

גורמים המשפיעים על היענות צוות הסיעוד לשימוש במנוף לשם ניווד מטופלים מאושפזים - הדרך ל"מדיניות ללא הרמה"

דבורה אלפרוביץ-נחנזון PhD, PT¹; רחל פורס MA²; לאוניד קליחמן PhD, PT³

¹ החוג לפיזיותרפיה, ביה"ס למקצועות הבריאות על שם סטנלי שטייר, אוניברסיטת תל-אביב.

² מנהלת מכון הפיזיותרפיה, מרכז רפואי מאיר, כפר סבא.

³ החוג לפיזיותרפיה, ביה"ס למקצועות הבריאות על שם רקנטי, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

תקציר

רקע: שיעור הפגיעות בשריר ובשלד אצל צוות הסיעוד הוא מן הגבוהים מהמקצועות המדווחים. מחקרים מצביעים באופן מובהק על כך ששימוש במנוף לניוד מטופלים עשוי להוביל לשיעור נמוך יותר של פגיעות. למרות זאת, המנופים אינם בשימוש שגרתי גם אם הם זמינים. לא נבדקו עד היום הגורמים המשפיעים על היענות של צוות הסיעוד לשימוש במנוף.

מטרות: 1. לזהות הגורמים המשפיעים על היענות צוות הסיעוד לשימוש במנופים לניוד מטופלים במספר מחלקות בבית החולים. 2. לבדוק אם התערבות (הרצאות ותזכורות תדירות לשימוש במנוף) יכולה לשפר את היענות השימוש במנוף לניוד מטופלים.

שיטות: מחקר התערבותי איכותני וכמותי. אנשי צוות הסיעוד בארבע מחלקות בבית חולים רואיינו לפני ואחרי ההתערבות באשר לתסמינים בשריר ובשלד ובאשר להרגלי שימוש במנוף. 64 רואיינו לפני תחילת ההתערבות, מתוך שתי מחלקות פנימיות ומחלקה שיקומית גריאטרית, ו-63 לאחר ההתערבות, מאותן מחלקות וממחלקה פנימית נוספת. ההתערבות כללה הרצאה תיאורטית על המנוף והדרכה טכנית על השימוש בו, וכן מעקב דו שבועי למשך חודשיים להטמעת השימוש במנוף.

תוצאות: נמצא קשר מובהק בין ההדרכה לבין השימוש במנוף. נמצאה הפחתה מובהקת בעוצמת הכאבים בגב תחתון לאחר ההתערבות. גורמים מעכבים לשימוש במנוף היו: חששות מתקלות, חסר במנשאים, תחושה של חוסר בזמן (שימוש במנוף לוקח יותר זמן) והיעדר תמיכה של הממונים.

מסקנות: 1. לצוות הסיעוד חוסר מודעות וחששות רבים טרם ההתנסות בשימוש במנוף. 2. המצאות מנופים אינה ערובה לשימוש בהם. 3. הסבר על תועלת המנוף, הדרכה על השימוש בו ומעקב אחר אופן השימוש במנוף עשויים לתרום לשימוש בו. 4. שימוש במנוף מפחית באופן משמעותי את עוצמת הכאבים בגב תחתון ובצוואר אצל צוות הסיעוד. 5. יש לקדם "מדיניות ללא הרמה".

מילות מפתח: צוות סיעוד, מנוף, עמדות, היענות, כאבים בשריר ובשלד

הקדמה

פגיעות בשריר ובשלד אצל צוות הסיעוד גורמות לעתים קרובות לאיבוד ימי עבודה ולמגבלות בביצוע העבודה. בארצות הברית, צוות הסיעוד ובעיקר כוחות העזר מדורגים מדי שנה זה עשור בין עשרה המקומות הראשונים באיבוד ימי עבודה עקב פגיעות בשריר ובשלד הקשורות בעבודה.^{1,2} שיעור איבוד ימי עבודה אצל צוות הסיעוד במרכזים סיעודיים מגיע ל-13.5 ימים מתוך 100 לעומת 4.0 מתוך 100 אצל עובדי בניין ו-8.1 מתוך 100 אצל עובדי יצור [3].³ פגיעות גב אצל צוות הסיעוד נמצאו גורם עיקרי לעזיבת המקצוע.^{4,5} כך למשל במחקר בריטי, 12% מהאחיות שעזבו את המקצוע דיווחו על כאבי גב כגורם עיקרי או גורם תורם לעזיבתם את העבודה.⁶

