2010, (41):5-11

Εργοθεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με βλάβη βραχιονίου πλέγματος

Β΄ ΜΕΡΟΣ

Μ. ΣΑΜΙΟΥ[1]
Γ. ΚΩΤΣΙΟΠΟΥΛΟΥ[2]

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Για την αξιολόγηση του ασθενή με βλάβη βραχιονίου πλέγματος, επιλέγουμε τις κατάλληλες διαδικασίες αξιολόγησης ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες του κάθε ασθενή. Οι βασικοί τομείς που αξιολογούνται είναι: το εύρος τροχιάς, η μυϊκή ισχύς, ο συντονισμός κινήσεων, η αισθητικότητα, ο πόνος και η εκτέλεση των Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής (Deusen & Brunt 1997).

Λέξεις κλειδιά: *αξιολόγηση, αξιολογητικές δοκιμασίες, εύρος τροχιάς, μυϊκή ισχύς, συντονισμός κινήσεων, αισθητικότητα, πόνος, Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής.*

ΤΟΜΕΙΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Αξιολόγηση εύρους τροχιάς

Εύρος τροχιάς είναι το σύνολο των διαδοχικών σημείων από τα οποία περνάει το κινούμενο κάθε φορά οστό της άρθρωσης κατά την εκτέλεση κίνησης από την άρθρωση αυτή.

Διακρίνουμε το ενεργητικό και το παθητικό εύρος τροχιάς:

- Ενεργητικό εύρος τροχιάς είναι αυτό στο οποίο μπορεί να κινηθεί μια άρθρωση μόνο με τη βοήθεια μυϊκής σύσπασης κάποιων μυών της.
- Παθητικό εύρος τροχιάς είναι αυτό στο οποίο η άρθρωση κινείται με τη βοήθεια εξωτερικής παρέμβασης (όπως είναι η βοήθεια του Εργοθεραπευτή) και φτάνει στα όρια της κίνησης που μπορεί να εκτελέσει (Trombly 1995).

Παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν το εύρος τροχιάς στο οποίο μπορεί να κινηθεί μια άρθρωση είναι: α) το είδος της άρθρωσης (π.χ. μια σφαιροειδής άρθρωση, όπως είναι η άρθρωση του ώμου, κινείται σε πολύ μεγαλύτερη τροχιά από μια γίγγλυμη άρθρωση, όπως είναι η άρθρωση του αγκώνα), β) τη μορφή των αρθρικών επιφανειών (π.χ. μια ρηχή άρθρωση, όπως είναι

[1]*Εργοθεραπεύτρια*
[2]*Εργοθεραπεύτρια, Φυσικοθεραπεύτρια Msc, Εργαστηριακή Συνεργάτης τμήματος Εργοθεραπείας ΤΕΙ Αθήνας*

Πίνακας μέσου εύρους τροχιάς κίνησης αρθρώσεων

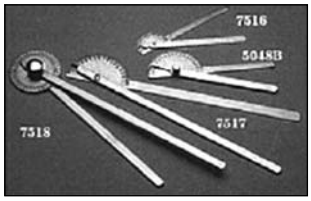
	Πηγές			
Άρθρωση	**1**	**2**	**3**	**4**
Αγκώνας				
Κάμψη	140	145	145	145
Υπερκάμψη	0	0	0	0-10
Αντιβράχιο				
Πρηνισμός	80	90	90	80
Υπτιασμός	80	85	90	90
Καρπός				
Έκταση	60	70	70	50
Κάμψη	60	90		60
Κερκιδική απόκλιση	20	20	20	20
Ωλένια απόκλιση	30	30	35	30
Ώμος				
Κάμψη	180	170	130	180
Υπερέκταση	50	30	80	60
Απαγωγή	180	170	180	180
Προσαγωγή	50			
Οριζόντια απαγωγή				135
Οριζόντια προσαγωγή				45
Ώμος - Στροφή (άκρο σε απαγωγή)				
Έσω	90	90	70	60-90
Έξω	90	90	70	90

