

## מבחן תרגול-1

1. מהם סימנים להערכה עצמית של הסטודנט בהתקדמותו במהלך ההתנסות?
- רמת מוטיבציה
  - רשימת מטלות
  - הגדרת אבני דרך
  - הערכה מעצבת
2. מה מאפיין את המדריכה בתפקיד "המנחה"?
- היא מאפשרת לסטודנטים לעצב את ההתנסות
  - התפקיד שלה כולל "נוכחות צמודה"
  - היא שולטת על תהליך הלמידה
  - מתערבת למניעת טיפול לא בטיחותי בלבד
3. מהו מיסגור הבעיה בתהליך החשיבה הביקורתית?
- בחינת טווח הרמזים הזמינים
  - מידע ודפוסים רלוונטיים מתומצתים מהמצב
  - אחת או יותר מהבעיות שזוהו ממידע ודפוסים
  - בחירת הפתרון וסיכום הבעיה
4. מה המשמעות של עקרון ההתקבעות בתפקיד המדריכה?
- "לשחק את התפקיד"
  - "להיות בתפקיד"
  - קבלת מינוי של מדריכה קלינית מורשית.
  - הסתרת האותנטיות שלה.
5. במהלך הכנסת קטטר, הסטודנט ביטל סטריליות, מהי תגובה יעילה של המדריך?
- לומר לסטודנט "תן לי להמשיך על מנת להראות לך דרך נוספת לביצוע המשימה"
  - לתת לסטודנט להמשיך במשימתו תוך השגחה שלא יבצע טעות נוספת
  - לומר לסטודנט כי עשה טעות חמורה ועליו ללכת ללמוד כיצד לבצע את הפעולה כראוי
  - לומר לסטודנט כי כעת עליו לעזוב את החדר והמדריך ימשיך בביצוע הפעולה

## שאלות נוספות מחכות לכן בספר

**תוכן עניינים**

עמ'	
1-97	<u>1. ניהול, תכנון ותיאום ההתנסות בשדה הקליני</u>
1	▪ מפרט
2-14	▪ אוקונר פרק 1- המטרות של החינוך הקליני בסיעוד
14-17	▪ סמית'- פרספטורית קלינית
17-25	▪ אוקונר פרק 2- הסביבה המשתנה של החינוך הקליני בסיעוד
25-26	▪ סמית'- שותפויות אקדמיות
26-55	▪ אוקונר פרק 3- כניסה לתפקיד ההדרכתי
44-48	▪ סמית'- הערכת סיכונים, סטודנטים בסיכון גבוה לכישלון, כשלון אקדמי, הסיכון להיכשל
55-59	▪ חוזר מנהל הסיעוד 148/2018 מדריך קליני מורשה
59-83	▪ אוקונר פרק 8- ארגון וניהול ההדרכה בשדה הקליני
83-84	▪ סמית'- חינוך ותקשורת בין- מקצועיים
84-97	▪ שאלות תירגול- חלק 1
98-142	<u>2. תיווך ערכי ליבת המקצוע, עקונות, חוקים, ונהלים רלוונטיים</u>
98	▪ מפרט
107-99	▪ סמית'- יושרה אקדמית, התנהגות אקדמית בלתי הולמת, מרמה אקדמית, רמאות סטודנטיאלית, התנהגות מפלגת, בריונות,
107-112	▪ חוק למניעת הטרדה מינית, התשנ"ח- 1998
112-113	▪ חוק למניעת אלימות במוסדות רפואיים, התשע"א- 2011
113-122	▪ סמית'- דאגה ו-caring, אדיבות, מודעות תרבותית, כשירות תרבותית, שונות תרבותית, בטיחות תרבותית, איכות ובטיחות, בטיחות מטופלים, תיקון קליני, יושרה מוסרית, קבלת החלטות אתית, אתיקה
123-131	▪ הקוד האתי של האחיות והאחים בישראל- הסתדרות האחיות
132-142	▪ שאלות תירגול