מנוף הוא מכשור מכני שמציע פתרון הנדסי להפחתה של עומסים מסוכנים אצל צוות הסיעוד. מחקרים שבחנו את השימוש במנוף לשם מניעה של פגיעות בגב בקרב צוות הסיעוד⁷⁻¹¹ הראו, שהשימוש במנוף מפחית את תחושת העומס הפיזי ומקטין את כוחות ההרמה הנדרשים לשם ניווד מטופלים.¹⁰ המחקרים הללו

תודות

לצוות בי"ח מאיר על שיתוף הפעולה והנכונות

לאפשר לנו לבצע את המחקר:

גב' ריקי זטלנד, מנהלת הסיעוד;

גב' מיכל פנצ'ק ספקחת חטיבת פנימיות;

מנהלות מחלקות המחקר:

גב' נאסר רולה, גב' טובה דון, גב' אמנה מתאי,

גב' מרסל ויגלמן, גב' עפרה מקסימוב;

תודות לצוות הסיעוד שהשתתף במחקר.

הצהרה: המחקר מוכן על ידי משרד התמ"ת

בשלב ראשון נערך ראיון בידי עורכת המחקר (ד.א-נ) שערך כרבע שעה וכלל איסוף נתונים סוציו-דמוגרפיים, נתונים על מאפיינים של תנאי עבודה ועל השימוש במנוף. כמו כן 64 אנשי צוות, משתי מחלקות פנימיות וממחלקה שיקומית-גריאטרית, מילאו שאלון נורדי מותאם (Modified Nordic Questionnaire) על מיקום הכאבים בריר ובשלד ועוצמתם. השאלון פותח בשוודיה¹² ומאוחר יותר תורגם לעברית.¹³ בנוסף, כחלק מהמחקר האיכותני, מילאו אנשי הצוות במהלך ראיון פנים-מול-פנים שאלונים המשקפים את עמדותיהם לגבי השימוש במנוף. על מנת לפתח את השאלון רואיינו עשרה אנשי מקצוע (פיזיותרפיסטים, אחיות וכוחות עזר) בעלי ניסיון בשימוש במנוף, משלושה מרכזים גריאטריים שלא קשורים לבית החולים. המרואיינים נשאלו על מידת השימוש במנוף, אופן בחירת המטופלים המתאימים לניוד עם מנוף, וכן על הקשיים באשר לשימוש בו. לכל השאלונים צורפה שאלה פתוחה: במחלקה השיקומית גריאטרית, בה כבר היה מנוף, דנה השאלה בגורמים מעכבים לשימוש במנוף; במחלקות הפנימיות, בהן לא היה מנוף, דנה השאלה בדרכים להטמעת השימוש במנוף.

כשבוע לאחר סיום הראיונות הוכנסו המנופים למחלקות הפנימיות, מנוף אחד לכל מחלקה. בכל המחלקות, כולל המחלקה השיקומית-גריאטרית, קבלו העובדים שנכחו במחלקה הדרכה טכנית מסוכן של החברה על תפעול המנוף. ההדרכה הטכנית כללה: הסבר כללי לגבי עקרונות הפעלה, תפעול חרום ושימוש במעצורים; הצגת סוגי המנשאים והתאמתם למידות המטופלים; הדגמה ותפעול של העברה ממצב שכיבה לישיבה, וישיבה לישיבה; התנסות מעשית; קבלת משוב ודיון.

מצביעים באופן מובהק על כך ששימוש בעזרים מכאניים עשוי להוביל לשיעור נמוך יותר של פגיעות גב ופגיעות אחרות בריר ובשלד, וכן להפחתה של איבוד ימי עבודה אצל צוות הסיעוד במחלקות גריאטריות ובמחלקות חדות (אקוטיות).¹¹ למרות העדויות על יתרונות השימוש במנוף, מספר מחקרים מצאו כי מכשור זה איננו בשימוש שיגרתית גם אם הוא זמין.¹¹ למיטב ידיעתנו, לא נבדקו עד היום הגורמים המשפיעים על היענות לשימוש במנוף בקרב צוות הסיעוד לשם ניווד מטופלים בבתי חולים.

