

**Wytyczne Krajowej Rady Fizjoterapeutów
do udzielania świadczeń zdrowotnych
z zakresu fizjoterapii i ich opisywania
w dokumentacji medycznej**

**UCHWAŁA nr 142/I KRF
KRAJOWEJ RADY FIZJOTERAPEUTÓW
z dnia 1 marca 2018 r.**

Warszawa, 1 marca 2018 r.

Opracowanie:

Ernest Wiśniewski

Współautorzy:

Aleksander Lizak

Dr hab. Maciej Krawczyk

Dr Zbigniew Wroński

Jacek Koszela

Tomasz Niewiadomski

Dr hab. Jakub Adamczyk

Dr Monika Grygorowicz

Sławomir Chomiak

Joanna Węgrzyn-Rudzińska

Dominika Kowalczyk

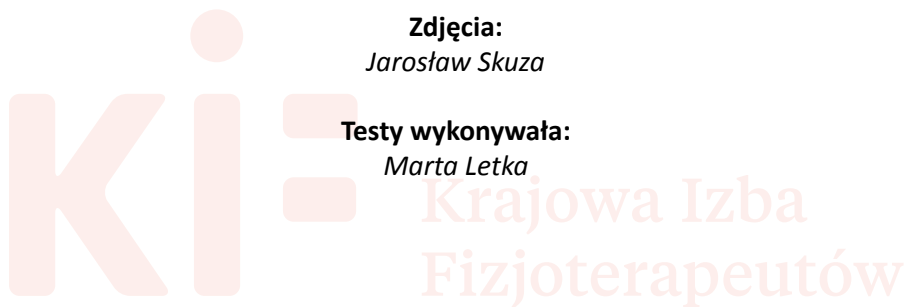
Paweł Adamkiewicz

Zdjęcia:

Jarosław Skuza

Testy wykonywała:

Marta Letka



Wydanie limitowane 1.0

Druk i oprawa:

Drukarnia POZKAL, Inowrocław

Spis treści

Część I. Wprowadzenie	5
Część II. ICF	9
Część III. Diagnostyka funkcjonalna	13
1. Wywiad	13
2. Badanie przedmiotowe. Analiza ruchu i postawy ciała	18
3. Diagnostyka różnicowa	18
4. Testy, skale i pomiary	19
5. Wnioski z badania	19
6. Plan fizjoterapii	19
Część IV. Przeciwwskazania do fizjoterapii	21
Część V. Fizjoterapia	23
1. Wywiad	23
2. Re-test na początku terapii	23
3. Leczenie	23
3.1. Fizjoterapia indywidualna	23
3.2. Funkcjonalny Trening Medyczny	24
4. Re-test po zakończonej terapii	25
5. Zadania dla pacjenta (instruktaż) do samodzielnego wykonywania w domu	25
6. Uwagi do fizjoterapii	26
7. Dokumentacja dodatkowa niestanowiąca dokumentacji medycznej	26
Część VI. Testy	27
1. Interpretacja wyników	27
2. Spis testów	30
3. Katalog testów	37
Notatki	87

Część I

WPROWADZENIE

Obecnie brak jest w przepisach definicji dokumentacji medycznej. Dla celów niniejszego opracowania do jej zakresu należy zaliczyć wszelkie dane i informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta gromadzone i udostępniane w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w fizjoterapii.

Fizjoterapeuta, zgodnie z art. 9 pkt 4 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. poz. 1994 oraz z 2017 r. poz. 505) jest obowiązany prowadzić i udostępniać dokumentację medyczną. Nadto dokumentacja medyczna może stanowić przedmiot kontroli prowadzonej przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów w celu oceny wykonywania zawodu przez fizjoterapeutę. Może być także badana w trakcie postępowania dyscyplinarnego prowadzonego wobec fizjoterapeuty oraz przedstawiana na żądanie sądów powszechnych.

Podstawowe regulacje prawne dotyczące dokumentacji medycznej prowadzonej w związku z udzielaniem świadczeń z zakresu fizjoterapii zawarte są w:

- ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524);
- ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948, 2260 oraz z 2017 r. poz. 2110 i 2217);
- ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845);
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania dokumentację medyczną dzieli się na:

- indywidualną – dotyczącą poszczególnego pacjenta, w tym wewnętrzną – przeznaczoną dla podmiotu udzielającego świadczeń oraz dokumentację zewnętrzną – przeznaczoną dla pacjenta. Powinny się w niej znaleźć informacje na temat wszystkich podjętych w przeszłości w procesie leczenia i zalecanych na przyszłość czynności medycznych i pozamedycznych, takich jak np. instruktaż pacjenta, informacje na temat zmian opatrunku, itd.
- zbiorczą – dotyczącą ogółu lub określonych grup pacjentów, w tym wewnętrzną (takich jak księga główna przyjęć i wpisów, księgi zabiegów) oraz zewnętrzną prowadzoną w celach określonych w odrębnych przepisach,

np. do analizy i opracowania aktualnego stanu polityki zdrowotnej w kraju czy też raportów statystycznych.

Najważniejsze funkcje, jakie pełni dokumentacja medyczna działalności leczniczej to:

- opis procesu diagnostyczno – terapeutycznego,
- gromadzenie informacji do rozliczeń z podmiotami ponoszącymi koszty udzielania świadczeń – Narodowy Fundusz Zdrowia, ubezpieczyciel komercyjny, pacjent,
- źródło dowodowe w:
 - postępowaniach karnych związanych z naruszeniem przepisów karnych oraz postępowaniach z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej,
 - procesach cywilnych o odszkodowanie za błędy medyczne,
 - postępowaniach przed komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych w sprawie ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia,
 - postępowaniach w sprawach odszkodowań z tytułu ubezpieczenia.

Z powyższych przepisów i funkcji dokumentacji medycznej wynikają obowiązki dla każdego podmiotu udzielającego świadczenia zdrowotne w zakresie prowadzenia, przechowywania, udostępniania i zapewnienia ochrony zawartych w dokumentacji medycznej danych. Prowadzenie dokumentacji medycznej bez opóźnień, zapewnienie jej kompletności, prawidłowego oznaczenia i zabezpieczenia chroni także fizjoterapeutę przed nieuzasadnionymi zarzutami nienależytego udzielania świadczeń zdrowotnych. Kompletność, czytelność i porządek chronologiczny wpisów dokonywanych w dokumentacji medycznej ułatwia wykazanie prawidłowości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Ze względu na fakt, że dokumentacja medyczna stanowi źródło wrażliwych danych osobowych, podlegających szczególnej ochronie prawnej oraz posiada ona status dokumentów w rozumieniu Kodeksu Karnego, niewypełnianie lub niewłaściwe wypełnianie obowiązków dotyczących dokumentacji medycznej zagrożone jest odpowiedzialnością karną lub odpowiedzialnością administracyjną w postaci nałożenia kar pieniężnych. Powstaje ona z tytułu:

- naruszenia zasad przetwarzania danych osobowych – art. 49–54a ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922),
- naruszenia zasad postępowania z dokumentacją medyczną po zakończeniu działalności leczniczej – art. 69a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- fałszowania lub poświadczenia nieprawdy w dokumentacji medycznej – art. 270 i art. 271 Kodeksu Karnego.

Każdy fizjoterapeuta wykonujący zawód musi mieć świadomość, że dokumentacja medyczna może stać się dokumentem stanowiącym dowód w procesie o odszko-

dowanie za błąd medyczny i może mieć znaczenie dla linii obrony oraz ustalenia odpowiedzialności prawnej, dla ustalenia szkody i jej wysokości, czy też przewinień dyscyplinarnych. Fizjoterapeuci powinni wziąć pod uwagę, że specyfika działalności leczniczej polega na tym, że spory związane z skutkami udzielania świadczeń zdrowotnych powstają często po długim czasie od wykonania zabiegu. Prawidłowo prowadzona dokumentacja pozwala w takich przypadkach zabezpieczyć się przed skutkami długotrwałości postępowania i nieprawidłową oceną procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo z wykorzystaniem wskazań aktualnej wiedzy medycznej jest możliwe wyłącznie z zachowaniem wymogów dotyczących prawidłowo przeprowadzonego procesu fizjoterapii i prawidłowo wykonanej dokumentacji medycznej.



Część II ICF

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*, WHO) po wieloletnich szczegółowych badaniach i konsultacjach międzynarodowych 22 maja 2001 r. na pięćdziesiątym czwartym Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w rezolucji WHA54.21 przyjęła **Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia** (ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*) z zaleceniem dla 194 krajów członkowskich wykorzystywania ICF w systemie raportowania, kontroli oraz w badaniach.

W myśl zapisu w Artykule 4 ust. 2 Ustawy z dnia 25 września 2015r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. Poz. 1994), który w punkcie 1 wskazuje:

*„Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na **diagnostyce funkcjonalnej pacjenta**”*

Krajowa Rada Fizjoterapeutów przyjęła rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie wykorzystania ICF w procesie przeprowadzenia i udokumentowania diagnostyki funkcjonalnej i leczenia prowadzonego przez fizjoterapeutów.

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (należy do „rodziny” międzynarodowych klasyfikacji opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia – ang. *WHO Family of International Classification – WHO-FIC*) i służy do opisu różnych aspektów stanu zdrowia. Rodzina międzynarodowych klasyfikacji dostarcza wzorców, które pozwalają na kodowanie zakresu informacji o stanie zdrowia (np. rozpoznanie, funkcjonowanie i niepełnosprawność). Posługuje się wystandaryzowanym, wspólnym językiem, pozwalającym na porozumiewanie się kwestiach zdrowia i opieki zdrowotnej na całym świecie m.in. w kwestii gromadzenia i porównywania danych dotyczących poszczególnych dyscyplin opieki zdrowotnej, usług medycznych oraz ich ram czasowych w poszczególnych krajach na świecie. WHO i sieć WHO-FIC dążą do utworzenia rodziny klasyfikacji opartej na solidnych podstawach naukowych i taksonomicznych, odpowiednio dostosowanej kulturowo i możliwej do stosowania na poziomie międzynarodowym, uwzględniającej wielowymiarowe aspekty opieki zdrowotnej i wreszcie odpowiadającej potrzebom różnych grup użytkowników.

W międzynarodowych klasyfikacjach WHO stany chorobowe (choroby, zaburzenia, urazy, itp.) są sklasyfikowane głównie w klasyfikacji ICD-10, Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ang. *International Statistical Classification of Diseases and*

Related Health Problems), gdzie stosuje się głównie podejście etiologiczne. W ICF natomiast sklasyfikowane są funkcjonowanie i niepełnosprawność w powiązaniu ze stanem zdrowia. ICD-10 i ICF uzupełniają się zatem nawzajem. ICD-10 dostarcza „rozpoznanie” choroby zaburzenia zdrowia lub innego określonego stanu zdrowia, a ta informacja jest wzbogacona o dodatkowe dane zawarte w ICF dotyczące funkcjonowania. **Ponieważ dwie osoby cierpiące na tę samą chorobę mogą charakteryzować się dwoma odmiennymi stanami funkcjonowania, a dwie osoby o tym samym stanie funkcjonowania niekoniecznie cierpią na tę samą chorobę.** Dlatego łączne zastosowanie obu klasyfikacji poprawia jakość danych dla celów medycznych.

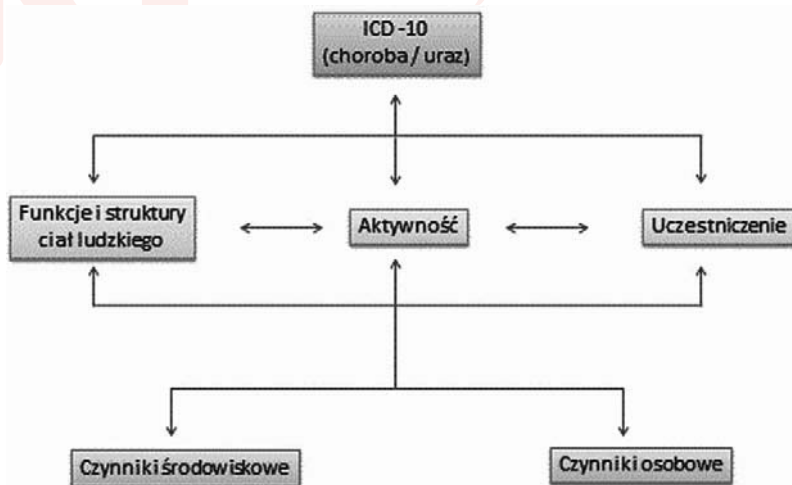
ICF jako klasyfikacja nie modeluje procesu funkcjonowania i niepełnosprawności. Może być jednak wykorzystana do opisu tego procesu. ICF składa się z dwóch części, a każda z nich z dwóch składników:

Część 1: funkcjonowanie i niepełnosprawność:

- a) funkcje i budowa ciała
- b) aktywność i uczestniczenie

Część 2: czynniki kontekstowe:

- a) czynniki środowiskowe
- b) czynniki osobowe



Rysunek 1. Zależności między składnikami ICF i ICD-10

Uczestniczenie definiowane jest jako zdolność do angażowania się danej osoby w określone sytuacje życiowe w tym przede wszystkim życie zawodowe i pełnienie ról społecznych. Ograniczenie uczestnictwa w czynnościach codziennych będącego następstwem urazu lub choroby, definiowane indywidualnie dla każdego

pacjenta. Wyznacza też wieloaspektowy cel leczenia możliwy do osiągnięcia dla poprawy jakości życia.

Aktywność w rozumieniu zdolności do podjęcia przez daną osobę pojedynczego zadania lub działania np. siedzenia, wstawania, poruszania się, czy zdolność do komunikacji lub dbania o siebie.

Budowa ciała ludzkiego to jego wszystkie części anatomiczne takie jak narządy (wątroba, płuca, mózg, serce) i układy (np. układ mięśniowy, stawowy, nerwowy, układ oddechowy lub krążenia) wraz z przypisanymi im cechami morfologicznymi takim jak np. kształt, długość, proporcje, obwód, stopień konsystencji i inne.

Funkcje ciała ludzkiego są to procesy fizjologiczne poszczególnych układów, narządów i części ciała, tj. sposób w jaki działają (funkcjonują).

PRZYKŁAD:

Rozpoznanie ICD-10: M54 – bóle grzbietu.

Ograniczony poziom uczestnictwa: pojawiający się ból kręgosłupa lędźwiowego w trakcie wykonywania długotrwałej siedzącej pracy biurowej oraz w trakcie schylania się.

Poziom ograniczonej aktywności:

- pozycja siedząca (d 4153)
- zginanie się (d 4105)

Poziom zaburzenia w budowy ciała:

- układ więzadłowy stawu krzyżowo-biodrowego prawego, więzadło biodrowo-lędźwiowe (s 7403)
- mięśnie tułowia (s 7601)

Funkcja:

- obniżona wytrzymałość i zdolność przyjęcia obciążenia w mechanizmie rozciągania w trakcie siedzenia. (b 729)
- osłabiona siła mięśni tułowia (b 7305)

Czynniki środowiskowe tworzą fizyczne i społeczne środowisko oraz system postaw, w którym żyją ludzie. Są to czynniki zewnętrzne, które mogą wywierać dodatni i ujemny wpływ na jednostkę z określonym stanem chorobowym, na przebieg procesów fizjologicznych (funkcja ciała) i/lub zdolność do wykonywania czynności (aktywności) lub zadań przez tę osobę lub na budowę jej ciała.

a) Czynniki środowiskowe indywidualne określone jako bezpośrednie otoczenie osobiste człowieka obejmuje: życie domowe, miejsce pracy. Zawiera zarówno fizyczne cechy środowiska jak również relacje i interakcje z osobami z tego otoczenia: rodzina, bliscy, znajomi.

b) Czynniki środowiskowe społeczne określone są jako formalne i nieformalne struktury społeczne, usługi i najważniejsze systemy społeczne wywierające wpływ na jednostki. Zaliczamy tu organizacje służb związanych z miejscem pracy, agencji rządowych, usług telekomunikacyjnych i transportowych oraz nieformalnych sieci społecznych, ale również przepisy prawa, formalne i nieformalne postanowienia, a także postawy i ideologie.

