

Bogumiła Kosicka, Anna Ksykiewicz-Dorota

Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wpływ poziomu wykształcenia pielęgniarek na model podejmowania decyzji pielęgniarских

The effect of level of education of nurses on nursing decision making model

STRESZCZENIE

Wstęp. Pielęgniarskie podejmowanie decyzji jest opisywane przez kilka zmiennych związanych z pielęgniarką i charakterem świadczonej przez nią opieki. Wiedza i wykształcenie zostały określone przez wielu badaczy jako istotne czynniki wpływające na proces podejmowania decyzji pielęgniarских.

Cel. Celem niniejszych badań było zbadanie zależności między stosowanym modelem podejmowania decyzji a poziomem wykształcenia pielęgniarek.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w grupie 1631 pielęgniarek odcinkowych pracujących w 45 szpitalach w województwach: lubelskim, mazowieckim i małopolskim. W badaniu modeli podejmowania decyzji stosowanych przez pielęgniarki odcinkowe zastosowano metodę sondażu diagnostycznego posługując się techniką ankietową. Narzędzie badawcze stanowił wystandaryzowany kwestionariusz ankiety opracowany przez Lauri i Salanterä z Uniwersytetu w Turku w Finlandii dla potrzeb oceny modeli decyzyjnych.

Wyniki. Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnych statystycznie zależności modelu podejmowania decyzji od poziomu wykształcenia badanych pielęgniarek ($\chi^2 = 4,934$, $P = 0,552$). Nie stwierdzono również istotnych zależności między wykształceniem pielęgniarek a modelem podejmowania decyzji na etapie przetwarzania informacji, planowania i wprowadzania pielęgnowania oraz monitorowania i oceny. Na podstawie wykonanej analizy wariancji stwierdzono jedynie, że wykształcenie pielęgniarek wpływa istotnie ($p = 0,028$) różnicująco na model podejmowania decyzji na etapie zbierania informacji.

Wnioski. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że nie istnieje zależność modelu podejmowania decyzji od poziomu wykształcenia pielęgniarek. Edukacja pielęgniarek, mimo że jest prowadzona na poziomie akademickim nie przygotowuje absolwentów do podejmowania decyzji.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (2): 179–186

Słowa kluczowe: modele podejmowania decyzji, wykształcenie, pielęgniarstwo, pielęgniarka

ABSTRACT

Introduction. Nursing decision-making is described by several variables related to the nurse and the nature of care provided by it. Knowledge and education have been identified by many researchers as important factors in the decision making process in nursing.

Aim. The purpose of this study was to investigate the relationship between decision-making model used and the level of education of nurses.

Material and methods. The research was conducted on a group of 1 631 unit nurses employed in hospital units (intensive-care units, medical treatment departments and departments of surgery). In the study of decision-making models used by unit nurses was applied diagnostic survey method using the questionnaire technique. Research tool was a standardized questionnaire designed by the Finnish authors Lauri and Salanterä of the University of Turku in Finland.

Results. The analyzes didn't show statistically significant ($\chi^2 = 4.934$, $P = 0.552$), depending on the model of decision-making level of education of the nurses. There were not also significant relationships between nursing education and a model of decision making at the stage of information processing, planning and implementation of care and monitoring and evaluation. Based on the

Adres do korespondencji: dr n. med. Bogumiła Kosicka, Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Al. Raclawickie 1, 20–851 Lublin, tel./faks: 81 532 27 31, e-mail: bogusia.kosicka@gmail.com

analysis of variance showed only that the education of nurses affected significantly ($p = 0.028$) to model decision-making at the stage of collecting information. The analytical model was significantly stronger than the intuitive model of the stage of collecting information in a group of nurses with secondary education ($p < 0.05$). Intuitive model was significantly stronger than the analytical model in the group of nurses with graduate education, $p < 0.001$.

Conclusions. Based on the survey found that nurses' level of education does not explain the decision-making skills. Education of nurses, despite being conducted at an academic level does not prepare graduates to make decisions.

Nursing Topics 2013; 21 (2): 179–186

Key words: decision making models, education, nursing, nurse

Wstęp

Kliniczne podejmowanie decyzji jest bardzo ważnym elementem praktyki pielęgniarskiej. W warunkach klinicznych pielęgniarki są najczęściej pierwszymi profesjonalistami, którzy oceniają i interpretują objawy kliniczne pacjenta. Tym samym są zobowiązane do ciągłego podejmowania decyzji. Poznanie i zrozumienie procesu podejmowania decyzji pielęgniarskich jest bardzo istotne w kształceniu i przygotowaniu przyszłej kadry pielęgniarskiej do samodzielnego i efektywnego decydowania.

