość, władza, autentyczność, troska, dostępność, inspirowanie, sumienność) wpływają na jakość relacji mentorskiej. Wiele z tych cech wyodrębniono, prowadząc badania podopiecznych [60, 61, 62, 63].

Cechy osobowości, wiedza, umiejętności i kompetencje to elementy kluczowe udanej relacji mentorskiej. W opinii Kanadyjskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego na kompetencje składają się: a) doskonalenie praktyki zawodowej (np. okazywanie zaangażowania w sprawy zawodu i cele organizacji, krytyczne myślenie itp.), b) kształtowanie skutecznej relacji mentorskiej (np. budowanie zaufania, okazywanie opieki i szacunku itp.) oraz c) wpływanie na rozwój (np. zachęcanie podopiecznego do wyboru optymalnego poziomu wyzwań dla danego stanowiska itp.) [64].

O ile cechy i kompetencje mentorów są dobrze opisane w literaturze, niewiele jest badań mówiących o tym, w jaki sposób oceniać krytyczne obszary wiedzy i umiejętności. Wielu doświadczonych pracowników może „być zdolnym” do pełnienia funkcji mentora, nie wszyscy jednak mają doświadczenie konieczne do rozwijania tego typu relacji. Potrzebne są badania określające metody oceny cech i zachowań mentorów, przydatne szczególnie dla organizacji opracowujących własne programy mentoringu.

Skuteczność takiej relacji zależy również od cech i postawy podopiecznych. Osoby mające wysoką motywację do działania, aktywnie poszukujące wyzwań, chętnie podejmujące ryzyko, otwarte na różne punkty widzenia, refleksyjne, zdyscyplinowane i pełne entuzjazmu, które umieją się otwarcie komunikować i jednocześnie okazywać innym szacunek – mają większe szanse na osiągnięcie celów mentoringu [65].

## Programy przygotowujące mentorów

Zakładając, że mentoring oparty jest na relacji, zdobywanie odpowiednich do tego umiejętności nie może być celem programów szkoleniowych. Ewentualny przyszły mentor rozpoczyna szkolenie, mając wiedzę, doświadczenie i chęć pomagania innym. Można jednak oczekiwać pewnego formalnego przygotowania pielęgniarek do pełnienia tej funkcji, tzn. do realizacji procesu mentoringu. Programy mają różne treści i czas trwania, często stosowaną formą jest sesja warsztatowa, w której uczestniczą mentorzy i – czasami – podopieczni. Zazwyczaj mówi się wówczas o oczekiwaniach organizacyjnych i procesach wspierających inicjatywy mentorów, fazach relacji oraz strategiach zapobiegania bądź radzenia sobie z typowymi problemami [66, 67]. Generalnie programy te nie dotyczą jednak szkolenia mentorów, ale dopasowywaniu mentorów i podopiecznych, co jest warunkiem skuteczności projektu. Na Ryc. 6 przedstawiono zawartość przykładowego programu szkoleniowego.

### Ryc. 6. Kluczowe elementy przykładowego szkolenia mentorów

#### Treści

Charakterystyka dobrego mentora, kryteria doboru mentorów i podopiecznych, zgodność/dopasowanie, przywództwo, komunikacja, budowanie zaufania, podejmowanie decyzji, zarządzanie konfliktem.

Relacja mentoringu, np. określanie co mentor ma do zaproponowania, ograniczenia takiej relacji, jak sprawdzić, czy partnerzy „pasują” do siebie.

Zarządzanie typowymi scenariuszami mentoringu.

#### Metody uczenia się/ działania

Podręcznik z materiałami uzupełniającymi do zajęć.

Praktyka, obserwacja, sesje informacji zwrotnej od eksperta.

Okresowe sesje analityczne, pozwalające na zastanowienie się nad efektami szkolenia, podzielenie się sukcesami i strategiami.

#### Strategie oceny

Badania satysfakcji (mentorów i podopiecznych)

Wskaźniki oddziaływania organizacyjnego, np. zgodność z celami ogólnymi, jakie program miał osiągnąć (zmniejszenie wskaźnika odejść z pracy, zadowolenie pracowników, planowanie przekazywania uprawnień).

## **Programy mentoringu wspierające pielęgniarki i ich pracę zawodową**

Nieformalne relacje mentoringu są mniej ustrukturalizowane i zazwyczaj mają niewielki (jeśli jakikolwiek) wpływ na organizację. Programy formalne zakładają bardziej rygorystyczny proces selekcji, w którym mentorów i podopiecznych łączy się odpowiednio do kompetencji i cech tych pierwszych oraz specyficznych potrzeb tych ostatnich. Programy formalne mogą być sponsorowane przez organizacje zawodowe, instytucje edukacyjne i pracodawców. Najczęściej wykorzystuje się je do pomocy w kształtowaniu kariery zawodowej na różnych jej etapach, np. przy podejmowaniu studiów magisterskich czy podyplomowych, rozpoczęciu nowej ścieżki kariery, podejmowaniu się nowych zadań [68, 69].

Jeden z międzynarodowych programów mentoringu łączy studentów przyjeżdżających do USA na studia podyplomowe. Zazwyczaj są to osoby zajmujące w swoich krajach stanowiska kierownicze w sektorze edukacji czy opieki zdrowotnej. Ich mentorzy muszą więc znać specyfikę danego kraju, aby móc kontynuować relację także po powrocie podopiecznych do domu. Taka forma mentoringu, *de facto* międzynarodowej współpracy partnerskiej, może ułatwić badania międzykulturowe, współpracę zawodową, przygotowywanie wspólnych publikacji itp. Model ten można wykorzystać przy wymianie studentów i wykładowców, kiedy organizacja sponsorująca finansuje pracę mentora [70].