Czynniki osobowe stanowią indywidualne tło życia jednostki i nie są częścią stanu chorobowego. Mogą to na przykład być: płeć, rasa, wiek, nawyki, styl życia, wychowanie, sposoby radzenia sobie z trudnościami, wykształcenie, zawód, zdobyte doświadczenie i inne cechy charakterystyczne, które wszystkie lub każda z osobna mogą odegrać rolę w powiększaniu lub redukowaniu efektu choroby na dowolnym jej poziomie (budowa, funkcja, aktywność, uczestnictwo). Czynniki osobowe do tej pory nie weszły do klasyfikacji ICF, ale wymienia się je ze względu na rolę, która może mieć wpływ na wynik uczestnictwa przez podejmowane działania lub zadania.

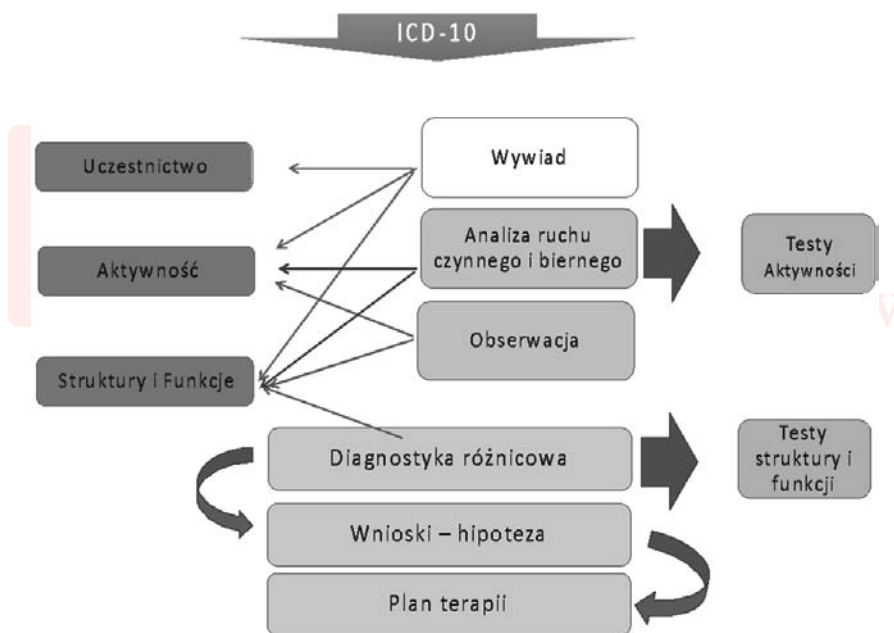


Część III

DIAGNOSTYKA FUNKCJONALNA

Diagnostyka funkcjonalna rozumiana jako badanie fizjoterapeutyczne uwzględnia:

1. Wywiad
2. Badanie i analizę ruchu, postawy, kształtu i ułożenia ciała pacjenta
3. Diagnostykę różnicową (fakultatywnie, wg decyzji fizjoterapeuty)
4. Testy i pomiary
5. Wnioski z badania
6. Plan fizjoterapii



Rysunek 2. Schemat diagnostyki funkcjonalnej

1. Wywiad

Wywiad to pierwsza i najważniejsza część badania fizjoterapeuty. Co do zasady nie powinno się przeprowadzać żadnych czynności manualnych, analizy ruchu, czy innych testów bez zebrania dokładnej informacji na temat przyczyny i powodu, dla którego pacjent zgłosił się na fizjoterapię oraz jego oczekiwań.

▣► Z kim zbierać wywiad?

Wywiad należy przeprowadzić bezpośrednio z pacjentem, który ma być poddany fizjoterapii. Nawet w przypadku osób z zaburzeniami komunikacji oraz niepełnoletnimi warto w pierwszej kolejności podjąć próbę komunikacji bezpośrednio z pacjentem, a dopiero w drugiej kolejności uzupełnić ten wywiad: w przypadku osoby dorosłej z zaburzeniami komunikacji z jego partnerką(erem) lub opiekunem, a w przypadku osoby niepełnoletniej z rodzicami lub opiekunem.

▣► Ustalenie celu fizjoterapii

Jednym z pierwszych pytań, jakie należy zadać pacjentowi lub opiekunom jest pytanie o cel i oczekiwania

– *zdefiniowanie problemu i celu fizjoterapii*

Cel fizjoterapii powinien być uświadomiony, jasno sprecyzowany i możliwy do osiągnięcia na skutek pracy fizjoterapeuty, nie wykraczający poza ramy ogólnej wiedzy medycznej na dzień badania.

Dla przykładu: *pacjent po kompletnym urazie rdzenia kręgowego na dzisiaj zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną nie jest w stanie nauczyć się chodzić, ale może samodzielnie poruszać się na wózku, zmieniać pozycje, przesiadać z wózka do samochodu i uczyć się, rozwijać i podejmować pracę zawodową.*

Wbrew pozorom może być to trudne zadanie i nie należy bagatelizować istoty sprawy.

Pomocne mogą być pytania:

– *w czym mogła(mógł) bym Pani(u)/Państwu pomóc?*

lub

– *na czym polega Pani(a)/Państwa problem?*

Trudności komunikacyjne na jakie można natrafić na tym etapie, to przedstawienie „problemu” jako diagnozy ICD-10, tj. choroby lub urazu, które pacjent ma zdiagnozowane np.:

– *mam dyskopatie i zmiany zwyrodnieniowe w kręgosłupie,*

– *jestem po udarze mózgu,*

– *jestem po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego,*

– *choruję na SM,*

– *moje dziecko ma zdiagnozowane MPDz.*

Diagnoza lekarska, rozpoznanie ICD-10 **NIE JEST I NIE MOŻE BYĆ CELEM TERAPII.**

Fizjoterapeuta nie jest wstanie przez swoje działania manualne, fizykalne lub jakiegokolwiek inne formy fizjoterapii wpłynąć na zmianę diagnozy. Po zakończonej fizjoterapii pacjent nadal ma:

- dyskopatię i zmiany zwyrodnieniowe w kręgosłupie,
- nadal jest po przebytych udarze,
- nadal ma wszczepioną endoprotezę,
- choruje na SM,
- a dziecko ma MPDz.

Co się zmienia wskutek działań fizjoterapeuty?

Dochodzi do zmiany w szczególności na poziomie aktywności i uczestnictwa (bardzo często dzięki poprawie konkretnych funkcji i struktur ciała).

Aby jednak doszło do takiej zmiany, należy zidentyfikować indywidualny dla każdego pacjenta problem na poziomie uczestnictwa oraz określić adekwatny poziom aktywności, który stanie się celem fizjoterapii. Dla przykładu:

- u pacjenta z dyskopatią:

Uczestnictwo: odczuwany ból w trakcie siedzenia w pracy przy komputerze i schylania przy zakładaniu butów.

Aktywność: długie siedzenie, schylanie się.

- u osoby po udarze:

Uczestnictwo: problem może stanowić wyjście z własnego domu, zejście po schodach z 4 piętra.

Aktywność: schodzenie ze schodów.

▣▶ **Cele bliskie i dalekie fizjoterapii**

W zależności od złożoności problemu, jednostki chorobowej lub urazu możemy określać cele bliskie lub etapowe. Im „problem” bardziej złożony, gdzie fizjoterapia będzie trwać kilka miesięcy lub lat należy oprócz celu końcowego, do którego dążymy wyznaczyć cele krótkoterminowe, których realizacja daje pacjentowi uzasadnienie i motywację dla podejmowanego trudu a fizjoterapeucie daje potwierdzenie słuszności sformułowanych celów długoterminowych.

Np. pacjent po urazie czaszkowo-mózgowym, zanim zacznie chodzić musi osiągnąć etap samodzielnego stabilnego siedzenia, potem zmiany pozycji i utrzymania pozycji stojącej.

Odrębną grupą, są pacjenci ze schorzeniami przewlekłe postępującymi, pacjenci w hospicjach, w stanie terminalnym, gdzie w miarę upływu czasu z uwagi na cha-

rakter choroby stan funkcjonowania pacjenta pogarsza się. Budowanie celu terapii zakłada wtedy spowolnienie tego procesu i utrzymanie poziomu aktywności na jak najwyższym poziomie najdłużej jak to możliwe. Czasami uśmierzanie bólu lub ulgę w cierpieniu. Celem może być również nauczenie najbliższej rodziny (opiekunów) ergonomicznej pracy przy pielęgnacji, zmianach pozycji, przesadzaniu.

Kolejnym krokiem w wywiadzie po ustaleniu co stanowi „problem”, z którym zgłosił się pacjent na fizjoterapię jest zebranie informacji o jego istocie. Należy przy tym pamiętać, że z jednej strony dowiemy się tylko tego o co zapytamy, z drugiej nadmiar zebranych informacji może być równie trudny do interpretacji, jak ich brak.

1. Czas trwania problemu?

To jest, kiedy wystąpiły pierwsze opisywane objawy np. ból, uczucie zmęczenia, osłabienie, ograniczenie aktywności, etc. To pozwoli określić nam czy opisywane objawy mają charakter ostry czy przewlekły.

2. Czy objawy zmieniają się w czasie?

Analiza dynamiki zmian objawów w czasie ułatwia podjęcie decyzji w zakresie planowanego leczenia lub odesłania na dodatkowe konsultacje. Im dynamika zmian większa i utrzymujące się narastanie negatywnych symptomów należy zawsze brać pod uwagę wykonanie dodatkowych badań i konsultacji. W przypadku niewielkiej dynamiki zmian obrazu klinicznego oraz długo trwającego procesu chorobowego ryzyko przeoczenia poważnej patologii maleje, aczkolwiek zawsze należy zachować czujność.

3. Co powoduje nasilenie lub pogorszenie pierwszoplanowych objawów?

To lista czynności (aktywności), które pacjent wykonuje w ciągu dnia jak, np.: siedzenie, wstawanie, chodzenie, podnoszenie przedmiotów, czynności samoobsługi, ćwiczenia i aktywność fizyczna etc., które mają **negatywny wpływ** na objawy wywołując je lub nasilając lub też są trudne bądź niemożliwe do wykonania. W tym miejscu należy zapytać pacjenta (lub jego opiekunów) czy jakieś inne czynniki mają wpływ na pogorszenie. Często bywa, że jest to pogoda, stres, pora dnia i inne.

4. Co powoduje zmniejszenie lub poprawę pierwszoplanowych objawów?

Lista czynności, które pacjent wykonuje w ciągu dnia jak np.: siedzenie, wstawanie, chodzenie, podnoszenie przedmiotów, czynności samoobsługi ćwiczenia i aktywność fizyczna etc., które mają **pozytywny wpływ** na objawy redukując je lub też są łatwe i możliwe do wykonania. Często są to leki, pora dnia i inne.

5. Jak wyglądało dotychczasowe leczenie w tym chirurgiczne, farmakologiczne, fizjoterapia i inne rodzaje leczenia?*

Analiza i przebieg dotychczasowego leczenia ułatwia ułożenie obecnego planu fizjoterapii. Przebyte leczenie chirurgiczne lub inne oddziaływania medyczne

sugerują rozwiązania wynikające z zastosowanej procedury medycznej. Odpowiedź na to pytanie wzbogaca też w informacje, na jakie formy terapii pacjent reagował pozytywnie, a jakie dotychczas nie przyniosły wymiernych efektów. Należy pamiętać, że pacjent nie zawsze kojarzy leczenie z oddziaływaniem pielęgniarki (np. długotrwała pielęgnacja rany pooperacyjnej, neuropsychologa, logopedy), fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego i lekarzy specjalistów pozornie nie związanych z leczeniem pierwszoplanowych objawów.

6. Jakie badania diagnostyczne, także z zakresu badań dodatkowych były dotychczas wykonywane* (np. RTG, MRI, USG, ale też scyntygrafia kości, densytometria, ultrasonografia Dopplerowska, urografia, koronarografia, EEG, EMG próba wysiłkowa). Przebycie niektórych badań diagnostycznych może wprost sugerować wcześniejsze różnicowanie przez lekarzy niektórych poważnych schorzeń np. serca, mózgu, układu krążenia i in. W przypadku potwierdzenia przez pacjenta powyższych lub innych badań dodatkowych należy poprosić o przedstawienie wyników, gdyż mogą mieć znacznie i zmienić strategię fizjoterapii.

7. Czy pacjent zna lub kojarzy przyczynę powstania problemu?*

Pytanie dość istotne, wskazujące na przyczynę powstania dolegliwości. Zwłaszcza jeśli pacjent zgłosił się na fizjoterapię bez rozpoznania klinicznego (diagnozy ICD-10). Odpowiedź wskazująca konkretnie na uraz, wypadek, konkretną diagnozę lekarską lub inne zdarzenie ułatwia proces interpretacyjny. Odpowiedź wskazująca na brak uchwytnej przyczyny powstania problemu może sugerować zarówno czynnik o niskim progu postrzegania jak np. czynności dnia codziennego, praca zawodowa, ale również znacznie poważniejsze problemy, np. powoli rozwijające się choroby układowe.

8. Czy pacjent choruje przewlekłe lub doznał urazów lub wypadków w przeszłości?*

Pytanie o schorzenia współistniejące urazy lub wypadki mają znaczenie w kontekście obecnego problemu. Szukamy w ten sposób ewentualnych powiązań lub czynników determinujących naszą decyzję o planie terapii, np.:

- Pacjentka zgłaszająca ból kręgosłupa 6 lat wcześniej była leczona z powodu guza piersi.*
- Pacjent zgłaszający trudności z chodzeniem po schodach na tle zmian zwyrodnieniowych leczy się przewlekłe na chorobę wieńcową serca.*

Daje nam to też pogląd na ogólny stan zdrowia pacjenta.

9. Hobby, warunki oraz rodzaj wykonywanej pracy.

Pytanie dotyczące warunków i rodzaju wykonywanej pracy oraz hobby jest istotne, jeśli jest powiązane ze zdefiniowanym na wstępie celem stanowiącym największy problem i ograniczeniami pacjenta.

(*) Dane medyczne z wywiadu z pacjentem lub jego opiekunami należy zweryfikować z dostępną dokumentacją medyczną.

2. Badanie przedmiotowe. Analiza ruchu i postawy ciała

Badanie i analiza ruchu to podstawowe badanie fizjoterapeutyczne. Możemy je wykonywać w sposób czynny (aktywny) lub bierny (pasywny) w warunkach obciążenia ciężarem ciała lub w odciążeniu. Możemy porównywać ilość (np. zakres, siłę), jak i jakość ruchu (np. koordynacja ruchu w jednym stawie, koordynacja między-segmentarna, płynność, płaszczyzna ruchu).

Dobór metody i warunków badania, ale przede wszystkim forma lub rodzaj aktywności ruchowej, który chcemy badać wynika ze zdefiniowanego w wywiadzie problemu. Możemy oceniać ruchy całego ciała, ruchy złożone, kiedy pacjent wstaje i zmienia pozycje ciała, schyla się lub jak chodzi, siedzi lub stoi.

Oceniamy wtedy zarówno płynność ruchu, symetrię jak i trudności w wykonaniu w tym reakcje stowarzyszone lub/i kompensacje, rodzaj stosowanych pomocy zewnętrznych, rodzaj auto-stabilizacji i inne.

Możemy także skupić się na ruchach i pozycjach selektywnych tj. jak pacjent np. unosi lub trzyma rękę lub manipuluje dłońią, jak ustawia lub skręca głowę, jak zgina kolano lub staw biodrowy.

Przykładowe wyniki interpretacyjne w tym rodzaju badania można wzbogacić o dodatkowe wnioski, np.:

1. Ruch bierny ograniczony lub bolesny w tym samym zakresie co ruch czynny sugeruje problem w strukturach biernych, m.in.: stawowych, obwodowym układzie nerwowym lub przykurczonych mięśniach.
2. Ruch bierny (pasywny) w większym lub pełnym zakresie lub bezbolesny przy jednoczesnym ograniczeniu ruchu czynnego, sugeruje problem w strukturach aktywnych, tj. osłabionych mięśniach. Nie wskazuje jednak na przyczynę osłabiania np. pierwotnie mięśniową, w układzie nerwowym lub naczyniowym.
3. Ruch czynny ograniczony lub bolesny wykony w warunkach obciążenia przy jednoczesnym redukowaniu objawów lub zwiększeniu zakresu w warunkach odciążenia, wskazuje na brak zdolności na obciążanie, bez wskazania jednak na konkretną strukturę.

3. Diagnostyka różnicowa

Jest elementem zalecanym, uzupełniającym (nieobowiązkowym) proces badania fizjoterapeuty.