Podejmowanie decyzji pielęgniarskich jest kompleksowym procesem składającym się z wielu etapów ukierunkowanych na osiągnięcie pożądanego rezultatu.

W procesie decyzyjnym pielęgniarki, używając zebranych informacji o pacjencie, oceniają jego stan i wybierają najlepszą opcję opieki pielęgniarskiej [1–3]. Podejmowanie decyzji w pielęgniarstwie jest definiowane jako wymaganie wyboru określonego postępowania pielęgniarskiego spośród innych dostępnych rozwiązań [4].

Podejmowanie decyzji w praktyce pielęgniarskiej było badane pod wieloma różnymi aspektami i przy użyciu różnych metod. Większość badań nad procesem podejmowania decyzji odwołuje się do analitycznej teorii podejmowania decyzji i teorii przetwarzania informacji [5–7]. Według analitycznej teorii decyzje są podejmowane poprzez systematyczną i logiczną analizę sytuacji. Zgodnie z tą teorią decydent posiada pełne informacje o sytuacji decyzyjnej i możliwych wariantach decyzyjnych. W teorii przetwarzania informacji zakłada się badanie rozumowania poznawczego, czyli umiejętności rozwiązywania problemów. Teoria ta jest zdefiniowana w opiece zdrowotnej jako hipotetyczno-dedukcyjny proces określania problemów pacjenta na podstawie diagnostycznego rozumowania [6, 7].

W procesie decydowania duże znaczenie ma intuicyjne podejmowanie decyzji, które jest określane jako działanie bez użycia świadomego, logicznego, dającego się uzasadnić krok po kroku procesu. Intuicyjne podejmowanie decyzji związane jest z szybkością i pobieżną analizą alternatyw oraz natychmiastowym i bezpośrednim zrozumieniem kluczowych elemen-

tów sytuacji [2, 4, 8]. Teoria analityczno-intuicyjnego podejmowania decyzji łączy charakterystykę intuicji i analizy [4, 5, 9]. Zgodnie z tą teorią różne formy procesu poznawczego mogą być uporządkowane na dwóch biegunach. Procesy te mogą oscylować pomiędzy analityczno-intuicyjnym kontinuum. Dlatego, proces decydowania może być w większym lub mniejszym stopniu ukierunkowany intuicyjnie bądź analitycznie. Oznacza to, że różne zadania powinny być rozwiązane za pomocą różnych procesów poznawczych [4].

Na podstawie przedstawionych teorii wyróżniono podstawowe modele podejmowania decyzji, czyli model analityczny, intuicyjny i modele mieszane: analityczno-intuicyjny i intuicyjno-analityczny.

W wielu badaniach stwierdzono, że wiedza jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na pielęgniarskie podejmowanie decyzji [7–9].

Osoby z szerokim zasobem wiedzy kreują wiele więcej opcji podczas poszukiwania rozwiązań. A zatem, im większą i bardziej dokładną wiedzę posiada pielęgniarka, tym szerszy zakres działań będzie ona proponowała i stosowała podczas procesu podejmowania decyzji. Efektywność w podejmowaniu decyzji zależy ostatecznie od wiedzy pielęgniarki, jak również od jej umiejętności stosowania różnych metod zbierania nowych informacji. Rezultat decydowania zależy też od wyłaniania z nowych informacji tych elementów, które mają powiązania z rozwiązywanym problemem, integrowanie danych z istniejącą wiedzą i formułowanie hipotez [10, 11]. Nieodzownym zatem staje się nauczanie umiejętności podejmowania decyzji na szczeblu akademickim.

Cel

Celem niniejszej pracy było stwierdzenie, czy istnieje zależność pomiędzy stosowanym modelem podejmowania decyzji a poziomem wykształcenia pielęgniarek odcinkowych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w grupie 1631 pielęgniarek odcinkowych pracujących w 45 szpitalach województwa lubelskiego, mazowieckiego i małopolskiego w okresie od sierpnia 2008 roku do lutego 2010 roku.

Wśród badanych 74,98% (n = 1223) pielęgniarek miało wykształcenie średnie, zaś 8,03% (n = 131) wykształcenie wyższe zawodowe, a 16,98% (n = 277) wykształcenie wyższe magisterskie.

W badaniu modeli podejmowania decyzji zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, posługując się techniką ankietową. Narzędzie badawcze stanowił wystandaryzowany kwestionariusz ankiety opracowany przez Lauri i Salanterä z Uniwersytetu w Turku w Finlandii dla potrzeb oceny modeli decyzyjnych.

