

MUNI
MED

Ošetrovatelství I

Mgr. Dana Dolanová, Ph.D.
dolanova@med.muni.cz

Struktura hodiny

Úvod do tématu

Práce v skupinách

Praktické cvičení – transport, polohování

Obsah předmětu

Co chceme?

Co potřebujeme?

Co musíme?

Co umíme?

Termín setkání	Studijní plán
14. 9.	Historický vývoj ošetřovatelství Charakteristika oboru Koncepce ošetřovatelství Úkoly optometristu v rámci MDT Deficit sebepečce při pohybu Polohování
12. 10.	Etický kodex nelékařských zdravotnických pracovníků Práva pacientů, Práva hospitalizovaných dětí Zdraví, nemoc, holistické teorie vzniku nemoci, Ochrana zdraví sestry, pacienta Dekubity
26. 10.	Dezinfekce sterilizace Nákazy spojené s nemocničním prostředím Kategorie lidských potřeb
9. 11.	Ošetřovatelství v oftalmologii
23. 11.	Ošetřovatelské postupy v oftalmologii Práce s dětským pacientem
7. 12.	Zajišťování kvality ošetřovatelské péče Ošetřovatelský proces v oftalmologii Pozorování nemocného Ošetřovatelská dokumentace Urgentní péče v oftalmologii
Doplňující témata	Paliativní péče Transkulturní ošetřovatelství Komunitní péče, preventivní programy

Ukončení předmětu

MOŽNOSTI:

Docházka

Test

Ústní zkouška

Projekty

Práce v skupinách

Definice ošetřovatelství

Významné osobnosti ošetřovatelství

Multidisciplinární tým

Úkoly optometristu v rámci MDT

Multidisciplinární tým ve zdravotnictví

skupina specializovaných pracovníků, jejichž činnost vychází z holistického pojetí člověka.

Kvalitně zostavený a efektivně fungující multidisciplinární tým je jedním z důležitých atributů kvalitní péče a komplexního uspokojování potřeb pacienta.

Kdo patří do MDT?

skupina odborníků, kde každý je specialistou ve svém oboru a v rámci svých kompetencí zabezpečuje péči o pacienta

Členové MDT Zpravidla zastupují následující obory: medicína, ošetrovatelství, optometrie, radiologie, fyzioterapie, rehabilitace, dietologie, psychologie, sociologie, teologie, pedagogika, právo a mnohé jiné

Vyhláška 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

§ 10 Optometrista

(1) Optometrista vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace může

- a) doporučovat vhodné druhy a úpravy brýlových čoček,
- b) provádět poradenskou činnost v oblasti refrakčních vad, včetně druhů kontaktních čoček a jejich vhodného použití,
- c) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky¹⁰⁾, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,
- d) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky¹¹⁾ a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Optometrista bez odborného dohledu a bez indikace u osob starších 15 let věku může

- a) vyšetřovat zrakové funkce a provádět metrická vyšetření refrakce oka, určovat refrakční vadu a provádět korekce,
- b) rozhodovat, zda je ke korekci refrakční vady vhodné použít dioptrické brýle, individuálně zhotovený zdravotnický prostředek, kontaktní čočky nebo speciální optické pomůcky, a předepisovat je, zhotovovat a opravovat,
- c) vyšetřovat v oblasti předního segmentu oka pro potřeby korekce refrakčních vad,
- d) provádět poradenskou činnost v oblasti refrakčních vad,
- e) při podezření na oční onemocnění doporučovat pacientům vyšetření u lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru oftalmologie,
- f) aplikovat kontaktní čočky a předávat je s poučením a doplňkovým sortimentem pacientům a provádět jejich následné kontroly.

(3) Optometrista pod odborným dohledem očního lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru oftalmologie může provádět

- a) činnosti uvedené v odstavci 2 u osob mladších 15 let,
- b) vyšetření na oftalmologických diagnostických přístrojích; tato vyšetření však nehodnotí a nestanovuje diagnózu.

Význam a vliv mobility na soběstačnost pacienta

- Pohyblivost je předpokladem soběstačnosti a nezávislosti.

- Přiměřená tělesná aktivita:
 - zlepšuje zdravotní stav
 - chrání před nemocemi
 - zvyšuje výkonnost orgánů
 - zlepšuje duševní zdraví

Soběstačnost

Základním cílem moderního ošetřovatelství je pomoc nemocnému zůstat
soběstačný.

Lékař vyšetřuje hybnost pacienta a přiděluje mu příslušný pohybový režim.

- definuje míru doporučeného a povoleného pohybu pacienta během hospitalizace
- udává maximální míru soběstačnosti pacienta pro zachování jeho bezpečnosti
- záznam do zdrav. dokumentace, info sestra

Označení pohybového režimu

- A – 1 pacient zcela soběstačný, chodící po celém areálu nemocnice
- B – 2 pacient soběstačný, chodící po odd.
- C – 3 částečně soběstačný v rámci lůžka, nutná dopomoc, neopouští pokoj
- D – 4 nesoběstačný pacient

Kategorie pacientů podle soběstačnosti – legislativně stanovené

0 na propustce

1 soběstačný – nezávislý na základní ošetrovatelské péči/dítě nad 10 let

2 částečně soběstačný – s dopomocí je schopen pohybu mimo lůžko, sám se obslouží/spolupracující dítě od 6-10 let

3 vyžadující zvýšený dohled – lucidní, neschopný pohybu mimo lůžko, vyžaduje téměř úplnou obsluhu/dítě od 2-6 let

4 imobilní – lucidní, vyžaduje oš. pomoc při všech výkonech/dítě od 0-2 let

5 v bezvědomí

Hodnocení soběstačnosti

Výchozí moment pro plánování oš. péče, špatně stanovená soběstačnost může vést k rozvinutí imobilizačního syndromu.