W badaniu różnicowym doprecyzowujemy badanie na poziomie strukturalnym i funkcji ciała. Wskazując, które konkretnie części ciała, tj. narządy lub układy ciała, np. mięśnie, stawy, więzadła, układ nerwowy oddechowy, krążenia lub

inne oraz ich funkcje są ograniczone, zaburzone lub osłabione i mają wpływ na zdefiniowany w wywiadzie problem i w dalszej części badania aktywności.

4. Testy, skale i pomiary

Testy, które należy wykonać obowiązkowo odnoszą się do poziomu aktywności. Należy wykonać minimum jeden test odnoszący się do głównego problemu lub kilka, jeśli jest to istotne z punktu widzenia planu fizjoterapii. Listę rekomendowanych testów z opisem ich wykonania oraz interpretacją wyników zawiera Część VI Testy.

Testy i pomiary na poziomie funkcji ciała i struktury są wskazane, ale nie obowiązkowe w dokumentacji o ile ich wykonanie w istotny sposób nie zdecyduje o podjętej strategii fizjoterapii. Przyjmuje się jednak zasadę, że jeśli jakiś test lub pomiar np. zakresu ruchu, obwodów, kwestionariusz lub skala zostały wykonane, to należy odnotować ten fakt w dokumentacji, jak również przedstawić wyniki i ich interpretacje.

5. Wnioski z badania

Wnioski z badania zawierają wyjaśnienie zaistniałego problemu pacjenta, tj., które aktywności naszym zdaniem mają największy wpływ na ograniczony poziom uczestnictwa, a ich poprawa ma realną szansę realizacji celu terapii. Jeśli badanie było wzbogacone o diagnostykę różnicową, wskazać należy we wnioskach również te struktury i ograniczone ich funkcje, które w naszej opinii mają największy wpływ na ograniczone aktywności.

6. Plan fizjoterapii

Plan uwzględnia etapy lub działania, jakie należy wykonać w procesie fizjoterapii dla osiągnięcia stawianego celu z uwzględnieniem przedstawionych wniosków.

Plan fizjoterapii budowany jest na poziomie ogólnym, ale może uwzględniać warunki brzegowe i wyznaczać kamienie milowe, szczególnie w terapiach długoterminowych.

Np. zanim rozpoczniemy naukę chodu konieczne jest osiągnięcie stabilnej pozycji stojącej.

Część IV

PRZECIWWSKAZANIA DO FIZJOTERAPII

Art. 2 u.z.f (Dz.U. 1994) wskazuje jednoznacznie, że zawód fizjoterapeuty jest samodzielnym zawodem medycznym. W praktyce oznacza to, że pacjent może mieć rozpoznanie choroby i przyjść na podstawie skierowania to jest z wyjaśnioną przyczyną pojawiających się objawów, ale pacjent ma również prawo zgłosić się do fizjoterapeuty bez skierowania i bez rozpoznania.

Prawo to jednak wiąże się z dużą odpowiedzialnością i z tego względu konieczne jest przestrzeganie i umiejętność zidentyfikowania przeciwwskazań do fizjoterapii.

Przeciwwskazania te w literaturze określone zostały jako system flag: „czerwone flagi” (ang. „red flags”) i „żółte flagi” (ang. „yellow flags”).

CZERWONE FLAGI

Zidentyfikowanie, na którymś etapie badania lub leczenia poniższych objawów lub symptomów powinno skłonić fizjoterapeutę do szczególnej ostrożności i podjęcia decyzji o odesłaniu pacjenta na dalsze badania i konsultacje z lekarzami specjalistami. Decyzję o tym, z jakim specjalistą konsultować pacjenta, fizjoterapeuta powinien podjąć na podstawie prezentowanych objawów i ich dynamiki narastania.

1. Choroba nowotworowa w przeszłości.
2. Nagła utrata masy ciała, bez uchwytej (definiowanej) przyczyny.
3. Narastające osłabienie lub/i wycieńczenie organizmu, bez uchwytej przyczyny.
4. Gorączka lub stan podgorączkowy (podwyższona temperatura).
5. Ból w rytmie dobowym opisywany jako stały bez uchwytej przyczyny i zależności od wykonywanych czynności.
6. Ból spoczynkowy, często opisywany jako pulsujący.
7. Obrzęk jednego lub więcej stawów bez wyjaśnionej przyczyny.
8. Niezdiagnozowany uraz w wywiadzie.
9. Świeży lub/i postępujący niedowład obwodowy.
10. Nietrzymanie moczu lub/i stolca powiązane z bólem kręgosłupa.
11. Zaburzenia napięcia mięśniowego – obniżenie lub podniesienie, zaburzenia czucia powierzchniowego lub/i głębokiego jednej połowy ciała lub dwu/cztero kończynowe bez wyjaśnionej przyczyny.
12. Zaburzenia zborności ruchowej bez wyjaśnionej przyczyny.
13. Zaburzenia równowagi i krótkotrwałe utraty świadomości.

14. Nagle lub świeżo pojawiające opadanie kącika ust, problemy z mówieniem.
15. Pierwszoplanowe lub współistniejące dolegliwości bólowe okolicy jamy brzusznej lub za mostkowej.
16. Tętno spoczynkowe powyżej 100 ud./min. i mniej niż 50.
17. Ciśnienie tętnicze krwi powyżej 160/95.
18. Ciśnienie tętnicze poniżej 90/50.

ŻÓLTE FLAGI

Zidentyfikowanie na którymkolwiek etapie badania lub leczenia poniższych symptomów, nie stanowi bezwzględnie przeciwwskazania do fizjoterapii, ale może mieć znaczący negatywny wpływ na uzyskiwane efekty. Z tego względu wymaga często wsparcia lekarzy specjalistów, ale też specjalistów z innych dziedzin np. psychologa, dietetyka, doradcy zawodowego, etc. Decyzję o tym, z jakim specjalistą konsultować pacjenta, fizjoterapeuta powinien podjąć na podstawie prezentowanych objawów i wpływu na efekty terapii.

1. Brak wiary w poprawę.
2. Niestabilność emocjonalna, labilność nastroju.
3. Opóźniony powrót do pracy i brak motywacji do jej podjęcia.
4. Brak kontroli nad problemem stawianym jako cel terapii.
5. Strach, obawa, poczucie lęku.
6. Depresja, inne zaburzenia psychiczne.
7. Silny czynnik stresu i/lub izolacja społeczna.

Część V

FIZJOTERAPIA

1. Wywiad

Każda wizyta pacjenta powinna zostać odnotowana w wewnętrznej dokumentacji medycznej. Powinna zawierać informacje ogólne: imię i nazwisko fizjoterapeuty z podanym nr PWZFz, datę, a w przypadku podmiotów leczniczych być zgodna z ustawą o działalności leczniczej i zawierać dodatkowo odpowiednią numerację, numer jednostki i komórki organizacyjnej zakładu leczniczego.

W wywiadzie należy odnieść się do zmiany stanu funkcjonowania pacjenta od ostatniej wizyty. Zarówno to co uległo poprawie, jak i ewentualnemu pogorszeniu, w zależności od spodziewanej dynamiki zmian. Wszelkie zmiany stanu funkcjonowania, jak i pojawiające się objawy dodatkowe do tej pory niewystępujące mogą mieć wpływ na utrzymanie lub modyfikację strategii fizjoterapii. W wywiadzie powinna znaleźć się też informacja na temat realizacji zadań, jakie pacjent otrzymał do samodzielnego wykonywania, jeśli zostały zlecone.

2. Re-Test na początku terapii

Jeśli zaplanowane zostały testy funkcji lub/i budowy ciała lub testy aktywności o szybko spodziewanej dynamice zmian, należy wykonać testy kontrolne na początku terapii. Analiza wyników wskazuje przede wszystkim, czy utrzymane zostały efekty uzyskane na ostatniej wizycie.

3. Leczenie

3.1. Fizjoterapia indywidualna

Fizjoterapia indywidualna rozumiana jest jako bezpośrednia praca fizjoterapeuty z pacjentem na podstawie ustalonego planu z wykorzystaniem wszystkich znanych i dostępnych metod i procedur fizjoterapii (głównie z katalogu ICD-9). **Pacjent powinien być zawsze poinformowany o metodzie i możliwych skutkach zastosowanych procedur fizjoterapii, a fakt ten zostać odnotowany w dokumentacji.**

Fizjoterapia indywidualna uwzględnia m.in. procedury:

- ćwiczeń biernych, czynno-biernych, samo wspomaganych,
- ćwiczeń w odciążeniu,

- ćwiczeń z wykorzystaniem obciążeń, urządzeń i przyborów,
- ćwiczeń wolnych,
- ćwiczeń równoważnych i koordynacyjnych,
- ćwiczeń w wodzie,
- ćwiczenia oddechowe,
- wyciągi i trakcje,
- leczenie fizykalne: pole magnetyczne, elektroterapia, światłolecznictwo, leczenie ciepłem i zimnem, fala mechaniczna, inhalacje, inne,
- masaż: suchy, podwodny, przy użyciu urządzeń masujących,
- balneoklimatologia,
- metod specjalnych: Terapia Manualna, PNF, Bobath, Vojta, Cyriax, McKenzie, inne,
- reedukacja (odtwarzanie) i nauka aktywności dnia codziennego m.in: nauka obracania się, siadania, wstawania, stania, chodzenia na krótkie i długie dystanse, chodzenia po schodach, etc.,
- reedukacja i nauka aktywności samoobsługi min: ubierania się, jedzenia, połykania wykonywania czynności higienicznych, etc.,
- instruktaż pacjenta lub rodziny, jeśli jest elementem terapii,
- nauka korzystania z zaopatrzenia ortopedycznego: chodzenia o kulach, w balkoniku, w ortezie, etc.,
- dobór i wyrób zaopatrzenia ortopedycznego: kule, łuski stabilizujące i korygujące, ortezy, wkładki, pasy stabilizujące, plastrowanie.

W dokumentacji medycznej należy w tym punkcie opisać, jakie regiony ciała były poddane stymulacji, np. ruchem, siłą mechaniczną, bodźcem fizykalnym, np.:

- region lub część ciała, np. kończyna górna lub przedramię lewe lub/i,
- jaka struktura oraz jej funkcja, np. mięśnie zginacze stawu promieniowo-nadgarstkowego i stawów palców oraz okolice stawów międzypaliczkowych palców 2–5 lewej ręki lub/i,
- jaka aktywność była odtwarzana, np. chwyt cylindryczny w celu odtworzenia funkcji picia,
- jakimi środkami prowadzone było leczenie, tj. jakie wykorzystano procedury fizjoterapeutyczne (wybór z katalogu ICD-9).

3.2. Funkcjonalny Trening Medyczny

Funkcjonalny Trening Medyczny rozumiany jest jako świadczenie z zakresu fizjoprofilaktyki lub/i utrwalania uzyskanych efektów fizjoterapii i realizowane może być jako:

- Ćwiczenia indywidualne wykonywane samodzielnie po zakończeniu każdej kolejnej fizjoterapii indywidualnej w celu podtrzymania wypracowanych efektów. W tym przypadku cel treningu medycznego wynika bezpośrednio z celu fizjoterapii indywidualnej i w dokumentacji powinny znaleźć się informacje o:

- metodyce treningu tzn. jaki był realizowany cel,
 - jakie ćwiczenia pacjent wykonywał,
 - w jakich pozycjach,
 - ile serii wykonał i ile powtórzeń w serii,
 - z jakim obciążeniem lub ile czasu.
- Ćwiczenia indywidualnie, po konsultacji wstępnej, gdy wykazano w badaniach i testach brak wskazań do fizjoterapii indywidualnej. W tym przypadku powinny się znaleźć w dokumentacji informacje o planie treningowym wg schematu powyżej.
 - Grupowo według określonej metodyki specjalistycznych programów profilaktyki ukierunkowanych na prewencję schorzeń cywilizacyjnych, np. mięśniowo-szkieletowych, metabolicznych, krążeniowo-oddechowych i in. Jeśli trening jest prowadzony wg zatwierdzonego lub ustalonego programu należy wskazać jego nazwę oraz źródło oraz informacje o planie treningowym wg schematu powyżej.

4. Re-test po zakończonej terapii

Jeśli zaplanowane zostały testy funkcji ciała i strukturalne lub testy aktywności o szybko spodziewanej dynamice zmian, należy wykonać testy kontrolne po zakończeniu każdej sesji fizjoterapii lub treningu medycznego. W przypadku spodziewanej małej dynamiki zmian, testy kontrolne można wykonywać w dłuższych interwałach, co kilka lub kilkanaście wizyt. Analiza wyników pokazuje, w jakim stopniu dobrane przez nas procedury fizjoterapeutyczne wpływają na realizację celu. Na tej podstawie możemy też obiektywnie podejmować decyzje o kontynuacji leczenia wg ustalonego planu lub jego modyfikacji.

5. Zadania dla pacjenta (instruktaż) do samodzielnego wykonywania w domu

Praca samodzielna pacjenta lub jego opiekunów stanowi bardzo istotny element fizjoterapii. Stanowi efekt przedłużania oddziaływania fizjoterapeuty, ale ma również pozytywny wpływ na zwiększanie samodzielności pacjenta i współodpowiedzialność za uzyskiwane efekty. W praktyce pacjent otrzymuje jedno lub dwa ćwiczenia z grupy ćwiczeń, które wykonywał pod okiem fizjoterapeuty i znamy lub spodziewamy się konkretnych efektów.

W dokumentacji należy odnotować, jakie zalecenia pacjent otrzymał wg schematu poniżej:

- rodzaj ćwiczenia,
- w jakich pozycjach,

- ile serii i ile powtórzeń w serii,
- jak często w ciągu dnia ma powtarzać serię ćwiczeń,
- z jakim obciążeniem lub ile czasu.

6. Uwagi do fizjoterapii

W tej części dokumentacji powinny znaleźć się wszystkie nietypowe zachowania pacjenta jak np. odmowa udziału w terapii, ogólne złe samopoczucie, apatia lub pojawienie się dodatkowych wcześniej nie występujących objawów jak, np. ból, obrzęk, osłabienie, temperatura, podwyższone ciśnienie, dodatkowy uraz, jeśli miał miejsce lub informacje o konieczności konsultacji z lekarzem lub zalecenie wykonania dodatkowych badań.

7. Dokumentacja dodatkowa niestanowiąca dokumentacji medycznej

Fizjoterapeuta ma prawo sporządzać dodatkowe notatki na temat stanu pacjenta, jego zachowania, zachowania jego rodziny lub opiekunów, które nie stanowią dokumentacji medycznej, ale mogą być razem z nią przechowywane. Dokumenty te należy najlepiej sporządzać w obecności świadków i uzyskać ich pisemne potwierdzenie autentyczności i daty sporządzenia. Dokumenty takie muszą być wydawane na żądanie pacjenta lub upoważnionym przez niego osobom.

Część VI

TESTY

1. Interpretacja wyników

Wykonywanie testów kontrolnych oraz analiza ich wyników spełnia kilka istotnych funkcji:

1. Funkcja kontrolna

Na podstawie uzyskiwanych wyników fizjoterapeuta może obiektywnie podejmować decyzje o kontynuacji planu terapii lub jego modyfikacji. Dzięki temu praca może być jeszcze bardziej efektywna i szybciej mogą być osiągnane cele terapii.

2. Funkcja mobilizująca

Wyniki testów obserwowane w czasie, zwłaszcza u pacjentów przewlekłych o niewielkiej dynamice zmian są bardzo silnym motywatorem do podejmowania dalszego wysiłku i ciężkiej pracy.

3. Funkcja sprawozdawcza

Gromadzenie danych, które da się porównywać buduje grupy odniesienia, które ułatwiają podejmowanie decyzji w zakresie planowania i modyfikacji planów terapii. Jest także narzędziem wykazywania zmian stanu pacjenta dla płatnika.

Zagregowane dane mogą stanowić dane epidemiologiczne, które są podstawą do właściwego planowania wydatków budżetowych w obszarze fizjoterapii.

PRZYKŁAD:

Rozpoznanie ICD-10: M54 – bóle grzbietu.