- 143-232 3. מודלים, גישות ושיטות הוראה והדרכה
- 143 מפרט
  - 144-217 אוקונר פרק 4- המסגרת של בנר של מומחיות קלינית
  - 147-148 סמית'- כשירות קלינית, הוראה קלינית
  - 148-216 אוקונר פרק 10- אסטרטגיות הוראה ולמידה
  - 150-156 סמית'- הוראה ממוקדת לומדת, למידה ממוקדמת בלומד, למידה אקטיבית, למידת מבוגרים, למידה בהנעה עצמית
  - 159-161 סמית'- שיטת ההחלטה למקרה
  - 176 -164 סמית'- מיומנויות פסיכומטריות, סימולציה: הנמקה קלינית, אתיקה, כללי; בטיחות בתרופות, סימולציה: בטיחות המטופל; יצירת תרחיש, למידה טרנספורמטיבית, תרחישים קליניים
  - 183-187 סמית', שילוב התיאוריה בפרקטיקה, למידה טרנספורמטיבית, מפת מושגים
  - 188-195 סמית'- תיאורי מקרה, למידה מבוססת ראיות, אמנות ורפלקציה, כתיבה רפלקטיבית
  - 197-198 סמית'- תכניות טיפול סיעודית
  - 202 -201 סמית'- עשייה מבוססת ראיות, קבלת החלטות קליניות
  - 204-205 סמית'- חשיבה ביקורתית
  - 214-216 סמית'- הומור
  - 217 סמית'- מודעות תרבותית
  - 230 -218 שאלות תרגול
- 231-279 4. מנהיגות חינוכית
- 231 מפרט
  - 256 -232 אוקונר פרק 15- סוגיות פנים מקצועיות של החינוך בסיעוד
  - 257-270 סמית'- מנהיגות אקדמית, אמנות הסיעוד, תקשורת, אינטלגנציה רגשית, העצמה, מחוייבות, מנהיגות, פיתוח מנהיגות, מנהיגות מעצבת, מנטורינג, יחסי מנטורית ובת חסות, מעבר לתפקיד מתקדם
  - 279 -271 שאלות תרגול

293 -280	5. משוב והערכה
280	▪ מפרט
281-289	▪ סמית'- כישלון אקדמי, הערכה קלינית, הערכה של יכולות קליניות, אינפלציית ציונים, מתן ציון, מתן ציונים בהתנסות קלינית, הערכה עצמית, הערכה עצמית- מדידה, תיקון, סטודנט לא בטוח
290-293	שאלות תרגול
294-418	6. מבחני תרגול
314 -294	מבחן תרגול 1
334 -315	מבחן תרגול 2
355 -335	מבחן תרגול 3
376 -356	מבחן תרגול 4
397 -377	מבחן תרגול 5
418 -398	מבחן תרגול 6

## 1. ניהול, תכנון ותיאום ההתנסות בשדה הקליני

### מפרט:

- ✓ תפקיד המדריך הקליני – תכנון, יישום והערכת תוכנית הדרכה
- ✓ מאפיינים של מערכת בריאות במציאות משתנה, מאפייני המודרכים, זיהוי הגורמים המסייעים והמעכבים בשדה הקליני והתמודדות איתם
- ✓ בנייה, הצגה והתאמה של תכנית הדרכה בהתאם למטרות המוגדרות בתוכנית ההכשרה – תוך התייחסות למיומנויות תקשורת, פעילות מבוססת ראיות, כשירות מוסרית ותרבותית, פיתוח כישורי למידה ומציאות משתנה
- ✓ תיאום ושיתוף התכנית עם העמיתים בשדה הקליני ועם הגורם המזמין הדרכה
- ✓ קביעת חוזה הדרכתי ויישומו ביחד עם קבוצת מודרכים בהתאם לתיאום ציפיות- קביעת לוח הזמנים ושלבי הלמידה להשגת מטרות ההתנסות עבור קבוצת מודרכים, קביעת כללי התנהלות, חובות וזכויות המודרכים

