

## מי מכיר ומי יודע...או.. החשיבות בביצוע מדוקדק של מבחן

ד"ר מיכל כץ-לוייר

ד"ר מיכל כץ-לוייר, החוג לפיזיותרפיה, אוניברסיטת תל אביב

לפנינו ה"מתכון": הוראות הביצוע של המבחן במקור<sup>1</sup>

1. The patient is instructed to stands close to, but not touching, a wall ...
2. and position the arm that is closer to the wall at 90 degrees of shoulder flexion ...
3. with a closed fist.
4. The assessor records the starting position at the 3rd metacarpal head on the yardstick.
5. Instruct the patient to "Reach as far as you can forward ...
6. without taking a step."
7. The location of the 3rd metacarpal is recorded.
8. The difference between the start and end position is the reach distance, usually measured in inches.
9. The test allows for five total trials: two practice trials, followed by three "test" trials.
10. The distances of the last three trials are averaged to obtain the patient's score

כעת אנו משחזרים: האם מילאנו בדמיונו את ההוראות כלשונן? האם החסרנו? האם הוספנו?

א. במידה ודמיינו את התהליך כפי שפורט ב"מתכון", כלומר, לא החסרנו, לא הוספנו דבר, אפשר להוציא אנחת רווחה. שכן, טעויות שאנו צפויים לבצע בהערכה אלו טעויות מוכרות, בהתאם למדדי המהימנות והתוקף הידועים לנו. (ושימו לב, ה"מתכון" של המבחן מנסה לשפר את מהימנות המדד זאת בעזרת ההנחיה לבצע 5 חזרות ולמצע את שלושת האחרונות כתוצאת המבחן).

בואו נעצום לרגע את העיניים (באופן וירטואלי).

נדמין שלפנינו מטופל במחלקה הפנימית. המטופל, אדם מבוגר, שמשתחרר היום לביתו. אנו דואגים שהוא מועד ליפול ורוצים להיעזר במבחן חיזוי לבחון דאגה זו. במידה ונמצא שגם על פי מבחן החיזוי, המטופל נמצא בסיכון לנפילה, נמליץ על הפנייה לקבוצת תרגול למניעת נפילות במכון הפיזיותרפיה הקרוב לביתו.

האפשרויות להערכה במחלקה הפנימית מצומצמות. אנו זקוקים למבחן פשוט, מהיר, שניתן לבצע במחלקה לפני שהמטופל ימשיך בהליך השחרור. יש לנו מד מרחק ("סנטימטר") בכיס, אנו מחליטים לבצע את מבחן Functional Reach<sup>1</sup>. ידוע לנו כי המבחן נמצא מהימן במבחן חוזר, בין ובתוך בודקים<sup>2</sup> וכן נמצא כי לערך סף הנמוך מ 18.5 ס"מ רגישות של 75% וסגוליות של 67% לניבוי נפילה במבוגרים.<sup>3</sup>

העיניים עדיין עצומות? אז בואו נדמין לפרטי פרטים איך היינו מבצעים את המבחן, כלומר את סדר הפעולות אותן היינו עושים, מהן ההוראות אותן היינו משמיעים, כדי לבצע את המבחן ולקבל החלטה האם האדם בסיכון (או לא) לנפילה על פי המבחן. ו...נפקח את העיניים.

ב. ומה אם התהליך הדמיוני שלנו, והמתכון המקורי של המבחן, לא חפפו בדיוק? מה אם החסרנו / הוספנו רכיב או שניים למבחן? מה אם שינינו פקודה, מנח או מגע?

כאן אנו נאנחים באמת, במידה והמבחן בדמיון עבר שינויים שיטתיים - כלומר אנו באופן עקבי דמיינו (מבצעים) הערכה "אחרת" מ"המתכון", אזי ולמעשה אנו לא יודעים מהם ערכי המהימנות, מהם ערכי התוקף, והאם גם למבחן זה הצלחה בניבוי סיכון לנפילה?

מעצם השינוי, יצרנו מבחן חדש ולא מוכר.

אנחנו לא יכולים למנוע לגמרי טעויות אקראיות. עייפות, עומס של המטפל, עייפות ועומס על הנבדק, אופי התכונה הנבדקת, הכלי, והסביבה לכל אחד תרומה אפשרית לרעש אקראי. אפשר לנסות ולמזער (להגיע רענן לעבודה, לעבוד ללא עומס וכד') ועדיין, טעות אקראית היא חלק ממדידה, ניתן ורצוי למזער אבל היא נמצאת..

ניתן וחייבים למזער את הטעות השיטתית וזה פשוט!

פשוט, צריך לדעת את התוכן, את הפרטים הקטנים של כלי ההערכה בהם אנו משתמשים.

בואו נעצום עיניים ונדמיין לפרטי פרטים מבחן אחר. נניח נבחר את ה Timed Up & Go....

### מקורות

1. Duncan PW, Weiner DK, Chandler J, Studenski S. Functional reach: a new clinical measure of balance. J Gerontol. 1990;45(6):M192-7.
2. Weiner DK, Duncan PW, Chandler J, Studenski SA. Functional reach: a marker of physical frailty. J Am Geriatr Soc. 1992;40(3):203-7.
3. Thomas JJ, Lane, J. V. A pilot study to explore the predictive validity of 4 measures of falls risk in frail elderly patients. Arch Phys Med Rehab. 2005; 86 1636-40: (8).