

Jitka Kolébálová Jana Kratochvílová

REHABILITUJEME DOMA



Moravskoslezský kruh, o. s.

Vychází s podporou ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR.

Jitka Kolářová
Jana Kratochvílová

REHABILITUJEME DOMA

Jak pomoci nemocnému v pohybových aktivitách
v domácím prostředí

© Jitka Kolébalová, DiS., Jana Kratochvílová, DiS.
© Moravskoslezský kruh, o. s.

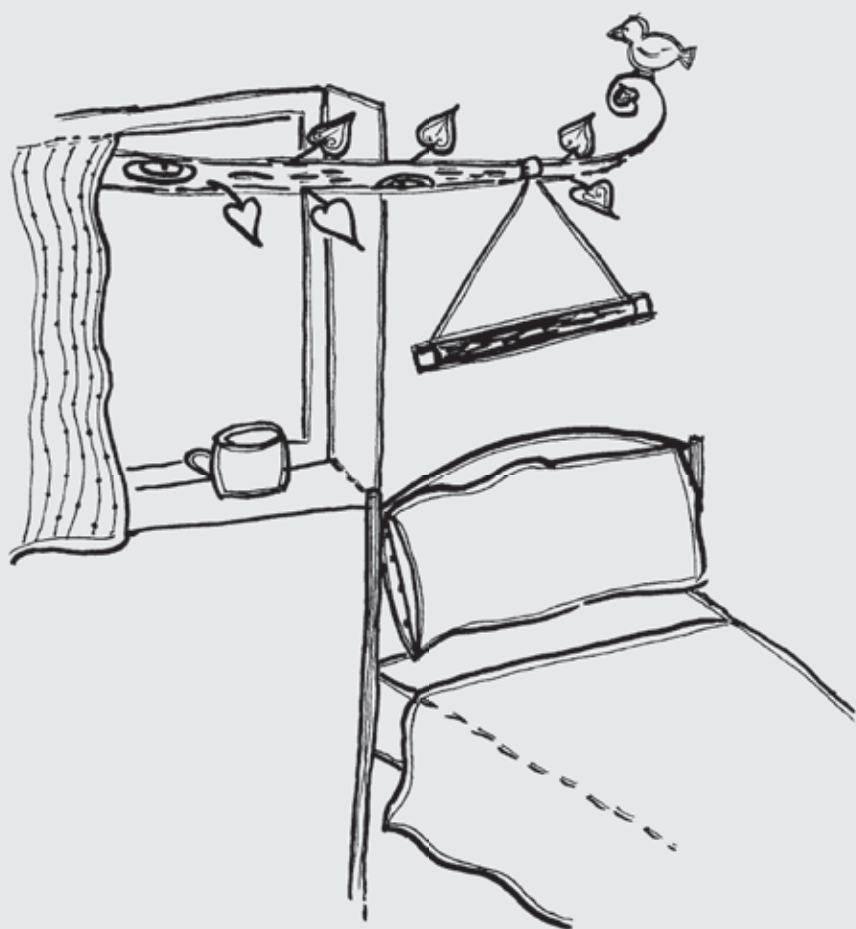
ISBN 978-80-254-7334-4

Obsah

REHABILITUJEME DOMA	
Předmluva	9
Úvod	10
Úprava domácího prostředí	12
Manipulace s ošetřovanou osobou a dopomoc na lůžku	14
Polohování	14
Nácvik otáčení na lůžku	23
Nácvik vstávání z lehu do sedu	25
Sed	28
Manipulace s ošetřovanou osobou a dopomoc mimo lůžko	32
Nácvik vstávání ze sedu	32
Chůze	35
Nácvik kroku	36
Nácvik chůze do schodů	39
Nácvik přesedání na vozík	44
Cvičení	50
Zásady cvičení	50
Cvičení v lehu	51
Cvičení v sedu	61
Cvičení proti odporu	67
Cvičení s míčem	73
Obecné zásady pro dopomoc a manipulaci s ošetřovanou osobou dle diagnóz	80
CMP (cévní mozková příhoda)	80
Parkinsonova nemoc	82
Totální endoprotéza kyčelního kloubu,	
cervikokapitální endoprotéza	83
Cervikokapitální endoprotéza ramenního kloubu	84
PŘÍLOHY	
Kompenzační pomůcky	87

Pomůcky pro jídlo a sebeobsluhu	87
Kompenzační pomůcky pro komunikaci	87
Kompenzační pomůcky pro osobní hygienu	88
Kompenzační pomůcky pro polohování a manipulaci s ošetřovaným	88
Kompenzační pomůcky pro chůzi	90
Pomůcky na cvičení	90
Bandáže	90
Vozíky	91
Seznam půjčoven kompenzačních pomůcek na Moravě	92
 Použitá literatura	 94
O autorkách	95

REHABILITUJEME DOMA



Předmluva

S uspokojením v poslední době pozorujeme zájem a snahu rodiny o propuštění nemocného ze zdravotnického zařízení do domácí péče. Zdravotníka nemůže více potěšit, než když vidí, že zlepšování zdravotního stavu nemocného a snaha o obnovení soběstačnosti mají pokračování i po jeho propuštění.

Při rehabilitačním ošetřování nemocných v poúrazových stavech nebo s chronickými chorobami se uplatňují terapeutické postupy, které byly opakovaně v praxi prověřeny.

Zejména vyšší věk s sebou nese ztrátu stability, riziko pádů a omezení pohybových aktivit. Správně prováděná rehabilitační cvičení v domácím prostředí mohou zabránit vzniku komplikací, které delší upoutání na lůžko provázejí. Snažíme se vždy dosáhnout co nejvyšší kvality života ošetřovaného, vytvořit co nejlepší podmínky pro jeho bezpečí, pohodu a spokojenost.

V příručce najdete základní postupy cvičení s nemocným, které vedou k obnovení a udržení ztracených funkcí. Je zde načrtnuta představa o bezpečném vybavení bytu pro nemocného, přehled nejčastěji používaných kompenzačních pomůcek a rovněž seznam půjčoven kompenzačních pomůcek.

Brožura volně navazuje na předešlé vydané tituly – Pečuj doma, Dožít doma, Ošetřovatelská abeceda.

Přejeme si a věříme, že s pomocí těchto praktických cvičení ubude ve vaší domácnosti starostí. Že přinesou úlevu ošetřovaným i ošetřujícím.

MUDr. Blanka Vepřeková

Úvod

Při ošetřování člena rodiny v domácím prostředí je důležité vědět, jak se samotným nemocným zacházet, jak ho uchopit, jak mu správně dopomoci. Důležité je rovněž vědět, jak při těchto úkonech ochránit sami sebe, jak si neublížit a nezpůsobit si poranění.

Myslete na to, že jste zde pro ošetřovanou osobu, ale také na to, že žijete dál svůj vlastní život. Proto je důležité zachovat si své zdraví!

Při manipulaci s pacientem vždy dbejte základních doporučení. Nezvedejte jeho váhu svými zády. Vždy je třeba se narovnat a nechat nést tíhu jeho těla svými dolními končetinami. Doprovodným pohybem nohou (tzn. z pokrčení do propnutí kolen) odlehčíte páteři a přesto vykonáte pohyb, jaký jste zamýšleli.

Pokud je to možné, zavolejte si při manipulaci s nehybným nebo příliš těžkým pacientem druhou osobu a nechte si pomoci.

Ošetřovanou osobu se také vždy snažíme co nejvíce aktivizovat. Možná se zpočátku nesetkáme u ošetřovaného s úplným pochopením a chutí spolupracovat, ale pokud bychom o aktivizaci a pohyb neusilovali, může dojít k takzvané imobilitě (nepohyblivosti). To znamená, že vlivem nemoci, úrazu nebo jen menší pohybové aktivity dochází k omezení pohybových schopností.

Omezená pohyblivost nebo imobilita nemusejí být vždycky způsobeny úrazem či nemocí. Významnou roli hraje i stav psychický. Vlivem změn v psychice ošetřovaného může někdy dojít ke ztrátě zájmu o jakoukoli činnost. Ošetřovaný nemá potřebu o sebe pečovat, nemá potřebu komunikace s okolím, nechce se mu opouštět lůžko, pokoj ani byt. Takový stav označujeme jako inaktivitu (nečinnost).

Nepohyblivost ovlivňuje všechny systémy těla. Proto vlivem nepohyblivosti nebo vlivem snížené pohybové aktivity dochází ke komplikacím, které ohrožují život nemocného. Například: při snížené pohybové aktivitě člověka dochází také ke snížení funkce střev. Mohou nastat potíže s vyprazdňováním, dochází k zácpě a následně může

nastat závažný stav střevní neprůchodnosti, odborně nazývaný jako ileus. Snížená pohybová aktivita se také projeví na pohybovém systému. Pokud bude ošetřovaný dlouhodobě ležet nebo i sedět se skrčenými končetinami (bez jiné pohybové aktivity), dojde ke zkrácení svalů a šlach v oblasti kloubů. To vede k dalšímu omezení pohyblivosti, následně dojde k výraznému oslabení svalové síly a tento stav může vést k úplné nehybnosti a ztuhnutí celého těla.

Další velkou komplikací jsou projevy nepohyblivosti nebo snížené hybnosti na kůži. Dlouhodobým tlakem na kůži dochází ke vzniku dekubitů (proleženin), které se velmi obtížně hojí a léčí. Někdy může dojít až k septickému stavu (což je těžká infekce organismu) a následně i k selhání jednoho či více hlavních orgánů těla.

Takovýchto příkladů by mohla být celá řada. Určitě není nutné je zde všechny vyjmenovávat, ale jako vysvětlení, proč je pohyb a aktivita každého jedince velmi důležitá, určitě postačí. Proto se u každé ošetřované osoby snažte o maximální aktivizaci a veďte opečovávaného k pohybové aktivitě v průběhu celého dne.

Pohyb je důležitý nejen jako náprava již vzniklých komplikací zdravotního stavu, ale rovněž jako prevence vzniku těchto komplikací. Jak se říká: „Pohyb znamená život.“ A to platí se vším všudy.

