

Bogumiła Kosicka, Anna Ksykiewicz-Dorota

Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Pedagogiczny i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Pielęgniarskie modele podejmowania decyzji

Decision making models in nursing

Adres do korespondencji:

mgr Bogumiła Kosicka
 Katedra i Zakład Zarządzania
 w Pielęgniarstwie UM w Lublinie
 Al. Raławickie 1, 20-059 Lublin
 tel.: 696 999 827
 e-mail: bogusia_am@interia.pl

STRESZCZENIE

W nowoczesnych założeniach opieki pielęgniarskiej podkreśla się potrzebę zwiększenia odpowiedzialności i autonomii zawodowej pielęgniarki. W praktyce pielęgniarskiej autonomia rozumiana jest jako uprawnienie do samodzielnego podejmowania decyzji związanych z opieką nad pacjentem i ponoszeniem odpowiedzialności za swoje działania. Podejmowanie decyzji jest podstawą obecnej i przyszłej praktyki pielęgniarskiej, stąd istotne wydają się badania tego procesu.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie modeli podejmowania decyzji w praktyce pielęgniarskiej na podstawie piśmiennictwa.

W niniejszej pracy przedstawiono najbardziej istotne z punktu widzenia pielęgnowania modele podejmowania decyzji. W badaniach wykazano, że opisywane w piśmiennictwie podejmowanie decyzji w praktyce pielęgniarskiej można grupować w dwóch ogólnych kategoriach. Pierwsza grupa to racjonalny liniowy, stopniowy, naukowy proces podejmowania decyzji i druga – opisywana jako intuicyjna, refleksyjna aktywność bazująca w dużej mierze na cechach osobowości decydenta.

Na podstawie analizy piśmiennictwa można wyróżnić następujące modele podejmowania decyzji pielęgniarskich:

- model analityczny;
- model przetwarzania informacji (hipotetyczno-dedukcyjny);
- model proceduralny;
- model intuicyjny;
- model analityczno-intuicyjny.

Podejmowanie decyzji wymaga zarówno analitycznego, jak i intuicyjnego modelu decydowania w zależności od rodzaju sytuacji pielęgniarskiej i etapu procesu podejmowania decyzji.

Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (3): 299–303

Słowa kluczowe: modele podejmowania decyzji, proces decyzyjny, decyzje w pielęgniarstwie

ABSTRACT

In modern nursing the role of professional autonomy and responsibility of the nurse is stressed. In nursing practice autonomy is understood as the right to decide about the elements of patient care and being responsible for the result of one's actions. Decision making lies at the basis of today's and future nursing, so a careful study of the subject seems necessary.

The aim of the dissertation is to show the decision making models in nursing practice on the basis of available literature.

This dissertation presents ones of the most significance different models of decision from the nursing point of view.

Research showed that the models of decision making in nursing, as described in literature, can be grouped in two broad categories: first group consisting of the rational, linear, gradual and scientific decision making process; the latter one described as intuitive, reflexive activity based mostly on personal characteristics of the deciding person.

The analysis led us to isolation of the following models of decision making in nursing:

- analytical model,
- data processing model (hypothetical-deductive),
- procedural model,
- intuitive model,
- analytical-intuitive model.

The decision making process requires both analytical and intuitive model of decision making, depending on the nursing situation and stage of the process itself.

Nursing Topics 2008; 16 (3): 299–303p

Key words: decision-making models, the process of the decision making, decision making in nursing

Wstęp

W nowoczesnych założeniach opieki pielęgniarskiej podkreśla się potrzebę zwiększenia odpowiedzialności i autonomii zawodowej pielęgniarki. W praktyce pielęgniarskiej autonomia rozumiana jest jako uprawnienie do samodzielnego podejmowania decyzji związanych z opieką nad pacjentem i ponoszeniem odpowiedzialności za swoje działania. Uzasadnione jest więc stwierdzenie, że podejmowanie decyzji jest podstawą obecnej i przyszłej praktyki pielęgniarskiej.

Przegląd piśmiennictwa dowodzi, że zagadnienie podejmowania decyzji przez pielęgniarki jest szeroko badane i dyskutowane zagranicą. Zainteresowania badawcze skupione są głównie na: badaniu procesu podejmowania decyzji w różnych obszarach pielęgniarstwa, określaniu modeli podejmowania decyzji przez pielęgniarki i czynników wpływających na podejmowane decyzje.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie modeli podejmowania decyzji w praktyce pielęgniarskiej na podstawie piśmiennictwa.

