

Rozhodování a rozhodovací procesy v ošetrovatelství

Andrea Scholzová Festová, Sylva Bártllová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Abstract

SCHOLZOVÁ FESTOVÁ, A. – BÁRTLLOVÁ, S. Decision and decision making processes in nursing. In *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, vol. 5, no. 1, pp. 25-30. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-1/rozhodovani-a-rozhodovaci-procesy-v-osetrovatelstvi>.

Background: Review article points out the importance of nurses in the decision-making process, which is an important part of the cognitive activities of a nurse and is one of the main skills of characterizing the professional nursing. The Declaration of the conference in Vienna in 1988 states that the role of the nurse is that it has to act as a partner in decision-making and planning (WHO, 1997).

Objective: The main aim is to define the decision-making process and decision-making in nursing. On these bases, describe the factors influencing decision-making in nursing, barriers to decision-making for nurses and also the importance of participatory decision-making.

Methods: The contained theoretical bases are the result of the analysis of monographs, periodicals and legislative documents. Via the special keywords have been searching monographic resources and articles in scientific databases and then these articles were then subjected to content analysis.

Results: The decision and decision-making process in nursing were defined. The factors influencing decision-making process in nursing and also the barriers in nursing decision-making process have been described. Due to the nature of nurse's work the importance of participatory decision-making process have been also described.

Conclusion: In the context of the provided care, nurse has to make numbers of decisions. The decision-making processes in nursing are influenced by many factors. But ultimately, they always affect patients care.

Keywords: decision, process, nurse, role, profession, autonomy

Úvod

Předkládaný přehledový článek se zabývá rozhodováním a rozhodovacím procesem v ošetrovatelství. Rozhodování v ošetrovatelství probíhá ve spojitosti s každou rolí, kterou sestry zaujímají v rámci své profese. Zároveň přejímají odpovědnost za tato rozhodnutí (Dowding, 2009). Rozhodování je procesem volby alespoň mezi dvěma rozhodovacími variantami. Spoluzodpovědnost v rozhodování posiluje profesní autonomii. Courtney a McCutcheon (2010) uvádí, že autonomní rozhodování má vliv na pracovní spokojenost, produktivitu činností v organizacích. Se vzrůstající autonomií se sestry - poskytovatelky péče dostávají do výkonných pozic v oblasti poskytování zdravotní péče. Tak mají možnost ovlivňovat strategická rozhodnutí týkající se předpisů, legislativy, podpory zaměstnanců a rozpočtu. I Roussel a Roussel (2011) uvádí, že zapojení sester do strategických rozhodování má za následek jejich vyšší pracovní spokojenost, lepší morálku, nižší fluktuaci, zlepšení komunikace, zlepšení vzájemné interakce s kolegy ze svého i spolupracujícího oboru, vyšší produktivitu.

Metodika

Na základě předem stanovených klíčových pojmů: rozhodovací proces, rozhodování, ošetrovatelství, determinanty rozhodování, bariéry rozhodování, participativní rozhodování, byly vyhledány odborné články ve vědeckých databázích Medline, Scopus, EBSCO, Willey interscience a dále v online časopisech *Journal of Advanced Nursing*, *Journal of Clinical Nursing* a *Contemporary Nurse*, čímž byla stanovena minimální kritéria kvality vyhledávaného zdroje a to zařazení do vědecké databáze. Při vyhledávání byly použity následující limity: chronologická data od roku 1980 do roku 2014 bez geografického omezení. Jazykové omezení bylo použito pouze pro jazyk český, anglický a slovenský.

Z výběrového souboru 37 „jedinečných“ zdrojů byl sestaven výzkumný vzorek zahrnující 22 zdrojů. Vyřazené zdroje nespĺnily výše určené limity. Kódovací (záznamovou) jednotkou naší studie je „článek“ v periodiku či monografii. V rámci šetření tedy byly analyzovány obsahy jednotlivých článků. Zdroje z výzkumného vzorku jsou řádně citovány níže v seznamu použitých zdrojů. Ve výsledcích jsou definovány pojmy: rozhodovací proces a rozhodování v ošetrovatelství. Dále jsou popsány faktory ovlivňující rozhodování v ošetrovatelství, bariéry rozhodování u sester a vzhledem k charakteru sesterské práce také význam participativního rozhodování.