Úprava domácího prostředí

- Při péči očlena rodiny je třeba provést řadu úprav v domácím prostředí. Je důležité provést změny tak, aby prostředí domu či bytu bylo pro všechny jeho obyvatele příjemné, ale hlavně bezpečné pro ošetřovanou osobu.
- Změny domácího prostředí provádíme podle rozsahu postižení avěku ošetřované osoby. Povrch podlahové krytiny by měl být neklouzavý, ale dobře udržovatelný. Není vhodný koberec s vysokým vlasem kvůli riziku pádu při chůzi o holi či berlích. Odstraníme všechny volně položené koberečky a kožešiny a odstraníme i prahy. Důležité je zachovat dostatečně prostorné průchody kolem veškerého nábytku.
- Při pohybu po domě či bytě je nutností vybavit ošetřovaného kvalitní, pevnou a neklouzavou obuví. To znamená obuví s pevnou patou nebo páskem přes patu, aby ošetřovanému obuv nesklouzávala z nohy. Pokud vhodně upravíte domácí prostředí, ale necháte ošetřovaného chodit například v látkových pantoflích, je to pro něj stejně nebezpečné jako nevhodně rozestavený nábytek.
- Pokud je ošetřovaný schopný pohybu po bytě či domě, je dobré myslet na vhodný sedací nábytek. Při jeho výběru dbáme na pohodlí, bezpečí (aby se nedal při sedání převrátit) a hlavně na výšku a hloubku sedací plochy. Vhodné je vybrat křeslo. Požadavkem je, aby křeslo mělo opěrky pro ruce, vysoké opěradlo zad, sed křesla takový, aby ošetřovaný dosáhl ploskami pohodlně na zem, ale aby do křesla „nezapadl“. To znamená, že při sedu by měl být pravý úhel v kyčelních kloubech. Z takového křesla se pohodlně a bezpečně vstává.
- Koupelnu itoaletu vybavíme madly. Pořídíme protiskluzné podložky do vany či sprchového koutu i před něj. Na vanu lze dát sedátko nebo přímo sedačku do vany. WC je možné opatřit nástavcem.
- U pacienta upoutaného na lůžko je vhodné pořídit polohovatelné lůžko, nejlépe s bočnicemi. Místnost pro spaní upravíme tak, aby byl možný přístup k lůžku z obou boků postele. V tomto případě mohou

pečující s ošetřovaným snadno manipulovat. Lůžko můžeme ponechat i u zdi, pokud si to ošetřovaný přeje, ale taková úprava manipulaci ztíží.

Pokoj ošetřovaného je vhodné vybavit jídelním a nočním stolem. Pokud je ošetřovaný schopen použít toaletu, ale jeho zdravotní stav mu nedovolí překonat potřebnou vzdálenost mezi lůžkem a WC, rozšíříme vybavení pokoje ještě o toaletní křeslo (WC křeslo). Lepší je WC křeslo bez koleček. Vybereme-li však křeslo s kolečky, je důležité dbát, aby kolečka byla snadno zabrzditelná.

Pokud má ošetřovaný zájem o sledování televizoru, umístíme jej naproti lůžku.

Pokud nemůžeme být s ošetřovaným neustále v jedné místnosti, ale potřebujeme ho mít pod dohledem, můžeme do pokoje umístit takzvanou „chůvičku“, která obsahuje vysílač a přijímač. Často tuto pomůcku používají rodiče při opatrování malých dětí. Při ošetřování nemocného člena rodiny poslouží stejným způsobem.

Manipulace s ošetřovanou osobou a dopomoc na lůžku

Polohování

- Polohování je důležitou složkou v péči o dlouhodobě ležícího i o málo se pohybujícího nemocného. Slouží nám jako prevence proti vzniku dekubitů (proleženin), jako prevence nebo i částečná náprava při zkrácení šlach. Dále má svoji úlohu při zajištění stability ošetřovaného v lehu na boku, v sedu atd.
- Polohování nám může usnadnit takzvaná PONÁŠKA. Jedná se o pomůcku, která se dává pod ošetřovaného na lůžko asi od poloviny stehů až pod lopatky. Bývá to prostěradlo složené na široký pruh. Existují i speciální pevné, ale prodyšné podložky a lze taktéž využít velký pruh pevné flanelové látky.

Tato pomůcka složená na dlouhý široký pruh se klade na prostěradlo tak, aby byla o něco málo delší, než je šířka lůžka. Nejlépe se ponáškou manipuluje ve dvou osobách. Ležícího nemocného můžeme snadno posunout po lůžku vzhůru nebo do stran.

Přesun se provádí takto: Ponášku uchopí pevně dvě osoby (každá z jedné strany) co nejblíže těla ošetřovaného v místě stehů a také u lopatek. Společně ve stejnou chvíli ponášku mírně nadzvednou a poponesou po lůžku požadovaným směrem. Tato pomůcka je dobře využitelná i pro jednoho pečujícího, a to například u přetáčení ošetřovaného na bok. Pomocí tahu k sobě a mírného nadzvednutí ponášky vzhůru ošetřovaného otočíme z lehu na zádech na bok, ale současně ho přitáhneme zády víc ke kraji lůžka, aby na druhé straně měl dostatek prostoru pro pokrčené dolní končetiny. Takovou polohu je nutno ještě upravit, aby byla příjemná pro nemocného. Ošetřovaného můžeme přetočit na bok i bez ponášky tak, jak je to popsáno u nácviku otáčení na lůžku.

Následně ještě upravíme polohu na boku tím, že tahem za ponášku k sobě od zad ošetřovaného upravíme polohu pánve do středního postavení nebo mírného přetočení vpřed. Zároveň můžeme nemocného přisunout zády blíže ke kraji lůžka, aby měl dostatek prostoru pro jednu nebo obě pokrčené končetiny. *Obr. 1–11*



Obr. 1 Umístění ošetřované osoby na ponášce



Obr. 2 Způsob úchopu za ponášku pro posunutí ošetřovaného po lůžku vzhůru či do strany



Obr. 3 Způsob posunutí a otočení ošetřovaného pomocí ponášky ve dvou pečujících



Obr. 4 Přetáčení na bok pomocí ponášky



Obr. 5–6 Posunutí do strany za pomoci ponášky v jednom pečujícím



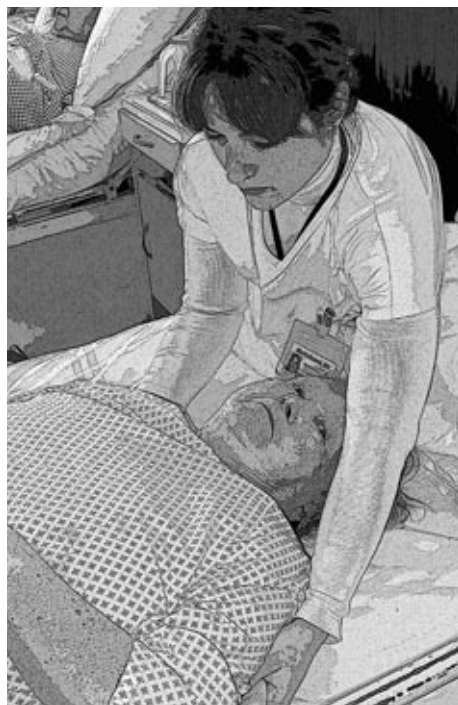
Obr. 7 Po posunutí do strany následuje otočení na bok za pomoci ponášky



Obr. 8 Dokončení otočení na bok



Obr. 9 Způsob posunutí po lůžku pomocí ponášky v jednom pečujícím



Obr. 10 Detail na úchop za ponášku při posunutí vzhůru

- Polohování je dobré provádět několikrát za den. Polohu ošetřovaného měníme po půl až dvou hodinách.

- Správným polohováním si ušetříte spoustu práce i času. Pokud nemocného otočíte třeba na bok a správně jej nezajistíte polštáři, dekou či jinými polohovacími pomůckami, mohou nastat dvě situace. Buď se vám ošetřovaný přetočí na záda a poloha, do které jste jej pracně dostávali, bude pryč. Nebo ošetřovanému bude tato poloha nepohodlná, bude ho něco tlačit, může docházet k nedokrvování končetin, což vyvolává nepříjemné pocity apod. V takovém případě vás bude každou chvíli volat zpátky a bude chtít upravit polohu ruky, nohy nebo otočit jinak. Takto se vy jako pečující velmi nadřete a během dne neuděláte nic jiného, než že budete neustále k dispozici pouze ošetřovanému.



Obr. 11 Detail úchopu pro dopomoc při posouvání po lůžku bez ponášky s aktivní pomocí nemocného

- Pokud, ale ošetřovaného napolohujete, aby se cítil v dané poloze příjemně, nikam se nepřetáčet, neměl pocit, že padá, pak máte vyhráno a získáte čas pro sebe, pro domácnost, pro cokoli, co je potřeba.

- Při polohování se snažte myslet na to, v jaké poloze byste chtěli ležet vy, jak by vám to asi bylo příjemné a co by vás určitě tlačilo. Takovýmto vcítěním se do pocitů a potřeb ošetřované osoby je potřeba se řídit. Dbejte na komfort nemocného, jako byste dbali na svůj vlastní. Toto si můžete zkontrolovat jednoduchými otázkami: „Tlačí tě teď něco?“ „Leží se ti pohodlně?“ „Vydržíš v této poloze?“
- Níže uvedené příklady polohování se dají samozřejmě kombinovat. Například polohování kotníků proti zkrácení šlach se dá kombinovat s preventivním polohováním dolních končetin proti vzniku dekubitů na patách (oba způsoby můžeme napolohovat současně, aniž by jeden rušil účinek druhého).

• Polohování kotníků proti zkrácení šlach

Polohou je leh na zádech s nataženými dolními končetinami.

Cílem je udržet kotníky v přitažení – „ve fajfce“ (poloha kotníků jako při stoji).

Polohovací pomůckou je kvádr obalený molitanem nebo jiným měkkčím materiálem. Tato pomůcka se vloží mezi pelest postele a plosky nohou. Jedná se o prevenci zkrácení Achillovy šlachy. *Obr. 12*

• Polohování jako prevence vzniku dekubitů (proleženin) na patách

Polohou je leh na zádech.

Cílem je prevence vzniku dekubitů na patách.