- orientační pohledem, pozorováním
dle standardizovaných testů
- Barthelův test základních všedních činností
(ADL, IADL)

Soběstačnost z ošetrovatelského hlediska

- v hygieně
- ve výživě
- ve stravování
- v oblékání



ADL – Activity Daily Living

1. <i>Najedení napití</i> Samostatně, bez pomoci 10 S pomocí 5 Nprovede 0	6. <i>Kontinence stolice</i> Plně kontinentní 10 Občas inkontinentní 5 Inkontinentní 0
2. <i>Oblékání</i> Samostatně, bez pomoci 10 S pomocí 5 Nprovede 0	7. <i>Použití WC</i> Samostatně, bez pomoci 10 S pomocí 5 Nprovede 0
3. <i>Koupání</i> Samostatně, nebo s pomocí 5 Nprovede 0	8. <i>Přesun lůžko - židle</i> Samostatně, bez pomoci 15 S pomocí 10 Vydrží sedět 5 Nprovede 0
4. <i>Osobní hygiena</i> Samostatně, nebo s pomocí 5 Nprovede 0	9. <i>Chůze po rovině</i> Samostatně nad 50 m 15 S pomocí 50 m 10 Na vozíku 50 m 5 Nprovede 0
5. <i>Kontinence moče</i> Plně kontinentní 10 Občas inkontinentní 5 Inkontinentní 0	10. <i>Spolupráce s pacientem</i> Samostatně, bez pomoci 10 S pomocí 5 Nprovede 0

IADL – Instrumental Activity Daily Living

<p>1. Telefonování Vyhledá číslo, zavolá Zná několik čísel, odpoví na zavolání Nedokáže použít telefon</p>	<p>10 5 0</p>	<p>5. Domácí práce Udržuje domácnost Zvládá lehčí práce, neudrží čistotu Pomoc při všem, neúčastní se</p>	<p>10 5 0</p>
<p>2. Transport Cestuje samostatně Cestuje s doprovodem Vyžaduje pomoc, speciálně upravený vůz</p>	<p>10 5 0</p>	<p>6. Práce kolem domu Samostatně, pravidelně Pod dohledem Neprovede</p>	<p>10 5 0</p>
<p>3. Nakupování Nakupuje samostatně Nakoupí s doprovodem, radou Neprovede</p>	<p>10 5 0</p>	<p>7. Užívání léků Samostatně, dodržen čas/dávka/druh Léky připraveny, připomenuty Léky musí být podány</p>	<p>10 5 0</p>
<p>4. Vaření Uvaří samostatně celé jídlo Jídlo si ohřeje Jídlo musí připravit někdo jiný</p>	<p>10 5 0</p>	<p>8. Finance Samostatně vede účty Pomoc při složitějších fin. operaci Neschopen zacházet s penězi</p>	<p>10 5 0</p>

Vyhodnocení - Barthelové test (ADL, IADL)

ADL

0 – 45 bodů = vysoce závislý

46 – 65 bodů = závislost středního
stupně

66 – 95 bodů = lehká závislost

96 – 100 bodů = nezávislý

IADL

0 – 40 bodů = závislý

41 – 75 bodů = částečně závislý

76 – 80 bodů = nezávislý

Imobilizační syndrom

je stav, kdy je jedinec ohrožen poškozením různých tělesných systémů následkem léčbou vynucené nebo nevynucené imobilizace.

je to odpověď organismu na imobilitu ve všech orgánových systémech.

Imobilizační syndrom

Riziková skupina – senioři a dlouhodobě nemocní

Již za 36 hodin úplného klidu na lůžku se začínají projevovat změny v pohybovém a oběhovém systému

Během 7-10 dnů se vyvinou zcela zřetelné patologické změny =
Imobilizační syndrom

Příčiny imobilizačního syndromu

změny stavu vědomí

chronické somatické nebo duševní choroby

úrazy

léčbou předepsaná imobilizace

silné bolesti, nervová obrna, jiná svalová onemocnění...

Změny v důsledku imobilizačního syndromu

Postižení systému:

respiračního
kardiovaskulárního
pohybového
močového
metabolického
nervového
kožního
zažívacího

Pohybový systém

změny na kostech, kloubech, svalech

1. Osteoporóza

Osteoporóza z inaktivity - není-li kost

zatěžována → demineralizace kosti → kosti řídnou → riziko patologických zlomenin

Prevence:

podávat vitamín D (pacient není ve styku se sluncem)

vhodné cvičení na lůžku – nejlépe v sedě

Pohybový systém

2. Změny na kloubech a svalech

atrofie svalové hmoty – během týdne ubude až 1/3 svalové síly
snížení kloubní pohyblivosti → riziko ztuhnutí

kloubů → ankylózy

ubývání kloubní tekutiny

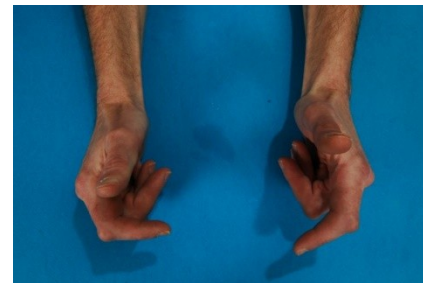
zkrácení šlach a svalů → nejčastěji na DK a HK

→ riziko kontraktur → deformity

Prevence:

aktivní a pasivní cvičení

správné polohování



Kardiovaskulární systém

1. Ortostatická hypotenze

Důvod:

při náhlé změně polohy → pokles TK

→ mžitky před očima, motání hlavy,

slabost, nauzea, tachykardie

možnost vazomotorické synkopy

Prevence: včasná, postupná vertikalizace

Kardiovaskulární systém

2. Tromboflebitidy, tromboembolie

Důvod:

chybí zapojení svalové pumpy DK, vážne průtok krve DK- riziko žilního městnání → riziko otoků, zánětů, možnost trombózy → embolie do plic

Prevence:

vysoká bandáž DK

gymnastika DK

elevace DK

antikoagulancia (kontrola koagulace)

monitorace lýtka

Respirační systém

1. Hypostatická pneumonie

důsledek stagnace hlenu v DC

2. Atelaktáza

poloha v leže → omezuje pohyb hrudníku a bránice → snižuje se VKP, dýchání je povrchové → možnost kolapsu plicních sklípků → hromadí se v nich sekret → rozvoj infekce

Prevence:

dechová gymnastika- nácvik prohloubeného dýchání

polohové drenáže

pokleповé masáže

Fowlerova poloha

nácvik odkáslávání

péče o mikroklima

Zaživací systém

Zácpa

Příčinou:

snížená motilita střev

ochabnutí břišních svalů

nepřirozená poloha při defekaci, nedostatek soukromí

Prevence:

dostatek tekutin

strava bohatá na vlákniny

zvýšený pohyb břišní stěny(abdominální dýchání)

zajisti intimitu a vhodnou polohu při defekaci

Vylučovací systém

1. Ledvinné kameny
v důsledku stázy alkalické moči a zvýšeného množství Ca a P v moči /důsledek odbourávání z kostí /
2. Inkontinence
následek nedostatečného svalového napětí – oslabení m. detrusor
3. Infekce v důsledku
nedostatečné hygieny
ascendentní infekce
nedostatečného pitného režimu