Jeden z międzykulturowych projektów badawczych mentoringu zakładał pobyt doświadczonego wykładowcy w USA, w celu bliższego poznania kształcenia na poziomie licencjackim i wykorzystania tych doświadczeń w edukacji chińskiej [71]. W takich badaniach jasne jest, że udany mentoring międzykulturowy wymaga zrozumienia kultury podopiecznego. Tak naprawdę zrozumienie „tego drugiego” jest warunkiem powodzenia każdej relacji.

W hinduskiej Akademii Pielęgniarskiej (ang. *Academy of Nursing Studies*), organizacji pozarządowej jednoczącej pielęgniarki zaangażowane w podniesienie jakości ich pracy w Indiach, wdrożono proces mentoringu, którego celem jest przygotowanie pielęgniarek do pełnienia funkcji trenerów prowadzących szkolenia zewnętrzne. Mentoring ten jest ściśle powiązany z tradycyjnym hinduskim systemem edukacji (relacją Guru-Shishya), w której kontakty mentor-student uznawane są za idealne, a pobieranie nauki pod okiem mentora jest uważane za przywilej. W programie Akademii partnerzy utrzymują ścisły kontakt przez cztery miesiące. Mają możliwość częstych, nieformalnych dyskusji, uczenia się przez obserwację i uczestnictwo. Wyniki badań mówią o poczuciu dumy zawodowej, wrażliwości, zainteresowaniu (tak szkoleniem pielęgniarek, jak i kontaktem z pacjentami), rozwoju umiejętności przywódczych (praca samodzielna), systematycznej organizacji i zarządzaniu (np. przygotowanie

przez podopiecznego jednodniowego seminarium dotyczącego zadań pielęgniarek na stanowiskach kierowniczych) i kompetencjach trenera. Program pomógł zmienić postawy i system wartości podopiecznych, co będzie miało dalsze skutki dla pielęgniarstwa w całych Indiach [72].

Rada Pielęgniarek Jordanii (ang. *Jordan Nurses Council*) opracowała ogólny program mentoringu w odpowiedzi na dostrzeżone w kraju potrzeby przygotowania dużej grupy pielęgniarek oraz problem braków w edukacji, stwarzających zagrożenie dla jakości kształcenia i opieki nad pacjentem. Rada zaczęła od opracowania standardów kształcenia oraz akredytacji placówek klinicznych. Następnie rozpoczęto program mentoringu, w którym przygotowywano personel pielęgniarski zajmujący się kształceniem i szkoleniami. Celem programu była poprawa skuteczności działań edukacyjnych i rozwój tego środowiska. Na początku 2 eksperci z Wielkiej Brytanii przygotowało 25 trenerów w zakresie mentoringu. Jak dotąd przeszkolono 400 mentorów w różnych placówkach opieki z całego kraju. Projekt nie przeszedł jeszcze ostatecznej, całościowej oceny (Da'ad Shokeh, sekretarz generalny RPJ, w rozmowie bezpośredniej, czerwiec 2006).

Stowarzyszenie pielęgniarskie Sigma Theta Tau International (STTI) proponuje swoim członkom bezcenną możliwość skorzystania z mentoringu i indywidualnego rozwoju umiejętności przywódczych. Program nazwany Chiron (od imienia centaury, bohatera mitologii starożytnej Grecji, który był mentorem Eskulapa, Achilleusa i Herkulesa), zaprasza do udziału mentorów i podopiecznych. Ci ostatni zazwyczaj są na początku swojej kariery i chcą rozwijać umiejętności przywódcze. Są oni kontaktowani z pielęgniarkami o długim stażu i doświadczeniu zawodowym, które w ciągu jednego roku pomagają podopiecznym osiągać cele zawodowe związane z przywództwem, zdobywaniem stypendiów, badaniami naukowymi. Poszczególne projekty mogą dotyczyć różnych zagadnień, np. praktyka, finansowanie badań, polityka zdrowotna. Mentorzy udzielają porad i kontaktują podopiecznych z odpowiednimi osobami ([www.nursingsociety.org/programmes](http://www.nursingsociety.org/programmes)).

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek traktuje mentoring jako integralny element programu *Przywództwo dla zmian*<sup>®</sup> (ang. *Leadership for Change – LFC*). W ciągu 10 lat jego realizacji pielęgniarki w niemal 60 krajach zdobyły wiedzę, umiejętności, poznały strategie potrzebne do zajmowania stanowisk kierowniczych, nawiązywania kontaktów, poprawy opieki zdrowotnej. Wszyscy uczestnicy tego programu muszą podlegać mentoringowi, aby poprawić wyniki szkoleniowe. Oczekuje się również od nich, że później staną się mentorami dla innych. Uczestnicy zazwyczaj wybierają mentorów przed lub po pierwszym warsztacie.

Po tym wyborze ICN organizuje warsztaty dla mentorów, aby mieć pewność, że rozumieją oni, jakie są ich zadania i odpowiedzialność, a także że znają metodologię kształcenia przyjętą w programie. Mentorzy uczą uczestników, stawiają im problemy wymagające przemyśleń, pomagają w opracowaniu indywidualnych planów rozwoju (ang. *Individual Development Plans* – IDP) i doradzają przy projektach zespołowych. Mentorzy nie muszą być pielęgniarkami – ważniejsze, aby byli skutecznymi przywódcami i menedżerami oraz umieli pomóc podopiecznym rozwijać te umiejętności. Mentoring uznano za kluczowy element metodologii LFC. Ma on bardzo pozytywny wpływ dla obu grup uczestników. Więcej informacji na ten temat można znaleźć na stronie ICN: [www.icn.ch](http://www.icn.ch).