Polohovací pomůckou je polštář, dva polštáře, složená deka... dle toho, co máme k dispozici a co odpovídá požadovanému účelu. Tyto pomůcky se vkládají pod obě dolní končetiny ošetřovaného, nejlépe v rozsahu od kotníků až po kolenní klouby. Polohování je úspěšné, pokud má ošetřovaný obě paty ve vzduchu. Polohovací pomůcka zároveň nemá utlačovat podkolenní jamky. *Obr. 13*

• Polohování končetin po operaci kyčelních kloubů v lehu na zádech

Polohou je leh na zádech.

Cílem je zamezení možnosti překřížení dolních končetin nebo vtáčení operované dolní končetiny dovnitř (rotace v kyčelním kloubu).

Polohovací pomůckou je polštář, deka nebo nějaký měkký klín. Tato pomůcka se vkládá mezi kolena nebo v celé vzdálenosti od kolen po kotníky. Ošetřovaný by neměl při polohování polštář pevně svírat kolena v obavě, že jej nesmí pustit. Polštář by neměl být příliš objemný, aby nedocházelo k přílišnému roznožení. Pomůcka je vložena mezi dolní končetiny proto, aby upozorňovala ležícího na případný nežádoucí pohyb. Při polohování mají být dolní končetiny uvolněné, aby mohl pacient v klidu odpočívat. *Obr. 14*



Obr. 12 Polohování proti zkrácení Achillovy šlachy



Obr. 13 Polohování proti vzniku proleženin na patách

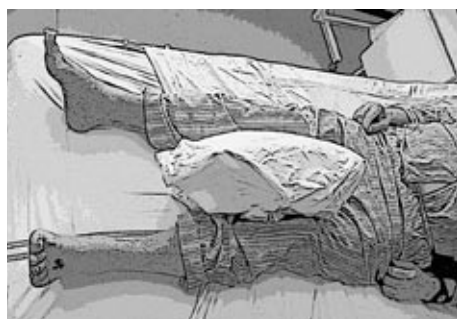
- **Polohování horní končetiny při bolestivém rameni**

Polohou je leh na zádech.

Cílem je uložit horní končetinu do takové polohy, aby nebolela a mohlo dojít k uvolnění tkání. Bolestivost často vyvolává poloha v lehu na zádech, kdy horní končetina sice leží na lůžku, ale je jakoby níž než tělo (rameno je v předsunu), proto je důležité polohovat

do vodorovné polohy podložením celé horní končetiny (rameno volné, nepředsvouzá se). Toto polohování se používá u poúrazových stavů, pooperačních stavů a stavů po CMP (cévní mozkové příhodě).

Polohovací pomůckou je polštář, deka či jiná měkká pomůcka. Vkládá se pod horní končetinu od ramene až po prsty ruky. Hor-



Obr. 14 Polohování dolních končetin po operaci kyčelního kloubu

ní končetina může být polohovaná podél těla, ale i odtážená od těla. Polohování je úspěšné, ovlivní-li bolestivost kloubu napolohované končetiny a ošetřovaný se může v lehu uvolnit. *Obr. 15*



Obr. 15 Polohování horní končetiny při bolestivém rameni

• Polohování ruky

Poloha je leh na zádech, sed, leh na boku.

Cílem je udržet již staženou dlaň a prsty v otevřené poloze. Nejedná se ale o polohu násilnou, kdy se snažíme otevřít dlaň na maximum a udržet ji třeba přivázáním. Hlavním cílem je zamezit dalšímu stahování dlaně a prstů a tím i zkracování tkání. Polohování se používá u osob po CMP (cévní mozkové příhodě) a u porazových stavů.



Obr. 16 Detail na polohování ruky

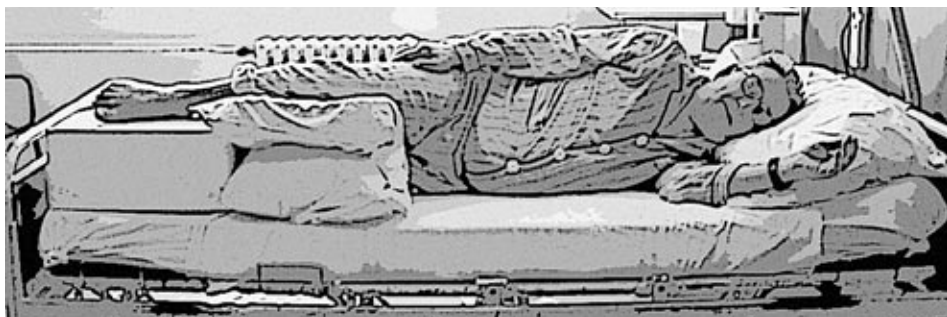
Polohovací pomůckou je větší měkký míček nebo smotané jedno či dvě obinadla, plyšová hračka, srolovaný ručník a jiné. Polohovací pomůcka nesmí být tvrdá a nesmí mít ostré hrany. Tato pomůcka se vkládá do dlaně ošetřovaného. Pokud by ošetřovaný nebyl schopen udržet míček či plyšovou hračku v ruce (třeba pro spasticitu), lze ji jemně přichytit k ruce a zápěstí obinadlem. Ale nestahovat, jedná se opravdu o jemné přichycení. *Obr. 16*

• Polohování na boku

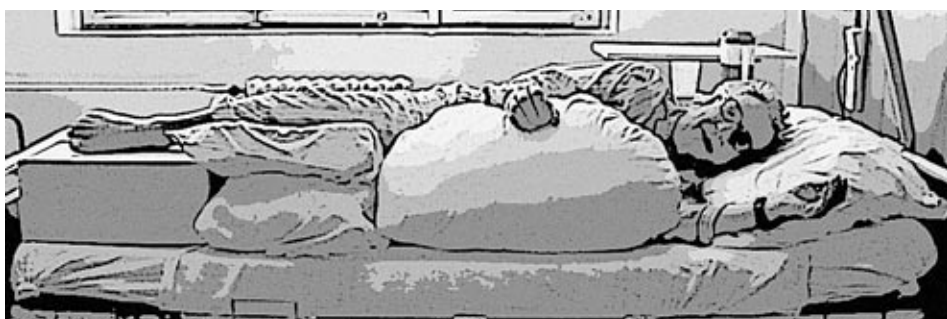
Poloha je leh na boku.

Cílem je zajistit ošetřovanému pohodlnou a stabilní polohu.

Polohovací pomůcky jsou polštáře, deka nebo jiné polohovací pomůcky. Ty se vkládají mezi obě dolní končetiny od kyčelních kloubů po kotníky. Je třeba zajistit vodorovnou polohu dolních končetin na šířku pánve. Svrchní dolní končetina nesmí nikam padat ani sjíždět. Nohy mohou být buď obě pokrčené, anebo spodní dolní končetina natažená a svrchní pokrčená. Pánev se nesmí překlápět ani vpřed ani vzad, důležité je střední postavení pánve. V této poloze ošetřovanému podkládáme také krční páteř, aby byla v prodloužení páteře. Svrchní horní končetinu můžeme buď ošetřovanému ponechat položenou na těle nebo ji podložit polštářem před tělem, aby nevisela dolů z lůžka.



Obr. 17 Polohování na boku



Obr. 18 Polohování na boku

Pokud se nám ošetřovaný přece jen přetáčí vzad, můžeme polohu zajistit ještě stočenou peřinou „do hada“ a dát mu ji za záda od ramen až mezi kolena. *Obr. 17–19*

- **Polohování v sedu s dolními končetinami na lůžku**

Poloha je sed s nataženými dolními končetinami na lůžku.

Cílem je zajistit ošetřovanému polohu pro odpočinek v sedu. Aby byl ošetřovaný schopen se samostatně najíst, napít nebo si například číst.

Polohovací pomůcky jsou v tomto případě polohovací lůžko, polštáře, deka. Nejprve je třeba nemocného vysunout co nejvíce nahoru k čelu lůžka. Potom zvedneme podhlavník



Obr. 19 Polohování na boku



Obr. 20 Polohování do sedu s dolními končetinami na lůžku



Obr. 21 Ukázka špatné varianty polohování do sedu s dolními končetinami na lůžku



Obr. 22–23 Polohování v sedu pro lepší stabilitu sedu

u polohovacího lůžka, jak to jen jde, aby ošetřovaný seděl ve vzpřímeném sedu s nataženými dolními končetinami. Pokud dochází k úklonu na jednu stranu, zajistíme ošetřovaného na této straně polštáři. Polštář můžeme podložit i pod horní končetinu, aby se ošetřovaný mohl o ruku v případě potřeby vzepřít, ale poslouží to i k lepší stabilitě. Pokud nelze nechat nohy v natažení, podložíme dekou či polštářem ještě dolní končetiny pod kolena, aby byly v mírném pokrčení, ale uvolněné. *Obr. 20 a 21*

• Polohování v sedu

Poloha je vzpřímený sed s dolními končetinami přes okraj lůžka.

Cílem je zajistit ošetřovanému pohodlnou polohu pro lepší sebeobsluhu, samostatnost při jídle, čtení a podobně.

Polohovací pomůcky jsou polštáře, deka, stolička a stůl. Pokud ošetřovaný neudrží samostatně stabilitu v sedu, dáváme podle potřeby polohovací pomůcky za záda a z boku. Když nemocný nedokáže držet stabilitu a stále padá na jednu stranu, lze mu ještě podložit hýždě na straně, na kterou padá, polštářem nebo dekou pro získání pevnější základny sedu.