Interpretace výsledků – definování pojmů

Rozhodování

DeLaune a Ladner (2011) definují rozhodování jako výběr intervence z repertoáru činností, které umožní dosažení požadovaného cíle. S ohledem na neustálý rozvoj oblasti poskytování zdravotní péče narůstá význam sester jako tvůrců rozhodnutí. Je na ně vyvíjen silnější tlak na rychlá a efektivní rozhodnutí (Kelly, 2012). Význam rozhodování se projevuje především v tom, že ovlivňují zásadním způsobem efektivnost fungování zdravotnictví a budoucí prosperitu. Nekvalitní rozhodování může být a často také bývá, jednou z významných příčin neúspěchu zdravotnických procesů (Veber, 2012). Sestry provádí každý den množství rozhodnutí. Jsou ovlivněny organizačními, profesionálními a regulačními rámci, dle kterých musí pracovat (Peate, 2006). Nejčastěji jsou zmiňovaná klinická rozhodování, etická rozhodování, rozhodování manažerská. Ta, ve svém důsledku vždy ovlivňují péči o pacienty.

Klinické rozhodování je komplexní proces zahrnující pozorování, získávání informací, kritické myšlení, hodnocení důkazů, aplikaci znalostí, schopností pro řešení problémů, reflexe a klinický úsudek k výběru nejlepšího směru aktivit. Ten optimalizuje pacientovo zdraví a minimalizuje potenciální nebezpečí (Standing, 2007). V oblasti klinické praxe je nutné si uvědomit, že rozhodnutí jsou založená na kvalitních důkazech. Ty vycházejí z výsledků výzkumů, uváděných v odborných expertizách, zvyšují kvalitu péče a života pacientů. Významným nástrojem rozhodování jsou rozhodovací stromy, ty zahrnují klinické algoritmy a *Clinical Pathways* (jedná se o standardizované plány péče uložené v časových rámcích) (Standing, 2007).

V rámci poskytování ošetrovatelské péče řeší sestra každodenně rozličná etická dilemata, přičemž se do popředí dostává mravnost rozhodování. Etická rozhodování sestry se opírají o dva typy teoretických východisek. Deontologická teorie podporuje konání dobra a eliminuje zlo, např. lhaní je špatné a nemorální, a to bez ohledu na důsledky pro pacienta. Tento systém je také nazýván formalistický a vychází z něho profesní etika, tj. etické kodexy. Druhým směrem je teorie racionalismu, který zvažuje v procesu rozhodování dobro a zlo s ohledem na jejich možné důsledky (Husted, 2007; Catalano, 2011).

Rozhodování sestry manažerky (*nurse manager, head nurse*) souvisí s její odpovědností v oblasti vedení a řízení ošetrovatelského personálu ve všech směnech a všech ošetrovacích jednotkách (Cooke, Philpin, 2008; Marková, 2013). Tyto sestry pracují obvykle na třech manažerských úrovních: *top management* (vrcholový – hlavní sestry/ náměstkyně pro ošetrovatelskou péči), *middle management* (střední/ vrchní sestry) a *lower management* (první linie, staniční sestry). Na všech úrovních řízení ošetrovatelské péče sehrávají sestry důležitou roli ve strategickém plánování, organizování, realizaci a zvyšování kvality ošetrovatelské péče. (Cooke, Philpin 2008; Marková 2013).

Rozhodovací proces v ošetrovatelství a jeho kroky

Sestry potřebují porozumět rozhodovacímu procesu tak, aby mohly dělat adekvátní rozhodnutí v rámci zdravotní péče (Peate, 2006). Konceptní modely využívané v ošetrovatelství poskytují základ komplexního rozhodování, které je zásadní pro rozvoj ošetrovatelské péče. Definice dle Vebera (2012) uvádí, že rozhodovací procesy lze chápat jako procesy řešení rozhodovacích problémů, tj. problémů s více (tj. alespoň dvěma) variantami řešení. Sestry tento rozhodovací proces využívají v rozhodování, která vycházejí z jejich rolí a pracovních pozic (Peate, 2006).