W każdym programie, niezależnie od jego rodzaju, po wyborze mentora, proces współpracy i jego poszczególne fazy są odzwierciedleniem procesu pielęgnowania. W fazie oceny partnerzy wspólnie ustalają cele i oczekiwania, jakie mają w stosunku do tej relacji [73]. W tym czasie potrzebna jest rozmowa o granicach relacji; na jej podstawie można przygotować formalną lub nieformalną umowę. Ta pierwsza faza jest bardzo ważna dla budowania podstaw przyszłego sukcesu relacji i jej skutków. Proponuje się plan działań wspierających realizację celów podopiecznego. W fazie implementacji każda z osób realizuje ustalone wcześniej zadania, takie jak obserwacja, informacja zwrotna, komentarz, inne elementy mentoringu. Na tym etapie mogą się pojawić problemy między partnerami. Różnice w wartościach, stylach komunikacji czy rozwiązywania problemów mogą wpływać na samą relację i decydować o sukcesie mentoringu. Dlatego tak ważne jest, aby na samym początku partnerzy spędzili jak najwięcej czasu na wzajemnym poznawaniu się, zwłaszcza jeśli chodzi o przestrzegane wartości czy podejście do problemów. W fazie ostatniej – oceny – relacja powoli się kończy. Ten etap może trwać od 6 do 12 miesięcy (albo nawet dłużej), zależnie od tego, czy założone uprzednio cele zostały zrealizowane [74].

## **Podsumowanie**

Skuteczny mentoring dotyczy nawiązywania i podtrzymywania pomocnej, skutecznej relacji między osobą doświadczoną a młodszym, mniej doświadczonego kolegą. Mentorzy mogą być byłymi nauczycielami, kolegami, menedżerami; niekoniecznie muszą być pielęgniarkami. Co ważne, relacja mentoringu musi być uczciwa i otwarta, podopieczny musi czuć się w niej dobrze, dzieląc się swoimi marzeniami i obawami, a mentor powinien przede wszystkim chcieć mu pomóc i pokierować nim. W zdrowej, skutecznej relacji, mentor odnosi korzyści, dzieląc się doświadczeniem, udzielając porad, oferując pomoc odpowiednią do po-

trzeb podopiecznego. Ta możliwość dzielenia się kontaktami, zasobami i umiejętnościami to przywilej dający m.in. poczucie spełnienia. Podopieczni odnoszą z tej relacji wiele korzyści. Mają oni możliwość „siedzieć u stóp mistrza”, korzystać z jego umiejętności i doświadczenia, budować długotrwałą relację, przynoszącą wiele owoców obu partnerom. Mentoring to wartościowa strategia wspomagająca rozwój pielęgniarek, przyczyniająca się do ich zadowolenia z kariery zawodowej.

## CZEŚĆ 3

### JAK TWORZYĆ PROGRAMY COACHINGU I MENTORINGU WE WŁASNEJ ORGANIZACJI

Po krótkim przedstawieniu coachingu i mentoringu, ich wartości, sposobów przygotowania trenerów, zakresu zastosowań, można zastanowić się nad opracowaniem odpowiednich takich programów we własnej organizacji. Rozdział ten koncentruje się właśnie na tych zagadnieniach. Przedstawiono w nim po kolei cztery podstawowe etapy przygotowania programu: planowanie, realizację, ocenę, kontynuację.

#### Planowanie

Przed jego rozpoczęciem mądrze byłoby zastanowić się, dlaczego chce się wdrożyć program coachingu lub mentoringu, jakich oczekuje się wyników, co będzie potrzebne na początek i w jaki sposób program ten będzie kontynuowany. Zaczynaj od zapewnienia sobie wsparcia ze strony organizacji i jej zaangażowania w rozwój programu. W dużych instytucjach oznacza to pomoc ze strony starszego kierownictwa, wyznaczenie „lidera”/ doradcy dla programu, przeznaczenie odpowiednich środków – ludzi, miejsca, czasu, pieniędzy. W mniejszych – pomoc może pochodzić od pojedynczych osób, uznanych za liderów – niezależnie od zajmowanego przez nie stanowiska.

O ile wsparcie ze strony „góry” jest potrzebne, zaangażowanie całego zespołu jest absolutnie kluczowe. Zamiast zakładać, czego pracownicy potrzebują dla swojego rozwoju, lepiej jest ich o to zapytać. Ocena potrzeb może zdecydować o sukcesie programu, określić priorytety pracowników, wskazać, czego potrzebują, aby jak najlepiej wypełniać swoje zadania. Angażowanie zespołu w realizację projektu pomoże także określić jego kluczowe elementy.

**Budżet.** Organizacja może pracować w ramach posiadanych zasobów, podzielonych odpowiednio do potrzeb. Pamiętając o tej zasadzie, konieczne jest ustalenie (i przestrzeganie) budżetu dla projektu, niezależnie jak niewielkie byłyby to środki. Program ocenia się przede wszystkim ze względu na realizację założonych dla niego celów, ale konieczne jest także określenie jego wydajności ekonomicznej. Budżet może obejmować następujące elementy:

- koszty zastępstw pracowników uczestniczących w programie (pełniących funkcje trenerów/ mentorów i korzystających z ich pomocy),



- materiały, także marketingowe (np. plakaty, ulotki, intranet),
- pomieszczenia, w których będą się odbywać spotkania indywidualne i szkolenia – jeśli organizacja chce przygotować własnych wewnętrznych trenerów i mentorów,
- ewentualne wynagrodzenia dla instruktorów,
- dostęp do materiałów bibliotecznych i informacyjnych, miejsce do korzystania z nich.

Jeśli dbasz o koszty i wyniki, możesz chcieć najpierw przeprowadzić program pilotażowy. Znajdź małą grupę zainteresowanych i rozpocznij z nimi.