Ograniczony poziom uczestnictwa: pojawiający się ból kręgosłupa lędźwiowego w trakcie wykonywania długotrwałej siedzącej pracy biurowej oraz w trakcie schylania

Poziom ograniczonej aktywności:

- pozycja siedząca (d 4153)
- Zginanie tułowia (d 4105)

Poziom chorej struktury:

- układ więzadłowy stawu krzyżowo-biodrowego prawego, więzadło biodro-lędźwiowe (s 7403)
- mięśnie tułowia (s 7601)

Funkcja:

- obniżona wytrzymałość i zdolność przyjęcia obciążenia w mechanizmie rozciągania w trakcie siedzenia. (b 729)*
- Oslabiona siła mięśni tułowia (b 7305)*

TESTY:

Test 6. Utrzymywanie pozycji siedzącej

Wykonanie: Pozostawanie w wymaganej pozycji siedzącej na krześle lub na podłodze przez pewien czas jak np. podczas siedzenia za biurkiem lub przy stole.



- a) Pozostanie w pozycji **siedzącej** przez dłuższy czas możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Czas utrzymania pozycji siedzącej do wywołania bólu, lęku, dyskomfortu lub zmęczenia: **minut**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom dyskomfortu lub zmęczenia w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu: Ból w trakcie siedzenia narasta i zmusza do wstania.

Tabela 1. Zestawienie wyników obu testowanych zmiennych tj. czasu pojawienia się bólu w minutach oraz jego intensywności mierzonej w skali VAS.

Wyniki Testu		
Pomiar	[min]	VAS]
Pomiar 1	90	7
Pomiar 2	120	5
Pomiar 3	240	4
Pomiar 4	290	2
Pomiar 5	360	1

Wyniki Testu		
Pomiar	[min]	VAS]
Pomiar 6	368	1
Pomiar 7	370	1
Pomiar 8	359	1
Pomiar 9	353	1
Pomiar 10	365	1

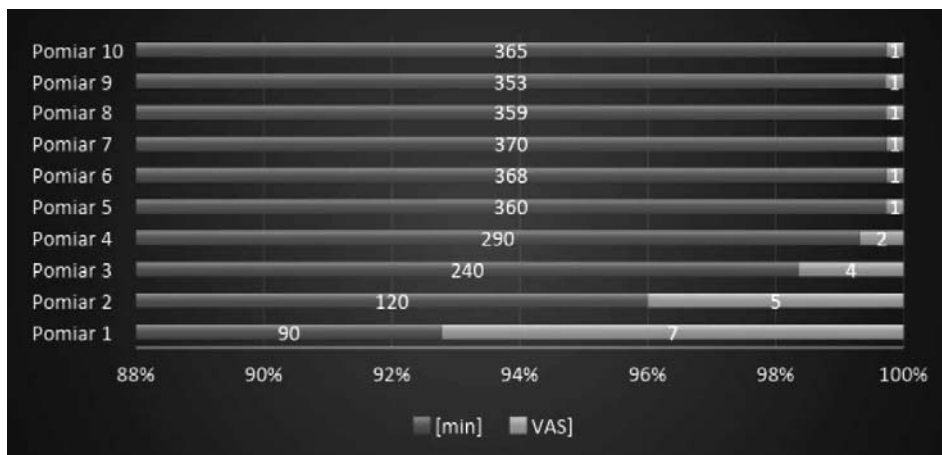


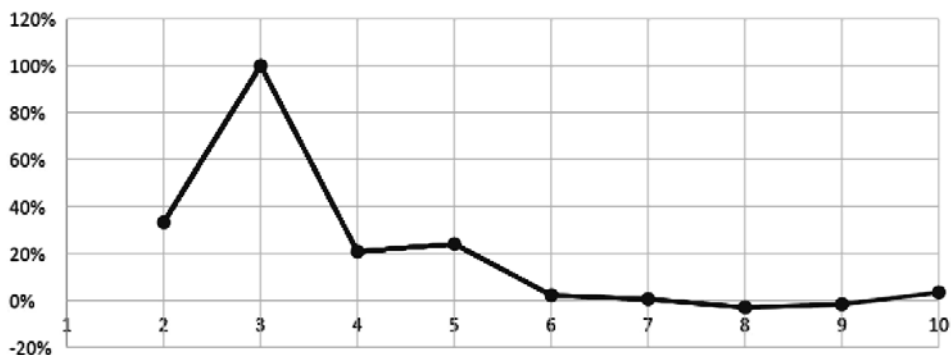
Tabela 2. Analiza wyników każdej zmiennej oddzielnie dla pojawiającego się bólu i jego intensywność. Poniżej przedstawione w tabeli zmiennej czasu pojawienia się bólu w trakcie siedzenia.

Czas pojawienia się bólu [min.]					
pomiar	wynik	różnica od ostatniego pomiaru	różnica % od ostatniego pomiaru	różnica od pierwszego pomiaru	różnica % od pierwszego pomiaru
Pomiar 1	90				
Pomiar 2	120	30	33%	30	33%
Pomiar 3	240	120	100%	150	167%
Pomiar 4	290	50	21%	200	222%
Pomiar 5	360	70	24%	270	300%
Pomiar 6	368	8	2%	278	309%
Pomiar 7	370	2	1%	280	311%
Pomiar 8	359	-11	-3%	269	299%
Pomiar 9	353	-6	-2%	263	292%
Pomiar 10	365	12	3%	275	306%

Dla oceny ewaluacji wyników fizjoterapii istotna jest dla nas zmienna procentowa (kol. 4 – różnica procentowa od ostatniego pomiaru), budująca tzw. linię trendu zmiany.

Linia trendu zmiany pokazuje czy oddziaływania fizjoterapeutyczne przyniosły zmianę obrazu klinicznego (wartości oznaczone na [min]), a kiedy ustabilizowały się i niezależnie od zmiany formy fizjoterapii nie przynoszą istotnych zmian w wynikach testów aktywności (wartości oznaczone na [VAS]).

Linia trendu zmiany



2. Spis testów

Poniższa lista testów odnosi się do najczęściej ograniczonych aktywności, z jakimi na co dzień pracują fizjoterapeuci. Zaleca się stosowanie poniższych testów z uwagi na możliwość gromadzenia i porównywania danych. Lista nie uwzględnia wszystkich możliwych sytuacji, z którymi mogą zetknąć się fizjoterapeuci w pracy klinicznej. W takiej sytuacji należy opracować własny test lub skorzystać z istniejących już testów, skal czy kwestionariuszy. Z chwilą, gdy sytuacja pojawia się cyklicznie lub odnosi się do konkretnej grupy zaburzeń test taki z opisem należy przesłać do KRF na adres testy@kif.info.pl. Po weryfikacji zostanie dodany do niniejszej listy. W efekcie lista testów rekomendowanych będzie stale aktualizowana.

Testy zawierają kilka mierników, np. możliwość wykonania aktywności, określają poziom bólu, lęku, zmęczenia oraz czas wykonania aktywności, liczbę powtórzeń, odległość. Parametry, które zostaną zmierzone i wykorzystane do oceny postępów terapii zależą od stanu klinicznego pacjenta i decyzji fizjoterapeuty. Można wybrać jeden lub kilka proponowanych mierników.

W razie konieczności modyfikacji testu, należy to odnotować w uwagach do testu.

Na przykład w teście zamiany pozycji z leżenia na plecach do leżenia na boku, konieczność kompensacji poprzez złączenia kończyn górnych.

Test 1. Zmiana pozycji z leżenia tyłem do leżenia na boku.

Test 2. Przejście z pozycji leżenia tyłem do pozycji siedzącej.

Test 3. Utrzymywanie pozycji leżącej.

Test 4. Zmiana pozycji z siedzącej do leżenia tyłem.

Test 5. Zmiana pozycji siedzącej na stojącą.

Test 6. Utrzymywanie pozycji siedzącej.

- Test 7. Przemieszczanie się w pozycji siedzącej.
- Test 8. Zmiana pozycji stojącej na siedzącą.
- Test 9. Utrzymywanie pozycji stojącej.
- Test 10. Samodzielne utrzymywanie pozycji stojącej. Modyfikowana próba ortostatyczna.
- Test 11. Skłon tułowia w przód z pozycji siedzącej.
- Test 12. Dynamiczne, powtarzane zgięcie tułowia z pozycji siedzącej.
- Test 13. Skłon tułowia w przód z pozycji stojącej. Test Palce – Podłoga I.
- Test 14. Dynamiczne, powtarzane skłony tułowia w przód z pozycji stojącej. Test Palce-Podłoga II.
- Test 15. Wychylenie tułowia w przód w pozycji siedzącej I.
- Test 16. Wychylenie tułowia w przód w pozycji siedzącej II.
- Test 17. Wychylenie tułowia w tył w pozycji siedzącej I.
- Test 18. Wychylenie tułowia w tył w pozycji siedzącej II.
- Test 19. Wychylenie tułowia w bok w pozycji siedzącej I.
- Test 20. Wychylenie tułowia w bok w pozycji siedzącej II.
- Test 21. Wychylenie tułowia w przód w pozycji stojącej I.
- Test 22. Wychylenie tułowia w przód w pozycji stojącej II.
- Test 23. Przenoszenie ciężaru ciała z jednej stopy na drugą. Test dwóch wag.
- Test 24. Odwracanie się w staniu.
- Test 25. Utrzymanie równowagi w staniu na wąskiej podstawie I.
- Test 26. Utrzymanie równowagi w staniu na wąskiej podstawie II.
- Test 27. Utrzymanie równowagi w staniu na wąskiej podstawie III.
- Test 28. Test chodu na dystansie 10 do 20 metrów (Timed Walking Test).
- Test 29. Test oceny ryzyka upadków w chodzie (Timed Up and GoTest).
- Test 30. Test marszu 6-minutowego (6-Minute Walk Test, 6-MWT).
- Test 31. Test chodzenia po różnych powierzchniach.
- Test 32. Test chodzenia z omijaniem przeszkód.
- Test 33. Test przysiadu I.
- Test 34. Test przysiadu II.
- Test 35. Test przysiadu na jedno kolano.
- Test 36. Test klęku prostego.
- Test 37. Test utrzymania pozycji klęku prostego.
- Test 38. Test siadu klęcznego.
- Test 39. Test utrzymania pozycji siadu klęcznego.
- Test 40. Podnoszenie przedmiotów z niższego poziomu na wyższy I.
- Test 41. Podnoszenie przedmiotów z niższego poziomu na wyższy II.
- Test 42. Przenoszenie przedmiotów za pomocą rąk.
- Test 43. Przenoszenie przedmiotów na barkach, plecach i biodrach I.
- Test 44. Przenoszenie przedmiotów na barkach, plecach i biodrach II.
- Test 45. Test chwytu precyzyjnego.
- Test 46. Test precyzyjnego używania ręki I.

- Test 47. Test precyzyjnego używania ręki II.
- Test 48. Test precyzyjnego używania ręki III.
- Test 49. Czynności samoobsługi.
- Test 50. Wejście na stopień.
- Test 51. Chodzenia po schodach I.
- Test 52. Chodzenia po schodach II.

Leżenie (d 4100)

Przyjmowanie pozycji leżącej lub zmienianie pozycji ciała z horyzontalnej na każdą inną pozycję np. stojącą lub siedzącą.

- Test 1. Zmiana pozycji z leżenia tyłem do leżenia na boku
- Test 2. Przejście z pozycji leżenia tyłem do pozycji siedzącej

Utrzymywanie pozycji leżącej (4150)

Pozostawanie w pozycji leżącej, przez pewien czas jak np. leżenie w łóżku w pozycji na plecach, brzuchu lub na boku.

- Test 3. Utrzymywanie pozycji leżącej

Siedzenie (d 4103)

Przyjmowanie pozycji siedzącej i zmienianie pozycji ciała z siedzącej na każdą inną pozycję np. stojącą lub leżącą

- Test 4. Zmiana pozycji z siedzącej do leżenia tyłem
- Test 5. Zmiana pozycji siedzącej na stojącą

Utrzymywanie pozycji siedzącej (d 4153)

Pozostawanie w wymaganej pozycji siedzącej na krześle lub na podłodze, przez pewien czas, jak np. podczas siedzenia za biurkiem lub przy stole.

Obejmuje: pozostawanie w pozycji siedzącej z prostymi nogami lub nogami skrzyżowanymi, ze stopami podpartymi lub niepodpartymi.

- Test 6. Utrzymywanie pozycji siedzącej

Przemieszczanie się w pozycji siedzącej (d 4200)

Przemieszczanie się w pozycji siedzącej z jednego miejsca siedzącego na inne miejsce siedzące na tym samym lub różnym poziomie jak np. przesuwanie się z krzesła na łóżko.

Obejmuje: przemieszczanie się z krzesła na inne miejsce siedzące, takie jak miejsce siedzące w toalecie, przemieszczanie się z wózka na fotel w samochodzie.

Test 7. Przemieszczanie się w pozycji siedzącej

Stanie (d 4104)

Przyjmowanie pozycji stojącej lub zmienianie pozycji ciała ze stojącej na każdą inną pozycję np. siedzącą lub leżącą.

Test 8. Zmiana pozycji stojącej na siedzącą

Utrzymanie pozycji stojącej (d 4154)

Pozostawanie w pozycji stojącej przez pewien czas jak np. podczas stania w kolejce, w kościele lub na przyjęciu.

Test 9. Utrzymywanie pozycji stojącej

Test 10. Samodzielne utrzymywanie pozycji stojącej. Modyfikowana próba ortostatyczna

Zginanie się (d 4105)

Pochylanie tułowia w przód lub w bok jak np. sięgania w dół po jakiś przedmiot.

Test 11. Skłon tułowia w przód z pozycji siedzącej

Test 12. Dynamiczne, powtarzane zgięcie tułowia z pozycji siedzącej

Test 13. Skłon tułowia w przód z pozycji stojącej. Test Palce – Podłoga I

Test 14. Dynamiczne, powtarzane skłony tułowia w przód z pozycji stojącej. Test Palce-Podłoga II

Balansowanie środkiem ciężkości ciała (d 4106)

Korygowanie i przesuwanie ciężkości ciała z jednej pozycji do innej podczas siedzenia, stania lub leżenia, jak np. przenoszenie ciała z jednej stopy na drugą podczas stania.

Test 15. Wychylenie tułowia w przód w pozycji siedzącej I

Test 16. Wychylenie tułowia w przód w pozycji siedzącej II

Test 17. Wychylenie tułowia w tył w pozycji siedzącej I

Test 18. Wychylenie tułowia w tył w pozycji siedzącej II

Test 19. Wychylenie tułowia w bok w pozycji siedzącej I

Test 20. Wychylenie tułowia w bok w pozycji siedzącej II

Test 21. Wychylenie tułowia w przód w pozycji stojącej I

- Test 22. Wychylenie tułowia w przód w pozycji stojącej II
Test 23. Przenoszenie ciężaru ciała z jednej stopy na drugą. Test dwóch wag
Test 24. Odwracanie się w staniu
Test 25. Utrzymanie równowagi w staniu na wąskiej podstawie I
Test 26. Utrzymanie równowagi w staniu na wąskiej podstawie II
Test 27. Utrzymanie równowagi w staniu na wąskiej podstawie III

Chodzenie na małe odległości (d 4500)

Chodzenie na odległości poniżej jednego kilometra, jak np. podczas chodzenia po pokoju lub wzdłuż korytarzy w obrębie budynku lub na krótkie dystanse na zewnątrz.

- Test 28. Test chodu na dystansie 10 do 20 metrów (Timed Walking Test)
Test 29. Test oceny ryzyka upadków w chodzie (Timed Up and Go Test)

Chodzenie na duże odległości (d 4501)

Chodzenie na odległości powyżej jednego kilometra, tak jak podczas chodzenia po mieście lub na przestrzeni otwartej, np. po lesie, polu, wsi. W tym chodzenie do kościoła, na zakupy, na spacer.

- Test 30. Test marszu 6-minutowego (6-Minute Walk Test, 6-MWT)

Chodzenie po różnych powierzchniach (d 4502)

Chodzenie po pochyłych, nierównych lub poruszających się powierzchniach jak np. przy chodzeniu po trawie, żwirze, polnej drodze, czy nierównym chodniku w mieście.

Chodzenie po lodzie lub śniegu. Chodzenie w środkach komunikacji: autobusie, tramwaju lub pociągu.

- Test 31. Test chodzenia po różnych powierzchniach

Chodzenie z omijaniem przeszkód (d 4503)

Chodzenia w sposób wymagający omijania poruszających się i nieruchomych obiektów, ludzi, zwierząt i pojazdów, tak jak podczas chodzenia po placu targowym lub po sklepie, w ruchu ulicznym lub innych zatłoczonych miejscach.