Pokud je lůžko příliš vysoké a nedosáhne nohama na zem, podkládáme ošetřovanému pod nohy stoličku. Stabilitu můžeme též zlepšit umístěním stolku před pacienta, aby si o něj mohl opřít horní končetiny. *Obr. 22 a 23*

Nácvik otáčení na lůžku

- Otáčení na lůžku je důležité pro mnoho situací v domácí péči, např. jako základ pro změnu polohy do sedu, při polohování na bok, pro osobní hygienu, při převlékání ležícího pacienta a podobně.
- Otáčení může být prováděno dvěma způsoby:
 1. U nehybného ošetřovaného přesunem pokrčené dolní končetiny přes druhou nataženou dolní končetinu (ploska pokrčené končetiny se přemístí přes koleno natažené končetiny, ploska nohy se opře o lůžko vedle kolena natažené nohy). Následuje pasivní přetočení celého trupu i končetin na bok. Úchop pro otočení je za vzdálenější ramenní kloub a za pánev na straně pokrčené dolní končetiny. *Obr. 24–26*
 2. U pohyblivého pacienta s malou svalovou silou (neschopného pohyb na bok dokončit) učíme otáčení odděleně pro horní a pro dolní část těla.
- Základní polohou pro tohoto pacienta je leh na zádech. Obě dolní končetiny jsou pokrčené a opřené ploskami nohou o postel. Vyzveme ošetřovaného, aby otočil pokrčené dolní končetiny na bok, na který jej chceme otočit, a je-li potřeba, tak mu dopomůžeme. Mělo by následovat otočení hlavy, aby ošetřovaný viděl, kam jej otáčíme. Následně mu dopomůžeme otočit horní trup úchopem za horní část lopatky a rameno. Pokud je leh na boku konečnou polohou, do které jsme nemocného chtěli dostat, upravíme ještě nohy tak, aby svrchní měl pokrčenou a spodní nataženou. V takovém případě by měl ošetřovaný ležet na boku uprostřed lůžka, aby neměl strach, že spadne z postele.
- U zdatnějších pacientů postačí jen slovní vedení, jak má požadovaný pohyb provést, a on jej provede. Nikdy nedělejte již naučený a samostatně zvládnutý pohyb za ošetřovaného, ale ved'te jej k samostatnosti. Udržíte tak své nemocné v kondici, zvýšíte jim pocit sebe-



Obr. 24–25 První a druhá fáze otáčení na bok s plnou dopomocí pečujícího



Obr. 26 Třetí a závěrečná fáze otáčení na bok s plnou dopomocí pečujícího

vědomí a zlepšíte jejich soběstačnost v rámci lůžka. Pokud nemocným budete chtít vše ulehčit a uděláte většinu věcí za ně, UŠKODÍTE JIM! Vychováte si „ležáka“ a sami sebe „přikováte“ k jeho lůžku. Proto **NEPŘECEŇUJTE**, ale ani **NEPODCEŇUJTE** své nemocné.

- Hladký průběh otáčení na bok často narušuje strach pacienta. Ošetřovaný pociťuje strach ze samotné změny polohy těla. Pohyb při otáčení pro něho může znamenat bolest. Nepříjemné pocity vyvolává i představa, že při otáčení spadne z lůžka. Proto při otáčení na bok stůjte na straně, kam budete nemocného přetáčet. Utvoříte svým tělem před nemocným zábranu proti pádu. Často takto-

vý jednoduchý úkon dodá ošetřovanému odvahy, navrátí mu pocit jistoty a on se uklidní. Někdy postačí posunout nemocného po lůžku co nejvíce vlevo, pokud budeme přetáčet doprava, a teprve potom provést zamýšlený pohyb. Utvoříte před nemocným velkou volnou plochu lůžka, okraj postele je dostatečně vzdálen, a tudíž i jeho obavy se zmenší. Pokud ani to nepomůže, zkuste odvést pozornost ošetřovaného slovně nebo mu dejte mačkat míček. Zkrátka zaměstnejte jeho pozornost nebo provádějte otáčení ve dvou.

- Důležitý je během jakékoliv manipulace s nemocným klidný slovní doprovod a vysvětlování, co s ním teď máme v úmyslu dělat, jaký pohyb bude následovat, jak chceme, aby nám pomohl, co má či nemá dělat. Ošetřovaný bude lépe spolupracovat, zmenší se i jeho strach a tím nám usnadní práci.

Nácvik vstávání z lehu do sedu

- Může se provádět buď pasivně u nehybného ošetřovaného, nebo aktivně s dopomocí pečujícího a nebo jen se slovním doprovodem. Ošetřovaný provede celý požadovaný úkon samostatně.
- U pasivního posazování ošetřovaného otočíme na bok, dolní končetiny pokrčené v kolenou mu sesuneme z okraje lůžka k zemi. Úchopelem za ramena jej zvedneme do sedu. Pokud máme polohovací lůžko, lze pacienta k jídlu či jiné činnosti posazovat jen posunem po lůžku co nejvýš na polštář a zvednutím podhlavníku.
- Aktivní posazování je podobné pasivnímu, jen vyžadujeme spolupráci pacienta: aktivní otočení na bok, pokrčení dolních končetin v kolenou a kyčlích a jejich přitažení k břichu. Následuje sesunutí dolních končetin z lůžka. Důležitá je opora rukou. Spodní horní končetinou se ošetřovaný vzepře o lůžko loketním kloubem, svrchní horní končetinou se vzepře o lůžko dlaní a prsty nebo rukou zavřenou v pěst. Následuje napřímení trupu a otočení těla do vzpřímeného sedu.
- Pokud není nemocný schopen provést sed aktivně, můžeme mu dopomoci do otočení a následně i při zvednutí do sedu. Ale dbáme, abychom neprováděli pohyb za něho. Spíše ošetřovanou osobu pouze jistíme, aby nedošlo k přetočení zpět na záda nebo k podklesnutí rukou při odtlačování se z lůžka do napřímení. Snažíme se o co největší aktivitu samotného ošetřovaného. Sedání můžeme brát jako způsob posilování končetin. *Obr. 27–34*
- U dopomoci při vstávání z lehu do sedu je důležité vyvarovat se tahání ošetřovaného za ruku. Někdy když řekneme ošetřovanému „budeme sedat“, on vztáhne ruce k pečujícímu a chce, aby jej pečující za ruce vytáhl do sedu. U tohoto způsobu sedání je nebezpečí vzniku



Obr. 27–28 První a druhá fáze sedání z lehu s dopomocí ošetřujícího



Obr. 29 Třetí fáze sedání z lehu s dopomocí ošetřujícího



Obr. 30 Také třetí fáze sedání z lehu s dopomocí ošetřujícího, pohled od hlavy



Obr. 31–32 Čtvrtá a pátá fáze sedání z lehu s pomocí ošetřujícího



Obr. 33–34 Šestá a sedmá (poslední) fáze sedání z lehu s pomocí ošetřujícího

bolestivosti ramene. Zároveň dochází k vytahování kloubního pouzdra ramenního kloubu. Tento způsob už vůbec není vhodný pro osoby po cévních mozkových příhodách, kdy je jedna ruka oslabená (nehybná či hybná jen částečně) nebo bolestivá. Není to vhodné u osob po úrazu horní končetiny, po její operaci a podobně. Tomuto způsobu dopomoci do sedu se snažíme vyvarovat i proto, že nevedeme ošetřovaného k samostatné aktivitě, ale udržujeme ho v domněnání, že jej vždycky někdo zvedne. Takový člověk pak nemá snahu sedat sám, protože spoléhá na své okolí. *Obr. 35 a 36*



Obr. 35–36 Příklad špatné dopomoci do sedání z lehu

Sed

- Sed je důležitou polohou pro lepší komunikaci pacienta s okolím. Je důležitý při jídle, osobní hygieně a podobně. Pokud umožníme i trvale ležícímu člověku (dovoluje-li to jeho stav) sed, zkvalitníme mu život. Obohatíme jeho svět o výhled z okna, možnost četby, sledování televize, možnost lepší komunikace s rodinou.
- Pokud ošetřovaný neudrží samostatně v sedu stabilitu a hrozil by pád, můžeme jeho bezpečí a komfort zajistit pomůckami, jako je např. stolička pod dolní končetiny, pokud nedosáhne na zem. Můžeme před něj dát stolek, o který si opře ruce. Tato opora přinese nemocnému větší jistotu a stabilitu v prostoru. V takovéto poloze bývá pacient schopný se sám napít, číst si, někdy luštit křížovky. Pokud i při podložení nohou stolkem pacient ztrácí rovnováhu a padá, můžeme ho zajistit polštáři z boku, na který se kácí. Nebo polštářem podepřeme jeho záda. Můžeme ho obložit i celého. Pokud ošetřovaný přesto padá na stranu, podsuneme mu polštář či jinou podložku pod hýždě na straně, na níž padá.
- Někdy ošetřovaný v sedu sklouzává hýžděmi z lůžka nebo se posadí příliš na okraj postele a je třeba mu nějak dopomoci do pevnějšího sedu. V takovémto případě ho instruujeme, aby přenesl váhu těla na jednu hýždě, druhou odlehčil a posunul se vzad. Stejně se střídavě opakuje na druhé straně, dokud pevně téměř celými stehny neseď na lůžku. Pokud posun nedokáže nemocný provést samostatně, je třeba mu dopomoci. A to tak, že mu pomůžeme se naklonit na jednu stranu, svými koleny či stehny zatlačíme do kolene ošetřovaného na odlehčené straně a svým tělem mu pomůžeme posunout hýždě vzad. To stejné provedeme na druhou stranu. Provádíme tolikrát, kolikrát je třeba, aby výsledkem byl stabilní sed.