Πηγές: 1. *Στοιχεία από Guide to the Evaluation of Permanent Impairment. 1990. 3rd ed. (revised). American Medical Association. Chicago, IL.* ***2.*** *LK Smith & LD Lehmmkuhl, Brunnstrom's Clinical Kinesiology 1983, 4th ed. FA Davis, Philadelphia, PA.* ***3.*** *HO Kendall et al., Muscles: Testing and Function. 1971 2nd ed. Williams & Wilkins, Baltimore, MD.* ***4.*** *JJ Gerhardt, & OA Russe, International SFTR Method of Measuring and Recording Joint Motion. 1975, Hans Huber Publishers, Bern, Switzerland.*

η άρθρωση του ώμου, κινείται σε μεγαλύτερο εύρος τροχιάς απ' ότι μια πιο βαθιά άρθρωση, όπως είναι του ισχίου), γ) η ηλικία (όσο μεγαλύτερος είναι κάποιος, τόσο πιο περιορισμένο είναι το εύρος κίνησης), δ) το φύλο (οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο εύρος κίνησης από τους άνδρες), ε) την ελαστικότητα των μυών της άρθρωσης (όσο πιο ελαστικοί είναι οι μυς μιας άρθρωσης, τόσο μεγαλύτερο είναι και το εύρος τροχιάς) και στ) τα περιαρθρικά στοιχεία (π.χ. όταν ο αρθρικός θύλακας και οι σύνδεσμοι της άρθρωσης είναι σε βράχυνση, τότε περιορίζεται το εύρος τροχιάς) (Κακλαμάνης & Καμμάς 1998: Hamilton & Luttgens 2002).

Ο Εργοθεραπευτής αρχικά ζητά από τον ασθενή να εκτελέσει ενεργητικά όλες τις κινήσεις που αφορούν την άρθρωση του ώμου. Στη συνέχεια, ο Εργοθεραπευτής κινεί παθητικά την άρθρωση, με σκοπό να εκτιμήσει το εύρος τροχιάς, τους περιορισμούς που υπάρχουν, την ποιότητα της κίνησης, αλλά και το σημείο του πόνου και ανάλογα να δημιουργήσουν το κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα. Το ίδιο κάνει και για τις άλλες αρθρώσεις του άνω άκρου.

Για να γίνει σωστή μέτρηση του εύρους τροχιάς, ο θεραπευτής πρέπει να γνωρίζει το φυσιολογικό εύρος τροχιάς των αρθρώσεων (Πίνακας), την κατασκευή της



Εικόνα 1. *Γωνιόμετρα*

Εικόνα 2. *Δυναμόμετρο*

άρθρωσης και τη λειτουργία της. Επίσης, να έχει εκπαιδευτεί στη χρήση του γωνιόμετρου (εικόνα 1), τη θέση που πρέπει να βρίσκεται ο ασθενής για τη μέτρηση αλλά και τη δική του θέση, καθώς και τα επίπεδα και τους άξονες στους οποίους κινείται η συγκεκριμένη άρθρωση (Σφετσιώρης 2003: Hunter et al 1995). Για πιο αξιόπιστα αποτελέσματα, ο ίδιος θεραπευτής πρέπει να κάνει τις επαναξιολογήσεις στον ασθενή, την ίδια ώρα της ημέρας, χρησιμοποιώντας το ίδιο γωνιόμετρο και το ίδιο πρωτόκολλο αξιολόγησης (Pedretti & Early 2001).

Αξιολόγηση μυϊκής ισχύος

Η μυϊκή ισχύς μπορεί να αξιολογηθεί με διάφορους τρόπους (εικόνα 2). Η πιο ακριβής μέθοδος είναι το τεστ για μεμονωμένους μυς. Σ' αυτή τη διαδικασία, ο μυς απομονώνεται προσεκτικά μέσω της κατάλληλης τοποθέτησης και σταθεροποίησης και στη συνέχεια γίνεται η μέτρηση. Αυτή η μέθοδος έχει περιγραφεί από τους Kendall and McCreary (1983) και από τους Cole, Furness and Twomey (1988).

Μια άλλη, ίσως πιο γνωστή μέθοδος, είναι η μέτρηση της μυϊκής ισχύος με εκτίμηση της δύναμης μιας ομάδας μυών, οι οποίοι εκτελούν συγκεκριμένες κινήσεις στην άρθρωση. Αυτό το τεστ περιγράφηκε από τους Daniels and Worthingham (1986) και από τους Hislop and Montgomery (1995).

