

jednoczesnego ruchu zgięcia barku i zgięcia łokcia niż ruchu zgięcia barku i wyprostu łokcia.

Ashford i wsp. dokonali w roku 2008 przeglądu naukowych baz medycznych ze względu na skale kliniczne stosowane do oceny funkcji ręki. Wymienili w nim 20 skal (w nawiasie liczba ocenianych czynności):

- 1) Leeds Adult Spasticity Impact Scale (LASIS) (12),
- 2) Disability Assessment Scale (DAS),
- 3) 14-Item Motor Activity Log (MAL-14) (14),
- 4) Reduced Upper Extremity Motor Activity Log (RMAL) (12),
- 5) 26-Item Motor Activity Log (MAL-26) (26),
- 6) 28-Item Motor Activity Log (MAL-28) (28),
- 7) ABILHAND (23),
- 8) Wolf Motor Function Test (WMFT) (15),
- 9) Box and Block Test (BBT),
- 10) Action Research Arm Test (ARAT) (19),
- 11) Frenchay Arm Test (FAT) (7),
- 12) Rivermead Motor Assessment Arm Scale (RMAAS),
- 13) Nine-Hole Peg Test (NHPT) (9),
- 14) Upper Extremity Function Test (UEFT),
- 15) Motor Club Assessment (MCA),
- 16) Jebsen Hand Function Test (7),
- 17) Fugl-Meyer Upper Limb Test (33),
- 18) Purdue Peg Board Test,
- 19) Arm Motor Ability Test (AMAT),
- 20) Chedoke Arm and Hand Activity Inventory (CAHAI) (9 lub 13).

Wymienione skale najczęściej przeznaczone są do (samo)oceny wyników usprawniania kończyny górnej metodą CIMT. Liczba ocenianych czynności wynosi w nich od 5 do 33. W obszernym i szczegółowym opracowaniu autorzy wymienili 9 tzw. biernych czynności i 65 aktywnych funkcji ręki.

Skala ABILHAND została opisana przez Pentę i wsp. w roku 1998 i zmodyfikowana przez tego samego autora i wsp. trzy lata później – od tego czasu ocenia się czynności wykonywane za pomocą obu rąk. Są trzy skale ABILHAND: dla chorych po udarze mózgu, z reumatoidalnym zapaleniem stawów oraz dla chorych z toczniem rumieniowatym układowym. Skala ABILHAND przeznaczona dla przewlekle chorych po udarze mózgu składa się z oceny 23 czynności dotyczących utrzymania

higieny osobistej, przygotowania i spożywania posiłków, ubierania się i innych czynności domowych. System punktowy przewiduje trzy możliwości:

- 0 pkt – brak możliwości wykonania danej czynności,
- 1 pkt – duże trudności z jej wykonaniem,
- 2 pkt – wykonywanie bez problemów.

Skala funkcji ręki Chedoke (Chedoke Arm and Hand Activity Inventory – CA-HAI-13) została opisana w roku 2004 przez Barrecę i wsp. i porównana w roku 2006 ze skalą ARAT. Ocenia ona 13 funkcji użytkowych kończyny górnej i ręki. Punktacja w tej skali jest następująca:

- 1 pkt – badany wymaga całkowitej pomocy,
- 2 pkt – wymaga maksymalnej pomocy,
- 3 pkt – wymaga umiarkowanej pomocy,
- 4 pkt – wymaga minimalnego wsparcia,
- 5 pkt – wymaga nadzoru,
- 6 pkt – umiarkowana niezależność (używa środków pomocniczych),
- 7 pkt – pełna niezależność (w odpowiednim czasie, bezpiecznie).

Jest dużo innych skal do oceny funkcji kończyny górnej, w tym opisane przez Fleishmanna (Minnesota Rate of Manipulation Test, 1964), Carrola (1965), Smitha (1973), van den Berghe'a (1991), Hudak i Amadio (Disabilities of Arm, Shoulders and Head test – DASH, 1996), Thorsena (1999). Opisy skal specyficznych dla pacjentów po urazie rdzenia kręgowego można znaleźć w rozdziale 8.2. Wiele z nich służy do oceny wyników zabiegów rekonstrukcyjnych ręki wykonywanych w tetraplegii.

2.4. Ocena równowagi i kontroli postawy ciała

Do oceny jednocześnie równowagi, kontroli postawy ciała i chodzenia powszechnie stosuje się **test powstania i chodu** (Timed Up and Go Test) Podsiadło i Richardson, opisany w roku 1991. Mierzy się czas, jaki potrzebuje pacjent na wstanie z krzesła, przejście 10 stóp (ok. 3 metrów), wykonanie zwrotu i ponowne zajęcie miejsca siedzącego. Siggeirsdóttir i wsp. stwierdzili w roku 2002, że test Podsiadło i Richardson jest najbardziej miarodajny, gdy wysokość siedziska krzesła wynosi 44–47 cm.

Levi i wsp. zaktualizowali w roku 2004 znany od 1997 roku **test sięgania** (Reaching Performance Scale – RPS). Dotyczy on strategii sięgania u osób z niedowładem