מטרות המחקר

להוות הגורמים המשפיעים על היענות צוות הסיעוד לשימוש במנופים לשם ניווד מטופלים במספר מחלקות בבית חולים.² לבדוק אם התערבות, המורכבת מהרצאות ותזכורות תדירות לשימוש במנוף, יכולה לשפר היענות השימוש במנוף לניוד מטופלים.

שיטות מחקר

המחקר הוא מחקר אורך התערבותי, שבוצע בבית-חולים מאיר בכפר סבא בשנת 2008 בארבע מחלקות (שלוש מחלקות פנימיות ומחלקה שיקומית-גריאטרית) וכלל שני חלקים, איכותני וכמותי. סה"כ 79 אנשי צוות סיעוד השתתפו במחקר. המחקר אושר על ידי הוועדה האתית של בית החולים, וכל המשתתפים חתמו על טופס הסכמה מדעת. טבלה 1 מציגה את מהלך המחקר. במחלקות פנימיות לא היו מנופים בתחילת המחקר, ולמחלקה שיקומית-גריאטרית הוכנס מנוף כעשר שנים לפני תחילת המחקר.

טבלה 1: מהלך המחקר

ראיון שני (כחצי שנה לאחר הכנסת המנוף)	התערבות			ראיון ראשון	המצאות מנוף במחלקה לפני ההתערבות	מחלקה
	מעקב דו-שבועי (במשך חודשיים)	הרצאה תיאורטית	הדרכה טכנית			
(N=15) +	-	-	+	-	-	פנימית 1
(N=15) +	+	+	+	N=22	-	פנימית 2
(N=16) +	+	+	+	N=21	-	פנימית 3
(N=17) +	+	+	+	N=21	+	שיקום-גריאטרי 4

תוצאות

א. מחקר כמותי

שישים וארבעה עובדי סיעוד רואיינו לפני תחילת ההתערבות, מתוך שתי מחלקות פנימיות ומחלקה שיקומית גריאטרית. שישים ושלושה עובדי סיעוד רואיינו לאחר ההתערבות, מאותן מחלקות וממחלקה פנימית נוספת (טבלה 1). מתוך אנשי צוות הסיעוד שרואיינו בארבע המחלקות, 60-70% מהאחיות ו-75-100% מכוחות העזר השתמשו במנוף בסוף תקופת המחקר (טבלה 2). בבדיקת הקשר בין שימוש במנוף לבין השתתפות

טבלה 2: אנשי צוות שהשתמשו במנוף בסיום תקופת המחקר

מספר אנשי צוות שרואיינו	השתמשו במנוף		
	אחיות N (%)	כוחות עזר N (%)	סה"כ N (%)
16	7 (58.3)	4 (100.0)	11 (68.7)
15	9 (69.2)	2 (100.0)	11 (73.3)
15	7 (70.0)	4 (80.0)	11 (73.3)
17	6 (66.7)	6 (75.0)	12 (70.6)

בפעילויות ההתערבות נעשה שימוש במבחן חי בריבוע (χ^2) (טבלה 3). נמצאו קשרים מובהקים בין שימוש במנוף לבין המשתתפים: השתתפות בהדרכה על אופן השימוש במנוף ($p=0.03$) והשתתפות בהרצאה תיאורטית ($p=0.002$).

טבלה 3: הקשר בין שימוש במנוף לאחר ההתערבות (N=63) לבין השתתפות בפעולות ההתערבות:

שימוש במנוף		
כן	לא	
33	8	השתתפות בהדרכה על אופן השימוש במנוף
12	10	
$\chi^2 = 4.72, p = 0.030$		
29	4	השתתפות בהרצאה תיאורטית
16	14	
$\chi^2 = 9.19, p=0.002$		

בבדיקת הקשר בין התסמינים בשריר ובשלד לפני ולאחר ההתערבות לא נמצאו הבדלים מובהקים בין שכיחות התסמינים בשריר ובשלד לפני ולאחר ההתערבות (טבלה 4). בבדיקת הקשר בין העוצמות של התסמינים לפני ולאחר ההתערבות, נמצא שממוצע עוצמת התסמינים בגב תחתון היה באופן מובהק נמוך יותר אחרי ההתערבות ($p=0.003$) וממוצע עוצמת התסמינים בצוואר היה באופן גבולי בלבד (ללא מובהקות סטטיסטית) נמוך יותר אחרי ההתערבות ($p=0.061$).