Kwestionariusz składa się z 56 stwierdzeń (kryteriów) z 5-punktową skalą typu Likerta: prawie nigdy (1 pkt), rzadko (2 pkt), czasami (3 pkt), często (4 pkt), prawie zawsze (5 pkt). Struktura narzędzia odzwierciedla cztery etapy procesu podejmowania decyzji:

- zbierania danych,
- przetwarzania danych i identyfikacji problemów,
- planu działania i wprowadzania planu,
- monitoringu i oceny.

Każdy z powyższych etapów podejmowania decyzji zawiera po 14 stwierdzeń zawartych w narzędziu badawczym. Połowa stwierdzeń zawartych w kwestionariuszu ankiety jest przypisana pomiarowi analitycznemu podejmowania decyzji, zaś druga część dotyczy badania intuicyjnego decydowania. O tym, które kryterium kwestionariusza jest przypisane analitycznemu lub intuicyjnemu modelowi podejmowania decyzji, określa się na podstawie klucza opracowanego przez autorów narzędzia badawczego (Lauri i wsp., 2002).

W celu przeprowadzenia badań na temat modeli decyzyjnych stosowanych przez pielęgniarki, nawiązano kontakt z autorami oryginalnego fińskiego narzędzia badawczego (Lauri i Salanterä). Po uzyskaniu zgody autorów przeprowadzono walidację narzędzia, która obejmowała adaptację językową i ocenę podstawowych właściwości psychometrycznych. Prace nad walidacją narzędzia rozpoczęto po uzyskaniu pisemnej zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie na przeprowadzenie badań (numer KE – 0254/64/2008).

W celu wyłonienia istotnych modeli decyzyjnych wykonano analizę z wykorzystaniem sieci neuro-rozmytych. Do weryfikacji związku między modelem podejmowania decyzji a poziomem wykształcenia zastosowano test chi-kwadrat oraz analizę wariancji Anova z układami powtórzonymi, gdzie zmienną niezależną główną był etap podejmowania decyzji, a zmienną niezależną współtowarzyszącą poziom wykształcenia pielęgniarek. Analiza ta była podstawą do wykonania dalszych statystyk różnic. Jako metodę testów post-hoc (po fakcie), gdy $p < 0,05$ dla analizy Anova wykonano test Duncana.

Badania statystyczne przeprowadzono za pomocą oprogramowania komputerowego STATISTICA® StatSoft® Version 8.0.

Wyniki

Analizę materiału badawczego rozpoczęto od określenia modeli decyzyjnych stosowanych przez badane pielęgniarki. Wszystkie grupy pielęgniarek, z różnym poziomem wykształcenia, stosowały cztery modele podejmowania decyzji, czyli model analityczny, intuicyjny, analityczno-intuicyjny i intuicyjno-analityczny.

We wszystkich grupach pielęgniarek przeważał analityczno-intuicyjny model podejmowania decyzji. Model intuicyjny najczęściej stosowały pielęgniarki z wykształceniem magisterskim (7,94%). Model analityczny najliczniej występował w grupie pielęgniarek z wykształceniem licencjackim (18,32%), natomiast model intuicyjno-analityczny wśród pielęgniarek z wykształceniem średnim. (19,14%). Przedstawione różnice nie były istotne statystycznie i tym samym nie stwierdzono zależności modelu podejmowania decyzji ($\chi^2 = 4,934$; $p = 0,552$) od poziomu wykształcenia badanych pielęgniarek (tab. 1).

Szczegółowe poznanie sposobu podejmowania decyzji przez pielęgniarki było zdeterminowane potrzebą przeanalizowania różnic między modelem analitycznym i intuicyjnym na poszczególnych etapach procesu decyzyjnego, w zależności od poziomu wykształcenia pielęgniarek.

Na podstawie wykonanej analizy wariancji stwierdzono, że wykształcenie pielęgniarek wpływa istotnie ($F; 2,1628 = 3,58$; $p = 0,028$) różnicująco na model podejmowania decyzji na etapie zbierania informacji (tab. 2).

Model analityczny był istotnie statystycznie silniejszy od modelu intuicyjnego na etapie zbierania informacji w grupie pielęgniarek z wykształceniem średnim ($p < 0,05$). Różnice wystąpiły w grupie pielęgniarek z wykształceniem magisterskim ($p < 0,001$), gdzie model intuicyjny był istotnie statystycznie silniejszy od modelu analitycznego (tab. 2).

Model analityczny był istotnie statystycznie silniejszy od modelu intuicyjnego na etapie zbierania informacji w grupie pielęgniarek z wykształceniem średnim ($p < 0,05$). Różnice wystąpiły w grupie pielęgniarek z wykształceniem magisterskim ($p < 0,001$), gdzie model intuicyjny był istotnie statystycznie silniejszy od modelu analitycznego (tab. 2).

