



Ošetřovatelství ve Spojených státech amerických

Bakalářská práce

Studijní program:

B5341 Ošetřovatelství

Studijní obor:

Všeobecná sestra

Autor práce:

Natálie Strouhalová

Vedoucí práce:

Mgr. Marie Froňková

Fakulta zdravotnických studií





Zadání bakalářské práce

Ošetřovatelství ve Spojených státech amerických

Jméno a příjmení: **Natálie Strouhalová**
Osobní číslo: D17000026
Studijní program: B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Zadávající katedra: Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2019/2020**

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

- 1) Popsat systém vzdělávání a ošetrovatelství ve Spojených státech amerických.
- 2) Zjistit jak je poskytována péče ve Spojených státech amerických.

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Ošetrovatelství ve Spojených státech amerických má dlouhou historii a za sebou dlouhou linii vývoje. Spojené státy americké jsou jednou z vyspělých zemí, což je viditelné i na ošetrovatelství. Ošetrovatelská péče má komplexní hierarchii a specifika. Rozsah výkonů se výrazně neliší od kompetencí českých sester, ale vyžadují větší odbornost a samostatnost.

Výstupem kvalifikační práce bude článek připravený k publikaci.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

1. Nestanovená – popisný cíl. 2. Jak funguje systém ošetrovatelské péče ve spojených státech amerických? 2.a Jak vypadá ošetrovatelský tým a jaké jsou v něm role? 2.b Jak probíhá poskytování ošetrovatelské péče? 2.c Jaké rizikové faktory zhoršují pracovní podmínky sester ve Spojených státech amerických?

Metoda:

Kvalitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Polostrukturovaný rozhovor

Místo a čas realizace výzkumu:

Nashville, Tennessee, USA

Memphis, Tennessee, USA

Vzorek:

Americké sestry z oblasti Nashville a Memphis ve Spojených státech amerických. 3-5 všeobecných sester (po dosažení výzkumné saturace).

Rozsah práce:

Rozsah bakalářské práce činí 50-70 stran (tzn. 1/3 teoretická část, 2/3 výzkumná část).

Forma zpracování kvalifikační práce:

Tištěná a elektronická.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce:
Jazyk práce:

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

- American nurses association. 2015. *Nursing scope and standards of practice*. 3rd ed. Maryland: Nursesbooks.org. ISBN 878-1-55810-620-8.
- ANEMA, Marion G. a Jan MCCOY. 2010. *Competency-based nursing education: guide to achieving outstanding learner outcomes*. New York: Springer Pub. Co. ISBN 978-0826-1-0510-3.
- ČESKO. 2017. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vyhláška č. 391 ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky 2/2016 Sb. In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 137, str. 4360-4375. ISSN 1211-1244.
- ČESKO. 2017. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Zákon č. 201 ze dne 8. června 2017, kterým se mění zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání způsobilosti nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 72, str. 2065-2084. ISSN 1211-1244.
- D'Antonio, Patricia. 2010. *American nursing: A History of Knowledge, Authority, and the Meaning of Work*. Maryland: The Johns Hopkins University Press. ISBN 978-0-8018-9564-7.
- The Future of nursing*. 2010. United States: National Academies Press. ISBN 978-0-309-15824-4.
- HUBNER-THOMESOVÁ, Magda. 2010. Co je to NCLEX? (aneb Cesta k tomu jak se stát v Americe sestrou). Brno: Magda Hubner-Thomesová. ISBN 978-80-254-8476-0.
- JUDD, Deborah M. a Kathleen SITZMAN. 2014. *History of American nursing: trends and eras*. 2th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1-4496-9440-1.
- LISTOPAD, Kateřina. 2010. Vzdělávání registrovaných sester (RN) ve Spojených státech amerických. *Sestra*. 20(3). 20-21. ISSN 1210-0404.
- MCEWEN, Melanie a Evelyn M. WILLS. 2014. *Theoretical basis for nursing*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-4511-9031-1.
- OLDŘICHOVÁ, Lucie. 2011. Sestry v USA vedou anestezii bezpečně. A ty české? *Medical tribune*. 7(3). B4. ISSN 1214-8911.

Vedoucí práce:

Mgr. Marie Froňková
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

1. září 2019

Předpokládaný termín odevzdání: 30. června 2020

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

1. května 2020

Natálie Strouhalová

Poděkování

Velice ráda bych zde poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Marii Froňkové za pomoc, ochotu, trpělivost a rady, které mi poskytla při psaní této bakalářské práce. Velice také děkuji respondentům za ochotu a vynaložený čas.

Anotace

Jméno a příjmení autora: Natálie Strouhalová

Instituce: Technická univerzita v Liberci,
Fakulta zdravotnických studií

Název práce: Ošetřovatelství ve Spojených státech amerických

Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková

Počet stran: 66

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2020

Anotace:

Ošetřovatelství ve Spojených státech amerických je technologicky i organizačně na velmi vysoké úrovni. Aby sestra mohla vykonávat svou profesi, musí projít vyšším vzděláním a absolvovat zkoušku pro získání licence. Ošetřovatelství se řídí dle zásad Evidence-Based Nursing a Evidence-Based Practise. Bakalářská práce se zabývá podobou a strukturou ošetřovatelství ve Spojených státech amerických. První část se zabývá teorií, kde je rozebrána například historie, vzdělávání, ošetřovatelský tým či ošetřovatelský proces. Druhá část, výzkumná, se zabývá vzděláváním, obrazem ošetřovatelství, ale například i bezpečností sester při práci či péčí o duševní zdraví sester. Zvolená technika kvalitativního výzkumu byl polostrukturovaný rozhovor.

Klíčová slova: ošetřovatelství, Spojené státy americké, vzdělávání sester, kompetence, ošetřovatelský proces

Annotation

Name and surname: Natálie Stouhalová

Institution: Technical university of Liberec
Faculty of Health Studies

Title: Nursing in the United States of America

Supervisor: Mgr. Marie Froňková

Pages: 66

Appendix: 7

Year: 2020

Annotation:

Nursing in the United States of America is technologically and organizationally at a very high level. In order to perform her profession, a nurse must undergo higher education and pass an examination to obtain a license. Nursing is governed by the principles of Evidence-Based Nursing and Evidence-Based Practice. The bachelor thesis deals with the form and structure of nursing in the United States. The first part deals with the theory, which discusses, for example, history, education, the nursing team or the nursing process. The second part, research, deals with education, the image of nursing, but also, for example, the safety of nurses at work or care for the mental health of nurses. The chosen technique of qualitative research was a semi-structured interview.

Keywords: nursing, United States of America, nursing education, competency, nursing process

Obsah

1	Úvod	12
2	Teoretická část.....	13
2.1	Historie ošetrovatelství ve Spojených státech amerických	13
2.1.1	Ošetrovatelství v amerických koloniích v 17. a 18. století	13
2.1.2	Ošetrovatelství v období 19. století.....	13
2.1.3	Ošetrovatelství ve Spojených státech amerických ve 20. století.....	14
2.1.4	Ošetrovatelství ve Spojených státech amerických 21. století.....	15
2.2	Teoretický základ ošetrovatelství ve Spojených státech amerických	16
2.2.1	Ošetrovatelství ve Spojených státech amerických	16
2.2.2	Struktura ošetrovatelství ve Spojených státech amerických	17
2.2.3	Evidence-Based Nursing.....	17
2.2.4	Nursing Intervention Classification, Nursing Outcomes Classification, North American Nursing Diagnoses Association	18
2.3	Současný systém vzdělávání ošetrovatelství ve Spojených státech amerických.....	19
2.3.1	Možnosti vysokoškolského vzdělávání sester.....	19
2.3.2	Zkouška National Council Licencure Examination	20
2.4	Systém ošetrovatelství ve Spojených státech amerických	21
2.5	Standardy ošetrovatelské péče ve Spojených státech amerických	23
2.6	Kompetence sester ve Spojených státech amerických	24
2.6.1	Pojetí kompetencí ve Spojených státech amerických.....	24
2.6.2	Kompetence dle ošetrovatelského procesu	24
2.6.3	Kompetence dle kritérií standardu ošetrovatelské péče	25
2.6.4	Ošetrovatelská dokumentace.....	26
2.7	Budoucnost ošetrovatelství ve Spojených státech amerických	27
3	Výzkumná část	28
3.1	Cíle práce a výzkumné otázky	28
3.1.1	Cíle práce	28
3.1.2	Výzkumné otázky.....	28

3.2	Metodika a charakteristika	28
3.3	Kategorizace a analýza výsledků	29
3.3.1	Kategorie I. Potřebné náležitosti k zahájení studia v oboru registrovaná sestra, Vzdělávání v oboru Bachelor of Science in Nursing	30
3.3.2	Kategorie II. Zkouška NCLEX	32
3.3.3	Kategorie III. Kompetence sester ve Spojených státech amerických.....	34
3.3.4	Kategorie IV. Členové ošetrovatelského týmu, Komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu, Hierarchie v ošetrovatelském týmu	36
3.3.5	Kategorie V. Směny a jejich počet za měsíc, Počet zaměstnaných sester, Počet pacientů na jednu sestru	40
3.3.6	Kategorie VI. Ošetrovatelský proces	43
3.3.7	Kategorie VII. Ošetrovatelské intervence	44
3.3.8	Kategorie VIII. Bezpečnost sester ve Spojených státech amerických, Rizika, se kterými se sestry ve Spojených státech amerických stýkají	45
3.3.9	Kategorie IX. Péče o duševní zdraví sester	48
3.4	Analýza cílů a výzkumných otázek	50
4	Diskuze	53
5	Návrh doporučení pro praxi	59
6	Závěr.....	61
	Seznam použité literatury.....	62
	Seznam obrázků	65
	Seznam příloh	66

Seznam použitých zkratek

ADN	základní univerzitní diplom pro ošetřovatelství
ANA	American Nurses Association, americká asociace sester
ARNP	Advanced Registered Nurse Practitioner, sestra s vysokoškolským vzděláním vyšším než bakalářským
BSN	bakalářský studijní program pro ošetřovatelství
CGFNS	Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools, instituce která převádí zahraniční diplom do anglického jazyka a příslušné pozice
CNA	Certified Nursing Assistant, ošetřovatelský asistent
EBN	Evidence Based Nursing, ošetřovatelství založené na důkazech
EBP	Evidence Based Practice, ošetřovatelská praxe založená na důkazech
EHR	Electronic health record, elektronická ošetřovatelská dokumentace
LPN	Licensed Practical Nurse, praktická sestra
NANDA	North American Nursing Diagnoses Association, Severoamerický spolek pro ošetřovatelské diagnózy
NIC	Nursing Interventions Association, ošetřovatelské intervence
NCLEX	National Council for Licensure Examination, zkouška nutná pro získání licence
NCLEX-PN	zkouška přímo pro získání licence registrované sestry
NCLEX-RN	zkouška přímo pro získání licence praktické sestry
NOC	Nursing Outcomes Association, ošetřovatelské výsledky
RN	registrovaná sestra, ekvivalent všeobecné sestry
TOEFL	Test of English as Foreign Language, jazyková zkouška z angličtiny
TEAS	Test of Essential Academic Skills, test základních akademických dovedností
tzv.	takzvaně
USA	Spojené státy americké
USD	americký dolar, měna

1 Úvod

Ošetrovatelství ve Spojených státech amerických má dlouhou historii a za sebou dlouhou linii vývoje. Spojené státy americké jsou jednou z vyspělých zemí, což je viditelné i na ošetrovatelství. Ošetrovatelská péče má komplexní hierarchii a specifika. Rozsah výkonů se výrazně neliší od kompetencí českých sester, ale vyžadují větší odbornost a samostatnost.

V teoretické části je nejdříve popsána historie a vývoj ošetrovatelství ve Spojených státech amerických, který započal již v 17. století, a pokračuje neustále dál. Následně je popsán teoretický základ ošetrovatelství ve Spojených státech amerických, který obsahuje a popisuje základní principy, myšlenky a pojmy utvářející podobu ošetrovatelství, mezi které patří například Evidence-Based Nursing. Následuje kapitola o současném systému vzdělávání sester a následném nutném absolvování zkoušky National Council for Licensure Examination, bez které není možné profesi sestry vykonávat. Další kapitola se věnuje popisu členů ošetrovatelského týmu a obecnému systému poskytování ošetrovatelské péče. V oblasti kompetencí sester je obecně popsáno jejich pojetí, a rozdělení dle ošetrovatelského procesu a kritérií standardu ošetrovatelské péče. V závěru je rozebrána současná snaha o zlepšení situace ošetrovatelství a jeho budoucnost ve Spojených státech amerických.

Výzkumná část je provedena kvalitativní metodou, formou polostrukturovaného rozhovoru. Na základě získaných informací je provedena analýza otázek a výzkumných předpokladů.

Cílem práce je popsat současný systém vzdělávání v ošetrovatelství, systém ošetrovatelské péče a zjistit, jak je poskytována péče ve Spojených státech amerických. Výstupem práce je článek připravený k publikaci v odborném periodiku.

2 Teoretická část

2.1 Historie ošetrovatelství ve Spojených státech amerických

2.1.1 Ošetrovatelství v amerických koloniích v 17. a 18. století

Ošetrovatelství v období 17. a 18. století v amerických koloniích mělo podobný obraz jako ošetrovatelství v Evropě. Vzorem byla zejména Velká Británie. Pokud nebyla ošetrovatelská péče poskytována členy rodiny, starali se o nemocné mniši a jeptišky, kteří nabízeli základní péči a čistotu, v případě bojiště ostatní vojáci. Do poloviny 17. století se na území dnešních Spojených států amerických nenacházely žádné nemocnice. Pro obyvatele kolonií bylo řešením chudé a nemocné sdružovat do chudobinců, v případě infekčních onemocnění do karantény. Léčba byla založena na tradici, bylinkářství a použití metod jako je pouštění žilou. První nemocnice byla otevřena roku 1751 ve Philadelphii zvaná Pennsylvania Hospital. První nemocnice byly postaveny a organizovány po vzoru Velké Británie, avšak pro pacienty neznamenal péče výrazné zlepšení oproti péči v domácím prostředí. Poprvé v historii se také objevuje myšlenka, že nechat muže vykonávat práci sestry je nepřijatelné. Velký vliv měla roku 1775 válka o nezávislost. Roku 1777 George Washington nařídil nástup žen do armády, aby poskytovaly ošetrovatelskou péči, avšak jejich role byla zaměřena spíše na úklid a přípravu stravy, než na ošetrovatelskou péči (D'Antonio, 2010, Judd a Sitzman, 2014).

2.1.2 Ošetrovatelství v období 19. století

19. století bylo pro ošetrovatelství významné hlavně díky vlivu Florence Nightingale. Doba před jejím hlavním působením se nazývá též temnou dobou ošetrovatelství. Personál nemocnic pocházel z těch nejnižších vrstev společnosti, nemocnice celkově byly podřadně vybavené a neorganizované. Zároveň pohled na ženu byl obecně vnímán tak, že žena je v domácnosti, nemá hlas a nemá vůdčí roli. Toto všechno se snažila Florence Nightingale změnit. Její dílo *Notes of Nursing* poskytlo sestrám nové poznatky a pohled na ošetrovatelství. Role sestry byla přirovnána k rozumné a starající se matce, která se dokáže nezávisle rozhodovat. Kritizovala slepé poslouchání lékařů a poskytování lepší péče významným pacientům (D'Antonio, 2010).

Ošetrovateľské školy začali ve Spojených štátoch amerických vznikati po vzoru prvej ošetrovateľskej školy, ktorou založila Florence Nightingale v Londýne. Prvá z nich bola otvorená pri New England Hospital for Women and Children v roku 1862. V tejto dobe sice ešte neboli poznatky o priamom pôsobení patogénov na ľudský organizmus, ale díky mnoha rokům výskumu a pozorovaniu Florence Nightingale boli sestry učeny, že pokiaľ bude zachováno čisté prostredie, svetlo, klid a vzduch, bude podpora sila pacientova tela vedúci k uzdraveniu. Týmto boli položené základy pre holistické ošetrovateľstvo. Zároveň sa začala utvárať image sestry ako konzervatívnej odhodlanej loajálnej ženy, odenej do šatů zemitých farieb, so staženými vlasmi a bez šperkov. Priamo Florence Nightingale vyjadrila myšlienku, že nepodporuje mužov, aby sa venovali ošetrovateľstvu, a toto povolanie by malo byť výhradne záležitosťou žien (D'Antonio, 2010, Judd a Sitzman, 2014).

2.1.3 Ošetrovateľstvo ve Spojených štátoch amerických ve 20. storočí

Dvadsať rokov sa vyznačujú masívnym prílivom migrantů nejen z Európy, ale i orientu na území Spojených štátů amerických, čo s sebou kromě nárastu populácie nieslo i príliv nových chorôb. Zároveň akožto meziválečné obdobie, bola ovplyvnená negatívne kvôli množstvu úmrtí ako vo vojne, tak na infekčné choroby, čo ale bolo odrazovým mústkom pre technologický vývoj Spojených štátů amerických. Zmenil sa obraz žien obecně, ženy v domácnosti k ženám, čo majú radi zábavu, tanec a iné radosti života. Sestry začali byť viac rešpektované a bola ocenená ich tvrdá práca. Ich život a štýl práce bol ovplyvňovaný ošetrovateľskou školou a nemocnicami, ktoré jim poskytli vzdelanie a následne i pracovnú pozíciu. Veľmi sa rozmohlo návštevné ošetrovateľstvo, keď sestry poskytovali ošetrovateľskú starostlivosť priamo v mieste bydliska nemocného. Nebolo neobvyklé, že sestra priamo bydlela s rodinou pacienta. Sestry mali díky blízkeho kontaktu s ľuďmi vplyv na celú komunitu a mali prehľad o socioekonomickej situácii, čímž znepokojovali lekárov v nemocniciach. I keď bolo ošetrovateľstvo stále skôr ženskou záležitosťou, začali sa objavovať i muži so zájmom o ošetrovateľstvo a vznikli štyri školy pre ošetrovateľov mužov. **Štyridsať rokov** znamenala zmenu postavenia sester voči armáde - vznikali tzv. Army Nurse Corps, neboli armádne jednotky sester, ktoré pomocou plakátů a sloganů lákali nové sestry. Pokiaľ sestra pracovala priamo na vojenskej fronte, nosila miesto sesterskej uniformy armádnu uniformu. I keď v tejto dobe bolo stále štandardom, že sestrou bola slobodná biela žena, už vznikali školy pre afroamerické mužov, ktorí sa chceli venovať

ošetřovatelství. Začal se klást větší důraz na vzdělávání, kdy se sestry učily teoretické základy před nástupem do praxe a v rámci praxe procházely celou škálou klinických pracovišť. V období II. světové války byl uvolněn 1 milion USD pro ošetřovatelství, jelikož sester byl nedostatek. Sestry se mohly přidat k ozbrojené jednotce, či sloužit svojí zemi na území Spojených států amerických. **Šedesátá léta** byla ve znamení ujasňování si vztahů nejen s okolními státy (Vietnam, Kuba, Sovětský svaz), ale i uvnitř Spojených států amerických (hnutí Martina Luthera Kinga Jr., Woodstock). Zároveň znamenala nejen velký technologický posun díky válce ve Vietnamu a v Koreji, ale i vyšší počet zraněných, traumatizovaných a na životě ohrožených. Například sestry, které sloužily přímo ve Vietnamu, byly nuceny pracovat do úplného vyčerpání a podílet se na budování a chodu polních nemocnic. Zpět do rodné země se tak vracely s újmou nejen fyzickou, ale i psychickou, a často trpěly depresemi a posttraumatickou stresovou poruchou. V tomto období docházelo k velkému rozhodování ohledně ošetřovatelských uniforem, kdy si sestry konečně mohly vybrat jako formu uniformy i kalhoty. K tomuto velmi přispělo zvýšení počtu mužů na pozici sester, a zároveň požadavek, že si sestra musí sama pořizovat a prát uniformu. **Mezi rokem 1980 a 2000** již nebyla standardem bílá svobodná žena jako sestra, ale čím dál častěji se objevoval personál jiné rasy, či přímo mužského pohlaví. Pracovaly tak pospolu menšiny a většiny, muži i ženy, bez ohledu na věk. Styl sesterských uniforem se sjednotil na pracovní halenu a kalhoty, avšak sestry si mohly vybrat z mnoha barev a vzorů, jelikož si musely uniformy pořizovat samy. Začal se klást důraz na vystupování sester směrem ke kolegům, managementu, zástupcům skupin a hlavně pacientům. Byl kladen velký důraz na představení se a vysvětlování ošetřovatelského procesu pacientovi. Jelikož v této době měly sestry možnost získat své vzdělání různě, bylo otázkou sjednocení vzdělávání. Poprvé bylo sestrám umožněno složit National Council for Licensure Examination, neboli NCLEX zkoušku, která jim po zhodnocení teoretických a praktických vědomostí umožnila získat licenci pro sestrou vybraný stát. Tato zkouška klade velký důraz na znalosti sester a jejich schopnosti uplatnit teoretické znalosti v praxi, aby bylo docíleno co nejlepší péče o pacienta, a sestra se dokázala sama správně rozhodovat (Judd a Sitzman, 2014).

2.1.4 Ošetřovatelství ve Spojených státech amerických 21. století

Ve 21. století zaznamenal velký pokrok v ošetřovatelství rozmach internetu, který umožnil všem mít jakékoliv informace na dosah ruky, včetně sester. Jejich znalosti

mohou být nyní prohlubovány díky internetovému vzdělávání a vyhledávání, zároveň mohou komunikovat s celým světem a sbírat informace z jiných zemí a porovnávat možnosti. Nejen internet, ale i nové pokroky, hlavně v oblasti technologií a biomedicíny napomáhají rozvoji ošetrovatelství. Díky dnešním technologiím a poznatkům z anatomie či farmakologie jsme schopni vyléčit téměř všechny možné nemoci. Jedním z hlavních kroků kupředu v ošetrovatelství je zavedení elektronické zdravotní dokumentace neboli electronic health record (EHR). Od sester je očekáváno, že budou své povolání brát zároveň jako poslání, podílet se na jeho rozvoji a zlepšení image. Ošetrovatelství se tak rozvíjí nejen v oblasti ošetrovatelské praxe, ale i v oblasti managementu, vzdělávání, tvorbě legislativy a výzkumu. Mezi hlavní problémy, kterým dnes sestry ve Spojených státech amerických čelí, patří hlavně poměr pacientů na jednu sestru, výše platu a benefitů a reforma systému poskytování zdravotní péče, jelikož ve Spojených státech amerických není zdravotní pojištění samozřejmostí, ale zbožím (Judd a Sitzman, 2014).

2.2 Teoretický základ ošetrovatelství ve Spojených státech amerických

2.2.1 Ošetrovatelství ve Spojených státech amerických

Ošetrovatelství ve Spojených státech amerických je stejně jako v České republice bráno jako vědní disciplína. Jakožto vědní disciplína musí ošetrovatelství splňovat jistá kritéria. Mezi tyto patří definiční obor, který přímo stanovuje cíl a zájem ošetrovatelství. Do definičního oboru spadá právě metaparadigma, které se skládá ze čtyř konceptů: osoba, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Dalším je specifický jazyk a symboly, které se vyvíjí spolu s ošetrovatelstvím a musí být jasné a srozumitelné pro osoby spojené s ošetrovatelstvím. Nedílnou součástí je též síť zdrojů, kam se řadí nejen literatura a publikace, ale i fóra a konference konané s cílem rozvoje ošetrovatelství a předání informací. Dále musí mít obor svou tradici a historii, kdy je nejen pro Spojené státy americké klíčová práce a vliv Florence Nightingale. Nedílnou součástí jsou také sdílené hodnoty a názory, které se zakládají na holistickém pohledu na člověka a vztahu ke všem složkám metaparadigma. Posledním kritériem je pak systém vzdělávání (Smith a Parker, 2015).

2.2.2 Struktura ošetrovatelství ve Spojených státech amerických

Struktura ošetrovatelství jako oboru se dělí do několika úrovní. Nejvyšším a nejvíce abstraktním je metaparadigma a jeho čtyři složky. Následujícím je paradigma, které slouží k porozumění základních znalostí ošetrovatelství. Jedná se o globální obecný rámec stanovený ze základních názorů, znalostí a pohledu na jednotlivé složky metaparadigma (McEwen a Wills, 2014). Druhou nejvyšší úrovní jsou takzvané teorie vysoké úrovně, které jsou spojením filosofie, znalostí a názorů a stále jsou spíše abstraktní složkou ošetrovatelství. Mohou zároveň posloužit jako teoretický průvodce poskytování ošetrovatelské péče s ohledem na všechny složky pacienta. Mohou být založené na lidských potřebách, interakčním procesu či jednotném přístupu k pacientovi. Příkladem může být koncepční model Madeline Leininger zvaný Theory of Culture Care Diversity and Universality, neboli o poskytování transkulturní péče. Po paradigmatu jsou takzvané teorie střední úrovně, kam patří sice abstraktní teorie, které jsou ale natolik specifické, že mohou být přímo aplikovány v konkrétních situacích. Jako příklad lze uvést Transition theory, neboli teorii přechodu/změny, který hovoří o pacientovi a změnách v jeho životě na základě nějaké události či zkušenosti. Další úrovní jsou teorie nízké úrovně či praxe. Tyto teorie jsou jen velmi málo abstraktní a jsou stavěny pro velmi specifické situace. Jedná se v podstatě o intervence a činnost sester a jejich výsledný efekt. Všechny tyto složky jsou předmětem dalšího výzkumu a vývoje (George, 2014, Parker a Smith, 2015).

2.2.3 Evidence-Based Nursing

Spojené státy americké byly na konci devadesátých let 20. století spolu s dalšími anglicky mluvícími zeměmi u vzniku Evidence-Based Nursing, neboli ošetrovatelství založeného na důkazech. Prvním centrem pro rozvoj Evidence-Based Nursing bylo kanadské centrum pro ošetrovatelství založené na důkazech neboli Canadian Centre for Evidence Based Nursing v Ontariu. Odtud se tento koncept a koncept praxe založené na důkazech neboli Evidence-Based Practice (EBP) dále rozvíjel a šířil do Spojených států amerických. I proto jsou tedy Evidence-Based Nursing (neboli EBN) a Evidence-Based Practice (EBP) jedním z hlavních pilířů ošetrovatelství ve Spojených státech amerických. Cílem je poskytování co nejkvalitnější a nejefektivnější ošetrovatelské péče za použití platných důkazů (Jarošová a Zeleníková, 2014, Polit a Beck, 2017).

