



גורמים הקשורים במוכנותם של סטודנטים לסיעוד לטפל באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית התפתחותית: ידע, עמדות והכשרה

ד"ר סיגלית ורשבסקי

הפקולטה למדעי הרפואה והבריאות, החוג לסיעוד, אוניברסיטת תל אביב



מחקר זה נערך בסיוע מענק מחקר מקרן שלום

הקרן לפיתוח שירותים לבאנשים עם מוגבלות ברשויות המקומיות

2024

תודות ,

ברצוני להודות לקרן שלם על מענק המחקר אשר אפשר לי להוציא את המחקר אל הפועל.

תודה מקרב לב לכל משתתפי המחקר שהקדישו מזמנם ולקחו חלק במענה על השאלון ובראיונות האישיים. אני מקווה שממצאי מחקר זה יתרמו לקידום ולפיתוח ההכשרה של אחים ואחיות בתחום הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית בכדי לתת מענה איכותי ומתאים לאוכלוסייה זו.

תוכן העניינים

	תמצית
I	תקציר
II	תקציר מנהלים
IV	רשימת לוחות
VIII	מבוא
1	סקירת ספרות
2	מוגבלות שכלית התפתחותית
2	רכישת ידע בנושא משי"ה בקרב סטודנטים
3	לסיעוד
5	עמדות ומוכנות של סטודנטים לסיעוד לטפל באנשים עם משי"ה
8	שאלות המחקר
10	שיטת המחקר
10	סוג המחקר
10	שיטת הדגימה
11	תיאור כלי המחקר
12	הליך המחקר
13	ניתוח נתונים
14	אתיקה מחקרית
15	ממצאים
15	ממצאים כמותיים
19	ממצאים איכותניים
35	דיון וניתוח
38	מגבלות המחקר
38	סיכום, המלצות ומסקנות
39	ההשלכות היישומיות של המחקר
40	פורום אנשי מקצוע
40	המלצות למחקרי המשך
41	ביבליוגרפיה
47	נספחי המחקר
48	נספח 1
49	נספח 2
52	נספח 3
53	נספח 4
54	Abstract
57	Synopsis

תמצית

אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית חווים מחד אתגרים בריאותיים משמעותיים ומאידך מחסומים בגישה לטיפול רפואי. סטודנטים לסיעוד פוגשים מקרוב ומטפלים באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית כחלק מהשכלתם המקצועית.

המחקר הנוכחי בחן את הידע, העמדות והמוכנות של סטודנטים לסיעוד לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. ממצאי המחקר הצביעו על קשרים חיוביים בין תפיסת הידע והעמדות כלפי אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית לבין המוכנות לטפל באוכלוסייה זו. תפיסת הידע והעמדות נמצאו גם כמנבאות את המוכנות הקלינית של הסטודנטים. ראיונות הסטודנטים הניבו שלוש תמות עיקריות.

ממצאי המחקר מדגישים את הצורך להעמיק את הידע בנושא בתוכניות הלימודים בסיעוד בכדי לקדם עמדות חיוביות ומוכנות לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

מחקר זה נערך במימון קרן שלם, הקרן לפיתוח שירותים לבאנשים עם מוגבלות ברשויות המקומיות

תקציר

מוגבלות שכלית התפתחותית נקשרה בספרות המחקרית לתוצאות בריאותיות פחותות בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, להתמודדות עם אתגרים בריאותיים רבים ולצריכת שירותי בריאות גבוהה יותר בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Barlev et al., 2021; McBride et al., 2021). בנוסף, מצביעה הספרות על באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית כחווים מחסומים בגישה לטיפול רפואי איכותי, כולל שכיחות גבוהה יותר של סיבוכים במהלך הטיפול ואחריו, מיעוט התערבויות מניעתיות וקושי לדייק את האבחנות הרפואיות (Cashin et al., 2018; Hwang et al., 2019; Trollor et al., 2018; Wilson & Charnock, 2017; Woolfenden et al., 2012). אחים ואחיות, ובכללם סטודנטים לסיעוד, נמצאים באינטראקציה יומיומית באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית במערכת הבריאות הכללית ועשויים לתרום ולקדם את הטיפול הרפואי באוכלוסייה זו. עם זאת, תוכניות הלימודים בסיעוד בישראל ובעולם כוללות לרוב היקף תכנים מצומצם מאוד בנושא זה. עובדה זו עלולה לחבל בהכשרה המקצועית של האחים והאחיות לעתיד ולהקשות על יכולתם להעניק טיפול איכותי ומתאים לבאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

המחקר הנוכחי בחן את הידע, העמדות והמוכנות של סטודנטים לסיעוד, בשנות הלימודים המתקדמות, לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. בה בעת בחן המחקר הנוכחי גם את התפיסות המקצועיות של אנשי חינוך בסיעוד לגבי ההכשרה של הסטודנטים בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית ומוכנותם המקצועית לטפל באוכלוסייה זו. המחקר הנוכחי נערך במתדולוגיה מעורבת (Mixed methods) וכלל חלוקת שאלונים סגורים למשתתפים-סטודנטים וראיונות עומק עם מתנדבים סטודנטים ואנשי חינוך בסיעוד. המדגם כלל 213 סטודנטים בגילאי 20-47 מכל רחבי ישראל וממגוון מוסדות לימוד. בנוסף, נכללו חמישה ראיונות עומק עם אנשי חינוך בסיעוד בעמדות בכירות.

ממצאי המחקר הצביעו על קשר חיובי וחזק בין תפיסת הידע של הסטודנטים בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית לבין תפיסת המוכנות שלהם לטפל באוכלוסייה זו. בנוסף, נמצא קשר חיובי בין העמדות של הסטודנטים כלפי הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית לבין מוכנותם לטפל באוכלוסייה זו.

תפיסת הידע והעמדות כלפי הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית נמצאו כמנבאים את המוכנות לטפל באוכלוסייה זו. בנוסף, נמצאו הבדלים מובהקים בין הסטודנטים על פי ידע קודם שנרכש בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית וניסיון קודם בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. כלומר, סטודנטים עם ידע קודם וניסיון קודם דווחו על תפיסת ידע ומוכנות גבוהות יותר לטפל באוכלוסייה

זו.

ראיונות העומק עם הסטודנטים חשפו שלוש תמות מרכזיות: תפיסות מקצועיות לגבי הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית; התייחסות לטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בתוכנית הלימודים והמלצות לתוכנית עתידית; ומוכנות להשתלב בעתיד בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. הראיונות עם אנשי החינוך בסיעוד הניבו אף הן שלוש תמות מרכזיות: תפיסות עולם מקצועיות לגבי הכשרת סטודנטים בתחום מוגבלות שכלית התפתחותית; הכשרת סטודנטים לסיעוד בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בהווה; ותובנות לגבי מוכנות הבוגרים לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

חשיבותו של המחקר הנוכחי טמונה בהיותו מחקר חלוץ בחינוך לסיעוד הבוחן את ההכשרה של סטודנטים לסיעוד בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. המחקר שם לו למטרה לבחון את מצב הידע של הסטודנטים לסיעוד, עמדותיהם ומוכנותם לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מתוך הבנה שבחינה לעומק של גורמים אלו, יש בידה לקדם ולשפר את איכות הטיפול המוענק לבאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית במערכת הבריאות ולקדם את ההכשרה של הסטודנטים לסיעוד בתחום.

קיימת חשיבות עליונה בהבנה של הידע שנרכש, העמדות והמוכנות של סטודנטים לסיעוד לטפל באנשים עם מש"ה כבר בשלבי הלימודים וכהכנה לקראת הצטרפותם בעתיד כאנשי מקצוע, שכן אלו עשויים להשפיע על איכות הטיפול באוכלוסייה זו בעתיד.

מילות מפתח: מוגבלות שכלית- התפתחותית, סטודנטים לסיעוד, ידע, עמדות, מוכנות לטיפול

תקציר מנהלים

רקע

מוגבלות שכלית התפתחותית נקשרה בספרות המחקרית לתוצאות בריאותיות פחותות בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, להתמודדות עם אתגרים בריאותיים רבים ולצריכת שירותי בריאות גבוהה יותר בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Barlev et al., 2021; McBride et al., 2021). בנוסף, מצביעה הספרות על באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית כחווים מגוון מחסומים בפנייה לקבלת טיפול רפואי, ביניהם: עמדות שליליות כלפי המוגבלות ומחסומים פיזיים, תקשורתיים וכלכליים (WHO, n.d.), אשר תורמים לפערי בריאות (Barlev et al., 2021; Cashin et al., 2018).

אחים ואחיות, ובכללם סטודנטים לסיעוד, מהווים את הקבוצה המקצועית הגדולה ביותר מבין מקצועות הבריאות ונמצאים באינטראקציה יומיומית עם באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית במערכת הבריאות הכללית. עובדות אלה הופכות אותם לגורם אנושי מרכזי, אשר עשוי לתרום ולקדם את הטיפול הרפואי באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. עם זאת, תוכניות הלימודים בסיעוד בישראל ובעולם כוללות לרוב היקף תכנים מצומצם מאוד בנושא זה. חוסר ידע מקצועי והכנה מתאימים, יכולים לחבל בהכשרה המקצועית של האחים והאחיות לעתיד ולהקשות על יכולתם להעניק טיפול איכותי ומתאים לבאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

מטרות

1. לבחון את הידע, ההכשרה המקצועית והעמדות של סטודנטים לסיעוד בנושא הטיפול באנשים עם מש"ה במהלך תוכנית הלימודים.
2. לבחון את הקשרים שבין הידע והעמדות של סטודנטים לסיעוד בטיפול באנשים עם מש"ה לבין המוכנות שלהם לטפל באוכלוסייה זו.
3. לתאר את נקודת מבטם של הסטודנטים לסיעוד לגבי הידע וההכשרה המקצועית שניתנו להם בטיפול באנשים עם מש"ה במסגרת תוכנית הלימודים ואת מוכנותם לטפל באוכלוסייה זו במערכת הבריאות.
4. לתאר את נקודת מבטם של אנשי חינוך בסיעוד לגבי הידע, ההכשרה המקצועית ומוכנות הסטודנטים לטפל באנשים עם מש"ה במערכת הבריאות.

שיטת המחקר

המחקר הנוכחי נערך במתודולוגיה מעורבת (Mixed methods) וכלל חלוקת שאלונים סגורים למשתתפים-סטודנטים וראיונות עומק עם מתנדבים סטודנטים ואנשי חינוך בסיעוד. המדגם כלל 213 סטודנטים בגילאי

20-47 מכל רחבי ישראל וממגוון מוסדות לימוד בישראל. המשתתפים למדו בעת חלוקת השאלונים בשנים ב'ד' ללימודים וכ-50% דיווחו על ניסיון קודם בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. במקביל לאיסוף הנתונים מהשאלונים, נערכו 15 ראיונות עומק עם סטודנטים מתנדבים ו-5 ראיונות עומק עם אנשי חינוך בסייעוד בעמדות בכירות.

ממצאים עיקריים

ממצאי המחקר הצביעו על קשר חיובי וחזק בין תפיסת הידע של הסטודנטים בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית לבין תפיסת המוכנות שלהם לטפל באוכלוסייה זו. בנוסף, נמצא קשר חיובי בין העמדות של הסטודנטים כלפי הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית לבין מוכנותם לטפל באוכלוסייה זו. תפיסת הידע והעמדות כלפי הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית נמצאו כמנבאים את המוכנות לטפל באוכלוסייה זו. בנוסף, נמצאו הבדלים מובהקים בין הסטודנטים על פי ידע קודם שנרכש בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית וניסיון קודם בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. כלומר, סטודנטים עם ידע קודם וניסיון קודם דיווחו על תפיסת ידע ומוכנות גבוהות יותר לטפל באוכלוסייה זו בהשוואה לאלו שדיווחו כי לא רכשו ידע בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית ולא התנסו בטיפול באוכלוסייה זו.

ראיונות העומק עם הסטודנטים חשפו 3 תמות מרכזיות: התמה הראשונה, **תפיסות מקצועיות לגבי הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית**, עסקה בתפיסות העולם המקצועיות של הסטודנטים בנושא זה כפי שהתעצבו במהלך שנות הלימודים. מתמה זו נגזרו שלוש קטגוריות: מהי מוגבלות שכלית התפתחותית בהיבט המקצועי, הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית כחלק מתפקיד האחים והאחיות ומיומנויות נדרשות לטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מנקודת מבטם של הסטודנטים.

התמה השנייה, **התייחסות לטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בתוכנית הלימודים והמלצות לתוכנית עתידית**, עסקה בתכנים העיוניים והקליניים בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית כפי שהתקבלו עד עתה בתוכנית הלימודים ובהמלצות הסטודנטים לגבי תוכנית עתידית. מתמה זו נגזרו שלוש קטגוריות: רכישת ידע תיאורטי בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית, המפגש עם מוגבלות שכלית התפתחותית במהלך ההתנסויות הקליניות והמלצות לתוכנית הלימודים בעתיד.

התמה השלישית, **מוכנות להשתלב בעתיד בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית**, עסקה בתפיסות של הסטודנטים לגבי מוכנותם העתידית להשתלב בעבודה עם מוגבלות שכלית התפתחותית. תמה זו כללה שתי קטגוריות: מרגישה מוכנה להשתלב בעתיד בעבודה עם מוגבלות שכלית התפתחותית ולא מרגישה מוכנה להשתלב בעתיד בעבודה עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

ראיונות העומק עם אנשי החינוך בסיעוד הניבו אף הם שלוש תמות מרכזיות. התמה הראשונה, **תפיסות עולם מקצועיות לגבי הכשרת סטודנטים בתחום מוגבלות שכלית התפתחותית** עסקה ב"אני מאמין" של כל אחד מאנשי החינוך לגבי שילוב תכנים עיוניים וקליניים בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית בתוכנית הלימודים לתואר בוגר בסיעוד. מתמה זו נגזרו שתי קטגוריות: הרחבה והעמקת נושא מוגבלות שכלית התפתחותית בתוכנית הלימודים הבסיסית המחייבת בסיעוד וצמצום נושא מוגבלות שכלית התפתחותית בתוכנית הלימודים הבסיסית בסיעוד לטובת פיתוח התמחות על בסיסית ייחודית לאחים ואחיות שבחרו בתחום כקריירה מקצועית.

התמה השנייה, **הכשרת סטודנטים לסיעוד בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בהווה** התמקדה בהכשרת הסטודנטים כפי שהיא מתבצעת היום לגבי התכנים העיוניים והקליניים. מתמה זו נגזרו שתי קטגוריות: תכנים עיוניים ותכנים קליניים.

התמה השלישית, **תובנות לגבי מוכנות הבוגרים לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית**, התמקדה בתפיסות של אנשי החינוך והערכתם עד כמה הבוגרים, כפי שהם חווים אותם, אכן מוכנים מקצועית לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

דיון

ממצאי המחקר הכמותיים עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרים קודמים בספרות, אשר נערכו בקרב אחים ואחיות: חוסר בגוף ידע בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית תורם להתפתחות עמדות שליליות כלפי עם מוגבלות שכלית התפתחותית ושניהם מובילים לחוסר ביטחון וחוסר מוכנות מקצועיים בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית במערכת הבריאות. מיעוט מחקרים בחן את הנושא בקרב סטודנטים לסיעוד ברחבי העולם ובישראל הוא לא נבחן עדיין, על כן קיימת חשיבות רבה למחקר הנוכחי בישראל. ממצאי הראיונות במחקר הנוכחי מחזקים את הממצאים הכמותיים. הסטודנטים דיווחו על היקף מצומצם ביותר של ידע שנרכש בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית, כמו גם על התנסויות מצומצמות ביותר בשדה הקליני. שני אלו תרמו לתחושה של חשש, חוסר ביטחון וחוסר מוכנות להתמודד עם הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית במסגרות הבריאות. אנשי החינוך בסיעוד אשר רואינו במסגרת המחקר הנוכחי, תארו אף הם מצב בו היקף הידע המועבר לסטודנטים ההתנסויות הקליניות עם אוכלוסייה זו מצומצם ביותר.

בנוסף, בקרב הסטודנטים לסיעוד במחקר הנוכחי נמצא קשר ברור בין ידע שנרכש בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית לעמדות ולמוכנות המקצועית לטפל באוכלוסייה זו. בראיונות דיווחו הסטודנטים על הקושי להתמודד עם מטופלים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, בעיקר על רקע של חוסר ידע לגבי מאפייני

המוגבלות הספציפיים והקושי לייצר עימם תקשורת יעילה ומיטיבה. הסטודנטים תארו בברור את הרצון להעשרת ידע מקצועי וחשיפה להתנסויות קליניות בכדי לקדם את מוכנותם וכשירותם המקצועיות.

סיכום והמלצות

חשיבותו של המחקר הנוכחי טמונה בהיותו מחקר חלוץ בחינוך לסיעוד בישראל הבוחן את ההכשרה של סטודנטים לסיעוד בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. המחקר שם לו למטרה לבחון את מצב הידע של הסטודנטים לסיעוד, עמדותיהם ומוכנותם לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מתוך הבנה שבחינה לעומק של גורמים אלו, יש בידה לקדם את ההכשרה של הסטודנטים לסיעוד בתחום ולשפר את איכות הטיפול המוענק לעם מוגבלות שכלית התפתחותית במערכת הבריאות. קיימת חשיבות עליונה בהבנה של הידע שנרכש, העמדות והמוכנות של סטודנטים לסיעוד לטפל באנשים עם מש"ה כבר בשלבי הלימודים וכהכנה לקראת הצטרפותם בעתיד כאנשי מקצוע במערכת הבריאות, שכן אלו עשויים להשפיע על איכות הטיפול באוכלוסייה זו בעתיד.

הידע לבדו אינו מבטיח כי הסטודנטים יהיו מוכנים להתמודדות עם האתגרים של רכישת מיומנויות חינוכיות ועמדות חיוביות כלפי עם מש"ה במטרה להעניק להם טיפול מיטבי. לכן, הכרחי להבטיח הכנה מתאימה של הסטודנטים לסיעוד, אשר תקדם ותשפר באופן פעיל את כישוריהם הקליניים ותטפח גישות טיפוליות הקשורות בטיפול בחולים. הכנה זו לא רק תבנה את הביטחון העצמי שלהם ותטפח עמדות חיוביות, אלא תסייע להם להתמודד ביעילות עם האתגרים הייחודיים הקשורים בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית ותשפר את המוכנות שלהם לטפל בעתיד באנשים עם מש"ה.

רשימת לוחות

16	לוח 1. מאפיינים סוציודמוגרפיים ואישיים של המדגם ($N=213$)
17	לוח 2. מטריצת מתאמי פירסון בין משתני המחקר ($N=213$)
18	לוח 3. ממוצעים, סטיות תקן וערכי t למשתני המחקר על פי ניסיון קודם בטיפול במש"ה ורכישת ידע ($N=213$)
19	לוח 4. רגרסיה לינארית רבת משתנים לניבוי מוכנות לטיפול באנשים עם מש"ה ($N=213$)
20	לוח 5. מפת תמות וקטגוריות

מבוא

על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי (WHO, n.d.) ברחבי העולם חיים כ-1.3 ביליון באנשים עם מוגבלות משמעותית, אשר מהווים כ-16% מאוכלוסיית העולם. מוגבלות שכלית-התפתחותית (מש"ה) מוערכת בין 0.05%-1.55% מכלל אוכלוסיית העולם (McBride et al., 2021). בישראל, נכון לשנת 2020, מינהל המוגבלויות במשרד הרווחה והביטחון החברתי מעניק שירותים ל-33,400 אנשים בקירוב. מתוכם, 10,837 מתגוררים במסגרות דיור מוגן והיתר מתגוררים בקהילה עם בני משפחותיהם. כיתר אזרחי ישראל, אוכלוסייה זו זוכה לשירותי בריאות במסגרת חוק הבריאות הממלכתי בקהילה או במסגרות האשפוז השונות. עם זאת, הספרות בישראל ובעולם מדווחת כי אנשים עם מש"ה נתקלים במגוון מחסומים כאשר הם פונים לקבלת טיפול רפואי, ביניהם עמדות שליליות כלפי המוגבלות ומחסומים פיזיים, תקשורתיים וכלכליים (WHO, n.d.), אשר גורמים לפערי בריאות (Barlev et al., 2021; Cashin et al., 2018).

מש"ה נמצאה בספרות כקשורה עם עלייה בשכיחותן של הפרעות נפשיות ובעיות בריאות פיזיות, כמו גם תוחלת חיים קצרה יותר ושיעורי תמותה הניתנים למניעה, שגבוהים יותר בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Balogh et al., 2016). נתונים אלו דווחו כקשורים לקושי בחיפוש, מציאה ותשלום עבור הטיפול הבריאותי (Balogh et al., 2016), כמו גם בהיענות נמוכה יותר של אוכלוסייה זו להתנהגויות מקדמות בריאות (Cashin et al., 2018). זאת ועוד, אנשים עם מש"ה נמצאו מחד עם תוצאי טיפול בריאותי נמוכים יותר בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, ומאידך כצרכני שירותי בריאות באופן תכוף יותר מהאוכלוסייה הכללית, עם שכיחות גבוהה של אשפוזים חוזרים ועלייה בשכיחות הסיבוכים לאחר אשפוז (Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

אחים ואחיות נמנים עם אחת מהקבוצות המקצועיות העיקריות המרכיבות את צוותי הרפואה והבריאות בשירותי הבריאות ברחבי העולם. במהלך עבודתם היומיומית, אחים ואחיות פוגשים ומטפלים במגוון אוכלוסיות מטופלים, עם צרכים ייחודיים ומשתנים, בכללם אנשים עם מש"ה. בדומה להם, גם סטודנטים לסיעוד משתתפים בטיפול במגוון אוכלוסיות מטופלים באשפוז ובקהילה, ובכללם גם באנשים עם מש"ה. סטודנטים לסיעוד מחויבים במהלך הכשרתם המקצועית ללימודים קליניים-מעשיים במגוון מסגרות בריאות, עובדה המעלה את הסבירות כי במהלך הכשרתם ייחשפו ויידרשו לטפל גם באנשים עם מש"ה. בספרות קיים ידע מצומצם מאוד בנושא בקרב סטודנטים לסיעוד, ובישראל הוא כמעט ולא נחקר בקרב אוכלוסייה זו. חשיבותו של המחקר הנוכחי טמונה באפשרות להבנה מעמיקה של בסיס הידע הקיים, העמדות והיקף ההכשרה של סטודנטים לסיעוד בנושא מש"ה. ממצאי המחקר עשויים לתרום באופן ישיר לקידום ושיפור הטיפול באוכלוסייה זו בהווה ובאינטראקציות עתידיות שלה עם מערכת הבריאות על כל גווניה. בהתבסס על ממצאים אלו, ניתן יהיה בהמשך לפתח תוכנית הכשרה ייעודית עבור הסטודנטים

ולכלול אותה בתוכנית הלימודים המחייבת לתואר אחרות מוסמך/ת. מתן גוף ידע בסיסי והכשרה מותאמת יש בידם לקדם ולשפר את הטיפול הבריאותי באנשים עם מש"ה, במטרה להפחית את המחסומים והפערים הבריאותיים שחווה אוכלוסייה זו. הבנת התפיסות של הסטודנטים לסיעוד כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה ומוכנותם לטפל בהם בעתיד, חיוניות אף הן לאיתור מחסומים בטיפול ולקידום הטיפול הבריאותי.