Cvik lze provádět i při posunu vpřed, pokud chceme, aby se pacient posunul na kraj lůžka tak, aby měl plošky dolních končetin na zemi a mohl vstát. *Obr. 37–40*



Obr. 37–38 Příklad úchopu při dopomoci v posunu vzad po lůžku v sedu



Obr. 39–40 Příklad úchopu při dopomoci v posunu vpřed po lůžku v sedu



Obr. 41–42 Ukázka, jak zajistit stabilitu sedu v sedu na židli či vozíku



Obr. 43 Ukázka, jak zajistit stabilitu sedu v sedu na židli s opěrkami pro ruce, nebo na vozíku



Obr. 44 Ukázka, jak zajistit stabilitu sedu. Vhodná poloha pro konzumaci jídla, luštění křížovek

- Pro stabilní sed můžeme využít i posazení do křesla s opěrkami pro ruce a opěrkou zad. Křeslo by nemělo být nízké, protože z nízké polohy, kdy jsou kyčelní klouby v tupém úhlu, se ošetřovanému obtížně vstává. Pro stabilní sed někdy stačí mechanický vozík, ale neměl by být příliš široký, aby se v něm pacient nehroutil do stran. Je-li sed široký, je nutné vypodložit pacientovi ve vozíku mezery mezi bočnicí vozíku a stehny polštářem, dekou apod. Stejně je třeba provést u zádové opěrky. Opět můžeme využít dvou polštářů nebo přehnout deku na půlku přes šířku (ne podél) a obě její strany smotáme do válců, aby uprostřed byla jen volná plocha deky pro oporu zad a válce z deky budou vedle boků ošetřovaného směrem k bočnici. V takovém případě se ošetřovaná osoba nebude ve vozíku hroutit, ale bude mít stabilní a pohodlný sed. *Obr. 41–44*

- Možnost a schopnost sedu na vozíku zkvalitní pacientovi život. Umožní mu pohybovat se po bytě nebo i mimo byt, zlepší mu kontakt s okolím a obohatí jeho společenský život.
- Sed je pro ošetřovaného i zdraví prospěšná poloha. Sedem a výdrží v něm pacient trénuje svůj hluboký stabilizační svalový systém kolem páteře. Musí zapojit i břišní svaly pro udržení stability. V této poloze se člověku dýchá snáze než v lehu, lépe tak využije celou kapacitu plic. Proto je sed také preventivní polohou proti vzniku zápalu plic a také preventivní polohou proti vzniku proleženin, které hrozí u dlouhodobě ležících osob.
- Variantou je sed s dolními končetinami na lůžku, kdy jsou nohy natažené a trup je za zády podepřen buď polštáři nebo zvednutým podhlavníkem. Důležité je udržet rovnou páteř. Ošetřovaný se nesmí hrbít, hroutit ani uklánět k jedné straně. V případě potřeby jej zajistíme polštáři z boků, dostatečně pod zády a hlavou, aby byl ve stabilní poloze. Pokud dochází k sesuvům dolů, zajistíme ošetřovaného tak, že mu mezi plosky a pelest postele dáme klín či válec, abychom zajistili jeho polohu proti sklouznutí.

Chceme-li tuto polohu využít pro osobní hygienu, stravování a jiné úkony, musíme ošetřovanému zajistit zvýšení podhlavníku, aby opravdu seděl téměř zpříma a nebyl v polosedu. V polosedu se člověk nena-
jí, vylévá na sebe polévku a špatně se mu polyká. V polosedu je trupové svalstvo neustále výrazně aktivováno, dochází k přetěžování krční páteře, ve zvýšené aktivitě jsou i žvýkácké svaly, proto není tato poloha vhodná pro další aktivity. *Strana 22 – obr. 20 a 21*

Manipulace s ošetřovanou osobou a dopomoc mimo lůžko

Nácvik vstávání ze sedu

- Lze provést několika způsoby podle míry hybnosti a spolupráce pacienta. Lze dopomáhat pacientovi v jedné nebo ve dvou osobách. Lze dopomáhat z boku, zepředu, za pomoci chodítka nebo stolu či jiného opěrného bodu.
- Ať už dopomáháme do stoje jakýmkoliv způsobem, vždy se snažíme přimět ošetřovaného k co největší spolupráci. Snažíme se jej navést, aby položil plošky nohou pevně na zem. Následně aby se mírně předklonil a přenesl váhu těla na přední část chodidel a pohybem těla šikmo vzhůru vstal. Ve stoji je důležité udržovat rovnováhu. Stabilitu zajistíme neustálým připomínáním ošetřovanému, že má přenášet váhu těla dopředu a dbát na zatížení přední části chodidel. Je důležité mu vysvětlit, proč nesmí přenášet váhu těla na paty. Při stoji na patách totiž dochází k záklonu trupu, následně ke ztrátě rovnováhy a pádu vzad. Takový stoj je velmi nestabilní a pro ošetřovaného nese velké riziko pádu a úrazů.
- Vstávání ze sedu na lůžku můžeme provést s dopomocí zepředu nebo s dopomocí z boku.
- Při dopomoci z boku ošetřovaný sedí s dolními končetinami opřenými o podložku. Pečující se postaví k jeho boku zády k lůžku a trochu se natlačí svou pánví z boku pod pánev ošetřovaného. Celý úkon slovně doprovází a zároveň pomáhá ošetřovanému vstát pomocí úchopu jednou rukou za pánev na vzdálenější straně a druhou rukou za stehno těsně nad kolenem. Tah se provádí směrem šikmo vzhůru. Před dokončením napřímení do stoje pečující přehmátne rukou ze stehna do podpaží a dopomůže ošetřovanému napřímit se.
Obr. 45–49
- Při variantě zepředu stojí pečující před ošetřovaným. Svými koleny zafixuje kolena ošetřovaného (může zafixovat jen jedno koleno, pokud je druhá noha dostatečně silná a fixaci nepotřebuje) a uchopí jej buď za lopatky shora, pokud je pečující vyšší než ošetřovaný,



Obr. 45 Dopomoc z boku při vstávání do stoje



Obr. 46 Dopomoc z boku při vstávání do stoje, pohled ze zadu



Obr. 47–48 Dopomoc z boku při vstávání do stoje



nebo ošetřovaného chytí za horní část hrudníku pod pažemi. Pečující napomáhá ošetřovanému při vstávání opět tahem šikmo vzhůru a tentokrát na sebe.
Obr. 50–52

- Když jsou pečující dva, vezmou ošetřovaného každý z jedné strany v podpaží a dopomohou mu v pohybu tahem dopředu a šikmo vzhůru.
- Pokud chceme ošetřovanému pomoci, aby se postavil do pultového chodítka, tak se postavíme z boku nebo zepředu. Při variantě zepředu vyzveme ošetřovaného, aby uchopil madla chodítka a opřel plosky nohou pevně o podložku. Pečující ho chytí za horní část hrudníku pod pažemi. Často je nutné, aby se naklonil k ošetřovanému přes chodítko. Vyzve ošetřovaného, aby se přitahoval do chodítka pomocí rukou a propínal kolena. Cílem je stabilní postoj, kdy kolenní klouby jsou propnuté, horní končetiny opřené o pult chodítka předloktím a lokty jsou u těla. Dolní část hrudního koše je opřena o pult chodítka při stoji i při chůzi.
- Pokud jsou pečující dva, každý uchopí ošetřovaného z jedné strany v podpaží a společně mu pomáhají tahem šikmo vzhůru a dopředu za spolupráce ošetřovaného, který se přitahuje do chodítka.
- Při vstávání s berlemi je vše velmi podobné. Ošetřovaný sedí s nohama opřenýma o podložku, rukama drží berle (francouzské berle za rukojeť bez zaháknutí za předloktí, podpažní berle rovněž pouze za rukojeť, berle nemá v podpaží). Pečující vyzve ošetřovaného, aby se snažil vstát, vezme jej v podpaždí a pomáhá mu tahem šikmo vzhůru a dopředu. Teprve až když ošetřovaný bezpečně stojí, může upravit berle (francouzské berle zapřít o předloktí a podpažní berle do podpaží). Vedeme ošetřovaného, aby přenášel váhu těla vpřed, ale aby stál na zemi celými chodidly. Zkontrolujeme, zda se bezpečně a dostatečně opírá o berle.
- Pomoc zepředu je obdobná jako u vstávání bez pomůcek. Berle ošetřovaný opět upraví pro chůzi, až když bezpečně stojí.
- Dopomáhat mohou i dva pečující, stojící po bocích ošetřovaného. I v tomto případě berle ošetřovaný upravuje pro chůzi, až když cítí, že stojí zcela bezpečně.



Obr. 49 Dopomoc z boku při vstávání do stoje, dokončení stoje



Obr. 50–51 Dopomoc při vstávání do stoje s dopomocí zepředu

Chůze

- Schopnost chůze je velmi významná, proto člověk, který o ni nemocí či úrazem přijde, svůj stav nese velmi těžce. Tato ztráta může zapříčinit změny v jeho chování, vnímání okolí, může vyvolat i depresivní stavy a jiné komplikace.
- Bez chůze pacient rychle ztrácí kondici, dochází k úbytku svalové hmoty. Mohou vyvstat i potíže v podobě cévních nebo dýchacích komplikací a řada dalších obtíží.
- Proto je důležité vytrvale podporovat ošetřovaného v jeho snaze chodit, ať už je samostatně chodící, či chodí s nějakou pomůckou. Někdy se lidé za berle, hůl nebo chodítko stydí



Obr. 52 Dopomoc při vstávání do stoje zepředu, úchop za horní část lopatek

a nechtějí s nimi vycházet na ulici. Snažte se je přesvědčit a pomoci jim, aby se s novou pomůckou vyrovnali, smířili a šžili. Aby se dokázali vyrovnat se svou nemocí i handicapem a přijali novou kompenzační pomůcku jako prostředek, jak žít plnohodnotně dál. Můžeme je ze začátku na procházkách doprovázet a rozptylovat jejich pozornost, aby překonávali své rozpaky.

- Při nácviku i tréninku chůze dbáme, aby měl ošetřovaný vždy pevnou a neklouzavou obuv.
- Pokud pacient není ve stavu, ve kterém by byl schopen vyjít ven, podporujeme ho alespoň v samostatném pohybu po bytě či v chůzi s dopomocí.
- Setkáváme se s otázkami typu: „Mám doma rodiče s demencí. On je až příliš aktivní a je problémem ho uhlídat. Nebylo by lepší ho nějakým způsobem udržet v klidu?“ Nebo: „Mám maminku, ona při chůzi vrávorá, ale přesto chce pořád něco dělat, chce nám pomáhat. Já jí říkám, že se za život už napracovala dost a že si má sednout a odpočinout si. Mám se snažit ji utlumit?“
- Odpověď zní: NE! To není dobrá cesta. Lepší je upravit takovému člověku prostředí bytu, aby pro něj bylo bezpečné. Na vstupní dveře dejte třeba ještě jeden zámek, který by váš nemocný nedokázal otevřít. Nebo udělejte jiná opatření, například ho vhodně zaměstnejte. Činnost může být i nesmyslná, ale ošetřovaný má činnost považovat za důležitou a okolí ji nesmí zesměšňovat. Rozhodně ho k aktivitám povzbuzujte. Jakmile totiž zeslábne a postupně ztratí schopnost chůze, bude pečování ještě daleko náročnější. Z našeho, „vesele pobíhajícího“ rodiče se totiž najednou může stát imobilní „ležák“, postupně ztrácející zájem o své okolí a chuť do života.