Vylučovací systém

4. Močový reflux

následek nevhodně umístěného sběrného systému, moč se vrací zpět tokem z měchýře do pánvičky ledvinné

5. Stáza moči

důsledek nedostatečného vyprázdnění moč. měchýře v leže

Prevence:

dostatek tekutin

správná hygienická péče

vyprazdňování moče v sedě

omezit cévkování

správné umístění sáčku

uzavřený systém močové drenáže

sterilita

Metabolický a výživový systém

1. Anorexie, malnutrice

redukce bílkovin a energie

katabolismus

2. Hypoproteinémie

pokles bílkovin v těle → snižuje se onkotický tlak → otoky

Prevence :

dostatečný a vyvážený příjem živin

dodržovat zásady krmení

Sipping /Nutridrink/

Nervový systém, psychické změny

Následkem absence psychických, smyslových a pohybových podnětů se mohou vyvíjet tyto změny:

ospalost, nepokoj, zmatenost
nedostatečná orientace místem, časem, prostorem
spánková inverze
neschopnost koncentrace, rozhodování a zvládnání problému
retardace a projevy regrese
změny v náladě

Prevence: dostatečná aktivizace tělesná i duševní
zajistit sociální kontakty
dostatek stimulačních podnětů z okolí
vypracování denního programu pro každého ležícího pacienta

Kožní systém

atrofie

snížení turgoru

intertrigo

dekubity

Změny poloh nemocného na lůžku

Posouvání nemocného

Otáčení nemocného

Přenášení nemocného

Posazování nemocného

Polohování a jeho význam

pasivní forma rhb

- ovlivnění svalového tonusu
- příjem sensorických informací z různých poloh
- prevence nebo snížení spasticity
- prevence dekubitů, kontraktur a ankylóz
- zachování funkčních rezerv klienta

Zásady polohování

- řídí se plánem polohování -stanoví sestra na základě zhodnocení stavu a rizika N
- polohujeme celých 24 hodin
- ve dne po 2. hodinách /v akutní fázi interval kratší/ V noci po 3-4. hodinách
- vedeme záznam o polohování
- respektujeme fyziologické postavení kloubů –střední poloha
- v místě styku kožních ploch či kloubů –vypodložit
- plošky nohou zafixovat
- šetrná manipulace –nutná spolupráce více osob
- střídají se polohy: leh na zádech, na boku, na břiše, na druhém boku a mezipolohy

Zásady polohování

Při každé změně polohy provádíme:



úpravu lůžka



péči o kůži - hodnotíme změny,

vzhled kůže,

prokrvení,

bolest, pocity klienta



ošetření kůže

Zásady polohování

Polohování

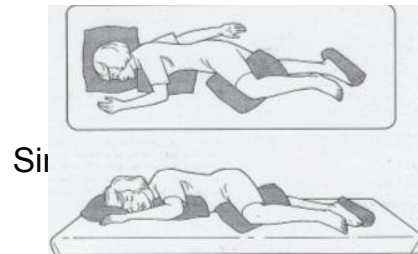
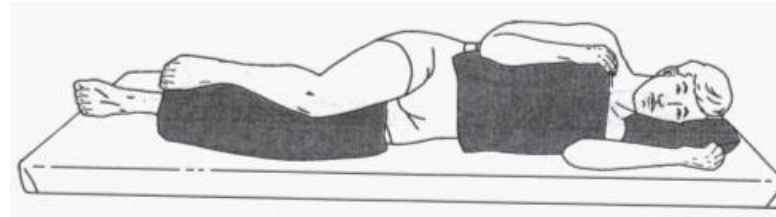
Na zádech, supinační poloha



Zásady polohování

Polohování

Laterální poloha

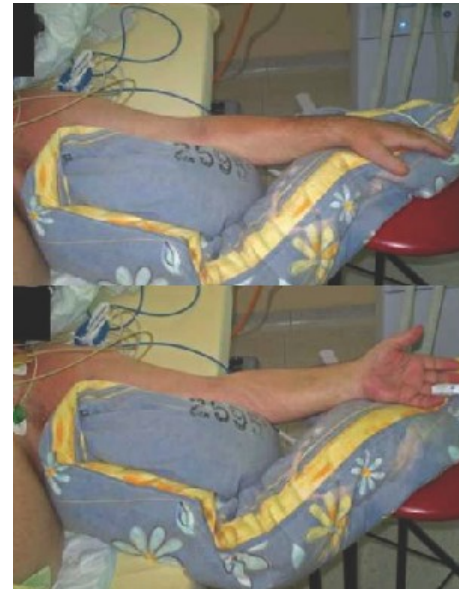


Zásady polohování

Polohování

Abdukční poloha horní končetiny

- lze aplikovat na boku i na Zádech
- možno obměňovat polohy předloktí a dlaně
- končetina do 90° v rameni (úhel mezi paží a trupem)



Zásady polohování

Polohování

Elevační poloha horní končetiny

- možno na zádech i boku
- končetina ve flexi nad 90° v rameni
- tato poloha výrazně zlepšuje ventilaci
- pozor na subluxační postavení



Zásady polohování

Polohování

Poloha DKK v poloze na zádech

- paty bez kontaktu s podložkou
- plošky chodidel podloženy do flexe 90°
- celé končetiny jsou v základním fyziologickém postavení nebo v lehké zevní rotaci
- kolena nesmí být prověšena

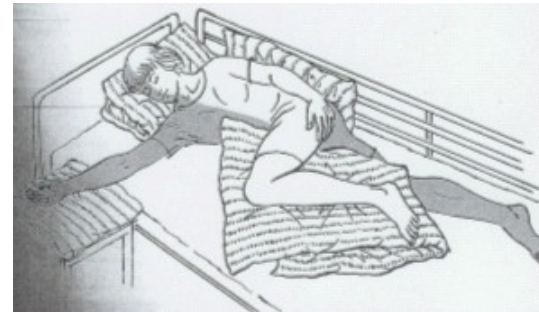


Zásady polohování

Polohování pacienta s hemiparézou

Poloha na paretickém boku

- ❑ je nejvýhodnější polohou pro nemocného z důvodu povzbuzování vnímání ochrnuté části těla
- ❑ dbáme na to, aby nemocný neležel na paretickém ramenním kloubu, aby měl podložené předloktí, koleno, kotník, záda a pohodlně uloženou hlavu



Zdroj: <http://eamos.pf.jcu.cz/>

Zásady polohování

Polohování klienta s hemiparézou

Poloha na zádech

❑ není příliš vhodnou polohou z důvodu vyššího rizika vzniku dekubitů a spasticity.