Για τη μέτρηση της μυϊκής ισχύος, χρησιμοποιείται μια κλίμακα, στην οποία γίνεται ταξινόμηση της μυϊκής δύναμης από 0–5 βαθμούς, ανάλογα με την σύσπαση ή όχι του μυός. Ξεκινά δηλαδή από το μηδέν, που δηλώνει ότι δεν υπάρχει καθόλου μυϊκή σύσπαση και καταλήγει στο 5, το οποίο σημαίνει ότι η κίνηση της άρθρωσης είναι πλήρους εύρους τροχιάς ενάντια στη βαρύτητα και με τη μέγιστη αντίσταση. Παρ' όλα αυτά όμως, η αντίσταση στην οποία μπορεί να αντεπεξέλθει ένας μυς ή μια ομάδα μυών διαφέρει από άτομο σε άτομο και εξαρτάται και από άλλους παράγοντες, όπως η ηλικία, ο τύπος σώματος κ.ά. (Σφετσιώρης 2003: Pendleton & Schultz – Krohn 2006)

Η διαδικασία της αξιολόγησης διαιρείται σε 6 βήματα: 1) σωστή θέση ασθενή κι Εργοθεραπευτή, 2) σταθεροποίηση της άρθρωσης , 3) ψηλάφηση του μυ, 4) παρατήρηση της κίνησης, 5) αντίσταση ενάντια στην κατεύθυνση της κίνησης και 6) βαθμολογία (Deusen & Brunt 1997).

Αξιολόγηση συντονισμού κινήσεων

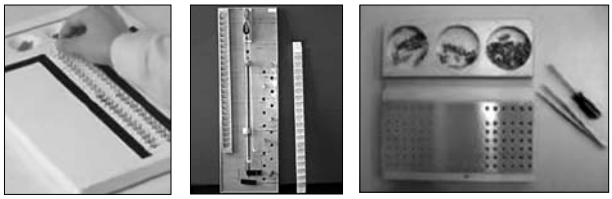
Συντονισμός είναι η ικανότητα του ατόμου να παράγει ακριβή και ελεγχόμενη κίνηση. Τα χαρακτηριστικά της συντονισμένης κίνησης είναι: ομαλότητα, ρυθμός, κατάλληλη ταχύτητα, χρήση όσο το δυνατόν λιγότερων μυών που χρειάζονται για μια κίνηση, κατάλληλο μυϊκό τόνο και ισορροπία. Ο συντονισμός των μυών ελέγχεται από την παρεγκεφαλίδα κι επηρεάζεται από το εξωπυραμιδικό σύστημα. Υπάρχουν δύο είδη συντονισμού κινήσεων: ο αδρός και ο λεπτός συντονισμός (Τζονιχάκη 2002).

Επιλεγμένες δραστηριότητες και συγκεκριμένα τεστ εκτέλεσης μπορούν να αναδείξουν την επίδραση έλλειψης συντονισμού στη λειτουργικότητα. Επίσης, ο Εργοθεραπευτής μπορεί να παρατηρήσει τις δυσκολίες στο συντονισμό κατά τη διάρκεια αξιολόγησης των Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής (Pendleton & Schultz – Krohn 2006).

Αρχικά, ζητά από τον ασθενή να εκτελέσει αδρές κινητικές δραστηριότητες, χρησιμοποιώντας σε συνδυασμό μεγάλες μυϊκές ομάδες. Σταδιακά, μπορεί να προετοιμάσει δραστηριότητες, οι οποίες απαιτούν λεπτή, συντονισμένη μυϊκή λειτουργία, όπως είναι: το γράψιμο, το άνοιγμα κουτιών, οι χειροτεχνίες, το τίναγμα και πιάσιμο μπάλας κ.ά. Επίσης, πρέπει να παρατηρήσει ανωμαλίες κατά τη διάρκεια της κίνησης και ταυτόχρονα να διακρίνει αν υπάρχουν αντισταθμιστικές κινήσεις.