בשלב זה החלה התערבות בשתי מחלקות פנימיות ובמחלקה שיקומית-גריאטרית (מחלקה פנימית אחת לא השתתפה בהתערבות) שכללה הרצאה תיאורטית שניתנה על ידי עורכת המחקר (ד.א.נ) ומעקב דו-שבועי שנערך גם כן על ידי עורכת המחקר, כמו גם מעקב על ידי סוכן החברה. ההרצאה התיאורטית כללה: הצגת נתונים סטטיסטיים על שיעור הפגיעות הגבוה בשריר ובשלד אצל צוות הסיעוד; הצגת התסמונת של כאבים בשריר ובשלד הקשורים לעבודה (work-related musculoskeletal disorders) והשלכותיה; הצגת המטלות העיקריות של צוות הסיעוד המהוות גורם סיכון לכאבים בשריר ובשלד; הצגת האזורים האופייניים לכאבים בשריר ובשלד אצל צוות הסיעוד; הסבר על הביו-מכאניקה הגורמת לפגיעה ברקמות הרכות בגב התחתון ובגפיים עליונים; הצגת שיטות התערבות קיימות למניעת כאבים בשריר ובשלד אצל צוות הסיעוד ויעילותן; הצגת נתונים מהספרות על משקל מרבי מומלץ בניוד של מטופלים; מידע על המחקר המתבצע. השתתפו בהרצאה כל העובדים שנוכחו במחלקה בזמן ההרצאה. כל הדרכה והרצאה ערכו כחצי שעה כל אחת.

מעקב דו-שבועי בוצע במחלקות במשך חודשיים. האחות הראשית של המחלקה נשאלה על השימוש במנוף, על קשיים בתהליך היישומי. בנוסף, בוצעה תצפית, עם סיוע והנחיות לשימוש נכון. המטפלים במחלקה השיקומית- גריאטרית הונחו, כבשאר המחלקות, להשתמש במנוף בהתאם לעקרונות המוצעים בספרות¹⁴, אם כי ההנחיה הפנימית הייתה לא לנייד מטופלים שיקומיים עם מנוף, אלא רק את המטופלים הגריאטריים.

כחצי שנה לאחר הכנסת המנוף, כארבעה חודשים לאחר תום ההתערבות, נערך סבב ראיונות נוסף, בו צוות הסיעוד מילא שוב שאלון נורדי ושתי שאלות פתוחות שדנו בגורמים מעכבים לשימוש במנוף ובשינויים בתפיסתם של כוחות העזר באשר לחשיבות המנוף לאחר שהתנסו בו.

ניתוח סטטיסטי: תיאור המשתתפים הכמותיים הנחקרים נעשה על ידי אחוזים ושכיחויות למשתתפים הקטגוריאליים ועל ידי ממוצעים וסטיות תקן למשתתפים רציפים. לצורך בדיקת קשרים בין המשתתפים נעשה שימוש במבחן מאן-וויטני (Mann-Whitney) עבור משתני סדר, ובמבחן χ^2 עבור משתנים דיכוטומיים. בבדיקת הבדלים בתסמינים בשריר ובשלד ובשביעות רצון הנבדקים לפני ואחרי ההתערבות בוצעה על ידי מבחן וילקוקסון (Wilcoxon) למשתני סדר ועל ידי מבחן מקנמאר (McNemar) למשתתפים דיכוטומיים. תוצאות עם ערכי $P < 0.05$ נחשבו כבעלי מובהקות סטטיסטית. כיוון שהמדגם שהתוצאות מסתמכות עליו יחסית אינו גדול, ערכיק בין 0.05 ל-0.1 הוצגו כערכים גבוליים המציינים קיום מגמה של קשר. תיאור המשתתפים האיכותניים נעשה על ידי הצגת שאלות מרכזיות במחקר עם תשובות המציגות את המגמה של תשובות הנבדקים.