Wyjaśnienia terminologiczne dotyczące podjęcia decyzji

Podejmowanie decyzji w praktyce pielęgniarskiej definiowane jest jako wymaganie wyboru określonego postępowania pielęgniarskiego spośród innych dostępnych rozwiązań [1].

Narayan i Corcoran-Perry definiują podejmowanie decyzji klinicznych jako wzajemne oddziaływanie między człowiekiem podejmującym decyzję (decydentem), a celem podjętej decyzji [2]. Cioffi opisuje podejmowanie decyzji jako wnikliwe myślenie, które jest używane do wyboru konkretnych, indywidualnych, osobistych rozwiązań [3]. Natomiast Clark podejmo-

wanie decyzji określa jako proces, w którym pielęgniarki, używając zebranych informacji o pacjencie, oceniają jego stan i wybierają najlepszą opcję opieki pielęgniarskiej [4].

Podejmowanie decyzji przez pielęgniarki według Cioffi'ego i Clarka jest procesem stosowanym z wykorzystaniem informacji otrzymanych z różnych źródeł w celu dokonania profesjonalnej oceny, podczas której zachodzi analiza niezbędna do podjęcia decyzji [3, 4]. Case twierdzi, że pielęgniarska ocena sytuacji polega na wybieraniu i zbieraniu danych pozwalających popierać wyciągane wnioski [5].

Samo pojęcie decyzji nie jest jednoznaczne. Istnieją różnorodne jej definicje.

Zieleniewski zaznacza, że „decydowanie jest to dokonywanie nielosowego wyboru w działaniu”, zaś „decyzja jest to poczucie decydenta, że proces decydowania został zakończony i że w skutek tego wie on już, jak ma działać” [6]. Nieco inaczej rzecz ujmuje Ferrier, według którego „decyzja polega przeważnie na wyborze wynikającym porównaniach preferencji i porównaniu” [7].

Podejmowanie decyzji jest również rozpatrywane w ujęciu węższym (bardziej klasycznym) i szerszym. W ujęciu węższym decyzja polega na świadomym wyborze działania; wybór taki jest poprzedzony pewną refleksją i namysłem, a decydent jest świadomy przebiegu procesów przeddecyzyjnych. W ujęciu szerszym definiuje się decyzje jako wszelki wybór opcji, a więc również wybór zautomatyzowany i nieświadomy [8].

Tak sformułowane pojęcia decydowania zwracają uwagę na decyzje jako proces, a więc ciąg zdarzeń prowadzący do podjęcia decyzji ostatecznej czy też wyboru konkretnego działania, w wyniku którego zostanie podjęta i wdrożona w życie właściwa decyzja. W procesie decydowania zakłada się ciągłość postępowania decydenta.

Na podstawie badań prowadzonych wśród pielęgniarek sugeruje się, że proces podejmowania decyzji łączy się z sobą poszczególne etapy, takie jak: zbieranie informacji, przetwarzanie informacji, analizę sytuacyjną, identyfikowanie problemów, przygotowanie

planu działania, wdrożenie planu i ocenę sytuacji. Etapy te nie występują według kolejności, ale często zachodzą na siebie, zmieniając swoje miejsce [1, 9].

Modele podejmowania decyzji

W procesie decydowania duże znaczenie odgrywiają modele umożliwiające poszukiwanie najlepszych rozwiązań w danych warunkach. Modelem decyzyjnym jest „układ logicznie powiązanych zależności, którego zadaniem jest imitowanie wyróżnionych przedsięwzięć danego układu rzeczywistego, co do którego podejmuje się decyzje” [6]. Modele decyzyjne stanowią sposoby postępowania w określonych sytuacjach. W piśmiennictwie opisuje się różne modele podejmowania decyzji. W niniejszej pracy ograniczono się do tych najbardziej istotnych z punktu widzenia pielęgnowania. Na podstawie analizy piśmiennictwa wyróżniono następujące modele podejmowania decyzji pielęgniarzkich:

- model analityczny;
- model przetwarzania informacji (hipotetyczno-dedukcyjny);
- model proceduralny;
- model intuicyjny;
- model analityczno-intuicyjny.