Κατά την αξιολόγηση του συντονισμού, πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα κάποια σημεία όπως:

- Αν ο μυϊκός τόνος είναι φυσιολογικός και η κίνηση γίνεται σε όλο το εύρος τροχιάς.
- Αν υπάρχει κάποιος μυς στο άνω άκρο, ο οποίος είναι περισσότερο αναπτυγμένος από το φυσιολογικό (υπερτροφικός).
- Αν υπάρχει αταξία. Υπάρχουν κινήσεις μακριά ή κο-



Εικόνες 3-5. *Perdue pegboard test (Test δεξιότητας).*

ντά στο σώμα του ασθενή που είναι πιο δύσκολες γι' αυτόν;
- Σταθεροποιώντας τις αρθρώσεις, ο Εργοθεραπευτής του ζητάει να κάνει μια κίνηση και μετά τη συγκρίνει χωρίς σταθεροποίηση.
- Αν υπάρχει τρόμος κι αν αυτός επηρεάζει την όραση και το λόγο του ασθενή.
- Αν η συναισθηματική κατάσταση του ασθενή επηρεάζει το συντονισμό του.
- Αν υπάρχουν κάποιες σκόπιμες δραστηριότητες που είναι πολύ σημαντικές για τον ασθενή (Trombly 1995).

Κάποιες από τις σταθμισμένες δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του συντονισμού είναι: το Perdue Pegboard (εικόνες 3–5), το Minnesota Rate of Manipulation Scale, το Lincoln – Oseretsky Motor Development Scale, το Pennsylvania Bimanual Work Sample, το Crawford Small Parts Dexterity Test και το Jebsen – Taylor Hand Function Test (Pedretti & Early 2001).

Αξιολόγηση αισθητικότητας

Οι δοκιμασίες αισθητικότητας συνιστούν ένα σημαντικό τμήμα της αξιολόγησης της λειτουργικότητας του άνω άκρου. Έχει αποδειχθεί ότι ο βαθμός της αισθητικής αντίληψης αποτελεί αξιόλογο προγνωστικό παράγοντα για την επαναφορά της λειτουργικότητας του άνω άκρου (Shumway – Cook & Woollacott 1995).

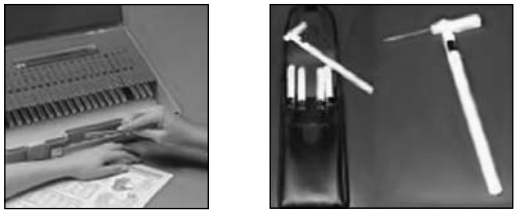
Στις αισθητηριακές δοκιμασίες εξετάζονται:
- Η αίσθηση αφής – πίεσης
- Η διάκριση δύο σημείων
- Η στερεογνωσία
- Η γραφαισθησία
- Η δόνηση (παλλαισθησία)
- Η ιδιοδεκτικότητα (ή αίσθηση θέσης)
- Η αναγνώριση ψυχρού / θερμού
- Η βαραισθησία (Pedretti & Early 2001).

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωστή αξιολόγηση της αισθητικότητας είναι:
- Να έχει ο ασθενής κλειστά τα μάτια του κατά τη διάρκεια της εξέτασης.
- Ο χώρος που γίνεται η εξέταση να είναι απαλλαγμένη από θορύβους.
- Η διάρκεια της εξέτασης να είναι μικρή ώστε να αποφευχθεί η κόπωση.
- Να πραγματοποιείται η επαναξιολόγηση από τον ίδιο θεραπευτή.
- Η ενημέρωση του ασθενή, ο οποίος πρέπει να είναι χαλαρωμένος και να αντιλαμβάνεται τι του ζητείται κατά τη διάρκεια της εξέτασης (Τζονιχάκη 2002).

Η ικανότητα διάκρισης ερεθίσματος αφής – πίεσης ενός σημείου μπορεί να αξιολογηθεί αντικειμενικά με τη χρήση ενός ειδικού υπολογισμένου νηματίου. Η χρήση του διαβαθμισμένου νηματίου θεωρείται ως μία από τις πιο αξιόπιστες και έγκυρες δοκιμασίες της αισθητηριακής αντιληπτικότητας. Για την αξιολόγηση της αδρής αφής χρησιμοποιούνται υλικά (υφάσματα, πλαστικά κ.ά.), που προοδευτικά αντικαθίστανται με παρόμοια υλικά διαφορετικής υφής (μαλακά υλικά αντικαθίστανται με πιο σκληρά), ώστε να διαπιστωθεί αν ο ασθενής μπορεί να τα διακρίνει με το άγγιγμα του χεριού του (Shumway – Cook & Woollacott 1995).