סקירת ספרות

מוגבלות שכלית התפתחותית

מש"ה הוגדרה במהלך השנים באופנים שונים וכללה התייחסות לתפקוד במספר תחומי חיים. ב-2021 פרסמה האגודה האמריקאית למש"ה (The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) את ההגדרה העדכנית ביותר: "מוגבלות שכלית מתאפיינת במוגבלות משמעותית בתפקוד השכלי ובהתנהגות מסתגלת, כפי שבאות לידי ביטוי במיומנויות הסתגלותיות, תפישתיות, חברתיות ומעשיות. מוגבלות זו מתחילה לפני גיל 22 (Schalock et al., 2021, p.2). בישראל הוגדרה מש"ה במסגרת חוק הסעד "אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית" (תשכ"ט 1969, 2017) באופן רחב יותר: "אדם שמחמת חוסר התפתחות, או התפתחות לקויה של כושרו השכלי, מוגבלת יכולתו להתנהגות מסתגלת והוא נזקק לטיפול; חולה נפש, כמשמעותו בחוק לטיפול בחולי נפש, אינו בבחינת אדם עם מש"ה, לעניין חוק זה" (Barlev et al., 2021).

בספרות תועד זה מכבר הקשר שבין מש"ה לתוצאות בריאותיות פחות טובות בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (Barlev et al., 2021; McBride et al., 2021). עם מש"ה חווים אתגרים בריאותיים רבים וצורכים שירותי בריאות במידה רבה יותר בהשוואה לאוכלוסייה הכללית ללא מוגבלות התפתחותית. אנשים עם מש"ה נמצאים בסיכון גבוה יותר ומשמעותי לפיתוח מצבי בריאות נלווים כרוניים ומורכבים, סיכון גבוה יותר לתמותה לאורך כל החיים וצורך גדול יותר באשפוזים (Cashin et al., 2018; Iacono et al., 2020; Wilson & Charnock, 2017; Woolfenden et al., 2012). כתוצאה מכך, אנשים עם מש"ה נמצאו כמרבית להשתמש בשירותי הבריאות במהלך חייהם, במיוחד לאור העלייה בתוחלת החיים, גם בקרב קבוצת אוכלוסייה זו.

בנוסף, מצביעה הספרות כי אנשים עם מש"ה חווים מחסומים בגישה לטיפול רפואי איכותי, כולל שכיחות גבוהה יותר של סיבוכים במהלך הטיפול ואחריו, פחות התערבויות ראשוניות למניעת מחלות ובעיות באיכות הטיפול גם עקב קשיים באבחנה (Cashin et al., 2018; Hwang et al., 2019; Trollor et al., 2018; Wilson & Charnock, 2017; Woolfenden et al., 2012).

בין הגורמים אשר זוהו בספרות כתורמים לתוצאות בריאותיות שליליות בקרב אנשים עם מש"ה נכללו רמות נמוכות יותר של ידע ומוכנות חינוכית לצד אי נוחות ותחושות חוסר מוכנות מקצועית של אנשי מקצוע בתחום הבריאות ביכולתם לטפל כראוי באנשים עם מש"ה ולהיענות באופן מיטיב לצרכיהם הבריאותיים (Appelgren et al., 2018; Desroches et al., 2019). אחים ואחיות הינם הקבוצה המקצועית הגדולה ביותר בין מקצועות הבריאות. לאור השימוש המוגבר בשירותי בריאות והצרכים הבריאותיים הייחודיים והמצטברים של אנשים עם מש"ה, עולה הסבירות כי מטופלים אלה יפגשו באחים ואחיות במערכות הבריאות. בהתאם, קיימת חשיבות עליונה בהבנה של הידע שנרכש, העמדות והמוכנות של סטודנטים לסיעוד לטפל באנשים עם מש"ה כבר בשלבי הלימודים וכהכנה לקראת הצטרפותם בעתיד כאנשי מקצוע, שכן אלו עשויים להשפיע על איכות הטיפול באוכלוסייה זו.

רכישת ידע בנושא מש"ה בקרב סטודנטים לסיעוד

סקירת הספרות המחקרית בנושא מצומצמת יחסית בהיקפה ומצביעה באופן עקבי על חסרים משמעותיים בידע המקצועי בנושא בקרב סטודנטים לסיעוד, סגלי הוראה ואחים ואחיות ברחבי העולם (Anyinam et al., 2019; Lyon & Houser, 2018; Polikandrioti et al., 2020; Temple & Mordoch, 2012; Trollor et al., 2018; Appelgren et al., 2018).

תוכניות הלימודים בסיעוד ברחבי העולם ובישראל מבוססות על השילוב של לימודים תיאורטיים והכשרה קלינית במגוון תחומים קליניים. ההכשרה הקלינית נאמדת בכ-50% מסך שעות הלימודים והיא מאפשרת לסטודנטים מפגש והתנסות אמיתיים בשדה הקליני אל מול מטופלים, בני משפחות וצוותים רפואיים. מחקרים שנערכו באירופה, ארה"ב ואוסטרליה ובחנו את הטמעת נושא מש"ה בתוכניות הלימודים בסיעוד, מצביעים על התייחסות מועטה ביותר לנושא זה. בחלק קטן מתוכניות הלימודים שנסקרו נכלל היקף מצומצם של תכנים תיאורטיים המעוברים בהרצאות פרונטליות ומיעוט שעות קליניות המוקדשות לרכישת מיומנויות מקצועיות. בלמעלה ממחצית התוכניות, נושא הטיפול באנשים עם מש"ה כלל לא נלמד. כתוצאה מכך, סטודנטים לסיעוד עלולים להחמיץ את האפשרות לרכוש ידע ומיומנויות שיאפשרו להם להעניק טיפול איכותי, מותאם ובטוח לקבוצת אוכלוסייה זו (Anyinam et al., 2019; Lyon & Houser, 2018; Polikandrioti et al., 2020; Trollor et al., 2018).

במרבית מדינות העולם המערבי, למעט בריטניה ואירלנד, נמצאה התייחסות מועטה ביותר לנושא מש"ה בתוכנית הלימודים כפי שהיא משתקפת ברשימות הקריאה של הקורסים העיוניים. לסטודנטים לא מוצעים קורסים בסיסיים / קורסי חובה או תוכניות מתקדמות העוסקים במש"ה או בטיפול באנשים עם מש"ה. ההתייחסות לצרכים הייחודיים של אנשים עם מש"ה במערכת הבריאות מצומצמת ביותר, כמו גם הידע והמיומנויות הנדרשים מאחיות העוסקים בתחום ספציפי זה. בהתייחס להתנסויות הקליניות, גם בהיבט

זה, האפשרויות של הסטודנטים להתנסות בטיפול באוכלוסייה זו במהלך ההתנסויות הקליניות מצומצמות ביותר ונסמכות בעיקר על "יד המקרה". כך גם מצטמצמת האפשרות לרכוש מיומנויות קליניות ויישום של טכניקות לקידום הטיפול הבריאותי באנשים עם משי"ה (Appelgren et al., 2018; Trollor et al., 2018).

זאת ועוד, בחינה של תוכניות הלימודים ב-11 מדינות בארה"ב על ידי הארגון לאקרדיטציה של החינוך לסייעוד (Commission on Collegiate Nursing Education-CCNE) הצביעה כי 50% מסגל ההוראה דיווח שאין לו ידע בנושא מודלים לטיפול במשי"ה, למרות ש-60% מהם היו אחראים על הוראת הנושא לסטודנטים (Lyon & Houser, 2018).

תמיכה נוספת למתואר לעיל ניתן למצוא בממצאי מחקרים בינלאומיים שנערכו בשנים האחרונות בקרב אחים ואחיות המועסקים בארגוני בריאות המעניקים טיפול לאוכלוסייה הכללית (Appelgren et al., 2022; Furst & Salvador-Carulla, 2019; Trollor et al., 2018; Cashin, et al., 2018). הממצאים מבוססים על דיווחי המשתתפים באמצעות שאלונים סגורים וראיונות. מהממצאים עולה כי מרבית המשתתפים לא זכרו כי למדו את הנושא במהלך תוכנית הלימודים. מיעוט משתתפים דיווח כי הנושא אולי נזכר כחלק מקורס תיאורטי רחב יותר. בנוסף, בחינת הידע העכשווי בנושא משי"ה נמצאה ברמות נמוכות מאוד. במקביל, בהתייחס להתנסויות הקליניות בנושא הטיפול באנשים עם משי"ה, מרבית המשתתפים במחקרים השונים העידו כי לא זכורה להם התנסות קלינית שהוקדשה ספציפית לנושא, חלק מהם זכרו שאולי הייתה התייחסות במקרים ספציפיים וכחלק מהתנסות בתחום רחב יותר. יתרה מזאת, הממצאים מצביעים על השפעת חוסר הידע על תפיסת מוכנות מקצועית נמוכה ועל תפיסות נמוכות של ביטחון ונוחות לטפל בקבוצת אוכלוסייה זו בקרב האחים והאחיות.

בדומה, סקירה שיטתית של 18 מחקרים על פני תשע מדינות משנת 1990 ואילך (Appelgren et al., 2018), מצאה אף היא דיווחים על חוסר מודעות וידע בטיפול באנשים עם משי"ה כקשורים לרמות נמוכות של תפיסת נוחות ומוכנות של אחים ואחיות לטפל באנשים עם משי"ה. ממצאים דומים דווחו גם בסקירה אינטגרטיבית של ספרות בינלאומית (Howie et al., 2021), שהצביעה על הכשרה מקצועית לא מספקת במהלך לימודי הסייעוד, אשר תורמת לרמות נמוכות של תפיסות הביטחון והנוחות של האחים והאחיות ביכולתם לטפל באנשים עם משי"ה. מחקר עדכני בקרב אחים ואחיות באינדונזיה (Tumanggor, et al., 2024) מצא אף הוא כי למעלה ממחצית מהמשתתפים לא נחשפו באיזשהו אופן לתכנים חינוכיים או קליניים הקשורים בטיפול באנשים עם משי"ה במהלך לימודי הסייעוד.

בישראל, נכון לתוכנית הליבה העדכנית לתואר אחות/מוסמך/ת (2020), לא מופיע קורס ייחודי תיאורטי או קליני בנושא משי"ה. בתוכנית נכללים מספר מצומצם של קורסים תיאורטיים ולימודים קליניים, אשר

סביר להניח כי נוגעים גם לטיפול באוכלוסייה עם מש"ה, אך אין לדעת בוודאות. בתוכנית הליבה ללימודי הסיעוד נזכרים תכנים בהיקף מצומצם, אשר סביר להניח כי מתייחסים גם לאנשים עם מש"ה: "מוגבלות ונכות" (תת נושא כחלק מנקודת זכות 1=14 שעות לימוד בחטיבת מדעי החברה); "חוק ומשפט" (קורס שמתייחס למגוון היבטים חוקתיים בעבודת האחות, נקודת זכות אחת בחטיבת יסודות הסיעוד); אתיקה בסיעוד (קורס שמתייחס להיבטים האתיים בעבודת האחות, נקודת זכות אחת בחטיבת יסודות הסיעוד). החוקרת הראשית מניחה כי לפי שם הקורס והתחום המקצועי, אכן מתייחסים במסגרת זו גם לאנשים עם מש"ה, אך ההתייחסות אינה מופיעה ברשימות הקריאה של הקורסים. תוכנית הליבה מציינת רק את שמות התחום / הקורס ללא פירוט לגבי התכנים המופיעים בו. בכל מוסד לימודים, קיימת האפשרות לפתח סילבוס לימודים שונה תחת כותרת הנושא הכללית. כל מוסדות החינוך מחויבים לתוכנית הליבה של מנהל הסיעוד, אך רשאים לנסוך בקורס את מדיניות ותפיסת המוסד. עובדה זו מדגישה את הצורך בבדיקה ובחינה של הכשרת הסטודנטים בתחום, כפי שהמחקר הנוכחי שואף לבחון.

בנוסף, תוכנית הליבה בסיעוד מקדישה להתנסות קלינית בקהילה 96 שעות, במהלך מתנסים הסטודנטים במגוון שירותי בריאות בקהילה. מן הסתם, ניתן להניח שבמסגרת זו ייחשפו גם לטיפול באנשים עם מש"ה כחלק מהטיפול באוכלוסיית הקהילה, אך שוב לא ברור האם מתקיימת הדרכה מסודרת בנושא, כמה שעות מוקדשות לנושא, מהן המיומנויות הנלמדות וכיצד נערכת הערכה של הנושא בהתנסות הקלינית.

עמדות ומוכנות של סטודנטים לסיעוד לטפל באנשים עם מש"ה

מיעוט מחקרים בספרות המקצועית התייחס לעמדות סטודנטים לסיעוד ומוכנותם לטפל באנשים עם מש"ה. עם זאת, מספר מחקרים ברחבי העולם בחנו את העמדות והמוכנות של אחים ואחיות לטפל באנשים עם מש"ה.

שני מחקרים שנערכו באנגליה בקרב אחים ואחיות המועסקים במערכת הבריאות הכללית (Flynn et al., 2010; Lewis & Stenfert-Kroese, 2015) הצביעו על עמדות פחות חיוביות כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה לעומת הטיפול באנשים עם מוגבלות פיזית. בנוסף, השוואת אוכלוסייה זו לאוכלוסיית האחים והאחיות העוסקים בטיפול באנשים עם מש"ה, הצביעה על עמדות פחות חיוביות כלפי אנשים עם מש"ה בקרב הקבוצה הראשונה. משמע, למפגש הקליני עם אנשים עם מש"ה יש השפעה על פיתוח עמדות מקצועיות חיוביות יותר. אחים ואחיות במערכת הבריאות הכללית החזיקו בתפיסות סטריאוטיפיות כלפי מבוגרים עם מש"ה כמי שאינם נענים או אינם משתפים פעולה עם הטיפול הרפואי, מדגימים התנהגות תוקפנית ומפתחים בקלות סטריס בעת קבלת טיפול רפואי (Lewis & Stenfert-Kroese, 2010). בנוסף, האחיות דיווחו על חוסר ביטחון בטיפול ולחץ בעת מתן טיפול למבוגרים עם מש"ה בהשוואה לטיפול באנשים עם מוגבלות פיזית בלבד או באנשים ללא נכות כלל (Lewis & Stenfert-Kroese, 2010).

ממצאים דומים נמצאו מספר שנים מאוחר יותר במחקר שנערך בארה"ב בקרב אחים ואחיות (Desroches et al., 2019). נמצא כי אחים ואחיות היו עם עמדות פחות חיוביות כלפי הטיפול במבוגרים עם משי"ה לעומת הטיפול במבוגרים עם מוגבלות פיזית. בנוסף, אחים ואחיות המועסקים במחלקות כלליות היו עם עמדות פחות חיוביות כלפי הטיפול באנשים עם משי"ה מאחים ואחיות אשר התמחו ועסקו בטיפול באנשים עם משי"ה. העמדות כלפי הטיפול באנשים עם משי"ה נמצאו כקשורות לאמונות האישיות של האחות לגבי איכות החיים של אנשים עם משי"ה. ככל שהאמונה היא כי איכות החיים של אנשים עם משי"ה נמוכה יותר, כך גם העמדה כלפי הטיפול באוכלוסייה זו חיובית פחות. מחקר חוזר באותו נושא על ידי אותה קבוצת מחקר נערך גם באוסטרליה (Desroches et al., 2022). הממצאים במחקר זה היו עקביים לממצאי המחקר הקודם: עמדות אחים ואחיות כלפי הטיפול באנשים עם משי"ה היו פחות חיוביות באופן מובהק מהעמדות כלפי מבוגרים עם מוגבלות פיזית. אחים ואחיות המועסקים במחלקות כלליות היו עם עמדות פחות חיוביות מאחים ואחיות המתמחים ועוסקים בטיפול באנשים עם משי"ה.

בהתייחס למוכנות של צוותי הסיעוד לטפל באנשים עם משי"ה, הממצאים בספרות עקביים במדינות שונות. חסרים בידע מקצועי ובחשיפה קלינית של הסטודנטים במהלך לימודיהם לטיפול באנשים עם משי"ה נמצאו בקשר חיובי ומובהק לתפיסות נמוכות של נוחות, ביטחון ומוכנות לטפל באוכלוסייה זו שנים מאוחר יותר. החסרים במהלך ההכשרה המקצועית ליוו את הסטודנטים גם כאנשי מקצוע, שנים מאוחר יותר. לדוגמא, סקר שנערך בקרב 83 אחים ואחיות אונקולוגים באנגליה, מצא כי המשתתפים חשו פחות נוח לתקשר עם מטופלים עם משי"ה בנוגע למחלתם והשתמשו יותר במטפלים העיקריים לשם כך. הם חשו יותר סטרס בטיפול באנשים עם משי"ה (Flynn et al., 2015). בדומה, סקר שנערך בקרב 151 אחים ואחיות המועסקים במיון במחוז אונטריו, קנדה, מצא כי מחצית מהמשתתפים דיווחו על חוסר מוכנות מקצועית לייצר תקשורת יעילה ולטפל באנשים עם משי"ה (Spasiani et al., 2020). התרומה של ההתנסות הקלינית והחשיפה לטיפול באנשים עם משי"ה למוכנות המקצועית ולתחושת נוחות בטיפול באנשים עם משי"ה הודגמה גם במחקר שנערך בארה"ב בקרב אחים ואחיות (Desroches et al., 2019): משתתפים אשר דיווחו על רכישת ידע ספציפי בנושא ויצירת קשר מקצועי דיווחו על עמדות חיוביות יותר כלפי אוכלוסייה זו ומוכנות לטיפול בה. התרומה של חשיפה קלינית לעם משי"ה לתחושת הביטחון והמוכנות של האחים והאחיות הודגמה גם במחקר איכותני שנערך באוסטרליה בקרב אחיות במחלקת ילדים. האחיות דיווחו על רמות גבוהות של כשירות מקצועית בטיפול בילדים עם משי"ה שהייתה להם היכרות ממושכת איתם מאשפוזים קודמים (Lewis et al., 2019).

שני מחקרים עדכניים באזורים גיאוגרפיים שונים הדגימו אף הם את הקשרים שבין חינוך רלוונטי בנושא משי"ה ורמות גבוהות יותר של תפיסות נוחות, ביטחון ומוכנות לטפל באנשים עם משי"ה בקרב אחים ואחיות.

הראשון נערך באוסטרליה וכלל 693 אחים ואחיות ממגוון תחומים קליניים ומסגרות טיפול שונות - אשפוז וקהילה (Cashin et al., 2021), והשני נערך באינדונזיה (Tumanggor, et al., 2024). המחקר האוסטרלי זיהה רמות נמוכות של ידע שנרכש במהלך הלימודים, כך ש-20% מהמדגם דיווח על חוסר ידע ומרבית המדגם דיווח על ידע "במידה מסוימת". במקביל, מרבית המשתתפים דיווחו שלימודי הסיעוד לא הכינו אותם כלל לטיפול באנשים עם מש"ה ותחושת הנוחות להיענות לצרכים הבריאותיים של אנשים עם מש"ה נמצאה "במידה מסוימת". ממצאים דומים דווחו גם במחקר האינדונזי (Tumanggor, et al., 2024) שכלל 544 אחים ואחיות מתחומים קליניים ומסגרות בריאות שונות (אשפוז, קהילה ואקדמיה). ממצאי המחקר הצביעו על רמות נמוכות-בינוניות של תפיסת ביטחון, נוחות, ידע ומוכנות לטפל בצרכים הבריאותיים של עם מש"ה. קשרים מובהקים וחיוביים נמצאו בין רכישת ידע תיאורטי והתנסות קלינית במהלך לימודי הסיעוד לבין רמות גבוהות יותר של תפיסת ביטחון, נוחות וידע בטיפול באנשים עם מש"ה. משמע, רכישת ידע והכנה מותאמת, יש ביכולתם לקדם את תחושות הנוחות והביטחון של האחים והאחיות, כמו גם את הידע להיענות לצרכים הבריאותיים של אנשים עם מש"ה.

בהתייחס לסטודנטים לסיעוד, מיעוט מחקרים בחן אוכלוסייה זו בהקשר לטיפול באנשים עם מש"ה. במחקרים המועטים שהתייחסו לנושא, עלתה מספר פעמים ההשפעה המשמעותית והחשיבות של הכשרה, ידע וחינוך בנושא מש"ה על הטיפול באנשים עם מש"ה (Appelgren et al., 2018; Northway et al., 2014; Temple and Mordoch, 2012). לדוגמה, Oliva Ruiz et al. (2020), אשר בחנו את עמדותיהם של סטודנטים לסיעוד ופיזיותרפיה, מדווחים כי העמדות כלפי אנשים עם מש"ה נוטות להשתפר ככל שהסטודנטים מתקדמים בהכשרתם האקדמית, כאשר סטודנטים בשנה השלישית ואילך מפגינים את העמדות החיוביות ביותר. ההסבר טמון ככל הנראה בהתקדמות ההכשרה הקלינית, אשר מאפשרת מפגש קרוב עם אוכלוסייה זו ותורמת לשיפור העמדות ותחושת הנוחות במפגש. בדומה מצאו Kritsotakis et al. (2017) בקרב סטודנטים לסיעוד, רפואה ועבודה סוציאלית מתאם חיובי בין ידע ושיפור עמדות כלפי אנשים עם מש"ה. סביר להסיק שהעמדות וההתנהגויות השליליות שמפגינות אחיות כלפי אנשים עם מוגבלות שכלית, שנצפו במחקרים שונים, עשויות לנבוע מהכנה וידע לא מספיקים. מחקרים נוספים שניסו לבחון את מוכנותם של הסטודנטים לסיעוד לטפל באנשים עם מש"ה הצביעו גם הם על הקשרים שבין ידע והתנסות קלינית לתחושות נוחות וביטחון בטיפול, כמו גם על מוכנות גבוהה יותר.