Definiowane w piśmiennictwie podejmowanie decyzji w praktyce pielęgniarskiej można grupować w dwóch ogólnych kategoriach. Pierwsza grupa to racjonalny, liniowy, stopniowy, naukowy proces podejmowania decyzji. Druga jest opisywana jako intuicyjna, refleksyjna aktywność bazująca w dużej mierze na cechach osobowości decydenta [1, 4, 11–14]. Na tej podstawie w praktyce pielęgniarskiej wyróżniono dwa główne modele podejmowania decyzji: analityczny (racjonalny) i intuicyjny.

Analityczne podejście w podejmowaniu decyzji jest analizowane przez licznych badaczy (Anderson, Aspinall, Tanner, Benner) [15–18]. Hill i wsp. opisują analityczne (racjonalne) podejmowanie decyzji jako planowany, świadomy, logiczny proces zawierający serię zorganizowanych kroków, które mogą być opisane przez podejmującego decyzje [18]. Analityczny model podejmowania decyzji zakłada racjonalne i logiczne działanie decydenta. W tym modelu decydent posiada pełną informację o sytuacji decyzyjnej i możliwych wariantach decyzyjnych. Realizując schemat racjonalnego podejmowania decyzji, osoba podejmująca ją zdobywa potrzebne do trafnego podjęcia decyzji przekonanie i wiedzę. Głównymi etapami racjonalnego podejmowania decyzji jest: rozpoznanie i zdefiniowanie sytuacji decyzyjnej, zidentyfikowanie wariantów decyzyjnych, ocena każdego z nich, wybranie najlepszego z wariantów, wprowadzenie wybranego wariantu i ocena rezultatów [1, 4, 20].

Wielu autorów podkreśla, że podejmowanie decyzji powinno być racjonalne pod względem rzeczowym

i metodologicznym. Decyzje są racjonalne pod względem rzeczowym, gdy dobór środków osiągnięcia zamierzonego celu odpowiada prawidłowej, obiektywnej istniejącej sytuacji, czyli dokonany wybór jest dostosowany do aktualnego stanu rzeczywistości [7, 8, 21]. Racjonalność decyzji pod względem metodologicznym ma miejsce wtedy, gdy decydent dokonał wyboru na podstawie wszystkich możliwych do zdobycia informacji, a jego wnioskowanie było logiczne i poprawne [7]. Jeżeli zapewniona jest rzeczowa i metodologiczna racjonalność decyzji, mogą one być optymalne i trafne. Trafność podjętych decyzji zależy od liczby i rodzaju dostępnych informacji, wariantów działania, prawidłowości informacji na ich temat oraz słuszności ich oceny przez decydenta [6, 21].

W piśmiennictwie dotyczącym pielęgniarstwa wielu autorów wskazuje na **proces pielęgnowania jako analityczny model podejmowania** decyzji stosowany przez pielęgniarki w opiece nad pacjentem. Jest on opisywany jako systematyczny naukowy model zawierający pięć etapów: zbieranie danych, analizowanie, planowanie, wdrażanie i ocenianie. Należy podkreślić, że proces pielęgnowania jest centralnym ogniwem profesjonalnych standardów klinicznej opieki pielęgniarskiej. Jednak proces pielęgnowania, mimo jego popularności i akceptacji w pielęgniarstwie, jest też kwestionowany przez badaczy, co do jego pewności w wyjaśnianiu kompleksowego, złożonego fenomenu podejmowania decyzji w praktyce pielęgniarskiej [1, 14, 18].

Inną racjonalną metodą wyjaśniającą podejmowanie decyzji jest **model przetwarzania informacji**. W tym modelu opisuje się podejmowanie decyzji jako zależność między krótko- a długoterminową pamięcią i identyfikuje cztery etapy procesu rozumowania: gromadzenie wskazówek, formułowanie hipotez, interpretacja wskazówek i ocena hipotez [13]. Model ten wynika z teorii przetwarzania informacji. Teoria ta jest podstawą w badaniu rozwiązywania problemów i wynika z wiedzy zdobytej indywidualnie w dziedzinie zainteresowania. Powyższy model jest definiowany w medycynie oraz w pielęgniarstwie jako proces hipotetyczno-dedukcyjny wyznaczający problemy pacjenta z wykorzystaniem diagnostycznego rozumowania [13, 18].

Kolejnym modelem opisanym w literaturze przedmiotu jest **model proceduralny**, w którym decyzje podejmuje się zgodnie z przyjętymi regułami, procedurami, przepisami, czyli z ustalonym porządkiem instytucjonalnym. Podjęta decyzja musi stanowić kontynuację tego porządku i przyczyniać się do jego utrzymania. Strukturalne ramy jej podejmowania są więc tak opracowane, że rezultat daje się łatwo przewidzieć [18].