Η δοκιμασία της διάκρισης δύο σημείων έχει σκοπό να εξετάσει την ικανότητα του ασθενή να ανιχνεύει ταυτόχρονο διπλό ερέθισμα στο άνω άκρο. Για την αδρή εξέταση, ο Εργοθεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει δύο δάκτυλά του. Η εγκυρότητα της δοκιμασίας, όμως, μπορεί να διασφαλιστεί με τη χρήση ενός διαβήτη (Weber) με αμβλεία άκρη, εφαρμοζόμενο συνήθως στη ράγα ενός δακτύλου του ασθενούς. Γενικά, ισχύει ότι η μικρότερη απόσταση στην οποία φυσιολογικά γίνεται διάκριση ερεθίσματος είναι 1-2 χιλιοστά στα χείλη, 2-4 χιλιοστά στις φάλαγγες των δακτύλων του χεριού και 8-10 χιλιοστά στις παλάμες και στο υπόλοιπο σώμα (Crepeau et al 2003).

Για την αξιολόγηση της στερεογνωσίας, ο ασθενής οφείλει ν' αναγνωρίσει με κλειστά μάτια ένα αντικείμενο που τοποθετείται στο χέρι του. Αρχικά, του δίνονται απλά γεωμετρικά σχήματα ή αντικείμενα καθημερινής χρήσης, όπως μανταλάκι, κλειδί, πιρούνι κλπ. Ξεκινά την περιγραφή του προσδιορίζοντας το σχήμα και το



Εικόνες 6-7. *Semmes Weinstein Monofilaments (Ακίδες αισθητηριακού ερεθισμού).*

Εικόνες 8-9. *Disk – Criminator (Εργαλείο για τη διάκριση 2 σημείων).*

μέγεθος του αντικειμένου (μορφογνωσία) και μετά την υφή και την σύστασή του (υλογνωσία). Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, πρέπει να αποφεύγεται η προσπάθεια αναγνώρισης του αντικειμένου από τα δάκτυλα του υγιούς χεριού ή από θόρυβο του αντικειμένου πάνω σε σταθερή επιφάνεια (Deusen & Brunt 1997).

Για την εξέταση της γραφαισθησίας, χρησιμοποιείται ένα αμβλύ άκρο, με το οποίο ο εξεταστής ιχνογραφεί ένα γράμμα ή έναν αριθμό στην παλάμη του ασθενή κι αυτός οφείλει να το αναγνωρίσει με κλειστά μάτια. Φυσιολογικά, η αναγνώριση πρέπει να είναι άμεση (Τζονιχάκη 2002).

Η αξιολόγηση της αίσθησης των δονήσεων γίνεται χρησιμοποιώντας το παλλόμενο διαπασών (συνήθως με συχνότητα 128 δονήσεων / δευτερόλεπτο). Αυτό έρχεται σε επαφή με διάφορα σημεία του άνω άκρου, προσέχοντας κάτω από το δέρμα να υπάρχει οστό. Με την εξέταση προσδιορίζεται ο βαθμός και η διάρκεια αντίληψης των δονήσεων συγκριτικά στα δύο πλάγια (αμφοτερόπλευρα) (Trombly 1995).

Για την αξιολόγηση της ιδιοδεκτικότητας, ο Εργοθεραπευτής ζητά από τον ασθενή να του πει σε ποια θέση βρίσκεται ένα μέλος του σε σχέση με κάποιο άλλο μέλος του σώματός του. Η εξέταση πραγματοποιείται με τα μάτια κλειστά και συνήθως ζητείται από τον ασθενή να πραγματοποιήσει κινήσεις τοποθετημένος σε διάφορες στάσεις (όρθια, καθιστή, πρηνή, ύπτια) (Crepeau et al 2003).

Η αξιολόγηση για την αναγνώριση θερμού/ψυχρού, γίνεται με δοκιμαστικά σωληνάρια που περιέχουν χλιαρό και κρύο νερό. Η εξέταση ξεκινά από την περιοχή της ελαττωμένης αισθητικότητας και συνεχίζει προς τη φυσιολογική περιοχή (Τζονιχάκη 2002).