**Parametry i styl programu.** To od organizacji należy zdefiniowanie dokładnych parametrów i stylu programu. W Części 1 przedstawiliśmy kilka zrealizowanych projektów, aby pokazać czytelnikom różne możliwości wdrożeń. Choć nie ma jednego optymalnego rozwiązania, warto zastanowić się nad poniższymi zagadnieniami:

- Czy będzie to program oparty na zasadzie wolontariatu, dostępny dla każdej pielęgniarki pracującej w danej instytucji?
- Czy trenerami i mentorami zostaną odpowiednio przygotowani pracownicy, czy też zatrudni się specjalistów z zewnątrz?
- Czy znane są i czytelne kryteria doboru i kwalifikacje trenerów i mentorów?
- Czy projekt ma określony czas trwania czy też ma charakter otwarty?

W przypadku coachingu – czy liczba rozmów zostanie ograniczona, czy też partnerzy określą potrzebną im liczbę spotkań? Dla mentoringu – czy tej relacji zostanie postawiona granica czasowa?

- Czy trenerzy – klienci i mentorzy – podopieczni zostaną dobrani w sposób formalny, czy też nazwiska i dane biograficzne trenerów i mentorów zostaną przedstawione zainteresowanym, tak aby mogli oni sami wybrać sobie partnerów?
- Czy trenerzy i mentorzy mają podpisać zgodę na współpracę na określony czas – a jeśli tak, to na jak długo?
- Jak będą rozwiązywane problemy z „dopasowaniem” partnerów czy organizacją projektu?

Niezależnie od odpowiedzi na powyższe pytania, trzeba sformułować i upublicznić zasady działania, tak aby wszyscy zainteresowani mogli poznać i zrozumieć swoje prawa i obowiązki.

## **Realizacja**

Po zabezpieczeniu sobie wsparcia i zasobów, po opracowaniu programu, przychodzi czas na jego wdrożenie. Potrzebna będzie albo mała grupa, albo pojedynczy lider do zarzą-



dzania codziennym funkcjonowaniem programu, kontrolowania jego procesu, komunikowania się z zainteresowanymi, monitorowania budżetu i ostatecznej oceny. Program idealny powinien być zaprojektowany tak, aby odpowiadał specyficznym celom i grupie docelowej. W Ryc. 3, 4 i 6 (powyżej) zawarto uwagi, które mogą być pomocne w tworzeniu własnych programów mentoringu i coachingu.

## Ocena

Potrzebne są badania naukowe, które potwierdzą skuteczność coachingu i mentoringu dla pojedynczych pielęgniarek, całych instytucji czy nawet relacji pielęgniarka – pacjent. Na ich podstawie pielęgniarki pełniące funkcje kierownicze będą w stanie rozpoznać, które programy najlepiej odpowiadają jakim celom, oraz udokumentować potrzebę ich realizacji. Badania i ocena są również konieczne dla ich kontynuacji.

Mówiąc praktycznie – kiedy organizacja zaczyna prace nad programami coachingu i mentoringu, powinna od razu wdrożyć rygorystyczny, wiarygodny element oceny, który może odpowiedzieć na tak ważne pytania, jak:

- Jaka jest grupa docelowa programu i dlaczego właśnie ta?
- Jakie są wskaźniki sukcesu?
- W jaki sposób będziemy oceniać program (badania satysfakcji uczestników, dane dotyczące zwolnień i/lub naboru pracowników, zgodność z innymi strategiami rozwoju zasobów ludzkich itp.)?
- Czy w naszych badaniach określono kluczowe zmienne oddziałujące na kontynuację programu, tzn. jeśli się udał – czy wiemy, co zrobić, aby był kontynuowany z równym sukcesem?

## Kontynuacja

W dzisiejszych warunkach ograniczeń finansowych w opiece zdrowotnej na całym świecie, przy rosnących naciskach na przedstawianie dowodów potwierdzających konieczność wdrażania rozwiązań innowacyjnych (czy to w praktyce opieki, czy w administracji), liderzy mają obowiązek wykazać nie tylko w jaki sposób i dlaczego coś działa, ale też jak i dlaczego należy to kontynuować.

Jeśli organizacja posiada dowody na sukces programu, tzn. że osiągnął on swoje cele oraz które jego elementy się do tego przyczyniły, będzie w stanie określić, w jaki sposób jego kontynuacja spełni priorytety organizacji i dopasuje się do kierunków jej rozwoju. Jeśli lide-

rzy zgodzą się co do jego skuteczności i potrzeby kontynuacji, należy opracować odpowiednie strategie i politykę zapewniającą kontynuację programu. Poniższa lista pomoże zadbać o dalszą realizację projektu.

Program:

- jest zgodny z misją, wizją i wartościami organizacji.
- jest postrzegany jako kluczowy element innych strategii rozwoju zasobów ludzkich.
- ma – w razie potrzeby – zapewnione stabilne, odpowiednie środki finansowe (z uwzględnieniem szkolenia lub naboru zespołu trenerów lub mentorów).
- jest „reklamowany” w programach szkoleń wstępnych, kalendarzach rozwoju zawodowego i innych narzędziach komunikacji wewnętrznej.
- ma element badawczy i oceniający, podlega regularnej ocenie.

W Ryc. 7 znajdziecie krótką listę pomocną przy tworzeniu podstawowego programu coachingu lub mentoringu.

### **Ryc. 7. Lista kontrolna tworzenia programu**

#### **Planowanie**

- Czy uzgodniono cele, zakres, zadania, oczekiwane wyniki programu coachingu/ mentoringu (organizacyjne i zawodowe)?
- Czy wybrano osobę z wyższego kierownictwa na lidera projektu, udzielającego stałego wsparcia i koniecznego dla skutecznej komunikacji dwustronnej?
- Czy wyznaczony lider projektu nadzoruje realizację, kontynuację i rozwój programu?
- Czy przyjęto (wstępny i całościowy) budżet projektu?