Prvním krokem je formulace klinické otázky, kdy dochází k objevování souvislostí mezi výzkumem a praxí a stanovení základních problémů a termínů. V této části se využívají klinické protokoly neboli Clinical Protocols, které jsou stanoveny jako standard poskytování péče v konkrétních případech pro konkrétní skupinu pacientů (například pacienti před operací, pacienti nad 65 let). Tento protokol ale vždy nemusí být vhodný pro úplně všechny pacienty, proto může posloužit jako základ pro výzkum, který by ho více rozvinul. **Druhým krokem** je vyhledávání důkazů. K tomuto slouží výzkum kvantitativní (lze vyjádřit číslem četnost výskytu fenoménu, jeho variabilitu a závislost na ostatních fenoménech) či kvalitativní (který se zaměřuje do hloubky jistého problému a rozšíří jeho poznání). Zároveň lze získávat informace z odborných publikací, předchozích výzkumů, databází a slovníků. **Třetím krokem** je kritické zhodnocení důkazů, při kterém u důkazu zhodnocujeme jeho validitu, použitelnost, uvěřitelnost, důležitost a možný vliv pomocí otázek proč, jak a co. **Čtvrtým krokem** je využití důkazů a poznatků v praxi, kdy se využije prvek Evidence-Based Practice. Dochází k vyhodnocení získaných zkušeností a hodnot, zhodnocení výsledků z využití v praxi a nakonec k diseminaci neboli šíření výsledků. Jako poslední krok je poté vydání Evidence-Based Clinical Practice Guidelines, neboli doporučení pro klinickou praxi založené na důkazech. Tyto slouží jako souhrn doporučení pro ošetrovatelskou péči založený na výzkumu, který neustále přezkoumává důkazy (Brown, 2017, Jarošová a Zeleníková, 2014).

2.2.4 Nursing Intervention Classification, Nursing Outcomes Classification, North American Nursing Diagnoses Association

Na ošetrovatelství ve Spojených státech amerických mají vliv i tyto tři elementy, a to Nursing Interventions classifications, neboli ošetrovatelské intervence (dále NIC), Nursing Outcomes Classification, neboli očekávané výsledky ošetrovatelské péče (dále NOC), a NANDA, neboli North American Nursing Diagnoses Association, která pod tímto názvem skrývá Severoamerické sdružení pro ošetrovatelské diagnózy. **Nursing Interventions Classifications** přímo klasifikuje ošetrovatelské intervence či zásahy, které mohou sestry provádět. Tyto intervence vyžadují kritické myšlení, znalosti a schopnosti sester, s přímým i nepřímým vlivem na pacienta, v oblasti nejen fyzického zdraví, ale i psychického. V rámci intervence jsou vždy vypsány konkrétní aktivity, nebo kroky, které je potřeba následovat. Nursing Intervention Classification v sobě skrývá

celou škálu intervencí z různých oblastí, kam spadá kromě typických pojmů jako je podávání léků či zavedení periferního žilního katetru i například prevence násilí, polohování v neurologii či management péče o pacienta v delíriu. Jako příklad lze uvést právě zavedení periferního žilního katetru, kdy se tento krok popisuje jako zavedení kanylační jehly do periferní žíly za účelem podávání tekutin, krve či léčiv. Mezi následně rozepsané aktivity pak patří například ověření ordinace intravenózní terapie, edukace pacienta, zachování aseptických podmínek, vybrání správné velikosti kanyly a periferní žíly nejen dle potřeb terapie, ale i dle potřeb pacienta, a mnohé další (Bulechek, 2013).

Nursing Outcomes Classifications pomáhá sestřám stanovit změnu ve stavu pacienta či komunity po provedení intervence. Lze tedy stanovit výsledek na základě zhodnocení stavu před a po intervenci. K určování výsledku pak napomáhají škály. Opět se zde naskýtá velké spektrum toho, co lze hodnotit, například vážnost metabolické acidózy, pohyblivost kloubů, či znalosti v oblasti zdravé diety. Konkrétně lze uvést například úroveň úzkosti, kdy je měřen stupeň projevů strachu, napětí či znepokojení z neznámého zdroje. U každého bodu se poté hodnotí, jestli byl (řazeno sestupně) silný, závažný, průměrný, slabý či žádný. Takto se hodnotí napětí svalů, napětí v obličeji, třes rukou, výbuchy vzteku, únava, a mnohé další (Moorhead, 2013).

North American Nursing Diagnoses Association pak stanovuje ošetrovatelské diagnózy a zároveň velmi úzce spolupracuje s Nursing Interventions Classifications a Nursing Outcomes Classifications (Johnson, 2012).

2.3 Současný systém vzdělávání ošetrovatelství ve Spojených státech amerických

2.3.1 Možnosti vysokoškolského vzdělávání sester

Mezi možnosti vzdělávání sester patří dva typy, které nejsou přímo vzděláním vysokoškolským. Prvním je tzv. **diplomové studium**. Jedná se o vzdělávání typu hospital-based, což znamená, že nemocnice poskytuje dvou až tříletou přípravu sester, která souvisí s konkrétní nemocnicí. Vzdělání je ukončeno obdržением diplomu. Náplní studia je poskytování základní péče o pacienta a specifické výkony dle nemocnice. Nabízí pouze velmi základní teoretické znalosti. Předpokládá se, že v blízké době dojde k úplnému zrušení této možnosti studia. Výjimečně mohou absolventi obdržet také univerzitní kredity či přímo titul ADN. Avšak tento druh vzdělávání není přímo vysokoškolským. Druhou možností je pak základní univerzitní program **associate-degree**

program neboli ADN. Tento druh je již plnohodnotným studiem na univerzitě. Jedná se o dvouleté studium s možností návaznosti na čtyřleté bakalářské studium. Atraktivitu oproti bakalářskému studijnímu programu jistě dodává fakt, že tento druh studia je levnější o několik desítek tisíc USD, jelikož studium na univerzitách ve Spojených státech amerických je i na státních zařízeních zpoplatněno. Jedná se o ekvivalent vzdělání na vyšší odborné škole (Hubner-Thomesová, 2010, Listopad, 2010).

Poslední možností, která je již zároveň přímo vysokoškolským vzděláním je čtyřleté bakalářské studium, neboli **Bachelor of Science in Nursing** (BSN). Sice se jedná o nejdelší a nejdražší způsob studia, ale zároveň je nejžádanějším typem vzdělání sester ve Spojených státech amerických. Nyní se jedná o minimální požadované vzdělání pro např. intenzivní péči, avšak v blízké budoucnosti by se mohlo jednat o jedinou minimální akceptovatelnou možnost studia. Po studiu bakalářského programu je možnost navázat na specializační studium či dále pokračovat na studium magisterské či doktorandské (Hubner-Thomesová, 2010, Listopad, 2010).

Na rozdíl od České republiky není ve Spojených státech amerických možné získat kvalifikaci k výkonu povolání sestry (pouze jako praktické sestry) pouze ukončením střední školy. Bakalářský studijní program se liší hlavně délkou, která je ve Spojených státech amerických čtyři roky. Po ukončení vysokoškolského studia zároveň české sestry nemusí absolvovat zkoušku k získání licence pro výkon povolání (NCLEX), ale mohou ihned nastoupit do praxe, či pokračovat navazujícím magisterským studiem (Česko, 2017b).

2.3.2 Zkouška National Council Licencure Examination

Zkouška National Council Licencure Examination (dále již jen NCLEX) znamená v překladu národní ošetrovatelská zkouška ve Spojených státech amerických, a její úspěšné absolvování je nezbytné pro vykonávání profese sestry ve všech státech Spojených států amerických. Zkouška je nezávislá na jakýkoliv vzdělávacích zařízeních a je zajišťována prostřednictvím The National Council of State Boards of Nursing. Zájemci o její složení nemusí být přímo absolventi vysoké školy. Pro ty s nižší úrovní studia je zde NCLEX-PN, neboli practical nurse, kdy absolvent zkoušky pracuje pod dohledem registrované sestry či lékaře. Pro zájemce s univerzitním vzděláním je zde NCLEX-RN, neboli registred nurse, která pracuje naprosto samostatně, asistuje lékařům a je jeho rovnocenným partnerem. Celá zkouška začíná registrací, za kterou se platí

poplatek 200 USD. Jedná se o zaslání žádosti o licenci ošetrovatelské komoře, která vydá autorizaci k testu, kde je uvedeno, kdy je termín zkoušky. Pro dostavení se do testového centra platí jasné podmínky - uchazeč musí přijít sám, bez jakékoli elektroniky a skript. Po vstupu je uchazeč vyfotografován, prokáže se platným průkazem a jsou mu sejmuty otisky prstů. Při vstupu do místnosti musí uchazeč sundat jakoukoli bundu, šátek, či pokrývku hlavy. Po vstupu do místnosti si již nesmí sahat do kapes a bez vědomí asistenta odnímat svrchní vrstvy oblečení či vstát od přiděleného počítače. Následné testování probíhá na počítači a jedná se o tzv. adaptabilní testování, což znamená, že počítač vyhodnocuje, jak uchazeč odpověděl na předchozí otázku a zvolí následující buď lehčí, těžší, nebo stejné úrovně. Na složení testu je časový limit 6 hodin, minimum otázek je 75 a maximum 265, kdy počítač pokládá otázky, dokud si není jistý dodržením úrovně správnosti odpovědí. Otázky se volí z okruhů bezpečné a efektivní prostředí pro ošetrovatelskou péči, podpora a udržení zdraví, psychosociální integrita a fyziologická integrita. Poté se test náhle zastaví a na monitoru se objeví zpráva o ukončení testu. Výsledky se uchazeči mohou dozvědět za 24 hodin přes webové stránky za poplatek, či do 4 dnů poštou. Pokud uchazeč neuspěl, může test opakovat, ale musí počkat státem určenou lhůtu (45-90 dní) a opět zaplatit poplatek ve výši 200 USD (Příloha A) (Hubner-Thomesová, 2010).

2.4 Systém ošetrovatelství ve Spojených státech amerických

Složení ošetrovatelského týmu se výrazně neliší od systému v České republice. Nejvyšším možným členem je **Advanced Registered Nurse Practitioner (ARNP)**, neboli pokročilá praktikující registrovaná sestra. Tento typ sestry má navazující vysokoškolské vzdělání, tedy magisterské či doktorandské. Jejich kompetence a schopnosti jsou téměř na úrovni lékaře. Ve srovnání s Českou republikou by se jednalo o sestru s magisterským či doktorandským titulem. Hned po ARNP se v hierarchii nachází **Registered Nurse (RN)**, neboli registrovaná sestra. Jedná se o sestry, které mají titul associate degree (ADN) či Bachelor of Science in Nursing (BSN) a absolvovaly úspěšně zkoušku NCLEX. Tyto sestry pracují výjimečně pod dozorem lékaře či Advanced Registered Nurse Practitioner (ARNP), ale hlavně pracují samostatně, stanovují ošetrovatelské diagnózy a dohlíží na práci sester nižší úrovně. Těchto sester je ve Spojených státech amerických nejvíce. Při porovnání s Českou republikou se dá mluvit o sestře s bakalářským titulem nebo po absolvování vyšší odborné školy. Dalším v hierarchii je **Licensed Practical Nurse**

(LPN), neboli licencovaná praktická sestra. Jedná se o sestru, která po minimálně jednoletém studiu úspěšně absolvovala zkoušku NCLEX-PN, pro praktické sestry. Tyto sestry pracují pod dohledem Registered Nurse. Mohou kromě základní péče o pacienta (například hygiena, předoperační příprava, monitorace pacienta) aplikovat léky parenterálně, provádět převazy, rehabilitovat pacienta a zapisovat do ošetrovatelské dokumentace. V porovnání s Českou republikou by se jednalo o sestru, která úspěšně absolvovala střední zdravotnickou školu s maturitou. Nejnižší v hierarchii, avšak naprosto nezbytným členem týmu je **Certified Nursing Assistant** (CNA), neboli certifikovaný ošetrovatelský asistent. Jedná se o absolventy kurzu ošetrovatelství. Jejich práce musí být vedena a jejich kompetence jsou značně omezeny. Mohou monitorovat pacienty, provádět hygienu a doprovázet pacienty při pohybu (například na vyšetření, v rámci překlady). Ve srovnání s Českou republikou se dá hovořit o pozici ošetrovatele, sanitáře či pracovníka obslužné péče ve zdravotnictví (American Nurses Association, 2015, Listopad, 2010).

Principy pro sestavení ošetrovatelského týmu záleží na pěti elementech. Prvním je spotřebitel neboli pacient vyžadující ošetrovatelskou péči. Záleží nejen na množství pacientů, ale i na potřebách jednotlivců v závislosti na specializaci oddělení. Druhým elementem je interprofesní tým. Každý člen má možnost plně využít své schopnosti, které nabyl vzděláním a získáním licence, a zároveň je věnován dostatek času rozvoji schopností, mentoringu, ale i potřebám sester. V této oblasti je kladen velký důraz na sledování syndromu vyhoření a předcházení úrazům spojeným s prací, což napomáhá setrvání sester v oboru a je jich tedy dostatek. Třetím elementem je kultura pracovního prostředí, čímž je myšleno dostatečné zastoupení sester a dalších členů ošetrovatelského týmu. Zároveň je v týmu potřeba, aby se jeho členové navzájem respektovali, důvěřovali si a navzájem spolupracovali. Čtvrtým elementem je přímo pracovní prostředí. Dostatečný počet sester a jiných pracovníků je základem k bezpečné, kvalitní a plnohodnotné praxi. Přímou u sester (hlavně pak RN či ARNP) je pak kladen důraz na to, aby jejich práce odpovídala jejich odbornosti. Současně tato část řeší i množství směn a pauz v práci, aby bylo zajištěno mentální i fyzické zdraví sester, jejich odhodlání a zároveň fungovala prevence proti chybám z přepracování. Nucené přescasy jsou nepříjemnou možností zajištění optimálního množství sester na směnu. Posledním pátým elementem je ohodnocení. Jelikož potřeby na množství sester se mohou měnit z hodiny na hodinu, je potřeba toto zohlednit, stejně tak i pracovní prostředí, počet pracovních úrazů a onemocnění spojených s prací, množství dovolené a volných dní a spokojenost nejen pacientů ale i sester samotných. I když ohodnocení jako takové se může pro

poskytovatele zdravotnických služeb zdát nevýhodné, je potřeba porovnat tyto náklady s možnými náklady spojenými při nedostatečném množství sester (kdy může docházet k syndromu vyhoření, odcházení ještě více sester, více úrazům, poškozením pacienta a tvorbě chyb) (American Nurses Association, 2019).

2.5 Standardy ošetrovatelské péče ve Spojených státech amerických

Standardy ošetrovatelské péče ve Spojených státech amerických stanovuje The American Nurses Association (neboli ANA), tedy americká asociace sester. Pro bližší náhled do standardů ošetrovatelské péče ve Spojených státech amerických je nejdříve nutné stanovit základní části: **kdo** (= **registrovaná sestra**), která má ukončené vzdělání a patřičnou aktivní licenci, **co** = **ošetrovatelství**, které slouží k prevenci, ochraně, zlepšení a udržení zdraví a tišení bolesti umírajících a nevléčitelně nemocných, **kde** (= **kdekoli**), kde je potřeba, **kdy** (= **kdykoli**), kdy je zapotřebí schopností a vědomostí z oblasti ošetrovatelství a **proč** (= **ošetrovatelství jako poslání** existuje, aby mohla být pacientům poskytnuta potřebná péče). Tyto aspekty zodpovídají základní otázky o ošetrovatelství. Standardy slouží k porozumění problematice poskytování ošetrovatelské péče, ale jelikož je ošetrovatelství dynamické, podléhá vývoji a různé situace vznikají za různých podmínek, je třeba tyto standardy neustále zkoumat a aktualizovat na základě nových poznatků. Standardy ošetrovatelské péče v sobě skrývají nejen ošetrovatelský proces, ale i etiku, komunikaci, spolupráci a vzdělávání (American Nurses Association, 2015).

Ošetrovatelský proces ve Spojených státech amerických má pět částí. První částí je zhodnocení, kdy sestra sbírá informace a data ohledně zdraví a potřeb pacienta. Druhou částí je stanovení ošetrovatelských diagnóz, kdy sestra ze získaných dat a informací stanovuje konkrétní i potencionální diagnózy, problémy a rizika. Následuje krok plánování, kdy sestra tvoří individuální plán a jeho cíle vzhledem ke konkrétní situaci pacienta. Po stanovení plánu sestra přechází přímo k provedení a poskytnutí péče dle individuálního plánu. Nakonec je úkolem sestry zhodnotit jak celý ošetrovatelský proces probíhal, jeho vliv na pacienta a zdali se získané poznatky dají použít i v jiných případech a mohly by tak přispět k rozvoji ošetrovatelské péče (American Nurses Association, 2015).

2.6 Kompetence sester ve Spojených státech amerických

2.6.1 Pojetí kompetencí ve Spojených státech amerických

V České republice se kompetence všeobecných sester i jiných nelékařských zdravotnických profesí řídí vyhláškou č. 391 ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky 2/2016 Sb. Kompetence jsou tedy pevně zakotveny a popsány v zákoně (Česko, 2017a). To ovšem neplatí pro Spojené státy americké. Sestry se sice učí základní výkony, jakými je sestavení ošetrovatelského plánu, monitorace pacienta, či aplikace léků. Kompetence sester se ale řídí pomocí guidelines, které vydává Americká asociace sester, neboli American Nurses Association (ANA) a jsou spíše doporučením toho, co by měly sestry v praxi umět a vykonávat v oboru ošetrovatelské praxe a etiky. Jedná se o soubor profesionálního pracovního chování, které zároveň zohledňuje etiku, kulturně ohleduplnou péči, komunikaci, vedení, spolupráci, vzdělávání, ošetrovatelství založené na důkazech, kvalitu praxe a ochranu veřejného zdraví. Zároveň rozděluje kompetence dle částí ošetrovatelského procesu a standardů profesionálního výkonu. Dále se pak kompetence upravují jednotlivě na základě takzvaného Nursing Practice Act, neboli paktu o ošetrovatelské praxi, který si vytváří každý stát samostatně, a obsahuje různá pravidla a regulace (American Nurses Association, 2015). Stát si tak může například zažádat o umožnění vedení anestezie pouze certifikovanou anesteziologickou sestrou, která je schopna zajistit dýchací cesty pacienta a následně vést anestezii bez dohledu lékaře (Ondřichová, 2011). Ještě více pak může kompetence sestry ovlivnit přímo poskytovatel zdravotnického zařízení či instituce, pro kterou pracuje. Na úplně nejvyšší úrovni pak má vliv přímo sestra a její předurčení, povaha a schopnosti rozhodovat a konat (American Nurses Association, 2015).

2.6.2 Kompetence dle ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces má, jak již bylo zmíněno, pět částí. Kompetence se rozebírají pro každý krok. **Prvním krokem je zhodnocení.** Mezi kompetence sester jako příklad patří: shromažďování dat o pacientovi a určování jejich důležitosti či využití obecné znalosti v konkrétním případě. **Druhým krokem je stanovení ošetrovatelských diagnóz.** Zde jako příklad kompetencí sester lze uvést: identifikovat potencionální i již existující rizika,

nebo bariéry v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. **Třetím krokem je plánování.** V této oblasti je v kompetencích sestry například: vytvořit individuální holistický plán s využitím ošetrovatelství založeného na důkazech dle aktuálního stavu pacienta, či vytvořit nový plán na základě změn ve zdravotním stavu či situace. **Čtvrtým krokem je poskytnutí ošetrovatelské péče.** V kompetencích sestry tedy můžeme například najít: spolupráci s pacientem na splnění ošetrovatelského plánu, či zapojení dalších členů ošetrovatelského týmu do péče. Posledním, tedy **pátým krokem je zhodnocení.** V kompetencích sestry se pak například vyskytuje: zhodnocení plánu, jeho struktury, výkonů a načasování dle holistického přístupu a aktuálního stavu pacienta (Příloha B) (American Nurses Association, 2015).

2.6.3 Kompetence dle kritérií standardu ošetrovatelské péče

Kompetence sester se ve Spojených státech dále dělí dle aspektu, na který jsou zaměřeny. V oblasti **etiky** lze v kompetencích sester najít: uplatnění etického kodexu sester vydaného Americkou asociací sester (Code of Ethics for Nurses with Interpretative Statements) či vykonávat profesi s vášní a respektem s ohledem na jedinečnost každého jedince. V oblasti **kulturně vhodné péče** se jedná kupříkladu o kompetence: předvést respekt, empatii a etiku při kontaktu se všemi lidmi vyžadujícími ošetrovatelskou péči. Pro oblast **komunikace** je v kompetencích sester výběrem: vyhodnotit její vlastní komunikační schopnosti a schopnost efektivně komunikovat, zároveň vyhodnotit schopnosti komunikace a vyjadřování pacienta, či projevovat kulturní empatii během komunikace. V oblasti **spolupráce** mezi kompetence sester řadíme například: jasně formulovat roli sestry v týmu, identifikovat oblasti, jak přispívají další profese a klíčoví investoři k ošetrovatelství. Pro oblast **vedení** patří mezi kompetence sester jako příklad: přispívat k udržení prostředí, které podporuje respekt, důvěru a důstojnost, podporovat inovace v praxi a roli ošetrovatelství pro docílení profesionálních plánů, cílů a vizí. Pro oblast **vzdělávání** se hovoří kupříkladu o těchto kompetencích: identifikovat potřeby vzdělávání dle znalostí v ošetrovatelství, nebo se podílet na vzdělávacích aktivitách spojených s ošetrovatelstvím. V rámci oblasti **Evidence - Based Nursing** jsou stanoveny příkladem tyto kompetence: formulovat jaký význam má ošetrovatelský výzkum a jeho využití, či stanovovat otázky ohledně nastavení ošetrovatelské praxe, které mohou být zodpovězeny pomocí výzkumu. V oblasti **kvality ošetrovatelské praxe** jsou stanovovány například tyto kompetence: zajistit, aby ošetrovatelská praxe byla bezpečná,

efektivní, dostatečně vybavená, časově zvládnutá a zaměřená na pacienta, identifikovat bariéry, ale i příležitosti ohledně zlepšení zdravotní péče v ohledu bezpečnosti, efektivnosti, rovnosti, časové návaznosti a zaměření na pacienta. Následně v rámci **zhodnocení ošetrovatelské praxe** jsou stanoveny tyto kompetence: podílet se na sebehodnocení a zhodnocení ošetrovatelství v běžném životě, spolu se stanovením slabých a silných stránek, či se ujistit, že ošetrovatelská praxe je v souladu se zákony získání licence a regulacemi. Následující oblast, **využití zdrojů**, stanovuje příkladem tyto kompetence: posoudit potřeby pacienta a zdroje dostupné k jejich naplnění, zároveň posoudit faktory kterými je cena, rizika a prospěšnost, delegovat práci, nebo rozeznat vlivy rozdělení zdrojů na možnosti poškození. Poslední složkou je pak **zdravé životní prostředí**, pro které se stanovují nejenom tyto kompetence: podněcovat zdravé životní prostředí a profesionální pracovní prostředí, využití konceptů zdravého životního stylu v ošetrovatelství, či posuzovat životní prostředí a jeho rizikové faktory (Příloha C) (American Nurses Association, 2015).

2.6.4 Ošetrovatelská dokumentace

Vedení jasné a přesné ošetrovatelské dokumentace je ve Spojených státech amerických zodpovědností sestry. Dokumentace je nezbytná pro komunikaci členů týmu, ale zároveň slouží i jako záznam či důkaz, který využívají například vládní organizace nebo výzkum. Zároveň také jasně popisuje vztah a interakci mezi sestrou a pacientem a kvalitu poskytnuté ošetrovatelské péče, která mu byla poskytnuta. V jistém ohledu se může jevit, že dokumentace odtrhává sestry od aktuální práce a kontaktu s pacientem, ale kvalitně zpracovaná dokumentace je nezbytnou součástí práce sester. Ať je dokumentace vedena jakoukoli formou, psanou, či elektronickou, neboli electronic health record (EHR), je nutné držet se při jejím vedení jistých zásad. Při využití dokumentace s dalšími členy ošetrovatelského týmu je zapotřebí jasně stanovit úkoly, klinické problémy či plán ošetrovatelské péče. Dokumentace může být využívána i jinými odborníky, kteří nemusí přímo přijít do styku s pacientem. Dokumentace tak může být zkoumána za účelem akreditace, práva, úprav regulací a legislativy, odškodnění, výzkumu a kvality ošetrovatelského procesu. Charakteristika správně vedené dokumentace se dá popsat jako dostupná, přesná, časově posloupná, kontrolovatelná, jasná, kompletní, promyšlená, časově odpovídající a tak dále. Sestry ve Spojených státech amerických musí být rovněž schopny zvládat její funkčnost, umět využít počítače a podporující systémy, umět využít

software systému pro větší přehlednost a poskytnutí správných dat. Zároveň je žádoucí, aby sestra znala zásady a postupy vedení ošetrovatelské dokumentace dle poskytovatele zdravotní péče, pro kterého pracuje. Bez ohledu na formu dokumentace je nutné dbát na bezpečnost systému, aby byla ochráněna data o pacientovi, jeho identifikace a jakékoli důvěrné informace. V poslední řadě je nutno klást důraz na to, aby zápisy do dokumentace byly správné, pravdivé a úplné, autentické s identifikací autora zápisu, spojeny s datem a časem, čitelné a s použitím standardizované terminologie (American Nurses Asociation, 2010).

2.7 Budoucnost ošetrovatelství ve Spojených státech amerických

V poslední době měl nejvyšší vliv na poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče amerických občanům takzvaný The Affordable Care Act z roku 2010, známý také jako Obamacare, díky kterému se mnoho milionů občanů Spojených států amerických dostalo k možnosti mít zdravotní pojištění a dostupnou péči. Spolu s Obamacare vznikla také snaha o reformaci ošetrovatelství, která by měla probíhat v oblasti praxe, vzdělávání a vedení. Pro praxi byl stanoven klíčový požadavek, že sestry by měly pracovat v maximálním možném rozsahu dle svého vzdělání a zkušeností. Bohužel reforma ošetrovatelské praxe je omezena nejen regulacemi a politikou, ale i přímo odporem sester pro rozšíření role ošetrovatelské profese, nedostatky v systému poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče ve Spojených státech amerických a problémy se začleněním čerstvě vystudovaných sester do praxe. Pro reformu vzdělávání byl stanoven klíčový požadavek, že sestry by měly mít možnost dosáhnout vyššího stupně vzdělávání ve zlepšeném systému vzdělávání, který prosazuje souvislý akademický pokrok. Tomuto ale brání nedostatek vysokoškolsky vzdělaných sester, a zároveň nedostatek zařízení, která by mohla kapacitně pokrýt množství uchazečů. Pro reformu byl stanoven klíčový požadavek, aby sestry byly rovnocennými partnery s lékaři a dalšími lékařskými i nelékařskými členy týmu v rámci přepracování systému poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče ve Spojených státech amerických. Aby tento požadavek mohl být naplněn, musí spolu spolupracovat všechny sestry - od studentů po nejvyšší možné pozice a sesterské organizace, zároveň musí předvést vůli vést a současně spolupracovat, aby mohlo být dosaženo změny. Je tedy otázkou, zdali bude vyslyšen hlas sester a organizací, ale i problémy současného systému, a jaká tedy bude budoucnost amerického ošetrovatelství. (Anon, 2010).