Για την αξιολόγηση της βαραισθησίας, ο θεραπευτής βάζει διάφορα αντικείμενα στην παλάμη του ασθενή, ο οποίος πρέπει να συγκρίνει το βάρος των αντικειμένων αυτών με κλειστά μάτια. Στη συνέχεια, τοποθετεί αντικείμενα ίσου βάρους και στις δύο παλάμες. Η εξέταση πραγματοποιείται με τα άνω άκρα του ασθενή σε πρόσθια έκταση (Trombly 1995).

Κάποια από τα αξιολογητικά τεστ τα οποία χρησιμοποιούνται για τον απτικό ερεθισμό είναι: το Semmes Weinstein Monofilaments (εικόνες 6–7) και το Weinstein Enhanced Sensory Test (αίσθηση ελαφρού αγγίγματος κι εντοπισμός), το Disk – Criminator (εικόνες 8–9) και το Aesthesiometer (αίσθηση κι εντοπισμός διπλού ερεθίσματος), το Vibrometer (δόνηση) και το Dellon's Picking–Up Test (έλεγχος κι αίσθηση λαβής – στερεογνωσία) (Pedretti & Early 2001).

Αξιολόγηση πόνου

Η αξιολόγηση του πόνου από τον Εργοθεραπευτή γίνεται όταν αυτός επηρεάζει την εκτέλεση του ατόμου στους τομείς λειτουργικής ενασχόλησής του και συγκεκριμένα την εκτέλεση των Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής, την παραγωγικότητα και τις ψυχαγωγικές του δραστηριότητες (Wall & Melzack 1994).

Οι Εργοθεραπευτές αξιολογούν τον πόνο ως ένα πολύπλοκο φαινόμενο και τον χωρίζουν σε δύο βασικές κατηγορίες:

- Τον ορατό πόνο, ο οποίος είναι εύκολα αναγνωρίσιμος, γιατί εκφράζεται από τον ασθενή με γκριμάτσες, με περιορισμένες κινήσεις, με σφίξιμο κ.ά.
- Τον συγκαλυμμένο πόνο, ο οποίος αναφέρεται στην υποκειμενική αίσθηση πόνου που έχει κάθε ασθενής (Bonica 1990: Cromwell 1984).

Κάποια από τα αξιολογητικά τεστ που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του πόνου είναι:

- Η Λεκτική Κατηγορηματική κλίμακα (VRS), στην οποία ο ασθενής περιγράφει με μια λέξη την ένταση του

πόνου που αισθάνεται (καθόλου, ήπιος, μέτριος, έντονος, ανυπόφορος).
- Η κλίμακα οπτικών αναλογιών (VAS), στην οποία ο ασθενής σημειώνει σε μια γραμμή την ένταση του πόνου, ξεκινώντας από «καθόλου πόνος» έως «μέγιστος πόνος».
- Η αριθμητική κλίμακα (NRS), στην οποία ο ασθενής σημειώνει σε μια κλίμακα από 0–10 πόσο έντονος είναι ο πόνος.
- Το ερωτηματολόγιο McGill – Melzack (Bonica 1990: Pedretti & Early 2001).

Αξιολόγηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής

Η διαδικασία της αξιολόγησης των Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής (Δ.Κ.Ζ.) περιλαμβάνει τη συλλογή, την ερμηνεία και τεκμηρίωση των πληροφοριών, με σκοπό το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός ουσιαστικού, εξατομικευμένου και πελατοκεντρικού προγράμματος (Σηφάκη 1998).

Οι Δ.Κ.Ζ. που αξιολογούνται ταξινομούνται σε κατηγορίες και είναι οι εξής:

Α) Δραστηριότητες αυτοφροντίδας – αυτοϋπηρέτησης, οι οποίες περιλαμβάνουν:
- Δραστηριότητες σίτισης
- Δραστηριότητες ένδυσης – απόδυσης
- Προσωπική υγιεινή και καθαριότητα
- Επικοινωνία (γραφή)

Β) Παραγωγικότητα – Εργασιακές Δραστηριότητες, οι οποίες περιλαμβάνουν:

1. Διαχείριση σπιτιού (οικιακές Δ.Κ.Ζ.), η οποία περιλαμβάνει:
- Καθαριότητα σπιτιού
- Προετοιμασία γευμάτων
- Πλύσιμο ρούχων
- Σιδέρωμα ρούχων

2. Φροντίδα παιδιών – ηλικιωμένων και άλλων
3. Εργασία

Γ) Ψυχαγωγικές δραστηριότητες – Ελεύθερος χρόνος, στις οποίες περιλαμβάνονται:

1. Αθλητισμός
2. Ταξίδια
3. Χόμπυ (Σιάννη 2001: Pedretti & Early 2001)

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των Δ.Κ.Ζ. είναι:

α) Η συνέντευξη
β) Η παρατήρηση
γ) Ειδικά σταθμισμένα τεστ
δ) Η αυτοαξιολόγηση (Tornquist 1995)

Ο Εργοθεραπευτής κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης, πρέπει να είναι σε θέση:
- Να κάνει εκτίμηση των αισθητικοκινητικών, γνωστικών και ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα του ατόμου στην εκτέλεση των Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής.
- Να συλλέξει πληροφορίες σε σχέση με το πολιτιστικό επίπεδο, τις αξίες και τα ήθη του ατόμου, όσον αφορά την αυτοφροντίδα, τους ρόλους του, τη βοήθεια από την οικογένειά του και την ανεξαρτητοποίησή του.
- Να ενημερωθεί για το περιβάλλον του ατόμου, το χώρο εργασίας του, καθώς και πιθανά βοηθήματα που θα χρειαστεί για την εκτέλεση των δραστηριοτήτων του.
- Να συλλέξει πληροφορίες για τις οικονομικές δυνατότητες του ατόμου, διότι αυτές θα καθορίσουν το είδος του εξοπλισμού, τις προσαρμογές και την εργονομική διευθέτηση του χώρου διαβίωσής του (Σηφάκη 1998).

Στις Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής, αξιολογείται η δυνατότητα του ατόμου να διεκπεραιώνει τις καθημερινές του ανάγκες, ανεξάρτητα ή με κάποιου βαθμού βοήθεια μέσα στα συνηθισμένα χρονικά όρια. Για παράδειγμα, ο Εργοθεραπευτής αξιολογεί:
- Πόσο ανεξάρτητο είναι το άτομο στο φαγητό, εφόσον έχει βλάβη το κυρίαρχο χέρι (Τρώει με πιρούνι, με κουτάλι, με μαχαίρι, με ποτήρι, με φλιτζάνι, χρησιμοποιεί βοηθήματα στο φαγητό;).
- Πόσο ανεξάρτητο είναι στο ντύσιμό του (Βάζει – βγάζει εσώρουχα, παλτά ή σακάκι, πουκάμισο, πουλόβερ, κάλτσες, παπούτσια, παντελόνι, ζώνη, νάρθηκες, δένει κορδόνια;).
- Πόσο ανεξάρτητο είναι στην προσωπική του υγιεινή (Πλένει χέρια – πρόσωπο, βουρτσίζει δόντια, χτενίζει μαλλιά, περιποιείται νύχια, χρησιμοποιεί χαρτί τουαλέτας, κάνει μπάνιο, χρησιμοποιεί βοηθήματα στο μπάνιο, μακιγιάρεται, λούζεται;).
- Πόσο ανεξάρτητο είναι στην επικοινωνία (Γράφει, χρησιμοποιεί ηλεκτρονικό υπολογιστή – τηλέφωνο;) (Pedretti & Early 2001).

Στη διαχείριση του νοικοκυριού, αξιολογείται η ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέλθει στις δυνατότητες που συνεπάγεται η διατήρηση του σπιτιού.