Intuicja jest rozumiana jako proces podejmowania decyzji bez użycia świadomego, logicznego, dającego się uzasadnić krok po kroku procesu. Typowa charak-

terystyka **modelu intuicyjnego** zawiera szybkość przetwarzania informacji, jednocześnie użycie wskazówek, identyfikację wzorca i wypośrodkowane działanie. Intuicyjne podejmowanie decyzji wiąże się z natychmiastowym, bezpośrednim zrozumieniem kluczowych elementów sytuacji [1, 11, 22]. Intuicyjny model podejmowania decyzji wynika z wewnętrznych przekonań decydenta. Charakteryzuje go:

- ogólny obraz sytuacji, a nie jej szczegóły;
- wielokrotnie definiowanie problemów lub decyzji;
- usprawiedliwianie decyzji jej rezultatami;
- jednocześnie rozważanie różnych możliwości;
- swobodne „przeskakiwanie” pomiędzy etapami procesu decyzyjnego;
- szybka i pobieżna analiza alternatyw [22, 23].

Ogólnie intuicja pozwala pielęgniarce osiągać szybkość decydowania, bazując na widocznych, werbalnych i niewerbalnych wskazówkach lub wykrywaniu „zagubionych” danych albo braków w informacji, lub umożliwia zdobycie informacji bezpośrednio o przyszłości [11]. Hamm sugeruje, że intuicja jest jedynie odmianą różnych sposobów myślenia dostępnych decydentowi [24]. Benner utrzymuje, że użycie intuicji jest dozwoloną częścią praktyki pielęgniarskiej i opisuje aspekt intuicyjnego decydowania jako:

- działanie według wzorca i uznanie prawdopodobieństwa,
- zdrowy rozsądek rozumowania,
- odróżnianie znaczących wydarzeń [21].

Mimo że badania nad intuicyjnym podejmowaniem decyzji są relatywnie nowe w piśmiennictwie dotyczącym pielęgniarstwa, wielu badaczy, takich jak Wallas, Nodding i Shore, opisywało te typy podejmowania decyzji wiele lat temu [13, 14].

W większości publikacji pielęgniarskich intuicja jest przedstawiana jako część procesu podejmowania decyzji. Polge, Roberts i Miler relacjonowali odkrycia z badań, które sugerowały, że podejmowanie decyzji i kliniczne decydowanie pociągają za sobą intelektualny proces, który ma oba — racjonalny i intuicyjny — komponent [22, 23].

Zaprezentowana w latach 80. XX w. teoria *Hamond's Cognitive Continuum*, często opisywana jako teoria „analityczno-intuicyjnego podejmowania decyzji”, łączy charakterystykę intuicji i analizy. Zgodnie z tą teorią różne formy procesu poznawczego mogą być uporządkowane na dwóch biegunach. Procesy te mogą poruszać się po analityczno-intuicyjnym kontinuum, w wyniku czego proces decydowania może być w większym lub mniejszym stopniu ukierunkowany intuicyjnie lub analitycznie [12]. Na podstawie badań z psychologii poznawczej wskazuje się, że analityczne i intuicyjne procesy nie są sprzeczne. W ostatnich latach podstawę zdobyła opinia, że pielęgniarskie podejmowanie decyzji wymaga zarówno analitycznego, jak i intuicyjnego pro-

cesu decydowania w zależności od rodzaju sytuacji pielęgniarskiej i etapu procesu podejmowania decyzji (Abussad, Hamers) [14]. Lauri i Salantera w swych pracach przedstawiają model analityczno-intuicyjny podejmowania decyzji pielęgniarskich. Udowadniają, że poszczególne etapy procesu podejmowania decyzji mogą być analityczne bądź intuicyjne. W wynikach badań autorzy ci wskazują również, że modele podejmowania decyzji różnią się w poszczególnych specjalnościach pielęgniarstwa [1, 12, 13].

Wnioski

Jak wynika z powyższych rozważań, podejmowanie decyzji jest istotnym komponentem pielęgnowania. Modele praktyki pielęgniarskiej polegają zasadniczo na podejmowaniu decyzji i są jednoznaczne z uznawaną definicją profesjonalnej działalności [18]. Warto podkreślić, że pielęgniarki są zazwyczaj pierwszymi profesjonalistami w obserwacji szybkości pogarszania się stanu zdrowia pacjenta. W konsekwencji to one interpretują zdarzenia, które mogą determinować dalsze działanie. Połączenie tych możliwości ze wzrastającą odpowiedzialnością i specjalizacją wymaga od pielęgniarek umiejętności skutecznego podejmowania decyzji.