3 Výzkumná část

3.1 Cíle práce a výzkumné otázky

3.1.1 Cíle práce

1. Popsat systém vzdělávání a ošetřovatelství ve Spojených státech amerických.
2. Zjistit, jak je poskytována péče ve Spojených státech amerických.

3.1.2 Výzkumné otázky

1. Nestanovena - popisný cíl.
2. Jak funguje systém ošetřovatelské péče ve Spojených státech amerických?
 - 2.a Jak vypadá ošetřovatelský tým a jaké jsou v něm role?
 - 2.b Jak probíhá poskytování ošetřovatelské péče?
 - 2.c Jaké rizikové faktory zhoršují pracovní podmínky sester ve Spojených státech amerických?

3.2 Metodika a charakteristika

Pro výzkumnou část byla využita metoda kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly realizovány pomocí aplikace Skype, z domácího prostředí sester. Pro rozhovor byl udělen souhlas všemi sestrami. Výzkum začal v lednu 2020 a byl ukončen v březnu 2020. Pro výzkumné otázky byly s vedoucím práce vytvořeny kategorie a k nim následně vytvořeny otázky určené pro rozhovor. Samotnému výzkumu předcházel předvýzkum, který byl proveden se dvěma registrovanými sestrami ve Spojených státech amerických, a který prokázal, že otázky jsou dostačující a není nutná následná úprava. Předvýzkum je přiložen jako příloha D a byl z kapacitních důvodů shrnut pomocí schémat. Pro účely výzkumu do bakalářské práce bylo vytvořeno celkem 27 otázek. Výzkum probíhal pomocí hovoru v angličtině přes aplikaci Skype, při které byl současně tvořen transkript, který byl pak přeložen do hovorové češtiny, aby co nejvíce odpovídal skutečnosti. Pro účely výzkumu bylo osloveno 5 registrovaných sester ze Spojených států amerických.

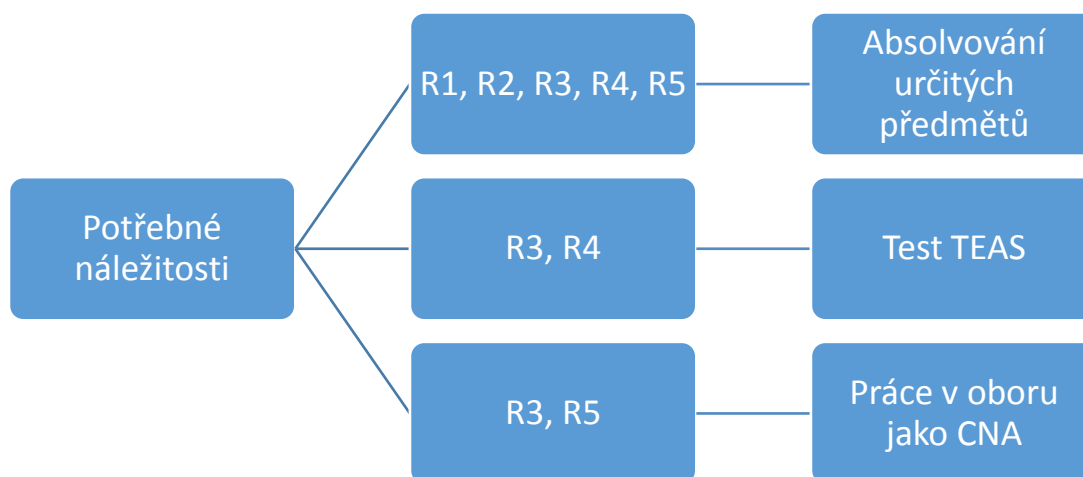
3.3 Kategorizace a analýza výsledků

Pro účely výzkumu bylo vytvořeno celkem 9 kategorií. Ke každé poté byly stanoveny otázky, které byly využity při rozhovoru. Výsledné odpovědi poté byly zpracovány pomocí schémat a doplněny komentářem, včetně úryvků z rozhovorů.

Kategorie I.	Potřebné náležitosti k zahájení studia v oboru registrovaná sestra Vzdělávání v oboru Bachelor of Science in Nursing
Kategorie II.	Zkouška NCLEX
Kategorie III.	Kompetence sester ve Spojených státech amerických
Kategorie IV.	Členové ošetrovatelského týmu Komunikace mezi členy ošetrovatelského týmu Hierarchie v ošetrovatelském týmu
Kategorie V.	Směny a jejich počet za měsíc Počet zaměstnaných sester Počet pacientů na jednu sestru
Kategorie VI.	Ošetrovatelský proces
Kategorie VII.	Ošetrovatelské intervence
Kategorie VIII.	Bezpečnost sester ve Spojených státech amerických Rizika, se kterými se sestry ve Spojených státech amerických stýkají
Kategorie IX.	Péče o duševní zdraví sester ve Spojených státech amerických

3.3.1 Kategorie I. Potřebné náležitosti k zahájení studia v oboru registrovaná sestra, Vzdělávání v oboru Bachelor of Science in Nursing

Kategorie I. Potřebné náležitosti k zahájení studia v oboru registrovaná sestra



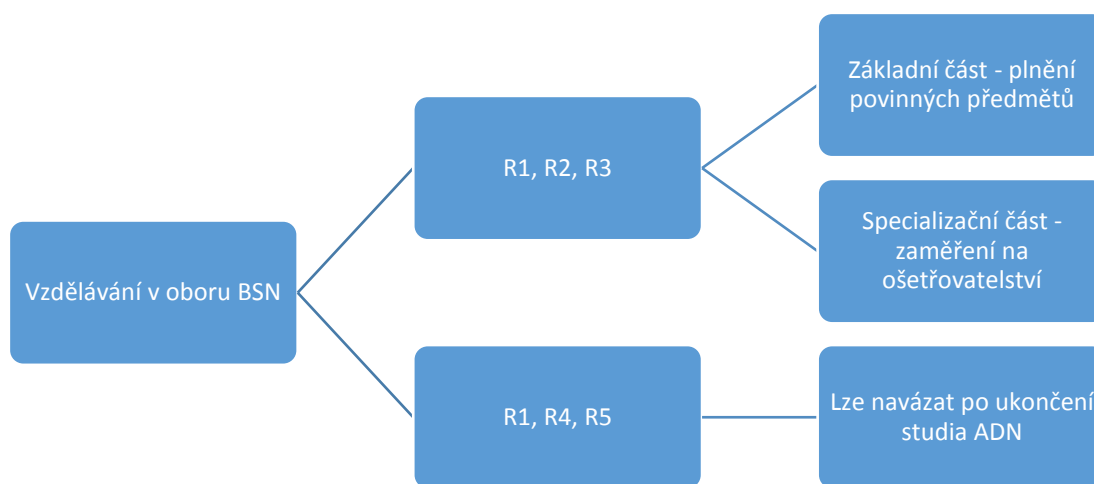
Obrázek 1 - Potřebné náležitosti

Kategorie I. v této části rozebírá potřebné náležitosti, aby mohlo být zahájeno vysokoškolské vzdělávání. Jako první byla položena otázka **Jaké jsou potřebné náležitosti k zahájení vysokoškolského studia v oboru registrovaná sestra?** Cílem těchto otázek bylo zjistit, jaké jsou potřebné náležitosti, které musí být splněny, aby mohlo být zahájeno studium. Všichni respondenti mají ukončené univerzitní vzdělání v oboru Bachelor of Science in Nursing, což je ekvivalentem všeobecné sestry v České republice. Všichni respondenti se shodují, že je nutné v rámci univerzity absolvovat určité předměty či kurzy. Respondenti 1 a 2 doplnili odpověď i výčtem předmětů, kdy se jejich odpověď shodovala v předmětech jako je anatomie, fyziologie, psychologie a výživa (Příloha E). Zároveň je nutností mít ukončené středoškolské vzdělání. Respondenti 3 a 4 se shodují, že je nutné absolvovat test TEAS (neboli Test of Essential Academic Skills, který určí, zdali má student schopnosti na ukončení vzdělání v tomto oboru). Jako další podmínka byla respondenty 3 a 5 uvedena práce v oboru CNA, neboli Certified Nursing Assistant, což je ekvivalent ošetřovatele či sanitáře v České republice. Respondent 5 ještě

zmiňuje “Vyžaduje se také kontrola trestního rejstříku - veškeré právní problémy budou muset být řádně vysvětleny”.

Z výpovědí všech respondentů vyplývá, že po ukončení střední školy a nástupu na univerzitu je nutno úspěšně absolvovat určité předměty, díky kterým se poté mohou věnovat studiu v oboru ošetrovatelství. Zároveň ale mohou mít různé univerzity různé požadavky, proto bylo po některých z mých respondentů vyžadováno i splnění testu TEAS, či práce v oboru na úrovni sanitáře.

Kategorie I. Vzdělávání v oboru Bachelor of Science in Nursing

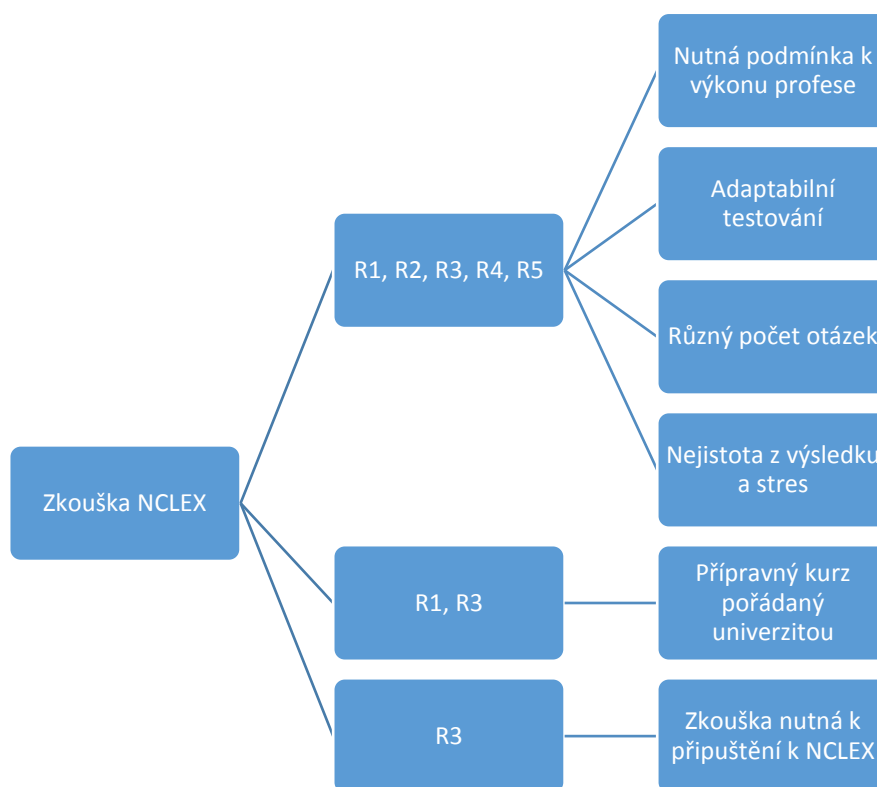


Obrázek 2 - Vzdělávání v oboru Bachelor of Science in Nursing

V kategorii I pokračuje výzkumná část vzděláváním v oboru Bachelor of Science in Nursing, což lze považovat za ekvivalent všeobecné sestry v České republice. Respondentům byla položena otázka **Jak probíhá vzdělávání v oboru registrovaná sestra?** Cílem této otázky bylo přiblížit průběh vzdělávání a jeho strukturu. Pro získání pozice registrovaná sestra existuje několik možných cest, které více rozebrali respondenti. Všichni respondenti se shodují, že nejčastější je získání titulu Bachelor of Science in Nursing, který se standardně studuje 4 roky. Respondenti 1 a 3 konkrétně sdělují, že jejich studium bylo rozděleno na dvě části, kdy první tři semestry sloužily k absolvování povinných předmětů a zbylých pět semestrů probíhalo již přímo v oboru ošetrovatelství. V těchto pěti semestrech se student již věnuje přímo ošetrovatelství. Respondent 2 také uvádí, že studium bylo rozdělené na dvě části, avšak po čtyřech semestrech, tedy obecně

studium trvalo čtyři semestry a specializační taktéž. V oboru ošetřovatelství je také nutná klinická praxe, ke které respondent 3 uvádí *“V prvním semestru se klinická praxe koná v pečovatelském domě se zaměřením na základní ošetřovatelské výkony, jako jsou péče o rány a plány péče. Klinická praxe ve třetím semestru je v nemocničním zařízení Med / Surg. Ve čtvrtém ročníku klinická praxe probíhá na komunitní zdravotní klinice zaměřené na ošetřovatelství veřejného zdraví. Pro klinickou praxi v závěrečném semestru musíte požádat o stáž na „interní klinice“, kde pracujete na částečný úvazek se zdravotní sestrou po dobu 10 týdnů a poté v posledních 4 týdnech nemáte žádné předměty a jste na plný úvazek “jeden na jednoho” s touto vybranou sestrou”*. Respondenti 1, 4 a 5 zmiňují, že je možné povolání vykonávat i s titulem Associate Degree in Nursing, a je možné po jeho získání plynule nastoupit na univerzitu a získat titul Bachelor of Science in Nursing ve zkráceném čase.

3.3.2 Kategorie II. Zkouška NCLEX

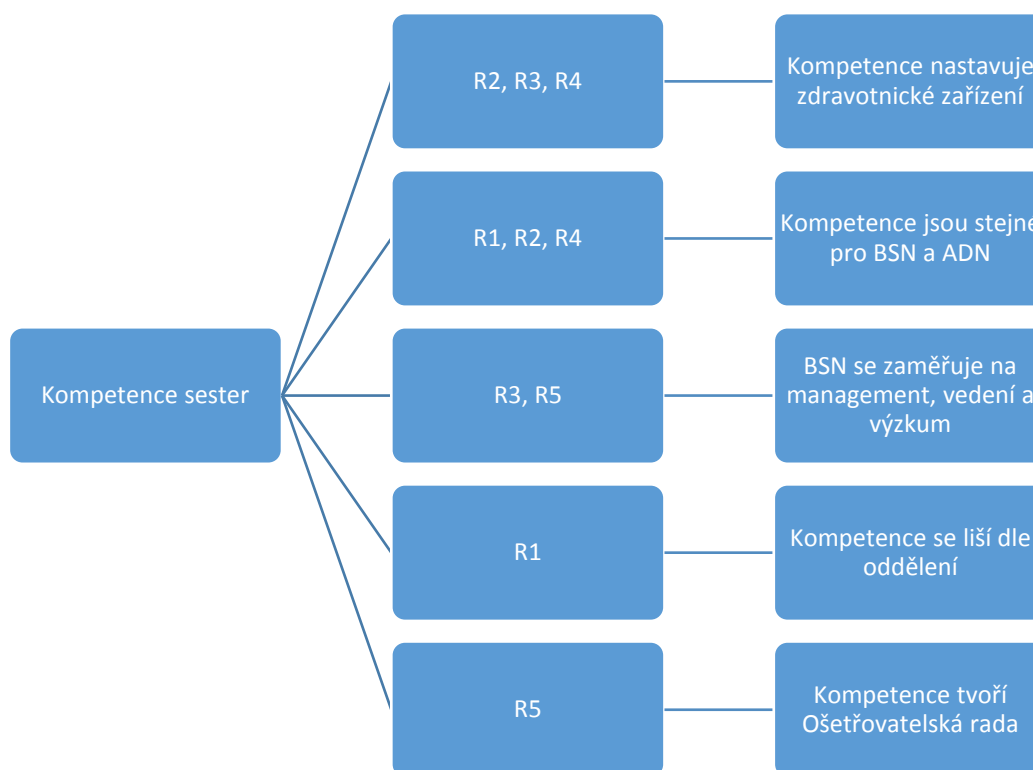


Obrázek 3 - Zkouška NCLEX

Kategorie II se zaměřila na zkoušku NCLEX, neboli The National Council Licensure Examination, což je zkouška, kterou musí všechny sestry, které chtějí profesi vykonávat, absolvovat. Zkouška není součástí univerzitního vzdělávání, ale dala by se považovat za

ekvivalent státní závěrečné zkoušky, která probíhá v České republice. Respondentům byla položena otázka **Co je zkouška NCLEX? A Jaká je vaše zkušenost se zkouškou NCLEX?** Cílem tak bylo zjistit více informací o zkoušce jako takové, ale i jestli před zkouškou probíhá nějaká speciální příprava a jaké pocity z ní studenti usilující o licenci k výkonu povolání mají. Všichni respondenti jako první uvádí, že se jedná o nezbytnou podmínku k výkonu povolání. Zkouška probíhá ve speciálních centrech, a každý si může určit, kde a kdy by zkoušku chtěl složit. Respondent 3 k tomu uvádí *“Při mé zkoušce NCLEX jsem byla ve skupině asi 15 lidí, kteří se ucházeli ve stejnou dobu jako já. Všem byly přiděleny jednotlivé počítače v místnosti s kamerami a dvěma monitory, aby se zabránilo podvádění. Všechny osobní věci a mobilní telefony musely být vypnuty před vstupem do zkušební místnosti. Dostali jsme jeden prázdný list papíru a jednu tužku pro jakékoli matematické problémy”*. O podmínkách se zmínil i respondent 5 slovy *“Nesmí se hovořit ani se rozhlížet okolo, nebo vás vyhodili a selhali jste. Před zkouškou zkontrolovali vaše ruce, rukávy, kapsy a vlasy, aby v nich nebyly poschované předměty na podvádění! Bylo to velmi intenzivní”*. Zároveň všichni uvádí, že se jedná o tzv. adaptabilní testování, kdy počítač, na kterém se zkouška vykonává, vyhodnocuje správnost odpovědí a podle toho volí obtížnost následující otázky. K tomu respondent 1 dodává *“Při hledání odpovědi pro zkoušku NCLEX není správnou odpovědí ta správná, ale ta nejsprávnější odpověď”*. Počet otázek je také individuální, program vyhodnocuje, jestli již byla prokázána dostatečná znalost v oboru, a tak se test náhle bez varování ukončí. Respondenti 1 a 3 museli po ukončení studia a před zkouškou ještě absolvovat kurz pořádaný jejich univerzitou, kde byli připraveni přímo na zkoušku, jak budou pokládány otázky a procvičení témat. Respondent 3 musel také v rámci univerzity absolvovat speciální zkoušku, ve které byla nutná úspěšnost 90%, aby mohlo být ukončeno studium a následně možné připuštění ke zkoušce. Pro všechny respondenty je shodná i zkušenost s obdržením výsledku až několik dní/týdnů po absolvování. Někteří popisují, že následně měli dobrý pocit na základě jejich odpovědí a počtu otázek, které jim počítač položil, avšak i přes to všichni uvádí, že období čekání na výsledek je velmi stresující a nepříjemné. O to více ale všechny potěšilo obdržení pozitivního výsledku.

3.3.3 Kategorie III. Kompetence sester ve Spojených státech amerických



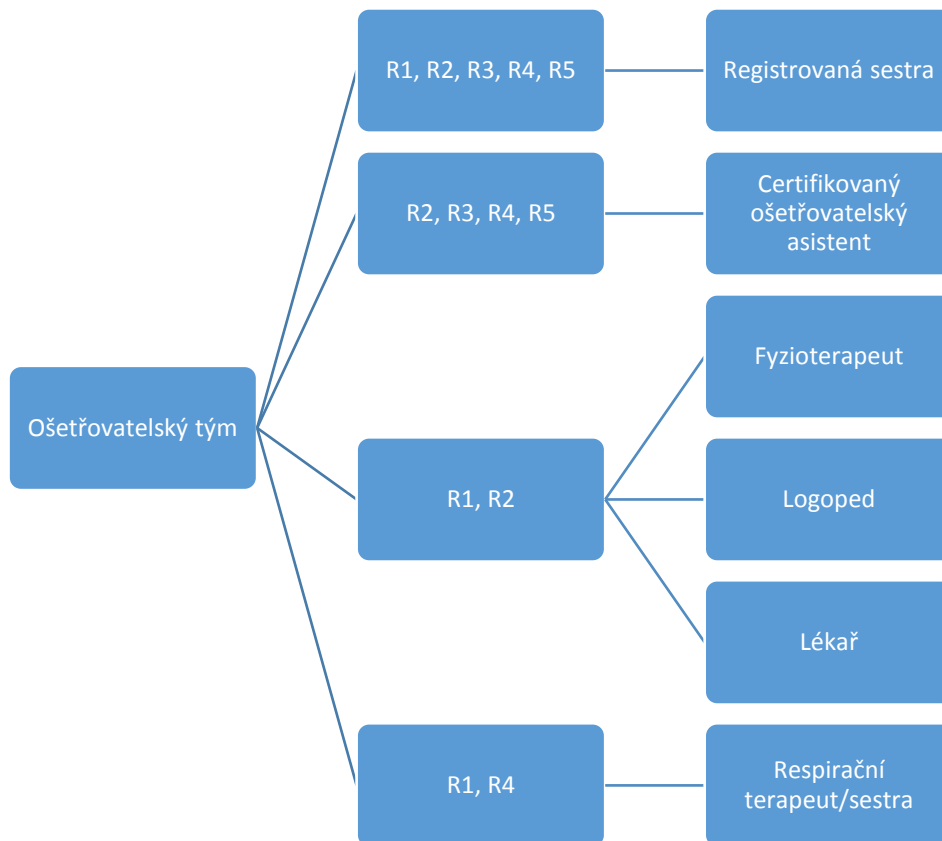
Obrázek 4 - Kompetence sester

Kategorie III. se věnuje kompetencím sester ve Spojených státech amerických. Respondentům byly položeny otázky **Jak jsou stanoveny kompetence sester? Jaké jsou rozdíly či shody pro sestry se vzděláním Bachelor of Science in Nursing? A Dodržujete rozsah Vám stanovených kompetencí?** Cílem bylo zjistit, jak se kompetence nastavují, jaké jsou vlastně kompetence pro sestry, jestli je nějaký rozdíl mezi sestrami se vzděláním Bachelor of Science in Nursing a Associate Degree in Nursing, a jestli sestry v praxi své kompetence dodržují. Respondenti 2, 3 a 5 uvádí, že kompetence si nastavuje každé zdravotnické zařízení samo. Podle respondenta 2 jsou dle kompetencí vzdělávání studenti a kompetence jsou základ pro akreditaci. Respondent 3 souhlasí, že příprava dle kompetencí probíhá už na vysoké škole a uvádí *“Během školy jsme museli prokázat seznam dovedností, jako je měření krevního tlaku, zavedení periferního žilního katetru nebo zavedení permanentního močového katetru. Během*

třetího ročníku je každá dovednost a její znalost kontrolována každé 2 týdny". Respondent 4 uvádí, že kompetence sice nastavuje každý stát samostatně, ale zároveň si je nastavuje každé zdravotnické zařízení samo a tím se následně sestry řídí. Respondent 1 uvádí, že kompetence si ještě nastavuje každé oddělení. Podle respondenta 5 kompetence nastavuje kvalifikovaná Ošetřovatelská rada. Co se týče kompetencí samotných, Respondent 1 uvádí *"Měření funkcí (glykémie, teplota, kontrola dýchacích cest, krevní tlak, laboratorní odběry a emocionální podpora, musíme být školeny ohledně BLS (basic life support) a ohledně rozpoznání akutního infarktu myokardu a cévní mozkové příhody. Veškeré kompetence musí být obnovovány co 2 roky"*. Respondent 2 uvádí konkrétně *"Péče zaměřená na pacienta, teamwork, spolupráce, evidence-based practice, zlepšení kvality, bezpečnost a informatika"*. Respondenti 3, 4 a 5 se shodují, že vždy na oddělení obdrželi seznam kompetencí, ale jako příklad lze uvést zavedení periferního žilního katetru či měření fyziologických funkcí. Ohledně rozdílů mezi Bachelor of Science in Nursing a Associate Degree in Nursing uvádí respondenti 1, 2 a 4, že kompetence se pro sestry s různým vzděláním shodují. Přímou odpověď respondent 4 udává *"Mezi sestrami s ADN a BSN dle mého názoru není rozdíl. Kompetence jsou stejné. Rozdáváme léky, titrujeme kapky, zavádíme katetry, odstraňujeme stehy, pečujeme o rány, odebíráme krev, vyhodnocujeme fyziologické funkce pacientů, mícháme antibiotika a celkově pečujeme o pacienty"*. Avšak respondent 2 dodává, že zaměstnavatel může upřednostnit sestru s titulem Bachelor of Science in Nursing. Respondenti 3 a 5 uvádí, že se jedná hlavně o rozdíl v tom, že sestra s titulem Bachelor of Science in Nursing se může věnovat i managementu, vedení či výzkumu. Co se týče dodržování rozsahu stanovených kompetencí, tak se respondenti 1, 2, 3 a 5 shodují, že rozsah stanovených kompetencí dodržují. K tomu respondent 3 uvádí *"Ano, myslím, že moje nemocnice odvádí dobrou práci, když udržuje krok s kompetencemi a osvětluje důležité úkoly. Například máme speciální tým pro zavedení permanentního močového katetru, jehož členové jsou každý rok testováni, a nikdo jiný nemá kompetenci tuto intervenci vykonávat"*. Respondent 4 také většinu času dodržuje své kompetence, ale zároveň uvádí *"Většinou ano. Někdy své kompetence musím porušit a na základě svého úsudku udělat rozhodnutí. Ale doktoři věří našemu úsudku a není pro ně problém cokoli dodatečně podepsat"*.