Oremová (1995) uvádí, že je to aktivita k dosažení předpokládaného výsledku, kterému předchází reflexe a rozvaha k odhadnutí situace. Následně je provedena volba, co by mělo být provedeno. Ellis a Hartley (2008) rozhodovací proces definují jako systematický kognitivní proces, ve kterém jsou identifikovány a vyhodnoceny alternativy. Dochází k výběru možnosti. Tyto procesy produkují výsledky. Podněcují aktivitu tj. něco dělat (nebo nedělat). Je třeba diferencovat algoritmus rozhodovacího procesu s kroky procesu ošetrovatelského a procesu řešení problémů. Ošetrovatelský proces je využíván v situacích pacientů a jejich problémů. Rozhodovací proces a proces řešení problémů je možno využít ve velkém množství situací v různých disciplínách (Kelly, 2012). Pojem procesu řešení problémů je nutné odlišit od rozhodovacího procesu. Jsou často považovány za synonymum. Konceptuálně se však liší. Proces řešení problému obsahuje zhodnocení a analýzu problému. Rozhodovací model pracuje s výběrem vhodných variant. Ne všechny rozhodovací procesy řeší problémy. Někdy se jedná pouze o volbu varianty. Rozhodování je však důležitým krokem v řešení problémů, nejedná se však o stejný model (Lipe, Beasley, 2004).

Rozhodovací problémy bychom mohli obecně vymezit existencí difference (odchyly) mezi žádoucím stavem, tj. tím, co má být, a skutečným stavem, tj. tím, co reálně je.

Na základě rozhodovacích modelů Swansburg a Swansburg (2002) identifikovali sedm kroků rozhodovacího procesu. Prvním krokem je vymezení cílů a očekávaných výsledků. Cíle a očekávané výsledky je nutné znát před počátkem tohoto procesu.

Druhým krokem je identifikace problému. Předpokladem úspěšného řešení rozhodovacích problémů je jejich identifikace a stanovení priorit řešení. Naplnění této etapy je především získávání, analýza a vyhodnocování informací různého charakteru. Doporučuje se, aby sestry tyto problémové situace dále rozčlenily do dílčích problémů. Významné problémy se značnými negativními důsledky by měly být sestrami řešeny přednostně. Častým nedostatkem této etapy bývá jistá necitlivost vůči vznikajícím problémům, kterou lze shrnout do často používané věty „však ono to nějak dopadne“. S tím pak souvisí i pozdní identifikace problémů v okamžiku výrazného prohloubení jejich negativních dopadů (Swansburg, Swansburg, 2002; Veber, 2012).

Tretím krokom je sestava a analýza informáci súvisiacich s riešením. Získávanie informáci by malo zahŕňať znalosť dokumentu organizácie. Sestry sa pripravujú identifikovať alternatívy. Posudzujú potenciálne riešenia s vytýčenými cieľmi (Swansburg, Swansburg, 2002).

Čtvrtý krok je tvorba a hodnotenie variant. Jedná sa o etapu kladúcu vysoké nároky na tvůrčie schopnosti sester. Jejich snahou by preto malo byť spracovanie čo najširšieho souboru koncepčne odlišných variant. Predpokladom hodnotenia a voľby varianty určenej k realizácii je vytvorenie souboru kritérií hodnotenia. Navrhnutý soubor kritérií odráža stanovené ciele riešenia problému. U potenciálnych alternatív je treba zohľadniť čas, cenu a schopnosti, kto bude rozhodnutie implementovať (Veber, 2012).

Pátý krok je voľba jednej z variant. U každej sú zisťované pozitívne a negatívne dopady. Je ustanovená pravdepodobnosť voľby. Bežne sa stanovuje najlepší a najhorší. Je nutné zhodnotiť efektívnosť každej varianty.