❑ hlava a ramena leží na polštáři. Paretická horní končetina je podložena, v mírném upažení s extendovanými prsty ruky. Dolní paretická končetina a bok jsou též podloženi v extenzi.

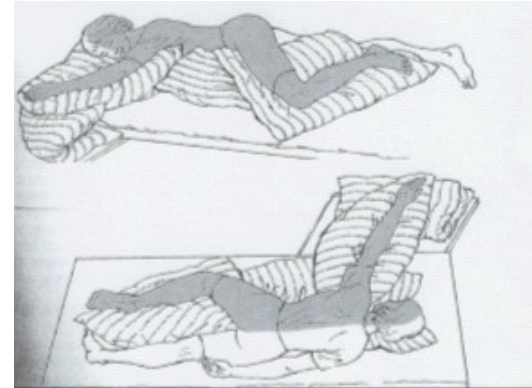


Zdroj: <http://eamos.pf.jcu.cz/>

Zásady polohování

Polohování klienta s hemiparézou

- Poloha na zdravém boku
- ☐ nemocného přetáčíme ze zad na zdravý bok s trupem mírně navaleným vpřed.
 - ☐ paretická horní končetina je uložena na polštáři v předpažení s extendovanými prsty. Paretická dolní končetina je v mírné semiflexi (mírně pokrčená) na polštáři
 - ☐ hlavu stabilizujeme na malém polštářku, aby byla krční páteř v ose těla.

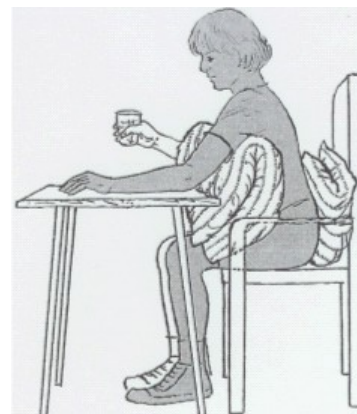


Zásady polohování

Polohování klienta s hemiparézou

Sed

- horní část lůžka zvedneme do úhlu 90
- bedra nemocného podložíme polštářem.
- parétická horní končetina je předpažená, natažená s extendovanými prsty na příručním stolku, podložena polštářem.

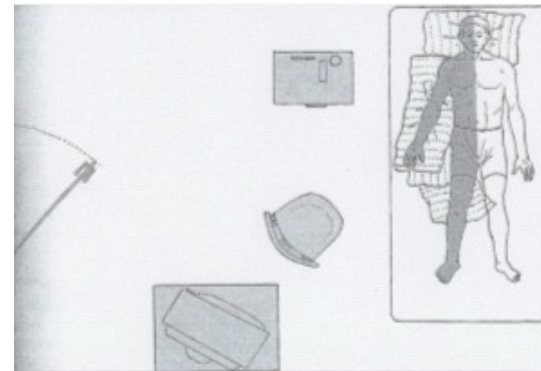


Zásady polohování

Polohování klienta s hemiparézou

Uspořádání pokoje

- ❑ uspořádání předmětů - v maximální míře na straně hemipareticky postižené.
- ❑ nemocný je tak nucen k otáčení hlavy, navazování zrakového kontaktu na poškozenou stranu těla
- ❑ sestra provádí též všechny úkony z postižené strany. Klienta pobízíme k aktivní spolupráci



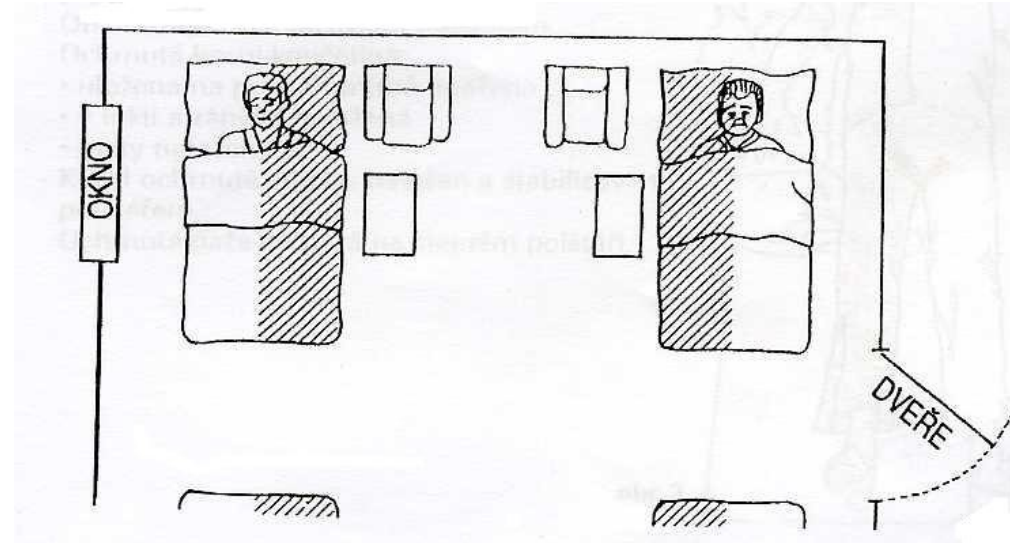
Zásady polohování

Polohování

Polohovací pomůcky

- antidekubitární matrace
- polštáře
- molitanové válce a klíny
- gelové podložky
- pytlíky s pískem
- berlickové polohovací pomůcky (klínky, hady, ...)
- antidekubitární boty
- derotační boty
- dlahy

Vhodné uspořádání pokoje



- pac. - co nejvíce stimulován na ochrnuté straně těla
- činnosti sestry by měly probíhat z pac. ochrnuté strany