במחקר שנערך בירדן (Al-Momani, 2015) בקרב סטודנטים לסיעוד בשנת הלימודים האחרונה, נבחנה מוכנותם לעבוד עם אנשים עם מוגבלויות, בכללם עם מש"ה, בסיום הלימודים. לסטודנטים הוצעה תוכנית קלינית מתקדמת כחלק מתוכנית הלימודים, שבמרכזה קידום אינטראקציה טיפולית עם עם מוגבלויות במסגרות בריאות קהילתיות בהנחיית אנשי סגל קליניים מהאוניברסיטה בה למדו. ממצאי המחקר הצביעו

כי אחד הגורמים אשר עשוי לשפר את הנכונות של סטודנטים לסיעוד לעבוד עם עם מוגבלויות בקהילה, ובכללם עם מש"ה, הינו אינטראקציה מובנית ומונחית עם האוכלוסייה בקהילה במהלך לימודי הסיעוד, אשר חושפת את הסטודנטים לצרכים הבריאותיים וליחודיות של אוכלוסייה זו, הכשרה אשר חסרה במרבית תוכניות הלימודים. כך, למשל, נמצא כי בעבודה עם מטופלים עם התמודדויות נפשיות שונות, מספר הסטודנטים לסיעוד שבחרו לשוב לתרגול במוסדות לטיפול נפשי כבחירה ראשונה או שנייה לאחר שסירבו לעשות זאת בעבר עלה והעיד על שיפור בנכונות של הסטודנטים לסיעוד לעבוד עם מטופלים במוסדות הטיפול הנפשי כתוצאה מהשתתפותם בתוכנית הקלינית-קהילתית המתקדמת (Al-Momani, 2015).

במחקר איכותני שנערך בקרב סטודנטים אינדונזים לסיעוד (Erwati & Keliat, 2018) נמצא כי העמדות של הסטודנטים כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה השתפרו בעקבות חשיפה לתכנים קליניים והתנסות קלינית בטיפול בילדים עם מש"ה. במיוחד נמצא שיפור בתפיסות סטיגמטיות לגבי אנשים עם מש"ה ובמיומנויות התקשורת הבינאישית עם הילדים.

בישראל נערך מחקר בודד בקרב סטודנטים ממקצועות הבריאות (סיעוד, עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, הפרעות תקשורת וחינוך מיוחד) אשר בחן את הגורמים המשפיעים על כוונת הסטודנטים לעבוד עם אוכלוסייה עם מש"ה בסיום לימודיהם (Werner & Grayzman, 2012). ממצאי המחקר הצביעו על הבדלים מובהקים סטטיסטית במשתני המחקר, על פי תחום הלימודים של הסטודנטים. סטודנטים מסיעוד ועבודה סוציאלית דיווחו על ידע סובייקטיבי נמוך ועמדות פחות חיוביות כלפי מש"ה, בהשוואה ליתר הסטודנטים במדגם. כמו כן, ידע סובייקטיבי, עמדות ונורמות סובייקטיביות כלפי מש"ה, נמצאו כמנבאים מובהקים של כוונת הסטודנטים לעבוד עם אוכלוסייה זו בסיום הלימודים.

לאור כל האמור לעיל, בולט החסר בספרות המחקרית בישראל ובעולם ועולה החשיבות הרבה בבחינת מצב הידע וההכשרה העדכניים של הסטודנטים לסיעוד בישראל. במיוחד לאור ההבנה, עד כה, כי ידע ועמדות חיוביות של הצוות עשויים לקדם ולשפר את איכות הטיפול המוענק למטופלים כמו גם את המוכנות המקצועית של הצוותים.

שאלות המחקר

מטרות המחקר

1. לבחון את הידע, ההכשרה המקצועית והעמדות של סטודנטים לסיעוד בנושא הטיפול באנשים עם מש"ה במהלך תוכנית הלימודים.

2. לבחון את הקשרים שבין הידע והעמדות של סטודנטים לסיעוד בטיפול באנשים עם משי"ה לבין המוכנות שלהם לטפל באוכלוסייה זו.
3. לתאר את נקודת מבטם של הסטודנטים לסיעוד לגבי הידע וההכשרה המקצועית שניתנו להם בטיפול באנשים עם משי"ה במסגרת תוכנית הלימודים ומוכנותם לטפל באוכלוסייה זו במערכת הבריאות.
4. לתאר את נקודת מבטם של אנשי חינוך בסיעוד לגבי הידע, ההכשרה המקצועית ומוכנות הסטודנטים לטפל באנשים עם משי"ה במערכת הבריאות.

שאלות המחקר

1. האם קיים קשר בין הידע וההכשרה הנרכשים בנושא הטיפול באנשים עם משי"ה במהלך לימודי הסיעוד לבין העמדות והמוכנות לטפל באוכלוסייה זו בקרב סטודנטים לסיעוד בשנות הלימודים המתקדמות?
2. כיצד תופסים הסטודנטים לסיעוד את ההכשרה המקצועית שלהם בנושא הטיפול באנשים עם משי"ה ואת מוכנותם לטפל באוכלוסייה זו?
3. כיצד תופסים אנשי חינוך בסיעוד את רכישת הידע, ההכשרה והמוכנות של סטודנטים לסיעוד בנושא הטיפול באנשים עם משי"ה במערכת הבריאות?

השערות המחקר

1. יימצאו קשרים חיוביים בין הידע והעמדות של סטודנטים לסיעוד כלפי הטיפול באנשים עם משי"ה לבין מוכנותם לטפל באוכלוסייה זו.
2. ידע ועמדות חיוביות כלפי הטיפול באנשים עם משי"ה ינבאו את תפיסת המוכנות של הסטודנטים לסיעוד לטפל באנשים עם משי"ה במערכת הבריאות.

שיטת המחקר

סוג המחקר

המחקר הנוכחי התבסס על מחקר מעורב (Mixed method), שכלל בשלב ראשון איסוף נתונים כמותיים ובהמשך איסוף נתונים איכותניים. המחקר הנוכחי השתמש במערך מחקר מסוג Convergent mixed method parallel design, שבו שיטות איסוף נתונים כמותיים ואיכותניים מתקיימות בצמוד האחת לשנייה (Fetters et al., 2013). מערך זה מתאפיין באיסוף נתונים כמותי ואיכותני במקביל ולאחר סיום איסוף הנתונים, הממצאים מנותחים בנפרד (Fetters et al., 2013). עם סיום ניתוח הנתונים הנפרד, שני מסדי הנתונים חוברו ושולבו אל תוך הדיון לאור סקירת הספרות. השימוש בגישה זו מאפשר גילוי של משמעות נוספת והסבר נוסף לממצאים הכמותיים, כמו גם הסברים נוספים לממצאים האיכותניים. באמצעות גישה זו ניתן ללמוד ולהבין טוב יותר על תפיסות הסטודנטים לגבי נושא משייה והמוכנות המקצועית שלהם לטיפול באנשים עם משייה כבר במהלך הלימודים האקדמיים. גישה זו גם מגבירה את היכולת לאמת ולפרש את התגובות והתפיסות של המשתתפים במחקר באמצעות הממצאים המופקים על ידי השיטה האחרת (Bryman, 2006). איסוף הנתונים הכמותי והאיכותני התבצע בין החודשים נובמבר 2023 - יולי 2024. בעת כתיבת הצעת המחקר נערכה פנייה לקבלת אישור ועדת האתיקה של אוניברסיטת תל אביב. ועדת האתיקה אישרה את ביצוע המחקר (נספח מספר 1).

שיטת הדגימה

בשלב הכמותי, המדגם הינו מדגם נוחות מתוך כלל הלומדים לקראת תואר ראשון בסיעוד בישראל בשנות הלימודים המתקדמות: התוכנית לבוגר בסיעוד (שנים ג' ו-ד' בתוכנית הארבע שנתית), תוכנית העתודה האקדמית (שנים ב' ו-ג') והתוכנית להסבת אקדמאים לסיעוד (שנים ב' ו-ג'). קריטריונים להכללה:

1) סטודנטים שלומדים בישראל לקראת תואר ראשון בסיעוד ונמצאים בעת המחקר בשנות הלימודים המתקדמות.

2) סטודנטים שהביעו הסכמה בכתב להשתתף במחקר.

קריטריונים לאי הכללה: 1) סטודנטים שאינם לומדים סיעוד בישראל. 2) סטודנטים לסיעוד שבעת ביצוע המחקר אינם לומדים בשנות הלימודים המתקדמות כפי שהוגדרו לעיל. 3) סטודנטים שלא הביעו הסכמה להשתתף במחקר. 4) סטודנטים שיש להם נגיעה אישית בנושא משייה, כגון בני משפחה או חברים קרובים המאובחנים עם משייה.

בשלב איסוף הנתונים האיכותני, נערכו כ-15 ראיונות אישיים מובנים עם סטודנטים מתנדבים מתוך מדגם הנוחות לעיל, שהביעו הסכמתם להשתתף בראיונות. בנוסף, נערכו חמישה ראיונות עומק עם מנהלות ביה"ס לסיעוד / ראשי חוגים לסיעוד, במטרה לבחון את תפיסותיהם כלפי ההכשרה והחינוך של הסטודנטים בנושא מש"ה.

כלי המחקר

1 - שאלון סגור למילוי עצמי הכולל 3 חלקים (ראה נספח מספר 2)

חלק א': 11 פריטים הבוחנים נתונים סוציו דמוגרפיים של הנבדקים (כגון: גיל, מגדר, ארץ לידה וכו') ו-3 פריטים הבוחנים האם נרכש ידע בנושא הטיפול באנשים עם מש"ה במהלך הלימודים. שלושת הפריטים הללו חוברו על ידי החוקרת הראשית וכוללים שאלת כן/לא לגבי רכישת ידע במהלך הלימודים ושני פריטים נוספים הבוחנים באיזו מידה הסטודנט חש שיש לו ידע ובאיזו מידה הסטודנט חש שידע זה יסייע לו בטיפול באדם עם מש"ה. לדוגמא: "באיזו מידה אתה חש שיש לך ידע מקצועי לגבי הטיפול במוגבלות שכלית-התפתחותית?". שני הפריטים האחרונים מסודרים על סולם ליקרט בן 5 דרגות, כאשר 1=במידה מועטה מאוד ו-5=במידה רבה מאוד. לשני הפריטים הללו חושב ציון כולל בעזרת ממוצע התשובות המייצג את תפיסת הידע של הסטודנטים.

חלק ב': עוסק בעמדות המשתתפים כלפי הטיפול הרפואי באנשים עם מש"ה. ההיגדים בפרק זה מבוססים על הכלי המתוקף בספרות "Attitudes Toward Disabled Persons" (Yuker, Block & Young, 1966) אשר בוחן עמדות כלליות כלפי אנשים עם מוגבלות. כלי זה נמצא בעל מהימנות פנימית גבוהה במחקרים קודמים אשר נעה בין 0.71-0.83 (Yuker & Block, 1986). במחקר הנוכחי, פרק זה כולל 20 היגדים אשר עברו התאמת תוכן לנושא המחקר וממוקדים בעמדות של הסטודנטים כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה. לדוגמא: "טיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מעניק לי סיפוק" או "באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית צריכים להיות שותפים לטיפול הרפואי שלהם בהתאם ליכולות שלהם". ההיגדים מסודרים על סולם ליקרט בן 6 דרגות, כאשר 1=לא מסכים כלל ו-6=מסכים בהחלט. 12 היגדים עברו היפוך סולם. טווח הציון הכולל לחלק זה נע בין 120-20. הציון הכולל לנבדק חושב על פי ממוצע התשובות של כל נבדק, כאשר ציון גבוה יותר יצביע על עמדות חיוביות יותר בנושא הנחקר. מהימנות אלפא של קרונבך במחקר הנוכחי נמצאה $\alpha = 0.76$.

חלק ג': תחושת המוכנות לטיפול באוכלוסייה עם מש"ה. חלק זה מבוסס על שאלון מתוקף מהספרות אשר בחן עמדות, מוכנות וכוונה של סטודנטים לסיעוד לעסוק בסיעוד פסיכיאטרי בעתיד "Nursing students' attitudes toward mental health nursing and consumers" (Hayman-White & Happell, 2005)

הכלי המקורי כלל 24 היגדים אשר התקבצו בנייתו סטטיסטי לשבעה סולמות (פקטורים) עם מהימנות פנימית בינונית-גבוהה והסבירו 57% מהשונות בעמדות הסטודנטים ומוכנותם לטפל בעתיד במטופלים במערך הפסיכיאטרי. לצורך המחקר הנוכחי, התמקדה החוקרת הראשית בשני סולמות מהכלי המקורי: מוכנות לטיפול במטופלים פסיכיאטריים (מהימנות פנימית-אלפא קרונבך-0.72) וכוונה עתידית לעבוד במערך הפסיכיאטרי (מהימנות פנימית-אלפא קרונבך-0.92) וחיברה 10 היגדים אשר הותאמו לתוכן של נושא המחקר. היגדים לדוגמא: "אני מרגיש מוכן/ה היטב לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית", "אני מתכוון/ת לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בעתיד כאח/ות". ההיגדים מסודרים על סולם לייקרט בן 6 דרגות, כאשר 1=לא מסכים כלל ו-6=מסכים בהחלט. שלושה פריטים עברו היפוך סולם. טווח הציונים בכלי הנוכחי נע בין 10-60, הציון הכולל חושב לכל נבדק על פי ממוצע התשובות. ציון גבוה מצביע על מוכנות גבוהה לטיפול באנשים עם משי"ה וכוונה לעסוק בתחום בעתיד המקצועי. השאלון, על כל חלקיו, עבר תיקוף תוכן על ידי שתי חוקרות מתחום הסיעוד. בנוסף, בטרם הופץ השאלון למדגם, נערך סקר מקדים לבחינת השאלון בקרב 10 סטודנטים לסיעוד. אלפא של קרונבך במחקר הנוכחי נמצאה $\alpha = 0.80$.

2 - ריאיון אישי עם סטודנטים (ראה נספח מספר 3): ריאיון מובנה נערך באמצעות פלטפורמת ZOOM וכלל 6 שאלות פתוחות. משך הריאיון: 30-45 דקות. שאלות לדוגמא: "אילו תכנים תיאורטיים וקליניים בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית רכשת במהלך הלימודים?", "האם את/ה חש/ה שחסרים לך ידע, הכשרה בנושא?", "כיצד היית ממליץ/ה לשלב תכנים אלו בתוכנית הלימודים ובאיזה שלב?".

3 - ריאיון אישי עם נציגות של הנהלת החינוך לסיעוד בישראל (ראה נספח מספר 4): ריאיון אישי מובנה נערך באמצעות פלטפורמת ZOOM עם מנהלות ביה"ס לסיעוד / ראשי חוגים לסיעוד במטרה לבחון את תפיסותיהם כלפי ההכשרה והחינוך של הסטודנטים בנושא משי"ה. פנייה מסודרת נערכה בדואר האלקטרוני אל כלל המוסדות המכשירים סטודנטים לסיעוד. מתוך כלל המשיבים נבחרו באופן אקראי חמישה נציגים. הריאיון כלל 7 שאלות פתוחות. משך הריאיון: 45-60 דקות. שאלות לדוגמא: "אילו תכנים תיאורטיים וקליניים בנושא מוגבלות שכלית התפתחותית מועברים לסטודנטים?", "באיזה שלב לימודי מועברים התכנים?", "באילו שיטות הוראה / הדרכה נעשה שימוש?".

הליך המחקר

לאחר קבלת אישור ועדת האתיקה האוניברסיטאית החל השלב הכמותי של המחקר. בשלב זה הופץ קישור אלקטרוני לשאלון הסגור בקבוצות פייסבוק של סטודנטים לסיעוד העומדים בקריטריונים להכללה אשר תוארו לעיל. בפתח השאלון צורף הסבר למתנדבים על המחקר ומטרותיו, כמו גם הסבר כי השאלון הינו אנונימי וההשתתפות במילוי השאלון הינה התנדבותית. המתנדבים רשאים בכל עת להפסיק את

השתתפותם באם הם חשים אי נוחות או אינם מעוניינים, מכל סיבה שהיא, להמשיך במילוי השאלון. כמו כן הודגש כי בנתונים שייאספו ייעשה שימוש רק למטרות מחקר וכי פרטיות המשתתפים תישמר. הנתונים שנאספו הועברו באמצעות תוכנת QUALTRICS אל מחשבה האישי של החוקרת הראשית, ללא פרטים מזהים. רק לחוקרת הראשית גישה אל נתונים אלה. שי צנוע בסך 30 ש"ח הוענק לכל משתתף שענה על השאלון הסגור.

כהכנה לקראת השלב האיכותני הופיעה בשאלון הסגור פנייה למתנדבים שמסכימים להשתתף בריאיון אישי בנושא המחקר. בשלב האיכותני התבצעה פנייה למתנדבים אשר הביעו הסכמה להתראיין. הריאיון נערך באמצעות פלטפורמת ZOOM. הראיונות הוקלטו בהסכמת המתנדבים. הקלטות הראיונות (בזום) נשמרו במחשבה האישי של החוקרת הראשית עם סיסמה שידועה רק לה. למתנדבים שהביעו הסכמה להשתתף בראיונות הוענק שי צנוע בסך 50 ש"ח. בתום איסוף הנתונים, ההקלטות תומללו מילה במילה, נותחו על ידי צוות המחקר ובסיום המחקר נמחקו מן המחשב.

בנוסף, בכדי ללמוד יותר על ההכשרה במוסדות החינוך השונים, נערכו ראיונות עומק אישיים עם מתנדבים/ות מקרב מנהלי ביה"ס לסיעוד / ראשי חוגים לסיעוד במטרה לבחון את התפיסות שלהם כלפי ההכשרה והחינוך של הסטודנטים בנושא מש"ה. נערכה פנייה אקראית בדואר האלקטרוני למנהליות ביה"ס לסיעוד וראשי החוגים בישראל להתנדבות לריאיון בנושא. מתוך כלל המשיבים רואיינו חמישה נציגים באופן רנדומלי. הראיונות הוקלטו בהסכמת המתנדבים. הקלטות הראיונות נשמרו במחשבה האישי של עורכת המחקר. בתום איסוף הנתונים, ההקלטות תומללו ונותחו על ידי צוות המחקר ובסיום המחקר נמחקו מן המחשב.

ניתוח נתונים

עיבודים סטטיסטיים

הנתונים הכמותיים עובדו באמצעות תוכנת SPSS גרסה 29. לשם תיאור המדגם ומשתני המחקר העיקריים (ידע, עמדות, הכשרה בנושא הטיפול באנשים עם מש"ה ומוכנות הסטודנטים לטפל באוכלוסייה זו) נעשה שימוש בסטטיסטיקה תיאורית. שכיחויות, ממוצעים וסטיות תקן חושבו עבור נתוני הרקי והנתונים הסוציודמוגרפיים. מהימנות עקביות פנימית של קרונבך (אלפא של קרונבך) חושבה עבור משתני המחקר. בהמשך, נערכו מבחני t לבדיקת ההבדלים בין משתני המחקר על פי נתוני הרקע והנתונים הסוציודמוגרפיים. לבדיקת השערות המחקר בוצעו מבחני פירסון אשר בדקו את המתאמים בין משתני המחקר העיקריים ובין משתני המחקר לנתונים אישיים וסוציודמוגרפיים. בנוסף, בוצעה רגרסיה לינארית רבת משתנים לבחינת התרומה הייחודית של

המשתנים הבלתי תלויים (ידע, עמדות, הכשרה בנושא מש"ה) והסוציודמוגרפיים למשתנה התלוי - מוכנות הסטודנטים לטפל באנשים עם מש"ה.

ניתוח איכותני

הנתונים האיכותניים נותחו "ניתוח תוכן" על פי גישתו של שקדי (2010). ניתוח התוכן כלל שלושה שלבים: קריאה יסודית של כלל הראיונות שבוצעו, מיפוי הקטגוריות והתמות העיקריות ובניית מפת תמות וקטגוריות (ראה לוח 5). בשלבים אלו, נעזרה החוקרת הראשית בשתי עמיתות מתחום הסיעוד, אשר מתמחות בשיטות מחקר איכותניות. בשלב ראשון נערכה קריאה של כל התמלילים שנאספו. כל חוקרת קראה את התמלילים ביחידות. בהמשך נפגשו החוקרות, 3 מפגשים, לדיון בממצאים עד לקבלת הסכמה לגבי הקטגוריות והתמות המרכזיות. בסיום כל השלבים נבנה עץ הקטגוריות שמסייע להבין לעומק את הממדים השונים הקשורים בהכשרה ובמוכנות של סטודנטים לסיעוד לטפל באוכלוסייה עם מש"ה.

אתיקה מחקרית

לאחר קבלת אישור ועדת האתיקה מאוניברסיטת תל אביב, התבצעה פנייה אל מתנדבים דרך קבוצות פייסבוק לסטודנטים לסיעוד. לפנייה צורף קישור אלקטרוני שהכיל דף הסבר, חתימה על הסכמה מדעת ושאלון. רק משתתפים שחתמו על הסכמה מדעת הורשו לעבור למילוי השאלון המקוון. ההסבר למתנדבים כלל הסבר על המחקר ומטרתו, כמו גם על אנונימיות השאלון. הוסבר למשתתפים כי הם יכולים להפסיק את השתתפותם בכל עת שיחפצו וכי סודיות הנתונים תישמר וייעשה שימוש בנתונים רק למטרות המחקר. הוסבר למשתתפים כי בכל שאלה ניתן לפנות לעורכת המחקר דרך המייל שצורף.

מתנדבים לראיונות אותרו באמצעות השאלון המקוון הנ"ל. בסוף השאלון הופיעה שאלה, כפי שתואר לעיל בסעיף הליך המחקר. המרואיינים חתמו על טופס הסכמה מדעת ורק לאחר מכן רואיינו והריאיון הוקלט. ההקלטות עברו תמלול ונשמרו תחת מספר סידורי. לאף אחד מצוות המחקר לא ידוע מיהו המרואיין. לאחר סיום ניתוח הנתונים, נמחקו ההקלטות ממחשבה האישי של עורכת המחקר.

ממצאים

פרק זה מחולק לשני חלקים עיקריים: ממצאים כמותיים וממצאים איכותניים.

ממצאים כמותיים

מדגם

המדגם כלל 213 סטודנטים לסיעוד מרחבי ישראל, ברובם נשים (73.7%), בטווח הגילאים 20-47 שנים (ראה לוח 1). מרבית המשתתפים (61.5%) למדו בתוכנית הלימודים הארבע-שנתית לתואר ראשון בסיעוד, והיתרה בתוכניות להסבת אקדמאים לסיעוד ועתודה אקדמית. המדגם כלל סטודנטים בשנות הלימודים שנייה-רביעית. מרבית הסטודנטים (69.9%) היו בשנת הלימודים השלישית.