Nácvik kroku

- Je důležitý pro nácvik chůze nebo pro přesun na invalidní vozík nebo WC křeslo.
- Pro nácvik kroku jde použít chodítka, berle či vycházkové hole. Nejprve ošetřovaného učíme se postavit u lůžka pevně na obě nohy.
- Pokud ošetřovaná osoba není ve stoji stabilní, poskytujeme oporu buď jednou osobou, nebo nemocného mohou držet dva, každý z jedné strany. V prvním případě se pečující postaví před ošetřovaného a vyzve ho, aby si položil ruce na jeho ramena. Potom podepře ruce ošetřovaného svými nataženými horními končetinami a uchopí ho v podpaždí ze strany za horní část hrudníku. Takto odebere ošetřovanému část váhy těla a ošetřovaný může provést krok snadněji.

Obr. 53 a 54



Obr. 53 Dopomoc při nácviu kroku bez pomůcek



Obr. 54 Dopomoc pro krok a chůzi jednou pečující osobou



Obr. 55 Dopomoc pro krok a chůzi ve dvou pečujících



Obr. 56 Dopomoc pro krok a chůzi, pohled na úchop zezadu

- Opora dvou vypadá následovně. Z každé strany ošetřovaného se postaví jedna osoba. Jednou rukou podepírají nemocného v podpaždí a druhou ho drží za ruku. Takto poskytují ošetřovanému oporu a pomáhají mu k lepší stabilitě postoje. Dochází k odlehčení váhy těla, odlehčení dolních končetin – provést krok je pro něj mnohem snazší. *Obr. 55 a 56*



Obr. 57 Nácvik kroku a chůze v pultovém chodítku



Obr. 58 Nácvik kroku a chůze v pultovém chodítku s dopomocí



Obr. 59–60 Dopomoc při nácviku kroku a chůze v rámovém chodítku



- Pokud si je ošetřovaný ve stoji jistý a nekácí se, potom ho začínáme učit přešlapovat na místě. Můžeme použít pokyn: „Pochodujeme jako vojáci“ nebo: „Šlapeme zeli“. Tím si vyzkoušíme, zda je jeho stabilita opravdu dobrá a zároveň již posilujeme dolní končetiny. Pokud jsme úkon zvládli a ošetřovanému se netočí hlava, můžeme udělat první krok vpřed.
- Při nestabilitě stoje nebo pokud je ošetřovaný příliš slabý, můžeme využít k nácviku kroku pultové chodítko, které je ošetřovanému oporou a rozloží váhu jeho těla. Nebo je možné využít nízké rámové chodítko, u kterého je odlehčení dolních končetin sice menší, ale rovněž zajistí dostatečnou stabilitu pro nácvik kroku. *Obr: 57–60*
- Pokud má ošetřovaný berle, dáme mu pokyn, ať dá obě dopředu, opře se o ně a udělá krok vpřed jednou nohou a potom i druhou. Krok by měl být stejnoměrný, spíše kratší, jedna noha se přesune mezi berle a druhá nakročí až za berle. U nácviku kroku následuje krok zpět k místu, z něhož jsme vykročili.
- Při nácviku kroku o jedné holi se řídíme zásadou, že hůl se drží na druhé straně, než je bolestivá noha (pokud je bolestivá levá noha, hůl držíme v pravé ruce a opačně)! Ošetřovaný přenesení hůl zároveň s bolestivou dolní končetinou vpřed, poté následuje krok druhou nohou až za hůl.
- Můžeme nacvičovat i úkrok stranou. Úkrok využijeme třeba při přesunu na WC křeslo, vozík nebo když si chce ošetřovaný sednout na židli ke stolu. Pokud ošetřovaná osoba neví, jak úkrok provést, učíme ji přenést váhu na dolní končetinu, na které zůstane stát. Druhou nohu zvedne, posune ji do strany a položí na zem. Potom přisune nohu, na které stál, k noze, co prováděla úkrok. Můžeme opakovat podél lůžka k jedné straně a zpět. Tento pohyb můžeme nemocnému upřesnit tím, že mu řekneme: „Udělej krok do strany, jako když tancuješ mazurku.“
- Dále můžeme zařadit mírné podřepy. Ověří nám stabilitu stoje a zároveň tím posilujeme také svaly dolních končetin.

Nácvik chůze do schodů

- Chůze do schodů je i v době výtahů a bezbariérových přístupů velmi důležitá. Nejčastěji se setkáváme se schody v domovech pacientů, ale jsou rovněž u vstupu do úřadů, na poštu, někdy i do zdravotnických zařízení, v dopravních prostředcích a podobně.
- Schody často představují nepřekonatelnou překážku v běžném životě člověka stíženého nějakou nemocí či úrazem.
- U nácviku chůze do schodů bez pomůcek může využít pacient zábradlí nebo pomoci druhé osoby či obojí. Pokud svému blízkému asis-



Obr. 61–62 Dopomoc pro chůzi do schodů bez pomůcek

tujeme při chůzi do schodů, jdeme vedle něho a dopomáháme mu z boku úchopem za paži z vnitřní strany. Při chůzi ze schodů je situace stejná. Pokud je schodiště úzké, jdeme za ošetřovaným a přidržujeme ho úchopem za pas nebo za horní část pánve. Při chůzi ze schodů dopomáháme zepředu, couváme před ošetřovaným a přidržujeme ho rovněž za pas. Ošetřovaný tak nemá strach z hloubky pod sebou, vnímá před sebou vaši osobu. *Obr. 61 a 62*

- Při nácviku chůze do schodů o jedné holi (vycházkové i francouzské) může nemocný opět využít k opoře zábradlí. Nebo se opírá jednou rukou o hůl a z druhé strany mu napomáháme přidržením za paži z vnitřní strany.
- Chůze do schodů o jedné holi vypadá následovně: **První jde na schod silnější dolní končetina, potom druhá dolní končetina a nakonec hůl na stejný schod.** Jedná se o chůzi po jednom schodu, ne střídavě. O jedné holi může ošetřovaný chodit i střídavě, ale chůze po jednom schodu je bezpečnější vzhledem k omezené stabilitě ošetřovaného. *Obr. 63–66*
- Při chůzi ze schodů o jedné holi se řídíme podobnými zásadami, ale postup je přesně opačný. **První jde o schod níž hůl, pak slabší dolní končetina a nakonec silnější dolní končetina (na stejný schod).** *Obr. 67–70*



Obr. 63–64 Dopomoc při chůzi do schodů o jedné francouzské holi



Obr. 65–66 Dopomoc při chůzi do schodů o jedné francouzské holi



Obr. 67–68 Dopomoc při chůzi ze schodů o jedné francouzské holi



Obr. 69–70 Dopomoc při chůzi ze schodů o jedné francouzské berli



Obr. 71–72 Dopomoc při chůzi do schodů o dvou berlich

- Chůze do schodů o dvou berlich (podpažních, francouzských). Můžeme pacientovi napomáhat buď z boku, nebo jít za ním a držet ho za pas. Při chůzi ze schodů opět buď z boku, nebo jdeme před pacientem a držíme jej za pas či horní část pánve.
- Chůze do schodů o dvou berlich: **první jde silnější noha, potom slabší a nakonec berle.** (Berle lze přesunout na schod spolu se slabší dolní končetinou.) Obr. 71–73
- Chůze ze schodů o berlich: **první jdou o schod níž berle, potom slabší noha a nakonec silnější.** Obr. 74–76
- Zásady pro chůzi s pomůckami v terénu: například nastupování do dopravního prostřed-



Obr. 73 Dopomoc při chůzi do schodů o dvou berlich



Obr. 74 Dopomoc při chůzi ze schodů o dvou berlích

ku. Pokud je to možné, vždy nastupujeme u řidiče, aby nás řidič viděl a nepřivřel do dveří a počkal, než si nastupující bezpečně sedne. Při chůzi o berlích či holi po mokrému terénu je vhodné dělat krátké kroky a opírat berle o zem kolmo. Pokud bychom se opřeli o šikmo položenou berli, hrozí její podklouznutí a následně pád.



Obr. 75 Dopomoc při chůzi ze schodů o dvou berlích



Obr. 76 Dopomoc při chůzi ze schodů o dvou berlích

Nácvik přesedání na vozík

- Řídíme se fyzickou zdatností a schopnostmi ošetřované osoby. Od toho se odvíjí způsob pomoci a přesunu z lůžka do vozíku, na židli či na WC křeslo.
- Pokud chceme nemocného přesunout na mechanický vozík, je důležité upravit si vozík i prostředí kolem lůžka nebo místa, ze kte-

rého budeme ošetřovanou osobu přemísťovat. Je třeba, aby přesun proběhl co nejrychleji, nejbezpečněji a nejpohodlněji pro všechny zúčastněné.

U většiny vozíků lze odejmout či odklopit opěrky pod ruce (područky). Dále je možné odklopit či úplně odstranit stupačky pro nohy. Ovládací mechanismy jsou různé a je důležité se s nimi obeznámit hned na začátku užívání. Pokud si sami nevíte rady, je třeba se informovat. Například v půjčovně pomůcek, u prodejce či výrobce vozíků, na rehabilitaci nebo u svého známého, o kterém víte, že vozík také užívá.

Důležité je vědět, že mechanický vozík se dá složit velice jednoduchým způsobem, a to uchopením za prostředek sedací podložky (sedáku) vpředu a vzadu u opěrky zad a vytažením směrem nahoru. Rozložení vozíku je rovněž jednoduché, nataženými rukama zatlačíme směrem k zemi do krajního vyztužení sedáku vozíku. Tímto tlakem se vozík rozloží do původní šířky. Složení vozíku jistě oceníte třeba při transportu autem, kdy stačí objemný vozík jednoduchým manévrem složit a uložit do kufru auta.

U nehybného ošetřovaného nebo u ošetřovaného s velmi malou svalovou silou je vhodný tzv. pasivní přesun. Je dobré upravit si prostředí tak, aby vyhovovalo pomáhajícímu i osobě, která je přesouvána. Nejvhodnější je nastavit polohovatelné lůžko do výše sedáku vozíku, na vozíku odejmeme područku, která je na straně lůžka (područka by překážela v hladkém přesunu). Nikdy nesmíme zapomenout vozík zabrzdít!