3.3.4 Kategorie IV. Členové ošetrovateľského tímu, Komunikace mezi členy ošetrovateľského tímu, Hierarchie v ošetrovateľském tímu

Kategorie IV. Členové ošetrovateľského tímu

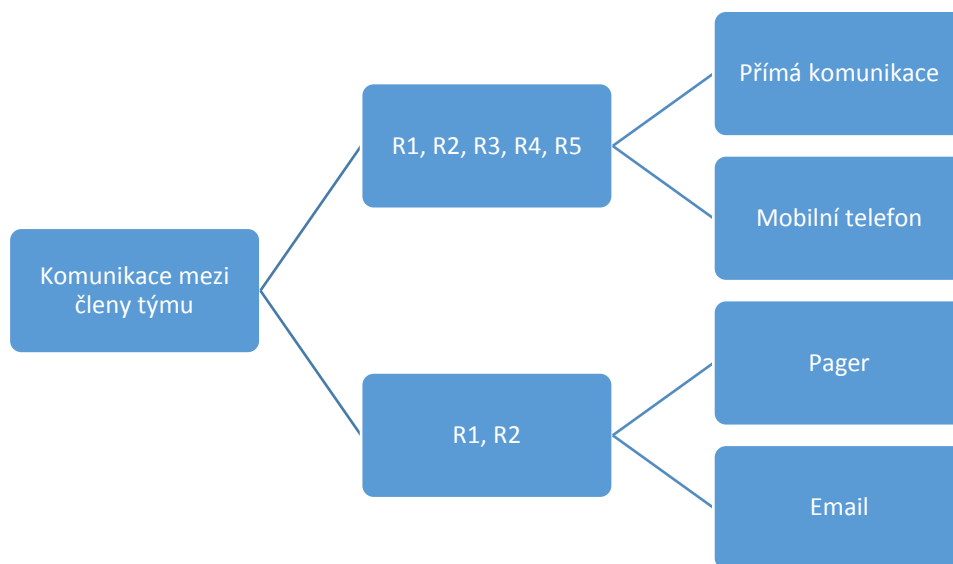


Obrázek 5 - Členové ošetrovateľského tímu

Kategorie IV. se věnuje ošetrovateľskému tímu. Ve Spojených státech amerických je stejně jako v České republice tým složen nejen ze sester, ale i dalších odborníků a pomocného personálu, čímž je zajištěna kvalitní a kontinuální péče. Respondentům byly položeny otázky **Kdo jsou členové ošetrovateľského tímu?**, **Kolik členů má ošetrovateľský tým?** a **Jak je delegována práce v ošetrovateľském tímu?** Cílem bylo získat informace o složení týmu, zjistit kdo všechno se počítá jako rovnocenná součást týmu a jak funguje hierarchie. Respondenti se shodují, že základem týmu jsou registrované (případně i praktické) sestry. Dále většina respondentů, tedy respondenti 2, 3, 4 a 5 uvádí, že v jejich týmu se hojně vyskytují tzv. CNA, neboli certifikovaní ošetrovateľští asistenti, kteří jsou ekvivalentem sanitáře či ošetrovatele. Ti pracují spolu s registrovanými sestrami, které na ně mohou dle kompetencí a zdravého rozumu delegovat činnosti, či je mohou požádat o asistenci, je-li to potřeba. Každá sestra může

mít přímo svého certifikovaného ošetrovateľského asistenta, nebo má asistent přidělen své pacienty a spolupracuje s jejich sestrami. Respondenti 1 a 2 do týmu také započítávají lékaře, což poukazuje na to, že sestra a lékař pracují jako rovnocenní kolegové a sestra není podřízeným lékaře. Dále oba dva zařazují fyzioterapeuta a logopeda, jako důležité členy týmu. Respondenti 1 a 4 jmenují také respiračního terapeuta, či respirační sestru specialistku. Další členové týmu se mohou odvíjet od oddělení, například respondent 1 udává dále i laktální poradkyni, respondent 2 pak uvádí výživové poradce a farmaceuty. Při porovnání s Českou republikou lze říci, že je složení týmu celkem podobné, jelikož i zde stojí celý tým převážně na sestrách, ale stejně důležití jsou i sanitáři či ošetrovatelé.

Kategorie IV. Komunikace mezi členy ošetrovateľského týmu



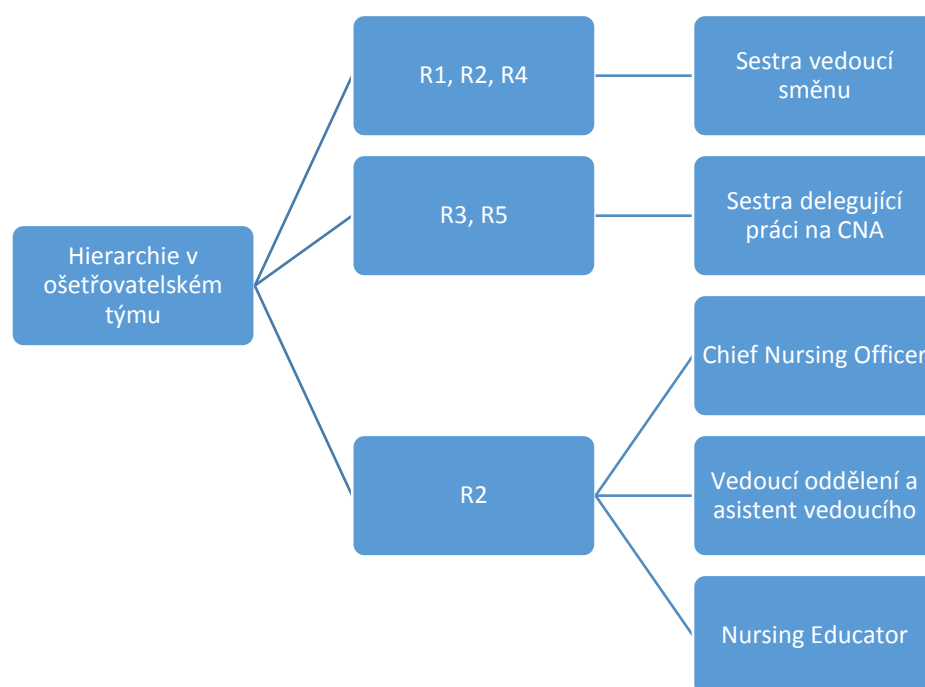
Obrázek 6 - Komunikace členů v ošetrovateľském týmu

Výzkumná část pokračuje v kategorii IV. zaměřením na komunikaci mezi členy ošetrovateľského týmu. Respondentům byla položena otázka **Jak spolu členové ošetrovateľského týmu komunikují?** Cílem této otázky bylo zjistit, jaké možnosti komunikace mají sestry ve Spojených státech amerických. Efektivní komunikace je základem pro poskytování kontinuální péče, a je nezbytná nejen mezi sestrami samotnými, ale i mezi sestrami a jinými členy týmu. Pro všechny respondenty byla shodná odpověď, že nejvíce využívaným prostředkem je přímá komunikace. Takto spolu komunikují například sestry mezi směnami, či sestry a certifikovaní ošetrovatelští asistenti. Taktéž všichni respondenti uvedli mobilní telefon, který slouží hlavně k předání urgentních informací, nebo kontaktování lékaře či certifikovaného ošetrovateľského

asistenta. Respondent 4 shrnuje tyto dva druhy komunikace a uvádí “Obvykle komunikujeme tzv. tváří v tvář. Nosíme i telefony, pokud si musíme navzájem volat. Většina komunikace ale probíhá přímo mezi sebou”.

Respondenti 1 a 2 ještě navíc uvedli využití emailu, kterým bývají sděleny neurgentní informace. Oba dva respondenti také uvedli využití pageru, který má u sebe lékař, a může tak být kontaktován při akutním případě či při změně stavu pacienta. Z odpovědí všech respondentů tedy vyplývá, že přímá komunikace mezi sestrami je nejvíce využívaným komunikačním kanálem. Ve srovnání s Českou republikou jsou až na využití pageru možnosti komunikace shodné.

Kategorie IV. - Hierarchie v ošetrovateľském týmu



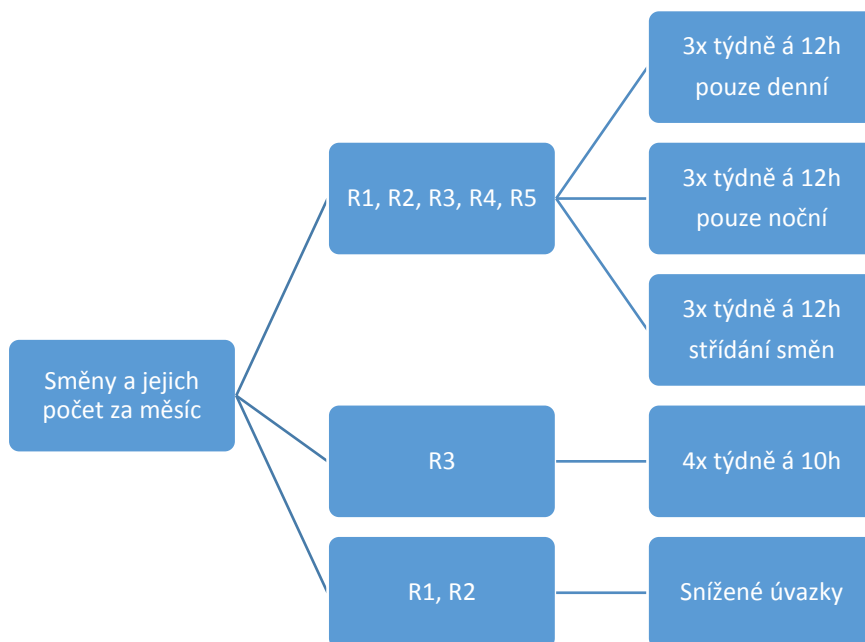
Obrázek 7 - Hierarchie v ošetrovateľském týmu

Kategorie IV. pokračuje ve výzkumné části tématem hierarchie v ošetrovateľském týmu. Respondentům byla položena otázka **Jak je delegována práce v ošetrovateľském týmu?** Za cíl této otázky bylo zjistit, jak funguje hierarchie v ošetrovateľském týmu, a následně jak je delegována práce. Respondenti 1, 2 a 4 uvedli, že na oddělení je přítomna sestra vedoucí směnu. Ta poté dohlíží na chod oddělení a případně deleguje práci. K této pozici respondent 2 uvádí “Každé oddělení má vedoucí sestru, která zrovna slouží. Ta dohlíží, asistuje a koordinuje práci sester na dané směně. Také sestrám přiděluje pacienty. Sama

má přidělené pacienty, a příchozí sestry na směnu již ví, o koho budou ten den pečovat. Pokud dojde ke zhoršení stavu pacienta, vedoucí sestra obeznámí primární tým, který o daného pacienta pečuje a přijímal ho na oddělení". Na to ale respondent 4 dodává *"Sestra vedoucí směnu je obvykle ten, kdo deleguje, ale pokud pracujete dobře jako tým, není tu žádná delegace, stačí se jen ujistit, že se udělá včas a tak jak má"*. Respondenti 3 a 5 zmiňují, že delegace probíhá spíše na úrovni sestra – certifikovaný ošetrovatelský asistent. Sestry mají znalosti o tom, co mohou a nemohou delegovat na svého asistenta a zároveň ho mohou požádat o asistenci při výkonech, pokud je to potřeba. Respondent 3 přímo uvádí *"CNA jsou sestrou přiřazeny věci, jako je monitorace fyziologických funkcí, odpovídání na zvonky, koupání a pomáhání pacientům při ambulantní léčbě. Sestry jsou obvykle zodpovědné za všechno ostatní. Snažím se svým CNA pomoci co nejvíce, ale pokud jsem zaneprázdněna a je to úkol, který mohou splnit, můžu jim zavolat a požádat je o pomoc"*. Respondent 2 zároveň přiblížil i otázku vyšší hierarchie, kdy uvedl *"Většina pracovišť má vedoucí oddělení, který dohlíží na chod oddělení, poté asistenta manažera, několik vedoucích sester, které dohlíží na sestry na dané směně. Dalším členem je vzdělavatel v ošetrovatelství (nursing educator), který se zaměřuje na vzdělání sester, a zároveň pořádání každoročních soutěží, a tak dále. Nejvyšším manažerským postem je Chief Nursing Officer"*.

3.3.5 Kategorie V. Směny a jejich počet za měsíc, Počet zaměstnaných sester, Počet pacientů na jednu sestru

Kategorie V. Směny a jejich počet za měsíc

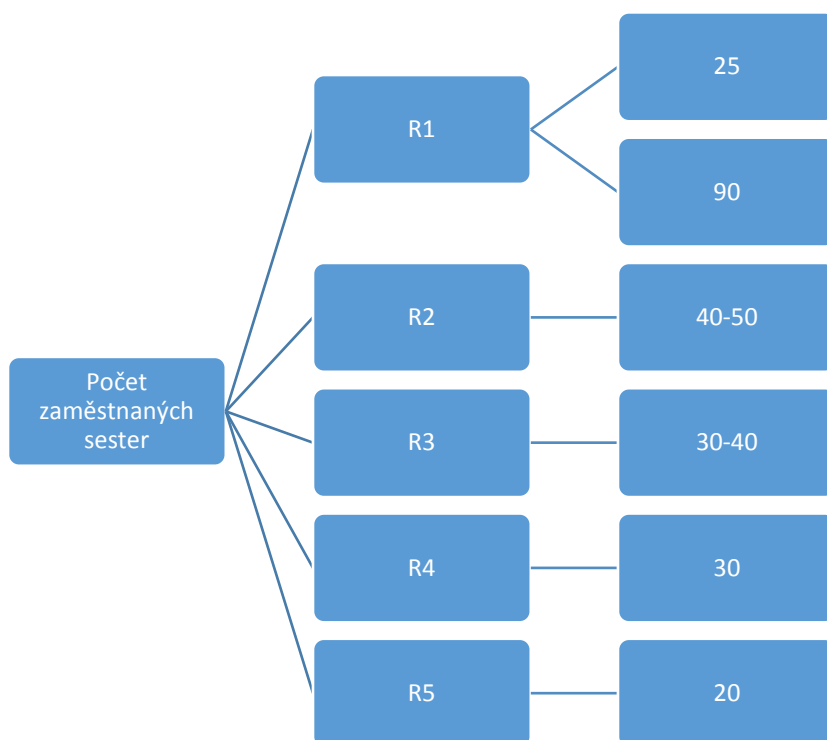


Obrázek 8 - Směny a jejich počet za měsíc

Kategorie V. se hlavně zaměřuje na počet směn, které sestry běžně odpracují a na jejich typ. Respondentům byly položeny otázky **Jaký je průměrný počet směn za měsíc?** a **Jaký je poměr denních a nočních směn?** Cílem těchto otázek bylo zjistit, jaké je pracovní vytížení sester ve Spojených státech amerických. Zároveň bylo cílem získat informace o poměru denních a nočních směn a systému, jak jsou tyto směny přidělovány. Každý z respondentů uvedl, že standardní jsou dvanáctihodinové směny tři dny v týdnu. Celkem tedy vychází průměrně dvanáct směn za měsíc při plném úvazku. Respondent 5 ale uvádí *“V případě zájmu je spousta příležitostí k přesčasům”*. Směny tedy probíhají od 7:00 do 19:00 a naopak. Z odpovědí respondentů také vyplynulo, že sice existuje možnost úvazku se střídáním denních a nočních směn, ale není to běžné. V praxi to poté dle Respondenta 5 probíhá takto *“Některé nemocnice výjimečně vynucují výkyvné směny. Tím jsou myšleny směny ve stylu týden na noční směně a příští týden na denní směně”*. Častější je úvazek přímo vázaný na některou směnu, tedy pouze na denní nebo pouze na noční směnu. Respondent 2 dodává *„Pokud se jedná o studenty, tak ti pracují den i noc, aby si vše mohli vyzkoušet”*. Respondenti 1 a 2 uvádí, že je také časté, aby sestry měly snížené úvazky či pracovaly brigádně. Respondent 3 uvádí, že sice je tradiční pracovat

po dvanáctihodinových směnách, ale jeho úvazek je na průměrně šestnáct směn za měsíc po deseti hodinách. Z odpovědí tedy vyplývá, že stejně jako v České republice je ve Spojených státech amerických tradičním přístupem pracovat ve dvousměnném provozu, po dvanáctihodinových směnách. Respondenti uvádí, že je průměrný počet směn za měsíc dvanáct, ale jelikož je mnoho příležitostí k přesčasům, je možné, že v praxi bude počet směn o několik vyšší.

Kategorie V. - Počet zaměstnaných sester

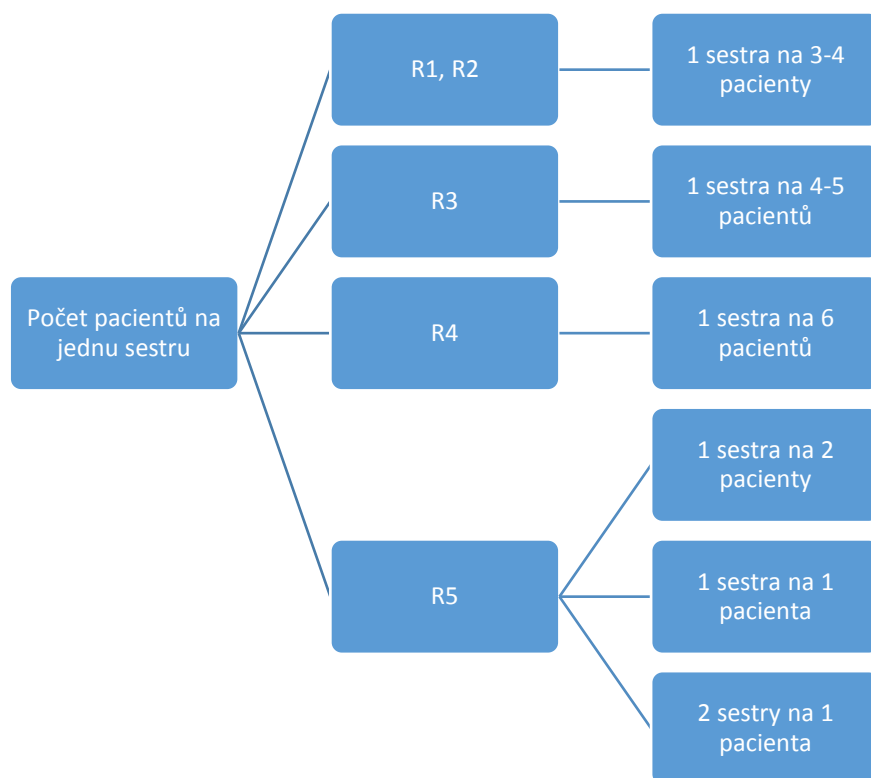


Obrázek 9 - Počet zaměstnaných sester

Kategorie V. dále pokračuje výzkumnou částí o průměrném počtu zaměstnaných sester na odděleních. Respondentům byla položena otázka **Jaký je průměrný počet sester zaměstnaných na oddělení?** Cílem bylo zjistit, jaký je podle zkušeností respondentů počet zaměstnaných sester na odděleních. Ve Spojených státech amerických lze spatřit velký rozdíl mezi velikostmi zdravotnických zařízení. V malých městech a ve venkovských oblastech jsou nemocnice menší, kde se počet zaměstnaných sester pohybuje ve stovkách, naopak ve velkých městech se nachází obří fakultní nemocnice, kde se počet zaměstnaných sester pohybuje v řádu tisíců, a spolu se zaměstnanými sestrami se zde vyskytuje i mnoho studentů ošetrovatelství. Každý z respondentů na základě své zkušenosti tedy uvedl jiná čísla. Mezi 20-30 sestrami uvedli respondenti 1, 4

a 5. Respondent 2 uvedl, že průměrně to bývá mezi 40-50 sestrami a respondent 3 že se nejčastěji jedná o 40 sester. Respondent 1 ale doplňuje, že se počty opravdu odvíjí od velikosti nemocnice, jelikož dříve pracoval ve velké nemocnici, kde byl běžný počet sester na jednom oddělení kolem devadesáti a z toho bylo jedenáct na směnu. Z odpovědí je tedy zřejmé, že se zde silně promítá osobní zkušenosti z mnoha oddělení každého respondenta. Zajímavé ale je, že ani jeden z respondentů neuvedl méně než 20 sester.

Kategorie V. - Počet pacientů na jednu sestru

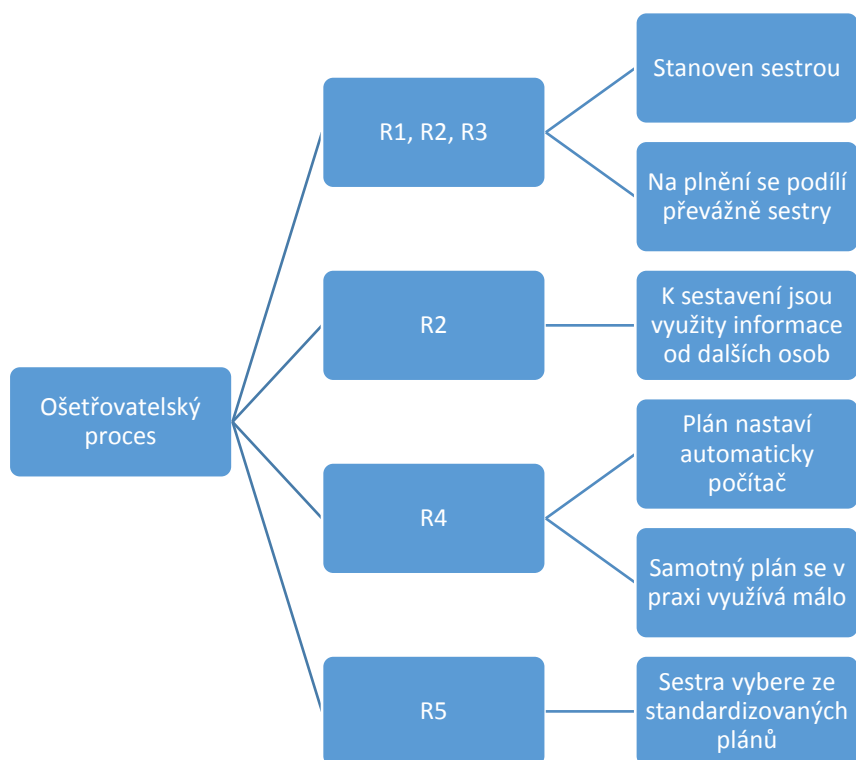


Obrázek 10 - Počet pacientů na jednu sestru

Kategorie V. se ve své poslední části věnuje průměrnému počtu pacientů na jednu sestru. Respondentům byla položena otázka **Jaký je průměrný počet pacientů na jednu sestru?** Cílem bylo zjistit, jaký je dle zkušeností respondentů průměrný počet pacientů na jednu sestru, nebo jaký považují za optimální. Správný počet pacientů na jednu sestru se odvíjí od mnoha faktorů, kterými je například stav pacienta, či náročnost jeho léčby. Je tedy potřeba udržovat tento počet optimální. Překážkou tomu může být nedostatek sester, se kterým se potýkají i Spojené státy americké, nebo naopak nadbytek pacientů. Respondenti 1 a 2 uvádí, že je průměrný počet pacientů na jednu sestru mezi třemi a čtyřmi pacienty. Respondent 3 uvádí, že se jedná průměrně o čtyři až pět pacientů.

Nejvíce pacientů uvedl respondent 4, který uvedl, že sestra má na starost průměrně 6 pacientů. Velmi zajímavá byla odpověď respondenta 5, který uvedl několik možností: *“Většinou jsou to dva pacienti na jednu sestru, avšak na základě stavu pacienta to může být jeden pacient na jednu sestru nebo dokonce jeden pacient na dvě sestry. Můžeme mít i tři pacienty, pokud je nedostatek personálu, nebo je stav pacientů dostatečně stabilní”*. Z odpovědí respondentů lze říci, že počet pacientů na jednu sestru se průměrně nachází mezi třemi a šesti pacienty. Závisí ale na stavu pacienta, zvyklostech oddělení, ale i například na zkušenostech sestry. Velmi zajímavým poznatkem byla poznámka respondenta 5, že jeden pacient může mít až dvě sestry.

3.3.6 Kategorie VI. Ošetřovatelský proces

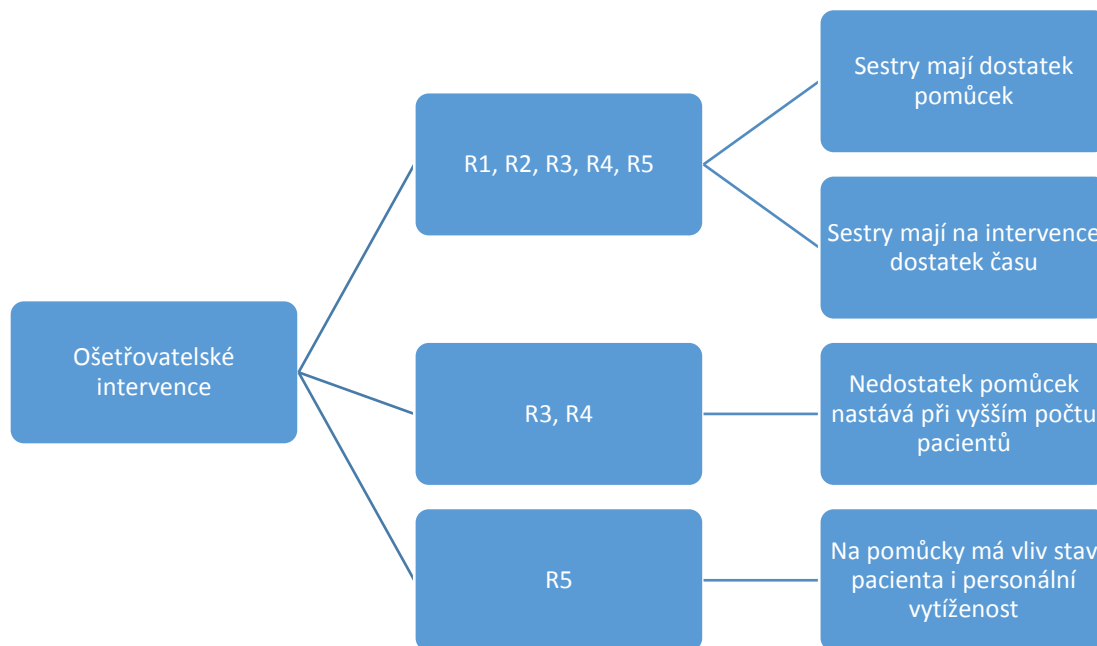


Obrázek 11 - Ošetřovatelský proces

Kategorie VI. byla zaměřena na ošetřovatelský proces a využití ošetřovatelského plánu. Respondentům byly položeny otázky **Kdo stanovuje ošetřovatelský plán?** a **Kdo se podílí na plnění ošetřovatelského plánu?** Cílem pak bylo zjistit, jak se ošetřovatelský plán sestavuje, kdo ho sestavuje, jestli se mění na základě dynamiky situace a kteří členové týmu se dále podílí na péči a plnění plánu. Ošetřovatelský plán může pomoci plnění komplexní péče o pacienta, aby nebyly opomenuty všechny aspekty. Může sloužit

jako pomůcka nejen sestřám, ale i ostatnímu personálu. Plán jako takový je zároveň vhodné aktualizovat na základě stavu pacienta. Respondenti 1, 2 a 3 uvedli, že ošetrovatelský plán stanovuje sestra při přijetí. Respondent 2 na to dodává *“Ošetrovatelský plán stanovuje sestra, často na základě informací od lékařů a dalších profesionálů (praktický lékař, jiná sestra, fyzioterapeut atd.)”*. Všichni tito respondenti se shodují, že na plnění plánu se podílí hlavně sestry. Respondent 2 ale dodává, že s mnoha aspekty pomáhá i certifikovaný ošetrovatelský asistent. Respondent 4 udává, že plán ošetrovatelské péče vytvoří počítač hned při přijetí. O následné plnění péče se poté starají převážně sestry, ale zároveň dodává *“Ale samotný plán jako takový se v praxi nevyužívá”*. Respondent 5 uvádí, že ošetrovatelské plány jsou standardizovány a sestra si na základě stavu a potřeb pacienta vybere ten, který je aktuálně nejvhodnější. Také dodává, že na plnění ošetrovatelského plánu se podílí převážně sestry, ale v jisté míře i lékaři. Respondenti 1 a 3 také uvádí, že ošetrovatelský plán je aktualizován, a to buď při každé směně, nebo pokud to vyžaduje změna stavu pacienta.