Zásady taktně-kinestetické léčby

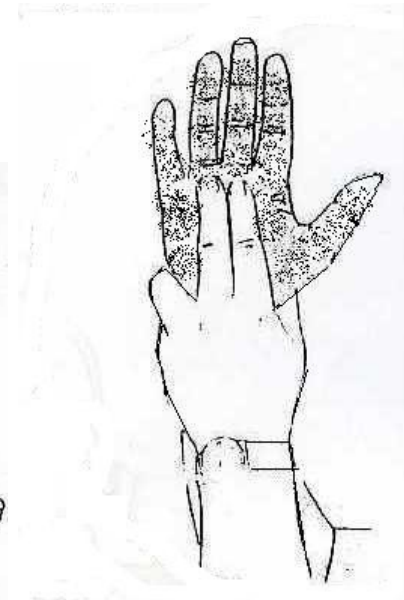
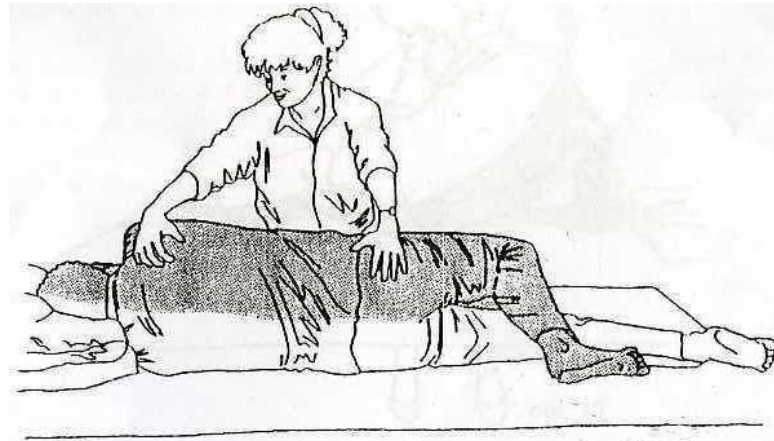
problémy řešit společně s pacientem
předkládat smysluplné úkoly
asistent drží pac. ruce až po konečky prstů,
komunikuje s pac.
asistent užívá obě ruce, vede celé tělo pac.
pac. nejprve dotkne předmětu rukou, poté mu
terapeut pomůže předmět uchopit
terapeut stabilizuje tělo pacienta, teprve poté
vede pohyb
pacient se vždy rukama dotýká pracovní plochy

Pohyb na lůžku - pomoc

***Převrácení na nepostižený bok -
pasivně***

Asistent

pokrčí koleno ochrnuté DK
spojení dlaní pacienta
otáčíme za bok a ramena



Pohyb na lůžku - pomoc

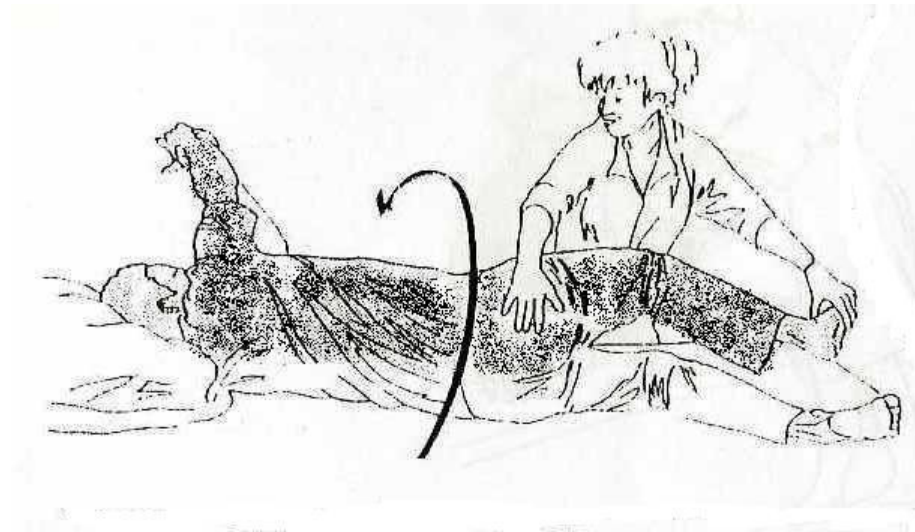
Převracení na nepostižený bok - aktivně

Pacient

spojí dlaně
aktivní pohyb

Asistent

pomáhá pohybu ochrnuté DK (přidrží hýždě a chodidlo)



Pohyb na lůžku - pomoc

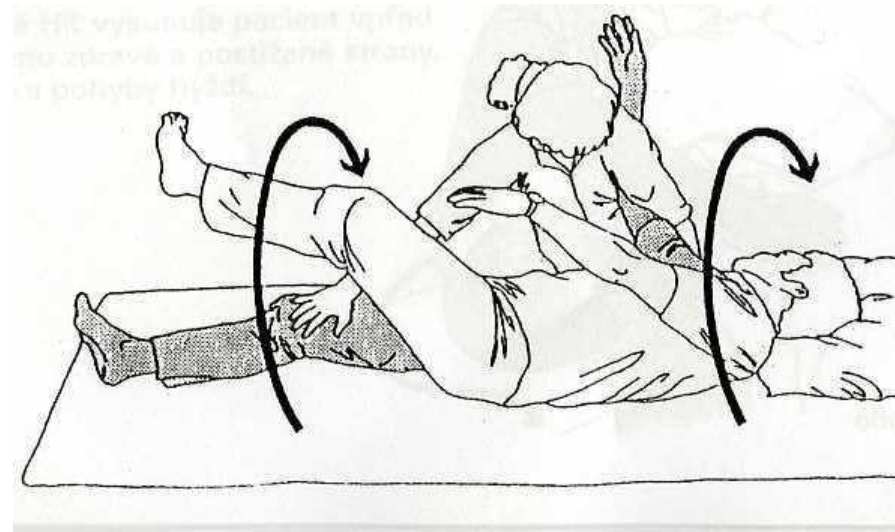
Převrácení na ochrnutý bok

Pacient

nepostižené koleno a rameno přetáčí pacient sám
aktivní pohyb

Asistent

pomáhá přidržováním ramene a kolena ochrnuté strany



Pohyb na lůžku - pomoc

Z lehu do sedu - pasivní

Asistent

pacienta uložit na bok ochrnuté strany
pokrčit kolena DKK
rukou blíž k hlavě uchopí pacienta pod
ramenem dolní HK
rukou blíž k nohám uchopí pacienta pod koleny
DKK
pacient se zdravou HK přidrží okraje lůžka

