

# Αξιολόγηση ασθενή για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή νάρθηκων άκρας χείρας

*Ελένα Δέσποινα, Εργοθεραπεύτρια, Ψυχογериατρική Εταιρεία 'ο Νέστωρ'*

*Μακράκη Ελένη, Φοιτήτρια Εργοθεραπείας*

*Κεραμιώτου Κυριακή, Εργοθεραπεύτρια, Θριάσιο Νοσοκομείο Ελευσίνας, Εργ. Συνεργάτης τμ. Εργοθεραπείας, ΤΕΙ Αθήνας*

Τα τελευταία χρόνια οι νάρθηκες εφαρμόζονται όλο και πιο συχνά ως τρόπος παρέμβασης στα προγράμματα αποκατάστασης. Όπως σε όλες τις θεραπευτικές διαδικασίες, πρώτιστο και κριτικής σημασίας στάδιο θεωρείται η αξιολόγηση του ασθενή. Μία λεπτομερής, οργανωμένη και αντικειμενική αξιολόγηση αποτελεί το βασικό θεμέλιο της κλινικής σκέψης αλλά και της θεραπευτικής παρέμβασης.

Το ίδιο ισχύει για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή των νάρθηκων άκρας χείρας.

Οι πληροφορίες που προκύπτουν από την αξιολόγηση συμβάλλουν στην περιγραφή των λειτουργικών ικανοτήτων, στον σαφή καθορισμό των θεραπευτικών στόχων, στην παροχή κινήτρου και στην ευόδωση της επικοινωνίας.

Θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό και θα πρέπει να αναφερθεί όλοι οι ασθενείς να αξιολογούνται σαν μοναδικά περιστατικά, έτσι ώστε να επιλέγεται ο κατάλληλος-για τις ανάγκες του κάθε ασθενή-νάρθηκας.

Με αυτό τον τρόπο, ο θεραπευτής μέσα από την αξιολογητική διαδικασία επιδιώκει ο νάρθηκας που θα επιλεγεί να μην ανταποκρίνεται μόνο στην προφανή σωματική κατάσταση του ασθενή, αλλά να λαμβάνει υπ' όψιν του την ψυχολογική και την κοινωνικοοικονομική παράμετρο.

Σύμφωνα με την κα Fess και τους συνεργάτες της (2005), ως αξιολόγηση άκρας χείρας ορίζεται η διαδικασία συλλογής, οργάνωσης και ερμηνείας πληροφοριών με απώτερο σκοπό την δημιουργία μιας ξεκάθαρης εικόνας σχετικά με την λειτουργικότητα της άκρας χείρας.

Ο θεραπευτής, κατά την αξιολογητική διαδικασία, αντιλείπει πληροφορίες από το ιστορικό, την συνέντευξη, την παρατήρηση, την ψηλάφηση, τις επιμέρους μετρήσεις και την επαναξιολόγηση του ασθενή.

## ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πριν ξεκινήσει η αξιολόγηση του ασθενή, ο θεραπευτής έχει φροντίσει να ενημερωθεί για το ακριβές ιατρικό ιστορικό του. Ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται, μπορεί να έχει πρόσβαση στο αρχείο, στις αναφορές και στις εντολές του θεράποντα ιατρού. Έτσι, λοιπόν, τα στοιχεία του ιατρικού ιστορικού που τον ενδιαφέρουν είναι:

1. Ηλικία
2. Φύλο
3. Διάγνωση
4. Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, δηλαδή, οι ημερομηνίες των γεγονότων, η σοβαρότητά τους, οι θεραπείες που εφαρμόστηκαν αλλά και η πιθανότητα να επηρεάζουν την διάγνωση και την πρόγνωση (Aulicino, 1995).
5. Συνοδές καταστάσεις, όπως για παράδειγμα ο διαβήτης, η επιληψία, η νεφρική ή η ηπατική δυσλειτουργία αλλά και η αρθρίτιδα θα πρέπει να καταγράφονται, αφού επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα το πρόγραμμα αποκατάστασης (Coppard, 2001).
6. Φύση του προβλήματος. Ο θεραπευτής θα πρέπει να γνωρίζει εάν το πρόβλημα είναι αποτέλεσμα νευρολογικής ή ορθοπεδικής διαταραχής.
7. Πρόγραμμα αποκατάστασης. Αφορά στον τύπο του προγράμματος αποκατάστασης εάν δηλαδή θα είναι τυπικό ή μη τυπικό. Αυτά τα Προγράμματα Αποκατάστασης γνωστά και ως Πρωτόκολλα Θεραπείας δίνουν σαφή περιγραφή των θεραπευτικών παρεμβάσεων, της διάρκειας των συνεδριών, των ασκήσεων και των νάρθηκων για συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες (Coppard, 2001).

## ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Ο πρωταρχικός στόχος της συνέντευξης είναι να καθορίσει τον αντίκτυπο της κατάστασης στην λειτουργικότητα, στην οικογένεια, στην οικονομική κατάσταση και στην κοινωνικό-συναισθηματική ευεξία του ασθενή (Fess et al. 2005).

Πριν ακόμη ξεκινήσει η συνέντευξη, είναι ωφέλιμο ο θεραπευτής, αφού συστήνεται, να εξηγήσει τον σκοπό της συνάντησης, αλλά και τον σκοπό της αξιολόγησης και της παρέμβασης. Επιπλέον, θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον αλληλεπίδρασης αντίστοιχο του μορφωτικού επιπέδου του ασθενή.

Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει την ικανότητα να απαντήσει στις ερωτήσεις-είτε λόγω ηλικίας, είτε λόγω γνωστικών αδυναμιών-ο θεραπευτής παίρνει συνέντευξη από την οικογένεια (τους γονείς και τα αδέρφια, εάν υπάρχουν), τους φίλους και τους συνοδούς.

Ο θεραπευτής συλλέγει τις πληροφορίες που τον ενδιαφέρουν, σχετικά με τα εξής στοιχεία:

1. Ηλικία
2. Υποστηρικτικά συστήματα, δηλαδή το στενό οικογενειακό περιβάλλον και το άμεσο περιβάλλον διαβίωσης (Fess et al. 2005).
3. Επάγγελμα. Ο θεραπευτής ενημερώνεται για το εργασιακό περιβάλλον του ασθενή και την φύση του επαγγέλματος, ειδικά όταν ο δεύτερος πρόκειται να φοράει τον νάρθηκα κατά την διάρκεια εκτέλεσης των εργασιακών του καθηκόντων.
4. Ενδιαφέροντα. Η πιθανότητα ο ασθενής να ασχολείται με κάποιο χόμπι, π.χ. αθλητικές δραστηριότητες πρέπει να γίνεται γνωστή.
5. Συνήθειες. Αν και δεν είναι αποδεδειγμένο επιστημονικά, μέσα από την εμπειρική πρακτική φαίνεται πως συνήθειες-όπως το αλκοόλ και το κάπνισμα-επηρεάζουν έμμεσα το πρόγραμμα αποκατάστασης και χρήσιμο θα ήταν να καταγράφονται.
6. Ημερομηνία τραυματισμού
7. Τρόπος τραυματισμού
8. Επικρατές χέρι. Θεωρείται αρκετά σημαντική παράμετρος, αφού επηρεάζει άμεσα την λειτουργικότητα. Έτσι, ο ασθενής μπορεί να χρειάζεται ειδική εκπαίδευση ώστε να έχει την ικανότητα να αντισταθμίζει τους περιορισμούς που, πιθανώς, να προκύπτουν από την εφαρμογή του νάρθηκα (Austin, 2003).
9. Λειτουργικό επίπεδο. Πρόκειται για τον βαθμό που έχει επηρεάσει ο τραυματισμός την ικανότητα του ασθενή να εκτελεί με επιτυχία δραστηριότητες και των τριών Περιοχών Εκτέλεσης Έργου.
10. Πόνος. Ο πόνος, αρκετά συχνά, καθορίζει την συμμετοχή του ασθενή στο πρόγραμμα αποκατάστασης. Για το λόγο αυτό, ο θεραπευτής πρέπει να πληροφορηθεί για την ποιότητα, τον βαθμό και το ακριβές σημείο του πόνου. Τέλος, ο πόνος επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τον τύπο του νάρθηκα και τον τύπο του υλικού που θα χρησιμοποιηθεί.

## ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

Η διαδικασία παρατήρησης του ασθενή ξεκινάει από την πρώτη στιγμή της συνάντησης. Έτσι, λοιπόν, τα στοιχεία που χρειάζεται να εντοπίσει ο θεραπευτής μέσω της παρατήρησης είναι:

1. Ακούσιες κινήσεις, εάν δηλαδή ο ασθενής εκδηλώνει τρόμο ή μιμικούς σπασμούς (τικ) (Coppard, 2001).
2. Ύψος. Μέσα από τις εκφράσεις του προσώπου και τον τρόπο ομιλίας του ασθενή, ο θεραπευτής μπορεί να διαπιστώσει την διάθεση και την συμμόρφωση του με το πρόγραμμα αποκατάστασης.
3. Κατανόηση. Πρόκειται για την ικανότητα του ασθενή να διατηρεί διάλογο με τον θεραπευτή και να εκτελεί τις εντολές του.
4. Θέση άκρου. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται εάν το υπόλοιπο σώμα διατηρεί μια προστατευτική στάση ως προς το τραυματισμένο άκρο.
5. Κίνηση ώμου. Πρέπει να διαπιστωθεί εάν η κίνηση του ώμου είναι ελαττωμένη ή τελείως απύσασ.
8. Καμάρες και πτυχές. Παρατηρείται εάν και κατά πόσο οι καμάρες και οι πτυχές του χεριού είναι φυσιολογικές.

9. Μυϊκές ατροφίες (Coppard, 2001, Κεραμιώτου, 2003)
10. Συγκάμψεις
11. Νύχια. Πιο συγκεκριμένα, ο θεραπευτής ενδιαφέρεται για την επιφάνεια των νυχιών, εάν είναι λεία και ομαλή ή με πτυχές και ζάρες.
12. Κακώσεις. Αναζητούνται πιθανές ουλές, εγκαύματα και πληγές.
13. Σκληρύνσεις δέρματος
14. Χρώμα δέρματος. Εξετάζεται εάν το χρώμα του δέρματος είναι ωχρο, ερυθρό ή μελανό.
15. Σημάδια χειρουργικών επεμβάσεων
16. Εξωτερικοί μηχανισμοί. Πρόκειται για εξωτερικές ή εσωτερικές οστεοσυνθέσεις και λήμες.
17. Παραμορφώσεις. Κάποιες από τις παραμορφώσεις που ενδιαφέρουν τον θεραπευτή είναι:
  - Παραμόρφωση Boutonniere
  - Παραμόρφωση Claw Hand
  - Παραμόρφωση Mallet
  - Παραμόρφωση Swan Neck (Austin 2003, Coppard 2001, Κεραμιώτου 2003)
18. Οίδημα
19. Μεσοδιαστήματα δακτύλων
20. Εικόνα ακροδακτύλων

## ΨΗΛΑΦΗΣΗ

Έπειτα από την γενική επισκόπηση του ασθενή, ακολουθεί η ψηλάφηση των τραυματισμένων περιοχών του χεριού του. Ο θεραπευτής ψηλαφεί οποιαδήποτε περιοχή για την οποία ο ασθενής περιγράφει συμπτώματα ή φαίνεται μη φυσιολογική.

Τα στοιχεία αυτά είναι:

1. Μυϊκός τόνος. Ο μυϊκός τόνος ψηλαφείται καλύτερα διαμέσου του παθητικού εύρους κίνησης. Ο θεραπευτής πρέπει να καθοδηγήσει τον ασθενή, ώστε να χαλαρώσει τους μύες του για τα-όσο το δυνατόν-πιο ακριβή αποτελέσματα.
2. Μυϊκή συμμετρία. Γίνεται σύγκριση της συμμετρίας-των πρωταγωνιστών και των ανταγωνιστών μυών-του τραυματισμένου άκρου με το υγιές (Aulicino, 1995).
3. Όζοι τενόντων
4. Όγκοι. Ο θεραπευτής ελέγχει την πιθανότητα ύπαρξης γαγγλίων και συριγγίων.
5. Ουλές. Αναζητούνται πιθανές πληγές, φλεγμονές και νεκρωμένες περιοχές. Στα σημεία αυτά η υφή και η θερμοκρασία του δέρματος είναι διαφορετικές σε σχέση με τις υπόλοιπες υγιείς περιοχές.

## ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ

Ενώ με τις παραπάνω μεθόδους ο θεραπευτής έχει αποκτήσει μια συνολική εικόνα της γενικής κατάστασης του ασθενή, με την εφαρμογή των ειδικών μετρήσεων επιτυγχάνεται η λεπτομερής και ακριβής περιγραφή του προβλήματος.

Η μέθοδος των ειδικών μετρήσεων εφαρμόζεται για τον καθορισμό των παρακάτω:

1. Πόνος. Καθώς οι θεραπευτές συναναστρέφονται άτομα που βιώνουν χρόνιο και έντονο πόνο, η ανάγκη για την μέτρηση του εμφανίζεται εξαιρετικά μεγάλη. Επειδή, λοιπόν, η εκτίμηση του πόνου είναι δύσκολη εξ' αιτίας της υποκειμενικότητας των συμπτωμάτων, έχουν δημιουργηθεί διάφορα αξιολογητικά εργαλεία, όπως ερωτηματολόγια, λίστες, διαγράμματα, κλίμακες κλπ.

2. Τραύματα. Ο θεραπευτής μετράει τα τραύματα και τις τομές (συνήθως, σε εκατοστά) και τα αξιολογεί βάσει του μεγέθους, του χρώματος και της οσμής τους.

Επίσης, βασικό θεωρείται ο θεραπευτής να γνωρίζει τα τρία στάδια επουλήωσης των τραυμάτων, το Στάδιο Φλεγμονής, το Στάδιο Ανάπλησης και το Στάδιο Ωρίμανσης. Σε περίπτωση ύπαρξης σοβαρού τραύματος, προτού ξεκινήσει η κατασκευή του νάρθηκα, θα πρέπει ο ασθενής να εξεταστεί από το ιατρικό προσωπικό. Τέλος, πρέπει να τονιστεί η ιδιαίτερη ανάγκη για λήψη μέτρων προστασίας από τους θεραπευτές που έρχονται σε επαφή με ανοικτά τραύματα.

3. Αρθρώσεις και σύνδεσμοι. Από τις πιο σημαντικές παραμέτρους, η σταθερότητα των αρθρώσεων εκτιμάται μετά από προσεκτική εφαρμογή πίεσης σε συγκεκριμένους συνδέσμους, από τους οποίους και εξαρτάται.

4. Μύες και τένοντες. Η εκτίμηση της διάγνωσης, των χειρουργικών επεμβάσεων και του χρόνου επουλήωσης θεωρείται κριτικής σημασίας για την κατασκευή νάρθηκων που επιδρούν στους μύες και στους τένοντες. Καθώς ο χρόνος επουλήωσης των τραυματισμένων μυών και τενόντων εξαρτάται από τον τρόπο τραυματισμού, ο θεραπευτής πρέπει να γνωρίζει την φυσιολογία αθλή και τον τρόπο που ο κάθε τένοντας διαδράμει στην άρθρωση.

5. Κατάσταση αγγείων. Οι διαφορές στο χρώμα και την θερμοκρασία του δέρματος στις τραυματισμένες περιοχές θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν, όταν γίνεται εκτίμηση της κατάστασης των αγγείων.

Ο θεραπευτής συγκρίνει τις αρχικές μετρήσεις - πριν την εφαρμογή του νάρθηκα - με αυτές που προκύπτουν μετά από την εφαρμογή του. Αύξηση των αποτελεσμάτων σημαίνει ότι ο νάρθηκας ασκεί υπερβολική πίεση στους μαλακούς ιστούς, γεγονός που πρέπει άμεσα να αποφευχθεί.