טבלה 4: הבדל בין תסמינים בשריר ובשלד והימנעות מתפקוד לפני ולאחר ההתערבות מחלקה שיקומית-גריאטרית ושתי מחלקות פנימיות (התערבות) (N=48)

P	אחרי ההתערבות N (%)	לפני ההתערבות N (%)	
NS	25 (51.0%)	29 (59.2%)	כאבי גב תחתון בשלושה חודשים אחרונים
NS	14 (28.6%)	15 (30.6%)	הימנעות מפעילות בעבודה ו/או בבית עקב כאבי גב
NS	18 (36.7%)	18 (36.7%)	כאבי גב תחתון בשבוע אחרון
NS	12 (24.5%)	18 (36.7%)	כאבים בצוואר בשלושה חודשים אחרונים
NS	6 (12.2%)	11 (22.4%)	הימנעות מפעילות בעבודה ו/או בבית עקב כאבי צוואר
NS	5 (10.2%)	10 (20.4%)	כאבי צוואר בשבוע אחרון
NS	10 (20.4%)	13 (26.5%)	כאבים בכתף בשלושה חודשים אחרונים
NS	4 (8.2%)	9 (18.4%)	הימנעות מפעילות בעבודה ו/או בבית עקב כאבי כתף
NS	6 (12.5%)	8 (16.3%)	כאבי כתף בשבוע אחרון
0.003	2.71 (±3.65)	3.87 (±3.87)	עוצמת הכאבים בגב תחתון (ממוצע וסטיית תקן)
0.061	1.24 (±2.99)	1.98 (±3.18)	עוצמת הכאבים בצוואר (ממוצע וסטיית תקן)
NS	1.09 (±2.74)	1.60 (±2.96)	עוצמת הכאבים בכתף (ממוצע וסטיית תקן)

ב. מחקר איכותני

ממצאי השאלות הפתוחות נותחו בשיטת "ניתוח תוכן", ומוצגות על פי שאלות המחקר.

ממצאי השאלות הפתוחות לפני ההתערבות

מטרת השימוש במנוף: כל הנבדקים נשאלו, לפני ההתערבות, מה לדעתם מטרת השימוש במנוף. התשובות היו: "הרמת מטופלים כבדים"; "מטופלים שקשה להרים באופן ידני"; "מניעת נפילות של מטופלים"; "שמירה על הגב של צוות הסיעוד"; "לא היו הבדלים בין התשובות של צוות הסיעוד במחלקה השיקומית-גריאטרית, בה היה מנוף לפני ההתערבות, לבין אנשי הצוות משאר המחלקות.

גורמים מעכבים לשימוש במנוף: הנבדקים במחלקה השיקומית-גריאטרית נשאלו על גורמים שמונעים מהם שימוש במנוף. התשובות היו: "מפחדת"; "לעולם לא אתרגל"; "חוששת מתקלות"; "המנוף מאיים"; "חסר במנשאים"; "אסור להשתמש במנוף עם מטופלים שיקומיים"; "אין צורך כשיש יותר עזרה של מטופלים"; "חשש לבטיחות המטופלים".

דרכים להטמעת השימוש במנוף: הנבדקים במחלקות בהן לא היה מנוף לפני ההתערבות נשאלו על תוכנית שבעזרתה ניתן יהיה להטמיע את השימוש במנוף לכשיגיע. התשובות היו: "הרצאה על יתרונות המנוף"; "הדרכה לעיתים קרובות, לחזור ולהזכיר"; "לרשום כהוראה רפואית. לקבוע נהלים"; "להטמיע בשיבות צוות, בשיחות, הדגמות מעשיות"; "לבחור נאמן שיהיה מיומן בשימוש במנוף"; "שימוש יומיומי במנוף".

ממצאי השאלות הפתוחות לאחר ההתערבות

גורמים מעכבים לשימוש במנוף: כל הנבדקים נשאלו, לאחר ההתערבות, על גורמים שמונעים מהם שימוש במנוף. במחלקות הפנימיות, בהן המנוף היה חדש, הגורמים שצוינו כללו: "חבל שיש

רק מנוף אחד במחלקה"; "אין מקום למנוף כאשר יש ארבעה מטופלים בחדר"; "לוקח זמן להביא מנוף"; "חסר במנשאים. קיים סיכון להדבקות של מזהמים"; "חשש עדיין בא לידי ביטוי גם לאחר ההתערבות: "לעיתים חוששת שיתקע, לא הטעינו את המנוף כראוי". במחלקה השיקומית-גריאטרית "נותרה הבעיה של איסור שימוש במנוף במטופלים שיקומיים".