Wśród pielęgniarek z wykształceniem magisterskim w stosunku do pozostałych grup pielęgniarek najsilniej na etapie zbierania informacji występował intuicyjny model podejmowania decyzji ($\bar{x} = 4,01$), natomiast najrzadziej model analityczny ($\bar{x} = 3,89$).

Z kolei pielęgniarki z wykształceniem średnim najczęściej w stosunku do pozostałych przebadanych grup stosowały model analityczny, gdzie $\bar{x} = 3,93$, jednak nie były to różnice istotne statystycznie (ryc. 1).

Tabela 1. Zależność modelu podejmowania decyzji od wykształcenia pielęgniarek**Table 1.** Relationship between the decision making model and the level of education of nurses

Lp.	Model podejmowania decyzji	Wykształcenie						Razem
		Średnie		Licencjat		Magisterskie		
		N	%	N	%	N	%	
1.	Intuicyjny	75	6,13	7	5,34	22	7,94	104
2.	Analityczny	171	13,98	24	18,32	35	12,64	230
3.	Intuicyjno-analityczny	234	19,14	19	14,5	50	18,05	303
4.	Analityczno-Intuicyjny	743	60,75	81	61,84	170	61,37	994
5.	Ogółem	1223	100	131	100	277	100	1631

Chi² = 4,934; p = 0,552

Przeprowadzona analiza wykazała, że wykształcenie pielęgniarek nie wpływa istotnie ($F;2,1628 = 0,15$, $p = 0,8603$) różnicująco na model podejmowania decyzji na etapie przetwarzania informacji. We wszystkich grupach pielęgniarek na etapie przetwarzania informacji dominował analityczny model podejmowania decyzji (ryc. 2). Podobne wyniki uzyskano na pozostałych etapach procesu decyzyjnego.

Wykształcenie pielęgniarek również nie wpływało istotnie ($F;2,1628 = 0,36$, $p = 0,7011$) różnicująco na model decyzyjny na etapie planowania. We wszystkich grupach pielęgniarek na etapie planowania przeważał analityczny model podejmowania decyzji (ryc. 3).

Modele podejmowania decyzji nie były zależne ($F;2,1628 = 1,11$, $p = 0,3290$) od poziomu wykształcenia badanych pielęgniarek na etapie wprowadzania pielęgnowania oraz monitorowanie i ocena. We wszystkich grupach pielęgniarek na badanym etapie przeważał analityczny model podejmowania decyzji (ryc. 4).

U wszystkich pielęgniarek bez różnicy w wykształceniu na etapie zbierania informacji dominował intuicyjny model podejmowania decyzji, natomiast na etapie przetwarzania informacji, planowania i wprowadzania pielęgnowania oraz monitorowania i oceny przeważał model analityczny. Na etapie zbierania informacji model intuicyjny i analityczny u pielęgniarek z wykształceniem licencjackim był porównywalny (ryc. 5). Jedyna istotna różnica ($p < 0,05$), po uwzględnieniu nieistotnych statystycznie kontrastów analizy wariancji, była taka, że pielęgniarki z wykształceniem średnim cechowały się istotnym ($p < 0,05$), ale nieznacznie niższym poziomem modelu analitycznego niż intuicyjnego na etapie zbierania informacji. Pielęgniarki z wykształceniem magisterskim cechowały się istotnym ($p < 0,001$), ale nieznacznie niższym poziomem modelu analitycznego

niż intuicyjnego na etapie zbierania informacji (tab. 2, ryc. 5).

Dyskusja

Podejmowanie decyzji pielęgniarskich jest złożonym procesem, który wymaga zarówno obszernej wiedzy, jak i dostępu do wiarygodnych źródeł informacji. Wiedza na temat podejmowania decyzji odgrywa zatem ogromną rolę w przygotowaniu przyszłej kadry pielęgniarskiej do samodzielnego i trafnego podejmowania decyzji.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że wszystkie przebadane grupy pielęgniarek bez względu na poziom wykształcenia stosowały cztery modele podejmowania decyzji. U wszystkich pielęgniarek bez różnicy w wykształceniu nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w sposobie podejmowania decyzji. Ten brak różnic potwierdzono również w poszczególnych etapach procesu podejmowania decyzji.