3.3.7 Kategorie VII. Ošetrovatelské intervence



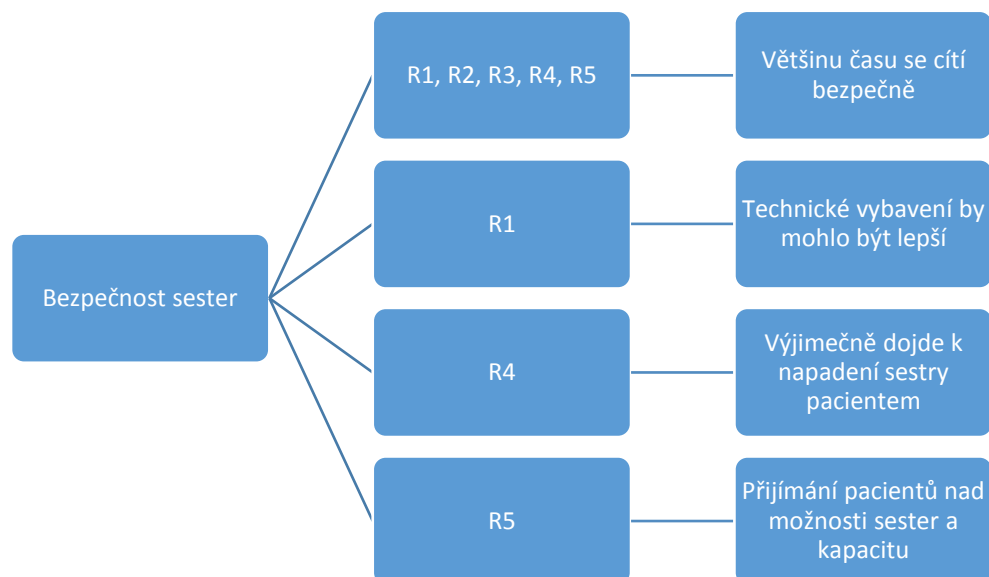
Obrázek 12 - Ošetrovatelské intervence

Kategorie VII. se zaměřila na ošetrovatelské intervence. Pro tyto účely byly respondentům položeny otázky **Je sestřám poskytnut dostatek pomůcek při výkonu ošetrovatelských intervencí?**, čímž byly myšleny i pomůcky osobní ochrany,

a **Je sestřám poskytnut dostatek času na výkon ošetrovatelských intervencí?** Cílem bylo zjistit, jestli je sestřám poskytnut dostatek pomůcek, díky čemuž je zajištěn kvalitní výkon a bezpečnost při plnění intervencí. Zároveň bylo cílem zjistit, jestli je sestřám poskytnut dostatek času na výkon ošetrovatelských intervencí. Všichni respondenti uvedli, že mají až na výjimečné situace dostatek pomůcek i času pro výkon ošetrovatelských intervencí. Respondent 2 uvádí, že množství a typ pomůcek se odvíjí od technologického pokroku v oblasti pomůcek. Respondent 3 uvádí, že pokud ale počet pacientů dosáhne přibližně osmi na jednu sestru, může být problém nejen s dostatkem pomůcek, ale i časem na výkon intervencí. K tomu ale zároveň dodává *“Mám pocit, že jednou ze základních dovedností sestry je řízení času a znalost všech úkolů, které je třeba splnit, a odpovídajícím způsobem je organizovat”*. Respondent 4 taktéž uvádí, že záleží na vytíženosti směny, kdy při hektické směně může být problém nejen s pomůckami, ale i s časem. Respondent 5 dodává, že záleží nejen na množství pacientů, ale i na personálním obsazení či aktuální dostupnosti zdrojů.

3.3.8 Kategorie VIII. Bezpečnost sester ve Spojených státech amerických, Rizika, se kterými se sestry ve Spojených státech amerických stýkají

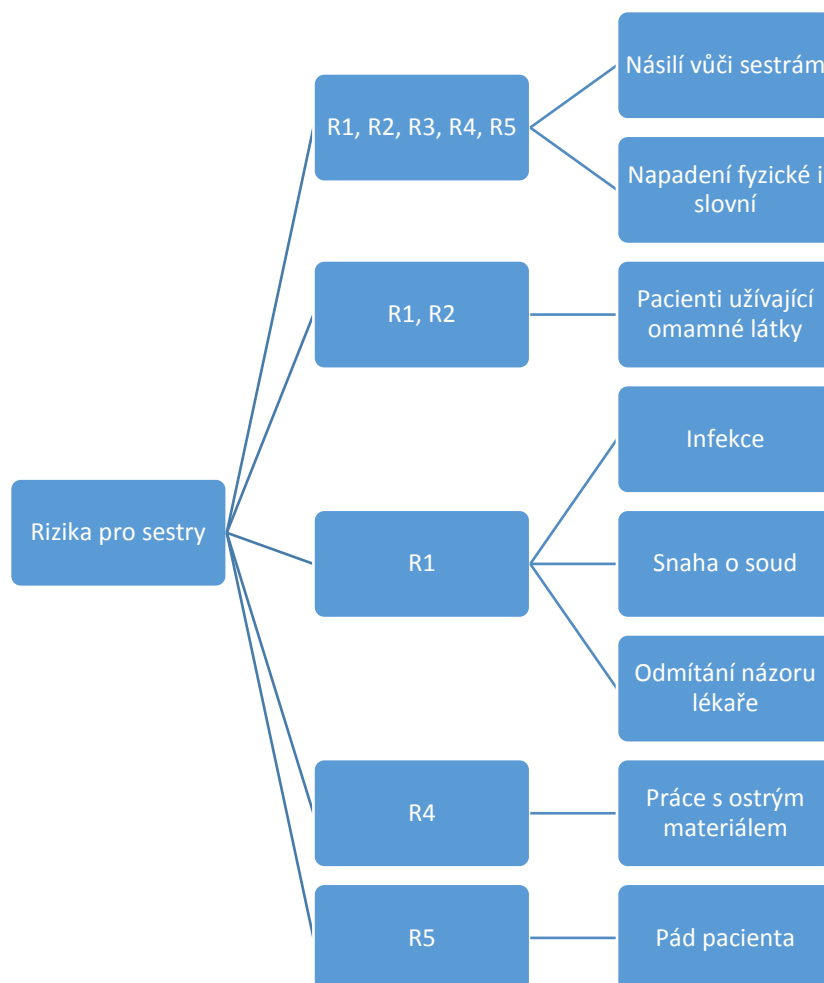
Kategorie VIII. Bezpečnost sester ve Spojených státech amerických



Obrázek 13 - Bezpečnost sester

Kategorie VIII. se v první části věnuje bezpečnosti sester ve Spojených státech amerických při výkonu jejich povolání. Respondentům byla položena otázka **Cítíte se při výkonu svého povolání bezpečně?** a **Jsou zajištěny dostatečné podmínky pro zachování bezpečnosti při výkonu povolání?** Cílem bylo zjistit, jestli se sestry opravdu cítí bezpečně při výkonu svého povolání, jestli se takto cítí celou dobu či jen někdy, a jestli se vyskytují nějaké faktory, které bezpečnost ovlivňují. Všichni respondenti uvedli, že se při výkonu svého povolání většinu času cítí bezpečně. Respondenti 2 a 3 neuvedli žádné faktory, které by bezpečnost negativně ovlivňovali. Naopak respondent 3 uvedl *“Mám pocit, že mám vždy potřebné zdroje, a pokud potřebuji pomoc, můj tým je vždy ochoten přijít a pomoci, kdykoli to bude potřeba”*. Dále ale každý z respondentů uvedl určitý faktor, který podle jejich názoru ovlivňuje jejich pocit bezpečí negativně. Respondent 1 uvádí, že dle jeho názoru by se některé věci daly dělat jinak, s ohledem na technologický pokrok. Zároveň někdy se setkává se starším technickým vybavením, které je sice dostačující, ale mohlo by být lepší. Respondent 4 uvádí, že byl několikrát svědkem toho, že nebyla zajištěna bezpečnost sester a její kolegyně byly napadeny pacienty, kteří ale byli převážně staří či zmatení. Dále také uvádí *“V areálu je přítomna ochranka, a neváháme zavolat policii, pokud je to nutné. Také nás učí jak opustit rizikovou situaci, pokud nastane”*. Respondent 5 pak uvádí, že bezpečnost dle jeho názoru hodně ovlivňuje fakt, že nemocnice často přijímají pacienty nad kapacity oddělení a nad možnosti sester.

Kategorie VIII. Rizika, se kterými se sestry ve Spojených státech amerických stýkají

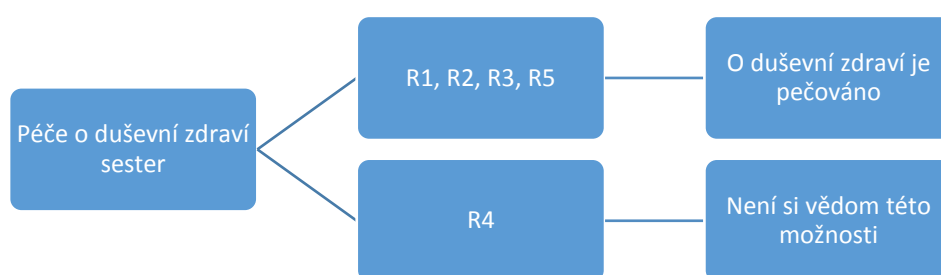


Obrázek 14 - Rizika pro sestry ve Spojených státech amerických

Kategorie XIII. se dále zaměřuje na rizika, se kterými se mohou sestry ve Spojených státech amerických setkat. Respondentům byly položeny otázky **S jakými rizikovými situacemi jste se setkal při péči o pacienta?** a **S jakými rizikovými situacemi jste se setkal mimo kontakt s pacientem?** Cílem bylo zjistit, co sestry ve Spojených státech amerických považují za rizikové situace a se kterými se osobně setkaly. Všichni respondenti uvedli, že za velmi časté považují násilí na sestřích a ostatních členech ošetrovatelského týmu. Dle respondentů 1 a 2 k tomu často dochází, pokud pacienti či rodina nejsou spokojeni s péčí, či mají jiný názor než personál. Respondent 3 uvádí, že se často setkává s výhružkami od pacientů či jejich rodiny a i po ukončení léčby. Zároveň přímo ke své zkušenosti uvádí *“Jednou se mě pokusil starý zmatený muž uškrtnit, ale byla*

jsem rychlejší, a měli jsme k dispozici další zaměstnance, kteří viděli, že je agresivní”. O svou zkušenost se podělil i respondent 4, který uvedl *“Minulý rok byla jedna sestra zavražděna v garážích při odchodu z nemocnice”*. Násilí ale není to jediné, s čím se sestry ve Spojených státech amerických musí potýkat. Respondenti 1 a 2 uvedli, že se velmi často setkávají s pacienty, kteří jsou uživatelé omamných látek. Dále uvedl respondent 1, že za riziko považuje také infekce, proto vždy při kontaktu s pacientem využívá osobní ochranné pomůcky. Dále také uvádí, že s velmi rizikovou situací se potýká, pokud pacient či jeho rodina odmítá názor lékaře a například i život zachraňující léčbu, kdy poté musí zakročit etická komise. Jako poslední uvádí, že pacienti či rodina si někdy dělají seznamy a poznámky o všem, co sestra udělá či řekne, aby to následně mohli využít proti ní či proti celé nemocnici, kdy přímo uvádí *“Někteří pacienti si sepisují seznamy veškerých věcí, co sestra dělá, aby mohli způsobit hádku a následně žalovat nemocnici. Tyto seznamy mohou být neskutečně dlouhé”*. Respondent 4 zmiňuje práci s ostrým materiálem (jehly, střepey) jako velmi rizikovou. Dále uvádí svou zkušenost *“Jednou pacient zapálil lůžkoviny, aby založil požár, a muselo se evakuovat celé oddělení”*. Respondent 5 uvádí, že jako rizikovou situaci považuje potencionální pády pacientů. Jelikož často dochází k soudům ohledně péče, a to často jen za účelem obohacení pacienta, je to velmi pochopitelné.

3.3.9 Kategorie IX. Péče o duševní zdraví sester



Obrázek 15 - Péče o duševní zdraví sester

Kategorie IX., která je zároveň poslední kategorií, se zaměřuje na duševní zdraví sester. Respondentům byla položena otázka **Je Vám nabízena možnost péče o vaše duševní zdraví při výkonu Vašeho povolání?** Cílem bylo zjistit, jestli mají sestry ve Spojených státech amerických možnost nějak pečovat o své duševní zdraví, například pomocí

psychologa či intervence, jelikož povolání sestry je velmi náročné nejen fyzicky, ale i psychicky. Navíc vzhledem k předchozí kategorii o rizikových situacích je stěžejnost péče o duševní zdraví ještě markantnější. Respondent 4 byl jediný, který uvedl, že si není vědom možnosti péče o duševní zdraví přímo ve vztahu k jeho povolání. Ostatní respondenti uvedli, že o jejich duševní zdraví pečováno je. Respondent 1 uvádí, že má zkušenosti s pozitivním přístupem v této oblasti, a to nejen pro sestry, ale i jejich rodiny, kdy může být finančně pokryto několik sezení s odborníkem či uděleno speciální volno v práci. Respondent 2 zase uvádí, že má zkušenost s klinikou pro pracovní zdraví, která se nacházela v rámci pracoviště a nabízela péči nejen o duševní, ale i fyzické zdraví sester. Respondent 3 má přímou zkušenost s využitím programu pomoci zaměstnancům, který obsahuje 6 bezplatných terapeutických sezení, která se mohou, ale i nemusí týkat pracovních záležitostí. Respondent 5 má také zkušenost s programem pomoci zaměstnancům, o kterém uvádí, že *“Poskytuje tolik zdrojů pomoci pro zaměstnance! Je to fenomenální!”*

3.4 Analýza cílů a výzkumných otázek

Analýza výzkumných cílů a otázek byla vytvořena pomocí dat, která byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Odpovědi byly zpracovány pomocí schémat a doplněny popisem.

Výzkumný cíl číslo 1 zní: **popsat systém vzdělávání a ošetřovatelství ve Spojených státech amerických**. Cíl slouží jako popisný a byl rozebrán v teoretické části kvalifikační práce.

Výzkumný cíl číslo 2 zní: **zjistit, jaká je poskytována péče ve Spojených státech amerických**. K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka **Jak funguje systém ošetřovatelské péče ve Spojených státech amerických?** Otázka byla rozdělena do tří podotázek: Jak vypadá ošetřovatelský tým? Jaké jsou v něm role? Jak probíhá poskytování ošetřovatelské péče a jaké rizikové faktory zhoršují pracovní podmínky sester ve Spojených státech amerických?

První podotázka ve znění **Jak vypadá ošetřovatelský tým? a Jaké jsou v něm role?** byla rozebrána v kategorii IV., která byla rozdělena na podkategorie: členové ošetřovatelského týmu, komunikace mezi členy ošetřovatelského týmu a hierarchie v ošetřovatelském týmu.

Závěr analýzy: V rámci první otázky se odpovědi všech respondentů shodují, že hlavním členem ošetřovatelského týmu je registrovaná sestra. Čtyři respondenti uvedli také certifikovaného ošetřovatelského asistenta. Dále respondenti uváděli jednotlivé profesionály, které také považují za členy týmu na základě svých zkušeností (například fyzioterapeuta). U otázky na komunikaci mezi členy týmu se respondenti shodli na přímé komunikaci, tzv. face-to-face. Spolu s komunikací skrze mobilní telefon hodnotili tento způsob komunikace jako nejčastější. Následně dva respondenti uvedli ještě pager a pracovní e-mail. O hierarchii v ošetřovatelském týmu uvedli tři respondenti, že tým je veden sestrou vedoucí směnu. Dva respondenti uvedli, že každá sestra dále může delegovat práci na certifikovaného ošetřovatelského asistenta a jeden z respondentů uvedl ještě navíc členy manažerského úseku ošetřovatelství.

Druhá podotázka ve znění **Jak probíhá poskytování ošetřovatelské péče?** byla rozebrána v kategorii V., která je rozdělena na podkategorie: směny a jejich počet za měsíc, počet zaměstnaných sester a počet pacientů na jednu sestru, dále v kategorii VI., ošetřovatelský proces, a kategorii VII, ošetřovatelské intervence.

Závěr analýzy: V rámci otázky na počet směn se respondenti shodli, že průměrem jsou tři směny za týden, tedy průměrně 12 směn za měsíc. Jedná se zejména o dvanáctihodinové směny (denní, noční, či střídavé). Dva respondenti také uvedli, že sestry mají možnost sníženého úvazku. Jeden z respondentů uvedl, že pracuje čtyři dny v týdnu desetihodinové směny, ale jedná se o speciální úvazek, a uvádí, že běžně se jedná o tři dvanáctihodinové směny za týden. Otázka na počet zaměstnaných sester přinesla mnoho různých odpovědí, dle zkušeností respondentů. Respondent 1 uvedl, že se průměrně jedná o 25 sester, ale má zkušenost s oddělením, kde bylo až 90 sester. Respondent 2 uvedl, že se průměrný počet sester pohybuje mezi 40 až 50 sestrami. Respondent 3 uvedl, že se průměrně jedná o 30 až 40 sester. Respondent 4 uvedl, že se jedná průměrně o 30 sester. Respondent 5 uvedl, že se jedná o průměrně 25 sester. Stejně různorodé odpovědi přinesla i následující otázka na počet pacientů na jednu sestru. Dva respondenti se shodli, že ve většině případů mají mezi třemi a čtyřmi pacienty. Jeden z respondentů uvedl, že se jedná o průměrně čtyři až pět pacientů. Nejvíce pacientů uvedl respondent 4, který zmínil až šest pacientů na jednu směnu. Respondent 5 uvedl, že se průměrně jedná o jednoho až dva pacienty, ale při výjimečných situacích (na jednotce intenzivní péče) můžou o jednoho pacienta pečovat dvě sestry najednou. O ošetrovatelském procesu a stanovení ošetrovatelského plánu uvedli tři respondenti, že plán stanovuje převážně sestra a na jeho plnění se podílí také hlavně sestry. Respondent 2 dodal, že k sestavení plánu se využívají také informace od ostatních profesionálů a lékaře. Respondent 4 uvedl, že plán sestavuje počítač, ale v praxi se na něj ohled bere pouze částečně. Respondent 5 uvedl, že vybírá ze seznamu standardizovaných plánů ten, který nejvíce odpovídá potřebám a stavu pacienta. Otázka na ošetrovatelské intervence a pomůcky k nim potřebné přinesla shodu všech respondentů, že pro výkon ošetrovatelských intervencí mají dostatek pomůcek i času. Dva z respondentů ale doplnili, že při vyšším počtu pacientů může nastat nedostatek pomůcek, dále jeden z respondentů uvádí, že vliv má nejen počet pacientů, ale i personální vytížení.

Třetí podotázka ve znění Jaké rizikové faktory zhoršují pracovní podmínky sester ve Spojených státech amerických? byla rozebrána v kategorii VIII., která je rozdělena na podkategorie: bezpečnost sester ve Spojených státech amerických a rizika, se kterými se sestry ve Spojených státech amerických stýkají, a v kategorii IX., péče o duševní zdraví sester ve Spojených státech amerických.

Závěr analýzy: Pro oblast bezpečnosti sester se všech pět respondentů shoduje, že se většinu času cítí bezpečně. Avšak dále jeden z respondentů uvádí, že technické vybavení

by mohlo být lepší, další respondent uvádí nerespektování kapacity zdravotnického zařízení a přijímání pacientů nad možnosti sester, či dle jiného respondenta dochází k napadení sester pacientem. Při bližším zaměření na rizika, která přímo ovlivňují respondenty se všichni respondenti shodli, že největším rizikem je násilí na sestrách ze strany pacientů či slovní napadení. Dva respondenti také uvedli rizika spojená s pacienty užívajícími návykové látky, dále jeden z respondentů uvedl jako rizikovou práci s ostrým materiálem. Jeden z respondentů za významné považuje i riziko přenosu infekce, snahu o soudní spor ze strany pacienta či jeho rodiny za účelem finančního obohacení, nebo odmítání názoru lékaře, a to i v případě život zachraňující léčby.

4 Diskuze

Bakalářská práce byla vypracována formou kvalitativního výzkumu za použití metody polostrukturovaného rozhovoru. Dotazovanými byly sestry z oblasti Memphis a Nashville ve státě Tennessee ve Spojených státech amerických. Všichni oslovení mají dosažené vzdělání na úrovni registered nurse (ekvivalent všeobecné sestry) a mají úspěšně složenou zkoušku NCLEX. Rozhovory byly provedeny pomocí aplikace Skype a následně byl vytvořen transkript do textového editoru v angličtině. Ten byl přeložen do hovorového českého jazyka. Z oslovených osmi sester nakonec pět plně souhlasilo s výzkumem vzhledem k časové náročnosti spojené s časovým posunem mezi Českou republikou a Tennessee, a jazykovým rozdílem mezi tazatelem a tázaným. Všechny provedené rozhovory jsou zcela anonymní. Rozhovory byly následně zpracovány ve výzkumné části. Jako základ bakalářské práce jsou dva stanovené cíle, které byly určeny. **Prvním cílem bylo popsat systém vzdělávání a ošetřovatelství ve Spojených státech amerických.** Leč se jedná o popisný cíl, byl tento cíl rozebrán v kategoriích I až II. První otázkou bylo, **jestli k zahájení studia v oboru ošetřovatelství jsou potřeba jisté náležitosti.** Všichni respondenti se shodli, že **je potřeba absolvovat určité předměty v rámci první části univerzitního vzdělání** (zároveň k nástupu na univerzitu je nutné mít ukončené středoškolské vzdělání). Dva respondenti ještě uvedli, že museli absolvovat **test zvaný TEAS.** Dva respondenti také uvedli, že je potřeba **práce v oboru jako certifikovaný ošetřovatelský asistent.** Drobné odchylky v rámci odpovědí mohly být způsobeny různými školami, na kterých respondenti studovali, či obdobím, kdy obor studovali, jelikož všichni respondenti nejsou stejně staří. Listopad (2010) ve svém článku uvádí jako jedinou podmínku pro vysokoškolské vzdělání dokončené středoškolské vzdělání. Dále jsme se respondentů ptali, **jakým způsobem probíhá vzdělávání v oboru Bachelor of Science in Nursing.** Dva respondenti odpověděli, že **studium na univerzitě se rozděluje na dvě části. Část obecnou (kdy je nutné absolvovat povinné předměty) a specializační (která se soustředí přímo na ošetřovatelství.** Dva respondenti uvedli, že na studium je **možno navázat přímo na specializační část po absolvování studia Associate Degree in Nursing.** Jeden respondent uvedl **obě možnosti.** Odchylky v odpovědích lze vysvětlit zkušeností se studiem, která je u respondentů různá, jelikož studovali na různých univerzitách a v různých letech. Hubner-Thomesová (2010) i Listopad (2010) také uvádí, že se jedná o čtyřleté studium. Listopad (2010) dále zmiňuje, že je zjevná preference sester se vzděláním Bachelor of Science in Nursing oproti sestrám

s Associate Degree in Nursing. Ondřichová (2011) hovoří o možnosti návazného dvouletého magisterského oboru, který může být zároveň specializační, například se zaměřením na anesteziologii. Oproti České republice se tedy v rámci vzdělávání vyskytují silné rozdíly (2017b). Následující otázka směřovala ke **zkoušce NCLEX, jejímu průběhu a osobní zkušenosti respondentů** se zkouškou. Všichni respondenti uvedli, že **úspěšné složení zkoušky je podmínkou k výkonu povolání, jedná se o tzv. adaptabilní testování a že počet otázek se liší na základě odpovědí**. Tyto informace uvádí jak Hubner-Thomesová (2010), tak i Listopad (2010). Všichni také zmínili **velkou nejistotu a stres z výsledku**. Dva respondenti uvedli, že **před samotnou zkouškou jejich univerzita pořádala speciální přípravný kurz**, který museli absolvovat. Jeden respondent uvedl, že **musel uspět v přípravné zkoušce v rámci univerzity**, aby byl připuštěn k NCLEX.