Z lehu do sedu - aktivní

Pacient

leží na boku ochrnuté strany
pacient se zdravou HK opírá o okraj lůžka

Asistent

usměrňuje pohyb podepíráním kyčle zdravé
strany
vede pohyb zdravého ramena

Pohyb na lůžku - dopomoc

Posun na lůžku vsedě

Pacient

sed na lůžku, svěšené DKK
přenáší váhu z jedné hýždě na druhou
zdravou rukou drží ochrnutou HK v
předpažení

Asistent

koordinuje pohyb hýždí směrem v před

Pohyb na lůžku - pomoc

Posun v lůžku

Pacient

leží na znak
pokrčené DKK
paty blízko hýždí

Asistent

tlačí kolena k patám
zvedá pánev a tlačí ji
srovná hlavu a ramena



Poloha na boku ochrnuté strany

lůžko vodorovně

Trup

mírně zakloněný,
podložený

Ochrnutá HK

směřuje do předu v
uhlu 90°

loket natažený, dlaní
na horu

Ochrnutá DK

v kyčli natažená
v kolenu mírně
pokrčená

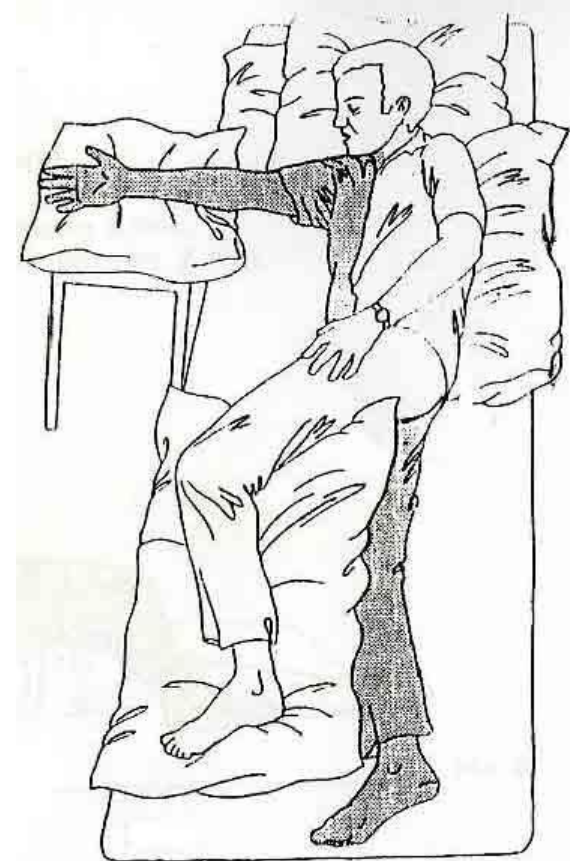
Nepostížená HK

volně leží na těle

Nepostížená DK

mírný ohyb v kyčli,
kolenu

podložení polštářem



Poloha na boku zdravé strany

lůžko vodorovně

Trup

mírně předkloněn

Ochrnutá HK

rameno předsunuto

směřuje do predu v

uhlu 100°

podložená

loket natažený, dlaní

dolů

Ochrnutá DK

v kyčli a koleni mírně

pokrčená

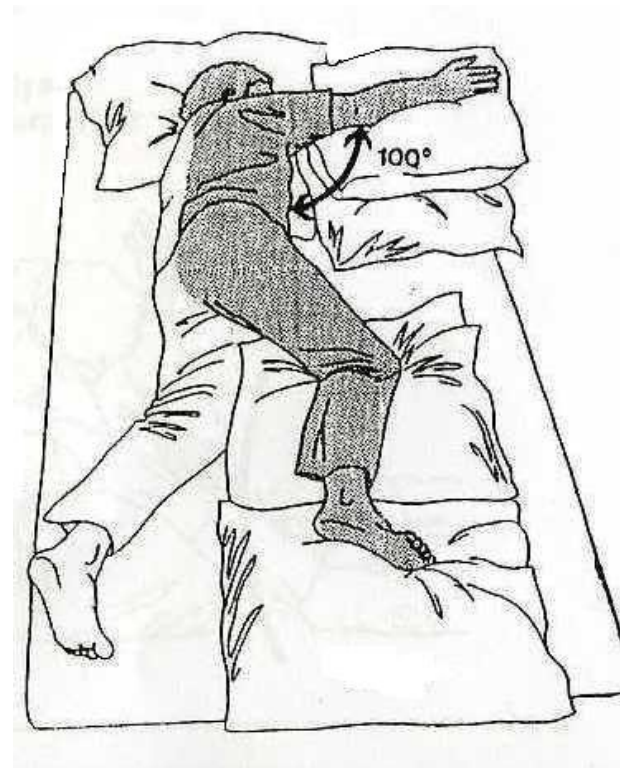
Nepostížená HK

dle pacienta

Nepostížená DK

kyčle, koleno

nataženo



Poloha na zádech

lůžko vodorovně

Hlava

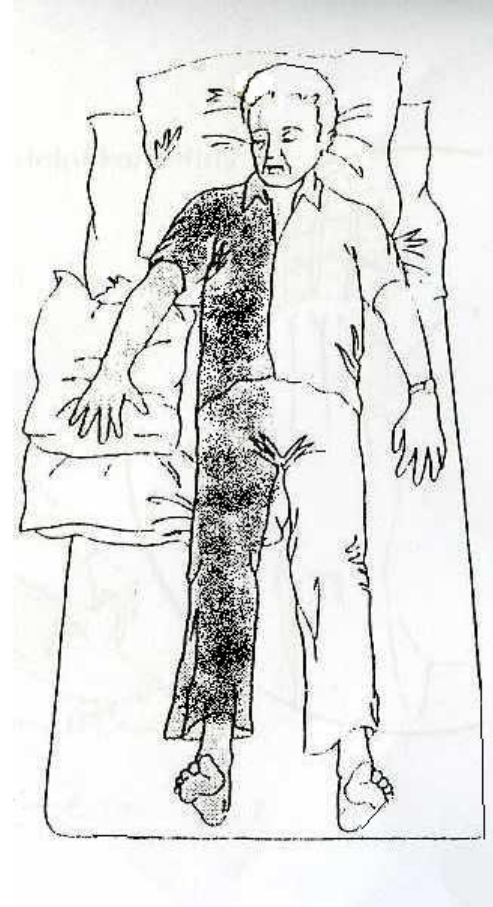
nesmí být předkloněná
ramena i hlava na polštáři