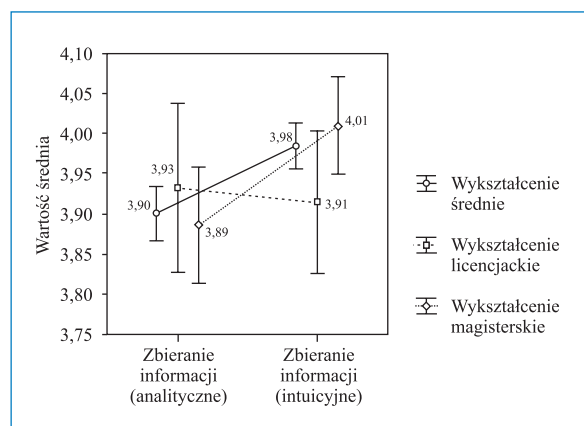
Wśród wszystkich pielęgniarek (bez różnicy w wykształceniu) dominował na etapie zbierania informacji intuicyjny model podejmowania decyzji, natomiast na etapie wprowadzania i oceny pielęgnowania, przetwarzania informacji i planowania przeważał model analityczny. Na etapie zbierania informacji u pielęgniarek z wykształceniem licencjackim model intuicyjny i analityczny był porównywalny. Jedyna istotna różnica była taka, że pielęgniarki z wykształceniem średnim cechowały się istotnym ($p = 0,01$), ale nieznacznie niższym poziomem modelu analitycznego niż intuicyjnego na etapie zbierania informacji. Pielęgniarki z wykształceniem magisterskim cechowały się istotnym, ale nieznacznie niższym poziomem modelu analitycznego niż intuicyjnego na etapie zbierania informacji ($p = 0,0003$).

Tabela 2. Etap zbierania informacji i model analityczny i intuicyjny a wykształcenie

Table 2. Stage of collecting information, and analytical and intuitive models v. the level of education

Lp.	Wykształcenie	Etap (model)	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}
			$\bar{x} = 3,9005$	$\bar{x} = 3,39849$	$\bar{x} = 3,9326$	$\bar{x} = 3,9141$	$\bar{x} = 3,8863$	$\bar{x} = 4,0099$
1.	Średnie	Zbieranie informacji (analityczny)	-	0,013643	0,643237	0,789102	0,825287	0,053827
2.	Średnie	Zbieranie informacji (intuicyjny)	0,013643	-	0,303742	0,304157	0,084263	0,69762
3.	Licencjat	Zbieranie informacji (analityczny)	0,643237	0,303742	-	0,562482	0,520934	0,152034
4.	Licencjat	Zbieranie informacji (intuicyjny)	0,789102	0,304157	0,562482	-	0,609865	0,178759
5.	Magisterskie	Zbieranie informacji (analityczny)	0,825287	0,084263	0,520934	0,609865	-	0,000292
6.	Magisterskie	Zbieranie informacji (intuicyjny)	0,053827	0,69762	0,152034	0,178759	0,000292	-

F(2,1628) = 3,58; p = 0,0280*



Rycina 1. Wykres wartości średnich dla modelu analitycznego i intuicyjnego na etapie zbierania informacji a wykształcenie
Figure 1. Graph of mean values for the analytical model and intuitive at the stage of information vs. education

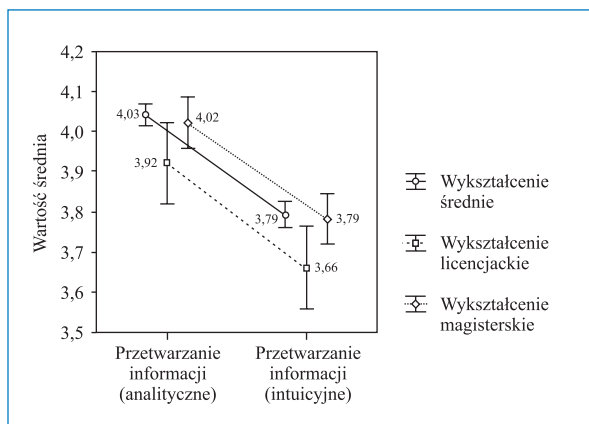
Odmienne wyniki przedstawiają norwescy badacze, którzy na podstawie badań wykazują istotny związek modelu podejmowania decyzji z poziomem wykształcenia pielęgniarek. Według Bjork i Hamilton pielęgniarki z wykształceniem magisterskim częściej stosują intuicyjny model podejmowania decyzji, niż pielęgniarki z niższym wykształceniem. Pielęgniarki z wykształceniem magisterskim częściej niż inne pielęgniarki na etapie zbierania informacji, planowania i wprowadzania i oceny pielęgnowania stosowały model intuicyjny, natomiast na etapie przetwarzania model analityczno-intuicyjny [12].

W piśmiennictwie światowym odnaleziono również wyniki badań, w których autorzy wskazują, że relacja między poziomem wykształcenia pielęgniarek a klinicznym podejmowaniem decyzji nie jest jednoznaczna i wiadoma [13–15].