Druhý stanovený cíl byl na téma **Zjistit, jak je poskytována ošetrovatelská péče ve Spojených státech amerických**. Jak funguje systém ošetrovatelské péče ve Spojených státech amerických bylo rozebráno v kategorii III. Prvním aspektem byly **kompetence sester ve Spojených státech amerických**. Kompetence ve Spojených státech amerických jsou pojaty jinak, než je tomu v České republice (2017a). Dle Ondřichové (2011) si mohou jisté regulace nastavit samy státy, ale zároveň American Nurses Association (2015) vydává tzv. Guidelines a Nursing Practice Act. American Nurses Association (2015) poté kompetence rozděluje dle ošetrovatelského procesu a kritérií standardu ošetrovatelské péče. Jelikož k regulacím ohledně kompetencí sester tedy může docházet na několika úrovních, dochází i k odlišnostem v odpovědích respondentů. Tři respondenti uvedli, že **kompetence nastavuje zdravotnické zařízení**, jeden respondent uvedl, že **kompetence jsou specifické dle oddělení** a jeden respondent uvedl, že **kompetence nastavuje tzv. Ošetrovatelská rada**. Při porovnání kompetencí sester se vzděláním **Bachelor of Science in Nursing a Associate Degree in Nursing** uvedli tři respondenti, že **kompetence se shodují** a dva respondenti uvedli, že **sestry s bakalářským titulem se zaměřují i na management, výzkum a vedení**. Různé odpovědi lze vysvětlit různou zkušeností se sestrami se vzděláním Associate Degree in Nursing v praxi, jelikož všichni respondenti mají ukončené studium Bachelor of Science in Nursing. Anema (2010) uvádí, že vzdělávání se zaměřením na kompetence a schopnosti sester je stěžejním pro kvalitní péči. Dle Listopad (2010) je Bachelor of Science in Nursing více vyhledávaným typem vzdělání a v budoucnu by mohl být jediným platným.

Druhý cíl následuje otázkami na téma **Jak vypadá ošetrovatelský tým a jaké jsou v něm role**. Tato otázka byla rozebrána v kategoriích IV až V. První částí bylo zjistit, **kdo všechno je považován za členy ošetrovatelského týmu**. Všichni respondenti se shodují, že stěžejním prvkem je **registrovaná sestra**. Čtyři respondenti dále uvádí, že do týmu se řadí **certifikovaný ošetrovatelský asistent** (který je ekvivalentem ošetrovatele či sanitáře). Dva respondenti dále uvádí, že do týmu řadí i **fyzioterapeuty, logopedy a lékaře**. Dva respondenti uvedli jako významného člena **respiračního terapeuta či sestru**. Zařazení lékaře či jiných osob může být způsobeno zkušeností z praxe, kdy se na péči tyto osoby podílejí více, či jejich úloha je nezastupitelná jinými členy týmu. American Nurses Association (2019) do ošetrovatelského týmu řadí hlavně registrované sestry (RN), licencované praktické sestry (LPN) a certifikované ošetrovatelské asistenty (CNA). Listopad (2010) uvádí ve výčtu sester ještě navíc ARNP, což je sestra s vyšším vzděláním, než je bakalářské, ale stále je v týmu brána jako sestra.

Téma dále pokračuje na bod **počet zaměstnaných sester v rámci oddělení či jednotky**. Respondenti uvedli, že počty odhadují, jelikož si nejsou úplně jistí. Tři respondenti uvedli, že je počet sester **mezi 20 a 30 sestrami**, dva respondenti uvedli, že se jedná přibližně o **40 až 50 sester**. Jeden z respondentů uvedl, že se počet odvíjí od situace a velikosti zařízení, a má zkušenost se zařízením, které mělo na jednom oddělení zaměstnáno až 90 sester. Tyto počty se tedy odvíjí od konkrétního oddělení či konkrétní zkušenosti respondenta a je nutno na ně pohlížet z pohledu množství pacientů. V poslední části bylo za úkol zjistit, **jaký je průměrný počet pacientů na jednu sestru**. Dva z respondentů uvedli, že jedna sestra má průměrně mezi **3 a 4 pacienty**. Jeden z respondentů uvedl, že se jedná o počet mezi **4 a 5 pacienty** a jeden respondent dokonce uvedl, že v závislosti na situaci se může jednat až o **6 pacientů**. Jeden z respondentů dodal, že v extrémních případech může mít 1 sestra 1 pacienta, případně 1 pacient 2 sestry (jedná se o oddělení typu jednotka intenzivní péče s ohledem na vážnosti stavu pacienta). Rozdílné počty se mohou odvíjet od zkušeností sester, nebo mohly sestry uvést maximální počet, se kterým se kdy v rámci své praxe setkaly. American Nurses Association (2015) uvádí, že ve svých guidelines či v Nursing Practice Pact může uvádět pouze doporučení, která si poté stát může nastavit, tzv. nurse-to-patient ratio, které ale konkrétně stát Tennessee nemá. American Nurses Association (2019) také uvádí, že počty sester se odvíjí od několika faktorů a měl by být zohledněn pacient jako takový (jeho náročnost a potřeby), interprofesní tým (jeho možnosti a další členové týmu), kultura pracovního prostředí (jaké je pracovní prostředí a charakter jeho leadera), pracovní

prostředí (dostupnost materiálu) a zhodnocení (nejen ze strany sestry vůči ošetrovatelskému plánu, ale také ze strany zaměstnavatele vůči sestře).

Druhý cíl pokračuje podcílem **jak probíhá poskytování ošetrovatelské péče ve Spojených státech amerických**. Tento cíl byl rozebrán v kategoriích VI. až VII. První část byla zaměřena na **ošetrovatelský proces**, konkrétně ošetrovatelský plán, jeho sestavení, využití a na tom, kdo se podílí na jeho plnění. Tři respondenti uvedli, že **plán stanovuje sestra při přijetí**, jeden respondent uvádí, že po přijetí pacienta sestře **vygeneruje ošetrovatelský plán počítač** a jeden respondent uvádí, že ošetrovatelské **plány jsou standardizovány** a sestra pouze vybere, který je nejvhodnější. Různé odpovědi mohou být způsobeny různým výkladem otázky, jelikož sestavením plánu po přijetí může být myšleno i jeho vygenerování počítačem či výběr dle názoru a znalostí sestry. Dle respondentů se **na péči podílejí hlavně sestry**. Tyto informace uvádí i Listopad (2010), podle které je registrovaná sestra stěžejním členem týmu, avšak ostatní členové jsou taktéž nezastupitelní v rámci kvalitní a kontinuální péče. American Nurses Association (2010) uvádí, že významnou roli hraje ošetrovatelská dokumentace, která může mít vícero forem (tištěná, elektronická) a kvalita jejího vedení se odráží na ošetrovatelském procesu. Další částí bylo zjistit informace ohledně ošetrovatelských intervencí, kam spadá například dostatek pomůcek či času pro jejich výkon. Všichni respondenti uvedli, že **mají na výkon ošetrovatelských intervencí dostatek času i pomůcek**, pokud se nejedná o extrémní případy, kdy je v péči sestry velký počet pacientů, jedná se o náročnou směnu, nebo jsou-li dostupné technologicky moderní pomůcky. Bulechek (2013) uvádí v rámci Nursing Intervention Classification seznam ošetrovatelských intervencí, výčet pomůcek nutných pro výkon intervence a postupy, kterými se sestry v praxi řídí. Moorhead (2013) zase v rámci Nursing Outcomes Classification uvádí hodnocení dosažení cíle v rámci ošetrovatelských intervencí, které sestry v praxi také využívají. Johnson (2012) ve své publikaci poukazuje na návaznost Nursing Intervention Classification na Nursing Outcomes Classification, které se zároveň promítají do využití North American Nursing Diagnoses Association, kde jsou ošetrovatelské intervence, výsledky a diagnózy nezbytné pro poskytování péče.

Druhý cíl se ve své poslední podotázce zabývá otázkou **Jaké rizikové faktory zhoršují pracovní podmínky sester ve spojených státech amerických**. Tato byla rozebrána v kategoriích VIII až IX. Na téma bezpečnosti sester uvedli všichni respondenti, že se **většinu času se cítí bezpečně**. Důvodem pro uvedení termínu “většinu času” jsou dle některých respondentů důvody, jako je **starší technické vybavení, napadení sestry**

pacientem nebo nerespektování kapacity zdravotnických zařízení v rámci přijímání množství pacientů. Toto může být vysvětleno zkušenostmi sester, které mají mnohaletou praxi v oboru a mohly se setkat s těmito situacemi osobně. Na téma **konkrétních rizik** uvedli všichni respondenti **násilí vůči sestrám**, a to ve smyslu **napadení slovním i fyzickým**. Dva respondenti uvedli, že velmi riziková jsou pacienti užívající návykové látky. Jeden z respondentů uvedl jako rizika přenos infekce, ve smyslu na pacienta i na zdravotníka, snahu o soud se zdravotnickým zařízením s pokusem o obohacení, či odmítání názoru lékaře i v situacích ohrožujících život. Jeden z respondentů uvedl jako rizikovou práci s ostrým materiálem a jeden respondent uvedl pád pacienta, právě z pohledu následného napadení zdravotníka či zdravotnického zařízení soudně. Tyto odpovědi vyplývají ze zkušeností sester a shodují se, že velkým rizikem je násilí vůči zdravotníkům a jejich napadání. Každý z respondentů se s tímto problémem setkal a dva respondenti uvedli i zkušenost s extrémním případem. Další subjektivní rizika, která někteří respondenti uvedli, jsou ovlivněny jejich osobní zkušeností. Z těchto odpovědí vyplývá, že násilí vůči zdravotníkům je celosvětový problém, který vnímají všechny sestry. Judd (2014) uvádí, že aktuálním problémem pro ošetrovatelství ve Spojených státech amerických je nedostatek sester a podhodnocená platová situace. American Nurses Association (2010) klade velký důraz na vedení ošetrovatelské dokumentace, která slouží nejen ke komunikaci mezi členy týmu a dalšími profesionály, ale také jako důkazní materiál o provedené péči. Dle Jarošové (2014) je pro zachování bezpečnosti v oblasti poskytování ošetrovatelské péče nutné věnovat pozornost aktualizaci postupů a držet se zásad Evidence-Based Nursing. Tento rozpor v informacích může být způsoben pohledem praxe ze strany sester a pohledem teorie ze strany literatury. V závěru této části bylo zkoumáno, **zdali je nějakým způsobem pečováno o duševní zdraví sester**. Čtyři respondenti uvedli, že **je jim poskytnuta nějaká možnost péče o duševní zdraví**, ať se jedná o sezení s psychologem či uvolnění z práce. Může se jednat o různé formy či pojetí pomoci, které sami respondenti využili v rámci mnoha let působení v praxi jako sestry, tedy možností může být mnohem více a mohou být využity v různé míře. Jeden respondent uvedl, že si **není vědom této možnosti**, avšak nevylučuje, že mu tato možnost případně nemůže být poskytnuta. Přepřacování a nedostatek sester zmiňuje Judd (2010) jako jeden z klíčových problémů 21. století. Anon (2010) uvádí, že je nezbytná reforma ošetrovatelství ve Spojených státech amerických, aby mohla být zvýšena nejen úroveň péče o pacienty, ale také kvalita péče o sestry, bez kterých by zdravotnictví nemohlo fungovat. Z literatury vyplývá, že sestry si jsou vědomy nutnosti reformy v ošetrovatelství

a mají iniciativu situaci změnit. Zároveň ale z odpovědí respondentů vyplývá, že zaměstnavatelé si jsou také vědomi situace a mají snahu zlepšit pracovní podmínky sester. Výzkumná saturace cílů a podotázek byla naplněna. Na každou otázku každý z respondentů odpověděl, a to v rozsahu, který považovali za dostatečný, a zároveň byl dostatečný pro rozsah potřebných informací. U některých otázek uchopili respondenti téma lehce jinak než ostatní respondenti, což ale může být způsobeno pohledem na dané téma či zkušeností v tomto oboru či tématu, jelikož každý z respondentů je v praxi různě dlouhou dobu, prošel jinými odděleními a setkal se s jinými situacemi. V rámci některých otázek došlo k větším či menším rozdílům v odpovědích, ale vždy se tyto odlišnosti daly vysvětlit různou zkušeností, například v oblasti vzdělávání, či délkou a bohatostí praxe, kterou za roky práce jako sestra respondenti mají. Ve většině případů se odpovědi shodovaly s literaturou. Pokud došlo k uvedení jiných informací ze strany respondenta, než uvádí literatura, lze to vysvětlit teoretičtějším pohledem na danou problematiku, a naopak pohledem praxe a zkušeností z pohledu respondenta. Tyto odpovědi se tedy nevylučují, ale poukazují na rozdílný pohled.

5 Návrh doporučení pro praxi

Spojené státy americké jsou jednou z nejvyspělejších zemí světa, což se odráží i na ošetrovatelství. Zdravotnická zařízení mohou nabývat obřích rozměrů, s tisíci zaměstnanými sestrami a nejmodernějším vybavením v oblasti techniky i pomůcek. Sestry musí stejně jako v České republice studovat vysokou školu, avšak za lehce odlišných podmínek, než je tomu v České republice. Ošetrovatelská péče je ve Spojených státech amerických založena na komplexní péči o pacienta, na které se podílí tým složený z mnoha členů. I přes snahu zajistit maximální pracovní bezpečí pro sestry se ale naskytne situace, kdy se sestry necítí bezpečně, či jsou přímo ohroženy, ať je to způsobeno nedostatkem pomůcek, či přímo ohrožením ze strany pacienta. Bakalářská práce se zaměřila na **ošetrovatelství ve Spojených státech amerických** s cílem popsat systém vzdělávání a ošetrovatelství ve Spojených státech amerických a zjistit, jak je poskytována péče ve Spojených státech amerických.

Ve výzkumné části bylo zjištěno, že sestry pociťují velký stres a nátlak ohledně zkoušky NCLEX, bylo by tedy vhodné, aby všem byl poskytnut přípravný kurz pro tuto zkoušku, jako tomu bylo u některých respondentů. Tato cílená příprava by pomohla sestrám nahlédnout do struktury testu, příkladových otázek a snížila by tak nervozitu. V současné době jsou kompetence sester pouze doporučeny, aby se řídily pomocí guidelines vydanými American Nurses Association. Jako vhodný krok do praxe by bylo vytvoření zákona o kompetencích, jako je tomu v České republice, jelikož nyní je otázka kompetencí v rukou každého státu, zdravotnického zařízení a oddělení. Jsou tedy velmi nejednotné a mohou být matoucí pro sestry, pro které se kompetence a schopnost provést určitý výkon mnohdy stávají synonymy. Ohledně zásobení sester pomůckami by bylo vhodné zavést do praxe zásobení v souladu s počtem zaměstnaných sester a počtem hospitalizovaných pacientů, aby nemohly nastat situace, že je některá pomůcka v nedostatku, čímž by mohla utrpět kvalita péče. Oblast bezpečnosti sester je velmi rozmanitá. Nejvyšším rizikem je násilí na sestrách, až případná napadení sestry pacientem. Z pohledu sester se zdravotnická zařízení snaží zajistit maximální bezpečnost, avšak by nebylo od věci posílit ochranu zdravotnických zařízení či kamerový systém, což ale přináší nemalé finanční náklady. Alternativou by mohl být kurz prevence násilí, což jeden z respondentů zmínil, který by se opakoval například každý rok, a sestry by se naučily nejen prevenci konfliktu, ale i jak zareagovat, pokud se situace vyhroťe do přímého konfliktu. Pro péči o duševní zdraví existují různé alternativy, které mohou

sestry využít, ale jelikož jeden z respondentů uvedl, že si není této možnosti vědom, bylo by vhodné posílit šíření informací o možnostech, které sestry mají, a deinstitucionalizovat duševní poruchy, aby sestry v případě potřeby nepociťovaly strach či stud a neváhaly možnosti péče o duševní zdraví využít. Velmi pozitivním faktem ale zůstává, že i přes nedostatky, se kterými se sestry ve Spojených státech potýkají, jsou všechny velmi šťastné s volbou svého povolání a nemají zájem vykonávat jinou profesi.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem **Ošetřovatelství ve Spojených státech amerických**. První část bakalářské práce se věnovala teoretickému popisu ošetřovatelství ve Spojených státech amerických. Od stručné historie, přes vzdělávání až po ošetřovatelský tým a budoucnost ošetřovatelství ve Spojených státech amerických. Druhá část byla částí výzkumnou. Ve výzkumné části byly zkoumány dva cíle, které měly celkem 5 výzkumných otázek. Použita byla metoda kvalitativního výzkumu, kdy bylo provedeno pět polostrukturovaných rozhovorů. Provedený předvýzkum obsahoval dva polostrukturované rozhovory (Příloha D). V rámci výzkumu bylo osloveno pět sester z oblasti Memphis a Nashville ve státě Tennessee ve Spojených státech amerických, které mají dlouholetou praxi na standartních i speciálních odděleních.

Prvním cílem bylo popsat systém vzdělávání ve Spojených státech amerických. Ze získaných informací jsme zjistili, jak vzdělávání probíhá, a že se jedná pouze o malé odlišnosti, které se vyskytují v rámci různých univerzit. Součástí prvního cíle byl i popis ošetřovatelství ve Spojených státech amerických. Otázkou, která činila sestrám problém, byla otázka ohledně kompetencí, kdy sestry vzhledem k nejednotnému stanovení a pojetí kompetencí v odpovědích rozcházely.

Druhým cílem bylo zjistit, jak je poskytována péče ve Spojených státech amerických. V této části nebyly pro sestry problematické žádné otázky, spíše se jednalo o odlišné odpovědi, způsobené různou zkušeností, či odpovědi, které nebyly stejné, ale navzájem se nevylučovaly. Jako příklad lze uvést stanovení plánu ošetřovatelské péče, kdy bylo více odpovědí, ale při porovnání se žádné nevylučovaly. Sestry byly schopné odpovědět na všechny otázky a poskytnout nám tak bližší pohled do ošetřovatelství ve Spojených státech amerických, které není zase tak odlišné od ošetřovatelství v České republice. Bakalářská práce došla ke splnění všech stanovených cílů.

Seznam použité literatury

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. 2010. *Principles for Nursing Documentation*. Maryland: Nursesbooks.org. ISBN 978-1-55810-284-2.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. 2015. *Nursing scope and standards of practice*. 3rd ed. Maryland: Nursesbooks.org. ISBN 878-1-55810-620-8.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. 2019. *Principles for Nurse Staffing*. 3rd ed. Maryland: Nursesbooks.org. ISBN 978-1-55810-001-5.

ANEMA, Marion G. a Jan MCCOY. 2010. *Competency-based nursing education: guide to achieving outstanding learner outcomes*. New York: Springer Pub. Co. ISBN 978-0826-1-0510-3.

BULECHEK, Gloria M. 2013. *Nursing interventions classification (NIC)*. 6th ed. St. Louis: Elsevier Mosby. ISBN 978-0-323-10011-3.

BROWN, Sarah Jo, 2017. *Evidence-based nursing: the research-practice connection*. 4th ed. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1-284-09943-0.

ČESKO. 2017a. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vyhláška č. 391 ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky 2/2016 Sb. In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 137, str. 4360-4375. ISSN 1211-1244.

ČESKO. 2017b. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Zákon č. 201 ze dne 8. června 2017, kterým se mění zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání způsobilosti nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění

pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 72, str. 2065-2084. ISSN 1211-1244.

D'ANTONIO, Patricia. 2010. *American nursing: A History of Knowledge, Authority, and the Meaning of Work*. Maryland: The Johns Hopkins University Press. ISBN: 978-0-8018-9564-7.

The Future of nursing. 2010. United States: National Academies Press. ISBN 0309158230.

GEORGE, Julia B. 2014. *Nursing theories: the base for professional nursing practice*. 6th ed. Harlow: Pearson Education. ISBN 978-1-29202-785-2.

CHINN, Peggy L. a Maeona K. KRAMER. 2018. *Knowledge development in nursing: theory and process*. 10th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier. ISBN 978-0-323-53061-3.

HUBNER-THOMESOVÁ, Magda. 2010. Co je to NCLEX? (aneb Cesta k tomu jak se stát v Americe sestrou). Brno: Magda Hubner-Thomesová. ISBN 978-80-254-8476-0.

JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELÉNÍKOVÁ. 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5345-4.

JOHNSON, Marion. 2012. *NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions: supporting critical reasoning and quality care*. 3rd ed. Maryland Heights: Elsevier Mosby. ISBN 978-0-323-07703-3.

JUDD, Deborah M. a Kathleen SITZMAN. 2014. *History of American nursing: trends and eras*. 2th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1-4496-9440-1.

LISTOPAD, Kateřina. 2010. Vzdělávání registrovaných sester (RN) ve Spojených státech amerických. *Sestra*.**20**(3).20-21. ISSN: 1210-0404.

MCEWEN, Melanie a Evelyn M. WILLS. 2014. *Theoretical basis for nursing*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-4511-9031-1.

MOORHEAD, Sue. 2013. *Nursing outcomes classification (NOC): measurement of health outcomes*. 5th ed. St. Louis: Elsevier. ISBN 978-0-323-10010-6.

ONDŘICHOVÁ, Lucie. 2011. Sestry v USA vedou anestezii bezpečně. A ty české? *Medical tribune*. 7(3). B4. ISSN 1214-8911.

PEATE, I., K. WILD a M. NAIR. 2014. *Nursing practice: knowledge and care*. Malden: John Wiley & Sons. ISBN 978-1-118-48136-3.

POLIT, Denise F. a Cheryl Tatano BECK. 2017. *Resource manual for nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. ISBN 978-1-4963-1335-5.

SMITH, Marlaine C. a Marilyn E. PARKER. 2015. *Nursing theories & nursing practice*. Fourth edition. Philadelphia: F.A. Davis Company. ISBN 978-0-8036-3312-4.

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Potřebné náležitosti	30
Obrázek 2 - Vzdělávání v oboru Bachelor of Science in Nursing.....	31
Obrázek 3 - Zkouška NCLEX	32
Obrázek 4 - Kompetence sester	34
Obrázek 5 - Členové ošetrovatelského týmu	36
Obrázek 6 - Komunikace členů v ošetrovatelském týmu	37
Obrázek 7 - Hierarchie v ošetrovatelském týmu	38
Obrázek 8 - Směny a jejich počet za měsíc	40
Obrázek 9 - Počet zaměstnaných sester	41
Obrázek 10 - Počet pacientů na jednu sestru	42
Obrázek 11 - Ošetrovatelský proces	43
Obrázek 12 - Ošetrovatelské intervence	44
Obrázek 13 - Bezpečnost sester	45
Obrázek 14 - Rizika pro sestry ve Spojených státech amerických	47
Obrázek 15 - Péče o duševní zdraví sester	48

Seznam příloh

Příloha A

Získání licence pro výkon profese sestry ve Spojených státech amerických pro cizince

Příloha B

Kompetence dle ošetrovatelského procesu

Příloha C

Kompetence dle kritérií standardu ošetrovatelské péče

Příloha D

Předvýzkum

Příloha E

Výčet předmětů dle respondenta 1 a 2

Příloha F

Protokol k realizaci výzkumu

Příloha G

Publikace

Příloha A

Získání licence pro výkon profese sestry ve Spojených státech amerických pro cizince

Pokud o práci sestry ve Spojených státech amerických žádá cizinec, musí kromě úspěšně složené zkoušky NCLEX splnit i další náležitosti. Mezi ty se řadí složení jazykové zkoušky TOEFL, která hodnotí úroveň anglického jazyka dle schopností číst, psát a porozumět anglicky psanému textu. Zároveň si musí nechat ověřit vzdělání akreditovanou americkou institucí. Žádná instituce ve Spojených státech amerických nemůže uznat diplom v rodném jazyce, ale je nutné jej nechat akreditovat speciální organizací (přímo pro zdravotníky se jedná o instituci Comission on Graduates of Foreign Nursing Schools, neboli CGFNS), která ho převede do anglického jazyka a rámce místní legislativy. (Hubner-Thomesová, 2010)

Příloha B

Kompetence dle ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces má, jak již bylo zmíněno, pět částí. Kompetence se rozebírají pro každý krok.

Prvním krokem je zhodnocení. Mezi kompetence sester tedy patří: shromažďování dat o pacientovi a určování jejich důležitosti, využití obecné znalosti v konkrétním případě, odvodit pacientovy hodnoty, potřeby a vědomosti o dané situaci, rozpoznání jejího vlastního postoje a hodnot ke konkrétní situaci ale i zdali je pacient natolik schopen odpovídat za své zdraví a potřeby, rozpoznání bariér v poskytování ošetrovatelské péče (negramotnost pacienta, kulturní vliv), možnosti využití multioborové spolupráce k poskytnutí celistvé holistické péče, určit priority informací vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta, využití technik založených na důkazech a vedení dokumentace spolu s dalšími členy ošetrovatelského týmu.

Druhým krokem je stanovení ošetrovatelských diagnóz. Zde patří mezi kompetence sestry: identifikovat potencionální i již existující rizika, bariéry v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, ověření diagnóz a problémů s pacientem i dalšími členy ošetrovatelského týmu, stanovit priority diagnóz dle cílů péče a vést dokumentaci o diagnózách a problémech, které by mohly ovlivnit ošetrovatelský plán.

Třetím krokem je plánování. V této oblasti je v kompetencích sestry vytvořit individuální holistický plán s využitím ošetrovatelství založeného na důkazech dle aktuálního stavu pacienta, vytvořit nový plán na základě změn ve zdravotním stavu či situace, určit priority plánu a konkrétních elementů, vyžadovat odpovědnost a vhodnost ošetrovatelské péče, využití strategií dle Evidence-Based Nursing (například navrácení zdraví, prevence onemocnění a zranění a tak dále), podrobně popsat kroky plánu, odhadnout ekonomický a finanční aspekt plánu a vést ošetrovatelskou dokumentaci za použití standardizovaných termínů.

Čtvrtým krokem je poskytnutí ošetrovatelské péče. V kompetencích sestry tedy je: spolupráce s pacientem na splnění ošetrovatelského plánu, zapojení dalších členů ošetrovatelského týmu do péče, poskytnutí holistické péče a hájení práv a zájmů pacienta, aplikace výkonů dle Evidence-Based Nursing, neboli ošetrovatelství založeného na důkazech, využití kritického myšlení a moderních postupů, delegace práce a vedení ošetrovatelské dokumentace včetně úprav plánu.

Posledním, tedy **pátým krokem je zhodnocení**. V kompetencích sestry se pak vyskytuje zhodnocení plánu, jeho struktury, výkonů a načasování dle holistického přístupu a aktuálního stavu pacienta, spolupráce s pacientem ohledně vlivu jaký na něj měla ošetrovatelská péče dle plánu, popsání vztahů a souvislostí, které vznikaly během aplikace plánu, porovnání výsledných dat se stanovenými diagnózami, výsledky a regulacemi, sdílet zhodnocená data a poznatky a zdokumentovat výsledné zhodnocení. (American Nurses Association, 2015)

Příloha C

Kompetence dle kritérií standardu ošetrovatelské péče

Kompetence sester se ve Spojených státech dále dělí dle aspektu, na který jsou zaměřeny.