#### **Realizacja**

- Czy prowadzona jest komunikacja (marketing) z kluczowymi osobami (tymi, które mają pełnić rolę trenera/ mentora, jak i ich klientami), przez np. intranet, biuletyny, plakaty? Czy włączono wyniki badań i opinii, czy program jest powiązany z celami organizacji/grupy zawodowej?
- Czy przygotowywane są regularne raporty dla kierownictwa wyższego (przekazywane za pośrednictwem lidera)?
- Czy wyznaczono odpowiednią przestrzeń dla spotkań indywidualnych trenerów/ mentorów z podopiecznymi?
- Czy udostępniono zasoby biblioteczne i internetowe dla potrzeb edukacyjnych?

- Czy w czasie pracy uczestników programu (niezależnie od pełnionej roli) uwzględniono udział w projekcie?
- Czy zapewniono pomoc administracyjną i logistyczną w łączeniu trenerów z klientami, śledzeniu postępów programu, gromadzeniu danych ewaluacyjnych itd.?

### **Ocena**

- Czy opracowano zasady i narzędzia oceny programu?

### **Kontynuacja**

Czy zapewniono możliwość kontynuacji programu?

## CZEŚĆ 4

### TRENDY ROZWOJOWE: SKĄD IDZIEMY I DOKĄD ZMIERZAMY?

Coaching jest stosunkowo nowy w pielęgniarstwie, a przyszłe możliwości jego wykorzystania są nieograniczone. Aby zapewnić efektywność budowania na tym potencjale, potrzebujemy zapewnić sobie dostęp do różnorodnych metod i projektów przygotowujących trenerów, do tych wykorzystujących ich wiedzę, jak i do rygorystycznych działań ewaluacyjnych. Ogólny wniosek z przeglądowych badań programów coachingu przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii mówił o skuteczności tej metody oraz o tym, że zapotrzebowanie i wykorzystanie coachingu będzie wzrastało równoległe do potrzeby większego uporządkowania, standaryzacji i konsekwencji. Wskazane ograniczenia dotyczyły różnic jakościowych usług trenerskich oraz wyboru właściwego trenera, problemy wdrażania programów w mniejszych organizacjach oraz potrzeby systematycznego i uporządkowanego podejścia do korzystania z coachingu [75].

Coaching, który może być realizowany bezpośrednio, przez telefon czy Internet, tradycyjnie jest postrzegany jako kontakt indywidualny. Inną metodą, o rosnącej popularności, jest coaching grupowy. Jedną z jego form polega na zebraniu grupy, w której każdy prezentuje swoje indywidualne problemy, nad którymi później wszyscy pracują, pod opieką trenera. Forma ta wykorzystuje ideę uczenia przez działanie, w której grupa najpierw tylko słucha, potem zadaje ważne i znaczące pytania, a następnie zainteresowany przygotowuje plan kolejnych działań [76]. W innej formie coachingu grupowego to grupa właśnie traktowana jest jako klient. Problem analizowany jest problemem grupy, nie osoby. Realizowany proces wygląda tak samo, ale to grupa opracowuje plan działania.

Poza nowymi trendami i metodami coachingu, pozostają jeszcze nieodkryte możliwości jego różnych zastosowań. Trzy obszary jego rozwoju w pielęgniarstwie to coaching koleżeński, zdrowotny i interdyscyplinarny (pomiędzy przedstawicielami różnych zawodów).

Jeśli organizacja stale szuka sposobów zatrzymania i wykorzystania doświadczonych pielęgniarek oraz stwarzania możliwości rozwoju młodszym pracownikom, jeśli oferuje praktyczną pomoc i wsparcie wszystkim pielęgniarkom, może zastosować coaching koleżeński, pomagający w rozwoju kariery i poprawie satysfakcji z pracy. Jeśli większość pielęgniarek w organizacji zajmuje już wyższe stanowiska, forma koleżeńska stwarza możliwości rozwoju poza tradycyjną ścieżką awansu. Pracodawca, proponujący pielęgniarsce zaangażowanie w

pomoc innemu pracownikowi, docenia jej doświadczenie i zaangażowanie. Coaching koleżeński może być także stosowany, aby umożliwić zespołowi rozmowy o możliwościach kariery, a przez to budowanie kultury organizacyjnej zorientowanej na rozwój zawodowy.

Pielęgniarstwo staje się zawodem o coraz większej liczbie specjalizacji, zwraca się więc coraz większą uwagę na doświadczenie pielęgniarek. Coaching zdrowotny może być pożyteczną strategią dla pielęgniarek, które chcą pomagać pacjentom w realizacji ich celów. Pacjenci coraz częściej chcą brać odpowiedzialność za stan własnego zdrowia i swoją przyszłość, a coaching zdrowotny umożliwi pielęgniarkom lepszą z nimi komunikację. Obecnie niewiele jeszcze mamy przykładów realizacji tej formy opisanych w literaturze. Wydaje się jednak, że w sposób naturalny wpisuje się ona w relację pielęgniarka – klient, w której klienci wyrażają swoje potrzeby, a pielęgniarka – trener zadaje pytania pomagające im „iść naprzód”. Co prawda niniejsza książka dotyczy przede wszystkim coachingu dla pielęgniarek, jednak coaching dla pacjentów i klientów to forma bardzo obiecująca jeśli chodzi o rozwój praktyki pielęgniarskiej.