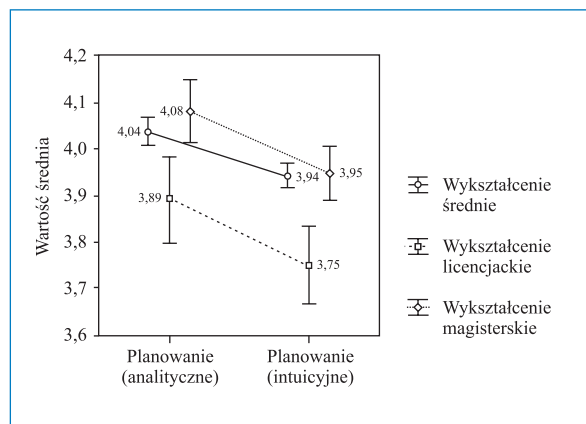
Australijscy naukowcy stwierdzili, że wykształcenie nie zostało znacząco powiązane z decydowaniem. Według nich czynnikami istotnymi w podejmowaniu decyzji są profesjonalna zawodowa orientacja, specjalność kliniczna, staż pracy [13].

Pardue przeprowadził badania w Stanach Zjednoczonych, na podstawie których wykazał brak istotnych różnic w podejmowaniu decyzji w grupach pielęgniarek z różnym poziomem wykształcenia [14]. Według Toita uniwersytecki poziom edukacji nie wpływa na pielęgniarskie podejmowanie decyzji [15].

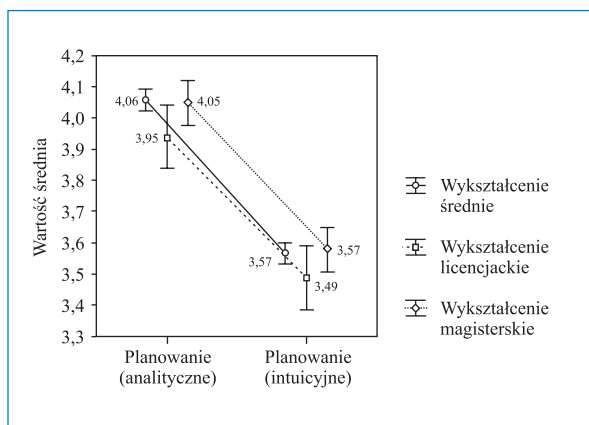
Natomiast Devine i Kozlovsky wyszczególnili odmiennie niż badacze australijscy czynniki wpływające na proces decyzyjny, czyli doświadczenie, poziom wykształcenia, stanowczość decydenta, wartości etyczne, poziom pracy, wiek decydenta, krótkoterminowa pamięć i konflikt interpersonalny [16].



Rycina 2. Wykres wartości średnich dla modelu analitycznego i intuicyjnego na etapie przetwarzania informacji a wykształcenie
Figure 2. Graph of mean values for the analytical model and intuitive at the stage of processing information vs. education



Rycina 4. Wykres wartości średnich dla modelu analitycznego i intuicyjnego na etapie wprowadzenie pielęgnowania oraz monitorowanie i ocena a wykształcenie
Figure 4. Graph of mean values for the analytical model and intuitive at the stage of implementation of nursing, monitoring and evaluation vs. education



Rycina 3. Wykres wartości średnich dla modelu analitycznego i intuicyjnego na etapie planowania względem wykształcenia
Figure 3. Graph of mean values for the analytical model and intuitive at the stage of planning vs. education