שינוי בתפיסתם של המטופלים באשר לשימוש במנוף: כל הנבדקים נשאלו, לאחר ההתערבות, אם שינו תפיסתם באשר לערכו של המנוף, בעקבות השימוש בו. ערכו החיובי של המנוף צוין בכל המחלקות, עבור המטופלים ועבור המטופלים. בנוסף, במחלקה השיקומית-גריאטרית הודגש השוני בשימוש במנוף לאחר ההתערבות. הערות על ערכו של המנוף עבור המטופלים כללו: "המנוף נוח יותר לשימוש ממה שחשבתי"; "גיליתי את הכדאיות בעקבות ההתנסות"; "מתמיד בשימוש בו יותר ממה ששיערת לפני ההתערבות"; "לפני ההתערבות חשבתי שאני מבצעת נIOD ידני עם טכניקה טובה, כפי שנאמר לי על ידי פיזיותרפיסטים. היום ברור לי ששימוש במנוף מקטין את העומסים על הגב"; "הבנתי שרצוי לא להתייחס למגבלת הזמן, אלא כדאי להקדיש זמן לשימוש במנוף"; "היום אני אלופה. מתחילה בהכנת הסביבה כדי שהניוד יהיה יעיל ומהיר".

לגבי ערכו של המנוף עבור המטופלים ציינו המשתתפים: "המטופל מוגן יותר. פחות מטלטלים אותו"; "חששתי מתגובות של מטופלים וגיליתי שדווקא הם מבקשים שננייד אותם עם מנוף"; "לא תופסים בבית השחי. לא מכאיבים למטופל. המטופל נתמך היטב כך שלא נחבל"; "אין סיכון שהמטופל ייפול תוך כדי הניוד"; "המטופל מרגיש שהניוד נעשה באופן מקצועי"; "ניתן להוריד את המטופל לכורסא גם במשמרת ערב"; "המטופל נראה מסודר. שמירה על כבוד האדם".

שחסרים מנשאים במחלקות. מנשאים בשלושה גדלים לכל מנוף לא מספיקים מסיבות שונות. הבעיה העיקרית היא התפשטות זיהומים. בנוסף, קיימים מנשאים מסוגים שונים כמו לשימוש במקלחת שניתן להרטיבם. אם אין מנשאים מספיקים בכמות ובאיכות הצוות המטפל מוצא עצמו לעיתים קרובות מרים ומנייד באופן ידני מטופלים שזקוקים לעזרה רבה.

במחלקה השיקומית גריאטרית נותרה הבעיה של איסור שימוש במנוף במטופלים שיקומיים. לא מצאנו בספרות דיון על השימוש במנופים בנייד של מטופלים שיקומיים. יחד עם זאת, להערכתנו נייד ידני של מטופלים שלא מסייעים כנראה שלא תורם למטופל עצמו אך מכביד ופוגע במצבו הפיזי של המטופל. אנו רואים מקום במטופלים שיקומיים לשימוש ב"מנוף עמידה". מנוף זה מחייב סיוע של המטופל בנייד והבחירה במנוף צריכה להיות בהתאם ליכולותיו של המטופל. יש לציין שהמטופלים במחלקה השיקומית-גריאטרית, בה היה מנוף לפני ההתערבות, ראו ערך מוסף במנוף לאחר ההתערבות והבינו חשיבותו. בשלב זה ניתן להנחותם לגבי השימוש במנוף עמידה.

מניסיוננו, ומניסיונם של חוקרים במדינות אחרות,¹¹ הדרכה להגברת השימוש במנוף כמו גם באביזרי עזר אחרים לצורך נייד מטופלים לא בהכרח מספיקה על מנת לדאוג לבריאותם של אנשי צוות הסיעוד. כנראה יש צורך בהתערבות רב מערכתית שתשתף באופן פעיל ביותר את צוות הסיעוד במחלקה, את פיזיותרפיסט המחלקה, המרפא בעיסוק כמו גם אנשי תחזוקה ואף עובדים סוציאליים וכמובן את הנהלת בית החולים. מזה עשור קיימת מגמה של "מדיניות ללא הרמה" (no lift policy). זוהי מדיניות הממליצה למזער את פעולות ההרמה ואף להפסיק לבצען, במטרה להפחית כאבים בשריר ובשלד ממקור תעסוקתי.¹⁶ יש מקום לעורר את הנושא גם בארצנו.