W niektórych krajach rośnie zainteresowanie rozwojem edukacji i praktyki interdyscyplinarnej. Pielęgniarki, lekarze i przedstawiciele innych zawodów medycznych współpracują w zespołach, których celem głównym jest zapewnienie holistycznej opieki. Skuteczna współpraca wymaga czegoś więcej, niż tylko nauczania ludzi pracy w grupie. Wymaga gotowości do tworzenia takiego interdyscyplinarnego zespołu i dbania o jego utrzymanie. Trener ułatwia funkcjonowanie grupy, zwracając uwagę na relacje wewnętrzne, stwarzając możliwości ciągłej refleksji i podejmowania odpowiednich działań. Pielęgniarstwo zawsze doceniało korzyści płynące z współpracy, dlatego może pokierować coachingiem grupowym, ukierunkowanym na rozwój grupy i realizację jej założonych celów.

### **Jaka jest przyszłość mentoringu?**

Zmiany demograficzne w pielęgniarstwie powodują, że mamy stosunkowo dużą grupę pracowników w środkowej lub końcowej fazie rozwoju zawodowego. Te pielęgniarki często szukają możliwości rozwoju, mogą więc stać się cennymi i wartościowymi mentorami, zwłaszcza dla najmłodszych pracowników. Nie stać nas na ich utratę. Organizacje stosujące programy mentoringu formalnego mają szansę kontaktować się z grupami zawodowymi i dzięki temu proponować swoim pracownikom kontakt z mentorami nie tylko zatrudnionymi w tej samej placówce, ale także ze środowiska. Podobnie organizacje zawodowe i stowarzyszenia absolwentów mogą tworzyć programy mentoringu, współpracując z

pracodawcami, tak aby pielęgniarki szukające pomocy i zachęty mogły znaleźć najlepszego dla siebie mentora. Im bardziej służba zdrowia i organizacje zawodowe będą się angażować w mentoring, tym łatwiej dostępne będą programy odpowiednio dopasowane do potrzeb, zbudowane na wiedzy naukowej, co zmniejszy koszty finansowe i czasowe organizacji wdrażających tę metodę rozwoju zawodowego.

Jak wszyscy wiemy, w wielu krajach w ciągu ostatnich 10-15 lat drastycznie spadła liczba pielęgniarek, przede wszystkim ze względu na ich przejścia na emeryturę i emigrację. Dlatego będziemy musieli być bardzo kreatywni i szukać mentorów wśród emerytowanych pielęgniarek, a także w innych grupach zawodowych. Będą także potrzebne programy mentoringu koleżeńskigo. Ma on swoje ograniczenia, tzn. często mentor nie jest tak „mądry” i doświadczony, jak powinien, ale jeśli tylko mentor i podopieczni dobrze się dopasują (jeśli chodzi o wspólne cele), mogą wiele na tej relacji skorzystać. Takie programy będą też musiały więcej czasu poświęcić na szkolenie mentorów. Powinniśmy jednak skorzystać z dostępności starszych pielęgniarek jako mentorów i przeszkolić mniej doświadczone koleżanki do pełnienia tej funkcji. Z brakiem wykwalifikowanych pracowników można sobie też radzić, korzystając z narzędzi technicznych ułatwiających kontakt, w tym przekraczanie granic geograficznych.

W miarę wzrostu zainteresowania mentoringiem jako strategią rozwoju pracowników i ich zaangażowania, przybywa danych potrzebnych do szczegółowych badań dotyczących wartości i wyników takiej strategii pielęgniarskiej. Badania te nie tylko dostarczą nam potrzebnych dowodów na skuteczność mentoringu, ale mogą być punktem wyjścia dla nowych sposobów wspierania i doradzania pielęgniarkom.

Mentoring ma zastosowanie szersze niż tylko rozwój indywidualny. Mentoring dla Położnych w Nowej Zelandii (ang. *The New Zealand Midwifery Mentor Partnership*) doprowadził do radykalnych zmian w krajowej opiece położniczej. Polegały one na bliskiej współpracy kobiety z położną, na podejmowaniu działań odpowiadających na wyrażone potrzeby kobiet, dotyczące „demedykalizacji” doświadczenia narodzin dziecka. To ważny przykład tego, jak można wykorzystać programy mentoringu do lobbowania w sprawie zmian społecznych i/lub politycznych [77].

Jeśli mentoring jest naprawdę środkiem realizacji potencjału osobistego i zawodowego, jego wykorzystanie i wartość dla pielęgniarstwa i opieki zdrowotnej są nieograniczone. Mentoring może być ważną strategią rozwoju nowego pokolenia pielęgniarek, które szukają wła-

snych dróg, dbając jednocześnie o zachowanie wartości oraz przejmowanie wiedzy i doświadczenia starszych koleżanek.

## PODSUMOWANIE

*Znakomici trenerzy i mentorzy są przekonani, że drzemie w nas wielkość – ich wizja tego, co jest dla nas możliwe, jest tak jasna i przekonująca, że dodaje nam skrzydeł [78].*

Książka ta zawiera ogólną prezentację coachingu i mentoringu, ich wartości i możliwości zastosowania, wzbogaconą o praktyczne uwagi dotyczące wdrażania takich programów. Coaching i mentoring to jednak tylko dwie strategie wspierania pielęgniarek i praktyki zawodowej. Organizacje i pojedyncze osoby, zastanawiając się nad tym, czego potrzebują dla własnego rozwoju, muszą przy ich analizie brać pod uwagę cały kontekst sytuacji – priorytetów, zasobów, pożądanых wyników. Jeśli priorytetem są rekrutacja i zatrzymanie pracowników, coaching i mentoring mogą być tylko częścią szerszej strategii. Jeśli pożądanym wynikiem jest satysfakcja z pracy, trzeba jasno zdefiniować odpowiednie narzędzia oceny wyników coachingu i mentoringu. Jeśli chodzi o rozwój zawodowy poszczególnych osób – jak będziemy wiedzieli, czy te dwa programy przyczyniają się do osiągnięcia celu?