Vozík přistavíme bokem co nejblíže k lůžku a k dolním končetinám ošetřovaného.

- Když jsou k dispozici dvě osoby, tak jedna stojí za zády vozíku. Ta chytí přesouváného za horní část pánve a připraví se k jeho zvedání. Druhá stojí z druhé strany vozíku u stupaček pro nohy. Uchopí přesouváného za horní část hrudního koše blízko podpaží, kolena ošetřovaného zapře svými koleny proti sklouznutí. Následně oba pomáhající přenesou ošetřovaného do vozíku.

Obr. 77–81

- Pasivní přesun lze provést i za pomoci jedné osoby. Ošetřovaná osoba si spojí své ruce za rameny pomáhajícího. Ten uchopí ošetřovaného za pánev, kolena zafixuje jeho kolena a nadzvedne ho (opřená kolena poslouží jako páka). Přesouvající se s nemocným pootočí k vozíku a posadí ho co nejdále do vozíku. Pomáhající by měl být stále v mírném podřepu, aby si chránil svá záda a váhu těla nemocného nesly z větší části horní a dolní končetiny, nikoli jeho páteř. *Obr. 82–85*
- Pokud má ošetřovaný dostatek fyzické síly, lze ho přesouvat na vozík jen s malou dopomocí. Chytíme ho za pánev a táhneme šikmo vzhůru do vzpřímeného stoje. Následně mu pomáháme k přenesení váhy těla a sedu do vozíku. Přesouváný se může držet buď vzdálenější



Obr. 77 Přesun do vozíku za pomoci dvou pečujících – začátek



Obr. 78 Přesun do vozíku za pomoci dvou pečujících



Obr. 79 Přesun do vozíku za pomoci dvou pečujících



Obr. 80 Přesun do vozíku za pomoci dvou pečujících



Obr. 81 Přesun do vozíku za pomoci dvou pečujících – ukončení



Obr. 82–83 Přesun na vozík s velkou dopomocí v jednom pečujícím



Obr. 84–85 Přesun na vozík s velkou dopomocí v jednom pečujícím

područky vozíku nebo se může opírat o ramena přenášejícího (svými) spojenými horními končetinami. Opět je třeba dbát, aby přenášející chránil svou páteř. *Obr. 86–95*

- Je dobré naučit ošetřovaného ovládat invalidní vozík. Měl by umět používat brzdy a zacházet se stupačkami. Zvyšuje to jeho bezpečnost. A učíme jej i samostatné jízdě na vozíku, pokud je v jeho silách. Nejprve je doba strávená ve vozíku krátká, aby si pacient na polohu vsedě zvykl. Postupně se snažíme pobyt ve vozíku i délku jízdy prodlužovat.



Obr. 86 Přesun do vozíku s dopomocí jednoho pečujícího – začátek



Obr. 87 Přesun do vozíku s dopomocí jednoho pečujícího



Obr. 88 Přesun do vozíku s dopomocí jednoho pečujícího



Obr. 89 Přesun do vozíku s dopomocí jednoho pečujícího



Obr. 90 Přesun do vozíku s dopomocí jednoho pečujícího – ukončení



Obr. 91 Dopomoc při přesunu do vozíku
– začátek



Obr. 92 Dopomoc při přesunu do vozíku



Obr. 93 Dopomoc při přesunu do vozíku



Obr. 94 Dopomoc při přesunu do vozíku



Obr. 95 Dopomoc při přesunu do vozíku
– ukončení

Cvičení

Zásady cvičení

- Pokud v domácí péči ošetřujeme osobu upoutanou na lůžko nebo osobu s malou pohybovou aktivitou během dne, je důležité s ní cvičit. Cvičením udržujeme tělesnou kondici, hybnost kloubů, podporujeme funkci dýchacího a oběhového systému. Cvičení může posloužit i jako způsob zabavení nemocného během dne. Pokud měl dříve ošetřovaný kladný vztah k pohybu, většinou cvičení uvítá. Při cvičení se vyplavují hormony endorfiny, které navozují příjemné pocity.
- Důležité je nejen cvičit, ale i protahovat končetiny, aby nedocházelo ke zkracování šlach. Zkrácením šlach dochází k omezení pohyblivosti kloubů. Velké zkrácení při pohybu způsobuje bolest a tím další omezení pohyblivosti i aktivity daného jedince. V konečném stadiu dochází až k úplné nehybnosti kloubů a ke změně svalové hmoty na vazivo.
- Cvičení nemusí být vždy jen klasické skrčení a natažení končetin. Do těchto aktivit patří i samostatné oblékání, převlékání, obouvání se. U hůře pohyblivých osob může být převlékání natolik náročnou aktivitou, že již nemají sílu cvičit. To však nevadí, protože při této činnosti musejí také použít své končetiny, natáhnout a skrčit ruku, vstát, sednout, ohnout se. Vždy je třeba vzít v úvahu celkový stav a kondici našeho nemocného. Pokud ho oblékání unaví, ale provádí je samostatně, klidně s ním už trénujeme jen chůzi. Pokud je však ošetřovaný v lepší kondici nebo naopak zcela upoutaný na lůžko, je třeba cvičení zařadit.
- Nikdy necvičíme takzvaně přes bolest. Mírnou bolest lze tolerovat, ale pokud cvičenec udává velkou bolest, děláme raději menší pohyb, aby se klouby uvolnily a bolest ustoupila. Pokud na ni nebudeme dbát, hrozí poškození měkkých tkání (svalů a vazů). U ošetřovaného vyvoláme také strach z cvičení. A může nastat i situace, že se tělo začne bolesti bránit a kloub nebo více kloubů ztuhne, aby jimi nebylo možné pohybovat, a tudíž působit bolest.

- U cvičenců po CMP (cévní mozkové příhodě) začínáme cvičit od velkých kloubů (kyčle, ramena).
- Následující ukázky jsou klasické cviky prováděné cvičenci na udržení pohyblivosti kloubů a zlepšení kondice. Není nutné provádět s ošetřovanými všechny cviky, ale je důležité cvičit všechny klouby těla. Posloupnost a počet cviků je vždy individuální. Pohyb by měl být pestrý jako u zdravých jedinců. Nejedná se o žádné speciální cvičení. Cviky byly vybírány tak, aby je zvládl provádět ošetřovaný i rodina v domácím prostředí.
- Při cvičení se vždy přizpůsobujeme cvičenci a jeho zdravotnímu stavu. Není nutné cvičit nejprve cviky pro horní končetiny a teprve poté cviky pro dolní končetiny, pro trup a hlavu. Cviky můžeme dle potřeby a schopností cvičence střídát.
- Dobré je řídit se pravidlem, že je lépe cvičit častěji během dne a kratší dobu než jednou za den, ale dlouho. Pokud je cvičení příliš intenzivní a dlouhé, způsobí únavu svalů a následně může dojít i ke zhoršení stavu a kondice cvičence. Cvičíme-li častěji během dne, byť třeba 10–15 minut, je to pro cvičence daleko přínosnější. Lidské tělo se s pravidelnou krátkodobou zátěží snáze vyrovnává a lépe regeneruje.

Cvičení v lehu

- Pro pasivní cvičení i cvičení s dopomocí je důležité správné uchopení končetiny, se kterou budeme pohybovat.
- U nehybné osoby provádíme pohyb pasivně. Pokud je ošetřovaný schopný samostatného pohybu, provázíme ho jen slovně. Případně pokud jej nedokáže provést v plném rozsahu, napomáháme mu pohyb dotáhnout.
- Všechny pohyby provádíme pomalu a plynule, aby je ošetřovaný mohl procítit a pochopit. Při pomalém pohybu se lépe zapojí svaly.
- **Přitahovat, propínat špičky**
Poloha: leh na zádech, natažené dolní končetiny.
Úchop: jedna ruka na plosce nohy pod špičkou, druhou rukou fixujeme hleň ošetřovaného.
Pohyb: rukou na plosce nohy vedeme kotník do přitažení ke koleni (fajfky) a do protažení (špička od těla). *Obr. 96–97*
- **Kroužky v kotníku**
Poloha: leh na zádech, natažené dolní končetiny.
Úchop: jedna ruka na plosce nohy pod špičkou, druhá ruka fixuje hleň ošetřovaného.



Obr. 96–97 Přitahování a propínání špiček s dopomocí nebo pasivně



Obr. 98–99 Dopomoc při provádění krouživého pohybu v kotníku



Obr. 100–101 Dopomoc při krčení a natahování prstů nohy



Obr. 102–103 Úchop pro dopomoc při krčení dolní končetiny v kolenní a kyčli

Pohyb: rukou na plosce nohy vedeme kotník do krouživého pohybu, nejprve na jednu stranu a pak na druhou. *Obr. 98–99*

- **Krčit a natahovat prsty na nohou**

Poloha: leh na zádech, natažené dolní končetiny.

Úchop: jedna ruka na prstech nohy, druhá ruka fixuje kotník.

Pohyb: ruka na prstech nohy vede prsty do skrčení a natažení.

Obr. 100–101

- **Krčit a natahovat dolní končetinu v kolenním kloubu**

Poloha: leh na zádech, natažené dolní končetiny.

Úchop: jedna ruka na plosce nohy, druhá ruka na lýtku pod kolenním kloubem (nebo druhá ruka na stehně těsně nad kolenním kloubem).

Pohyb: dolní končetinu nemocného vedeme do skrčení v kole-
ni i kyčli do maxima a zpět do natažení. Věnujeme pozornost reak-
cím na případnou bolest způsobenou pohybem. Pokud se bolest
objeví, provádíme pohyb v menším rozsahu (jen menší pokrčení).

Obr. 102–103

- **Zvedat celou nataženou dolní končetinu**

Poloha: leh na zádech, natažené dolní končetiny.

Úchop: jedna ruka pod kotníkem, druhou rukou můžeme kontrolo-
vat natažené koleno.