V oblasti **etiky** je kompetencemi sestry: uplatnění etického kodexu sester vydaného Americkou asociací sester (Code of Ethics for Nurses with Interpretative Statements), vykonávat profesi s vášní a respektem s ohledem na jedinečnost každého jedince, být advokátem pro pacienty v oblasti práv, zdraví a bezpečnosti, vyhledat odbornou pomoc v situacích kdy jsou práva jednotlivce v rozporu s ochranou veřejného zdraví, podporovat myšlenku, že primární povinnost jsou zájmy pacienta bez ohledu na situaci, zakládat terapeutické vztahy s pacienty ale i profesní bariéry, ochraňovat soukromí, informace a data o pacientech v rozmezí dle etiky, práva a regulací, demonstrovat profesionalitu, oddanost a odpovědnost, kterou nese ošetrovatelská profese, s ohledem na sebereflexi a sebepěči, rozšiřovat své kompetence dle nabytých zkušeností, přispívat k rozvoji etického prostředí při poskytování ošetrovatelské péče, rozvíjet ošetrovatelskou profesi skrz vzdělávání, spolupracovat s dalšími členy týmu a veřejností, formulovat hodnoty ošetrovatelství pro jednotlivce i celou profesi a integrovat principy sociálního práva do ošetrovatelství.

V oblasti **kulturně vhodné péče** se jedná o kompetence: předvést respekt, empatii a etiku při kontaktu se všemi lidmi vyžadujícími ošetrovatelskou péči, přispívat k celoživotnímu vzdělávání v oblasti porozumění kulturním preferencím a rozdílům, vytvářet soubory hodnot, názorů a kulturního dědictví, aplikovat nabyté znalosti do ošetrovatelské praxe, identifikovat stádium akulturace a začlenění pacienta do společnosti, zhodnotit efekt a důsledek diskriminace v ošetrovatelské praxi, používat postupy, nástroje a pomůcky, které jsou vhodné pro pacienta dané kultury, gramotnosti a jazyka, komunikovat ve vhodném jazyce a s vhodným přístupem, včetně překladu specifických medicínských termínů, rozpoznat specifické významy interakcí, termínů, a tak dále pro daného pacienta, respektovat pacientova rozhodnutí založená na věku, tradici, víře, rodinném zázemí a úrovni akulturace, být advokátem pro pacienty a prosazovat politiku, která brání chování proti poškození zdraví a kulturním rozdílům, propagovat jednotný přístup ke zdravotnickým službám a ošetrovatelské péči, a vzdělávat ostatní sestry a další členy ošetrovatelského týmu o kulturních shodách a rozdílech.

V oblasti **komunikace** je v kompetencích sester: vyhodnotit její vlastní komunikační schopnosti a schopnost efektivně komunikovat, zároveň vyhodnotit schopnosti komunikace a vyjadřování pacienta, projevovat kulturní empatii během komunikace, použít překlad jazyka či termínů pro zajištění efektivní komunikace, zajistit vhodnou alternativní komunikaci s pacienty, kteří mají vadu zraku, sluchu, řeči či odlišný jazyk, použít techniky komunikace vyjadřující péči, respekt, naslouchání a důvěru, sdělovat přesné informace, zajistit komunikaci s dalšími členy ošetrovatelského týmu pro zajištění kontinuální péče, přispět ošetrovatelským znalostem díky komunikacemi s dalšími členy multiprofesního týmu, vydat ošetrovatelské procesy a rozhodnutí při podezření, že nebyly v souladu s nejlepším zájmem pacienta, ukázat znepokojení spojená s potencionálním či reálným rizikem vzniku pochybení a demonstrovat neustálý pokrok v komunikačních schopnostech.

V oblasti **spolupráce** mezi kompetence sester řadíme: jasně formulovat roli sestry v týmu, identifikovat oblasti jak přispívají další profese a klíčoví investoři k ošetrovatelství, použít jedinečné schopnosti všech členů týmu k optimalizaci schopností s vyžadovanými výsledky, uzavřít partnerství s pacienty i investory k obhajobě efektivních změn vedoucích k pozitivním výsledkům, použít vhodné nástroje a techniky k usnadnění spolupráce týmu ve způsobu, který ochraňuje důstojnost, respekt a soukromí pacienta, prosazovat přijetí shodného managementu konfliktu, využít efektivní dynamiky skupiny ke zlepšení výkonu a prokazovat úctu a respekt během komunikace s ostatními, včetně poskytnutí zpětné vazby.

V oblasti **vedení** se mezi kompetence řadí: přispívat k udržení prostředí, které podporuje respekt, důvěru a důstojnost, podporovat inovace v praxi a roli ošetrovatelství pro docílení profesionálních plánů, cílů a vizí, komunikovat za cílem změnit a vyřešit konflikt, mentorovat kolegy pro zlepšení ošetrovatelské praxe k zajištění bezpečnosti a kvalitní ošetrovatelské péče, uvědomovat si zodpovědnost k delegaci práce, přispívat k rozvoji profese skrz profesní organizace a ovlivňovat politiku k podpoře zdraví.

Pro oblast **vzdělávání** se hovoří o těchto kompetencích: identifikovat potřeby vzdělávání dle znalostí v ošetrovatelství, podílet se na vzdělávacích aktivitách spojených s ošetrovatelstvím, mentorovat sestry, pro které je profese nová, aby došlo k jejich začlenění, zorientování se a emocionální podpoře, včetně podpory a sdílení informací ohledně poskytování optimální ošetrovatelské péče, prezentovat svou oddanost celoživotnímu vzdělávání, vyhledávat zkušenosti, které odrazují současnou

praxi, aby mohlo dojít k zlepšení znalostí, schopností, postojů a posuzování, osvojit si vědomosti a schopnosti spřízněné s rolí sestry, podílet se na konzultacích a diskuzích ohledně problémů v ošetrovatelství, rozpoznat změny a úpravy nutné v ohledu vzdělávání, sdílet nálezy, zkušenosti a nápady ohledně vzdělávání, podporovat pracovní prostředí podnětné vzdělávání všech členů ošetrovatelského týmu a pokračovat ve sběru a šíření informací ohledně kompetencí sester a celoživotním vzdělávání.

V rámci oblasti **Evidence - Based Nursing** jsou stanoveny tyto kompetence: formulovat jaký význam má ošetrovatelský výzkum a jeho využití, stanovovat otázky ohledně nastavení ošetrovatelské praxe, které mohou být zodpovězeny pomocí výzkumu, využít současné znalosti založené na výzkumu a důkazech, sbírat důkazy za účelem dosažení změn v ošetrovatelství, podílet se na formulaci ošetrovatelství založeného na důkazech, propagovat etické principy výzkumu a nastavení poskytování ošetrovatelské péče, posuzovat vhodnost ošetrovatelského výzkumu, a sdílet peery posouzené výsledky výzkumu s kolegy, aby byly rozšířeny znalosti ohledně ošetrovatelství.

V rámci oblasti **kvality ošetrovatelské praxe** jsou stanovovány tyto kompetence: zajistit, aby ošetrovatelská praxe byla bezpečná, efektivní, dostatečně vybavená, časově zvládnutá a zaměřená na pacienta, identifikovat bariéry, ale i příležitosti ohledně zlepšení zdravotní péče v ohledu bezpečnosti, efektivnosti, rovnosti, časové návaznosti a zaměření na pacienta, doporučovat strategie vedoucí ke zlepšení ošetrovatelství, využít kreativitu a inovaci pro zlepšení ošetrovatelské péče, podílet se na iniciativě ohledně zlepšení ošetrovatelské péče, sbírat data v oblasti sledování kvality ošetrovatelské praxe, přispívat v úsilí pro zvýšení účinnosti ošetrovatelské praxe, podílet se na formálních i neformálních setkáních s peery, spolupracovat v multiprofesním týmu pro zapojení nových plánů a intervencí, dokumentovat ošetrovatelskou praxi v postoji, který podporuje kvalitu a zlepšení ošetrovatelského procesu a získávat certifikáty z oblasti ošetrovatelství.

Následně v rámci **zhodnocení ošetrovatelské praxe** jsou stanoveny tyto kompetence: podílet se na sebehodnocení a zhodnocení ošetrovatelství v běžném životě, spolu se stanovením slabých a silných stránek, ujistit se, že ošetrovatelská praxe je v souladu se zákony získání licence a regulacemi, použít organizační zásady a postupy pro vedení profesionální praxe, ovlivňovat zásady a postupy v ohledu multioborové spolupráce a Evidence-Based Practise, poskytovat důkazy z oblasti vykonaných rozhodnutí a akcí,

jako součást procesu zhodnocení, vyhledávat ale i podávat formální i neformální zpětnou vazbu a konat s ohledem na dosažení cílů stanovených během procesu zhodnocení.

Následující oblast, **využití zdrojů**, stanovuje kompetence: posoudit potřeby pacienta a zdroje dostupné k jejich naplnění, zároveň posoudit faktory kterými je cena, rizika a prospěšnost, delegovat práci, rozeznat vlivy rozdělení zdrojů na možnosti poškození, komplexnost a toužené cíle, stát za zdroji podporujícími rozvoj v ošetrovatelství, začlenit technologie spojené se zdravím (například sledování zdravotního stavu přes mobilní telefon), využít zdroje pro splnění plánu v rámci multioborové spolupráce a poukázat na diskriminační zdravotní péči a její dopad na přidělení zdrojů.

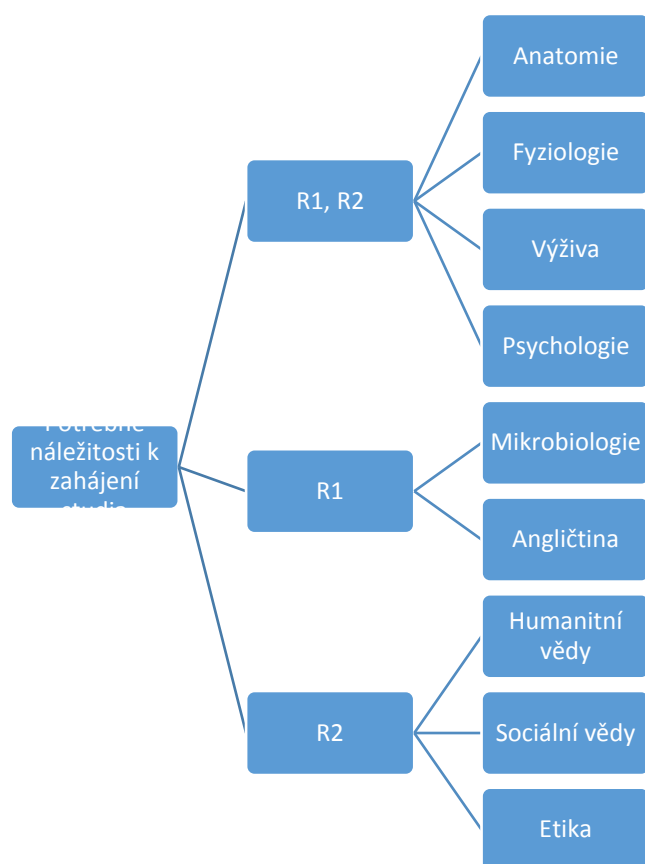
Poslední složkou je pak **zdravé životní prostředí**, pro které se stanovují tyto kompetence: podněcovat zdravé životní prostředí a profesionální pracovní prostředí, využití konceptů zdravého životního stylu v ošetrovatelství, posuzovat životní prostředí a jeho rizikové faktory, snižovat rizika poškození zdravého životního prostředí sobě, kolegům a pacientům, zjišťovat rizika životního prostředí a prosazovat strategie pro jejich snížení až odstranění, podněcovat bezpečné a správné zacházení s odpady a materiálem v oblasti zdravotní péče, zapojit technologie napomáhající zdravému pracovnímu prostředí, využít produkty a postupy souladu s Evidence-Based Nursing pro snížení zdravotních rizik spojených se životním prostředím a podílet se na vývoji strategií ohledně zdraví komunit a pracovního prostředí. (American Nurses Association, 2015)

Příloha D

Předvýzkum

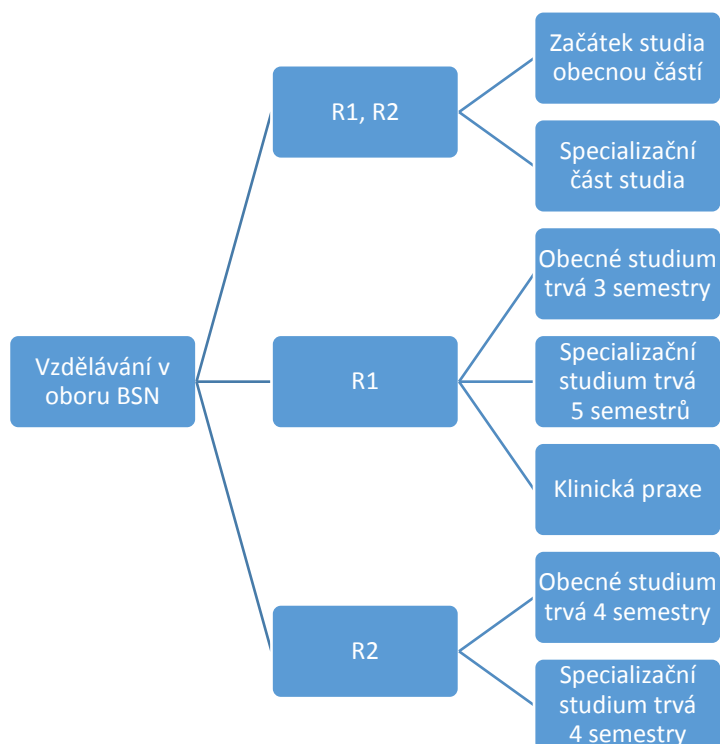
1.1 Kategorie I.

1.1.1 Kategorie I., Potřebné náležitosti k zahájení studia v oboru registrovaná sestra



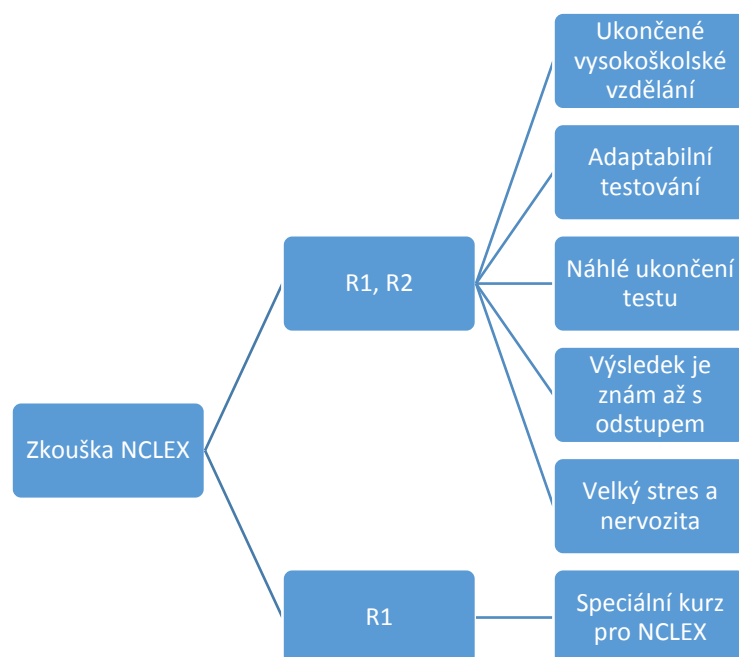
Obrázek 1 Potřebné náležitosti k zahájení studia

1.1.2 Kategorie I., Vzdělávání v oboru Bachelor of Science in Nursing



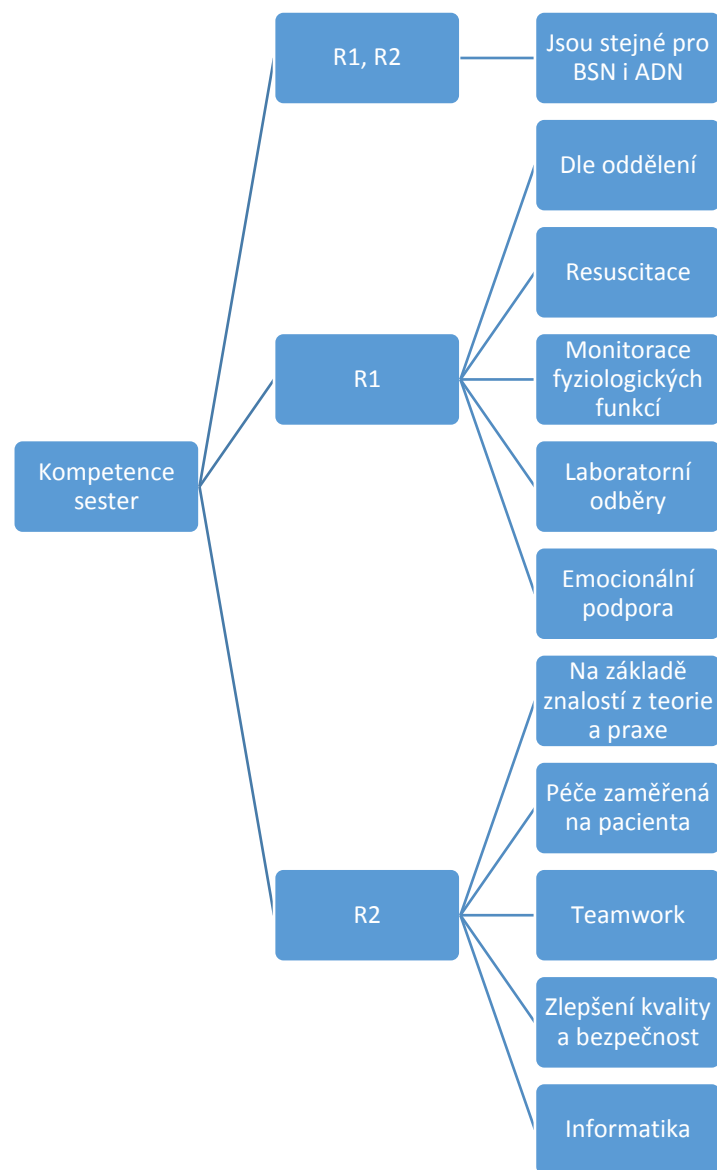
Obrázek 2 Vzdělávání v oboru BSN

1.2 Kategorie II., Zkouška NCLEX



Obrázek 3 Zkouška NCLEX

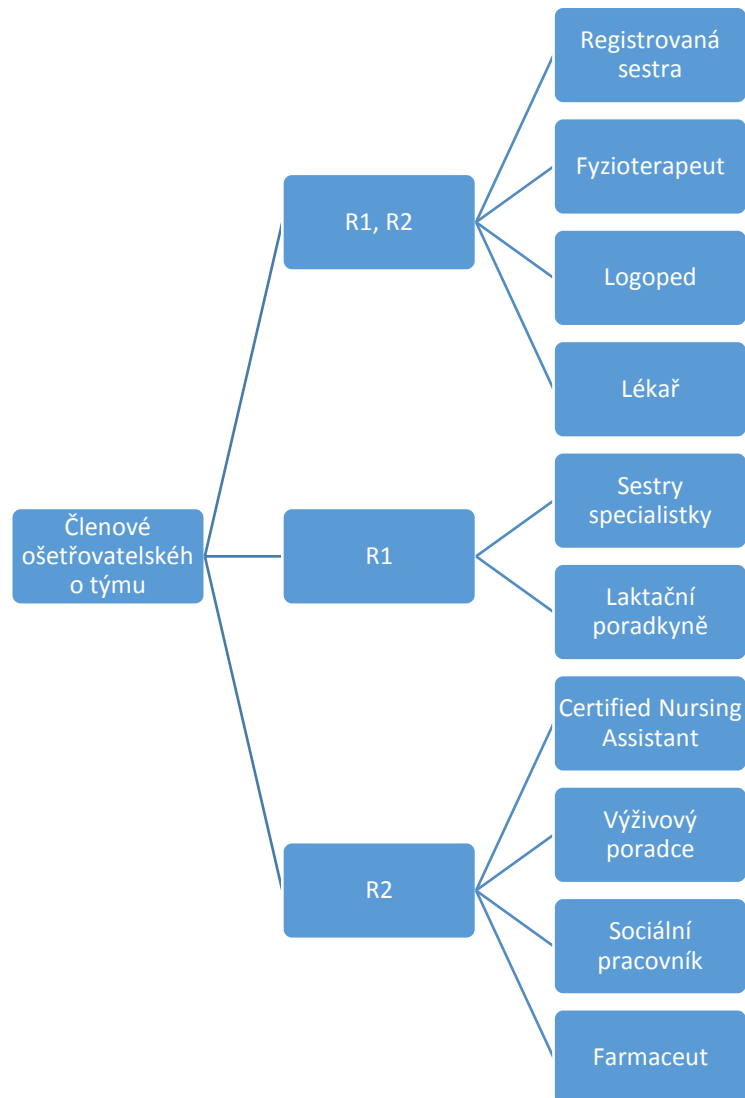
1.3 Kategorie III., Kompetence sester ve Spojených státech amerických



Obrázek 4 Kompetence sester ve Spojených státech amerických

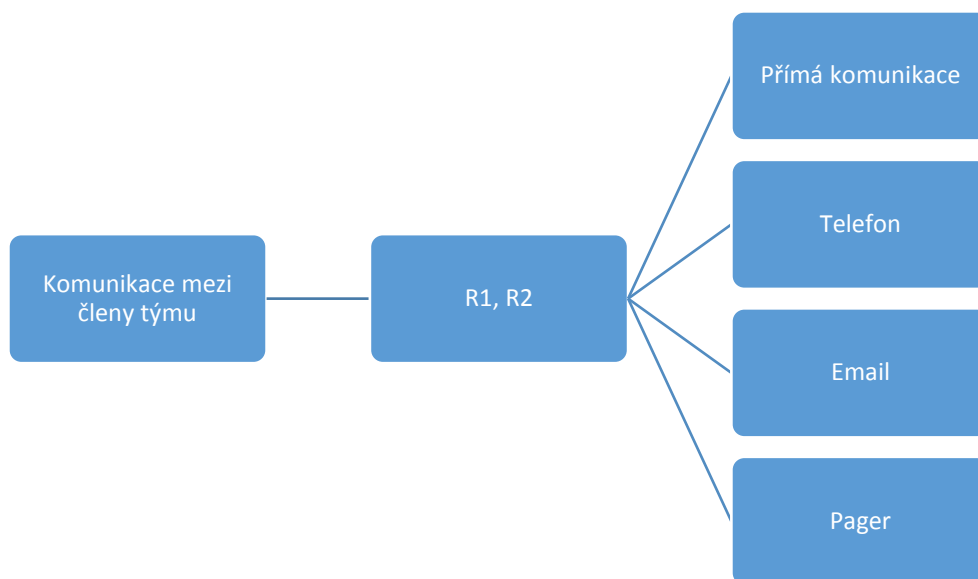
1.4 Kategorie IV.

1.4.1 Kategorie IV. Členové ošetrovateľského tímu



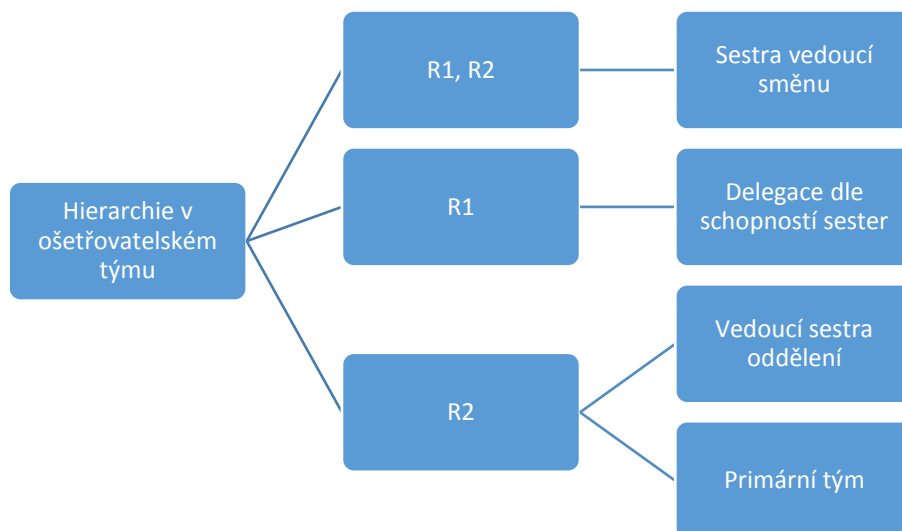
Obrázek 5 Členové ošetrovateľského tímu

1.4.2 Kategorie IV., Komunikace mezi členy týmu



Obrázek 6 Komunikace mezi členy týmu

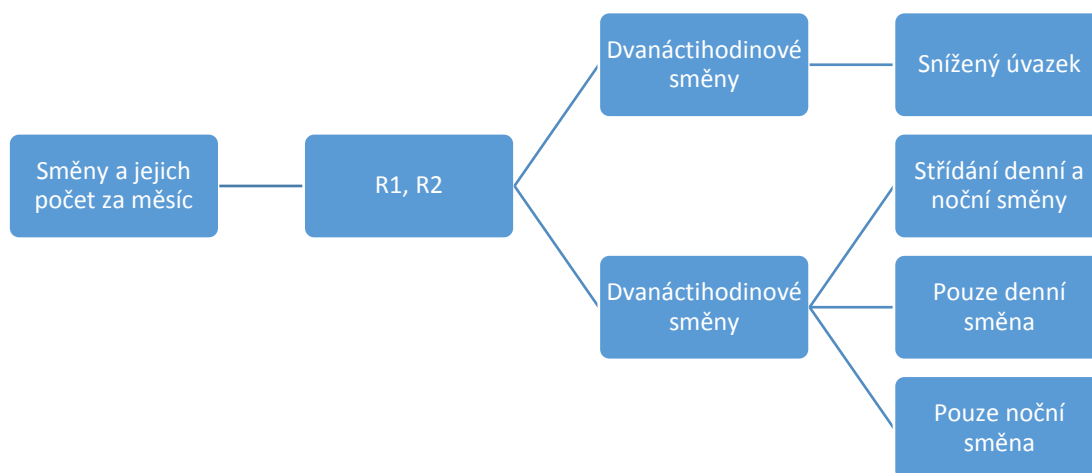
1.4.3 Kategorie IV., Hierarchie v ošetrovateľském týmu.