Τέλος, το χρώμα του δέρματος, κατά την εφαρμογή του νάρθηκα, πρέπει να διατηρείται φυσικό. Κόκκινες ή μελανές περιοχές υποδηλώνουν διαταραγμένη φλεβική κυκλοφορία, ενώ σκούρες ή λευκές περιοχές καταμαρτυρούν διαταραγμένη αρτηριακή κυκλοφορία. Φυσικά και στις δύο περιπτώσεις, πρέπει να διακοπεί η εφαρμογή του νάρθηκα, ώστε να τροποποιηθεί.

6. Εύρος κίνησης αρθρώσεων και μυϊκή δύναμη. Ο θεραπευτής θα πρέπει να καταγράψει το παθητικό και το ενεργητικό εύρος κίνησης των αρθρώσεων και την μυϊκή δύναμη τόσο του τραυματισμένου όσο και του υγιούς άκρου και να χρησιμοποιήσει τις πλη-

ροφορίες για σύγκριση. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων είναι τα γωνιόμετρα, ενώ τα δυναμόμετρα χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της μυϊκής δύναμης.



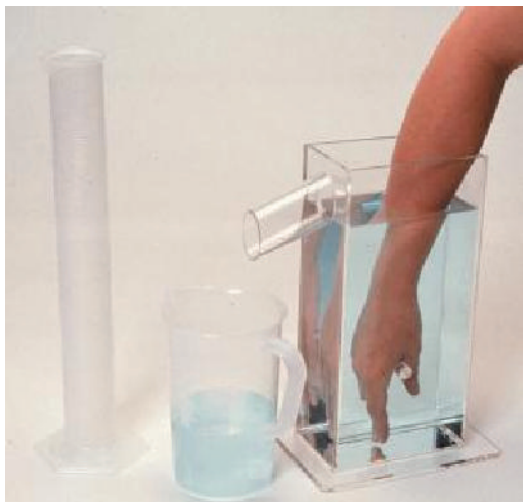
Εικ. 1. Γωνιόμετρηση ΜΚΦ αρθρώσεων άκρας χείρας



Εικ. 2. Δυναμόμετρο

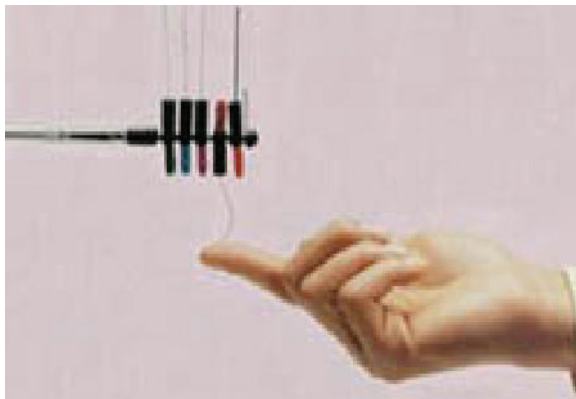
7. Συντονισμός και επιδεξιότητα. Ο συντονισμός και η επιδεξιότητα θεωρείται πως αποτελούν δύο από τις βασικότερες δεξιότητες για την λειτουργική δραστηριοποίηση των ατόμων και, συνεπώς, η ανάγκη για την αξιολόγησή τους είναι αδιαμφισβήτητη. Για τον λόγο αυτό υπάρχει και πλήθος από αξιολογητικά εργαλεία.

8. Λειτουργικότητα. Ο θεραπευτής εκτιμάει το επίπεδο της λειτουργικότητας του ασθενή από την αρχή της αξιολογητικής διαδικασίας, με την συνέντευξη, την παρατήρηση και έπειτα με τις ειδικές μετρήσεις.



Εικ. 3. Ογκομετρικό δοχείο

9. Οίδημα. Το οίδημα θεωρείται ως μία από τις προκλήσεις τις οποίες καλείται να αντιμετωπίσει κάθε θεραπευτής, καθώς καθυστερεί την επούλωση των τραυμάτων, προκαλεί πόνο και δυσκαμψία και φυσικά, καταλήγει σε μειονεκτήματα της λειτουργικότητας. Η πιο συνηθισμένη μέθοδος αξιολόγησης είναι το ογκομετρικό δοχείο και φυσικά, ο ασθενής αξιολογείται εφ' όσον το επιτρέπουν τα τραυμάτά του και επαναξιολογείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα.