- Test 32. Test chodzenia z omijaniem przeszkód

Kucanie (d 4101)

Przyjmowanie pozycji siedzącej lub w kucki na pośladkach z kolanami blisko złączonymi lub siedzenie na piętach lub zmianie pozycji ciała z kucznej na każdą inną np. stojącą.

Test 33. Test przysiadu I

Test 34. Test przysiadu II

Test 35. Test przysiadu na jedno kolano

Kłęczenie (d 4102)

Przyjmowanie pozycji, w której ciało opiera się na kolanach z nogami zgiętymi tak, jak podczas modlitwy lub zmianie pozycji ciała z kłęczek na każdą inną pozycję np. stojącą.

Test 36. Test klęku prostego

Test 38. Test siadu kłęczego

Utrzymanie pozycji kłęczącej (d 4152)

Pozostawanie w pozycji kłęczej, w której ciało opiera się na kolanach ze zgiętymi nogami przez pewien czas, jak np. podczas modlitwy lub medytacji.

Test 37. Test utrzymania pozycji klęku prostego

Test 39. Test utrzymania pozycji siadu kłęczego

Podnoszenie (d 4300)

Podnoszenie przedmiotu, aby przemieścić go z niższego poziomu na wyższy, jak np. unoszenie szklanki ze stołu.

Test 40. Podnoszenie przedmiotów z niższego poziomu na wyższy I

Test 41. Podnoszenie przedmiotów z niższego poziomu na wyższy II

Przenoszenie za pomocą rąk (d 4301)

Zabieranie lub transportowanie przedmiotu z jednego miejsca na drugie za pomocą rąk, jak np. przenoszenie szklanki lub walizki.

Test 42. Przenoszenie przedmiotów za pomocą rąk

Test 43. Przenoszenie przedmiotów na barkach, plecach i biodrach I

Test 44. Przenoszenie przedmiotów na barkach, plecach i biodrach II

Przenoszenie przedmiotów na barkach, plecach i biodrach (d 4303)

Zabieranie lub transportowanie przedmiotu z jednego miejsca na drugie z użyciem barków, bioder lub pleców, jak np. przenoszenie dużej paczki.

Test 43. Przenoszenie przedmiotów na barkach, plecach i biodrach I

Test 44. Przenoszenie przedmiotów na barkach, plecach i biodrach II

Precyzyjne używanie ręki (d 440)

Wykonywanie skoordynowanych czynności związanych z postugiwaniem się przedmiotami, podnoszeniem, manipulowaniem i wypuszczaniem przedmiotów przy użyciu jednej ręki, palców, kciuka, jak np. gdy zbiera się monety ze stołu, wykręca numer telefonu.

Obejmuje: podnoszenie (d 4400), chwytanie (d 4401), manipulowanie (d 4402) i odkładanie (d 4403).

Chwytanie (d 4401)

Używanie jednej lub obu rąk, aby coś chwycić i przytrzymać, jak np. chwyta się narzędzie lub klamkę drzwi.

Test 45. Test chwytu precyzyjnego

Manipulowanie (d 4402)

Używanie palców i ręki do kontrolowania, sterowania lub poruszania czymś, jak np. gdy postugujemy się monetami lub innymi małymi przedmiotami, przy pisaniu, zapinaniu guzików.

Test 46. Test precyzyjnego używania ręki I

Test 47. Test precyzyjnego używania ręki II

Dbanie o siebie

Dotyczy dbałości o siebie. Mycia pojedynczych części (d 5100) i całego ciała (d 5101). Osuszania ręcznikiem ciała (d 5102). Pielęgnowanie skóry (d 5200), zębów (d 5201), włosów (d 5202), paznokciu u rąk (d 5203) i nóg (d 5204). Korzystanie z toalety (d 530). Ubieranie się (d 5400) i zakładania obuwia (d 5403) oraz jedzenia (d 550).

Test 49. Czynności samoobsługi

Zakładanie obuwia (d 5403)

Podejmowanie skoordynowanych czynności związanych z zakładaniem skarpet, pończoch i obuwia.

Test 48. Test precyzyjnego używania ręki III

Wspinanie się (d 4551)

Poruszanie całego ciała w górę lub w dół ponad powierzchniami obiektów tak, jak np. wspinanie się na stopnie lub schody, krawężniki, skały, drabiny lub inne obiekty.

Test 50. Wejście na stopień

Test 51. Chodzenia po schodach I

Test 52. Chodzenia po schodach II

3. Katalog testów

Aktywność: leżenie (d 4100)

Przyjmowanie pozycji leżącej lub zmienianie pozycji ciała z horyzontalnej na każdą inną pozycję np. stojącą lub siedzącą.

Test 1. Zmiana pozycji z leżenia tyłem do leżenia na boku (d 4100)

Wykonanie: Pacjent leży tyłem, wykonuje obrót ciała do pozycji leżenia na boku.



- Zmiana z pozycji leżenia tyłem do leżenia **na boku prawym** jest możliwa do wykonania **TAK / NIE**
- Czas przejścia z leżenia tyłem do leżenia na boku **prawym**: **sekund**
- Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

- a) Zmiana z pozycji leżenia tyłem do leżenia **na boku lewym** jest możliwa do wykonania **TAK / NIE**
- b) Czas przejścia z leżenia tyłem do leżenia na boku **lewym**: **sekund**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 2. Przejście z pozycji leżenia tyłem do pozycji siedzącej (d 4100)

Wykonanie: Pacjent wykonuje przejście z pozycji leżenia tyłem do pozycji siedzenia bez podporu stóp na podłożu.



- a) Przejście z pozycji leżenia tyłem do pozycji siedzącej możliwe do wykonania przez stronę **prawą** **TAK / NIE**
- b) Czas przejścia z leżenia tyłem do siedzenia przez stronę **prawą**: **sekund**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

- a) Przejście z pozycji leżenia tyłem do pozycji siedzącej możliwe do wykonania przez stronę **lewą** **TAK / NIE**
- b) Czas przejścia z leżenia tyłem do siedzenia przez stronę **lewą**: **sekund**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 3. Utrzymywanie pozycji leżącej (d 4150)

Test ocenia możliwość przebywania w wymaganej pozycji leżącej przez pewien czas, jak np. leżenie w łóżku w pozycji leżenia przodem, tyłem lub na boku. W sytuacji, gdy test nie może być wykonany w trakcie badania np. z uwagi na czas jego trwania do wywołania objawów może być wykonany przez pacjenta lub jego opiekunów.



- a) Pozostanie w pozycji **leżenia tyłem** przez dłuższy czas możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Czas utrzymania pozycji leżenia tyłem do wywołania bólu, lęku lub dyskomfortu: **minut** **godzin**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom dyskomfortu w skali **od 0 do 10**



- a) Pozostanie w pozycji **leżenia przodem** przez dłuższy czas możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- f) Czas utrzymania pozycji leżenia przodem do wywołania bólu, lęku lub dyskomfortu: **minut** **godzin**
- b) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- c) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom dyskomfortu w skali **od 0 do 10**



- a) Pozostanie w pozycji **leżenia na boku prawym** przez dłuższy czas możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- g) Czas utrzymania pozycji leżenia na boku prawym do wywołania bólu, lęku lub dyskomfortu: **minut** **godzin**
- b) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- c) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom dyskomfortu w skali **od 0 do 10**

KI



Izba
peutów

- a) Pozostanie w pozycji **leżenia na boku lewym** przez dłuższy czas możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- h) Czas utrzymania pozycji leżenia na boku lewym do wywołania bólu, lęku lub dyskomfortu: **minut** **godzin**
- b) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- c) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom dyskomfortu w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Aktywność: siedzenie (d 4103)

Przyjmowanie pozycji siedzącej i zmienianie pozycji ciała z siedzącej na każdą inną pozycję np. stojącą lub leżącą.

Test 4. Zmiana pozycji z siedzącej do leżenia tyłem (d 4103)

Wykonanie: Pacjent wykonuje przejście z pozycji siedzenia bez podparcia stóp na podłożu do pozycji leżenia tyłem.



- a) Przejście z pozycji siedzącej do leżenia tyłem możliwe do wykonania przez stronę **prawą TAK / NIE**
 - b) Czas przejścia z siedzenia do leżenia przez stronę prawą: **sekund**
 - c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
 - d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
 - e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
-
- a) Przejście z pozycji siedzącej do leżenia tyłem możliwe do wykonania przez stronę **lewą TAK / NIE**
 - b) Czas przejścia z siedzenia do leżenia przez stronę lewą: **sekund**
 - c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
 - d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
 - e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 5. Zmiana pozycji siedzącej na stojącą (d 4103)

Wykonanie: Pacjent wykonuje przejście z pozycji siedzenia z nogami ustawionymi na podłożu do pozycji stania. Zwróć uwagę, aby test wykonywać zawsze w tych samych warunkach, tj. z tej samej wysokości i z tego samego siedziska. W uwagach do testu opisz w jaki sposób pacjent wykonuje zadanie: kompensacje, reakcje stowarzyszone, etc.



- a) Przejście z pozycji siedzącej do stania możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Czas przejścia z siedzenia do stania w czasie : **sekund**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 6. Utrzymywanie pozycji siedzącej

Wykonanie: Pozostawanie w pozycji siedzącej na krześle lub na podłodze przez pewien czas jak np. podczas siedzenia za biurkiem, na krześle, przy stole, na leżance lub na podłodze. Test obejmuje pozycje siedzącą bez podparcia pleców, ze stopami podpartymi lub nie, z podparem na kończynach górnych lub bez. Fakt ten należy odnotować w uwagach do testu. W sytuacji, gdy test nie może być wykonany w trakcie badania, np. z uwagi na czas jego trwania do wywołania objawów, może być wykonany przez pacjenta lub jego opiekunów w domu lub miejscu pracy.



- a) Pozostanie w pozycji **siedzącej** przez dłuższy czas możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Czas utrzymania pozycji siedzącej do wywołania bólu, lęku, dyskomfortu lub zmęczenia:..... **minut** **godzin**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom dyskomfortu lub zmęczenia w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 7. Przemieszczanie się w pozycji siedzącej (d 4200)

Przemieszczanie się w pozycji siedzącej z jednego miejsca siedzącego na inne miejsce siedzące na tym samym lub różnym poziomie jak np. przesiadanie się z krzesła lub wózka na łóżko.

Wykonanie: Pacjent siedzi na krześle lub wózku. Stół ustawiony jest na tej samej lub różnej wysokości co krzesło (wózek). Odnotuj różnicę wysokości w uwagach. Jeżeli pacjent w trakcie wykonywania testu używa rąk do pomocy, odnotuj to w uwagach.



- a) Przejście z pozycji siedzącej na krześle (wózek) do siedzenia na stole możliwe do wykonania przez stronę **prawą TAK / NIE**
 - b) Czas przejścia z siedzenia na krześle do siedzenia na stole przez stronę prawą: **sekund**
 - c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
 - d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
 - e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
-
- a) Przejście z pozycji siedzącej na krześle (wózek) do siedzenia na stole możliwe do wykonania przez stronę **lewą TAK / NIE**

- b) Czas przejścia z siedzenia na krześle do siedzenia na stole przez stronę lewą:
..... sekund
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom łęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

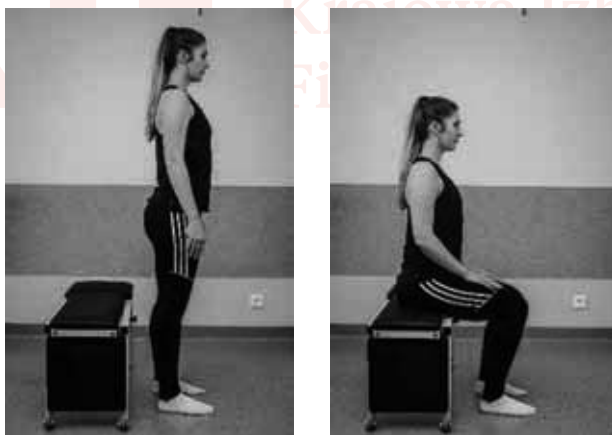
Uwagi do testu:

Aktywność: stanie (d 4104)

Przyjmowanie pozycji stojącej lub zmienianie pozycji ciała ze stojącej na każdą inną pozycję np. siedzącą lub leżącą.

Test 8. Zmiana pozycji stojącej na siedzącą

Wykonanie: Pacjent wykonuje przejście z pozycji stojącej do pozycji siedzącej. Zwróć uwagę, aby test wykonywać zawsze w tych samych warunkach, tj. z tej samej wysokości i z tego samego siedziska. W uwagach do testu opisz w jaki sposób pacjent wykonuje zadanie: kompensacje, reakcje stowarzyszone, etc.



- a) Przejście z pozycji stojącej do pozycji siedzącej możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Czas przejścia z pozycji stojącej do pozycji siedzącej:sekund
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom łęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 9. Utrzymywanie pozycji stojącej (d 4154)

Wykonanie: Pozostawanie w wymaganej pozycji stojącej przez pewien czas, jak np. podczas stania w kościele, na przyjęciu lub w kolejce. W sytuacji, gdy test nie może być wykonany w trakcie badania np. z uwagi na czas jego trwania do wywołania objawów może być wykonany przez pacjenta lub jego opiekunów w domu. W ramach progresji trudności, test może być wykonywany na różnej nawierzchni np. pochyłej, śliskiej lub ruchomej. Odnotuj ten fakt w uwagach.



- Pozostanie w pozycji **stojącej** przez dłuższy czas możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- Czas utrzymania pozycji stojącej do wywołania bólu, lęku, dyskomfortu lub zmęczenia: **sekund** **minut** **godzin**
- Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- Poziom dyskomfortu lub zmęczenia w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 10. Samodzielne utrzymywanie pozycji stojącej. Modyfikowana próba ortostatyczna (d 4154)

Test wydolności krążeniowo-oddechowej dedykowany pacjentom po długiej akinezji przy pierwszych próbach pionizacji.

Wykonanie: Badana osoba przyjmuje pozycje leżącą w celu wypoczynku. Po 10 minutach leżenia mierzymy ciśnienie krwi i tętno. Następnie badany przyjmuje pozycję stojącą i po 2 minutach stania wykonuje się ponowny pomiar ciśnienia i tętna w pozycji stojącej. Na podstawie uzyskanych wartości różnicy tętna i ciśnienia skurczowego krwi oblicza się wartość wskaźnika Cramptona wg wzoru:

$$C = 25 \times [3,15 + (\text{różnica ciśnienia skurczowego})] \times (\text{różnica tętna}) / 20$$

wskaźnik Cramptona	Reakcja adaptacyjna układu krążenia
> 95	bardzo dobra
80–94	Dobra
65–79	Dostateczna
< 65	Zła

- a) Ciśnienie spoczynkowe: skurczowe rozkurczowe
- b) Tętno spoczynkowe
- c) Ciśnienie po 2 minutach stania: skurczowe rozkurczowe
- d) Tętno po 2 minutach stania
- e) Różnica ciśnienia skurczowego
- f) Różnica tętna
- g) Wartość wskaźnika Cramptona
- h) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- i) Poziom dyskomfortu lub zmęczenia w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Aktywność: zginanie się (d 4105)

Pochylenie tułowia ku dołowi lub na bok jak np. sięgania w dół po jakiś przedmiot.

Test 11. Skłon tułowia w przód z pozycji siedzącej (4105)

Wykonanie: Pacjent z pozycji siedzącej wykonuje skłon tułowia w przód. Pomiar odległości od palca trzeciego do podłogi oraz skala bólu lub/i trudności wykonania testu. Zwróć uwagę, aby test wykonywać zawsze z tej samej wysokości i z tego samego siedziska np. krzesła, stołu, ławki lub wózka.



- a) Wykonanie skłonu tułowia z pozycji siedzącej jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Odległość palca trzeciego od podłogi **cm**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 12. Dynamiczne, powtarzane zgięcie tułowia z pozycji siedzącej (4105)

Wykonanie: Pacjent z pozycji siedzącej powtarza najwięcej jak potrafi skłonów tułowia w przód w kierunku podłogi, w pełnym możliwym zakresie. Czas trwania testu 60 sekund. Pomiar liczby powtórzeń w czasie 60 sekund. Zwróć uwagę, aby test wykonywać zawsze z tej samej wysokości i z tego samego siedziska np. krzesła, stołu, ławki lub wózka.