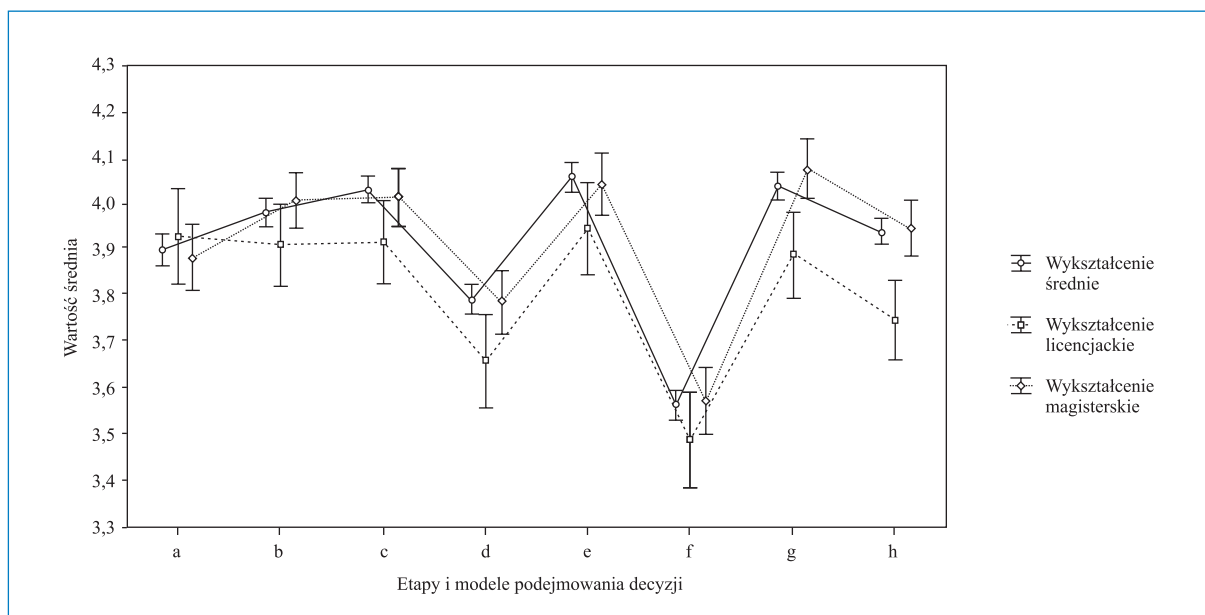
Rhodes sugerował w swoich pracach, że edukacja ściśle wiąże się z podejmowaniem decyzji. Twierdził również, że edukacja na szczeblu akademickim powinna przygotowywać pielęgniarki do podejmowania decyzji [17]. Podobne wnioski wysnuli Prescott i wsp., którzy wnioskowali, że edukacja pielęgniarek ma pozytywny wpływ na podejmowanie decyzji [18].

Według Corcoran kontekst zadania i specjalistyczna wiedza są głównymi determinantami wpływającymi na sposób podejmowania decyzji przez pielęgniarki pracujące na intensywnej terapii [19]. Crow i Spicer twierdzą, że brak jest wystarczających informacji na temat roli i struktury wiedzy pielęgniarskiej [20].

Benner i wsp. wprowadzili do pielęgniarstwa dwie kategorie wiedzy: teoretycznej i praktycznej. Wiedza teoretyczna jest sformalizowana w odniesieniu do ogólnych, abstrakcyjnych reguł i zasad. Praktyczna wiedza pochodzi z doświadczenia [21].

Tanner wskazuje, że wiedza teoretyczna i praktyczna są ściśle powiązane ze sobą ale w pewnym sensie są to różne rodzaje wiedzy [22]. Devine i Kozłowski stwierdzili, że osoby z wysokim poziomem wiedzy były znacznie dokładniejsze w podejmowaniu decyzji od osób z niskim poziomem wiedzy. Osoby z wysokim poziomem wiedzy wymagają mniej informacji i w znacznie większym stopniu wykorzystują informacje kontekstowe w porównaniu z osobami z niskim poziomem wiedzy [23]. Elstein i wsp. stwierdzili, że różnice w strukturze wiedzy były kluczem w wyjaśnieniu różnic w podejmowaniu decyzji przez biegłego a nowicjusza [24].

Wyniki badań nad wpływem poziomu wykształcenia na proces podejmowania decyzji są sprzeczne i wydaje się, że sam poziom wykształcenia nie wyjaśnia umiejętności podejmowania decyzji. Można wysunąć wniosek, że edukacja pielęgniarek, mimo że jest prowadzona na poziomie akademickim nie przygotowuje absolwentów do podejmowania decyzji. Wyniki badań przedstawione w niniejszej pracy stanowią ważne wyzwanie dla edukacji pielęgniarskiej w Polsce, ponieważ w programach nauczania na kierunkach pielęgniarskich nie jest uwzględniona nauka wszystkich pielęgniarskich teorii podejmowania decyzji. U studentów pielęgniarstwa nie kształtuje się zarówno umiejętności skutecznego podejmowania decyzji, jak i podejmowania decyzji związanych z różnymi sytuacjami pielęgniarskimi.