Ochrnutá HK

mírně upažená
uložená na polštáři
loket, zápěstí, prsty,
nataženy

Ochrnutá DK

v kyčli natažená
podložena stejným
polštářem jako HK



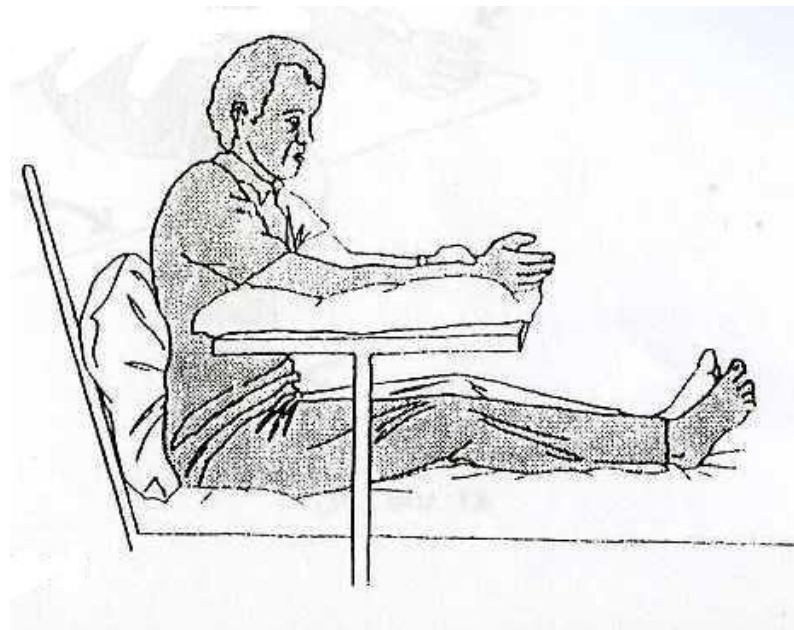
Sezení v lůžku

Lůžko - čelo maximálně zvednuto

Trup – vzpřímený, polštář v bederní oblasti
zad nemocného

DKK - v kyčlích úhel 90 °

HKK - předpaženy, lokty spočívají na stolečku



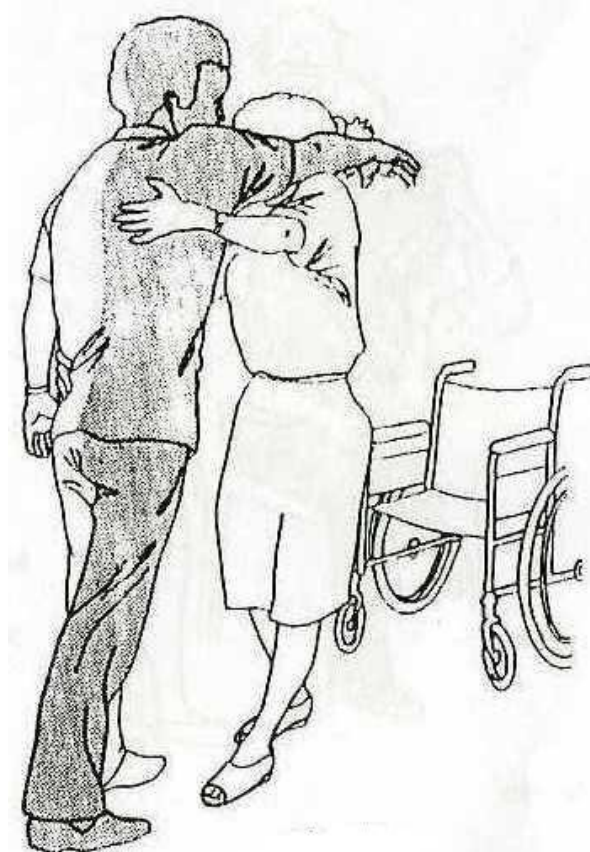
Chůze - dopomoc

Pacient

ochrnutá HK na
rameni asistenta
pokrčené DKK
paty blízko hýždí

Asistent

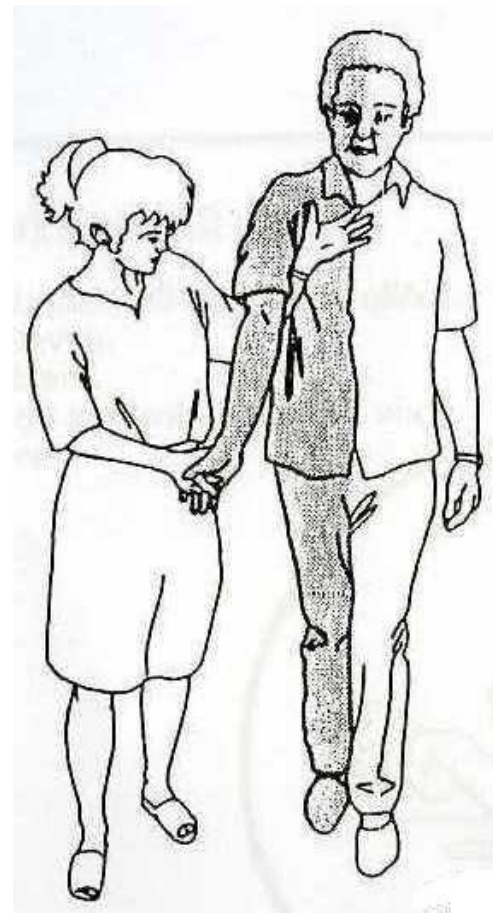
stojí před pacientem
ruku pod ramenem
ochrnuté HK
druhou rukou
přidrží pánev
pacienta