Šiestym krokom rozhodovacieho procesu je implementácia vybranej varianty. Výše popísané predchádzajúce fázy rozhodovacieho procesu lze charakterizovať ako prípravu rozhodnutí. Nasleduje voľba varianty určenej k realizácii. Je treba, aby sestry znaly spôsoby implementácie rozhodovania a jejich schopnosť pohľadu z rôznych úhlů. V opačnom prípade sú limitované a v rozpore s filozofickými konceptmi ošetrovateľskej profese. Kvalitu realizácie ovplyvňuje angažovanosť sester, ktorých se dôsledky variant týkajú (Harrington et al., 2014).

Sedmým krokom je monitorácia a evaluácia výsledků. Sestry srovnávajú požadované výsledky s nežádúcimi výsledkami. Vytvárajú modifikácie nezbytné k dosiahnutiu požadovaných výsledků. Plynulosť či mezery v procese poslúžia sestram, aby monitorovali budúce procesy a zabránili znovuoobjaveniu sa problému.

Součastí rozhodovacieho procesu je i analýza nákladů, akožto zásadný nástroj pre rozhodovanie (Swansburg, Swansburg, 2002).

Determinanty rozhodovania v ošetrovatelství

Rozhodovacie procesy v ošetrovatelství ovplyvňuje rada faktorů. Medzi ne patria emoce, hodnoty, vnímanie a aktuálne spoločenské klima. Sestry dedia rozhodnutie vyžadujúce inteligenciu a úsudek, osobné a profesionálne hodnoty, morálku, právo, politický rozhľad, organizačnú kulturu, ekonomiku (Roussel, Roussel, 2011). Rozhodovanie sester je založené na dôkazoch, biografii pacienta, pacientových prioritách, etických záležitostiach. Hodnoty vstupujú do rozhodovacieho procesu. Efektívni tvůrci rozhodnutí disponujú jistými dovednosťami. Tyto dovednosti sa môžu naučiť praxí a integrovať je do rozhodovacieho procesu. Sebevedomie a asertívni jedinci sú všeobecne efektívnejší. Tyto schopnosti sú umocnené racionálnymi faktormi, ktorými sú zkušenosť a znalosť. Se vzrastajúcimi zkušenosťami sa rozhodovanie stáva viac automatické a intuitívne (Roussel, Roussel, 2011). Roussel a Roussel (2011) poukazujú na skutočnosť, že u sester s vyšším akademickým vzdelaním vzrastá lepšia schopnosť rozhodovania v praxi. Swansburg a Swansburg (2002) uvádzajú, že rozhodovanie sester je racionálne i intuitívne. Intuícia je kreatívnym a umocňujúcim prvkom, ktorý lze merať a naučiť sa. Bennerová (2009) zistila, že tento fenomén sa vyskytuje u sester expertů, ktoré disponujú intuitívnym úsudkom na rozdiel od začínajúcich sester. Bennerová (2009) uvádza, že intuícia sa môže vyvinúť podvedomú a / alebo zámernú. Intuícia je rozvíjaná prostredníctvom vzdelávania a rozsiahlej praxe s vhodnými príkladmi. Zkušenosť vedie k intuícii, etickému uvažovaniu a osobnej znalosti (Benner, 2009). Bennerov model (From Novice to Expert) je v súčasnosti uznávanou filozofiou ošetrovatelství. Je využiteľný vo výskume, praxi i v ošetrovateľskom vzdelávaní (Altman, 2007).

Rozhodnutie môžu byť analyzované z pohľadu perspektívy, účinku, hodnot, kvality, návratnosti, jedinečnosti. Z pohľadu perspektívy znamená, ak dlho toto rozhodnutie bude organizáciu ovplyvňovať v budúcnosti a aký bude čas potrebný k požadovanému účinku. Účinnosť znamená množstvo ľudí, oddelení, ktoré budú ovplyvnené. Záleží, na ktorej úrovni bolo rozhodnutie učené. Hodnoty znamenajú zejména morálne dôsledky. Jednotliví členovia vnášajú svoje vlastné ideje, kulturu a hodnoty (Harrington et al. 2014).

Rozhodovanie o zdravotníckom systéme je často ovplyvnené sociopolitickými a ekonomickými ukazateľmi. Zdravotnícka péča je multidisciplinárna a z toho vyplýva, že během rozhodnutia musí byť reflektovaný pohľad spolupracujúcich profesií, ktoré majú zodpovednosť za určené aspekty péče (Courtney, McCutcheon, 2010).