Εικ. 4. Test Αισθητικότητας

10. Αισθητικότητα. Η εκτίμηση της αισθητικότητας είναι απαραίτητη για τον καθορισμό των περιοχών με διαταραγμένη ή απουσία αισθητικότητα. Ο θεραπευτής πρέπει να εντοπίσει αυτές τις περιοχές, ώστε να παρέχει στον ασθενή έναν κατάλληλο νάρθηκα που δεν θα του προκαλέσει επιπλέον πληγές και βλάβες.

11. Οστά. Πρόκειται για την περίπτωση που ο νάρθηκας απευθύνεται σε άτομα, τα οποία έχουν υποστεί κάποιο οστικό κάταγμα. Για μια ολοκληρωμένη εκτίμηση, ο θεραπευτής πρέπει να γνωρίζει:

- Τις διορθωτικές επεμβάσεις, αν έγιναν
- Τον τύπο του κατάγματος
- Την σταθερότητα των οστών
- Την ύπαρξη επιπλοκών, όπως ψευδαρθρώσεις και οστεοποιήσεις

## ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η επαναξιολόγηση πραγματοποιείται μετά την εφαρμογή του νάρθηκα και τα στοιχεία που εκτιμώνται είναι:

1. Δέρμα. Ο θεραπευτής ελέγχει για σημεία πίεσης στο δέρμα του ασθενή, αφού έχει προηγηθεί εφαρμογή του νάρθηκα για 20-30 λεπτά, και κάνει τις απαραίτητες διορθώσεις.

2. Συμμόρφωση. Ο θεραπευτής πρέπει να προσδιορίσει κατά πόσο ο ασθενής ακολουθεί το πρόγραμμα εφαρμογής του νάρθηκα και το πρόγραμμα αποκατάστασης. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης του ασθενή, ο θεραπευτής πρέπει να εντοπίσει τους ακριβείς λόγους και να επαναπροσδιορίσει το πρόγραμμα.

Καταλήγοντας, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή των νάρθηκων άκρας χείρας επηρεάζονται καθοριστικά από την αξιολογητική διαδικασία.

Η σωστή και αντικειμενική αξιολόγηση έχει πάντα ως αποτέλεσμα την επιλογή του κατάλληλου νάρθηκα για κάθε πάθηση και για κάθε ασθενή.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aulicino, P.L. (1995). Clinical examination of the hand. In: Hunter, J.M., Mackin, E.J., Callahan, A.D. (eds) Rehabilitation of the hand: Surgery and therapy. 4th edition. St Louis. Mosby. Chapter 5, pp.53-76
- Austin, G.P., & Jacobs, M.L. (2003). Mechanical principles. In: Jacobs, M.L., Austin, N.M. (2003). Splinting the hand and upper extremity: Principles and process. Lippincott Williams and Wilkins. Chapter 4, pp. 59-72
- Berger, S., Pedretti, L.W. (1998). Hand splinting. In: Early, M.B. (1998). Physical dysfunction practice skills for the occupational therapy assistant. St Louis, Mosby. Chapter 22, pp. 339-356
- Colditz, J.C. (1996). Principles of splinting and splint prescription. In: Peimer, C.

(1996). Surgery of the hand and upper extremity. Volume 1. McGraw-Hill Health Professions Division. Chapter 111, pp. 2389-2410

- Coppard, B.M., Lynn, P. (2001). Introduction to splinting. In: Coppard, B.M., Lohman, H. (2001). Introduction to splinting: A clinical-reasoning and problem-solving approach. 2nd Edition. St Louis, Mosby. Chapter 1, pp. 1-33
- Fess, E.E., Gettle, K.S., Phillips, C.A., Janson, J.R. (2005). Hand and upper extremity splinting: Principles and methods. 3rd Edition. St Louis, Mosby
- Κεραμιώτου, Κ. (2003). Νάρθηκες και βοηθητικά μηχανήματα. Διδακτικές σημειώσεις. Σ.Ε.Υ.Π. Τμήμα Εργοθεραπείας

Το άρθρο αυτό στην αρχική του μορφή αποτέλεσε προφορική ανακοίνωση στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εργοθεραπείας 2-3/2/2008