Pielęgniarstwo, pielęgniarki i systemy opieki zdrowotnej stoją obecnie przed ogromnymi wyzwaniami, może największymi od lat. Do każdej z nas należy rozpoznanie, co możemy zrobić, aby nasze społeczeństwo miało takie pielęgniarki, jakich potrzebuje, jakością opieki – na jaką zasługuje. Część naszych wysiłków będzie kierowana na wdrażanie nowych technologii, część na nowe modele kształcenia, jeszcze inne – na nowe modele opieki. Ale pielęgniarstwo jest i pozostanie działaniem humanistycznym, prowadzonym dla i wspólnie z innymi osobami i grupami, ukierunkowanym na zapewnienie dobrego samopoczucia innych. Społeczeństwo liczy na nas, na naszą obecność i umiejętności, także przywódcze. Aby być gotowymi na wyzwania, musimy zacząć realizować wiele strategii rozwoju zawodowego, oddziałujących pozytywnie także na jakość opieki. Nigdy nie jest zbyt wcześnie, by zacząć.

## PRZYPISY

1. Driscoll J., Cooper R. (2005). *Coaching for clinicians*. "Nursing Management" 12(1):18-23.
2. Morton-Cooper A., Palmer A. (1993). *Mentoring and preceptorship. A guide to support roles in clinical practice*. Birmingham, UK: Blackwell Science.
3. Gallwey W.T (2000). *The inner game of work*. Wyd. 2. London: Orion Business Books.
4. Nelson L., Apenhorst D., Carter L., Mahlum E., Schneider J. (2004). *Coaching for competence*. „MEDSURG Nursing“ 13(1):32-35.
5. Flaherty J. (1999). *Coaching. Evoking excellence in others*. Boston: Butterworth Heinemann.
6. Echeverria R., Olalla J. (1993). *The art of ontological coaching. Part I*. Rękopis niepublikowany.
7. Donner G., Wheeler M. (2005). *Career coaching*. "Canadian Nurse" 101(1):18-19.
8. Prochaska J., DiClemente C., Norcross J. (1992). *In search of how people change. Applications to addictive behaviours*. "American Psychologist" 47:1102-1114.
9. Broschius S., Saunders D. (2001). *Peer coaching*. "Nurse Educator" 26:212-214.
10. Waddell D. (2005). *Peer coaching. The next step in staff development*. "The Journal of Continuing Education in Nursing" 36(2):84-89.
11. Hom E. (2003). *Coaching and mentoring new graduates entering perinatal nursing practice*. "Journal of Perinatal & Neonatal Nursing" 17(1):35-49.
12. Lachman V. (2000). *Enrich your performance coaching techniques*. "Nursing Management" 31(1):14-19.
13. Nelson L., Apenhorst D., Carter L., Mahlum E., Schneider J. (2004), op. cit.
14. Sekerka L., Chao J. (2003). *Peer coaching as a technique to foster professional development in clinical ambulatory settings*. "Journal of Continuing Education in the Health Professions" 23(1):30-37.
15. Gingiss P. (1993). *Peer coaching. Building collegial support for using innovative health programs*. "The Journal of School Health" 63(2):79-85.
16. Lachman V. (2000), op. cit.
17. Veenman S., Denessen E. (2001). *The coaching of teachers. Results of five training studies*. "Educational Research and Evaluation" 7:385-417.



18. International Coach Federation (ICF) (2002). *Coaching core competencies*. Washington, DC. Dostęp: 29.12.2005. Tryb dostępu: <http://www.coachfederation.org/credentialling/en/core.htm>
19. Slater C.L., Simmons D.L. (2001). *The design and implementation of a peer coaching program*. "American Secondary Education" 29(3):67-76.
20. Nelson L., Apenhorst D., Carter L., Mahlum E., Schneider J. (2004), op. cit.
21. Grealish L. (2000). *The skills of coach are an essential element in clinical learning*. "Journal of Nursing Education" 29:231-233.
22. Hom E. (2003), op. cit.
23. Lachman V. (2000), op. cit.
24. Eisen M. (2001). *Peer-based professional development viewed through the lens of transformative learning*. "Holistic Nursing Practice" 16(1):30-42.
25. Waddell D. (2005), op. cit.
26. Savage C. (2001). *Executive coaching. Professional self-care for nursing leaders*. "Nursing Economics" 19:178-182.
27. Savage C. (2001), op. cit.
28. Hackman J., Wageman R. (2005). *A theory of team coaching*. "Academy of Management Review" 30:269-287.
29. Nelson L., Apenhorst D., Carter L., Mahlum E., Schneider J. (2004), op. cit.
30. Palmer S. (2003). *Health coaching to facilitate the promotion of healthy behaviour and achievement of health-related goals*. "International Journal of Health Promotion & Education" 41(3):91-93.
31. International Council of Nurses (2001). *It's your career. Take charge*. Geneva, Switzerland.
32. Donner G., Wheeler M. (2006.01). *The goal setting and action planning for leaders program. A sustainability strategy*. "Hospital News", s. 21.
33. Grealish L. (2000), op. cit.
34. Eisen M. (2001), op. cit.
35. Andrews M., Wallis M. (1999). *Mentorship in nursing. A literature review*. "Journal of Advanced Nursing" 29:201-209.
36. Canadian Nurses Association (CNA) (2004). *Achieving excellence in professional practice. A guide to preceptorship and mentoring*. Ottawa, Ontario, Canada.