כמחצית מהמשתתפים (46.5%) טיפלו בעבר במטופלים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית במגוון מסגרות בריאות באשפוז ובקהילה. כשליש (35.2%) מהמשתתפים טיפלו באנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית במעגלים החברתיים הקרובים להם. כ-60% מהמשתתפים ($n = 123$, 57.7%) דיווחו כי רכשו ידע בנושא משי"ה במסגרות שונות: 20.3% ($n=43$) במסגרת לימודי סיעוד ו-37.4% ($n=80$) מחוץ ללימודי סיעוד.

לוח 1. מאפיינים סוציודמוגרפיים ואישיים של המדגם (N=213)

משתנה	ממוצע (סטיית תקן)
גיל (שנים)	26.75 (5.40)
מספר (אחוזים)	
מגדר	
נקבה	157 (73.7)
תוכנית לימודים	
ארבע-שנתית	131 (61.5)
עתודה אקדמית	21 (9.9)
הסבת אקדמאים	61 (28.6)
שנת לימודים	
שנייה	44 (20.7)
שלישית	149 (69.9)
רביעית	20 (9.4)
ניסיון קודם בטיפול באנשים עם מש"ה	
כן	99 (46.5)
ניסיון קודם בטיפול באנשים עם מש"ה במעגלים חברתיים קרובים	
כן	75 (35.2)

בסך הכל, נראה כי תפיסות המשתתפים לגבי הידע בנושא מש"ה, העמדות כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה והמוכנות לטפל במטופלים עם מש"ה היו ממוצעות (ראה לוח 2). העמדות כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה היו בעלות הציון הגבוה ביותר ($M=4.02$, $SD=0.58$) מבין משתני המחקר ומצביעות על עמדות חיוביות כלליות של המשתתפים כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה.

השערת המחקר הראשונה טענה כי ימצאו קשרים חיוביים בין הידע והעמדות של סטודנטים לסיעוד כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה לבין מוכנותם לטפל באוכלוסייה זו. השערה זו אוששה. קשר חיובי חזק ומובהק סטטיסטית נמצא בין תפיסת הידע בנושא מש"ה לתפיסת המוכנות לטפל באוכלוסייה זו כאחים ואחיות ($r=0.49$, $p<0.001$). בנוסף, נמצא קשר חיובי חלש אך מובהק סטטיסטית בין העמדות כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה לבין תפיסת המוכנות לטפל באוכלוסייה זו כאחים ואחיות ($r=0.15$, $p<0.05$). (ראה לוח 2).

בחינת הקשרים בין משתני המחקר לנתונים הסוציודמוגרפיים הצביעה כי גיל המשתתפים נמצא בקשר שלילי חלש אך מובהק לעמדות כלפי הטיפול במש"ה, כך שסטודנטים צעירים נטו לבטא יותר עמדות חיוביות כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה לעומת סטודנטים בוגרים יותר ($r=-0.15$, $p=0.025$).

לוח 2. מטריצת מתאמי פירסון בין משתני המחקר ($N=213$)

	3	2	1	טווח	ממוצע (סטיית תקן)	
1			1	1-5	2.66 (0.81)	תפיסת ידע בנושא מש"ה
2		1	0.06	1-6	4.02 (0.58)	עמדות כלפי הטיפול במש"ה
3	1	0.15*	0.49***	1-6	3.11 (0.83)	תפיסת מוכנות לטיפול באנשים עם מש"ה

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

לבחינת ההבדלים במשתני המחקר (תפיסת ידע בנושא מש"ה, עמדות כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה ותפיסת מוכנות לטיפול באנשים עם מש"ה) על פי ניסיון קודם כללי ורכישת ידע, נערכו מבחני t. כפי שניתן לראות מלוח 3, תפיסת ידע בנושא ותפיסת המוכנות לטפל באנשים עם מש"ה היו גבוהות באופן מובהק בקרב משתתפים אשר דיווחו על ניסיון קודם כללי בטיפול באנשים עם מש"ה בהשוואה למשתתפים אשר לא דיווחו על ניסיון קודם בתחום (0.77 ± 2.93 ו- 0.72 ± 2.28 בהתאמה).

בדומה, משתתפים אשר דיווחו על רכישת ידע מקצועי בנושא מש"ה במהלך הלימודים, היו עם ציונים גבוהים יותר מובהקים סטטיסטית במשתנים תפיסת ידע ותפיסת מוכנות לטפל באנשים עם מש"ה בהשוואה למשתתפים אשר דיווחו שלא רכשו ידע בנושא מש"ה במהלך הלימודים (0.76 ± 2.30 ו- 2.93 ± 0.74 בהתאמה).

לוח 3. ממוצעים, סטיות תקן וערכי t למשתני המחקר על פי ניסיון קודם בטיפול במש"ה ורכישת ידע ($N=213$)

ניסיון קודם בטיפול באנשים עם מש"ה			רכישת ידע בנושא מש"ה			
t (211)	לא	כן	t (211)	לא	כן	
(p) (d)	ממוצע (ס.ת.)	ממוצע (ס.ת.)	(p) (d)	ממוצע (ס.ת.)	ממוצע (ס.ת.)	
6.15 ($p < .001$) ($d = 0.86$)	2.28 (0.72)	2.93 (0.77)	6.03 ($p < .001$) ($d = 0.84$)	2.30 (0.74)	2.93 (0.76)	1. תפיסת ידע בנושא מש"ה
-0.17 ($p = .866$) ($d = 0.02$)	4.02 (0.57)	4.01 (0.59)	0.84 ($p = .401$) ($d = 0.12$)	3.98 (0.55)	4.04 (0.60)	2. עמדות כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה
3.54 ($p < .001$) ($d = 0.84$)	2.87 (0.76)	3.27 (0.85)	3.74 ($p < .001$) ($d = 0.52$)	2.86 (0.80)	3.28 (0.82)	3. תפיסת מוכנות לטיפול באנשים עם מש"ה

בנוסף, הבדלים מגדריים מובהקים נמצאו בתפיסת המוכנות לטפל באנשים עם מש"ה, כך שגברים קיבלו באופן מובהק סטטיסטית ציונים גבוהים יותר ($M=3.32, SD=0.78$) בתפיסת המוכנות לטיפול באנשים עם מש"ה לעומת נשים ($M=3.03, SD=0.84, p=0.025, d=0.35, t(211)=2.26$).

השערת המחקר השנייה טענה כי ידע, עמדות והכשרה בנושא הטיפול באנשים עם מש"ה ינבאו את תפיסת המוכנות של הסטודנטים לסיעוד לטפל באנשים עם מש"ה במערכת הבריאות.

רגרסיה לוגיסטית רבת משתנים בוצעה לבחינת התרומה הייחודית של המשתנים הבלתי תלויים (ידע, עמדות) והסוציודמוגרפיים למשתנה התלוי - מוכנות לטפל באנשים עם מש"ה. משתנים סוציודמוגרפיים ומשתני רקע שהוכנסו למודל היו מגדר (0=נקבה, 1=זכר), גיל, ניסיון קודם עם מטופלים עם מש"ה (0=ללא ניסיון, 1=עם ניסיון) ורכישת ידע מקצועי (0=ללא, 1=רכישת ידע מקצועי). המשתנים הבלתי תלויים היו: תפיסת ידע ועמדות כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה. כפי שניתן לראות מלוח 4, הממצאים מצביעים כי 25% מהשונות בתפיסת המוכנות לטפל באנשים עם מש"ה מוסברת במודל. מעבר למשתנים הסוציודמוגרפיים

ומשתני הרקע, תפיסת ידע בנושא מש"ה גבוהה יותר ועמדות חיוביות יותר כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה, קשורים באופן מבהק לתפיסת מוכנות גבוהה יותר לטיפול באנשים עם מש"ה.

לוח 4. רגרסיה לינארית רבת משתנים לניבוי מוכנות לטיפול באנשים עם מש"ה ($N=213$)

<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>	
0.20	0.11	.11	.078	מגדר (זכר)
0.01	0.01	.07	.286	גיל
0.08	0.11	.05	.460	ניסיון קודם (כן)
0.11	0.11	.06	.331	רכישת ידע (כן)
0.43	0.07	.42	<.001	תפיסת ידע
0.20	0.09	.14	.021	עמדות כלפי הטיפול

Adj. $R^2 = .25$, $F(6, 206) = 12.84$, $p < .001$.

ממצאים איכותניים

השלב האיכותני כלל 15 ראיונות עומק אישיים מובנים עם סטודנטים מתנדבים שהביעו הסכמתם להשתתף בראיונות. בנוסף, נערכו חמישה ראיונות עומק אישיים עם עם תפקידים מובילים בחינוך לסיעוד מרחבי ישראל.

ראיונות הסטודנטים

קבוצת המרואיינים כללה סטודנטים לסיעוד ממגוון מוסדות לימוד ברחבי הארץ, המכשירים סטודנטים לקראת תואר בוגר בסיעוד - מכללות ואוניברסיטאות. בהתייחס למאפיינים סוציודמוגרפיים: המדגם כלל תשעה סטודנטים מהמסלול הארבע-שנתי, ארבעה סטודנטים ממסלול עתודה אקדמית ושני סטודנטים ממסלול הסבת אקדמאים. לגבי חלוקה לשנות לימוד: תשעה סטודנטים למדו בשנים ג'-ד' במסלול הארבע שנתי, ארבעה סטודנטים למדו בשנה ג' במסלול העתודה האקדמית ושני סטודנטים למדו בשנה השלישית (האחרונה) במסלול הסבת אקדמאים. חלוקת מגדר: 12 נשים ו-3 גברים. מבחינת חלוקה גיאוגרפית: 2 סטודנטים למדו באיזור הדרום, 3 סטודנטים למדו באיזור הצפון ו-10 סטודנטים למדו באיזור המרכז. אזור ההתנסויות הקליניות: בהתאמה למה שנכתב קודם, כאשר במרכז היו מגוון מרכזים רפואיים: תה"ש, וולפסון, איכילוב.

ניתוח הראיונות הצביע על שלוש תמות מרכזיות: תפיסות מקצועיות לגבי הטיפול באנשים עם מש"ה, התייחסות לטיפול באנשים עם מש"ה בתוכנית הלימודים והמלצות לתוכנית עתידית ומוכנות להשתלב בעתיד בטיפול באנשים עם מש"ה. לוח 5 מרכז את התמות והקטגוריות שזוהו.

לוח 5. מפת תמות וקטגוריות

קטגוריות	תמות	ראיונות הסטודנטים
מהי מש"ה בהיבט המקצועי הטיפול באנשים עם מש"ה כחלק מתפקיד האחים והאחיות מיומנויות נדרשות לטיפול באנשים עם מש"ה מנקודת מבטם של הסטודנטים.	תפיסות מקצועיות לגבי הטיפול באנשים עם מש"ה	תמה 1
רכישת ידע תיאורטי בנושא מש"ה המפגש עם אנשים עם מש"ה במהלך ההתנסויות הקליניות המלצות לתוכנית הלימודים בעתיד	התייחסות לטיפול באנשים עם מש"ה בתוכנית הלימודים והמלצות לתוכנית עתידית	תמה 2
מרגישה/מוכנה להשתלב בעתיד בעבודה עם אנשים עם מש"ה. לא מרגישה/מוכנה להשתלב בעתיד בעבודה עם אנשים עם מש"ה	מוכנות להשתלב בעתיד בטיפול באנשים עם מש"ה	תמה 3
הרחבה והעמקת נושא מש"ה בתוכנית הלימודים הבסיסית המחייבת בסיעוד צמצום נושא מש"ה בתוכנית הלימודים הבסיסית בסיעוד על חשבון פיתוח התמחות על בסיסית ייחודית לאחים ואחיות שבחרו בתחום כקריירה מקצועית.	תפיסות עולם מקצועיות לגבי הכשרת סטודנטים בתחום מש"ה.	ראיונות אנשי חינוך תמה 1
תכנים עיוניים תכנים קליניים	הכשרת סטודנטים לסיעוד בטיפול באנשים עם מש"ה בהווה	תמה 2
	חוסר אחידות דעים לגבי מוכנות הבוגרים לטפל באנשים עם מש"ה	תמה 3

תמה ראשונה: תפיסות מקצועיות לגבי הטיפול באנשים עם מש"ה - תמה זו, כשמה, התמקדה בתפיסות של הסטודנטים בשלבים המתקדמים של לימודיהם כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה וכללה שלוש קטגוריות: 1. מהי מש"ה בהיבט המקצועי. 2. הטיפול באנשים עם מש"ה כחלק מתפקיד האחים והאחיות. 3. מיומנויות נדרשות לטיפול באנשים עם מש"ה מנקודת מבטם של הסטודנטים.

קטגוריה ראשונה

מהי מש"ה בהיבט המקצועי. מרבית הסטודנטים הסבירו כי מש"ה היא "כותרת על" למגוון גדול של מוגבלויות שכליות-חברתיות-התפתחותיות השונות האחת מן השנייה בביטוי ובצרכים הטיפוליים.

הסטודנטים חזרו והדגישו את השונות בין האבחנות השונות. על כן, לדעתם, ההתייחסות המקצועית צריכה להיות ספציפית למטופל בו דנים ומותאמת לו אישית. כפי שתיארה סטודנטית מסי 1: "באנשים עם מש"ה זה תחום מאוד רחב... זה שונה בין המוגבלויות ואי אפשר להתייחס אל כולם אותו דבר, לכל אחד הצרכים שלו לפי הביטוי של המוגבלות או הבעיה. צריכים להבין קודם מה הבעיה ואז לנסות ולהתאים סיוע... או מה שצריך."

סטודנט מסי 4 הוסיף: "מדובר ב"סל" מאוד גדול של בעיות וקשיים, אנחנו לא מכירים הכל... לכן לדעתי, חייבים להבין קודם כל במה מדובר. לא תמיד כולם אותו דבר, לפעמים אנחנו טועים ומראש חושבים על משהו משהו בגלל איזושהי אבחנה. נגיד, תסמונת דאון, יש בזה דרגות ועם חלק מהם יותר קל לתקשר ועם אחרים פחות."

סטודנטית מסי 2: "יש ספקטרום מאוד רחב של מוגבלויות וצרכים מיוחדים שהם צריכים גם התייחסות יותר ספציפית לצרכים הפיזיים שלהם שיהיו יותר מותאמים. יש באנשים עם מוגבלות פיזית אולי, או רגישות למגע."

קטגוריה שנייה

הטיפול באנשים עם מש"ה כחלק מתפקיד האחים והאחיות. הרוב הגדול של הסטודנטים תיאר את האחים והאחיות כעם תפקיד מרכזי בטיפול באנשים עם מש"ה באשפוז ובקהילה. הם תיארו באופן ברור את הצורך והנחיצות של אחים ואחיות בצוותים הרב-מקצועיים אשר מטפלים באנשים עם מש"ה, לאור הייחודיות המקצועית, כפי שהם רואים אותה. ברור להם כי אחים ואחיות צריכים להיות חלק מהצוות המטפל ולתת את הדגשים המתאימים. כפי שתיארה סטודנטית מסי 3: "יש לנו חלק חשוב בלעזור להם ולסייע... לתת להם את כל הצרכים שלהם. אני חושבת שלאחים ואחיות יש יותר סבלנות וראייה כוללת של המצב והמטופל גם בהווה וגם בעתיד וזה משהו שיכול מאוד לעזור למטופלים, ובפרט למטופלים עם מש"ה שמתקשים יותר. אנחנו מקצוע טיפולי והם המטופלים שלנו לכל דבר ועניין."

סטודנט מסי 6 הוסיף: "אני חושב שאחים ואחיות בפרט מדגישים בעבודתם את הפן האנושי שבטיפול, בשונה ממקצועות אחרים... כאן עם באנשים עם מש"ה, זה יכול מאוד לסייע.. אנחנו צריכים לנסות להבין אותם. למדנו בשנה א' על הטיפול במטופלים.. לטפל במלוא מובן המילה ולהתייחס לכלל ההיבטים בטיפול: נפשי, חברתי, פיזי... זה אומר לדאוג לכל הצרכים האישיים, ללוות את הקשיים שלו וממש לבוא לקראתו ולהיות איזשהו עזר בשבילו... בגלל זה אני מאמין שאחים ואחיות מאוד חשובים לאוכלוסייה הזו." סטודנט זה הדגיש את ההיבט האנושי במקצוע הסיעוד.

בנוסף, מרבית המרואיינים דיווחו כי אם ייפגשו בעבודתם עם מטופלים עם משי"ה לא יהססו לטפל בהם כמו בכל מטופל אחר. רבים מהם התייחסו לעובדה כי עם משי"ה מגיעים לטיפול ככל המטופלים במערכת הבריאות הכללית ולכן הסיכוי לטפל בהם הוא גבוה. "ובדיוק מה שאני בא לומר זה שאנחנו נפגוש את המטופלים האלה לא רק במחלקה ספציפית, הם יכולים להגיע לכל מקום, כמו טיפול נמרץ או מיון. אז אני כן אעבוד איתם אבל אני לא בטוח שבאופן ממוקד כל יום רק איתם." (סטודנט מס' 6).

קטגוריה שלישית

מיומנויות נדרשות לטיפול באנשים עם משי"ה מנקודת מבטם של הסטודנטים. הקטגוריה השלישית עסקה במיומנויות מקצועיות שלדעת הסטודנטים נדרשות בכדי לטפל באנשים עם משי"ה. הסטודנטים התייחסו בעיקר למיומנויות תקשורת בינאישית, אך תיארו גם יכולת להתייחס להיבטים נפשיים בטיפול לצד טיפול פיזי בהתאם לצרכים הספציפיים. הם חזרו שוב ושוב על הצורך להתאים עצמם כמטפלים לצרכים של אנשים עם משי"ה. מיעוט מביניהם תפס את הטיפול באנשים עם משי"ה כשווה ליתר המטופלים. מיומנויות תקשורת בינאישית עלו שוב ושוב מתוך הראיונות עם הסטודנטים ומתקבל הרושם שהנושא העסיק מאוד את הסטודנטים. סטודנטית מס' 7 ציינה: "אני חושבת שהם צריכים יותר תיווך בין המערכת אליהם... זה באופן כללי בעיניי בעולם, אבל במיוחד כשהם במערכת הבריאות. הם צריכים יותר תיווך כלפי המצב שהם נמצאים בו, והלאה לאן זה הולך. יש הרבה אנשי צוות סביבם ורעש שהם לא רגילים לו והם צריכים תמיכה. זה אנשים שיותר קשה להם עם דברים חדשים ושינויים, מצבי קיצון יותר קשים להם והם צריכים לדעתי יותר תיווך. ואפילו כשיש תיווך אני חושבת שהם נלחצים יותר וזה מקשה על הטיפול, והם דורשים יותר סבלנות, הסברים חוזרים. לפעמים נלוות לזה גם הרבה מחלות רקע שיש להם שיכולות לסבך ולסרב את הטיפול." קיימת פה הבנה ברורה שיש לערוך התאמות לטיפול באנשים עם משי"ה. הסטודנטית מעלה גורמים משמעותיים שאכן מופיעים בספרות: רעש, גירוי יתר סביבתי וכו'. היא מדגימה ידע והבנה כיצד יש ליישם בפועל.

בדומה, סטודנטית מס' 2 הוסיפה: "עם מוגבלויות זה עוד יותר מורכב, אנחנו צריכים לנסות להבין אותם ולהתאים את התקשורת לצרכים שלהם, לזהות מה מתאים ומה פחות, לנסות לגשר ביניהם לבין הרופאים והמטופלים האחרים. גם צרכים רגשיים צריכים לקבל תמיכה, אולי צריך להיות יותר רגישים לאנשים מסוימים, יותר להסביר להם." תיאור דומה חזר על עצמו בדבריה של סטודנטית נוספת, סטודנטית מס' 1: "... אז בטח עם מטופלים עם מוגבלות אנחנו צריכים עוד יותר לשים לב איך אנחנו מסבירים, איך נותנים את היחס, שיהיה להם ברור מה הטיפול שהם מקבלים, לבקש אישור הסכמה מדעת מאפוטרופוס, אבל אני חייבת לציין שלא הכל איתנו. זה טיפול שונה מטיפול רגיל. אני חושבת שזה טיפול שצריך להיות, כמו כל

טיפול אחר מותאם אישית, אבל במקרה הזה הטיפול צריך להיות מותאם למוגבלות שיש לו, אם יש לו מוגבלות עם השמיעה, או עם כל דבר אחר, אי אפשר לדבר איתו כמו בן אדם רגיל, אבל גם לא להראות לו שהוא שונה בצורה מופרזת. יש גם הבדלים בצרכים הפיזיים והרגשיים... זה תלוי נורא במוגבלות עצמה. אם יבוא מטופל עם מוגבלות רגשית או מישהו עם תסמונת דאון אז אני אצטרך להתאים את עצמי למצב הקוגניטיבי שלו ולהרבה דברים, לא רק מבחינת ההסברים, אם אני צריכה לבוא ולקחת לו בדיקות דם, אני לא יכולה לבוא ולעשות את זה סתם ככה, זה תהליך שהוא יותר מורכב."

במקביל עלתה גם התייחסות לטיפול באנשים עם מש"ה באופן כללי, התייחסות לכלל ההיבטים בחייו של האדם. הסטודנטית רואה עצמה כמנהלת הטיפול ויותר כאשר מדובר באנשים עם מש"ה. סטודנטית מס' 3: "לא רק בפן הרפואי אלא גם בפן האישי... שצריך להיות שם בשביל המטופל ועל אחת כמה וכמה כשמדובר באדם עם מוגבלות... שצריך לחשוב לפעמים מחוץ לקופסא איך לתקשר או איך לא לפגוע או איך לתת לו את השירות הטוב ביותר, ולהתייחס למוגבלות שלו. זה גם באופן כללי לגבי המקצוע, וגם באופן ספציפי לגבי העבודה עם האוכלוסייה.... בשבילי זו לא סתם עבודה, זה לתת את הלב והנשמה, אני אוהבת לעזור ועל אחת כמה וכמה לאנשים שזקוקים מעבר לאדם רגיל – מבחינת יחס, הסברים, אולי אפילו טיפול. אם, למשל, אותו בנאדם נפצע יותר מאדם רגיל, כי אולי יש לו מוגבלות שכלית או התפתחותית, אז אולי הוא לא יכול ללכת לבד או לעשות פעולות מסוימות לבד, אז פה אני נכנסת לתמונה. אם אין למשל בן משפחה אז צריך לדאוג לטיפול בסיסי (מקלחת, צחצוח שיניים) לעומת אדם "רגיל" שלא צריך עזרה בפעולות יומיומיות בסיסיות."