- a) Liczba wykonanych skłonów tułowia z pozycji siedzącej w czasie 60 sekund **powtórzeń**
- b) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- c) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom trudności lub zmęczenia **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 13. Skłon tułowia w przód z pozycji stojącej. Test Palce – Podłoga I (4105)

Wykonanie: Pacjent z pozycji stania wykonuje skłon tułowia w przód na wyprostowanych nogach. Pomiar odległości od palca trzeciego do podłogi oraz skala bólu lub/i trudności wykonania testu. Zwróć uwagę, aby zarówno kończyny dolne jak i górne były wyprostowane w trakcie wykonywania testu.



- a) Wykonanie zgięcia tułowia z pozycji stojącej jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Odległość palca trzeciego od podłogi cm
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

**Test 14. Dynamiczne, powtarzane skłony tułowia w przód z pozycji stojącej.
Test Palce-Podłoga II (4105)**

Wykonanie: Pacjent z pozycji stojącej powtarza najwięcej jak potrafi ruchów zgięcia tułowia w przód w kierunku podłogi, w pełnym możliwym zakresie z utrzymaniem wyprostowanych kolan. Czas trwania testu 60 sekund. Pomiar liczba powtórzeń w czasie 60 sekund. Zwróć uwagę, aby zarówno kończyny dolne jak i górne były wyprostowane przez cały czas trwania testu.



- a) Liczba wykonanych powtórzeń zgięcia tułowia z pozycji stojącej w czasie 60 sekund **powtórzeń**
- b) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- c) Poziom łęku w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom trudności lub zmęczenia **od 0 do 10**

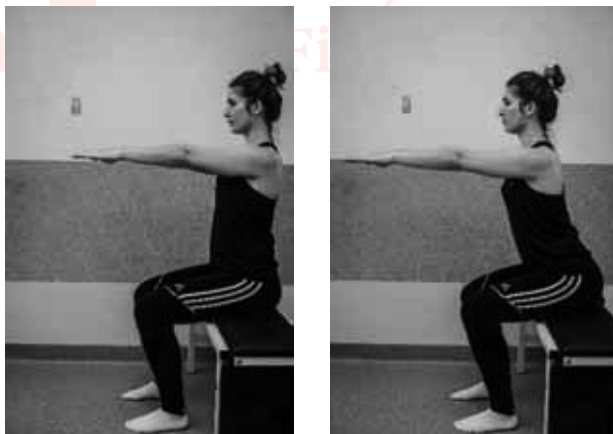
Uwagi do testu:

Aktywność: balansowanie środkiem ciężkości ciała (d 4106)

Korygowanie i przesuwanie ciężkości ciała z jednej pozycji do innej podczas siedzenia, stania lub leżenia, jak np. przenoszenie ciała z jednej stopy na drugą podczas stania.

Test 15. Wychylenie tułowia w przód w pozycji siedzącej I (d 4106)

Wykonanie: Pacjent z pozycji wyjściowej siedzenia z uniesionymi ramionami w przód wykonuje ruch sięgnięcia w przód w zakresie utrzymywanej kontroli ciała. Pomiar odległości od zaznaczonego punktu startowego do czubka palca trzeciego. Zwróć uwagę, aby test wykonywać zawsze w tych samych warunkach tj. z tej samej wysokości siedziska, ramionami ustawionymi w przód i podpartymi stopami na podłodze.



- a) Wykonanie wychylenia tułowia z pozycji siedzącej jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Odległość palca trzeciego od punktu startowego **cm**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom łęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 16. Wychylenie tułowia w przód w pozycji siedzącej II (d 4106)

Wykonanie: Pacjent z pozycji wyjściowej siedzenia z uniesionymi ramionami w przód wykonuje ruch sięgnięcia w przód w zakresie utrzymywanej kontroli ciała. Pomiar czasu utrzymania pozycji wychylenia. Zwróć uwagę, aby test wykonywać zawsze w tych samych warunkach tj. z tej samej wysokości siedziska, ramionami ustawionymi w przód i podpartymi stopami na podłodze.



- a) Czas wychylenia tułowia w przód sekund
- b) Poziom bólu w skali od 0 do 10
- c) Poziom łęku w skali od 0 do 10
- d) Poziom trudności od 0 do 10

Uwagi do testu:

Krajowa Izba
Fizjoterapeutów

Test 17. Wychylenie tułowia w tył w pozycji siedzącej I (d 4106)

Wykonanie: Pacjent z pozycji wyjściowej siedzenia z uniesionymi ramionami w przód wykonuje ruch wychylenia tułowia w tył w zakresie utrzymywanej kontroli ciała. Pomiar odległości od zaznaczonego punktu startowego do czubka palca trzeciego. Zwróć uwagę, aby test wykonywać zawsze w tych samych bezpiecznych warunkach tj. z asekuracją tej samej wysokości siedziska, ramionami ustawionymi w przód i podpartymi stopami na podłodze.



- a) Wykonanie wychylenia tułowia w tył z pozycji siedzącej jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Odległość palca trzeciego od punktu startowego **cm**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom łęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności lub zmęczenia **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 18. Wychylenie tułowia w tył w pozycji siedzącej II (d 4106)

Wykonanie: Pacjent z pozycji wyjściowej siedzenia z uniesionymi ramionami w przód wykonuje ruch wychylenia w tył w zakresie utrzymywanej kontroli ciała. Pomiar czasu utrzymania pozycji wychylenia. Zwróć uwagę, aby test wykonywać zawsze w tych samych bezpiecznych warunkach tj. z asekuracją tej samej wysokości siedziska, ramionami ustawionymi w przód i podpartymi stopami na podłodze.



- a) Czas wychylenia tułowia w tył **sekund**
- b) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- c) Poziom łęku w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom trudności lub zmęczenia **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 19. Wychylenie tułowia w bok w pozycji siedzącej I (d 4106)

Wykonanie: Pacjent z pozycji wyjściowej siedzenia z jednym ramieniem uniesionym w przód a drugim w odwiedzeniu, wykonuje ruch wychylenia tułowia w bok w zakresie utrzymywanej kontroli ciała, do momentu oderwania biodra po stronie przeciwnej do ruchu. Pomiar odległości od zaznaczonego punktu startowego do

czubka palca trzeciego. Zwróć uwagę, aby test wykonywać zawsze w tych samych warunkach, tj. z tej samej wysokości siedziska i stopami swobodnie zwieszonymi.



- a) Wykonanie wychylenia tułowia **w stronę prawą** z pozycji siedzącej jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Odległość palca trzeciego od punktu startowego **cm**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom łęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności lub zmęczenia **od 0 do 10**
-
- a) Wykonanie wychylenia tułowia **w stronę lewą** z pozycji siedzącej jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Odległość palca trzeciego od punktu startowego **cm**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom łęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności lub zmęczenia **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 20. Wychylenie tułowia w bok w pozycji siedzącej II (d 4106)

Wykonanie: Pacjent z pozycji wyjściowej siedzenia z jednym ramieniem uniesionym w przód a drugim w odwiedzeniu, wykonuje ruch wychylenia tułowia w bok w zakresie utrzymywanej kontroli ciała, do momentu oderwania biodra po stronie

przeciwnej do ruchu Pomiar czasu utrzymania pozycji wychylenia. Zwróć uwagę, aby test wykonywać zawsze w tych samych warunkach tj. w tej samej wysokości siedziska i stopami swobodnie zwieszonymi.



- a) Czas wychylenia tułowia w **stronę prawą sekund**
- b) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- c) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom trudności lub zmęczenia **od 0 do 10**

- a) Czas wychylenia tułowia w **stronę lewą sekund**
- b) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- c) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom trudności lub zmęczenia **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 21. Wychylenie tułowia w przód w pozycji stojącej I (d 4106)

Wykonanie: Pacjent z pozycji wyjściowej stania z uniesionymi ramionami w przód, wykonuje ruch wychylenia tułowia w przód w zakresie utrzymywanej kontroli ciała. Pomiar odległości od zaznaczonego punktu startowego do czubka palca trzeciego. Zwróć uwagę, aby test wykonywać zawsze w tych samych warunkach tj., ramionami ustawionymi w przód.



- a) Wykonanie wychylenia tułowia z pozycji stojącej jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Odległość palca trzeciego od punktu startowego cm
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 22. Wychylenie tułowia w przód w pozycji stojącej II (d 4106)

Wykonanie: Pacjent z pozycji wyjściowej stania z uniesionymi ramionami w przód, wykonuje ruch wychylenia tułowia w przód w zakresie utrzymywanej kontroli ciała. Pomiar czasu utrzymania pozycji wychylenia. Zwróć uwagę, aby test wykonywać zawsze w tych samych warunkach, tj. ramionami ustawionymi w przód.



- a) Czas utrzymania wychylenia tułowia w przód sekund
- b) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- c) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom trudności lub/i zmęczenia **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test. 23. Przenoszenie ciężaru ciała z jednej stopy na drugą. Test dwóch wag (d 4106)

Wykonanie: Pacjent z pozycji stania z równo rozłożonym ciężarem ciała na dwóch wagach wykonuje przeniesienie ciężaru ciała z jednej na drugą stronę. Pomiar wartości obciążenia każdej ze stron. W uwagach do testu jeśli pacjent w pozycji wyjściowej nie jest w stanie równo rozłożyć ciężar ciała, wskaz ewentualną różnicę w obciążaniu pomiędzy stroną prawą i lewą.



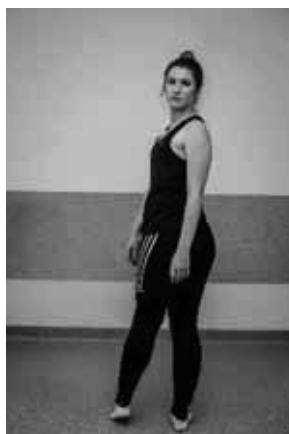
- a) Wykonanie przeniesienia ciężaru ciała na **stronę prawą** jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Ciężar ciała przeniesiony na stronę prawą kg co stanowi % masy ciała
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności lub zmęczenia **od 0 do 10**

- a) Wykonanie przeniesienia ciężaru ciała na **stronę lewą** jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Ciężar ciała przeniesiony na stronę lewą kg co stanowi % masy ciała
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności lub zmęczenia **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 24. Odwracanie się w staniu (d 4106)

Wykonanie: Pacjent z pozycji stania z równo rozłożonym ciężarem ciała wykonuje skręt tułowia przez bark jakby chciał spojrzeć za siebie z przeniesieniem ciężaru ciała raz na jedną raz na drugą stronę.



- a) Skręt tułowia **przez prawy bark** z obciążeniem **lewą** kończyny dolnej możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Czas wykonania obrotu: **sekund**
 - c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
 - d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
 - e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
-
- a) Skręt tułowia **przez lewy bark** z obciążeniem **prawą** kończyny dolnej możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Czas wykonania obrotu: **sekund**
 - c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
 - d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
 - e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 25. Utrzymanie równowagi w staniu na wąskiej podstawie I (d 4106)

Wykonanie: Pacjent z pozycji wyjściowej stania o stopach rozstawionych na szerokość bioder przyjmuje pozycję stania stopa przy stopie. Pomiar czasu stania na wąskiej podstawie ciała do utraty równowagi lub podparcia się rękoma.



- a) Przejście do stania stopa przy stopie możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Czas utrzymania równowagi: **sekund**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 26. Utrzymanie równowagi w staniu na wąskiej podstawie II (d 4106)

Wykonanie: Pacjent z pozycji wyjściowej stania na szerokość bioder przyjmując pozycję stania stopa przed stopą. Pomiar czasu stania na wąskiej podstawie ciała do utraty równowagi lub podparcia się rękoma. Zwróć uwagę, aby obie stopy, były płasko ustawione na podłodze.



- a) Przejście do stania **stopa prawa przed stopą lewą** możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Czas utrzymania równowagi: **sekund**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

- a) Przejście do stania **stopa lewa przed stopą prawą** możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Czas utrzymania równowagi: sekund
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom łęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 27. Utrzymanie równowagi w staniu na wąskiej podstawie III (d 4106)

Wykonanie: Pacjent z pozycji wyjściowej stania na szerokość bioder przyjmując pozycję stania na jednej nodze z drugą ugiętą w stawie biodrowym i kolanowym. Pomiar czasu stania na wąskiej podstawie ciała do utraty równowagi lub podparcia się rękoma.



- a) Przejście utrzymanie pozycji stania na nodze **prawej** możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Czas utrzymania równowagi na nodze **prawej:** sekund
 - c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
 - d) Poziom łęku w skali **od 0 do 10**
 - e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
-
- a) Przejście utrzymanie pozycji stania na nodze **lewej** możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Czas utrzymania równowagi na nodze **lewej:** sekund
 - c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
 - d) Poziom łęku w skali **od 0 do 10**
 - e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Aktywność: chodzenie (d 450)

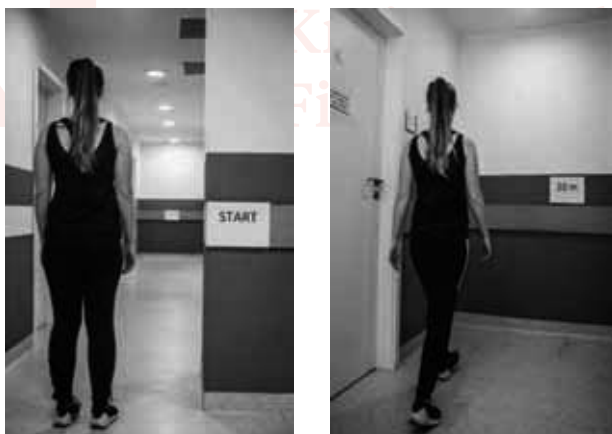
Poruszanie się po powierzchni na stopach, krok po kroku, gdy co najmniej jedna stopa zawsze dotyka ziemi tak, jak np. podczas spacerowania, przechadzania się, chodzenia do przodu, do tyłu lub bokiem.

Aktywność chodzenie na małe odległości (d 4500)

Chodzenie poniżej jednego kilometra, jak np. podczas chodzenia po pokoju lub wzdłuż korytarzy w obrębie budynku lub na krótkie dystanse na zewnątrz.

Test 28. Test chodu na dystansie 10 do 20 metrów (Timed Walking Test) (d 4500)

Wykonanie: Pacjent pokonuje dystans 10 lub 20 metrów w linii prostej, w zależności warunków i możliwości wykonania testu. Test może być wykonany wewnątrz jak i na zewnątrz budynku. Jeśli zachodzi taka potrzeba pacjent może wykorzystać kule, laskę, balkonik, ortezę lub może skorzystać z asekuracji osoby towarzyszącej. Informację o skorzystaniu z pomocy opisz w uwagach oraz w jakich warunkach i na jakim dystansie pacjent wykonywał test.



- Przejsie na dystansie..... m możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- Dystans wykorzystany w teście m
- Czas przejścia wyznaczonego dystansu: sekund
- Średnia prędkość chodu m/s
- Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 29. Test oceny ryzyka upadków w chodzie (Timed Up and GoTest) (d 4500)

Wykonanie: Pacjent z pozycji siedzącej (np. na krześle) wstaje i pokonuje dystans trzech metrów następnie wykonuje obrót i powraca do punktu wyjścia ponownie siadając na krześle. Test wykonywany jest obustronnie, tzn. obroty wykonywane są na przemian przez prawe i lewe ramię. Pomiar czasu liczony jest od pozycji wyjściowej, tj. wstawania do ponownego przyjęcia pozycji siedzącej. Norma dla osób zdrowych wynosi poniżej 10 sekund dla osób starszych do 14 sekund. Pacjent wykonujący próbę w dłuższym czasie niż 30 sekund jest zagrożony upadkiem i wymaga zabezpieczenia lub asekuracji.



- Pokonanie dystansu trzech metrów następnie wykonanie obrotu i powrót do punktu wyjścia ponownie siadając na krześle możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- Czas przejścia wyznaczonego dystansu dla strony **prawej** sekund
- Poziom bólu w skali **od 0 do 10**

- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

- a) Czas przejścia wyznaczonego dystansu dla strony **lewej sekund**
- b) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- c) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Aktywność: chodzenie na duże odległości (d 4501)

Chodzenie na odległość powyżej jednego kilometra, tak jak podczas chodzenia po wiosce lub po mieście, z jednej wioski do drugiej lub po przestrzeni otwartej.