Έτσι, ο Εργοθεραπευτής, στην αξιολόγησή του παρατηρεί αν το άτομο: χρησιμοποιεί τρόλεϊ για τη μεταφορά αντικειμένων, μπορεί να βάλει και να βγάλει φαγητά από το φούρνο ή το φούρνο μικροκυμάτων, μπορεί να μαγειρέψει, να σερβίρει τα γεύματα, χρησιμοποιεί ηλεκτρικά μαχαίρια ή κλασικά μαχαίρια, πλένει πιάτα – ρούχα στο χέρι ή στο πλυντήριο, σιδερώνει ρούχα, χρησιμοποιεί στίφτη ηλεκτρικό – κλασικό, μπορεί να βάλει και να βγάλει τα ρούχα από το πλυντήριο, να τοποθετήσει τα σκεύη μέσα στο πλυντήριο πιάτων, ν' ανοίξει συσκευασίες φαγητού, ν' ανοίξει βιδωτά βάζα, διπλώνει πετσέτες, καθαρίζει το τραπέζι, στρώνει κρεβάτια, καθαρίζει το πάτωμα, πλένει παράθυρα, χρησιμοποιεί σκούπα/φαράσι – ηλεκτρική σκούπα, σφουγγαρίζει με σφουγγαρίστρα – σφουγγαρόπανο (Deusen & Brunt 1997: Pedretti & Early 2001).

Στις εργασιακές δραστηριότητες, αξιολογούνται οι βασικές απαιτήσεις για τη διατήρηση οποιασδήποτε εργασιακής θέσης. Δηλαδή, μπορεί το άτομο να ανταποκριθεί στις προϋποθέσεις που απαιτεί η διατήρηση μιας επαγγελματικής σχέσης που υπήρχε πριν; Για παράδειγμα:

- Τηρεί το ωράριο εργασίας; (πολλές φορές λόγω πόνου δεν είναι συνεπής στο ωράριο)
- Διατηρεί την ποιότητα στην εργασία του;
- Τηρεί τους κανόνες ασφαλείας; (Trombly 1995).

Κάποια από τα αξιολογητικά τεστ, τα οποία χρησιμοποιούνται για τις Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής είναι: το Barthel Index (B.I.), το Canadian Occupational Performance Measure, το The Functional Autonomy Measuring System (S.M.A.F.), το The Functional Assessment Inventory (F.A.I.), το The Functional Independence Measure (F.I.M.), το The Functional Status Index, το The Goal Attainment Scaling, το The Goal Attainment Scaling (1970), το The Kenny Self–care evaluation και το Klein – Bell Activities of Daily Living Scale (Shumway – Cook & Woollacott 1995).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Deusen J & Brunt D (1997). Assessment in Occupational Therapy and Physical Therapy. Philadelphia. WB Saunders Company.
2. Trombly C (1995). Occupational Therapy for Physical Dysfunction. 4th edition. Baltimore. Williams & Wilkins.
3. Hamilton N, Luttgens K (2003). Κινησιολογία. Επιστημονική Βάση της Ανθρώπινης Κίνησης. 10η έκδοση. Αθήνα. Παρισιάνος.
4. Κακλαμάνης Ν., Καμμάς Α. (1998). Η Ανατομική του Ανθρώπου. Αθήνα. Μ – edition.
5. Σφετσιώρης Δ. (2003). Κινησιολογία. Εισαγωγή – Άνω άκρο. Αθήνα. d.K.S.
6. Hunter J, Mackin E, Callahan A (1995). Rehabilitation of the Hand: Surgery and Therapy. Volume I. 4th edition. St Louis. Mosby.
7. Pedretti LW & Early MB (2001). Occupational Therapy. Practice Skills for Physical Dysfunction. 5th edition. St Louis. Mosby.
8. Pendleton H, Schultz – Krohn W (2006). Occupational Therapy. Practice Skills for Physical Dysfunction. 6th edition. St. Louis. Mosby.
9. Deusen J & Brunt D (1997). Assessment in Occupational Therapy and Physical Therapy. Philadelphia. WB Saunders Company.
10. Crepeau EB, Cohn ES, Schell BA (2003). Willard & Spackman's Occupational Therapy. 10th edition. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
11. Tornquist K (1995). Veryfying and Measuring the Ability to Perform Activities of Daily Living (ADL). A Critical Examination of ADL Instruments and the Practice of Occupational Therapy. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2 (2):85.

ΠΗΓΕΣ

Πηγή εικ. 1-9: www.scanideal.gr

Το άρθρο αυτό στην αρχική του μορφή αποτέλεσε μέρος της πτυχιακής εργασίας της 1ης συγγραφέως, με εισηγήτρια τη 2η συγγραφέα, στο τμήμα Εργοθεραπείας, ΣΕΥΠ, ΤΕΙ Αθήνας.