Etykieta	Etap	Model podejmowania decyzji
a	1 Zbieranie informacji	Analityczny
b	1 Zbieranie informacji	Intuicyjny
c	2 Przetwarzanie informacji	Analityczny
d	2 Przetwarzanie informacji	Intuicyjny
e	3 Planowanie	Analityczny
f	3 Planowanie	Intuicyjny
g	4 Wprowadzanie pielęgnowania oraz monitorowanie	Analityczny
h	4 Wprowadzanie pielęgnowania oraz monitorowanie	Intuicyjny

Rycina 5. Wykres wartości średnich dla modelu analitycznego i intuicyjnego na poszczególnych etapach a wykształcenie
Figure 5. Mean values for decision making models at individuals stages of the decision making process depends on the level of education

Przeprowadzone badania odzwierciedlają aktualny problem w kształceniu polskich pielęgniarek. Dlatego też istotnym jest wprowadzenie zmian w programach kształcenia pielęgniarek uwzględniających naukę umiejętności podejmowania decyzji. Zastosowanie odpowiednich działań edukacyjnych, takich jak interaktywne metody nauczania polegające na symulacji, krytycznym myśleniu i rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych, może stać się kluczowym elementem w nabywaniu umiejętności skutecznego i samodzielnego podejmowania decyzji przez studentów pielęgniarstwa.

Wnioski

1. Wszystkie grupy pielęgniarek bez względu na wykształcenie stosują cztery modele podejmowania decyzji, czyli model analityczny, intuicyjny, analityczno-intuicyjny i intuicyjno-analityczny.
2. Nie istnieje związek między stosowanym modelem podejmowania decyzji a poziomem wykształcenia pielęgniarek odcinkowych.
3. Edukacja pielęgniarek, mimo że jest prowadzona na poziomie akademickim nie przygotowuje absolwentów do podejmowania decyzji.

Piśmiennictwo

1. Bakalis N. Clinical decision making in cardiac nursing: a review of the literature. *Nurs. Stand.* 2006; 21: 39–46.
2. Lauri S., Salanterä S. Decision-making models of Finnish nurses and variables related to these models. University of Turku 1994.
3. Lauri S., Salanterä S. Decision-making models in different fields of nursing. *Res. Nurs. Health* 1998; 21: 443–452.
4. Cader R., Campbell S., Watson D. Cognitive Continuum Theory in nursing decision-making. *J. Adv. Nurs.* 2005; 49: 397–405.
5. Banning M. A review of clinical decision making: models and current research. *J. Clin. Nurs.* 2008; 17: 187–195.
6. Alexander C. Influence decision making. *Nurs. Stan.* 1997; 11: 39–42.
7. Baumann A., Bourbonnais F. A crisis decision making in coronary care. *Nurs. Pap.* 1986; 17: 4–18.
8. Brooks K., Shepherd J. Professionalism versus general thinking abilities of senior nursing students in four types of nursing curricula. *J. Prof. Nurs.* 1992; 8: 7–95.
9. Boshuizen H., Schmidt H. On the role biomedical knowledge in clinical reasoning by experts, intermediates and novices. *Cognit. Scien.* 1992; 16: 153–184.
10. Moule P., Knight C. Emergency, cardiac arrest. Can we teach the skills? *Nurs. Educ. Today* 1997; 17: 99–105.
11. Smith C. Evidence based nursing. *Nurs. Manage.* 1997; 3: 22–23.
12. Bjork I., Hamilton G. Clinical decision making of nurses working in hospital settings. *Nurs. Res. Pract.* 2011; 10: 1–8.
13. Noone J. Concept analysis of decision making. *Nurs. Forum* 2002; 37: 21–32.
14. Pardue S. Decision-making skills and critical thinking ability among associate degree diploma baccalaureate and masters-prepared nurses. *J. Nurs. Educ.* 1987; 26: 354–361.
15. Toit D. A sociological analysis of the extent and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. *J. Adv. Nurs.* 1995; 21: 164–171.
16. Devine D., Kozlowsky S. Domain-specific knowledge and task characteristics in decision-making. *Organ. Behav. Hum. Decis. Proces.* 1995; 64: 94–306.
17. Rhodes B. Occupational ideology and clinical decision-making. *Int. J. Nurs. Stud.* 1985; 22: 241–257.
18. Prescott P., Dennis K., Jacox A. Clinical decision making of staff nurses. *Image* 1987; 19: 56–62.
19. Corcoran S. Task complexity and nursing expertise as factors in decision making. *Nurs. Res.* 1986; 35: 107–112.
20. Crow R., Spicer J. Categorization of the patient's medical condition — An analysis of nursing judgment. *Int. J. Nurs. Stud.* 1995; 32: 413–422.
21. Benner P., Tanner C., Chesla C. Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement and ethics. Springer, New York 1996.
22. Tanner C. Thinking like nurse: A research — based model of clinical judgment in nursing. *J. Nurs. Educ.* 2006; 45: 204–211.
23. Devine D., Kozlowsky S. Domain-specific knowledge and task characteristics in decision-making. *Organ. Behav. Hum. Decis. Proces.* 1995; 64: 94–306.
24. Elstein A., Schulman L., Sprafka S. Medical problem solving. *Eval. Health Prof.* 1990; 13: 5–36.