### אוקונר פרק 1- המטרות של החינוך הקליני בסיעוד

- המטרות האולטימטיביות של לימודי הסיעוד הינן להכין את הסטודנטים: לחשוב חשיבה קריטית, לתקשר בצורה מדויקת, ולבצע מיומנויות והתערבויות סיעודיות במסגרת הקלינית; להראות את ההתנהגויות של caring שהן חלק מהפעולות בסיעוד; להתייחס בפרספקטיבה אתית בקבלת החלטות אתיות; ולתפקד בצורה יעילה כחלק מצוות.
- המטרות של חינוך סיעודי קליני הן לאפשר לסטודנט:
  1. יישום של למידה תיאורטית לטיפול במטופל- (עמוד 4-2)
    - באמצעות שימוש במיומנויות של חשיבה קריטית לזיהוי ופתרון בעיות של טיפול במטופל ושימוש בתהליך הסיעודי לעיצוב התערבויות טיפוליות סיעודיות ואומדן של השפעותיהם.
    - מאפשר לסטודנטים להעביר מידע תיאורטי על סיעוד מתוך ספרי לימוד והסברים בכיתה על תגובות הגוף למחלה ולטיפולים בה, ללמידה מעשית בביצוע התצפיות והתערבויות הנדרשות לניהול התגובות הללו במצבי אמת. המודרכים רואים כיצד האידיאל התיאורטי "מתנגן" בעולם הקליני האמיתי.
    - התיאורטיה הופכת לאמיתית כאשר הם מתאימים בין המקרה "הרגיל" שהוצג בכיתה למקרה הספציפי והייחודי אליו נחשפו.
    - המעבר מהכיתה לקליניקה הוא מפחיד ועל המדריכה הקלינית להיות מיומנת מספיק לזיהוי רמות חרדה שונות בקרב הסטודנטים ולניתוב חרדה שימושית ( functional anxiety) למיקסום הלמידה ולניטרול חרדה לא תפקודית (dysfunctional anxiety) על מנת לאפשר עשייה בטוחה.
    - חשיפה למגוון מצבים קליניים חיונית לכיוונון נכון של כישורי התצפית (observation), היזכרות (Recall), ישום (application) ופתרון בעיות. על כן, על המדריכה הקלינית ליצור גישות והזדמנויות לחשיבה ביקורתית באמצעות:
      - דיון (השוואה ועימות בין גישות אישיות)
      - כתיבת יומנים (רפלקציה על מצבים קליניים ויצירת קשרים אינטלקטואליים הקשורים להתנהלותם בסיטואציה)
      - שאלות שאלות מובנות המציגות שאלות מסוג "מה אם?" (חקירה של תרחישים אלטרנטיביים שהיו עלולים להתרחש)
      - "סיפורי מלחמה" (בהם המדריכה חולקת מניסיונה במקרים דומים).

## – התהליך הסיעודי

- מקל על ההבנה של ההקשרים האינטלקטואליים הנדרשים ליישום תיאוריה בפרקטיקה.
- משמש כמדריך לחשיבה ביקורתית, המדגישה את:
  - > הקשרים בין ביצוע תצפיות והערכות
  - > ניתוח שלהם לניסוח של התחלתית
  - > בחירה גישות להתמודדות עם בעיות שזוהו במהלך התהליך האבחנתי
  - > יישום התערבויות
  - > הערכה של היעילות של ההתערבויות ואת דיוקה של האבחנה ההתחלתית
- תכניות טיפול כתובות, שלרוב מבוססות על התהליך הסיעודי, דורשות מהסטודנטיות ליצור הקשרים ברורים שהן יצרו (או לא יצרו) ובכך לגרום לשייכות ותיכול של הלמידה התיאורטית במקרה הקליני. תכנית טיפול תאפשר למדריכה להבין את מידת ההצלחה שבה הסטודנטים מחברים בין התיאוריה לפרקטיקה. מצד שני, כאשר התהליך הסיעודי מצומצם למסגרת של תכנית טיפול כתובה במקום חשיבה אקטיבית, זה יכול להפחית בעיני המודרכים את הצורך בחשיבה ביקורתית.

## 2. פיתוח מיומנויות תקשורת בעבודה עם מטופלים, משפחותיהם ועובדי בריאות אחרים (עמוד 4-6)

- חלק חשוב מלימודי הסיעוד הינו המעבר מסגנון תקשורת שהינו בעיקר חברתי לסגנונות תקשורת תלויי מצב, הנדרשים במקצוע הסיעוד. לא ניתן ללמוד את זה בכיתה.
- פיתוח כישורי תקשורת טיפוליים הוא אחד מהיעדים העיקריים של לימודי התקשורת בסיעוד. יש ללמד את הסטודטים לזהות את המגוון הרחב של גישות תקשורת ולהפוך למיומן בבחירה ושימוש בגישות מתאימות במצבים ספציפיים. בנוסף, על האחיות להיות מומחיות בראיון, ייעוץ, ולימוד מטופלים; תיעוד תצפיות והתערבויות - בעל פה ובכתב, ובהאצלת סמכויות מעלה ומטה בשרשרת עובדי הבריאות.
- בשונה מתקשורת חברתית, תקשורת מקצועית הינה מכוונת מטרה. יש לעזור למודרכים לזהות את מטרת התקשורת שלהם והמידע הדרוש להשגתה. למשל, יש לתכנן ולתרגל מנטאלית אינטראקציות תחיליות, כמו הזרקת IM או החלפת חבישה.
- על הסטודנטים גם להיות מיומנים בהקשבה ותצפית על שותפי השיחה שלהם, פירוש הדברים שנאמרו ותגובה אליהם. לעיתים קרובות, הסטודנטים כה חרדים ולהוטים להעביר את המסר שלהם, שהם לא מקשיבים לתשובות. המדריכה הקלינית יכולה לעודד את הסטודנטים להאט בקצב הדיבור ולאפשר רגעי שקט שבהם שני הצדדים יכולים לחשוב לפני שידברו.