Zwiększająca się samodzielność zawodu pielęgniarki powoduje potrzebę dokładniejszego badania procesu podejmowania decyzji pielęgniarskich. Precyzyjne poznanie tego procesu daje możliwości lepszego przygotowania przyszłej kadry pielęgniarskiej do samodzielności, a zarazem efektywnego podejmowania decyzji.

Piśmiennictwo

1. Lauri S., Salantera S. Decision-making models in different fields of nursing. *Res. Nurs. Health* 1998; 21: 443–452.
2. Narayan S., Corcoran-Perry S. Line of reasoning as a representation of nurses clinical decision-making. *Res. Nurs. Health* 1997; 20: 353–364.
3. Cioffi J., Markhan R. Clinical decision-making by emergency nurses in triage assessments. *Accid. Emerg. Nurs.* 1998; 6: 184–191.
4. Clark R. Clinical decision-making by beginning nurses, Virginia University, Charlottesville 1996: 25–36.
5. Case B. Walking around the elephant: a critical thinking strategy for decision-making. *Journal of Continuing Education in Nursing* 1994; 25 (3): 101–109.
6. Wiśniewski E. Podejmowanie decyzji: wybrane zagadnienia. PK, Koszalin 1998: 7–23.
7. Unold J. Systemy informacyjne marketingu. Wydawnictwo AE im. Oskara Langego, Wrocław 2001; 36–83: 254–257.
8. Grabowska A., Budoholska W., Kozielski J. Procesy percepcji; Myślenie i rozwiązywanie problemów; Podejmowanie decyzji. Wydawnictwo PWN, Warszawa 1995; 155–185.
9. Grier M. Decision making about patient care. *Nurs. Res.* 1976; 25: 105–110.

10. Easen P, Wilcockson J. Intuition and rational decision-making in professional thinking: A false dichotomy. *J. Adv. Nurs.* 1996; 24 (4): 667–673.
11. Hammond K. Human judgement and social policy: Irreducible uncertainty, inevitable error, unavoidable injustice. New York: Oxford University Press 1996: 438–456.
12. Lauri S., Salanterä S. Decision making of psychiatric nurses in Finland, Northern Ireland and the United States. *J. Prof. Nurs.* 1999; 15 (5): 275–280.
13. Lauri S., Salanterä S. Decision-making models of Finnish nurses and public health nurses. *J. Adv. Nurs.* 1995; 21: 520–527.
14. Abu-Saad H., Hamers J. Decision-making and pediatric pain: A review. *J. Adv. Nurs.* 1991; 16: 170–181.
15. Anderson N. A cognitive theory of judgment and decision. W: Anderson N. (red.). *Contribution to information integration theory. Tom 1: Cognition.* Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Assoc. 1991: 105–142.
16. Aspinall M. Nursing diagnosis — the weak link. *Nursing Outlook* 1976; 7: 433–437.
17. Bakalis N. Clinical decision making in cardiac nursing: a review of the literature. *Nursing Standard* 2006; 21 (12): 39–46.
18. Hill P. *Making decisions: A multidisciplinary approach*, Reading, MA: Addison-Wesley 1979: 68–94.
19. Tschikota S. The clinical decision-making processes of student nurses. *J. Nurs. Educ.* 1993; 32 (9): 389–398.
20. Zdyb M. *Istota decyzji.* Wydawnictwo UMCS, Lublin 1993: 10–138.
21. Benner P., Tanner C. Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *Am. J. Nurs.* 1987; 87: 23–43, 1: 23–31.
22. Polge J. Critical thinking: The use of intuitive in making clinical nursing judgments. *Journal of the New York State Nurses Association* 1995; 26 (2): 4–9.
23. Roberts V. A description of intuitive decision making by nursing academic administration. Abstract from ProQuest File: Dissertation Abstracts Item 9107755 Shon D. 1987; 150–154.
24. Hamm R. Clinical intuition and clinical analysis: expertise and the cognitive continuum. W: Dowie J. Elstein A. (red.). *Professional judgement a vader in clinical decision making* Cambridge University Press 1988: 45–87.