המגבלה העיקרית של מחקר זה היא מספר המשתתפים הקטן יחסית. עובדה זו לא אפשרה להבדיל בין הקבוצה שלא קיבלה התערבות (מחלקה פנימית) לשאר המחלקות וייתכן שגם השפיעה על העדר המובהקות הסטטיסטית בחלק מהמשתתפים. בנוסף, לא כל אנשי הצוות שרואיינו לפני ההתערבות רואיינו לאחר ההתערבות, מאחר שלא היו זמינים.

סיכום

1. לצוות הסיעוד חוסר מודעות וחששות רבים טרם ההתנסות בשימוש במנוף.
2. המצאות מנופים אינה ערובה לשימוש בהם.
3. הסבר על תועלת המנוף, הדרכה על השימוש בו ומעקב על ידי צוות יעודי עשויים לתרום לשימוש במנוף במחלקות בבתי חולים.
4. שימוש במנוף מפחית באופן משמעותי את עוצמת הכאבים בגב תחתון ואולי אף בצוואר אצל צוות הסיעוד.
5. נותרו חסמים לשימוש במנוף, כמו חסר במנשאים ואיסור שימוש במנוף במטופלים שיקומיים.
6. יש מקום לעורר בארצנו את נושא ה"מדיניות ללא הרמה".

ערך מוסף של המנוף במחלקה השיקומית-גריאטרית: "היום אנחנו עובדים נכון יותר, לפי ההדרכה שקיבלנו"; "ההתערבות נתנה גושפנקה להשתמש יותר במנוף"; "מאז ההדרכה מורידים יותר סיעודיים שלא מסייעים- עם מנוף, ללא קשר למשקלם"; "קודם השתמשתי ביותר כוח"; "מבינה עכשיו את חשיבות המנוף לבריאות הגוף".

דיון

מחקרים הראו, שהשימוש במנופים מפחית את העומסים הפיזיים בעבודה של צוות הסיעוד, מקטין את הכוחות הנדרשים להרמה של מטופלים, ובכך עשוי להוביל לשיעור נמוך יותר של פגיעות גב.⁸⁻¹¹ במחקר הנוכחי, עוצמת הכאבים בגב התחתון ובאופן גבולי בצוואר אצל צוות הסיעוד ירדה לאחר ההתערבות.

מנופים אינם בשימוש שגרתי גם אם זמינים,¹¹ בדומה לתוצאות המחקר הנוכחי. הסיבות המוזכרות בספרות הם: תחושה של היעדר צורך במנוף; הכשרה לא מספקת; נדרש זמן ארוך יותר לשימוש במנוף בהשוואה לנייד ידני; תחלופה גבוהה של מטופלים (בעיקר במחלקות חדות); אי זמינות המנוף; מעט מדי מקום לתמרון עם המנוף; מחסור בסגל, מה שמגביר את תחושת לחץ הזמן; העדר תמיכה ושיתוף פעולה של הנהלה; התנגדות לשינוי; מטופלים קטני מימדים מרגישים איום על הגב הנובע מאי הכרת המנוף. במחקר הנוכחי נמצאו קשרים מובהקים בין שימוש במנוף לבין הדרכה על אופן השימוש בו. יתכן שההתערבות הממוקדת שכוללת הדרכה על אופן השימוש במנוף, הקניית ידע תיאורטי עדכני על הצורך בשימוש בו והתנסות בשימוש במנוף משנה את היחס של העובדים כלפי המנוף ומבטלת חששותיהם. ערכו של המנוף עבור המטופלים אכן השתנה, כפי שצינו: "המנוף נוח יותר לשימוש ממה שחשבתי"; "גיליתי את הכדאיות בעקבות ההתנסות"; "מתמיד בשימוש בו יותר ממה ששיערת לפני ההתערבות"; "לפני ההתערבות חשבתי שאני מבצעת נייד ידני עם טכניקה טובה כפי שנאמר לי על ידי פיזיותרפיסטים. היום ברור לי ששימוש במנוף מקטין את העומסים על הגב"; "הבנתי שרצוי לא להתייחס למגבלת הזמן, אלא כדאי להקדיש זמן לשימוש במנוף"; "היום אני אלופה. מתחילה בהכנת הסביבה כדי שהנייד יהיה יעיל ומהיר". כמו כן, בעוד שלפני ההתערבות ולפני השימוש במנוף המטופלים הביעו חשש לבטיחות המטופל, לאחר ההתערבות הדעות היו חיוביות בלבד: "המטופל מוגן יותר"; "שמירה על כבוד האדם".