Rozhodovanie v ošetrovatelství sa obvykle deje za nejistoty – nejsme si jisti, čo sa stane následne po našom rozhodnutí či aktivite. Tato nejistota sa prejavuje zejména v nemožnosti spoľahlivého stanovenia významu rizikových faktorů. Z toho pak vyplýva, že vzniká určitá pochybnosť, či zvolená varianta je skutočne variantou najlepší, pretože dôsledky sú pouze odhadované. Nejistota rozhodovania vychádza často z nedostatočných informácií, ktoré majú sestry k dispozícii (Thompson, Dowding, 2009). Thompson a Dowding (2009) uvádzajú tri typy nejistoty: technická, personálna, konceptuálna. Z praxe rozhodovania sú známe typické chyby, ktorých by sa mali sestry vyvarovať (okrem neznalosti metód a nástrojů na podporu rozhodovania). K obvyklým chybám patrí obava z nového a neznámeho, nedostatok informácií potrebných pre rozhodovanie, ale i nechota brať na seba riziko za špatné rozhodnutie (Veber, 2012). Je nutné pochopiť, že někdy ideálne riešenie neexistuje. Každý rozhodovateľ si uvědomuje dôsledky svojho rozhodnutia. Zároveň ví, že nikdo nerozhoduje bezchybné. Kriticky smýšľajúci rozhodovateľ se nejdříve zaměřuje na prioritní rozhodnutí a nezdržuje se méně důležitými (Veber, 2012).

Prí klasifikácii rozhodovacích procesů v teorii rozhodovania sa jako jedno klasifikačné hľadisko uplatňuje subjekt rozhodovania. Rozhodovacie procesy členia do dvoch kategórií, a to na procesy s individuálnym subjektom rozhodovania a kolektívnym subjektom rozhodovania, označovaným jako participatívne rozhodovanie.

Participatívni rozhodovani v ošetrovatelstvi

Participatívni rozhodovani má významné prednosti i své nedostatky. Mezi jeho prednosti patři především vyšší kvalita rozhodovani vlivem zvýšeného rozsahu informací a znalostí, lepším pochopením problému, rozšířením spektra přístupů k jeho řešení. Uplatnění předností participatívniho rozhodovani závisí na existenci kooperativní atmosféry a vztazích mezi členy skupiny. Účast při řešení rozhodovacích problémů znamená, že si sestry jako členové skupiny osvojují dovednosti nezbytné pro kvalitní řešení rozhodovacích problémů. Rozhodovací proces je tedy současně procesem učení (Švecová, Fotr, 2010).

Vyšší míra participace umožňuje získat zkušenosti a návyky, jak se k sobě vzájemně chovat. Podporuje spolupráci členů skupiny. Týmová práce vede ke sdělování informací, zkušeností a dovedností. Členové týmu poznávají, že přínos každého z nich je pro řešení problému jedinečný. Učí se vzájemně si důvěřovat a spoléhat se jeden na druhého (Švecová, Fotr, 2010). Podporuje se integrace individuálních cílů s cíli organizace. Roste loajalita k organizaci. Ovlivňuje příznivě postoj k manažerům (Švecová, Fotr, 2010). Dochází k vyšší spokojenosti zaměstnanců, manažerů a hlavně pacientů. Je příznivější – podnětné prostředí, rozvíjí se společné cíle. Optimálně se využívají sesterské dovednosti, což pozitivně ovlivňuje rozvoj zdravotní péče (Hood, 2014). Značný význam pro volbu vhodné míry participace má povaha řešených rozhodovacích problémů. Obecně platí, že vyšší míra participace je vhodná pro řešení špatně strukturovaných rozhodovacích problémů, kde je třeba spojit informace, znalosti a názory více subjektů. Tato rozhodovani provádí skupina profesionálů schopných rozhodovat o záležitostech z oblasti, ve které jsou experty (Harrington et al., 2014). Jedná se o zajištění neoptimálnějšího budoucího stavu. Výsledkem tohoto rozhodnutí je konsensus.