– אחיות נוטות להשתמש בשפה פשוטה להסבר של שפה מקצועית, וזו מותאמת לגיל, רמת השכלה, תרבות, שפה ובעיות תקשורת קיימות של המטופל (כבודות שמיעה, חוסר יכולת לדבר עקב טרכיאוסטום, וכן רמת החרדה או העירות של המטופל). אחיות משתמשות גם בתקשורת לא ורבליית מלאה הכוללת מגע והבעות פנים. המודרכים לומדים מהן באמצעות התבוננות. ניתן לחזק עוד יותר את המסר על ידי שימת דגש של המדריכה על גישות יעילות במיוחד או כאלה שפחות מוצלחות.

#### – "שפת אחיות"

- אחיות משתמשות ב"שפת אחיות" אחת עם השנייה. זוהי שפה המלאה בשפה מקצועית, קיצורים ומונחים השייכים לסביבה הקלינית.
- מתאימה למצב הקליני המשתנה במהירות והזמן המוגבל שבו לאחיות יש להעברת עדכון.
- לסטודנטיות השפה הזו יכולה להיות לא מובנת ומבלבלת ואם הן יפחדו לבקש "תירגום" הן עלולות להעביר את ההתנסות עם הבנה מועטה מאוד.
- זה יכול להחמיר במצבים שבהם סטודנטיות שעובדות במחלקות אחרות משתמשות ב"שפת אחיות" כדי להסתיר את חוסר הידע שלהן.
- על המדריכה הקלינית לשמש כמתורגמנית ובשפה כפתח ללמידה והסבר נוספים. לדוגמא, אם האחות מתייחסת ל- קאבג' בחדר 304, המדריכה יכולה להסביר שאין מדובר בכרוב (באנגלית) אלא בראשי תיבות CABG של Coronary artery bypass graft ולתת תקציר על אינדיקציות לניתוח, תוצאותיו והטיפול הסיעודי הדרוש. רצוי שתדגיש במעמד זה כי מטופלים אינם אבחנות אלא בני אדם.
- כוללת פעמים רבות גם הומור, לעיתים מחריד, המסייע להן להתמודד עם לחץ. סוג כזה של הומור יכול להיראות לסטודנטיות כחוסר אכפתיות אך משמש כמנגנון התמודדות של אחיות עם העומס הנפשי בטיפול במטופלים עם מחלות קשות.

#### – "Delegation talk" – הוראות/ האצלת סמכויות

- מתרחשת כלפי "מטה" כאשר אספקט של הטיפול הסיעודי יבוצע על ידי מישהו אחר, או כלפי "מעלה", כאשר האחות מבקשת התערבות של רופא או מנהל.
- תקשורת מסוג זה מאופיינת בשפה ברורה מאוד על מנת להעביר מה יש לעשות, מדוע, מתי, איך וציפייה לתשובה או דיווח חזרה למאציל הסמכויות.
- יש להגדיר בצורה ברורה על מי לבצע את המשימה.



○ מודרכים מרגישים שלא בנוח להאציל סמכויות ולבקש התערבות מאנשים בעלי ידע / מומחיות רבים מהם וזה יכול לפגוע בתקשורת. עליהם לתרגל זאת, גם אחד על השנייה.

– "שפה מקצועית" (professional tongue)

- משתמשת בטרמינולוגיות רפואית וסיעודית לתיאור או הסבר מדוייקים של המצב.
- משמשת בהעברת משמרת, ביקור רופאים וכו' על מנת לעדכן אנשים שפחות מעודכנים במצב הנוכחי.
- ניתן ללמד את המודרכים את השפה על ידי עידוד של שימוש בה בדיווחים שלהם בסוף היום לאנשי צוות או במהלך דיונים.