התערבויות הקשורות למטלות בעבודה, כמו הקמת צוות הרמה יעודי (אח, מטפל, פיזיותרפיסט, טכנאי) הובילו להפחתה של פגיעות בשריר ובשלד אצל צוות הסיעוד,¹⁵ למרות שקיומו של צוות מסוג זה במחלקה לא יכול להפחית באופן מלא את הצורך בצוות סיעוד שיבצע נייד של מטופלים. בראיונות של צוות הסיעוד במחקר הנוכחי היו שהציעו לבחור "נאמן" במחלקה שיוביל את השימוש במנופים. היה קושי ליישם זאת בתוכנית ההתערבות הנוכחית, מאחר שצוות הניהול לא היה מעורב במחקר באופן מספק.

בעקבות השימוש במנוף הועלתה מגבלה נוספת וחשובה מאוד,

מקורות

1. U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. (2002a). Lostworktime injuries and illnesses: Characteristics and resulting time away from work, 2000. Retrieved June 11, 2008, from www.bls.gov/iif/oshwc/osh/case/osnr0015.pdf
2. U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. (2007b). Nonfatal occupational injuries and illnesses requiring days away from work, 2006. Retrieved September 28, 2008, from www.bls.gov/iif/oshwc/osh/case/osnr0029.pdf
3. Bureau of labor statistics. 2002. Survey of occupational injuries and illnesses, 2001. US Department of Labor. *USDOL*. December 19, 2002.
4. Wilkinson W.E., Salazar M.K., Uhl J.E., Koepsell T.D., DeRoos R.L., Long R.J. Occupational injuries: a study of health care workers at a northwestern health science center and teaching hospital. *AAOHN J.* 1992; 40(6):287-93.
5. Koehoorn M., Demers P.A., Hertzman C., Village J., Kennedy S.M. Work organization and musculoskeletal injuries among a cohort of health care workers. *Scand J Work Environ Health.* 2006; 32(4):285-93.
6. Stubbs D.A., Buckle P.W., Hudson M.P., Rivers P.M., Baty D. Backing out: nurse wastage associated with back pain. *Int J Nurs Stud.* 1986; 23(4):325-36.
7. Garg A., Owen B.D. Reducing back stress to nursing personnel: an ergonomic intervention in a nursing home. *Ergonomics.* 1992; 35(11): 1353-75.
8. Holliday P.J., Fernie G.R., Plowman S. The impact of new lifting technology in long term care: a pilot study. *AAOHN J.* 1994; 42(12):582-9.
9. Laffin K., Aja D. Health care concerns related to lifting: an inside look at intervention strategies. *Am J Occup Ther.* 1995; 49(1):63-72.
10. Owen B.D., Garg A. Reducing back stress through an ergonomic approach: weighing a patient. *Int J Nurs Stud.* 1994; 31(6):511-9.
11. Evanoff B., Wolf L., Aton E., Canos J., Collins J. Reduction in injury rates in nursing personnel through introduction of mechanical lifts in the workplace. *Am J Ind Med.* 2003; 44(5):451-7.
12. Holmström E.B., Lindell J., Moritz U. Low back and neck/shoulder pain in construction workers: occupational workload and psychosocial risk factors. Part 1: Relationship to low back pain. *Spine.* 1992; 17(6):663-71.
13. Ratzon N.Z., Yaros T., Mizlik A., Kanner T. Musculoskeletal symptoms among dentists in relation to work posture. *Work.* 2000; 15(3):153-158.
14. Waters T.R. When is it safe to manually lift a patient? *Am J Nurs.* 2007 Aug; 107(8):53-8; quiz 59. Review.
15. Charney W., Zimmerman K., Walara E. The lifting team. A design method to reduce lost time back injury in nursing. *AAOHN J.* 1991; 39(5):231-4.
16. U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. (2009). Guidelines for nursing homes (OSHA Publication N°. 3182-3R 2009). Retrieved May 2, 2009, from http://www.osha.gov/ergonomics/guidelines/nursinghome/final_nh_guidelines.pdf