מנגד, תיארה אחת הסטודנטיות את הטיפול באנשים עם מש"ה בהשוואה ליתר המטופלים, היא לא רואה הבדלים ותופסת את כלל המטופלים באופן שוויוני: "תפקיד של סיעוד באופן כללי הוא לתמוך באנשים שיש להם מורכבות בריאותית מסוימת, לעזור בטיפול הרפואי, לתת תמיכה, ליצור קשר. אז זה לא מאוד שונה בעיניי, פשוט לתת תמיכה, לתת יחס, טיפול, את החמלה. באותו אופן שהייתי נותנת למטופל אחר, אולי עם התאמות, אבל אותו טיפול. התאמות – אם האדם מוגבל שכלית אז אני אדבר אליו בצורה שהוא יבין אותי, כמו שילד קטן יצטרך התאמות." (סטודנטית מספר 5).

תמה שנייה: התייחסות לטיפול באנשים עם מש"ה בתוכנית הלימודים והמלצות לתוכנית עתידית. תמה זו התמקדה בעדויות של הסטודנטים לגבי רכישת ידע תיאורטי והתנסות קלינית באנשים עם מש"ה כפי שחוו אותם עד כה במהלך תוכנית הלימודים. תמה זו כללה 3 קטגוריות: 1. רכישת ידע תיאורטי בנושא מש"ה 2. המפגש עם אנשים עם מש"ה במהלך ההתנסויות הקליניות 3. המלצות לתוכנית הלימודים בעתיד.

רכישת ידע תיאורטי. הרוב המכריע של הסטודנטים שרואיינו דיווח כי נושא הטיפול באנשים עם משייה לא נלמד באופן עיוני במהלך הלימודים. הסטודנטים תיארו למידה עיונית בנושאים קרובים, כגון הקורס בגנטיקה והקורס בבריאות הנפש, אך לא שיעורים המוקדשים לנושא משייה, כפי שמתארת סטודנטית מס' 1: "אז זהו, שלא ממש רכשנו.... לא למדנו משהו ספציפי. זה לעשות התאמות באופן כללי. כן לימדו אותנו איך לפנות למטופלים אבל לא באופן מיוחד למטופלים כאלה. לא אמרו לי, 'אם מגיע לך מטופל עם ככה וככה אז איך לפעול'. כן עברו איתנו בגנטיקה על תסמונת דאון ועל כל מיני הפרעות בפסיכיאטריה. יותר למדנו איך לפנות למטופלים עם הפרעות פסיכיאטריות וזה שונה, מוגבלות שכלית התפתחותית זה לא הפרעה פסיכיאטרית. וזה חסר.... לי נגיד עוד לא יצא להיתקל בהתנסויות במישהו כזה, ואם אני אתקל, אני מאמינה שיהיה לי יותר קשה לתפקד." החסר בידע מקצועי עורר את החשש שלא תדע להתמודד עם העשייה הקלינית. הסטודנטית המשיכה והסבירה:

"היה לי חסר – איך לפנות למטופל עם מוגבלויות? אפילו הרצאה על איזה מוגבלויות יש, עם איזה מטופלים אנחנו יכולים להיפגש. כי לא היה לנו כזה. מעבר לאיך לפנות ולטפל, ממש לעבור על כל המוגבלויות וללמוד אותן." הסטודנטית מתארת רצון להתעמק בנושא ולרכוש ידע מעמיק יותר שיסייע לה בעשייה הקלינית. תיאור דומה עולה מדבריה של סטודנטית מס' 7: "אני לא חושבת שהתייחסו לאוכלוסייה הזאת בכלל במהלך הלימודים. למדנו קורסי תקשורת שיכולים אולי בהיבטים מסוימים לעזור.... אני חושבת שהם נתנו לנו כלים בעיקר של התמודדות עם מטופלים שרואים את המציאות אחרת מאיתנו, אז כיצד אפשר לתווך להם את המציאות בצורה שתעזור להם להימנע ממצבי קיצון רגשיים". הסטודנטית מתארת מצב דומה לקודמתה - לא נרכש ידע עיוני בנושא הספציפי במהלך הלימודים, ועל כן ייעשה שימוש כנראה בגוף הידע הכללי. האחריות, אם כן, מוטלת על הסטודנט, שיהא מסוגל לזהות באילו מיומנויות מסך המיומנויות שנלמדו במהלך הלימודים יוכל לעשות שימוש גם בסיטואציות ספציפיות שלא הודרך להן.

מעטים העידו שקיבלו הרצאות ספורות בנושאים קרובים שהתייחסו באופן מצומצם ביותר גם לנושא משייה. כפי שמתארת סטודנטית מס' 3: "לדעתי בתקשורת – אבל תכנים מעטים. ממש מעטים. תקשורת זה היה באופן כללי איך לתקשר עם מטופלים לגבי סבלנות והכלה. אבל זה תופס לכל האוכלוסיות ולא ספציפית לאוכלוסייה עם מוגבלויות. לדעתי לא קיבלנו תכנים מעשירים בנושא. אז אם לא קורס או להכניס את זה תחת שעות מסוימות במערכת, אז לפחות שיעשו הרצאה.... הקורס תקשורת היה בצורה פרונטלית, עם מצגת. לדעתי עכשיו כשאני חושבת על זה... זה היה תקשורת עם אנשים בכלל. לא היה משהו שמאוד מיקד על האוכלוסייה הזאת. ואני מרגישה שזה חסר. הדבר היחיד שאולי באמת למדנו זה על התפתחות, התפתחות של ילדים מה השלבים התקינים, מה המדרגות שהילדים צריכים לעבור מבחינה התפתחותית.

אז זה אולי יכול לעזור כי נוכל אולי לזהות חוסר התפתחות כלשהי. אבל לדעתי אני לא אוכל באמת לדעת איך לגשת לזה ולהתמודד עם זה. " המשפט האחרון מגלם למעשה את הבעיה: חוסר הידע מוביל לקשיים בהתמודדות עם הטיפול הרפואי, מעורר ומעצים חוסר ביטחון.

מכלל הראיונות, רק סטודנטית אחת העידה שתוכנית הלימודים כללה סימולציות ואלו אכן נתנו תחושה של מוכנות לנושא, אך עדיין, מתוך דבריה בולט החסר בתוכנית הלימודים: "אני חייבת להגיד שלא נראה לי מספיק דובר על זה. גם צמצמו לנו את החומר, בהתחלה עם הקורונה ואז עם המלחמה. אני אישית לא כ"כ זוכרת, אולי כן דיברו, אבל לא משהו משמעותי. היה בעיקר דגש על באנשים עם דמנציה, שהייתה על זה הרצאה, אוטיזם ירד מהחומר בגלל המלחמה, דיברנו על זה "בקטנה", אבל בהרצאה בזום. כן דיברו איתנו על מיומנויות ייעוץ והדרכה, והוסיפו בזה גם שפת גוף ודברים שהם לא מילוליים. היו לנו גם סימולציות שעזרו לנו, ונתנו לנו מקום להתנסות עם זה, אז זה נגיד כן עזר." (סטודנטית מס' 2).

קטגוריה שנייה

המפגש עם אנשים עם מש"ה במהלך ההתנסויות הקליניות. קטגוריה זו עסקה בחוויית המפגש והטיפול של הסטודנטים באנשים עם מש"ה בסבבים הקליניים השונים. הסטודנטים כולם נמצאים בשנים המתקדמות ללימודים, לכן הציפייה הייתה כי עד לנקודה זו בלימודים, התנסו במספר רב של מחלקות אשפוז, מרפאות ומכונים בקהילה, שם מן הסתם יכלו לפגוש באנשים עם מש"ה. מתיאורי הסטודנטים עלתה תמונה מעט שונה: מספר קטן של סטודנטים (3 סטודנטים), לא נחשף כלל לטיפול באנשים עם מש"ה באף אחת מההתנסויות הקליניות. היתר חוו איזושהי אינטראקציה עם אנשים עם מש"ה, לפעמים כמובילים את הטיפול ולפעמים כשותפים לטיפול עם צוותי הרפואה במחלקות האשפוז או במרפאות בהם התנסו.

בין הסטודנטים שתיארו שלא נפגשו עם אנשים עם מש"ה, סטודנטית מס' 5 מתארת את היעדר המפגש עם אנשים עם מש"ה. היא מבטאת חוסר שביעות רצון ונראה כי חוסר הידע והאפשרות להיפגש עם אוכלוסייה זו אף מטריד אותה. היא מתארת כי זה חסר לה. משפט זה עשוי לבטא גם חשש לחוסר מוכנות מקצועית בעתיד: "כמעט ולא דיברנו על הנושא הזה..... כמעט ולא נחשפתי בכלל, לא לאופן הטיפול לא לאיזה התאמות נצטרך, על ילדים וקשישים מדברים אבל על מוגבלות כזאת לא. וזה חורה לי. כנ"ל בהתנסות הקלינית. לא היה מפגש עם אנשים עם מוגבלות. וחסר לי מאוד."

סטודנטית מס' 11 מוסיפה: "לא התנסיתי, אבל מקווה שתהיה איזושהי התנסות כזאת. חשוב לי כי אני כנראה אפגוש אנשים כאלה בעבודה ובחיים שלי, ואני אצטרך לדעת איך להתמודד עם זה, ואני אצטרך לעשות טעויות וללמוד מהן... אבל חבל על הטעויות." שוב, עולה ההקשר שהסטודנטים עושים בין ידע

והתנסות קלינית לבין היכולת העתידית לתפקד מקצועית. חוסר הידע והאפשרות להתנסות בשטח הקליני מעצימים תפיסה של חוסר מוכנות קלינית עתידית.

הקבוצה הגדולה יותר של הסטודנטים תיארה איזושהי אינטראקציה במהלך ההתנסות הקלינית עם אנשים עם מש"ה. סטודנטית מס' 2 מתארת:

"בהתנסות יצא לי לעבוד עם ילדה בת 4 עם תסמונת דאון שהיא מאפריקה. יש לי מהעבר ניסיון, הייתי בייביסיטר לילדים עם צרכים מיוחדים, ויש לי מישוה במשפחה שהוא עם צרכים מיוחדים. אז יש לי קצת ניסיון. לגבי הילדה בת 4..... איפה שאני עושה התנסות מנתחים אנשים ממדינות מעוטות יכולות..... יש להם הרבה מומים לבביים. הם מגיעים במשלחות. היא ספציפית הייתה עם אמא שלה, יש ילדים שמגיעים בקבוצה של 13 עם מטפלת אחת. ישר ראו עליה שיש לה תסמונת דאון, זה מראה אופייני אז ישר זיהיתי. אנחנו לא דוברות את אותה שפה, אז הייתי צריכה להיות איתה, לחייך, להראות לה מה אני עושה. כחלק מהתסמונת הם מאוד לבביים וחבבנים, אז היה כיף להיות איתה. לא הייתי צריכה לעשות הרבה כי היא הייתה אחרי הניתוח, בהתחלה היא נבהלה כשהייתי צריכה לקחת מדדים, אז הראיתי לה מה אני עושה דרך ציור, קודם שיחקתי איתה ואז היא שיתפה פעולה. וזו הייתה חוויה מאוד טובה, והאמא התלהבה, שמחה מאיך שהתייחסתי אליה."

הסטודנטית מתארת סיטואציה בה הצליחה ליצור קשר טיפולי עם ילדה צעירה הלוקה בתסמונת דאון לאחר שעברה ניתוח לבבי. כבר בתחילת התיאור מדגישה הסטודנטית כי יש לה ניסיון קודם אף במעגלים המשפחתיים שלה. הניסיון הקודם / המפגש הקודם מעניק לסטודנטית איזושהי תחושת ביטחון בסיסית, שהודות לה נעשה שימוש במיומנויות מקצועיות. תיאור זה מדגיש עד כמה הרקע והניסיון הקודם תרמו לסטודנטית בסיטואציה העכשווית. לעניין תיאור הסיטואציה, מדובר בילדה שאינה דוברת עברית וכנראה בעלת רקע תרבותי שונה. הסטודנטית מתארת כיצד השתמשה במיומנויות משחק בניסיון להתגבר על מכשול השפה ולייצר קשר עם הילדה. ניכר כי הסטודנטית חשה תחושת הצלחה וסיפוק מהאינטראקציה עם הילדה. היא מציינת: "הייתה חוויה מאוד טובה", ומוסיפה כי גם אמה של הילדה הביעה שביעות רצון מהטיפול. התחושה הייתה חיובית.

אירוע דומה מתואר על ידי סטודנטית מס' 13: "בשדות הקליניים, אני חושבת שבכל שדה קליני שהייתי בו, הייתי בגסטרו פנימית ילדים, בכולם פגשתי לפחות מישהו אחד שאפשר להגדיר אותו בעל צרכים מיוחדים. לפחות אחד בכל אחד מהמקומות, וכל סיטואציה היא מאוד ספציפית ומאוד לומדים ממנה. זה לא מבחן שאת לומדת אליו, את כמו מקבלת מבחן ולומדת ממנו. סיטואציה שזכורה לי במיוחד – הייתי במיון והיה צריך לקחת בדיקות דם שגרתיות לילד שלא משתף פעולה, הוא הגיע למיון ילדים כדי שייקחו לו בדיקות דם

רגילה של קופ"ח, כי שם הבינו שהם לא יכולים לקחת דם בצורה נורמטיבית, שזה גדול עליהם בגלל שהוא עם אוטיזם. אז מה שאנחנו עשינו, ביקשנו לו חדר צדדי, הבאנו לו משחה מאלחשת וגז צחוק, שאין את זה בקופ"ח. הילד לא הרגיש כלום וקיבלנו מאה אחוזו שיתוף פעולה, ואמא שלו הראתה לו סרטון של משהו שהוא אוהב והפרוצדורה עברה כ"כ חלק וזה היה מאה אחוז הצלחה." הסטודנטית מתארת סיטואציה אל מול ילד הלוקה באוטיזם והוריו. היא מדגישה כי הגיע למיון ביה"ח לשם בדיקות דם, כי בשירותי הקהילה לא הצליחו להתמודד עם הטיפול בו. היא מתארת את שנעשה במיון בכדי לסייע לילד - משחה מאלחשת, שימוש בגז צחוק וסיוע מהאם ומסיימת את התיאור כהצלחה רבה. מתוך התיאור עולה תחושה חיובית של הסטודנטית לגבי הסיטואציה, לאור ההצלחה לטפל בילד ולהשיג שיתוף פעולה.

בדומה, מתארת סטודנטית מס' 15 מפגש עם ילד הלוקה בתסמונת דאון, כאשר היא מצליחה להוביל את הטיפול בילד: "הייתה לי סיטואציה בהתנסות במיון ילדים. שם הגיע ילד עם תסמונת דאון ואז האחות התחילה לשאול אותנו אם כואב לו אבל היא לא הצליחה להוציא ממנו את המילים כדי להבין אם כואב לו או לא. יש את הסולם של הכאב עם הסמיילים, אז אני לקחתי את התמונה והראיתי לו, אבל אמא שלו אמרה, 'לא, הוא לא יבין'. אני אמרתי לה, 'אני הייתי מורה לחינוך מיוחד, אולי אנסה'. ואז הוא שם את האצבע וסימן שהוא עצוב. זה היה מאוד מרגש ומשמעותי...". הסטודנטית הדגימה יוזמה שלה והשתמשה בכלים / במיומנויות שכנראה נלמדו בעבר בכדי ליישם במקרה הפרטי שפגשה במחלקה. היא מציינת שהמפגש היה מרגש ומשמעותי עבורה והיווה כנראה חוויה מקצועית חיובית.

מנגד, דיווח אחד הסטודנטים על תחושות שליליות וקשיים שעלו מול הטיפול באנשים עם משי"ה :

"יצא לי קצת, אולי משמרת אחת או שתיים, מבוגרים. אני שם לב שיש פחות סבלנות כלפי מטופלים כאלה, אם אין משפחה ליד, אנשים הולכים קצת ליד. אם אין מישהו שמכיר אותו ויודע מה הוא רוצה וצריך זה ממש מאתגר. ניסיתי להיות כמה שיותר סבלני, אבל זה מאתגר. הרגשתי חוסר אונים מול מטופל כזה, כי היה לי ברור שהוא מבקש משהו, שהוא רוצה משהו, אבל אני ישבתי מולו לא פחות מרבע שעה ולא הצלחתי להבין מה הוא צריך. אני לא הצלחתי להיכנס לעולם שלו, להבין מה הוא מנסה לומר, ואני מנסה לשנות דברים, לתת לו מים, אוכל, ואני לא יודע אם אני קלעתי או לא. ואין לי את מי לשאול כי לא היה לידו אף אחד. גם האחות שכן הכירה אותו יותר, וכן ניסתה לו למצוא פתרון, תמיד יש את התחושה שזה אולי לא מה שהוא רוצה, לא מה שהוא צריך. נשאר איתי בעיקר חוסר אונים, פעם הבאה שאני אפגוש מטופל כזה, אז אני אצפה שהאינטראקציה לא תניב איזושהי תוצאה חיובית, אני אשתדל, אני אנסה, אבל הציפייה שלי תהיה נמוכה." (סטודנט מס' 4). הסטודנט מתאר קשיים ביצירת קשר טיפולי עם המטופל, חוסר הבנה של המטופל וצרכיו, עד כדי חוסר אונים. הוא מתאר פנייה לאחות שתסייע לו, אך בכל זאת לא חש שצרכיו של המטופל מולאו. מעבר לחוויה הספציפית, הסטודנט מתאר השפעה על אינטראקציות עתידיות, חסמים

וציפיות מראש, שיהיו קשיים ביצירת קשר. בולט חוסר האונים של הסטודנט והצורך בהדרכה והכוונה מקצועית כיצד להתמודד עם הסיטואציה.

קטגוריה שלישית

המלצות לתוכנית הלימודים בעתיד. קטגוריה זו עסקה בהמלצות של הסטודנטים לשילוב הנושא בעתיד בתוכנית הלימודים. הסטודנטים הציעו מגוון אפשרויות לשילוב תכנים בנושא מש"ה בתוכנית הלימודים. הם הביעו רצון שישולבו תכנים עיוניים וקליניים והדגישו את החשיבות בשילוב זה. מבחינתם זה הכרח וחיוני. הסטודנטים המליצו על שילוב תכנים עיוניים בתוכנית הלימודים, בדומה לתכנים שקיבלו בהתייחסות לקבוצות מטופלים אחרות (קשישים, נשים וכו') כפי שמתארים הסטודנטים הבאים:

"...אני חושבת שראוי להתייחס לזה ולהוסיף משהו לתוכנית כי הם נמצאים ברוב המחלקות ברמה כזאת או אחרת. קשה לי להגיד מה, כי לא התנסיתי בעבודה סיעודית עם אנשים כאלה, אבל אולי באמת איזו חשיפה לצרכים שלהם, להיבטים המיוחדים של האוכלוסייה הזאת. כמו שעשו לנו היבטים מיוחדים של אוכלוסייה מבוגרת, נשים וכו'. אני מניחה שיש כלים מוכחים לעבודה עם אוכלוסייה כזאת שאולי היה חשוב שלמד" (סטודנטית מס' 7). הסטודנטית מתארת את הצורך בהעשרה של תכנים בנושא מש"ה.

בדומה, סטודנט מס' 4 מתאר אף הוא את הצורך של הסטודנטים בהעשרת ידע: "הייתי שמח אם היה אפשר, אולי לא קורס שלם, אבל נושא מאיזשהו קורס, להקדיש כמה שיעורים, לא יותר מ-2-3 שיעורים על הנושא. באמת, פשוט שיעורים שמסבירים לפחות חלק מהמוגבלויות האלה ואת הגישה לטיפול בכל סוג של מוגבלות, ככה שנהיה פחות מופתעים כשאנחנו נתקלים בהם במחלקה. הדגש הוא על ידע כהכנה לקראת הסבבים הקליניים."

סטודנטית מס' 2 מוסיפה את הצורך בחיזוק מיומנויות תקשורת בינאישיות אל מול אנשים עם מש"ה. היא מתארת רצון לקבל סימנים / רמזים שיעזרו בהתנהלות מול המטופלים: "אני חושבת באמת שנושא תקשורת מכבדת חשוב מאוד... אבל עם שימת גבולות כדי לשמור עלינו ועל המטופלים שלנו... וכן, אולי את המאפיינים של כל תסמונת, לא בהכרח מה קורה גופנית אלא איך זה מתבטא מבחוץ, אולי מבטאים רגשות אחרת.. והיא מוסיפה: "מה שכך חסר.... אולי כן דיברו איתנו על זה אבל אולי כדאי להדגיש... שידברו איתנו על סוגי התסמונות ומה מאפיין כל אחת, איך לגשת אליהן. כי יש כאלה שאם נגיד תגעי בהם באמפתיה זה יכול ממש להפחיד אותם, וזה שונה מהנורמה, אז צריך לדעת את זה...."

סטודנטית נוספת הציעה קורס ייעודי לנושא, סטודנטית מס' 5: "הייתי רוצה שיהיה קורס שלם, אולי לא קורס גדול, אבל לגמרי אפשר להקדיש לזה קורס."

חלק מהסטודנטים הציעו לפתח יום עיון שיכלול הרצאות וסיפורים אישיים של אנשים עם מש"ה. הסטודנטית מדגישה את הצורך לייצר מפגש בלתי אמצעי, ללמוד על עולמם של אנשים עם מש"ה והצרכים הייחודיים במערכת הבריאות. סטודנטית מס' 3: "אני חושבת שזה צריך להיות דומה אולי קצת למה שהיה עם קבוצות ייחודיות בקהילה וכשירות תרבותית. למשל, הביאו מישהו מהמגזר הערבי שהסביר על מנהגים שלהם ואיך הם מקבלים שירות רפואי, ואז הגיעה מישהי ממרכז לאנשים עם מוגבלות מוטורית, שהסבירה מה מגיע להם. אבל זה היה מאוד פורמלי, זה היה אנשים שהם בעצמם עובדים במקומות האלה ולא האנשים עצמם שהיו המטופלים. הייתי רוצה בהקשר לאוכלוסייה עם מוגבלות שכלית התפתחותית, שיפגישו אותנו עם האנשים עצמם. אולי באמת שהם יוכלו לספר על החוויה שלהם במערכת הבריאות. אנחנו הולכים לעבוד במערכת הבריאות ואנחנו רוצים לדעת איך מרגיש הצד השני ופחות לדבר על, פחות להביא מרצה שבמשך שמונה שעות רצופות יספר לנו, אלא אנשים שיספרו על החוויה האישית שלהם ומה היה עוזר להם. כמוכן, אולי להביא מרצה שיספר על נקודות מפתח, סימנים שחשוב לדעת, אבל כן לשלב אותם, שנראה אותם. הרבה פעמים אנחנו רק שומעים בדיעבד ולא באמת נחשפים לזה." הסטודנטית מדגישה את הצורך במפגש חווייתי, לדעתה המפגש ייצר הבנה טובה יותר של המטופלים וצרכיהם, כמו גם הצרכים וההתמודדות במערכת הבריאות.