Chůze - pomoc

Asistent

stojí na ochrnuté
straně pacienta
ruku pod ramenem
ochrnuté ruky



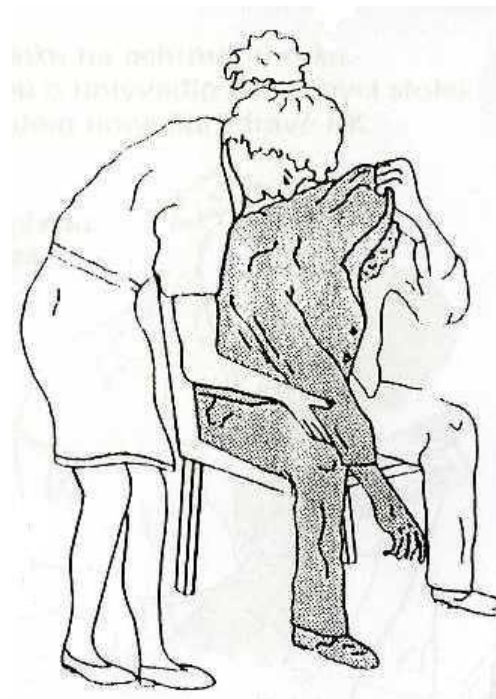
Svlékání košile - pomoc

Pacient

sedí
ochrnutá HK svěšena
mezi koleny
zdravou HK přetáhne
oděv přes hlavu
vytáhne postiženou
HK z rukávu
vytáhne zdravou HK

Asistent

kontroluje rovnováhu



Oblékání kalhot - dopomoc

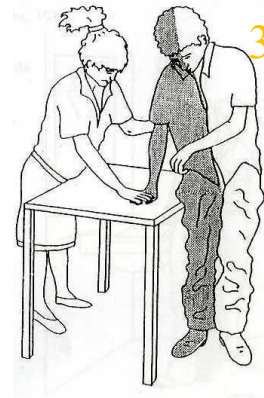
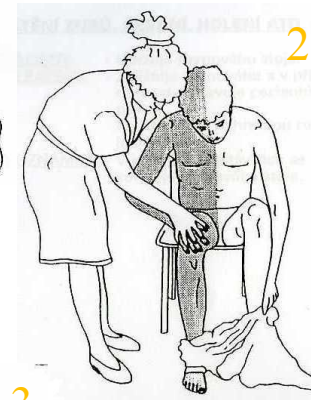
Pacient

sedí
ochrnutá DK překřížená
přes zdravou DK
zdravou HK natáhne
nohavici na postiž

DK
rozkříží DKK
navlékne nohavici na zdravou
DK

Asistent

kontroluje rovnováhu
vede ruce nemocného
přidrží postíženou DK



Oblékání košile - dopomoc

Pacient

sedí
košile na kolenu
zdravé DK, vnitřní
strana a límec dál od
těla
ochrnutá HK svěšená
mezi kolena
zdravou HK obleče
rukáv na postiženou
HK až po rameno
doobleče druhý rukáv

Asistent

pomáhá navlékat
rukáv na postižené
straně



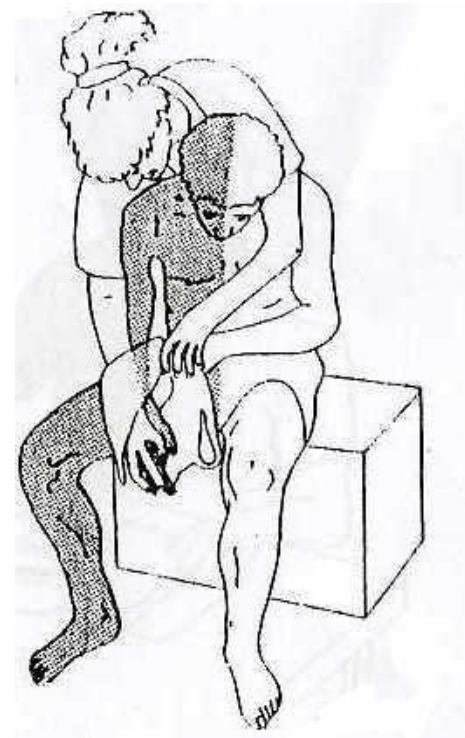
Oblékání trička - dopomoc

Pacient

sedí
triko na kolenu zdravé
DK, záda na horu a
výstřih dál
ochrnutá HK svěšená
mezi kolena
zdravou HK obleče
rukáv na postiženou
HK po loket
pretáhne triko přes
hlavu
doobleče druhý rukáv

Asistent

pomáhá navlékat rukáv
na postižené straně



Oblékání ponožek, obouvání- dopomoc

Pacient

sedí

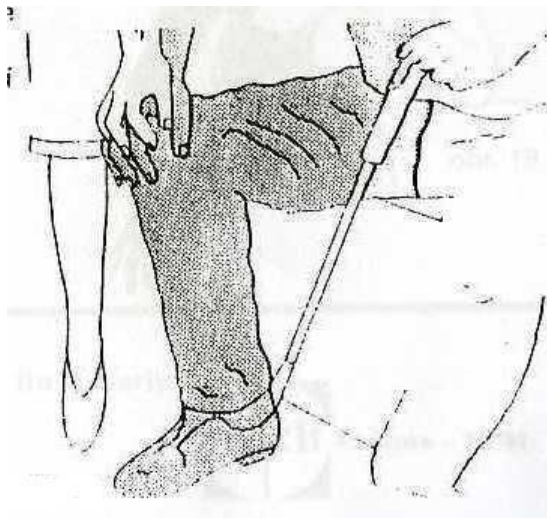
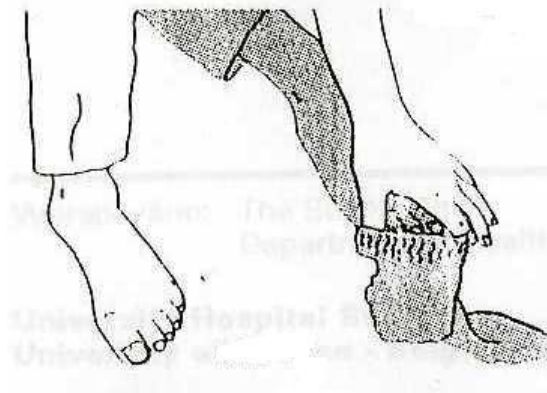
ochrnutá DK překřížená
přes zdravou DK

ukazovákem, palcem,
prostředníkem roztahuje

a navléká ponožku
botu navléci na prsty
nohy, nohy rozkřížit
tlakem nohy doobout
botu

Asistent

tlak na nohu při
obouvání



Kompenzační pomůcky

Pohyb mimo lůžko



Aktivní pohyb na lůžku



Pasivní pohyb na lůžku