37. Waters D., Clark M., Harris Ingall A., Dean-Jones M. (2003). *Evaluation of a pilot mentoring programme for nurse managers*. "Journal of Advanced Nursing" 42:516-526.
38. Andrews M., Wallis M. (1999), op. cit.
39. Greene T., Puetzer M. (2002). *The value of mentoring. A strategic approach to retention and recruitment*. "Journal of Nursing Care Quality" 17(1):63-71.
40. Andrews M., Wallis M. (1999), op. cit.
41. Canadian Nurses Association (CNA) (2004), op. cit.
42. Hynes-Gay P., Swirsky H. (2001). *Mentorship in nursing*. "Registered Nurse" 13(6):12-13.
43. Fawcett D.L. (2002). *Mentoring. What it is and how to make it work*. "Association of Operating Room Nurses Journal" 75:950-954.
44. Bower F.L. (2000). *Mentoring others*. W: Bower F.L., red., *Nurses taking the lead. Personal qualities of effective leadership*. Philadelphia: W.B. Saunders, s. 255-275.
45. Canadian Nurses Association (CNA) (2004), op. cit.
46. Greene T., Puetzer M. (2002), op. cit.
47. McGregor R. (1999). *A precepted experience for senior nursing students*. "Nursing Education" 24(3):13-16.
48. King B., Bernick L. (2002). *Baycrest Centre for Geriatric Care. An innovative program in which everyone wins!* Toronto, Ontario, Canada: Baycrest Centre for Geriatric Care.
49. Marquardt Hess B. (b.d.). *The role of mentors in the professional development of nurses. A comparative study*. Virginia Henderson International Library. Dostęp: 29.12.2005. Tryb dostępu: <http://www.nursinglibrary.org>
50. Rollin M. (1991). *The prevalence and characteristics of mentors, protégés, and mentor-protégé relationships among nurse educators*. Niepublikowana praca magisterska, Duquesne University, School of Nursing, Pittsburgh, PA.
51. Warren N. (b.d.). *Mentoring the novice researcher*. Virginia Henderson International Library. Dostęp: 29.12.2005. Tryb dostępu: <http://www.nursinglibrary.org>
52. Waters D. (b.d.). *Professional development in nursing research. A culturally diverse postdoctoral experience*. Virginia Henderson International Library. Dostęp: 29.12.2005. Tryb dostępu: <http://www.nursinglibrary.org>

53. Kram K., Isabella L. (1985). *Mentoring alternatives. The role of peer relationships in career development*. "The Academy of Management Journal" 28(1):110-132.
54. Noe R.A. (1998). *The determinants of successful assigned mentoring relationships*. "Personnel Psychology" 4:457-379.
55. Spengler C. (1982). *Mentor-protégé relationships. A study of career development among female nurse doctorates*. Niepublikowana praca doktorska, University of Missouri, Columbia.
56. Ragins B., Cotton J. (1999). *Mentor functions and outcomes. A comparison of men and women in formal and informal mentoring relationships*. "Journal of Applied Psychology" 84:529-550.
57. Fagan M., Walter G. (1982). *Mentoring among teachers*. "Journal of Educational Research" 76(2):113-118.
58. Glynn S. (2003). *The nature and effect of mentoring on career satisfaction and future mentoring activities of adjunct faculty in collegiate schools of nursing*. Niepublikowana praca magisterska, Southern Connecticut State University, New Haven.
59. Anderson E.M., Shannon A.L. (1988). *Toward a conceptualization of mentoring*. "Journal of Teacher Education" 39(1):38-42.
60. Darwin A. (1999). *Characteristics ascribed to mentors by their protégés (workplace learning)*. Niepublikowana praca doktorska, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada.
61. Mullen E. (1999). *The mentoring information exchange. When do mentors seek information from their protégés?* "Journal of Organizational Behaviour" 20:233-243.
62. Ragins B., McFarlin D. (1990). *Perception of mentor roles in cross-gender mentoring relationships*. "Journal of Vocational Behaviour" 37:321-339.
63. Weinstein M. (1998). *What makes a good mentor? The role of mentor flexibility in mentor functions and protégé outcomes*. Niepublikowana praca doktorska, Northwestern University, Evanston, IL.
64. Canadian Nurses Association (CNA) (2004), op. cit.
65. Wales Management Council (2004). *Mentoring in Wales*. Cardiff, Wales.
66. Waters D. (b.d.), op. cit.
67. Hurst S., Koplin-Baucum S. (2003). *Role acquisition, socialization, and retention. Unique aspects of mentoring program*. "Journal for Nurses in Staff Development" 19:176-180.

68. Ritchie A., Genoni P. (2002). *Group mentoring and professionalism. A programme evaluation*. "Library Management" 23(1/2):68-78.
69. Vance C., Olson R., red. (1998). *The mentor connection in nursing*. New York: Springer.
70. Fitzpatrick J. (1998). *Mentoring for international educational program development*. W: Vance C., Olson R., red., *The mentor connection in nursing*. New York: Springer, s. 172-175.
71. Giliella E.C., Natapoff J.N., McDermott M.A. (1998). *The Hunter-Shanghai Project. An international cross-cultural experience in research mentorship*. W: Vance C., Olson R., red., *The mentor connection in nursing*. New York: Springer, s. 178-185.
72. Prakasamma M. (1998). *Mentoring experiences at the Academy for Nursing Studies in India*. W: Vance C., Olson R., red., *The mentor connection in nursing*. New York: Springer, s. 176-178.
73. Greene T., Puetzer M. (2002), op. cit.
74. Andrews M., Wallis M. (1999), op. cit.
75. Arnott J., Sparrow J. (2004). *The coaching study 2004*. Dostęp: 22.01.2006. Tryb dostępu: <http://www.originconsult.com/research.html>
76. Neubauer J. (1995). *The learning network*. "Journal of Nursing Administration" 25(2):23-32.
77. Guilliland K. (1998). *The New Zealand midwifery mentor partnership*. W: Vance C., Olson R., red., *The mentor connection in nursing*. New York: Springer, s. 185-188.
78. Tice L. (2002). *The therapist as life coach. A natural transition*. Plano, TX: Institute for Life Coach Training.