חלק מהסטודנטים המליצו על פיתוח סימולציות והתנסויות קליניות בנושא הטיפול במש"ה, כפי שמתארת סטודנטית מס' 1: "אני חושבת שבעיניי הדרך הכי טובה ללמוד היא דרך סימולציות שאנחנו עושים בחדרי סימולציות, ובהקשר הזה ספציפית זה יהיה הכי טוב. למשל, לעשות סימולציה עם מטופל עם מוגבלות ולראות איך אנחנו נפעל. ואולי גם הרצאה שתעביר קצת תוכן עיוני, כי בכל זאת, לא הייתה לנו כזאת." בדומה מוסיף סטודנט מס' 4: "אולי נגיד לעשות יום סימולציות, או אולי אפילו איזה פעילות שמקושרת למוסד שמטפל במטופלים כאלה, בין אם זה בית ספר או אולי אפילו התנדבות מטעם האוניברסיטה." סטודנט נוסף (סטודנט מספר 9) פירט על אילו תכנים קליניים לדעתו יש לשים דגש: "אני חושב שאולי תכנים קליניים. אולי הקונספט של כאב וחולי בתפיסה של אנשים עם מוגבלות, איך הם תופסים את זה, איך הם מגיבים לזה. אולי יש אנשים מסוימים עם מוגבלות שכלית שאולי יש להם איזשהו עצבוב יותר, אז יכול להיות שבדיקה רגילה שאני אעשה למישהו, בנאדם רגיל יגיב בצורה איקס, אבל הם ייקחו את זה יותר לקיצון, אז אולי בקטע הזה. אולי התפיסה שלהם את החולי היא קשה יותר, כי הם אולי רואים את עצמם בתור נטל, אבל אני לא יכול לדעת בוודאות כי אני לא יודע מה התחושה שלהם את עצמם".

להמלצות אלה הצטרפה סטודנטית מס' 15, והוסיפה גם צורך בקורס ייעודי קצר: "סימולציות כמו שאמרתי קודם. אולי גם קורס קצר שמכיל בקצרה על מה זה אוטיזם וכל מיני הפרעות. למשל, לדעת שאוטיסט שאת שמה עליו יד והוא לא מגיב, זה לא כי הוא לא רוצה. אם הוא נרתע זה לא בגללך, הוא פשוט

בעולם שלו, צריך להבין את זה. להבין מה מייחד כל תסמונת ואיך פרקטית להתייחס ומה כדאי לעשות. בפועל, מעשית, לא מכשרים אותנו בצורה נכונה. מלמדים אותנו תיאוריות, ואחר כך את לא זוכרת את זה, את צריכה להבין את זה מהידיים."

המלצה להתנסות קלינית עלתה אף היא מהראיונות עם הסטודנטים. סטודנט מס' 6: "לדוגמא, אולי לעשות התנסויות קליניות, אולי יום יומיים, עם מטופלים מוגבלים שכלית התפתחותית, אולי על הספקטרום האוטיסטי. ללכת למרכזי יום ששם נמצאים באנשים עם מוגבלות, אולי כמו 'כנפיים של קרמבו', שזו עמותה נפלאה. אולי לעשות ימים כאלה, כדי להיחשף כמה שיותר. אם אתה לא נחשף אתה לא יכול באמת להבין, ולא יכול להיכנס לנעליים של אותו בנאדם."

תמה שלישית: מוכנות להשתלב בעתיד בטיפול באנשים עם מש"ה. תמה זו עסקה בתחושת המוכנות של הסטודנטים בהווה להשתלב בעתיד בטיפול באנשים עם מש"ה. בתמה זו נכללו שתי קטגוריות: 1) מרגישה מוכנה להשתלב בעבודה עם אנשים עם מש"ה. 2) לא מרגישה מוכנה להשתלב בעתיד בעבודה עם עם מש"ה. בקטגוריה הראשונה נכללו 6 סטודנטים שהם 40% מהמרואיניים, שרואים עצמם כבר כעת משתלבים בעתיד בתחום ספציפי זה. סטודנטית מס' 8 תיארה מניעים אוביקטיביים (מחסור בכוח אדם בתחום ולימודים קודמים בתחום החינוך המיוחד) לצד תחושה שהיא מסוגלת לתרום אישית משמעותית: "יש לי כבר הצעת עבודה מהוסטל לבאנשים עם צרכים מיוחדים... זה בא בחשבון. גם כי חסרים אנשים שיעשו את העבודה הזאת וגם כי אני מרגישה שאני מסוגלת לתת שם את כל המקצועיות והידע שיש לי... אני מגיעה מתחום של חינוך מיוחד, אז זה נתן לי את האופציה להשתלב בצורה טובה. אני רוצה להפוך את זה למשהו שבאמת עוזרים בו."

סטודנטית מס' 1 הוסיפה וחזקה את המניע האישי-ערכי: "הלוואי כן. אני בכללי מאוד מתעניינת בזה. אני רוצה לעזור להם ואני חושבת שזה תפקיד מאוד משמעותי... צריך להיות רגישים וזה לא מתאים לכולם. הייתי רוצה להמשיך וללמוד, לעשות הכשרה מיוחדת, כמו קורס על בסיסי שמתמקצע באנשים עם מש"ה. אני הייתי רואה את עצמי במקום הזה. אני חושבת שזה מאוד משמעותי, כמו שיש מומחיות בתחומים אחרים, צריך לעשות גם בתחום הספציפי הזה." סטודנטית זו הדגישה את הצורך במומחיות קלינית בנושא מש"ה, התמחות זו קיימת באנגליה ואירלנד אך לא בישראל.

סטודנטית מס' 12 הוסיפה: "אני מאמינה שכן. זה לא משהו שאני מסרבת לעשות. אני מניחה שאם תהיה לי ההזדמנות אז אני אשמח, זה לא משהו שאני נרתעת ממנו. יש לי בעיקר שיקולים בעד... זו אוכלוסייה שהיא קצת שונה מ"הנוף" הרגיל שאנחנו רגילים לחיות בתוכו, אז זה מעניין ונתן גיוון, וגם הטיפול באוכלוסייה הזאת דורש יותר אתגר, ואני מאוד בעד אתגר בעבודה בסיעוד. אז מבחינתי זו דרך מצוינת

וגם עוד הזדמנות בשבילי לתרגל את הרגישות שלי כלפי מטופלים ואני מאוד נהנית ממנו גם בעבודה עם אנשים שאינם עם מש"ה."

מנגד, תשעה סטודנטים שהם 60% מהמרואיינים, דיווחו כי אינם רואים עצמם משתלבים בעבודה עם אנשים עם מש"ה. הסטודנטים ציינו כי המניעים קשורים בהעדפה אישית ונטייה לתחומים קליניים אחרים, כמו גם קושי להתמודד עם הטיפול באוכלוסייה זו.

סטודנט מס' 6 ציין: "האמת, לא כ"כ נראה לי שאעסוק בתחום הספציפי. לא כי אני נגד, פשוט כי יש דברים אחרים שיותר מושכים אותי כרגע. יש לי כבר בראש תחומים שממש מעניינים אותי, כמו מיון, פסיכיאטריה, וחדרי ניתוח."

"אני חושב שאולי באופן ממוקד לא, כי אני עדיין לא יודע מה אני רוצה אבל אני יודע שזה יהיה יותר לכיוון אקסטרים של טיפול נמרץ או משהו כזה. אני חושב שזה פשוט יותר מתאים לאופי שלי, מחשבה על מה יגרום לי להגיע לעבודה בכיף ויגרום לי לרצות להישאר בעבודה. אני רוצה לתת את כל מה שלמדתי במהלך 4 השנים הקשות האלה. האופי שלי הוא תזזיתי יותר, אז אני חושב שיהיה לי יותר נכון ללכת למחלקה על קצב מהר, שיש שם משהו תזזיתי יותר."

סטודנט מס' 4 תיאר את הקושי בהתמודדות בטיפול באנשים עם מש"ה לתפיסתו. הסטודנט מציין במפורש את הקשיים בתקשורת הבינאישית, אך גם ביכולת להבין את המטופלים עם מש"ה: "וגם, לא כולם יודעים איך להתמודד עם מטופלים מהסוג הזה, גם לי קשה להתמודד איתם. בעיקר קשה לי עם זה שאני לא יודע למה לצפות. כשאני מדבר עם אדם, כשאני מכוון אותו או שואל אותו משהו, אני מצפה שהוא יידע להגיד לי אם כואב לו, אם לא נוח לו, אבל מטופל עם מוגבלות שכלית לפעמים לא יגיד לי את הדברים האלה.... הוא לא יכווין אותי, שוב נופל על תקשורת. אני צריך למצוא את הגישה הנכונה כדי שהוא יבין אותי ואני אותו." לצד חוסר העניין המקצועי להשתלב בעבודה בתחום, מרבית המרואיינים דיווחו כי במידה ויפגשו מטופלים עם מש"ה במחלקות בית חולים כללי או במרפאות קהילה, יעשו כל מאמץ בכדי לקדם ולשפר את איכות ובטיחות הטיפול במטופלים אלה.

ראיונות עם אנשי חינוך ומנהל בסיעוד

סך הכל רואיינו חמישה אנשי חינוך ומנהל מובילים בתחום החינוך לסיעוד. הקבוצה כללה מנהלת בכירה במשרד הבריאות - מנהל האחיות, אנשי אקדמיה והנהלה בכירה בבתי הספר לסיעוד ברחבי הארץ. חמשת המרואיינות הן נשים, כולן אחיות אקדמאיות, כולן עסקו בעבר בהוראת סטודנטים לסיעוד ובהדרכת סטודנטים לסיעוד בשדות קליניים וכרגע עוסקות בהובלת תוכניות לימוד בסיעוד וכסגל אקדמי.

ממצאי הראיונות עם אנשי החינוך והמנהל בסייעוד הצביעו על 3 תמות מרכזיות: 1) תפיסות עולם מקצועיות לגבי הכשרת סטודנטים בתחום מש"ה. 2) הכשרת סטודנטים לסייעוד בטיפול באנשים עם מש"ה בהווה. 3) תובנות לגבי מוכנות הבוגרים לטיפול באנשים עם מש"ה.

תמה ראשונה: תפיסות עולם מקצועיות

תמה זו עסקה בתפיסות המקצועיות של המרואיינות לגבי שילוב תכנים עיוניים והתנסויות קליניות באנשים עם מש"ה בתוכנית הלימודים הבסיסית לתואר בוגר בסייעוד. תמה זו נחלקה לשתי קטגוריות: 1. הרחבה והעמקת נושא מש"ה בתוכנית הלימודים הבסיסית המחייבת בסייעוד. 2. צמצום נושא מש"ה בתוכנית הלימודים הבסיסית בסייעוד לטובת פיתוח התמחות על בסיסית ייחודית לאחים ואחיות, שבחרו בתחום כקריירה מקצועית.

קטגוריה ראשונה

הרחבה והעמקת נושא מש"ה בתוכנית הלימודים הבסיסית המחייבת בסייעוד. הרוב הגדול (ארבע מתוך חמש המרואיינות) תמך בהרחבת גוף הידע התיאורטי בנושא כבר במהלך תוכנית הלימודים לתואר בוגר בסייעוד בשילוב התנסויות קליניות קצרות ו/או סימולציות, מתוך ההבנה כי הבוגרים חייבים לקבל כלים מקצועיים להתמודדות עם הטיפול באוכלוסייה זו בכלל מסגרות הבריאות. תפיסה זו רואה את ההכשרה בתחום מש"ה כמחייבת והכרחית כבר בשלבים התחיליים של רכישת המקצוע, ועבור כל איש מקצוע בסייעוד באשר הוא עובד, כפי שתיארה מרואיינת מספר 3: "אני מאמינה שחייבים לכלול תכנים בנושא זה כבר בתוכנית הלימודים הבסיסית. לא יתכן שסטודנטים יסיימו לימודים וישתלבו במקום עבודה.... לא משנה איזה מקום, ולא יהיה להם איזשהו מושג על מה מדובר.... מטופלים עם מש"ה מגיעים גם למרפאות קהילה וביה"ח... זה הכרחי לצייד את הסטודנטים במשהו...".

קטגוריה שנייה

צמצום נושא מש"ה בתוכנית הלימודים הבסיסית בסייעוד לטובת פיתוח התמחות על בסיסית ייחודית לאחים ואחיות, שבחרו בתחום כקריירה מקצועית. מיעוט מבין המרואיינות (אחת מתוך חמשת המרואיינות) תמך בתפיסה הרואה את הטיפול באנשים עם מש"ה כתחום התמחות קליני על בסיסי, משמע, מתאים לאחים ואחיות לאחר סיום לימודיהם המחייבים ורק לאלו הבוחרים לעצמם את הטיפול באנשים עם מש"ה כקריירה מקצועית. תפיסה זו נשענת על ההסבר כי תוכנית הלימודים הבסיסית בסייעוד צריכה להיות מכוונת לתכנים כלליים מחייבים לשם תפקוד מקצועי איכותי ובטוח. ואילו, תכנים קליניים ספציפיים יותר וטיפול באוכלוסיות ייחודיות כגון: ילדים, קשישים, נשים ומש"ה יילמדו באופן נפרד, על פי דרישה וכחלק מפיתוח קריירה מקצועית בתחום הנבחר לאחר קבלת הרישיון לעסוק בסייעוד, כפי שתיארה

מרואיינת מספר 1: "ממש אין צורך... התוכנית עמוסה לעייפה, הסטודנטים קורסים תחת הנטל.... יש המון שעות לימוד והתנסויות קליניות.... אי אפשר ללמד הכל, הרי אין סוף להיקף החומרים שאפשר להוסיף לתוכנית. לכן, אפשר להתמקד בתכנים אלה עבור מי שרואה עצמו משתלב בתחום."

תמה שנייה: הכשרת סטודנטים לסייעוד בטיפול באנשים עם מש"ה בהווה

תמה זו התמקדה בתכנים העיוניים והקליניים אשר מועברים כעת לסטודנטים במגוון תוכניות הלימודים הבסיסיות בסייעוד. בתמה זו נכללו שתי קטגוריות: 1. תכנים עיוניים 2. תכנים קליניים.

קטגוריה ראשונה

תכנים עיוניים - המרואיינות תיארו התייחסות מועטה לנושא הטיפול במש"ה בתוכנית הלימודית העיונית. כיון שאין כעת קורס ספציפי לנושא, כל מוסד בוחר להתייחס לנושא בקורס עיוני שונה ובהיקף שעות שונה. חשוב להבהיר כי כלל מוסדות ההכשרה לסייעוד כפופים לתוכנית הליבה בסייעוד שעודכנה בשנת 2020 (תוכנית הליבה, משרד הבריאות, 2020). עם זאת, יש באפשרות המוסדות האקדמיים להוסיף שעות לימוד עיוניות ואו קליניות בנושאים שהם רואים כחיוניים לקבלת התואר במוסדם. כך שהשעות הנזכרות בהמשך הטקסט הן המינימליות ובמוסדות שונים נוטים פעמים להרחיב את שעות הלמידה, אבל לא בנושא מש"ה. מתוך הראיונות עולה שמרבית המוסדות בוחרים להתייחס לנושא מש"ה בקורס 'סייעוד הילד והמתבגר' הנלמד בשנה השלישית ללימודים בתוכנית הארבע שנתית, ובשנה השנייה ללימודים בתוכנית העבודה האקדמית והסבת אקדמאים. היקף הלמידה נע בין שיעור לשני שיעורים בני שעה וחצי כל אחד. חלק קטן יותר מבין המרואיינות העיד כי ההתייחסות לנושא מש"ה נלמדה במסגרת קורס 'תקשורת אישית ובינאישית'. קורס זה נלמד בדרך כלל בשנות הלימודים הראשונות לתוכנית הלימודים.

שני הקורסים הנזכרים לעיל הינם קורסי חובה בתוכנית הליבה של מנהל האחיות במשרד הבריאות. מדובר בקורסים רחבי היקף מבחינת הידע המקצועי שהם מקיפים. הקורס בסייעוד הילד והמתבגר הוא בן 7 נקודות זכות, שהן שוות ערך ל-98 שעות למידה. בקורס 'סייעוד הילד והמתבגר', ההתייחסות לנושא מש"ה נמצאה שונה בין מוסדות הלימוד, אין אחידות בתכנים ובהיקף השעות הנלמדות. על פי הנתונים שעלו מהראיונות עולה כי בדרך כלל הנושא נלמד במפגשים העוסקים בגדילה, התפתחות וקידום בריאות בשנות החיים הראשונות ובשיעור העוסק בילדים עם צרכים מיוחדים.

חלק מהמרואיינות העידו כי בתוכנית הלימודים שלהם נושא הטיפול באנשים עם מש"ה ומשפחותיהם נלמד בכיתה במסגרת הקורס בתקשורת אישית ובינאישית, במפגשים העוסקים בתקשורת עם ילדים ומשפחותיהם במערכת הבריאות. הקורס בתקשורת אישית ובינאישית נלמד על פני התוכנית בדרך כלל

בשנים א' ו-ב' ללימודים, הוא בן 4 נקודות זכות השוות ערך ל-56 שעות למידה. הנטייה היא להתייחס להפרעות כגון אוטיזם, פיגור שכלי או מחלות פיזיות הפוגעות גם בהתפתחות השכלית והחברתית.

התייחסות נוספת, אך מועטה, לנושא מש"ה נזכרה גם בקורס 'חוק ומשפט', אף הוא קורס חובה בתוכנית הליבה בסיעוד. קורס זה בן נקודת זכות אחת, שווה ערך ל-14 שעות לימוד. הקורס עוסק בהיבטים החוקיים בעבודת האחות, ובין נושאי הלימוד חוקים המסדירים את זכויות הפרט, הטיפול בקטינים ובחשרי ישע וכו'. הנוגעים לאנשים עם מש"ה. חשוב לציין כי מספר נקודות הזכות שנזכר לעיל הוא המינימלי לכל הקורס. חלק מהמוסדות עשויים להרחיב ולהוסיף תכנים על פי שיקול דעתם.

קטגוריה שנייה

תכנים קליניים

הטיפול באנשים עם מש"ה ובני משפחותיהם איננו נושא מוגדר במסגרת סך השעות הקליניות בתוכנית הלימודים. המרואיינות תיארו ניסיונות להתייחס לקבוצה זו במסגרת ההתנסות הקלינית בסיעוד הילד והמתבגר, ההתנסות בקהילה וההתנסות בפרויקט קידום בריאות. עולה אם כן תמונה של התנהלות שאינה רציפה וקבועה, כיוון שאין הגדרה ברורה של מה שצריך להילמד בתחום. בכל מוסד, על פי שיקול דעתו, מוקצבות או לא מוקצבות שעות התנסות לנושא מטופלים עם מש"ה.

תמה שלישית: חוסר אחידות דעים לגבי מוכנות הבוגרים לטפל באנשים עם מש"ה

תמה זו עסקה בתובנות של אנשי החינוך לגבי המוכנות של הסטודנטים, כפי שהם חווים אותם, לטיפול באנשים עם מש"ה. המרואיינות נחלקו בעמדותיהן לגבי דרגת המוכנות של הבוגרים בסיעוד לטפל באנשים עם מש"ה במערכת הבריאות. חלק קטן מהן (2 מרואיינות מתוך החמש) טען כי הסטודנטים מצוידים במיומנויות בסיסיות עם סיום הלימודים, המאפשרות להם לתת מענה כללי טוב ובטוח למגוון גדול של מצבי בריאות קלים-בינוניים, ובכללם גם הטיפול באנשים עם מש"ה. הן טענו כי אינן רואות בעיה עם הסטודנטים ואפשר לטעון כך לגבי כל נושא אחר. המוכנות, לראייתן, נגזרת מבסיס הידע הכללי של הסטודנט, ואם מדובר בסטודנט בעל יכולות טובות וכשירות טובה, הוא יהיה מסוגל להתמודד עם מרבית האתגרים.

מנגד, היתר טענו כי הבוגרים, כפי שהן חוות ומכירות אותם כיום, אינם מוכנים למתן טיפול לאוכלוסיות בעלות צרכים ייחודיים, ובכללם אנשים עם מש"ה. הטיעון המרכזי שעמד מאחורי תפיסה זו התבסס על חוסר ידע מקצועי והתנסות קלינית משמעותית בטיפול באנשים עם מש"ה. החסרים בידע ובאפשרות להתנסות בטיפול באוכלוסייה זו הלכה למעשה, משפיעים לדעתן על המוכנות המקצועית לספק טיפול איכותי ובטוח. אשר על כן, יש לעדכן את תוכנית הלימודים המחייבת ולהוסיף תכנים בנושא מש"ה.

דיון וניתוח

המחקר הנוכחי עסק בבחינת הידע והעמדות של סטודנטים לסיעוד בשנות הלימוד המתקדמות, בנושא מש"ה, כמו גם במוכנותם לטפל באנשים עם מש"ה. במקביל, רואיינו גם אנשי חינוך בסיעוד בכדי לבחון את נקודת מבטם לגבי רכישת הידע, ההכשרה והמוכנות המקצועית של סטודנטים לסיעוד לטפל באנשים עם מש"ה מנקודת מבטם.

תפיסת הידע המקצועי הממוצעת בנושא מש"ה בקרב הסטודנטים נמצאה נמוכה-בינונית (ממוצע=2.66 בטווח הציונים 1-5). ממצא זה נמצא בהלימה לממצאי מחקרים קודמים בקרב סטודנטים לסיעוד ואחרים ואחיות ברחבי העולם המצביעים על רמת ידע נמוכה בנושא ולמידה מצומצמת עד כלל לא, בתוכניות הלימודים השונות (Anyinam et al., 2019; Lyon & Houser, 2018; Polikandrioti et al., 2020; Temple & Mordoch, 2012; Trollor et al., 2018; Appelgren et al., 2018). ממצא זה נמצא גם בהלימה לממצאי הראיונות שנערכו במחקר הנוכחי עם אנשי חינוך בסיעוד ולבדיקת התוכנית המחייבת על ידי החוקרת הראשית. אכן, לא נמצאה התייחסות לנושא מש"ה באופן ברור. ממצאי הראיונות הצביעו על היקף מאוד מצומצם של התייחסות עיונית או קלינית לטיפול באנשים עם מש"ה.