3. הדגמת כישורים בשימוש בטוח בהתערבויות סיעודיות בטיפול במטופלים (עמודים 6-9)

- מעבדת התירגולים בבה"ס לסיעוד אינה תחליף לסביבה הקלינית בכל הנוגע לקבלת מיומנויות טכניות.
- ההתקדמות נאמדת ברשימה ההולכת וגדלה של מיומנויות שהסטודנטיות ביצעו ולעיתים אף הפכו למיומנות בהן.
- ביצוע פיזי גורם לעלייה ברמות החשיבה והתקשורת, בייחוד בהתנסויות הקליניות הראשונות, ולתחושות של הישגיות.
- פנייה למטופל על מנת לתת לו טיפול פיזי קלה יותר לסטודנטיות לעומת פנייה לשם הדרכה או ייעוץ.
- המיקוד של הסטודנטיות בפעולות הטכניות יכול להטריד את המדריכה הקלינית, שיודעת שביצוע טכני הינו רק חלק קטן המטיפול הסיעודי המקצועי במטופל. ההתמקדות של המודרכות בפעולות הטכניות מהווה מראה להערכה הגבוהה יותר של מטופלים כלפי טיפול פיזי לעומת נוחות ויחסי אמון. ככל שהסטודנטיות מטמיעות במהלך לימודיהן יותר מערכי הסיעוד, כך משתנות גם התפיסות שלהן.
- פיתוח מיומנות בסיעוד יכול להיות גם גורם לחרדה בקרב הסטודנטיות- פחד מגרימת נזק למטופלת, או שהמטופלת תראה בהן חסרות יכולת, תרגיש כמו עכבר מעבדה ו/או תבקש "אחות אמיתית".
- פיתוח מיומנויות למתן התערבויות טיפוליות סיעודיות מורכב מיותר מאשר מיומנות טכנית ודורש הפעלה סימולטנית של התנהגויות טיפול, מיומנות טכנית, ופעולה של חשיבה ביקורתית, אליה ניתן להגיע רק כאשר החלק הטכני של ביצוע הפעולה כבר לא דורש את כל יכולת הריכוז של הסטודנט. רק בשלב זה, לרוב בשלב הסופי של

הלימודים, הסטודנט יכול לראות את כל התמונה בשלמותה ולתת מענה הוליסטי למטופל. המדריכה יכולה לקדם את פיתוח המיומנות בכך שתדאג לפרטים אותם הסטודנט לא יכול לראות כאשר הוא מבצע את הפעולה, בייחוד בפעם הראשונה. לדוגמא, להסביר את הפעולה למטופל, לנחם (למשל, להחזיק למטופל את היד), ולעקוב אחר תגובת המטופל להתערבות. כך המדריכה יכולה "להשלים" את פעולות הסטודנט להדגמת ביצוע "שלם". בכך, תפקיד ה"עוזרת" מסייע למדריכה להימנע מהשתלטות על הביצוע באמצע הפעולה.

- הדאגה העיקרית של המדריכה הקלינית כאשר הסטודנטים למדים מיומנויות טכניות בסביבה הקלינית הינה בטיחות. כמו הסטודנטים, גם היא מודאגת מטעויות שיכולות להתרחש ולגרור נזק למטופל, דאגה שמוכפלת בכמות הסטודנטים אותם היא מדריכה. על המדריכה לוודא כי היא מחלקת את זמנה בין כל הסטודנטים על מנת לאפשר לכולם הזדמנות לתרגל. הקשיים הללו יכולים להיות הסיבה לתחושתם של הסטודנטים כי מטרתה של ההתנסות הקלינית הינה למידה ושדרוג מיומנויות טכניות.
- המדריכה יכולה לסייע בהבנת ה"למה?" שמאחורי ה"איך?" על ידי שאילת שאלות, דיונים וחזרות בעל פה של טיפולים.