Obrázek 7 Hierarchie v ošetrovateľském týmu

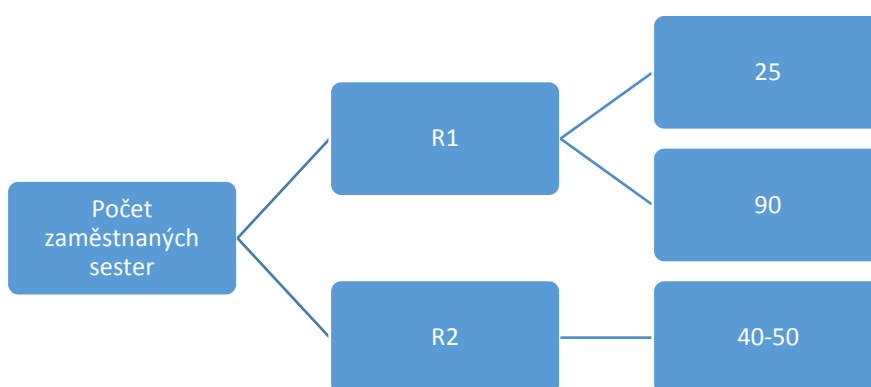
1.5 Kategorie V.

1.5.1 Kategorie V., Směny a jejich počet za měsíc



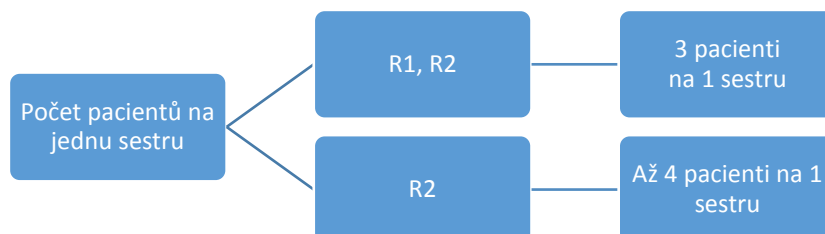
Obrázek 8 Směny a jejich počet za měsíc

1.5.2 Kategorie V., Počet zaměstnaných sester.



Obrázek 9 Počet zaměstnaných sester

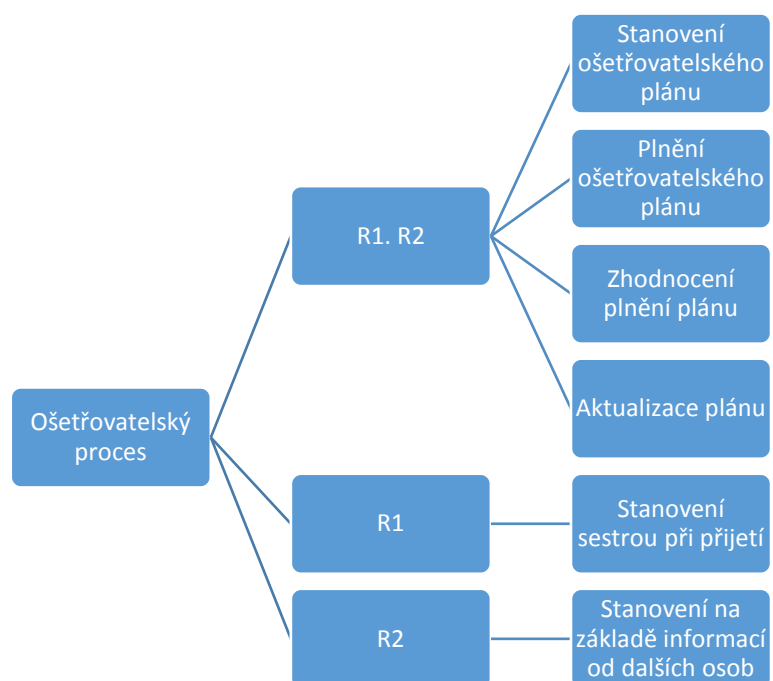
1.5.3 Kategorie V., Počet pacientů na jednu sestru.



Obrázek 10 Počet pacientů na 1 sestru

1.6 Kategorie VI.

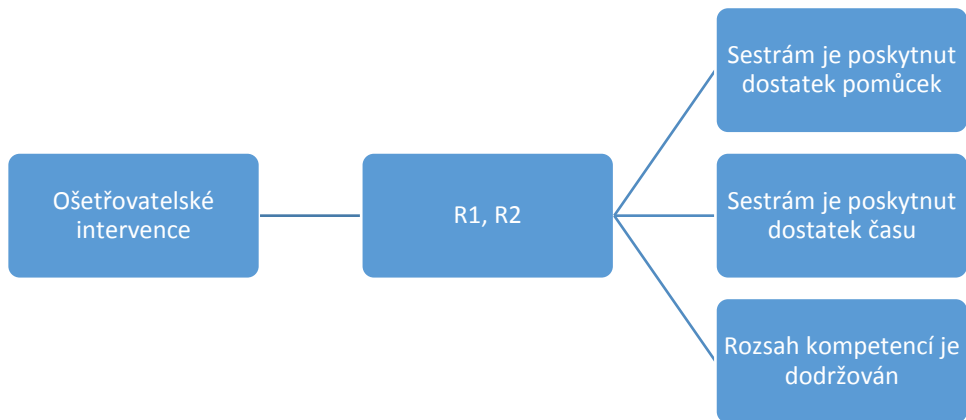
1.6.1 Kategorie VI., Ošetřovatelský proces.



Obrázek 11 Ošetřovatelský proces

1.7 Kategorie VII.

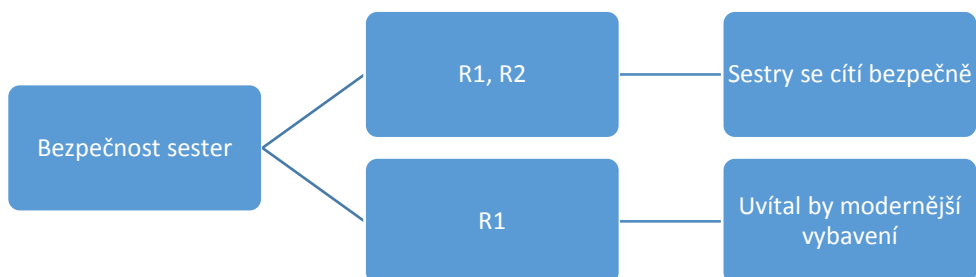
1.7.1 Kategorie VII., Ošetřovatelské intervence



Obrázek 12 Ošetřovatelské intervence

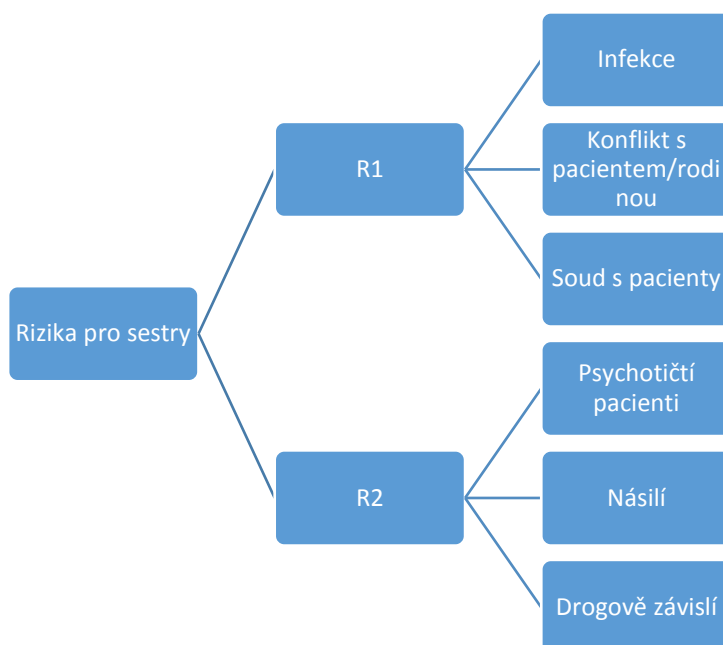
1.8 Kategorie VIII.

1.8.1 Kategorie VIII., Bezpečnost sester ve Spojených státech amerických



Obrázek 13 Bezpečnost sester

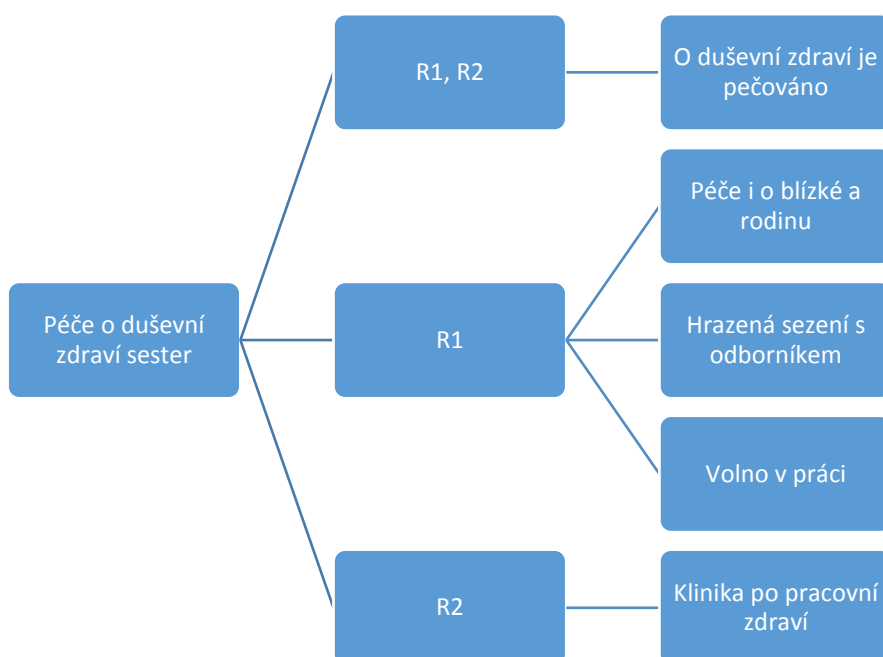
1.8.2 Kategorie VIII., Rizika, se kterými se sestry ve Spojených státech amerických stýkají



Obrázek 14 Rizika pro sestry

1.9 Kategorie IX.

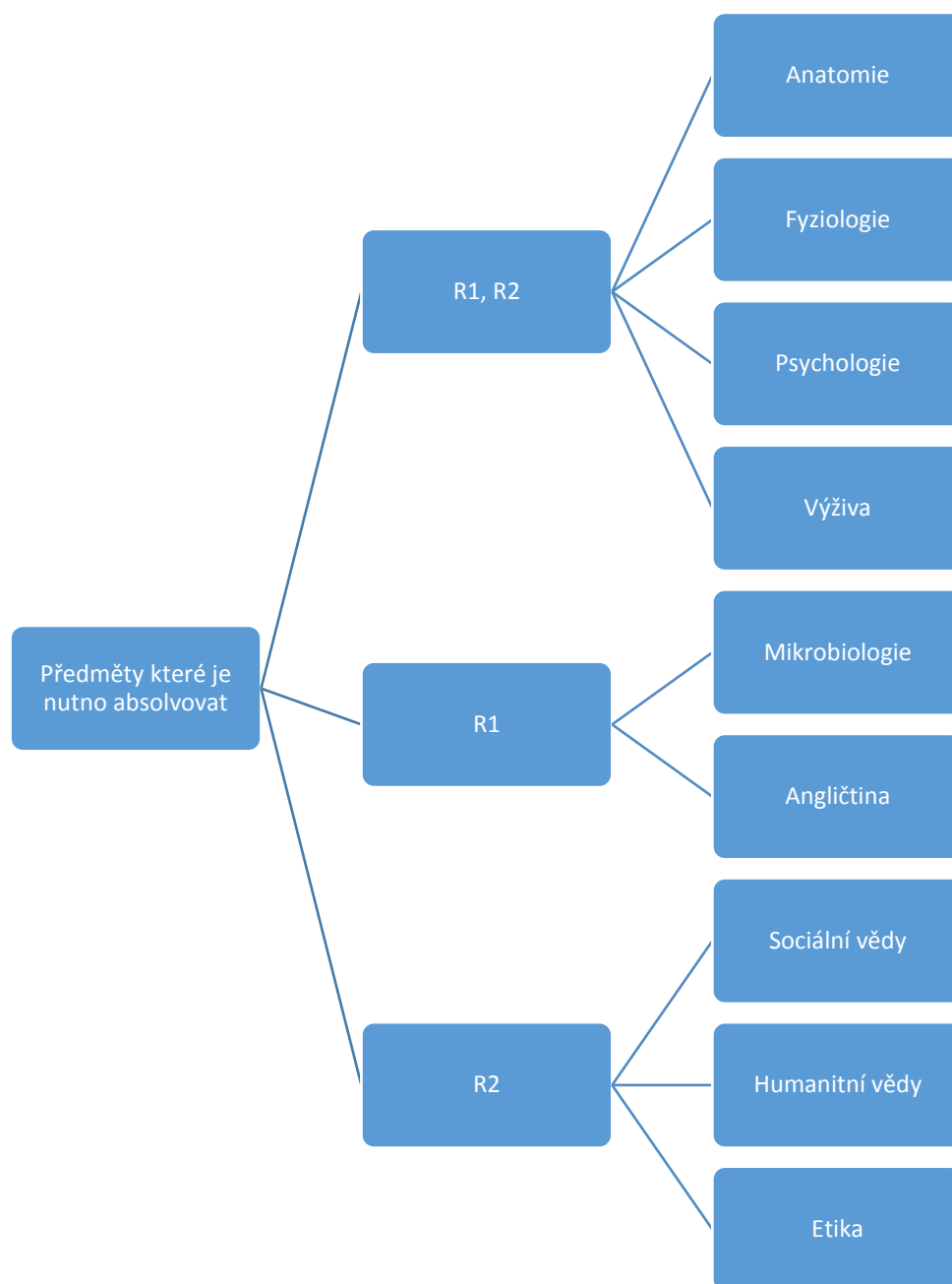
1.9.1 Kategorie IX., Péče o duševní zdraví sester.



Obrázek 15 Péče o duševní zdraví sester

Příloha E

Předměty dle respondentů 1 a 2



Obrázek 16 Předměty, které je nutno absolvovat dle respondentů 1 a 2

Příloha F

PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	NATALIE STROUHALOVÁ	
Osobní číslo studenta:	214000026	
Univerzitní e-mail studenta:	natalie.strouhalova@tul.cz	
Studijní program:	OŠETROVATELSTVÍ B5341	
Ročník:	3.	
Kvalifikační práce		
Téma kvalifikační práce:	OŠETROVATELSTVÍ VE SPOJENÝCH STÁTECH AMERICKÝCH	
Kvalifikační práce:	☒ bakalářská	☐ diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. MARIE FRONKOVÁ	
Metoda a technika výzkumu:	KVALITATIVNÍ, POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR	
Soubor respondentů:	5 SESTER S VYSOKOŠKOLNÍM VZDĚLÁNÍM Z OBLASTI HEMPHIL A NASTAVILLE	
Název pracoviště realizace výzkumu:		
Datum zahájení výzkumu:		
Datum ukončení výzkumu:		
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	☒ souhlasím	☐ nesouhlasím
Vyjádření vedoucího kvalifikační práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	☐ bude spojen	☒ nebude spojen
Souhlas vedoucího pracovníka instituce:	☐ souhlasím	☐ nesouhlasím
Souhlas vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:	☐ souhlasím	☐ nesouhlasím
Prohlášení studenta		
Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován. V kvalifikační práci nebude uveden název instituce, pokud není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.		
Vyjádření vedoucího pracovníka instituce o případném zveřejnění názvu instituce v kvalifikační práci a v publikacích souvisejících s kvalifikační prací:	☐ souhlasím ☐ nesouhlasím	
Podpis studenta:		
Podpis vedoucího práce:		
Podpis vedoucího pracovníka instituce:		
Podpis vedoucího pracovníka dílčího pracoviště:		

Příloha G

Článek byl zpracován dle požadavků časopisu Kontakt, který vydává Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, a je připraven k publikaci.

(1) Title page

Nursing in the United States of America

Natálie Strouhalová, Mgr. Marie Froňková

Natálie Strouhalová, natalie.strouhalova@tul.cz

Faculty of Health Studies, Technical University of Liberec

(2) Abstract and key words

Abstract: Nursing in the United States has a good technological foundation and organizational structure. Nurses have to go through higher education and then pass a special exam to obtain a license in order to start practice. Nursing is governed by the principles of Evidence-Based Nursing and Evidence-Based Practice. This article deals with the form and structure of nursing in the United States. The article will analyze the theoretical aspects of nursing, such as education, competencies, or the nursing team, and will compare the practical findings of research, which took place in a semi-structured interview with five nurses from the United States, namely Memphis and Nashville in the state of Tennessee.

Key words: nursing, United States of America, nursing education, competencies, nursing process, nursing in practice

(3) Text of the publication

Nursing is an integral part of any health care delivery system and nurses are an essential part of it. But how do theoretical knowledge and recommendations differ from the practice and point of view of nurses who are in daily contact with patients? Within the article, two goals were set. The first goal is to describe the nursing education system and to approach nursing in the United States in general. The second goal of the article is to find out how nursing care is provided in the United States, specifically to describe the care system and nursing team, the provision of nursing care or conditions that worsen the working conditions of nurses in the United States.

The research group consisted of five nurses from the Memphis and Nashville area of Tennessee, USA. All nurses have completed a Bachelor of Science in Nursing degree and have successfully passed the NCLEX exam to obtain a license.

Data collection took place in the form of qualitative research using the method of semi-structured interview. The Skype application was used for communication, through which five interviews were conducted in English as part of the research. Subsequently, the interviews were rewritten in a Microsoft Word text editor for better processing. The research itself was preceded by a preliminary survey in the form of interviews with two nurses, on the basis of which the questions and the scope of the interview were established.

The history of nursing in the United States dates back to the 17th century, when American colonies provided European-style care, and then in the hospitals that have been established in the present-day United States since the mid-17th century. Since then, nursing has evolved to its current form, where care reflects knowledge of anatomy, physiology and pharmacology, as well as new technologies, the availability of the Internet and information, or a general attitude to the profession of nurse (Judd and Sitzman, 2010). New modern procedures based on the principle of Evidence-Based Nursing are also reflected in nursing, which increases the safety and quality of nursing procedures (Brown, 2017). The United States also uses the Nursing Intervention Classification, a set of possible nursing interventions with a description of aids and procedures, the Nursing Outcomes Classification, which is used to evaluate nursing practices, and the North American Nursing Diagnoses Association, which is used to classify nursing diagnoses (Bulechek, 2013 , Johnson, 2012, Moorhead, 2013).

Education of nurses in the United States exists in several forms. The most common form is the Associate Degree in Nursing and the Bachelor of Science in Nursing. The Associate Degree in Nursing is a two-year university course, which can be followed by the study of the Bachelor of Science in Nursing. This form is more financially attractive for students, as study is shorter and cheaper. However, education in the field of Bachelor of Science in Nursing, which is a four-year study at a university, is more preferred (Listopad, 2010). After graduation, it is necessary to pass the National Council Licensure Examination, or NCLEX, which is required to obtain a license (Hubner-Thomesová, 2010). All interviewed nurses successfully completed this type of education at various universities. They stated about the study that it is divided into several parts. In the first part, the study is based on general subjects, where future nursing students must complete certain subjects, which include, for example, anatomy or physiology. The second part is the study of nursing itself, where students focus on preparation for their profession, professional subjects and practice. Upon successful completion of their studies, all nurses passed the NCLEX exam, which they agree is very stressful and is accompanied by the fear of failure. But in the end, they do not find the exam significantly more difficult over time. Also, the nurses then provided a deeper insight into the functioning of the education system and supplemented the information that the literature did not sufficiently cover and provided an insight into the subjective feelings from the NCLEX study and exam.

The competencies of nurses are regulated on many levels. States have the right to set competencies for nurses, but at the same time the American Nurses Association issues various recommendations and guidelines that may affect competencies (American Nurses Association, 2015, Ondřichová, 2011). However, the statements of the interviewed nurses show that the regulation of competencies takes place at many levels, and their determination is therefore very inconsistent. Some nurses stated that competencies are set by the employer, other nurses differ within each department, or that they are set by the nursing board.

The nursing team is a key element in the provision of nursing care. The nursing team includes not only registered nurses (or Advanced Registered Nurse Practitioner or Licensed Practical Nurse), but also a certified nursing assistant (Listopad, 2010). The interviewed nurses also mentioned these members, but from their point of view, other professionals are also included in the team, which can be, for example, a physiotherapist or a nutritionist. The nurses' view of the care provided in the team is therefore much more complex and reflects the view of the person from practice. The number of employed

nurses in a unit or department has a great influence on the quality of care as well as the quality of the working environment. The number depends on many factors that need to be taken into account, such as the needs of the patient or the specialization of the ward (American Nurses Association, 2019). The nurses reported numbers depending on their practical experience and were between 20-30 and 40-50, depending on the ward and the size of the hospital facility. When focusing on the number of patients per nurse, nurses stated that these are most often 3-4 patients per nurse, but in exceptional cases, such as in intensive care units, one patient can be cared for by two nurses at the same time. According to the interviewed nurses, the number among 3-4 patients is optimal, but it depends on their condition, needs and self-sufficiency. It is therefore necessary to look at the numbers of nurses multifactorially.

The nursing process as such is implemented in the United States through a nursing plan. Part of the nursing plan is also nursing documentation, which can be kept in printed or electronic form (American Nurses Association, 2010). Nurses state that the nursing plan is compiled by the nurse, most often immediately upon admission, and uses information from other professionals, such as a doctor or physiotherapist. It is then updated every day or whenever needed. However, one of the nurses stated that the nursing plan would be generated by the computer itself. Therefore, it is clear that a nursing plan occurs in practice, but the origin of its composition may vary.

The nurses' work environment is risky in many ways. These factors then affect the quality and continuity of nursing care, but they can also affect the psyche of nurses and their approach to work. Long-term problems include the lack of nurses (Judd and Sitzman, 2010). The risk may be the maintenance of nursing records, which may be complex or time consuming, but serve as evidence of nursing care, and incorrect or incomplete management may have fatal consequences in the United States in the event of a subsequent lawsuit with the patient or his family (American Nurses Association, 2010). Prevention of risks for nurses can be adherence to procedures according to the rules of Evidence-Based Nursing (Jarošová and Zeleníková, 2014). From their point of view, the interviewed nurses mentioned various risky situations, when they mentioned, for example, the handling of sharp material or the occurrence of infection, but they all agreed on violence against health workers and aggression against nurses. One of the nurses was directly attacked and another of the respondents has experience with the direct murder of a colleague. Therefore, the literature looks at the problems from a theoretical point of view, but in their daily practice and in contact with people, nurses experience situations

that they would not otherwise encounter. At the same time, the interviewed nurses stated that the employer offers them benefits and mental health care, such as the opportunity to use a session with a psychologist or use an internal clinic for occupational health, which significantly improves the mental stand of nurses and boost their working conditions and performance.

In conclusion, nursing in the United States can be summarized as very complex and specific at certain points. The field of education is specific to the final NCLEX exam, which, although it raises fears and anxieties in nurses, on the other hand, all the nurses interviewed passed it successfully and without major difficulties. The competencies of nurses are a debatable point, when it is clear that the nurses themselves are not entirely sure how and who sets their competencies, and it would be appropriate to introduce a universal law or procedure to solve this problem. However, the question is whether such a solution would work in the United States, given the partial autonomy of each of the fifty states. As such, the nursing team has clearly defined members, each with their own role and tasks. In this area, it is clear from the nurses' statements that the current system is sufficient and that the needs of patients are covered by diverse staff. The number of nurses available to the ward and the number of patients per nurse on average must really be taken into account in the multifactorial context. For example we have a specific situation where there are different circumstances in the intensive care unit where around forty nurses are employed and another situation in the surgical department, where nurses will be employed in the same amount, but the number of patients will be many times higher. The solution to a possible shortcoming can be either an increase in the number of staff (give the offer of benefits that would return the nurses to practice) or a reduction in bed capacity, which, however, brings an economic impact on medical facilities. The nursing process is used in practice, and its compilation is part of the patient's admission, but the process of compilation may vary according to the practices of the department. In the performance of their profession, nurses face various risks that affect their working conditions, but in extreme cases they can affect their health. Then, in the opinion of nurses, the biggest risk is aggression and violence against nurses, when it can be used to protect the emergence of conflict situations, or to strengthen assistance in the event that such a situation has occurred (strengthening security). The last option could be to prepare the nurses for the situation within, for example, a self-defense course. The very positive news, however, is that employers are aware that the workload of a nurse is high, and offers nurses mental health care that can prevent burnout syndrome, psychosomatic

illnesses and the leaving of nurses. As a final point, in conclusion, all the nurses interviewed stated that they love their profession, do it with all their hearts and would never want to do any other job, which is a key prerequisite for a quality nurse, and it is amazing to see that this enthusiasm and the love is shared by nurses across continents.

(4) Acknowledgments

Many thanks to my supervisor, Mgr. Marie Froňková, for her patience and invaluable advice she gave me throughout the research. At the same time, I thank the respondents very much for their time and willingness to participate in the research.

(5) List of used literature

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. 2010. *Principles for Nursing Documentation*. Maryland: Nursesbooks.org. ISBN 978-1-55810-284-2.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. 2015. *Nursing scope and standards of practice*. 3rd ed. Maryland: Nursesbooks.org. ISBN 878-1-55810-620-8.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. 2019. *Principles for Nurse Staffing*. 3rd ed. Maryland: Nursesbooks.org. ISBN 978-1-55810-001-5.

BULECHEK, Gloria M. 2013. *Nursing interventions classification (NIC)*. 6th ed. St. Louis: Elsevier Mosby. ISBN 978-0-323-10011-3.

BROWN, Sarah Jo, 2017. *Evidence-based nursing: the research-practice connection*. 4th ed. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1-284-09943-0.

HUBNER-THOMESOVÁ, Magda. 2010. Co je to NCLEX? (aneb Cesta k tomu jak se stát v Americe sestrou). Brno: Magda Hubner-Thomesová. ISBN 978-80-254-8476-0.

JAROŠOVÁ, Darja a Renáta ZELÉNÍKOVÁ. 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5345-4.

JOHNSON, Marion. 2012. *NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions: supporting critical reasoning and quality care*. 3rd ed. Maryland Heights: Elsevier Mosby. ISBN 978-0-323-07703-3.

JUDD, Deborah M. a Kathleen SITZMAN. 2014. *History of American nursing: trends and eras*. 2th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1-4496-9440-1.

LISTOPAD, Kateřina. 2010. Vzdělávání registrovaných sester (RN) ve Spojených státech amerických. *Sestra*. 20(3).20-21. ISSN: 1210-0404.

MOORHEAD, Sue. 2013. *Nursing outcomes classification (NOC): measurement of health outcomes*. 5th ed. St. Louis: Elsevier. ISBN 978-0-323-10010-6.

ONDŘICHOVÁ, Lucie. 2011. Sestry v USA vedou anestezii bezpečně. A ty české? *Medical tribune*. 7(3). B4. ISSN 1214-8911.