ממצא זה מדגיש את הצורך הדחוף לבחון את תוכנית הליבה בלימודי הסיעוד בישראל ולשקול מחדש את האפשרות להוסיף לתוכנית הלימודים המחייבת של משרד הבריאות תכני למידה עיוניים ספציפיים לאוכלוסייה עם מש"ה. חיוני כי סטודנטים לסיעוד ייחשפו לתכנים אלו כבר במהלך הלימודים, שהרי הם עשויים לפגוש ולטפל באנשים עם מש"ה בעתיד, אך גם במהלך ההתנסויות הקליניות המחייבות במסגרות אשפוז וקהילה. למידה של תכנים עיוניים בתוכנית הלימודים המחייבת, בשילוב דגשים מרכזיים לטיפול באוכלוסייה ייחודית זו, יכולים לתרום ולקדם את ההכנה של הסטודנטים לקראת ההתנסויות הקליניות והתפקוד המקצועי שלהם בעתיד. ללא רקע קודם וללא הכנה מתאימה, אפילו מינימאלית, הסטודנטים עשויים להיתקל באתגרים אישיים וקליניים מורכבים, אשר עלולים לפגום באיכות הטיפול המוענק למטופלים עם מש"ה, ובה בעת בחוויה המקצועית והלימודית של הסטודנטים (Appelgren et al., 2018; Desroches et al., 2019). התיאור של סטודנט מספר 4 מהחוויה במהלך ההתנסות הקלינית מדגים עד כמה האתגר היה גדול, ובהיעדר הכוונה וסיוע, הניב תחושות שליליות בהקשר לטיפול באנשים עם מש"ה: *"...ניסיתי להיות כמה שיותר סבלני, אבל זה מאתגר. הרגשתי חוסר אונים מול מטופל כזה, כי היה לי ברור שהוא מבקש משהו, שהוא רוצה משהו, אבל אני ישבתי מולו, לא פחות מרבע שעה, ולא הצלחתי להבין מה הוא צריך. אני לא הצלחתי להיכנס לעולם שלו, להבין מה הוא מנסה לומר. תמיד יש את התחושה שזה אולי לא מה שהוא רוצה, לא מה שהוא צריך. נשאר איתי בעיקר חוסר אונים, פעם הבאה שאני אפגוש מטופל*

כזה, אז אני אצפה שהאינטראקציה לא תניב איזושהי תוצאה חיובית, אני אשתדל, אני אנסה, אבל הציפייה שלי תהיה נמוכה."

עמדות הסטודנטים כלפי הטיפול באנשים עם משי"ה במדגם הנוכחי נמצאו בינוניות וחיוביות (ממוצע=4.02 בטווח הציונים 1-6). ממצא זה נמצא בהלימה עם ממצאי מחקרה של Werner (2012), אשר בחנה כוונות של סטודנטים ישראלים ממקצועות הבריאות (סיעוד, חינוך מיוחד, הפרעות בתקשורת, ריפוי בעיסוק ועבודה סוציאלית) לעבוד עם אוכלוסיית מטופלים עם אבחנה כפולה (מוגבלות שכלית ומחלת נפש). במחקרה הדגימו כלל הסטודנטים במדגם, כולל הסטודנטים לסיעוד, עמדות חיוביות כלפי הטיפול באוכלוסייה זו. עם זאת, בהשוואה שנערכה בין הקבוצות המקצועיות, הסטודנטים לסיעוד היו עם ציון העמדות הממוצע הנמוך ביותר. ממצאים אלו מצביעים על הצורך להמשיך ולחקור את הנושא בקרב סטודנטים לסיעוד, בכדי להעמיק את ההבנה שלנו בנושא ולקדם את העמדות של הסטודנטים בנושא הטיפול באנשים עם משי"ה. מומלץ לקדם את השילוב של ידע מקצועי וחשיפה לטיפול באנשים עם משי"ה בשנות הלימודים המתקדמות בסיעוד בכדי לקדם את העמדות כלפי הטיפול באנשים עם משי"ה ואת איכות הטיפול הבריאותי המוענק להם במערכת הבריאות (Oliva Ruiz et al., 2020; Kritsotakis et al., 2017; Al-Momani, 2015; Erwati & Keliat, 2018).

תפיסת המוכנות המקצועית לטפל באנשים עם משי"ה במדגם הנוכחי נמצאה בינונית וחיובית (ממוצע=3.11 בטווח הציונים 1-6). ממצא זה נמצא בהלימה עם ממצאי מחקרן של Rozani et al. (2024), בקרב סטודנטים לסיעוד בישראל, שם דיווחו הסטודנטים על ציונים ממוצעים בתפיסת המסוגלות לטפל באנשים עם משי"ה. משמע, למרות החסר בידע ובהתנסות קלינית ספציפית, חלק מהסטודנטים מצליחים כנראה להשתמש בידע ובמיומנויות קודמים ולהקיש מהם אל הטיפול באנשים עם משי"ה. חיזוק להסבר זה ניתן למצוא בתיאוריהם של מספר סטודנטים שרואיינו במחקר הנוכחי וקובצו אל תת התמה "רכישת ידע תיאורטי". הסטודנטים תיארו כי עשו שימוש במיומנויות ובידע שנלמדו בקורסים בעבר ויישמו אותם אל תחום הידע במשי"ה בכדי להתמודד עם הטיפול באנשים עם משי"ה בסיטואציה עכשווית. ממצאים אלו מחזקים את הצורך להוסיף לתוכנית הליבה בלימודי סיעוד תכנים ספציפיים בנושא משי"ה. יתרה מזאת, בתת-תמה העוסקת ב"המלצות לתוכנית הלימודים בעתיד", הסטודנטים כולם מבקשים כי תהיה תוספת ידע ומיומנויות קליניות בנושא לתוכנית הלימודים. הם מציעים מגוון אפשרויות, כגון תוספת הרצאות, יום עיון וכו', אך ברור שכולם מבקשים השלמת ידע ומיומנויות קליניות, שסייעו להם בטיפול באנשים עם משי"ה במערכת הבריאות.

קשר חיובי מובהק וחזק נמצא בין תפיסת הידע של הסטודנטים בנושא משי"ה לבין תפיסת המוכנות שלהם לטפל באוכלוסייה זו. בנוסף, נמצא קשר חיובי מובהק אך חלש בין עמדות הסטודנטים לתפיסת המוכנות

שלהם לטפל באנשים עם מש"ה. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרים קודמים בקרב אחים ואחיות (Desroches et al., 2019; Lewis et al., 2019; Cashin et al., 2021; Tumanggor, et al., 2024). ובקרב סטודנטים לסייעוד (Al-Momani, 2015; Erwati & Keliat, 2018; Werner & Grayzman, 2012). התרומה של הקניית ידע תיאורטי וחשיפה במהלך ההתנסויות הקליניות לטיפול באנשים עם מש"ה קשורה ומשפרת את המוכנות המקצועית של הסטודנטים לטפל באוכלוסייה זו, כמו גם את תחושות הנוחות והביטחון בטיפול. משתתפים אשר דיווחו על רכישת ידע ספציפי בנושא, התנסות במיומנויות קליניות רלוונטיות ויצירת קשר מקצועי עם אנשים עם מש"ה, דיווחו על עמדות חיוביות יותר כלפי אוכלוסייה זו ומוכנות גבוהה יותר לטפל בה.

תמיכה לממצאים אלה ניתן למצוא גם בממצאי הראיונות עם הסטודנטים במחקר הנוכחי. הקטגוריות "רכישת ידע תיאורטי" ו"המפגש עם אנשים עם מש"ה במהלך ההתנסויות הקליניות" הצביעו על החשש של הסטודנטים ותחושת חוסר המוכנות שלהם לטפל באנשים עם מש"ה על רקע היעדר ידע עיוני וקליני מספקים. כפי שמתארת סטודנטית מספר 1: ".... וזה חסר.... לי נגיד עוד לא יצא לי גם להיתקל בהתנסויות במישהו כזה, ואם אני אתקל, אני מאמינה שיהיה לי יותר קשה לתפקד." סטודנטית מספר 3 הוסיפה: "..... לא היה משהו שמאוד מיקד על האוכלוסייה הזאת. ואני מרגישה שזה חסר... אבל לדעתי אני לא אוכל באמת לדעת איך לגשת לזה ולהתמודד עם זה." המשפט האחרון מגלם למעשה את הבעיה: חוסר הידע מוביל לקשיים בהתמודדות עם הטיפול הרפואי ומגביר חוסר ביטחון.

במחקר הנוכחי נמצא כי 25% מהשונות בתפיסת המוכנות לטפל באנשים עם מש"ה מוסברת על ידי תפיסת הידע של הסטודנטים בנושא מש"ה ועמדות כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה. כך שתפיסת ידע בנושא מש"ה גבוהה יותר ועמדות חיוביות יותר כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה קשורים באופן מובהק לתפיסת מוכנות גבוהה יותר לטיפול באנשים עם מש"ה. ממצא זה נמצא אף הוא בהלימה לממצאי מחקרים קודמים (Oliva Ruiz et al., 2020; Kritsotakis et al., 2017; Al-Momani, 2015; Erwati & Keliat, 2018) ומדגיש את הנחיצות בחינוך, בהקניית ידע ובהכנה של הסטודנטים לקראת הטיפול באנשים עם מש"ה, תוך שימת לב לצרכים הבריאותיים הייחודיים של אוכלוסייה זו.

בניתוחים נוספים שנערכו במסגרת המחקר נמצאו הבדלים מובהקים בתפיסת הידע של הסטודנטים ובמוכנות לטפל באנשים עם מש"ה על פי מגדר, רכישת ידע בנושא וניסיון קודם בטיפול באנשים עם מש"ה. כך שגברים הביעו מוכנות גבוהה יותר לטפל באנשים עם מש"ה לעומת נשים, ונבדקים עם ידע בנושא וניסיון קודם בטיפול באנשים עם מש"ה הדגימו מוכנות גבוהה יותר לטפל באוכלוסייה זו. ממצאים אלו מחזקים את ממצאי המחקר הקודמים שנדונו בפרק זה: לרכישת ידע וניסיון קליני יש תרומה משמעותית לתפיסת הידע והמוכנות של הסטודנטים לטפל באנשים עם מש"ה. בנוסף, ממצאים אלו נתמכים גם בממצאי

הראיונות שנערכו עם הסטודנטים כפי שנדונו לעיל. יש אם כן לפעול ולקדם הוספת תכנים עיוניים וקליניים לתוכנית הלימודים בכדי לאפשר לסטודנטים להיחשף לאוכלוסיית מטופלים זו ולקדם עמדות חיוביות ומוכנות לטפל באנשים עם מש"ה במערכת הבריאות. בד בבד, מומלץ גם לקדם מפגשים עם אנשי מקצוע העוסקים בטיפול באנשים עם מש"ה על גווניו השונים - בריאותי, חברתי, חינוכי, בכדי שהסטודנטים יוכלו ללמוד מהם טוב יותר על המאפיינים הייחודיים של אוכלוסייה זו ועל צרכיהם, כמו גם על החוויות המקצועיות מהטיפול והעבודה עם אנשים עם מש"ה.

לגבי הבדלי המגדר, ממצא זה אינו עקבי עם ממצאי מחקר קודם בקרב סטודנטים ישראלים ממקצועות הבריאות Werner & Grayzman (2012), אשר הדגים כי נשים הן בעלות עמדות חיוביות יותר מגברים כלפי אנשים עם מש"ה, ודרך עמדות אלה גם בעלות כוונה גבוהה יותר לעבוד עם אנשים עם מש"ה. הסבר אפשרי לממצא זה עשוי להיות קשור למאפייני המדגם במחקר הנוכחי. המחקר הנוכחי כלל רק סטודנטים לסיעוד, בעוד במחקר הנזכר, המדגם כלל מספר קבוצות מקצועיות (עבודה סוציאלית, ריפוי בעיסוק, חינוך מיוחד, הפרעות בתקשורת וסיעוד). יכול להיות שתמהיל המדגם השפיע על הממצאים הסופיים.

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי מגבלה עיקרית הקשורה במדגם. המדגם הינו מדגם נוחות מתוך כלל אוכלוסיית הסטודנטים לסיעוד בישראל, אשר בעת חלוקת השאלונים וביצוע הראיונות למד בשנים מתקדמות של התוכנית. מדגם נוחות אינו מדגם הסתברותי והוא עשוי לא לייצג את כלל האוכלוסייה הנידונה. יש לציין כי מספר מוסדות ההשכלה המכשירים אחים ואחיות בישראל הוא גדול והם פרוסים באזורים גיאוגרפיים שונים של המדינה. עם זאת, המדגם במחקר הנוכחי היה גדול יחסית - 213 משיבים ו-15 ראיונות עומק אישיים.

סיכום, המלצות ומסקנות

ממצאי המחקר מצביעים על תפיסת ידע נמוכה של נושא הטיפול באנשים עם מש"ה בקרב סטודנטים לסיעוד בשנות הלימודים המתקדמות. תפיסה זו נתמכת בממצאי הראיונות עם הסטודנטים אשר מתארים היקף מצומצם מאוד של תכנים עיוניים בנושא אשר ניתנו במהלך הלימודים עד היעדר מוחלט של התייחסות לנושא. אנשי החינוך בסיעוד אשר רואיינו ובחינת תוכנית הליבה של מנהל הסיעוד, העידו אף הם על למידה מצומצמת ביותר של נושא מש"ה, בדרך כלל כחלק מנושא קליני נרחב יותר. לאור הנתונים המצטברים בישראל וברחבי העולם לגבי מצב התחלואה, צריכת שירותי בריאות והעלייה בתוחלת החיים בקרב אנשים עם מש"ה חיוני, כי הסטודנטים ירכשו במהלך תוכנית הלימודים גוף ידע בסיסי וברור, אשר יתייחס למאפיינים הייחודיים של אוכלוסייה זו בישראל ולצרכים הבריאותיים הייחודיים לה. גוף ידע יאפשר

בהמשך לקדם את העמדות של הסטודנטים כלפי הטיפול הבריאותי באנשים עם מש"ה, כמו גם את הטיפול בהם במפגש עם מערכת הבריאות הכללית, על מסגרותיה השונות.

משתתפי המחקר הדגימו עמדות חיוביות ברמה בינונית כלפי הטיפול באנשים עם מש"ה. הראיונות עם הסטודנטים הדגימו את תחושת המחויבות של הסטודנטים לטפל באנשים עם מש"ה כחלק מתפקידם המקצועי, אך בה בעת את האתגרים והקשיים אשר מלווים סיטואציה זו, בעיקר לאור חוסר הידע והניסיון הקליני בתחום. חלק מהם אף רואים עצמם ממשיכים ומשתלבים בעבודה עם אנשים עם מש"ה בסיום לימודיהם, אך עדיין מרגישים חוסר מוכנות וחוסר ביטחון בתפקודם המקצועי.

קשר חיובי מובהק וחזק נמצא בין תפיסת הידע המקצועי בנושא מש"ה לבין תפיסת המוכנות לטפל באוכלוסייה זו. ממצא זה קיבל חיזוק נוסף ממצאי הראיונות עם הסטודנטים, אשר תארו את הקושי של הסטודנטים להתמודד עם הטיפול באנשים עם מש"ה בהתנסויות הקליניות ללא גוף ידע והכנה מתאימה. מומלץ כי תינתן תשומת לב לעדכון תוכנית הלימודים בסיעוד, כמו גם ההכנה לקראת ההתנסויות הקליניות של הסטודנטים, בכדי להוסיף תכנים הקשורים בטיפול באנשים עם מש"ה. חשוב שתיערך הכנה לסטודנטים שתכלול התייחסות לאוכלוסיות בעלות צרכים ייחודיים, אשר מתקיים עימם מפגש במערכת הבריאות הכללית. בה בעת, מומלץ לפתח גם עבור המדריכים הקליניים במחלקות ובמרפאות הכנה כיצד לסייע לסטודנטים במידה ומנהלים את הטיפול באוכלוסייה בעלת צרכים ייחודיים. כדאי שהסטודנטים יקבלו ליווי וסיוע במפגש קליני מסוג זה בכדי לקדם ולהעשיר את החוויה הקלינית-מקצועית שלהם.

הידע לבדו אינו מבטיח כי הסטודנטים יהיו מוכנים להתמודדות עם האתגרים של רכישת מיומנויות חיוניות ועמדות חיוביות כלפי אנשים עם מש"ה במטרה להעניק להם טיפול מיטבי. לכן, הכרחי להבטיח הכנה מתאימה של הסטודנטים לסיעוד, אשר תקדם ותשפר באופן פעיל את כישוריהם הקליניים ותטפח גישות טיפוליות הקשורות בטיפול במטופלים אלה. הכנה זו לא רק תבנה את הביטחון העצמי שלהם ותטפח עמדות חיוביות, אלא גם תעצים אותם להתמודד ביעילות עם האתגרים הייחודיים הקשורים בטיפול באנשים עם מש"ה ותעודד את המוכנות שלהם לטפל בעתיד באנשים עם מש"ה.

ההשלכות היישומיות של המחקר

ממצאי המחקר הנוכחי מתארים את המצב הנוכחי של הכשרת סטודנטים לסיעוד בישראל בנושא מש"ה. מתוך הממצאים ברור כי חיוני לבחון מחדש את תוכנית הליבה של מנהל הסיעוד לתואר בוגר בסיעוד ולשקול מחדש תוספת תכנים עיוניים וקליניים. הממצאים, הכוללים המלצות של הסטודנטים לתכנים בהם הם רואים חשיבות, יכולים להוות בסיס לפיתוח תוכנית הכשרה ייעודית בתחום מש"ה לסטודנטים לסיעוד בשנות הלימודים המתקדמות. תוכנית זו תכלול תכנים תיאורטיים וקליניים, שיספקו לסטודנטים בסיס

ידע ומיומנויות מקצועיות לטיפול בצרכים הבריאותיים הייחודיים של אנשים עם מש"ה. יודגש כי מטרתה של תוספת התכנים היא לסייע ולקדם את ההכשרה המקצועית לטיפול באנשים עם מש"ה במערכת הבריאות הכללית ולא לפתח מומחיות קלינית בנושא בשלב זה. התוכנית תוגש לאישור מנהל הסיעוד במשרד הבריאות, אשר אחראי על פיתוח ועדכון תוכנית הליבה לתואר אחות/מוסמך/ת ולרשויות האוניברסיטה העוסקות בתוכניות הלימודים. תוכנית הכשרה זו עשויה בהמשך להתפתח ולעבור התאמה, כך שתהיה מתאימה גם עבור אחים ואחיות המתעניינים בנושא וסגל הוראה קלינית האמון על הכשרת הסטודנטים לכדי קורס על בסיסי ייעודי בנושא.

ממצאי המחקר הנוכחי יפורסמו בעיתונות המקצועית בסיעוד ובמקצועות הבריאות וכמו כן בכנסים מדעיים רלוונטיים ויהוו בסיס להמשך מחקרים עתידיים בנושא בקרב סטודנטים לסיעוד ואחים ואחיות. באם יתאפשר, הם עשויים אף להיות בסיס לשיתופי פעולה בין מקצועיים בצוותי בריאות בתחום המש"ה. כל אלו יש בידם להעלות את המודעות לנושא ההכשרה וקידום החינוך בנושא מש"ה בקרב צוותים רפואיים. הדרכה בנושא המחקר ותוכנית ההכשרה בנושא מטופלים עם מש"ה במערכת הבריאות תתרום להכשרה המקצועית של סטודנטים לסיעוד העתידיים להיות אנשי צוות מטפל. סטודנטים שירכשו ידע מקצועי בנושא, יחוו מוכנים ומסוגלים להעניק טיפול איכותי, שוויוני ומותאם לצרכי האוכלוסייה הנידונה. במקביל, קידום הידע, העמדות וההכשרה של הצוותים הסיעודיים העתידיים יש בו כדי לקדם את הטיפול במטופלים עם מש"ה במערכת הבריאות. ההדרכה הנידונה עשויה, לאחר התאמות, להעשיר גם סטודנטים ממקצועות בריאות נוספים ורפואה, כמו גם צוותי טיפול באשפוז וקהילה.

פורום אנשי מקצוע

מומלץ כי ממצאי המחקר הנוכחי יוצגו בפני:

1. נציגי מנהל הסיעוד העוסקים בפיתוח תוכנית הליבה ללימודי סיעוד
2. נציגי אקדמיה העוסקים בחינוך בסיעוד ובפיתוח תוכניות לימודים
3. נציגי הנהלות ביה"ס לסיעוד
4. נציגי הנהלות ביה"ח הכללים וקופות החולים
5. נציגים מארגונים חברתיים ועמותות העוסקים בטיפול באוכלוסיות עם מש"ה

המלצות למחקרי המשך

במחקרי המשך מומלץ לדגום מדגם בשיטה הסתברותית מסוג דגימת אשכולות. דגימה בשיטה זו תאפשר ייצוג אקראי של כלל המוסדות להשכלה גבוהה בישראל המכשירים סטודנטים לתואר א/ות מוסמכות באזורים הגיאוגרפים השונים. ניתן יהיה להכליל את הממצאים על כלל אוכלוסיית הסטודנטים לסיעוד בישראל.

התרומה של הקניית ידע והכשרה בנושא מש"ה על העמדות והמוכנות המקצועית לטפל באוכלוסייה זו בולטת בספרות המחקרית וגם בממצאי המחקר הנוכחי. לאור כך, חיוני לבצע מחקרי המשך אשר יבחנו את תוצרי הלמידה בקרב הסטודנטים, משמע, יבחנו את העמדות של הסטודנטים ומוכנותם לפני ואחרי ביצוע ההתערבות (תוספת תכנים עיוניים בנושא מש"ה / התנסות קלינית / סימולציות וכו'). למיטב ידיעתה של החוקרת, מחקרים מסוג זה לא נערכו עדיין בישראל בקרב סטודנטים לסיעוד ותרומתם עשויה להיות משמעותית ביותר.

בנוסף, ניתן לבחון את העמדות ואת חוויית הטיפול והמפגש עם מערכת הבריאות מנקודת מבטם של אנשים עם מש"ה ובני משפחותיהם באמצעות ראיונות חצי מובנים. כך ניתן יהיה ללמוד ולהבין לעומק את האתגרים איתם הם מתמודדים במפגש עם הצוותים הרפואיים, את הצרכים החשובים להם ואת הדרכים המועדפות עליהם להתמודדות עם קשיים העולים במהלך הטיפול.

ביבליוגרפיה

חוק הסעד, טיפול והשגחה באדם המפגר, 1969 (תשכ"ט). נדלה מ:

https://www.nevo.co.il/law_html/law01/p171_009.htm

חוק להחלפת המונח מפגר (תיקוני חקיקה), התשע"ז-2017 נדלה מ:

<https://main.knesset.gov.il/activity/legislation/laws/pages/LawBill.aspx?t=LawReshumot&lawid=576762>

Al-Momani, S. M. (2015). Improving Nursing Students' Willingness to Work with Mentally Disabled Patients Through college–community interaction initiative. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 5(1), 137-144.

Anyinam, C. K., Coffey, S., & Da Silva, C. (2019). Integrating critical disability perspectives in nursing education. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(9), 63–72.

<https://doi.org/10.5430/jnep.v9n9p63>

Appelgren, M., Bahtsevani, C., Persson, K., Borglin, G., 2018. Nurses' experiences of caring for patients with intellectual developmental disorders: a systematic review using a meta-ethnographic approach. *BMC Nursing*, 17, 51.