#### 4. תכנון הטיפול תוך הערכה ושימוש בעשייה מבוססת ראיות ובמצאי מחקר - Evidence based practice (עמוד 9)

- עשייה מבוססת ראיות הינה מתן טיפול המבוסס על מידע לגבי "מה עובד".
- היא מערבת בחינה ביקורתית של מחקרים מהימנים ואינטגרציה של המידע הטוב ביותר למצב הקליני, בהתבסס על המומחיות של האחות, העדפות המטופל ומשאבים זמינים.
- היכולת לשלב EBP וממצאי מחקר לטיפול הסיעודי תלויים ביכולת לנתח ולבקר מחקרים להערכת יעילותם בפרקטיקה. כישורים אלה מוצגים בתכנית התואר הראשון, לרוב אחרי מספר התנסויות קליניות. הכישורים הללו יגיעו לבשלות מלאה הרבה אחרי סיום הלימודים, בהינתן שמוסד העבודה מעודד, תומך ומספק זמן ומשאבים ל-EBP.
- המדריכה יכולה לזרוע בסטודנטיות יצר חקירה וסקרנות ללא תלות בסוג התכנית בה היא מלמד או באם הסטודנטיות נחשפו לקורס מחקר. רוח החקירה הינה אחת מארבעת אשכולות הכשירות שזוהו כתוצאות רצויות של לימודי התואר הראשון בסיעוד. רוח חקירה שכזו מטילה ספק בבסיס של פעולות סיעוד שונות, שברובן טבועות במסורת ולא במדע, ודורש מציאת ראיות התומכות בפעולות הסיעוד, כולל תובנות חדשות.

- ניתן לעודד סטודנטיות לשאול שאלות לגבי פעולות שהם מבצעים בזמן מתן טיפולים שונים ואז לחפש את הספרות הרלוונטית ביותר לגבי הטיפולים הטובים ביותר לבעיה. בהמשך ניתן לעודד את הסטודנטיות לשקול בכובד ראש האם המידע המוצג שתומך ב"טיפול הטוב ביותר" מספק והאם השיטה הזו היא אכן המתאימה ביותר למטופל הספציפי.

#### 5. טיפול סיעודי תוך הדגמת caring (עמוד 9-10)

- לרוב סטודנטים לסייעוד מגיעים למקצוע מתוך "הרצון לטפל באחרים".
- המיקוד של הסטודנטים במיומנויות טכניות מתאים לנטייתם להשוות בין פעולות אלה ה"עושות משהו בשביל המטופל" עם הטיפול במטופל (caring).
- ה-caring באמצעות פעולה אקטיבית כלשהי צריך להיות מוחלף ב-caring מאפשר ומעצים- דאגה לאדם שהינו המטופל, המתמודד עם מחלה קשה או הכנסת שינוי חיוני לאורח חייו.
- סטודנטים לרוב מתקשים לראות את "התמונה הגדולה"- הם אינם רואים את המטופל כשלם, כחלק ממשפחה וקהילה ולא את המקום ממנו הגיע המטופל ואת זה שאליו יחזור.
- ראיית המנהרה (tunnel vision) הזו אינה עקב חוסר במידע, אותו יכלו לאסוף בצורה מלאה, אלא שהסטודנט יותר מרוכז בעצמו וב"כאן ועכשיו". למשל, הסטודנט יכול לעקוב אחרי קצב ההזלפה של עירוי IV מבלי לבדוק האם העירוי עצמו והחיבור למטופל תקינים; או לצפות במוניטור של מטופל מראה על הפרעת קצב מבלי לבחון את תגובת המטופל להפרעת הקצב הזו.
- סטודנטים מזהים caring כשהם רואים אותו. לכן, מודלינג של caring הינו תפקידה מרכזי של המדריכה. כאשר המדריכה מזהה caring מצד הסטודנטית עליה להחמיא לה על כך- בכך המדריכה תראה לה שביכולתה לפתח את המיומנות הזו וכן תדגיש את חשיבותה.
- סטודנטים גם מזהים כשלים במתן caring על ידי אנשי צוות אחרים. שילוב של כעסם על חוסר ה-caring בדיון, ניתוח הסיבות האפשריות מצד הצוות להתנהגות זו ודרכים בהן ניתן היה להפוך את האינטראקציה ל-caring יסייעו להם להבין כיצד המונח מקבל משמעות במעשים.