Mezi nejvýznamnější nevýhody participatívniho rozhodovani patři především vyšší časová náročnost, možná individuální dominance, náklaza chybami ostatních členů skupiny, možnost vyloučení progresivních variant řešení, skupinové myšlení (snaha dosáhnout shody místo hledání nejlepší varianty) a sociální lenost (Švecová, Fotr, 2010).

Bariéry v rozhodovani u sester

Klíčovou bariéru v rozhodovacích procesech spatřuje Hoffman (2004) v nedostatečné participaci sester v rozhodovacím procesu. Historicky byla rozhodovani v ošetrovatelstvi autoritářská s minimálním vlivem ošetrovatelského personálu a to zejména, co se týkalo institucionálních záležitostí. Sestry byly limitovány zejména ve své profesionální autonomii.

Často je rozhodovani v ošetrovatelstvi považováno za rozhodovani podléhající medicínským rozhodnutím (Courtney, McCutcheon, 2010). Jak uvádí Kilíková a Jakušová (2008), nedostatek moci v rukách sester manažerek má za následek submisivní postavení a nerovnocennost při rozhodovani na jednotlivých úrovních. Nedostatek formální moci má za následek absenci ošetrovatelství při rozhodovani ve zdravotnickém týmu. Podpora rozhodovani je třeba zejména vzděláváním sester tak, aby věděly, jak se rozhodovat a to na všech úrovních. Je třeba udržovat jejich informovanost o postupu a zajištění informací tzv. z první ruky. Je nutná otevřenost pro využívání inovací. Úspěšná sestra je ta, která zůstává informována o rozhodnutích na různé úrovni organizace a rozhoduje pouze o záležitostech, vyplývajících z její odbornosti. Sestra odporuje implementaci rozhodnutí (Roussel, Roussel, 2011).

Závěr

Rozhodovani je významným elementem sesterské práce. V ošetrovatelstvi není pouze výsadou sester pracujících na některé z úrovní managementu. Sestry jsou spolutvůrci rozhodovani v rámci multidisciplinárního týmu v mezích svých kompetencí. V oblasti vyžadujících zásadní změny je vhodnější participatívni rozhodovani než individuální. Schopnosti sestry rozhodovat se rozvíjí prostřednictvím vzdělávání a rozsáhlé praxe s vhodnými příklady. Řada autorů poukazuje na skutečnost, že autonomní rozhodovani má vliv na pracovní spokojenost, produktivitu činností v organizacích. Sestry na manažerských pozicích mohou zvýšit možnost zapojení všech sester do rozhodovani v oblasti péče o pacienty, v interdisciplinárních týmech a komisích. Podněcují sestry pro účast v dalších organizacích a vládních systémech (Roussel, Roussel, 2011). Vytváření sítí a sdružování sester je prováděno se záměrem ovlivnit rozhodnutí. Sestry se mají možnost podílet na rozhodnutí například prostřednictvím zájmových skupin a profesních organizací. Black (2014) rovněž uvádí, že profesní organizace sester využívají kolektivní moci k ovlivnění politických rozhodnutí. Výše uvedené skutečnosti by měly poukazovat na to, aby si sestry v ČR uvědomily svůj význam rozhodovani a silný vliv kolektivní a multidisciplinární spolupráce. Sestry představují nejpočetnější skupinu zdravotnických pracovníků a mají tedy možnost významně ovlivnit svou vlastní budoucnost. Možnost a prostor rozhodovat se, je motivačním faktorem pro sestry ve všech pozicích. Otázkou však zůstává vymezení kompetencí sester, důvěra veřejnosti a zejména zájem samotných sester o rozhodovací pravomoci.