Test 30. Test marszu 6-minutowego (6-Minute Walk Test, 6-MWT) (d 4501)

Sześciominutowy test marszowy służy do oceny ogólnej tolerancji wysiłku i wydolności w trakcie chodu. Sprawdza się u osób starszych i obciążonych niewydolnością krążeniowo-oddechową. Może służyć do oceny chromania przestankowego w niewydolności naczyniowej kończyn dolnych.

Wykonanie: Test marszowy powinien być wykonywany u pacjenta w stabilnym stanie klinicznym, po okresie 10 minutowego wypoczynku w pozycji siedzącej (warto wykorzystać ten czas na zebranie wywiadu i wyjaśnienie zasad i przebiegu testu). Co najmniej 2 godziny przed testem pacjent nie powinien wykonywać intensywnych wysiłków fizycznych. Ograniczenia wykonania testu obejmują jedynie bezwzględne przeciwwskazania do wykonania testu wysiłkowego. Testu nie należy wykonywać na bieżni.

Chory maszeruje przez 6 minut samodzielnie we własnym tempie po płaskiej, równej powierzchni np. przemieszcza się po korytarzu. Należy w tym celu wymierzyć odległość od 20 do 50 metrów. Należy też oznakować miejsce startu i nawracania. Dla ułatwienia obliczania dystansu jaki pokonał pacjent warto oznaczyć podział co 3–5 metrów.

Zdrowa osoba pokonuje w trakcie 6 minut 400 do 700 metrów. Wynik poniżej 300 metrów jest czynnikiem złej prognozy.

Jeśli w trakcie wykonywania testu pojawił się charakterystyczny ból chromania należy określić na którym metrze się pojawił się ból oraz określić należy skalę intensywności bólu.

Jeśli masz możliwość monitorowania tętna w trakcie testu. Maksymalne tętno osiągnięte w czasie 6-MWT odpowiada wartości tętna na poziomie progu beztle-

nowego (zaleca się, aby w rehabilitacji kardiologicznej stosować obciążenia do poziomu progu beztlenowego), 6-MWT może być wykorzystywany jako bezpieczna metoda treningu fizycznego, a osiągnięte podczas marszu maksymalne tętno może być uznane za tętno treningowe.



- Masa ciała pacjenta **kg**
- Dystans jaki pokonał pacjent w trakcie 6-MWT **m**
- Średnia prędkość chodu **m/s**
- Tętno maksymalne jakie pacjent osiągnął w trakcie testu **ud/min.**
- Poziom zmęczenia w zmodyfikowanej skali Borga **od 0 do 10**
- Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- Zatrzymanie się z powodu bólu lub zmęczenia na metrze
- Liczba przerw jakich potrzebował pacjent w trakcie testu 6-MWT

Uwagi do testu:

Test 31. Test chodzenia po różnych powierzchniach (d 4502)

Test ma na celu ocenę poruszania się pacjenta po różnych nawierzchniach, pochylniach i w nierównym terenie, co ma znaczenie przy chodzeniu po trawie, żwirze, łące, polnej drodze, czy nierównym chodniku w mieście.

Wykonanie: Należy ułożyć tor przeszkód, opisać w uwagach przeszkody ich kolejność ułożenia oraz odległość między nimi jak również długość całego toru. Ocenie podlega czas przejścia i poziom lęku lub trudności



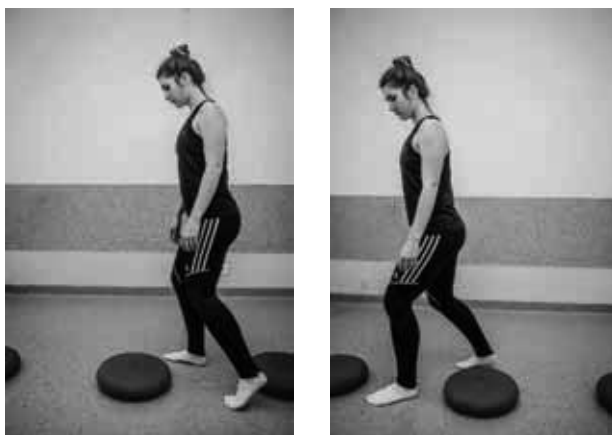
- a) Chodzenie po różnych powierzchniach możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Dystans wykorzystany w teście **m**
- c) Czas przejścia wyznaczonego dystansu: **sekund**
- d) Średnia prędkość chodu **m/s**
- e) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- f) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- g) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 32. Test chodzenia z omijaniem przeszkód (d 4503)

Test ma na celu ocenę poruszania się pacjenta z omijaniem przeszkód dla oceny zdolności do omijania ludzi, zwierząt, pojazdów i innych obiektów, np. w trakcie chodzenia po zatłoczonym sklepie, w ruchu ulicznym lub innych zatłoczonych miejscach.

Wykonanie: Należy ułożyć tor przeszkód, opisać w uwagach przeszkody ich kolejność ułożenia oraz odległość między nimi jak również długość całego toru. Ocenie podlega czas przejścia i poziom lęku lub trudności.



- a) Chodzenie z omijaniem przeszkód możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Dystans wykorzystany w teście **m**
- c) Czas przejścia wyznaczonego dystansu: **sekund**
- d) Średnia prędkość chodu **m/s**
- e) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- f) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- g) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Krajowa Izba
Fizjoterapeutów

Aktywność: kucanie (d 4101)

Przyjmowanie pozycji siedzącej lub w kuczki na pośladkach z kolanami blisko złączonymi lub siedzenie na piętach tak, jak to może być konieczne w toalecie, która jest na poziomie podłogi lub zmienianie pozycji ciała z kucznej na każdą inną pozycję np. stojącą.

Test 33. Test przysiadu I (d 4101)

Ocena zdolności przyjęcia obciążenia ciężaru ciała: stawów skokowych, kolanowych i biodrowych w pozycji kucznej.

Wykonanie: Pacjent z pozycji stania przyjmuje pozycję przysiadu na piętach. Ocenie poddany jest zakres (głębokość) pozycji, ból towarzyszący kucaniu lub trudności z przyjęciem pozycji lub z jej powrotem do stania. Zakres mierzony od punktu anatomicznego krętarz większy kości udowej do kostki bocznej.



- a) Przyjęcie pozycji **przysiadu** jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Odległość punktów w staniu **cm**
- c) Odległość punktów w pozycji przysiadu na piętach **cm**
- d) Odległość punktów w pozycji odciążenia w leżeniu z max. zgiętym kolaniem **cm**
- e) Różnica odległości w odciążeniu i obciążeniu **cm**
- f) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- g) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- h) Poziom trudności **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 34. Test przysiadu II (d 4101)

Ocena zdolności przyjęcia obciążenia ciężaru ciała: stawów skokowych, kolanowych i biodrowych w pozycji kucznej.

Wykonanie: Pacjent z pozycji stania przyjmuje pozycję przysiadu na całych stopach. Ocenie poddany jest zakres (głębokość) pozycji, ból towarzyszący kucaniu lub trudności z przyjęciem pozycji lub z jej powrotem do stania. Zakres mierzony od punktu anatomicznego krętarz większy kości udowej do kostki bocznej.

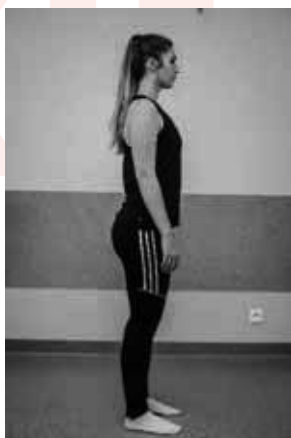


- a) Przyjęcie pozycji **przysiadu** jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Odległość punktów w staniu **cm**
- c) Odległość punktów w pozycji przysiadu na stopach **cm**
- d) Odległość punktów w pozycji odciążenia w leżeniu z max. zgiętym kolaniem **cm**
- e) Różnica odległości w odciążeniu i obciążaniu **cm**
- f) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- g) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- h) Poziom trudności **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 35. Test przysiadu na jedno kolano (d 4101)

Wykonanie: Pacjent z pozycji stania przyjmuje pozycję przysiadu z wykrokiem. Ocenie poddany jest zakres (głębokość) pozycji, ból towarzyszący kucaniu lub trudności z przyjęciem pozycji lub z jej powrotem do stania. Zakres mierzony od punktu anatomicznego krętarz większy kości udowej do kostki bocznej. Test wykonujemy na obie strony prawą i lewą.



- a) Przyjęcie pozycji przysiadu z wykrokiem (**przysiad na piętę prawą**) jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Odległość punktów w staniu **cm**
- c) Odległość punktów w pozycji w kuczki **cm**
- d) Odległość punktów w pozycji odciążenia w leżeniu z max. zgiętym kolaniem **prawym** **cm**
- e) Różnica odległości w odciążeniu i obciążaniu **cm**
- f) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- g) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- h) Poziom trudności **od 0 do 10**

- a) Przyjęcie pozycji przysiadu z wykrokiem (**przysiad na piętę lewą**) jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Odległość punktów w staniu **cm**
- c) Odległość punktów w pozycji przysiadu **cm**
- d) Odległość punktów w pozycji odciążenia w leżeniu z max. zgiętym kolaniem **lewym** **cm**
- e) Różnica odległości w odciążeniu i obciążaniu **cm**
- f) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- g) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- h) Poziom trudności **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Aktywność: klęczenie (d 4102)

Test 36. Test klęku prostego (d 4102)

Ocena zdolności przyjęcia pozycji klęku prostego obunóż.

Wykonanie: Pacjent z pozycji stania przechodzi do pozycji klęku prostego obunóż. Ciężar ciała opiera się na kolanach z nogami zgiętymi. Ocenie poddany jest czas przyjęcia pozycji, ból towarzyszący klękaniu lub trudności z przyjęciem pozycji.



- a) Przejście z pozycji stojącej do klęku możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- b) Czas przejścia ze stania do klęku: **sekund**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 37. Test utrzymania pozycji klęku prostego (d 4102)

Ocena zdolności utrzymania pozycji klęku przez dłuższy czas, jak np. w trakcie modlitwy.

Wykonanie: Pacjent z pozycji stania przechodzi do pozycji klęku prostego obunóż. Ciężar ciała opiera się na kolanach z nogami zgiętymi. Ocenie poddany jest czas utrzymania pozycji klęku do wystąpienia objawów bólowych lub dyskomfortu, oraz czy ciężar ciała spoczywa na obydwu kolanach. Wykonanie testu klęcząc na jednej kończynie dolnej jest testem ujemnym.



- Czas utrzymania pozycji klęku do wywołania objawów bólowych lub dyskomfortu: minut sekund
- Poziom bólu w skali od 0 do 10
- Poziom lęku w skali od 0 do 10
- Poziom trudności w skali od 0 do 10

Uwagi do testu:

Test 38. Test siadu klęcznego (d 4102)

Ocena zdolności przyjęcia pozycji siadu klęcznego.

Wykonanie: Pacjent z pozycji stania przechodzi do pozycji klęku, ciało oparte na piętach z nogami zgiętymi. Ocenie poddany jest czas przyjęcia, ból towarzyszący klękaniu lub trudności z przyjęciem pozycji.

- Przejście z pozycji stojącej do siadu klęcznego możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- Czas przejścia ze stania do klęku: sekund
- Poziom bólu w skali od 0 do 10



- d) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- e) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 39. Test utrzymania pozycji siadu klęcznego (d 4102)

Ocena zdolności utrzymania pozycji siadu klęcznego przez dłuższy czas.

Wykonanie: Pacjent z pozycji stania przechodzi do pozycji siadu klęcznego, ciężar ciała opiera się na piętach z nogami zgiętymi. Ocenie poddany jest czas utrzymania pozycji klęku do wywołania objawów bólowych lub dyskomfortu



- a) Czas utrzymania pozycji siadu klęcznego do wywołania objawów bólowych lub dyskomfortu: **minut** **sekund**
- b) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- c) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Aktywność: przenoszenie, poruszanie i manipulowanie przedmiotami

Test 40. Podnoszenie przedmiotów z niższego poziomu na wyższy I (d 4300)

Test oceniający zdolność do podnoszenia niewielkich przedmiotów np. kubka ze stołu w celu napicia się.

Wykonanie: Pacjent w pozycji stojącej podnosi kubek ze stołu i stara się przytknąć do ust. Terapeuta w celu standaryzacji testu określa wysokość powierzchni stołu. Określamy czy pacjent potrafi wykonać czynność, czas potrzebny na wykonanie czynności. Test można wykonać z kubkiem pustym i wypełnionym wodą.



- a) Test podniesienia **pustego kubka** do ust jest możliwy **TAK / NIE**
 - b) Wysokość stołu z jakiej pacjent podnosi przedmiot **cm**
 - c) Odległość przedmiotu od krawędzi stołu **cm**
 - d) Czas w jakim pacjent podnosi pusty kubek ze stołu do ust **sekund**
 - e) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
 - f) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
 - g) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
-
- a) Test podniesienia **napelnionego kubka** do ust jest możliwy **TAK / NIE**
 - b) Wysokość stołu z jakiej pacjent podnosi przedmiot **cm**
 - c) Odległość przedmiotu od krawędzi stołu **cm**
 - d) Czas w jakim pacjent podnosi napelniony kubek ze stołu do ust **sekund**
 - e) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
 - f) Poziom lęku w skali **od 0 do 10**
 - g) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 41. Podnoszenie przedmiotów z niższego poziomu na wyższy II (d 4300)

Test oceniający zdolność do podnoszenia większych przedmiotów, np. miski, garnek, pudełko z niższej do wyższej pozycji.

Wykonanie: Pacjent w pozycji stojącej podnosi przedmiot z podłogi i stara się podnieść go wyżej na blat stołu. Terapeuta w celu standaryzacji testu określa wysokość powierzchni stołu, czy pacjent potrafi wykonać czynność, czas potrzebny na wykonanie czynności, ciężar przedmiotu, jeżeli ma on znaczenie.



- a) Test podniesienia przedmiotu z podłogi na stół jest możliwy do wykonania **TAK / NIE**
- b) Wysokość stołu na jaką przenosi przedmiot **cm**
- c) Czas w jakim pacjent podnosi przedmiot i stawia na stole **sekund**
- d) Ciężar przedmiotu **kg**
- e) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- f) Poziom łęku w skali **od 0 do 10**
- g) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 42. Przenoszenie przedmiotów za pomocą rąk (d 4301)

Test oceniający zdolność do przenoszenia większych przedmiotów np. miski, torby z jednego miejsca w drugie.

Wykonanie: Pacjent w pozycji stojącej podnosi przedmiot z krzesła z podłogi lub stołu i stara się podnieść w inne miejsce. Terapeuta w celu standaryzacji testu określa przedmiot, wysokość, z której podnosi przedmiot, wysokość na jaką odkłada oraz odległość od miejsca podniesienia do odłożenia. W teście ocenie podlega: czy pacjent potrafi wykonać czynność, czas potrzebny na jej wykonanie, ciężar przedmiotu, jeżeli ma on znaczenie.



lub



lub



- a) Test przeniesienia przedmiotu w inne miejsce możliwy do wykonania
TAK /NIE
- b) Wysokość z jakiej pacjent podnosi przedmiot **cm**
- c) Wysokość na jaką odkłada **cm**
- d) Odległość miejsca podniesienia do odłożenia **m** **cm**
- e) Czas w jakim pacjent przenosi przedmiot **sekund**

- f) Ciężar przedmiotu **kg**
- g) Rodzaj przedmiotu
- h) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- i) Poziom łęku w skali **od 0 do 10**
- j) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 43. Przenoszenie przedmiotów na barkach, plecach i biodrach I (d 4303)

Test oceniający zdolność do przenoszenia większych przedmiotów np. przenoszenie paczek, plecaka lub walizki w obrębie kilkunastu metrów.

Wykonanie: Pacjent w pozycji stojącej podnosi przedmiot z podłogi i stara się przenieść w inne oddalone miejsce. Test można wykonać na dystansie np. 20 metrów. Terapeuta w celu standaryzacji testu określa przedmiot oraz jego ciężar, odległość od miejsca podniesienia do odłożenia. W teście ocenia się, czy pacjent potrafi wykonać czynność, czas potrzebny na wykonanie czynności oraz poziom zmęczenia lub bólu.