<https://doi.org/10.1186/s12912-018-0316-9>

Balogh, R., McMorris, C. A., Lunskey, Y., Ouellette-Kuntz, H., Bourne, L., Colantonio, A., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2016). Organizing healthcare services for persons with an intellectual disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), Art. No.CD007492. DOI: 10.1002/14651858.CD007492.pub2.

Barlev, L., Pur, Y., Bacher, Y. (2021). People with Disabilities in Israel 2021- Facts and Figures (Hebrew). The Myers-JDC-Brookdale Institute.

Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research*, 4(1), 97–113.

Cashin, A., Buckley, T., Trollor, J. N., & Lennox, N. (2018). A scoping review of what is known of the physical health of adults with autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual Disabilities*, 22(1), 96–108. <https://doi.org/10.1177/1744629516665242>

Cashin, A., Pracilio, A., Buckley, T., Kersten, M., Trollor, J., Morphet, J., ... & Wilson, N. J. (2022). A survey of Registered Nurses' educational experiences and self-perceived capability to care for people with intellectual disability and/or autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 47(3), 227–239.

<https://doi.org/10.3109/13668250.2021.1967897>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Developmental disabilities. Retrieved November 2, 2022, from

<https://www.cdc.gov/ncbddd/developmentaldisabilities/index.html>

- Desroches, M. L., Sethares, K. A., Curtin, C., & Chung, J. (2019). Nurses' attitudes and emotions toward caring for adults with intellectual disabilities: Results of a cross-sectional, correlational-predictive research study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(6), 1501–1513. <https://doi.org/10.1111/jar.12645>
- Desroches, M. L., Howie, V. A., Wilson, N. J., & Lewis, P. (2022). Nurses' attitudes and emotions toward caring for adults with intellectual disability: An international replication study. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(1), 117-124. <https://doi.org/10.1111/jnu.12713>
- Edwards, A.P., Cron, S., Shonk, C. (2022). Comparative effects of disability education on attitudes, knowledge, and skills of baccalaureate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 61, 103330 <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103330>.
- Erwati, E., & Keliat, B. A. (2018). Nursing student's experience in caring children with disability: A qualitative study. *International Journal of Indonesian Education and Teaching*, 2, 187–193. <https://e-journal.usd.ac.id/index.php/IJIET/article/view/1262/1218>
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health services research*, 48(6pt2), 2134-2156.
- Flynn, S., Hulbert-Williams, L., Bramwell, R., Stevens-Gill, D., & Hulbert-Williams, N. (2015). Caring for cancer patients with an intellectual disability: Attitudes and care perceptions of UK oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, pp. 19, 568–574. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.03.002>
- Furst, M. A. C., & Salvador-Carulla, L. (2019). Intellectual disability in Australian nursing education: Experiences in NSW and Tasmania. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 44(3), 357–366. <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1386288>
- Hayman-White, K., & Happell, B. (2005). Nursing students' attitudes toward mental health nursing and consumers: psychometric properties of a self-report scale. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(4), 184-193. doi: 10.1016/j.apnu.2005.05.004

- Howie, V., Welch, A., Horton, E., & Wirihana, L. A. (2021). The quandary of registered nurses untrained in adult intellectual disability nursing when caring for this diverse patient group in acute care settings: An integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11–12), 1542–1555. <https://doi.org/10.1111/jocn.15663>
- Hwang, Y. I., Srasuebkul, P., Foley, K., Arnold, S., & Trollor, J. N. (2019). Mortality and cause of death of Australians on the autism spectrum. *Autism Research*, 12(5), 806–815.
DOI: 10.1002/aur.2086
- Kritsotakis, G., Galanis, P., Papastefanakis, E., Meidani, F., Philalithis, A., Kalokairinou, A., Sourtzi, P., 2017. Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities among nursing, social work and medical students. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4951–4963. <https://doi.org/10.1111/jocn.13988>
- Iacono, T., Bigby, C., Douglas, J., & Spong, J. (2020). A prospective study of hospital episodes of adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(5), 357–367. <https://doi.org/10.1111/jir.12725>
- Lewis, S., & Stenfert-Kroese, B. (2010). An investigation of nursing staff attitudes and emotional reactions towards patients with intellectual disability in a general hospital setting. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 355–365.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2009.00542.x>
- Lewis, P., Wilson, N., Jaques, H., O'Reilly, K., & Wiese, M. (2019). A qualitative study of nurses' perspectives of caring for children with intellectual disability and their families in a paediatric acute care setting. *Journal of Child Health Care*, 23(4), 639–651.
<https://doi.org/10.1177/1367493519867234>
- Lyon, L., & Houser, R. (2018). Nurse educator attitudes toward people with disabilities. *Nursing Education Perspectives*, 39(3), 151–155.
DOI: 10.1097/01.NEP.0000000000000282.
- McBride, O., Heslop, P., Glover, G., Taggart, T., Hanna-Trainor, L., Shevlin, M., Murphy, J. (2021). Prevalence estimation of intellectual disability using national administrative and household survey data: the importance of survey question specificity. *International Journal of Population Data Science*, 6 (1), 1342.
<https://doi.org/10.23889/ijpds.v6i1.1342>

- Northway, R., Jenkins, R., & McMillan, S. (2014). Nurse education: Meeting the needs of people with intellectual disabilities? *Contemporary Nurse*, 49(1), 47-49.
- Oliva Ruiz, P., Gonzalez-Medina, G., Salazar Couso, A., Jim'enez Palomares, M., Rodríguez Mansilla, J., Garrido Ardila, E.M., Merchan Vicente, M.N. (2020). Attitude towards people with disability of nursing and physiotherapy students. *Children*, 7 (10), 191 <https://doi.org/10.3390/children7100191>.
- Polikandrioti, M., Govina, O., Vasilopoulos, G., Adamakidou, T., Plakas, S., Kalemikerakis, I., ...& Fouka, G. (2020). Nursing students' attitudes towards people with disabilities. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 480-488.
- Rozani, V., Zur-Peled, S., & Aharon, A. A. (2024). Caring for people with intellectual disabilities: Insights from a cross-sectional study among nursing students. *Nurse Education Today*, 138, 106187. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106187>
- Schalock, R. L., Luckasson, & R., Tassé, M. J. (2021). *Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports*, 12th Edition. AAIDD Publications.
- Spasiani, N. A., Abou Chacra, M. S., Selick, A., Durbin, J., & Lunskey, Y. (2020). Emergency department nurses' knowledge, skills, and comfort related to caring for patients with intellectual disabilities. *International Emergency Nursing*, 50, 100851. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100851>
- Temple, B., & Mordoch, E. (2012). Nursing student perceptions of disability and preparation to care for people with intellectual disabilities. *Journal of Nursing Education*, 51(7), 407-410. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120515-01>.
- Trollor, J. N., Eagleson, C., Turner, B., Salomon, C., Cashin, A., Iacono, T., ... & Lennox, N. (2018). Intellectual disability content within pre-registration nursing curriculum: How is it taught? *Nurse Education Today*, 69, 48-52. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.07.002>

- Tumanggor, R. D., Pracilio, A., Siregar, C. T., Wilson, N. J., & Cashin, A. (2024). A survey of Indonesian nurses' educational experiences and self-perceived capability to care for people with intellectual disability and/or autism spectrum disorder. *Journal of Advanced Nursing*, *80*(5), 1838-1851. <https://doi.org/10.1111/jan.15943>
- Werner, S. (2012). Intention to work with individuals with dual diagnosis: Testing the theory of planned behavior among students from various professions. *Health & Social Work*, *37*(2), 81-89. doi: 10.1093/hsw/hls010
- Werner, S., & Grayzman, A. (2012). Factors influencing the intention of students to work with individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, *32*(6), 2502-2510. doi: 10.1093/hsw/hls010
- World Health Organization (n.d.). World report on disability. Retrieved November 2, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Wilson, N. J., & Charnock, D. (2017). Developmental and intellectual disability. In E. Chang & A. Johnson (Eds.), *Living with chronic illness and disability: Principles for nursing practice* (3rd ed., pp. 129–145). Elsevier.
- Woolfenden, S. U. E., Sarkozy, V., Ridley, G., Coory, M., & Williams, K. (2012). A systematic review of two outcomes in autism spectrum disorder -epilepsy and mortality. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *54*(4), 306–312.
DOI: 10.1111/j.1469-8749.2012.04223.x
- Yuker, H., Block, J., & Young, J. (1966). The measurement of attitudes toward disabled persons. Albertson: NY: Human Resources Foundation.
- Yuker, H. E., & Block, J. R. (1986). Research with the Attitudes Toward Disabled Persons Scale (ATDP) 1960-1985. Hempstead, NY: Hofstra University.

נספחים

נספח 1- אישור ועדת האתיקה האוניברסיטאית - אוניברסיטת תל אביב

●●● Academic Secretariat
Senate Office



●●● המזכירות האקדמית
מדור הסנאט

26/07/2023

לכבוד
ד"ר ורשבסקי סיגלית
הפקולטה לרפואה
כ א נ

שלום רב,

הנדון: עבודת מחקר מס' 0005530-2 בנושא: גורמים הקשורים במוכנותם של סטודנטים לסייעוד לטפל באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית- התפתחותית: ידע, עמדות והכשרה

הצעת המחקר הנ"ל עומדת בקריטריונים של ועדת האתיקה של אוניברסיטת תל אביב.

לידיעת החוקר: האישור הוא אישור אתי בלבד.

אני מאחל לך הצלחה בהמשך המחקר.

תוקף האישור: 25-07-2024.

* לתשומת לב החוקרים: בקשות להארכת אישור יוגשו חודש לפני פקיעת תוקפו של האישור.

ב ב ר כ ה,

פרופסור מאיר להב

יו"ר ועדת אתיקה אוניברסיטאית

אוניברסיטת תל-אביב
ועדת האתיקה האוניברסיטאית

נספח 2- שאלון מקוון

סטודנט/ית יקר/ה

לפניך שאלון העוסק בידע, עמדות, הכשרה ומוכנות של סטודנטים לסיעוד לטפל באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית- התפתחותית. השאלון הינו אנונימי ומיועד לצורכי מחקר בלבד. השתתפותך הפעילה במילוי השאלון היא חיונית ללימוד הנושא והבנתו. הנתונים שיתקבלו ממילוי השאלונים יישארו חסויים. לא יעשה כל שימוש במידע שיתקבל, למעט ניתוח סטטיסטי. מילוי השאלון הינו על בסיס התנדבותי. הנך רשאי לפרוש בכל עת ממילוי השאלון, בלא שיגרם לך כל נזק. הפנייה מנוסחת בלשון זכר מטעמי נוחות אך מיועדת לכלל אוכלוסיית הסטודנטים לסיעוד בישראל. בכל שאלה ניתן לפנות לד"ר סיגלית ורשבסקי- במייל: sigalwar@tauex.tau.ac.il

ידוע לי כי מילוי שאלון זה מהווה הסכמה להשתתפות במחקר זה. אני מצהיר כי נתתי את הסכמתי מרצוני החופשי ואני חופשי להפסיק בכל עת את השתתפותי במחקר.

תודה על שיתוף הפעולה,

ד"ר סיגלית ורשבסקי

פרק א'

נא השלם את החסר או היקף בעיגול סביב התשובה הנכונה:

1. תוכנית לימודים: 1. כללית 2. עתודה 3. הסבת אקדמאים
2. שנת לימודים נוכחית: _____
3. מין: 1. זכר 2. נקבה
4. גיל (בשנים): _____
5. כיצד היית מגדיר את הלאום שלך? _____
7. האם טיפלת בעבר במטופל עם מוגבלות שכלית- התפתחותית? 1. כן 2. לא
8. אם כן, נא ציין באיזו מסגרת? 1. בית חולים כללי 2. קהילה 3. אחר: _____
9. האם בסביבתך הקרובה (משפחה/ חברים/ שכנים) התנסית בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית?
1. כן 2. לא
10. האם רכשת ידע בנושא מוגבלות שכלית- התפתחותית?
1. כן, באיזו מסגרת? 2. לא
11. באיזו מידה אתה מרגיש שיש לך ידע לגבי מוגבלות שכלית- התפתחותית?
1. במידה מועטה מאד
2. במידה מועטה
3. במידה בינונית
4. במידה רבה
5. במידה רבה מאד

12. באיזו מידה אתה מרגיש שיש לך ידע מקצועי לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית- התפתחותית?

1. במידה מועטה מאד
2. במידה מועטה
3. במידה בינונית
4. במידה רבה
5. במידה רבה מאד

פרק ב'

לפניך רשימת היגדים העוסקת בעמדות כלפי הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית. נא ציין לגבי כל היגד את מידת הסכמתך עם ההיגד, על סולם שבין 1=כלל לא מסכים ל-6= מסכים בהחלט.

6	5	4	3	2	1	
6	5	4	3	2	1	1.אני מרחם על באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית
6	5	4	3	2	1	2. זה מתסכל לעבוד עם באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית
6	5	4	3	2	1	3. אני מעדיף לטפל במטופלים אחרים ולא באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית
6	5	4	3	2	1	4. טיפול באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית מעניק לי סיפוק
6	5	4	3	2	1	5. באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית לא יכולים לקבל החלטות על הטיפול הרפואי שלהם
6	5	4	3	2	1	6. טיפול רפואי לבאנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית, צריך להינתן רק באישורם, כמו כל אדם אחר
6	5	4	3	2	1	7. באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית חסרים כישורים חברתיים בהשוואה לאנשים ללא מוגבלות זו
6	5	4	3	2	1	8. לסייעוד תפקיד מרכזי בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית
6	5	4	3	2	1	9. באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית חייבים להיות תחת השגחה מתמדת
6	5	4	3	2	1	10. באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית פחות מודעים לכך שהפרטיות שלהם נפגעת
6	5	4	3	2	1	11. באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית צריכים להיות שותפים לטיפול הרפואי שלהם בהתאם ליכולות שלהם
6	5	4	3	2	1	12. אני רוצה לעזור לבאנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית
6	5	4	3	2	1	13. באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית חולים יותר מאנשים אחרים
6	5	4	3	2	1	14. אני חושב שהסיעוד יכול לתרום יותר בתחום הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית
6	5	4	3	2	1	15. באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית יכולים לשמור על אורח חיים בריא אם הצוות הרפואי יסייע להם
6	5	4	3	2	1	16. הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית קשה ומורכב יותר למטפלים
6	5	4	3	2	1	17. באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית לא משתפים פעולה בטיפול הרפואי
6	5	4	3	2	1	18. קשה ליצור קשר עם באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית
6	5	4	3	2	1	19. באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית זקוקים לבני משפחה שיעזרו להם בקשר עם הצוות הרפואי
6	5	4	3	2	1	20. לטפל באדם עם מוגבלות שכלית- התפתחותית מהווה אתגר מקצועי עבורי

פרק ג'

לפניך רשימת היגדים העוסקת בתחושות שלך לגבי מוכנות לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית. נא התייחס לכלל היגד וציין את מידת הסכמתך, על סולם שבין 1=כלל לא מסכים ל-6= מסכים בהחלט. אין תשובות נכונות, כל תשובה תסייע לנו.

6	5	4	3	2	1	
6	5	4	3	2	1	1. אני מרגיש מוכן היטב לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית
6	5	4	3	2	1	2. אני מבין היטב את תפקיד האח/ות בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית

6	5	4	3	2	1	3. אני מרגיש בטוח ביכולתי לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית
6	5	4	3	2	1	4. לימודי התיאורטיים הכינו אותי לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית
6	5	4	3	2	1	5. אני מסוגל לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית
6	5	4	3	2	1	6. ההתנסויות הקליניות הכינו אותי לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית
6	5	4	3	2	1	7. אני מתכוון לטפל באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית בעתיד כאח/ות
6	5	4	3	2	1	8. אני זקוק להכשרה/ למידה נוספת בנוגע לטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית
6	5	4	3	2	1	9. אני זקוק למיומנויות קליניות נוספות בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית
6	5	4	3	2	1	10. אני זקוק למיומנויות בין אישיות ורגשיות נוספות בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית

במסגרת המחקר הנוכחי ייערכו גם ראיונות אישיים עם מתנדבים שיסכימו לקחת חלק בראיון אישי בזום. אם תסכים לקחת חלק, בבקשה השאר פרטי התקשרות. פניה למתנדבים תעשה באופן אקראי לחלק מהמעוניינים, כך, שיתכן ולא תערך פנייה אלייך

שם:

טל:

תודה רבה על השתתפותך!

נספח 3- ראיון אישי מובנה עם סטודנטים מתנדבים

שאלות לראיון אישי:

1. תאר מה את/ה חושב/ת על תפקיד הסיעוד בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית? איך את/ה רואה את תפקיד האח/ות בתחום זה?
2. אילו תכנים תיאורטיים וקליניים רכשת במהלך הלימודים? אילו תכנים את/ה חש/ה שחסרים לך?
3. האם התנסית בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית במהלך ההתנסויות הקליניות? ספרי לי על כך
4. כיצד הועברו התכנים התיאורטיים והקליניים בנושא במהלך הלימודים?
4. כיצד היית ממליץ/ה לשלב תכנים אלו בתוכנית הלימודים?
5. האם את/ה רואה עצמך משתלב בהמשך הקריירה המקצועית שלך בתחום הטיפול במוגבלות שכלית- התפתחותית? באיזה אופן? מה המניעים להחלטה זו?

תודה רבה על השתתפותך!

נספח 4- ראיון אישי מובנה עם נציגי חינוך ומנהל בסיעוד

שאלות לראיון אישי:

1. תאר מה את/ה חושב/ת על תפקיד הסיעוד בטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית- התפתחותית? איך את/ה רואה את תפקיד האח/ות בתחום זה?
2. מה לדעתך צריכה לכלול תוכנית הלימודית לתואר בוגר בסיעוד בנושא מוגבלות שכלית- התפתחותית?
3. מהי המדיניות במוסד הלימודים בו את/ה מועסקים? מהי תפיסת העולם לגבי הכשרת סטודנטים לסיעוד?
4. אילו תכנים תיאורטיים וקליניים מועברים לסטודנטים במהלך הלימודים במוסדכם? באיזה שלב בלימודים?
5. האם את/ה חש/ה שישנם תכנים שניתן להוסיף לתוכנית הלימודים?
6. כיצד מועברים התכנים הנ"ל, נא תן/י דוגמא מהמוסד בו את/ה עובד/ת.
7. האם את/ה חש/ה שהסטודנטים הבוגרים במוסדך מוכנים לטיפול באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית- התפתחותית?

תודה רבה על השתתפותך!

Abstract

Developmental intellectual disability has been linked in the literature to lower health outcomes compared to the general population, experiencing many health challenges, and to a higher consumption of health services compared to the general population (Barlev et al., 2021; McBride et al., 2021). In addition, the literature points to those with intellectual developmental disabilities as experiencing barriers to accessing medical care, including a higher incidence of complications during and after treatment, a paucity of preventive interventions, and difficulty in making accurate medical diagnoses (Cashin et al., 2018; Hwang et al., 2019; Trollor et al., 2018; Wilson & Charnock, 2017; Woolfenden et al., 2012).

Nurses, including nursing students, interact daily with those with intellectual developmental disabilities in the general health system and may contribute to and promote the medical care of this population. However, nursing curricula in Israel and worldwide often include limited content on this subject. This fact could disrupt the professional training of nurses and make it difficult for them to provide quality and appropriate care to those with intellectual developmental disabilities.

The current study examined nursing students' knowledge, attitudes, and preparedness to care for those with intellectual developmental disabilities. At the same time, the present study also examined the professional perceptions of nursing educators regarding students' training on intellectual developmental disabilities and their professional preparedness to care for this population.

The current study used mixed methods, including distributing closed questionnaires to student participants and in-depth interviews with student volunteers and nursing educators. The sample included 213 students aged 20-47 from around Israel and various educational institutions. In addition, five in-depth interviews with senior nursing educators were performed.

The research findings indicated a positive and strong relationship between students' perception of knowledge about intellectual developmental disabilities and their perception of preparedness to care for this population. In addition, a positive relationship was found between

students' attitudes toward caring for those with intellectual developmental disabilities and their willingness to care for this population.

The perception of knowledge and attitudes towards the care of those with intellectual developmental disabilities were found to predict the preparedness to care for this population. In addition, significant differences were found between students according to previous knowledge and previous experience in caring for those with developmental intellectual disabilities. Students with prior knowledge and expertise reported a higher perception of knowledge and preparedness to care for this population.

The in-depth interviews with the students revealed three key themes: "Professional perceptions regarding the care of those with intellectual developmental disabilities,"; "Reference to the care of those with intellectual developmental disabilities in the curriculum and recommendations for future programs," and "Willingness to care for those with intellectual developmental disabilities in the future." The interviews with the nursing educators also yielded three key findings: "Professional views regarding the training of students in the field of developmental intellectual disability,"; "Training nursing students in the care of those with intellectual developmental disabilities in the present," and "Insights regarding the preparedness of the graduates to care for those with intellectual developmental disabilities."

The importance of the current study lies in being a pioneering study in nursing education that examines the training of nursing students in the care of those with intellectual developmental disabilities. The research aims to explore the state of knowledge of the nursing students, their attitudes, and their preparedness to care for those with intellectual developmental disabilities with the understanding that an in-depth examination of these factors can promote and improve the quality of care given to those with intellectual developmental disabilities in the health system and promote the training of nursing students in the field.

It is of utmost importance to understand the acquired knowledge, attitudes, and preparedness of nursing students to care for those with Developmental intellectual disability during their

studies and in preparation for their joining in the future as professionals, as these may affect the quality of care for this population in the future.

Keywords: Intellectual-Developmental disability, Nursing students, Knowledge, Attitudes, preparedness for treatment

Synopsis

People with intellectual developmental disabilities experience significant health challenges and barriers in accessing medical care. Healthcare teams, including nursing students, may contribute to advancing care in this population, but knowledge on the subject is minimal.

The current study examined nursing students' knowledge, attitudes, and preparedness to care for those with intellectual developmental disabilities. The research findings indicated positive relationships between the knowledge and attitudes towards those with intellectual developmental disabilities and the preparedness to treat this population. The knowledge and attitudes were also found to predict the clinical preparedness of the students. The student interviews yielded three main themes.

The research findings emphasize the need to deepen knowledge in nursing curricula to promote positive attitudes and preparedness to care for those with intellectual developmental disabilities.



**Factors related to nursing student's preparedness to care for
people with intellectual developmental disabilities: knowledge,
attitudes, and training**

Dr. Sigalit Warshawski

Faculty of Medical and Health Sciences, Department of Nursing,
Tel Aviv University



This work was supported by a grant from the Shalem Fund
for the Development of Services for People
with Disabilities in the Local Councils in Israel

2024

קרן שלם/2022/2024-674-890