Seznam bibliografických odkazů

- ALTMAN, T. K. 2007. An evaluation of the seminal work of Patricia Benner: Theory or philosophy? In *Contemporary Nurse*, 2007, vol. 25, no. 1-2, pp. 114-123.
- BENNER, P. et al. 2009. *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. New York : Springer Publishing Company, 2009. 528 p.
- BLACK, B. P. 2014. *Professional Nursing – Concepts and Challenges*. St. Louis : Elsevier Saunders, 2014. 452 p.
- CATALANO, J. T. 2011. *Nursing Now!: Today's Issues, Tomorrows Trends*. Sydney : Churchill Livingstone, 2011. 736 p.
- COURTNEY, M. – MCCUTCHEON, H. 2010. *Using Evidence to Guide Nursing Practice*. Chatswood : Churchill Livingstone, 2010. 240 p.
- COOKE, H. – PHILPIN, S. 2008. *Sociology for Nursing and Healthcare*. London : Elsevier, 2008. 232 p.
- DELAUNE S. C. – LADNER, P. K. 2011. *Fundamentals of Nursing: Standards and Practice*. Delmar : Cengage Learning. 2011. 1504 p.
- DOWDING, D. 2009. Commentary on Banning M. A review of clinical decision making: models and current research. In *Journal of Clinical Nursing*, 2009, vol. 18, no. 2, pp. 309-311.
- Ellis, J. R. – Hartley C. L. 2008. *Managing and coordinating nursing care*. Hongkong : Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 570 p.
- HARRINGTON, M. et al. 2014. *Decision-Making in Nursing*. New York : Jones and Bartlett, 2014. 208 p.
- HOFFMAN, K. 2004. Barriers to clinical decision making in nurses in Australia. In *Journal of Advanced Nursing*, 2004. vol. 21, no. 3, pp. 8-13.
- HOOD, L. J. 2014. *Conceptual Bases of Professional Nursing*. Baltimore : Lippincott Williams a Wilkins, 2014. 640 p.
- HUSTED, J. H. 2007. *Ethical decision making in nursing and health care the symphonological approach*. New York : Springer., 2007. 352 p.
- KELLY, P. 2012. *Nursing Leadership & Management*. Delmar : Cengage learning, 2012. 776 p.
- KILÍKOVÁ, M. – JAKUŠOVÁ, V. 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta, 2008. 148 s.
- LIPE, K. S. – BEASLEY, S. 2004. *Critical Thinking in Nursing: A Cognitive Skills Workbook*. Philadelphia : Lippincott W & W, 2004. 337 p.
- MARKOVÁ, E. 2013. *Pracovní strategie sester na řídicích pozicích*. Č. Budějovice : ZSF JU, 2013. 167 s. Disertační práce.
- OREM, D. E. 1995. *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis : Mosby, 1995. 237 p.
- PEATE, I. 2006. *Becoming a Nurse in the 21st Century*. London : John W&S, 2006. 522 p.
- ROUSSEL, L. – RUSSEL, S. 2011. *Management and Leadership for Nurse Administrators*. Sudbury : Jones and Bartlett, 2011. 826 p.
- STANDING, M. 2007. Clinical decision-making skills on the developmental journey from student to registered nurse: a longitudinal inquiry. In *Journal of Advanced Nursing*, 2007, vol. 60, no. 3, pp. 257-269.
- SWANSBURG, R. C. – SWANSBURG, R. J. 2002. *Introduction to Management and Leadership for Nurse Managers*. Sudbury : Jones and Bartlett, 2002. 638 p.
- ŠVECOVÁ, L. – FOTR, J. 2010. *Manažerské rozhodování: postupy, metody a nástroje*. Praha : Ekopress, 2010. 474 s.
- THOMPSON, C. – DOWDING, D. 2009. *Essential Decision Making and Clinical Judgement for Nurses*. Sydney : Churchill Livingstone, 2009. 288 p.
- VEBER, J. et al. 2012. *Management: základy, moderní manažerské přístupy, výkonnost a prosperita*. Praha : Management, 2012. 734 s.
- WHO. 1997. *European Conference on Nursing, Nursing in Europe: A Resource for Better Health*. WHO : Regional Publications, 1997. 278 p.

Kontakt

Mgr. Andrea Scholzová Festová

Katedra ošetrovateľstvá a porodní asistencie ZSF JU

U Výstavišťa 26

370 05 České Budějovice

Česká republika

E-mail: festova@gmail.com

Prijaté: 8. 10. 2014

Akceptované: 11. 5. 2015