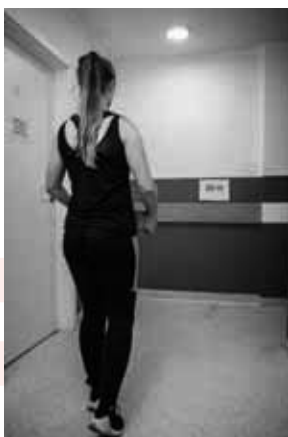
- a) Test przeniesienia przedmiotu w inne miejsce na dystansie 20 metrów możliwy do wykonania **TAK / NIE**
- b) Czas w jakim pacjent przenosi przedmiot **sekund**
- c) Ciężar przedmiotu **kg**
- d) Rodzaj przedmiotu
- e) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- f) Poziom łęku w skali **od 0 do 10**
- g) Poziom zmęczenia w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 44. Przenoszenie przedmiotów na barkach, plecach i biodrach II (d 4301)

Test oceniający zdolność do przenoszenia większych przedmiotów na większe odległości, np. noszenie paczek, plecaka, walizki.

Wykonanie: Pacjent w pozycji stojącej podnosi przedmiot z podłogi i stara się przenieść w inne oddalone miejsce. Test można wykonać w czasie 6 minutowego marszu. Terapeuta w celu standaryzacji testu określa przedmiot oraz jego ciężar, wyznacza trasę ok. 20–50 metrów. Zaznaczeniem punktu startu i zawracania. W teście ocenia się, czy pacjent potrafi wykonać czynność, odległość jaką pokonał oraz poziom zmęczenia lub bólu (patrz test 6-MWT).



- Test noszenia przedmiotu w trakcie 6 minutowego marszu, możliwy do wykonania **TAK / NIE**
- Odległość jaką pokonał pacjent **m**
- Ciężar przedmiotu **kg**
- Rodzaj przedmiotu

- e) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- f) Poziom zmęczenia w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Aktywność: precyzyjne używanie ręki (d 440)

Wykonywanie skoordynowanych czynności związanych z postugiwaniem się przedmiotami, podnoszeniem, manipulowaniem i wypuszczaniem przedmiotów przy użyciu jednej ręki, palców, kciuka, jak np. gdy zbiera się monety ze stołu wykręca numer telefonu.

Test 45. Test chwytu precyzyjnego

Test różnych chwytów dłoni używanych w codziennym życiu od łatwych do bardziej precyzyjnych, jak na przykład podnoszenie torby, otwieranie drzwi, zbieranie monet, etc.

Wykonanie: Pacjent wykonuje 5 różnych chwytów:

- a) „hakowy” jak przy podnoszeniu torby
- b) chwyt za klamkę i otwarcie drzwi
- c) chwyt „młotkowy”
- d) chwyt precyzyjny “pęsetowy/szczypcowy” jak przy przekręcaniu klucza
- e) chwyt precyzyjny “pęsetowy/szczypcowy” jak przy zbieraniu monet ze stołu

Każdy chwyt oceniany jest w zakresie, czy jest możliwy do wykonania: **TAK – 1, Nie – 0**



Prawa ręka

- a) Chwyt „hakowy” jest możliwy do wykonania **TAK / NIE 0/1**
- b) Chwyt za klamkę jest możliwy **TAK / NIE 0/1**
- c) Chwyt młotkowy jest możliwy **TAK / NIE 0/1**
- d) Chwyt „pęsetowy/szczypcowy” przy przekręcaniu klucza jest możliwy
TAK / NIE 0/1
- e) Chwyt przy zbieraniu monet jest możliwy **TAK / NIE 0/1**

Wynik/5

Lewa ręka

- a) Chwyt „hakowy” jest możliwy do wykonania **TAK / NIE 0 /1**
- b) Chwyt za klamkę jest możliwy **TAK / NIE 0/1**
- c) Chwyt młotkowy jest możliwy **TAK / NIE 0/1**
- d) Chwyt „pęsetowy/szczypcowy” przy przekręcaniu klucza jest możliwy
TAK / NIE 0/1
- e) Chwyt przy zbieraniu monet jest możliwy **TAK / NIE 0/1**

Wynik/5

Uwagi do testu:

Test 46. Test precyzyjnego używania ręki I

Test precyzyjnego używania dłoni w piśmie odręcznym. Ocenie podlega możliwość wykonania złożonej czynności pisanja odręcznego. Jeśli nie jest możliwe, aby pacjent wykonał czynność ręką dominującą testujemy efekt kompensacji ręką niedominującą.

Wykonanie: Pacjent podnosi i chwytą długopis lub ołówek jak przy czynności pisania. Proszony jest, aby napisał swoje imię i nazwisko. Ocenie podlega możliwość wykonania czynności, czas wykonania czynności od momentu chwycenia długopisu oraz poziom trudności i ewentualnego bólu. Jak również czy pismo jest czytelne i mieści się w wyznaczonych liniach. Do testu użyj kartki w kratkę. Duże litery rozmieszone powinny być na dwie kratki (10 mm), małe na jedną (5 mm). Zmierz wysokość liter. Jeśli jest taka konieczność zmierz oddzielnie podpis literami drukowanymi (wszystkie litery 10 mm), lub/i pisanymi (duże 10 mm, małe 5 mm).





Tekst pisany literami pisanymi ręką dominującą / kompensującą

- f) Utrzymanie długopisu w ręku jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- g) Pismo jest czytelne **TAK / NIE**
- h) Wysokość dużych liter **mm**
- i) Wysokość małych liter **mm**
- j) Czas od chwycenia długopisu do napisania swojego imienia i nazwiska
sekund
- k) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- l) Poziom zmęczenia w skali **od 0 do 10**

Tekst pisany literami drukowanymi dominującą / kompensującą

- a) Utrzymanie długopisu w ręku jest możliwe do wykonania **TAK/NIE**
- b) Pismo jest czytelne **TAK/NIE**
- c) Wysokość dużych liter **mm**
- d) Czas od chwycenia długopisu do napisania swojego imienia i nazwiska
sekund
- e) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- f) Poziom zmęczenia w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 47. Test precyzyjnego używania ręki II

Test precyzyjnego używania dłoni przy zapinaniu guzików w koszuli.

Wykonanie: Do wykonania testu pacjent proszony jest o przyniesienie własnej koszuli. Test wykonany jest na ciele po jej założeniu. Dostosuj poziom trudności do możliwości pacjenta. Jeśli to możliwe test rozpocznij od zapięcia pierwszego guzika pod szyją, jeśli nie od drugiego lub trzeciego. Do pomiaru czasu bierzemy zapięcie pięciu guzików. W drugiej części testu pacjent zapina guzik na rękawie prawym, ręką lewą i na rękawie lewym, ręką prawą. W testach kontrolnych używaj tej samej koszuli do pomiaru. Ocenie podlega możliwość wykonania czynności, czas wykonania i poziom trudności czynności od momentu rozpoczęcia zapina-

nia do zapięcia pięciu guzików oraz oddzielnie rękaw prawy i lewy. Dla większej powtarzalności testu wykonuj zawsze w pozycji siedzącej z możliwością oparcia pleców i stóp na podłodze.



Zapinanie guzików

- a) Zapięcie pierwszego guzika pod szyją jest możliwe do wykonania
TAK / NIE
- b) Czas zapięcia pierwszych pięciu guzików **minut** **sekund**
- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- d) Poziom zmęczenia w skali **od 0 do 10**
- e) Zapięcie guzika **prawą** ręką na lewym rękawie jest możliwe do wykonania
TAK / NIE
- f) Zapięcia guzika prawą ręką na lewym rękawie **minut** **sekund**
- g) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- h) Poziom zmęczenia w skali **od 0 do 10**
- i) Zapięcie guzika **lewą** ręką na prawym rękawie jest możliwe do wykonania
TAK / NIE
- j) Zapięcia guzika lewą ręką na prawym rękawie **minut** **sekund**
- k) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
- l) Poziom zmęczenia w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 48. Test precyzyjnego używania ręki III

Test precyzyjnego używania dłoni przy wiązaniu butów.

Wykonanie: Do wykonania testu pacjent proszony jest o zasznurowanie butów. Dostosuj poziom trudności do możliwości pacjenta. Jeśli to możliwe wykonaj test w pozycji siedząc z pochyleniem tułowia do stopy. Jeśli pacjent nie może przyjąć takiej pozycji zaproponuj inną i opisz w uwagach do testu. Test wykonaj dla prawej i lewej strony. Ocenie podlega możliwość wykonania czynności i poziom trudności. Czas mierzymy od momentu przyjęcia siedzącej pozycji wyjściowej. Uwzględnia przygotowanie do sznurowania, np. schylenie lub założenie nogi na nogę, zasznurowanie buta i przyjęcia pozycji wyjściowej.



Lub



Sznurowanie butów

- Zasznurowanie buta **prawego** jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
- Czas zasznurowania buta **prawego** **minut** **sekund**

- c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
 - d) Poziom zmęczenia w skali **od 0 do 10**
- a) Zasznurowanie buta **lewego** jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Czas zasznurowania buta lewego **minut** **sekund**
 - c) Poziom bólu w skali **od 0 do 10**
 - d) Poziom zmęczenia w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Aktywność: dbanie o siebie

Test 49. Czynności samoobsługi

Test oceniający możliwość wykonania czynności samoobsługi jak mycie się, osuszanie ciała, czesanie, ubieranie się, jedzenie, picie. Test wykonujemy w formie ankiety z podaniem możliwości wykonania czynności oraz z opisem poziomu jej wykonania.

1. Samodzielne umycie twarzy przy umywalce:
 - a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
2. Samodzielne umycie zębów przy umywalce:
 - a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
3. Samodzielne mycie pozostałych części ciała w wannie:
 - a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
4. Samodzielne mycie pozostałych części ciała pod prysznicem:
 - a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
5. Osuszanie ręcznikiem ciała, wycieranie się:
 - a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**

- b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
6. Pielęgnowanie włosów, czesanie i układanie fryzury:
- a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
7. Pielęgnowanie paznokci palców rąk:
- a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
8. Pielęgnowanie paznokci palców stóp:
- a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
9. Golenie zarostu u mężczyzn, wykonanie makijażu u kobiet:
- a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
10. Samodzielne korzystanie z toalety:
- a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
11. Zakładanie górnej części garderoby: bluzki, koszule, marynarki:
- a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
12. Zakładanie dolnej części garderoby: bielizna, spodnie, etc.:
- a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
13. Zakładanie skarpetek i butów:
- a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**

14. Samodzielne jedzenie (przyjmowanie pokarmów):
- a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
15. Samodzielne picie: kawa, herbata, woda, etc.:
- a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
16. Przygotowywanie prostych posiłków: kanapki, odgrzanie obiadu, zrobienie kawy, herbaty:
- a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**
17. Utrzymywanie podstawowej czystości w miejscu zamieszkania: zmywanie naczyń, odkurzanie, starcie kurzu:
- a) Jest możliwe do wykonania **TAK / NIE**
 - b) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
 - c) Poziom zmęczenia lub dyskomfortu w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Aktywność: wspinanie się (d 4551)

Poruszanie się w górę i w dół jak na przykład wchodzenie na stopień drabinę, krawężnik, chodzenie po schodach.

Test 50. Wejście na stopień

Ocena siły i wytrzymałość kończyn dolnych przy pokonywaniu stopni w górę.

Wykonanie: Pacjent wchodzi na stopień raz nogą prawą raz lewą w czasie 30 sekund.

Dla prawidłowej oceny testu zmierz wysokość stopnia i masę ciała pacjenta. Określ w uwagach do testu czy pacjent potrzebuje asekuracji, np. poręczy, drabinek, etc. Zwróć uwagę czy korzystając z asekuracji pacjent potrzebują również odciążenia masy ciała, np. podpira się na poręczy lub używa kul do podporu przy wchodzeniu. Zmierz siłę nacisku, np. ustawiając kulę na wadze przy próbie

wejścia na stopień. W wynikach testu odejmij różnicę masy ciała od wartości odciążenia, co będzie stanowiło realną masę ciała podnoszoną na stopień. Policz ilość wejść do pełnego zmęczenia, co pozwoli wyliczyć siłę maksymalną 1 RM (Repetition Maksimum). Test wykonaj dla prawej i lewej kończyny w odstępie 1–2 minut na wypoczynek.

Wzór do wyliczenia 1RM

$$\frac{\text{masa ciała [kg]} * 100\%}{\text{ilość powtórzeń [% RM]}} = 1\text{RM}$$

gdzie:

- 1 powtórzenie = 1 RM = 100%
- 5 powtórzeń = 5 RM = 90%
- 10 powtórzeń = 10 RM = 80%
- 15 powtórzeń = 15 RM = 70%
- 20 powtórzeń = 20 RM = 60%
- 25 powtórzeń = 25 RM = 55%



- a) Wejście na stopień **prawą** kończyną jest możliwe do wykonania: **TAK / NIE**
 - b) Rzeczywista masa ciała **kg**
 - c) Wysokość stopnia **m**
 - d) **1 RM =**
 - e) Poziom trudności przy wejściu na stopień w skali **od 0 do 10**
 - f) Poziom odczuwanego bólu w skali **od 0 do 10**
 - g) Poziom zmęczenia w skali **od 0 do 10**
-
- a) Wejście na stopień **lewą** kończyną jest możliwe do wykonania: **TAK/ NIE**
 - b) Rzeczywista masa ciała **kg**

- c) Wysokość stopnia m
- d) **1 RM**
- e) Poziom trudności przy wejściu na stopień w skali **od 0 do 10**
- f) Poziom odczuwanego bólu w skali **od 0 do 10**
- g) Poziom zmęczenia w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 51. Chodzenia po schodach I

Ocena zdolności wchodzenia i schodzenia po schodach

Wykonanie: Pacjent wchodzi i schodzi po schodach na wyznaczonym dystansie: ½ piętra do 1 piętra w zależności od wydolności pacjenta i możliwości lokalowych do przeprowadzenia testu. Policz ile stopni jest na wyznaczonym dystansie oraz sposób lokomocji: krokiem dostawnym, czy naprzemiennym oraz czy potrzebuje asekuracji, lub wsparcia na poręczy lub kulach. Ocenie podlega czas wejścia i zejścia. Pomiedzy wejściem i zejściem pacjent powinien wypocząć min. 1–2 minut.



- a) **Wejście** po schodach **w górę** krokiem **naprzemiennym / dostawnym**
- b) masa ciała kg
- c) Wysokość stopnia m
- d) Ilość stopni na dystansie
- e) Czas wejścia **sekund**
- f) Poziom trudności przy wejściu w skali **od 0 do 10**
- g) Poziom odczuwanego bólu w skali **od 0 do 10**
- h) Poziom zmęczenia w skali **od 0 do 10**

- a) **Zejscie** po schodach **w dół** krokiem **naprzemiennym/dostawnym**
- b) Wysokość stopnia **m**
- c) Ilość stopni na dystansie
- d) Czas zejścia **sekund**
- e) Poziom trudności przy zejściu w skali **od 0 do 10**
- f) Poziom odczuwanego bólu w skali **od 0 do 10**
- g) Poziom zmęczenia w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:

Test 52. Chodzenia po schodach II

Ocena zdolności wchodzenia i schodzenia po schodach na dłuższym dystansie kilku pięter.

Wykonanie: Pacjent wchodzi i schodzi po schodach na wyznaczonym dystansie: 1 piętra do 2–3 pięter w zależności od wydolności pacjenta i możliwości lokalowych do przeprowadzenia testu. Policz, ile stopni jest na wyznaczonym dystansie oraz sposób lokomocji: krokiem dostawnym czy naprzemiennym oraz czy potrzebuje asekuracji lub podporu na poręczu lub kulach. Ocenie podlega ilość pokonanych stopni (wielokrotność pokonanych dystansów) w czasie 6 minut. Pacjent wykonuje test swoim tempie z możliwością odpoczynku. Przy teście obowiązują zasady bezpieczeństwa opisane w teście 6-MWT.



- a) Chodzenie po schodach **w górę** i **w dół** krokiem: **naprzemiennym / dostawnym** w czasie 6 minut
- b) masa ciała **kg**
- c) Wysokość stopnia **m**
- d) Całkowita Ilość pokonanych stopni w górę

- e) Całkowita ilość pokonanych stopni w dół
- f) Poziom trudności w skali **od 0 do 10**
- g) Poziom odczuwanego bólu w skali **od 0 do 10**
- h) Poziom zmęczenia w skali **od 0 do 10**

Uwagi do testu:



