

Ocena motoryczności Rivermead (RMA)

Rivermead Motor Assessment (RMA)

RMA został pierwotnie opracowany do pomiaru mobilności pacjentów z nabytym uszkodzeniem mózgu.

Ocenia mobilność pacjentów w codziennych czynnościach (łóżko, transfery, zdolność do chodzenia).

RMA obejmuje szereg działań, rozpoczynając od zmiany pozycji w łóżku po zdolność do biegania.

Ocenie poddawane są funkcje globalne z uwzględnieniem mobilności kończyn górnych, dolnych oraz tułowia.

Ogólne zasady postępowania

- 1) Pokaż pacjentowi jakie zadanie ma do wykonania, abyś był pewny że zrozumiał polecenie.
- 2) Rozpocznij od testowania najprostszych czynności.
- 3) Stopniowo przejdź do testowania trudniejszych czynności.
- 4) Pacjent ma możliwość 3 krotnego powtórzenia zadania zanim ocenisz go ostatecznie.
- 5) Ocena pacjent :
 - jeśli pacjent wykona zadanie przyznaj = 1 pkt
 - jeśli pacjent nie wykonał zadania = 0 pkt
- 6) Na koniec testu przekaz pacjentowi ile punktów uzyskał, w trakcie badania nie informuj pacjenta o wynikach.
- 7) Wszystkie zadania pacjent powinien wykonać samodzielnie (chyba że w karcie jest napisane inaczej).
- 8) Jeśli w sekcji A i C pacjent uzyskał 0 pkt w pierwszych trzech po sobie następujących zadaniach możesz zakończyć testowanie tych sekcji.
- 9) W sekcji B jeśli pacjent uzyskał 0 pkt w pierwszych trzech po sobie następujących zadaniach należy nadal kontynuować testowanie.
- 10) Zadania w sekcji C odnoszą się do objętej niedowładem kkg.
- 11) Zadania w sekcji A można wykonać na zasadzie zadawania pytań pacjentowi aby sprawniej przechodziło badanie.

Opis

KARTA PACJENTA

Sekcja A	Funkcje globalne	pkt
1. SIAD BEZ PODPARCIA.		
Bez trzymania, na brzegu leżanki, stopy bez podporu.		
2. PRZEJŚCIE Z LEŻENIA DO SIADU NA BRZEGU LEŻANKI.		
Sposób dowolny.		
3. PRZEJŚCIE Z SIADU DO STANIA.		
Można pomóc sobie rękami, wstawanie nie może trwać dłużej niż 15 sek. i stanie powinno trwać minimum 15 sek. z pomocą jeśli jest potrzebna.		
4. TRANSFER Z WÓZKA NA KRZESŁO PRZEZ POŚREDNIO ZAJĘTĄ STRONĘ.		
Można pomagać sobie rekami.		
5. TRANSFER Z WÓZKA NA KRZESŁO PRZEZ BEZPOŚREDNIO ZAJĘTĄ STRONĘ.		
Można pomagać sobie rękami, nogi zgięte w kolanach.		
6. CHÓD 10m WEWNĄTRZ Z POMOCĄ.		
Chodzenie bez zatrzymania.		
7. SAMODZIELNE WEJŚCIE NA SCHODY.		
Sposób dowolny, można używać poręczy.		
8. CHÓD 10 METRÓW WEWNĄTRZ BEZ POMOCY.		
Bez zatrzymania, bez łuski, ani żadnej innej pomocy		

9. CHÓD 10m PODNIESIENIE WORECZKA Z GROCHEM Z PODŁOGI, OBRÓT I Z POWROTEM.

Można się schylić w dowolny sposób, można używać pomocy do chodzenia, bez zatrzymania, można użyć dowolnej ręki do podniesienia woreczka.

10. CHÓD NA ZEWNĄTRZ 40m.

Można używać pomocy do chodzenia, bez zatrzymania.

11. WEJŚCIE I ZEJŚCIE Z 4 SCHODÓW.

Pacjent może korzystać z pomocy jeśli ją potrzebuje, ale nie może trzymać się poręczy. Ukazuje to sposób radzenia sobie z krawężnikami oraz przy braku poręczy.

12. BIEG 10m.

Musi być symetryczny.

13. PODSKOKI NA BEZPOŚREDNIO ZAJĘTEJ NODZE 5 RAZY W MIEJSCU.

Bez pomocy kkg, bez przerw na złapanie równowagi, bez supinacji przodostopia.

Całkowita liczba punktów z sekcji A :

Sekcja B

**Kkd i
tułów pkt**

1. OBRÓT NA BEZPOŚREDNIO NIEDOWŁADNĄ STRONĘ.

Pozycja wyjściowa: Leżenie na plecach.

2. OBRÓT NA POŚREDNIO NIEDOWŁADNĄ STRONĘ.

Pozycja wyjściowa: Leżenie na plecach.

3. POZYCJA MOSTKA.

Pozycja wyjściowa: Leżenie na plecach, docisk pleców do kozetki (ruch tyło/pochylenia miednicy), w 1/2 zakresu ruchu . Pacjent musi obciążyć częściowo niedokładną kd. Terapeuta może skorygować ustawienie kd, ale pacjent musi sam ją utrzymać.

4. PRZEJŚCIE Z SIADU DO STANIA.

Bez użycia kkg, obie stopy równo na podłodze, ciężar ciała spoczywa na kkd.

5. PODNIEŚ NIEWODŁADNĄ KD NAD BRZEG ŁÓŻKA I WRÓĆ.

Leżenie na plecach. Niedokładna kd zgięta w kolanie, bez rotacji zewnętrznej, po opuszczeniu na podłogę. Biodro w pozycji neutralnej a kolano zgięte.

6. STANIE : POSTAW POŚREDNIO NIEDOWŁADNĄ KD NA PODWYŻSZENIU I WRÓĆ.

Bez retrakcji miednicy i przeprostu w kolanie .W ten sposób badamy możliwości biodra i kolana w trakcie przeniesienia ciężaru ciała.

7. STANIE – TUPNIJ POŚREDNIO NIEDOWŁADNĄ KD W PODŁOŻE 5 RAZY Bez retrakcji miednicy i przeprostu w kolanie .W ten sposób badamy możliwości biodra i kolana w trakcie przeniesienia ciężaru ciała, tak jak w punkcie 6, (jest to trudniejsze zadanie).

8. LEŻENIE NA PLECACH, ZGIĘCIE GRZBIETOWE STOPY PRZY ZGIĘTYM KOLANIE.

Terapeuta może trzymać nogę w pozycji, bez inwersji stopy. Jeśli pacjent wykona ½ możliwego zakresu ruchu stopy to zalicza zadanie.

9. LEŻENIE NA PLECACH, ZGIĘCIE GRZBIETOWE STOPY PRZY PROSTYM KOLANIE.

Terapeuta może trzymać nogę w pozycji, bez inwersji stopy i zgięcia w kolanie. Jeśli pacjent wykona ½ możliwego zakresu ruchu stopy to zalicza zadanie.

10. STANIE, BIODRO KD NIEDOWŁADNEJ W POZYCJI NEUTRALNEJ, ZGIĘCIE NIEDOWŁADNEGO KOLANA

Terapeucie nie wolno ustawić kd pacjenta, jest to niezwykle trudne dla większości pacjentów z hemiparezą, ale pozwala wychwycić minimalne dysfunkcje pacjenta.

Całkowita liczba punktów z sekcji B :

Sekcja C

Kkg pkt

1. LEŻENIE NA PLECACH, PROTRAKCJA OBRĘCZY BARKOWEJ Z UNIESIONYM RAMIENIEM.

Ramię może być podtrzymane.

2. LEŻENIE, UTRZYMAJ UNIESIONĄ, WYPROSTOWANĄ RĘKĘ PRZEZ 2sek (ZAZNACZONA ROTACJA ZEWE)

Terapeuta układa rękę w pozycji a zadaniem pacjenta jest jej utrzymanie (nie w rotacji wew) łokieć wyprostowany w 150°.

3. ZGIĘCIE WYPROST ŁOKCIA (tak jak w pkt 2).

Część dłoniowa ręki nie powinna wystawać na zewnątrz w czasie ruchu.

4. POZYCJA SIEDZĄCA, ŁOKIEĆ PRZYWIEDZIONY DO CIAŁA. PRONACJA I SUPINACJA PRZEDRAMIENIA.

3/4 prawidłowego ruchu jest do zaakceptowania, łokieć nie może być podparty.

5. POZYCJA SIEDZĄCA. SIĘGNIJ DO PRZODU, ZŁAP DUŻĄ PIŁKĘ OBIEMA REKAMI I ODSTAW Z POWROTEM.

Piłka powinna leżeć na stole – daleko przed pacjentem aby musiał wyprostować ręce. Ramiona w protrakcji, łokcie proste, palce prostują się w trakcie ruchu, cały czas kontakt dłoni z piłką.

6. POZYCJA SIEDZĄCA. WYPROSTUJ RAMIE, SIĘGNIJ DO PRZODU WEŹ PIŁKĘ TENISOWĄ, PRZEŁÓŻ JĄ DO RĘKI NIEDOWŁADNEJ, ROZLUŻNIJ RĘKĘ, ODŁÓŻ NA STÓŁ I ROZLUŻNIJ RĘKĘ – (wykonać 5 razy).

Ramię w protrakcji, łokieć wyprostowany, nadgarstek w pozycji neutralnej.

7. TAK SAMO JAK W Pkt 6 TYLKO Z OŁÓWKIEM

8. ZŁAP KARTKĘ PAPIERU LEŻĄCĄ PRZED TOBĄ I WYPUŚĆ JĄ – (wykonać 5 razy).

Pozycja tak jak w pkt. 6 pacjent musi użyć kciuka.

9. POKRÓJ KAWALEK JEDZENIA I ODŁÓŻ DO MISKI OBOK.

10. POZYCJA STOJĄCA (w jednym miejscu). 5 RAZY ODBIĆ CZĘŚCIĄ DŁONIOWĄ

DUŻĄ PIŁKĘ

11. DOTKNIĘCIA PALCÓW I KCIUKA (14x w 10 sek).

Kciuk nie może się ześlizgiwać z jednego palca na drugi, ruch musi być rytmiczny.

12. SUPINACJA I PRONACJA DŁONI NIEDOWŁADNEJ (20x w 10 sek), NA RĘCE POŚREDNIO NIEDOWŁADNEJ.

Ramię musi być z dala od ciała. Część dłoniowa i grzbietowa ręki niedokładnej musi dotykać dłoni ręki pośrednio niedowładnej. Każde klaśnięcie liczy się jako raz. (oceniaamy szybkość).

13. STANIE, BEZPOŚREDNIO NIEDOWŁADNA RĘKA ODWIEDZIONA DO 90°, RĘKA OPARTA NA ŚCIANIE.

Skręć ciało w kierunku ściany i ręki, nie pozwól na zgięcie łokcia, cały czas kontakt dłoni ze ścianą.

14. NAŁÓŻ NA GŁOWĘ TASIEMKĘ I ZAWIĄŻ KOKARDKĘ Z TYŁU.

Szyja pacjenta nie może być zgięta, ręka niedowładna nie może tylko trzymać tasiemki.

15. KOCI KOCI ŁAPCI (7 x w 15 sek).

Całkowita liczba punktów z sekcji C :

Bibliografia :

Nouri FM (1987) Clinical Rehabilitation 301-305. Wade DT (1992) Measurement in Neurological Rehabilitation Oxford University Press ISBN 0-19-261954-3

L.Zeltzer, N.Korner-Bitensky and other - Assessment of motor function in stroke function. Physiotherapy. 65, 48-51 (1979)

Opracowanie : E.Nowak