- 6. לזהות ולכבד את האמונות, הערכים ומנהגים המגוונים הטבועים באנשים באוכלוסיה בעלת שונות הולכת וגדלה (עמוד 10-12)

- הסטודנטים יכולים להיות "מוצפים" מהמגוון הרחב בו יפגשו במהלך ההתנסויות שלהם ויזדקקו להנחייה על מנת לזהות את ההתייגויות הספציפיות של שוני תרבותי של מטופלים ופיתוח גישות רגישות תרבותית (culturally sensitive) לטיפול בהם.
- המידע הכללי על אמונות בריאות הקשורות לתרבות שהם קיבלו בכיתה צריך לעבור התאמה בעשייה בשטח.
- כשירות תרבותית (Cultural competence) הינה התהליך המתמשך בו אשת הבריאות שואפת כל הזמן להשיג את היכולת לעבוד בצורה יעילה במסגרת ההקשר התרבותי של המטופלת.
- החינוך בסיעוד לשונות תרבותית החל בגישה כוללנית וסטריאוטיפית לגבי קבוצות אוכלוסיה שונות, אך עם השינוי בפרספקטיבה על השפעות תרבותיות כמשפיעות על התנהגות בריאות, הבינו כי מלבד האתניות והמוצא, תרבויות שונות מתבססות גם על גיל, מגדר, נטייה מינית, רקע חינוכי, סטטוס סוציאקונומי, תעסוקה, נכות וכדומה.
- המודל של ליינינגר (Leininger 1995)
  - o מחקרה על סיעוד בין תרבותי העלה את החשיבות של טיפול הולם תרבותית (Culturally congruent) המעוצב להתיישר עם האמונות, הערכים והמנהגים של יחידים וקבוצות. היא זיהתה 3 גישות למתן טיפול לבני קבוצות שונות תרבותית:
    - > לאמונות ומנהגים יעילים- טיפול המשמר את ההתנהגויות הללו, גם אם ההתנהגויות עצמן לא מסתדרות עם "התפיסה של הטיפול הנכון", בעיקר של סט' או צוות חדש במקצוע.
    - > לאמונות ומנהגים להם לא נראית השפעה שלילית על הבריאות, הסתגלות לגישה הפרטנית של המטופל לבריאות תוך התדיינות על הכנסת מעשים מעודדי בריאות כתוספת ולא כתחלופה למנהגים קיימים.
    - > באמונות ומנהגים להם השפעה שלילית על הבריאות, על האחות לעבוד עם המטופל על מנת לבנות מחדש את הגישה לטיפול לסילוק הרגלים מזיקים או כאלה המעכבים את ההחלמה.
  - o הסטודנט המתחיל בעיקר, עלול להרגיש מאוים מהאפשרות לאתגר את המנהגים הקיימים של מטופל מתרבות שונה משלו.
  - o המודל מבוסס על התאמת הטיפול על בסיס השפעת מנהגים ואמונות על מצב הבריאות.
- המודל של Campinha- Bacota (1998)
  - o מתייחס לתגובתה של האחות עצמה להבדלים התרבותיים.
  - o 5 מרכיבים בתהליך של פיתוח כשירות תרבותית:

- > מודעות תרבותית- מערבת בחינה עצמית של הטיות, דעות קדומות והנחות על השונים מהאחות. מודעות זו פותחת פתח לקבלת האחר, על אמונותיו, ערכיו ומנהגיו. המדריכה הקלינית יכולה לעודד את פיתוח המודעות התרבותית של הסטודנטים על ידי הדגשה של הייחודיות של כל מטופל.
- > ידע תרבותי- פיתוחו מחייב חיפוש אחר מידע כללי על תרבות והאמונות קשורות הבריאות שלה והערכה של הביטוי הייחודי של תרבותו של המטופל עליו בשילוב עם ניסיון חייו ואקולטורציה (הטמעת מנהגים אחרים תרבותיים וחברתיים של קבוצה) לתרבויות אחרות.
- > הערכה פיזית ותרבותית נכונה הינה מהותה של המיומנות התרבותית.
- > מפגשים תרבותיים- חושפים חסמים שפתיים שיש להתגבר עליהם לשיפור התקשורת.
- > רצון תרבותי (cultural desire)- מתאר רצון לספק טיפול המגיב תרבותית ולא ביצוע מתוך אילוץ.

#### 7. לשקול את ההשלכות האתיות של החלטות קליניות ופעולות סיעוד (עמוד 12-14)

- שיקולים אתיים בטיפול בסיעוד שזורים עם caring.
- פעולה אתית מערבת את "לעשות מה שנכון" במצבים שמערבים אפשרויות חלופיות.
- במענה אתי למצב, האחות אינה מחליפה את שיקול דעתה בזה של המטופל, אלא בוחנת אלו החלטות סיעודיות מייצגות בצורה הטובה ביותר את הרצון והערכים של המטופל.
- שיקולים אתיים כוללים סוגיות מהותיות כמו הזכות להגדרה עצמית, לפרטיות, וליחס של כבוד. האתיקה מחייבת גם החלטות קליניות ופעולות סיעודיות המשקפות את "הטוב הטוב ביותר" במצב, מנקודת מבטו של המטופל.
- חרף נטייתם הכללית לכיוון caring של הסטודנטים באינטראקציות עם מטופלים, הם לרוב מרוכזים בעצמם ולא באחרים. בשאיפתו למיומנות, הסטודנט מתמקד בביצוע הפעולה יותר מאשר על במטופל שבו היא נעשית.
- הציפיות של המדריכה או כאלה שנתפסות כאמיתיות ע"י הסטודנטית גם הן מסיטות את תשומת ליבה מהמטופל ולכיוון מיומנויות שיש לבצע.
- הקוד האתי המוצג בכיתה להתנהלות מול מטופל אחד ספציפי לרוב נמצא מעל יכולתם בשלב מוקדם של מרבית הסטודנטים. הבסיס הקליני של הסטודנטית אינו מפותח דיו והיא טרם נחשפה לכמות מספקת של מקרים על מנת לזהות את הסוגיות האתיות בטיפול היומיומי ולדעת מתי יש צורך במתן מענה דיסקרטי. היא אינה מודעת למצבים שבמסגרתם ניתן לפעול בדיסקרטיות. בנוסף, הסטודנטית לא מסוגלת להעריך בצורה

מלאה את המצב ולהציע אלטרנטיבות שיהיו גם נאותות אתית. לדוגמא, לרוב הסטודנטית לא תשקול לדחות את טיפולי הבוקר לשעה מאוחרת יותר ביום כי למטופל היה לילה קשה, לשוחח עם מטופל על חששותיו כאשר יש לקחת לו בדיקת דם בשעה מסויימת, או לעודד מטופל לעשות פיזיותרפיה למרות תלונות על כאבים. המדריכה יכולה לעבור במפגש הבוקר על תכניות הטיפול של כל סטודנטית ולהצביע על מקומות בהם ייתכן ויש צורך בשינוי, תוך הדגשת השאלה "מה הכי טוב בשביל המטופל?"- זה יכול לעזור לסטודנטית לשקול את ההשלכות האתיות של המצב ולחשוב על גישות חלופיות.

– התנהגות אתית כוללת גם לקיחת אחריות על מעשים. פעמים רבות סטודנטים מביאים לקליניקה אמות מוסר של הכיתה. למשל, ניחוש כאשר לא יודעים את התשובה, הימנעות מבקשת עזרה, התעלמות ממצבים בעייתיים בתקווה שאף אחד לא ישים לב, וגם רמאות. התנהגויות אלה כמובן אינן עומדות בקנה אחד עם טיפול בטוח ועל המדריכה הקלינית לקבוע סטנדרט אתי ברור בקליניקה. זה יכול עידוד של שאילת שאלות, היוועצות עם אחרים, חיפוש אחר תשובות, וידוא פעולות לפני ביצוע, והודאה בטעויות. הסטודנטים צריכים ללמוד שזה בסדר לטעות בזמן הלימודים, אך ממש לא בסדר להסתירן. עקביות בטיפול בטעויות של סטודנטיות, תוך שמירה על טיפול בטוח, חיונית לקידום מוסריות קלינית.

#### 8. קבלת נקודת מבט על הסביבה ההקשרית של מתן טיפול סיעודי (עמוד 14-16)

– לימודי הסיעוד מאפשרים התנסויות במחלקות שונות, עם מטופלים בגילאים שונים ובמגוון רחב של מצבים, ובסביבה קלינית שונה.

– פעמים רבות סטודנטים אינם מודעים להשפעות של הסביבה הקלינית על הטיפול במטופל. כל סביבה קלינית שונה בפעילויות המתרחשות בה- הדחיפות של ביצוע פעולות וקצב השינוי במצבו של המטופל. סביבה בעלת קצב נמוך, כמו בית אבות, יכולה אף היא להיות מלחיצה מבחינת סדר פעילויות לסטודנט לסיעוד בתחילת הלימודים. ככל שיתקדמו לסביבה פעילה יותר, יצטרכו להגביר את קצב ביצוע הפעולות מחד, ואת התאמת הטיפול למצבו המשתנה במהרה של המטופל. במהלך האוריינטציה, על המדריכה הקלינית להתייחס למגבלות הזמן וקצב הפעילות כגורמים המשפיעים על טיפול.