Pohyb: rukou pod kotníkem provádíme pohyb celou nataženou dol-
ní končetinou směrem ke stropu a zpět dolů. *Obr. 104*

- **Unožování**

Poloha: leh na zádech, natažené dolní končetiny.

Úchop: jedna ruka pod kotníkem, druhou rukou můžeme uchopit za
stehno těsně nad kolenním kloubem.

Pohyb: vedeme dolní končetinu cvičence pomalu do unožení su-
nem po podložce a zpět k druhé dolní končetině. U tohoto cviku
dáme pozor, aby cvičenec nevytácel špičku a koleno směrem od těla.
Špička nohy a koleno mají směřovat vzhůru ke stropu.

- **Přetáčení kolen**

Poloha: leh na zádech, pokrčené obě dolní končetiny, plosky opře-
ny o podložku.

Úchop: může být oběma rukama za kolena nebo jen jednou rukou
za dolní končetinu, která nedovede samostatně provést pohyb.
Pokud cvičenec neudrží obě nohy ve skrčení, protože mu kloužou
plosky po podložce, potom mu pomáháme plosky držet přitisknu-
té k lůžku.

Pohyb: přetáčíme obě kolena vlevo a vpravo. *Obr. 105–107*



Obr. 104 Úchop pro dopomoc při zvedání celé natažené dolní končetiny



Obr. 105 Úchop pro dopomoc při přetáčení kolenou do stran



Obr. 106–107 Úchop pro dopomoc při přetáčení kolenou do stran



Obr. 108–109 Úchop pro dopomoc pro odtahování a přitahování kolenou

- **Kolena od sebe a k sobě**

Poloha: leh na zádech, pokrčené obě dolní končetiny, plosky opřeny o podložku.

Úchop: každá ruka na jedno koleno nebo držíme plosky přitisknuté na lůžko.

Pohyb: vedeme obě kolena současně od sebe do roztažení a k sobě tak, aby se kolena dotkla. *Obr. 108–109*

- **Most**

Poloha: leh na zádech, pokrčené obě dolní končetiny, plosky opřeny o podložku.



Obr. 110–111 Úchop pro dopomoc při mostění



Úchop: rukama fixujeme plošky nohou k podložce. Tento cvik nelze provádět s cvičencem pasivně, ale jen aktivně nebo aktivně s mírnou dopomocí.

Pohyb: cvičenec se vzepře o nohy a lokty a zvedne hýždě nad podložku, chvíli vydrží, potom pokládá hýždě zpět na lůžko. Obr. 110–112



Obr. 112 Úchop pro dopomoc při mostění

• Jízda na kole

Poloha: leh na zádech.

Úchop: za plošku nohy a druhou rukou za lýtko (nebo druhou rukou za stehno těsně nad kolenem).

Pohyb: cvičenec se může vzepřít o lokty nebo jsou horní končetiny volně podél těla. Nohy provádějí pohyb jako při šlapání na jízdním kole. Jízda může být dopředu i pozpátku.

Pokud potřebujeme cvik provádět pasivně, cvičíme jen s jednou nohou, potom druhou. V ostatních případech provádí cvičenec cvik samostatně nebo jen s mírnou pomocí cvičitele. Obr. 113–116

• Nůžky

Poloha: leh na zádech, natažené dolní končetiny.

Úchop: není. Pohyb se provádí aktivně. U nepohyblivých cvičenců tento cvik neprovádíme.

Pohyb: cvičenec se může vzepřít o lokty nebo položí horní končetiny volně podél těla. Dolní končetiny cvičenec nadzvedne nad podložku a kříží je ve vzduchu. Střídá v křížení levou a pravou.

• Zvedat horní končetinu do vzpažení

Poloha: leh na zádech, nohy natažené nebo pokrčené, ruce natažené podél těla.



Obr. 113 Jízda na kole – úchop pro dopomoc při pohybu – začátek



Obr. 114 Jízda na kole – úchop pro dopomoc při pohybu



Obr. 115 Jízda na kole – úchop pro dopomoc při pohybu



Obr. 116 Jízda na kole – úchop pro dopomoc při pohybu – ukončení

Úchop: jednou rukou za paži a druhou za zápěstí. Pokud je nemocný schopen nám v pohybu pomoci, můžeme ho uchopit pouze za zápěstí.

Pohyb: pomalu vedeme nataženou horní končetinu do vzpažení (za hlavu) a pomalu zpět. *Obr. 117–119*

- **Zvedat obě horní končetiny do vzpažení**

Poloha: lež na zádech, natažené nebo pokrčené dolní končetiny, horní končetiny spojené propletením prstů.

Úchop: obě ruce za zápěstí spojených horních končetin cvičence.

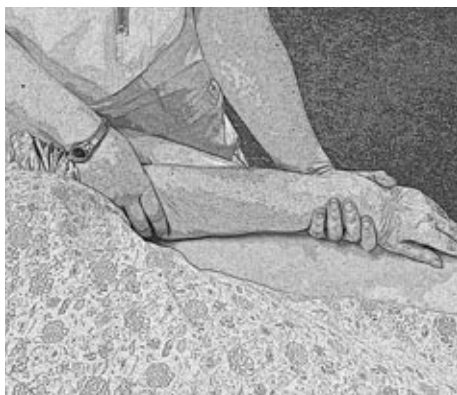
Pohyb: u pasivního pohybu nebo pohybu s dopomocí pomalu vedeme obě natažené horní končetiny do vzpažení (za hlavu) a pomalu zpět. *Obr. 120–122*

- **Zvedat obě horní končetiny ke stropu**

Poloha: lež na zádech, nohy natažené nebo pokrčené, ruce spojené propletením prstů.

Úchop: obě ruce za zápěstí spojených horních končetin cvičence.

Pohyb: vedeme obě horní končetiny cvičence vzhůru před tělo směrem ke stropu a zpět na prsa.



Obr. 117 Úchop pro dopomoc při zvedání horní končetiny do vzpažení



Obr. 120 Úchop pro dopomoc při zvedání obou horních končetin do vzpažení současně



Obr. 118 Úchop pro dopomoc při zvedání horní končetiny do vzpažení



Obr. 121 Úchop pro dopomoc při zvedání obou horních končetin do vzpažení současně



Obr. 119 Úchop pro dopomoc při zvedání horní končetiny do vzpažení



Obr. 122 Úchop pro dopomoc při zvedání obou horních končetin do vzpažení současně



Obr. 123 Úchop pro dopomoc při provádění kroužků v ramenních kloubech



Obr. 124 Úchop pro dopomoc při provádění krouživého pohybu v ramenních kloubech



Obr. 125–126 Boxování – úchop pro dopomoc při provádění střídavého pohybu horních končetin



Obr. 127–128 Úchop pro dopomoc při upažování



Obr. 129 Úchop pro dopomoc při upažování



Obr. 130 Úchop pro dopomoc při krčení a natahování loketního kloubu



Obr. 131–132 Úchop pro dopomoc při krčení a natahování loketního kloubu

- **Kroužky v ramenou**

Poloha: leh na zádech, natažené nebo pokrčené dolní končetiny. Horní končetiny spojené tak, že levá ruka drží pravý loketní kloub a pravá ruka drží levý loketní kloub.

Úchop: ruce drží lokty cvičence.

Pohyb: krouživý pohyb v ramenních kloubech zleva doprava a opačně. *Obr. 123–124*

- **Boxování**

Poloha: leh na zádech, nohy natažené nebo pokrčené, ruce podél těla.

Úchop: jedná se o aktivně prováděný pohyb. Ale slabší ruku cvičence můžeme uchopit za zápěstí, případně ještě pod loktem.

Pohyb: boxování proti stropu. Rychlý pohyb vpřed do natažení horní končetiny a zpět k tělu střídavě jednou a druhou horní končetinou. *Obr. 125–126*

- **Upažení**

Poloha: leh na zádech, natažené nebo pokrčené dolní končetiny, horní končetiny podél těla.

Úchop: jednou rukou za zápěstí cvičence, druhou za paži těsně nad loktem.

Pohyb: vedeme nataženou horní končetinu do upažení (odtažení od těla do boku) a zpět k tělu. *Obr. 127–129*

- **Krčit a natahovat loket**

Poloha: leh na zádech, opět nohy natažené nebo pokrčené, ruce podél těla.

Úchop: jednou rukou za zápěstí, druhou rukou za rameno.

Pohyb: vedeme horní končetinu do skrčení v lokti a opět do natažení. *Obr. 130–132*

- **Kroužky v zápěstí**

Poloha: leh na zádech, natažené nebo pokrčené dolní končetiny, horní končetiny podél těla.



Obr. 133 Úchop pro dopomoc při provádění kruživého pohybu v zápěstí



Obr. 134 Úchop pro dopomoc při pohybu ruky v pěst a otevření ruky



Obr. 135–136 Úchop pro dopomoc při pohybu ruky v pěst a otevření ruky



Obr. 137–138 Úchop pro dopomoc při přetáčení hlavy



Obr. 139–140 Úchop pro dopomoc při předklonu hlavy

Úchop: jednou rukou za zápěstí cvičence, druhou rukou za dlaň.

Pohyb: vedeme horní končetinu do krouživého pohybu v zápěstí na jednu stranu a pak na druhou. *Obr. 133*

- **Ruka v pěst a natažení dlaně**

Poloha: leh na zádech, natažené nebo pokrčené dolní končetiny, horní končetiny podél těla.

Úchop: oběma rukama za ruku cvičence.

Pohyb: jedna ruka vede prsty na ruce cvičence do pokrčení a druhá palec do dlaně. A následně opět do natažení prstů. *Obr. 134–136*

- **Přetáčení hlavy**

Poloha: leh na zádech, natažené nebo pokrčené dolní končetiny, horní končetiny volně podél těla.

Úchop: není, jde o aktivní cvik. Pokud cvičenec není schopen samostatného pohybu hlavou, uchop rukama za hlavu v oblasti čela a spánků na obou stranách.

Pohyb: otáčení hlavy po polštáři vlevo a vpravo. *Obr. 137–138*

- **Úklony hlavy**

Poloha: leh na zádech, natažené nebo pokrčené dolní končetiny, horní končetiny volně podél těla.

Úchop: není, nebo pokud cvičenec neprovede pohyb samostatně, uchop rukama za hlavu v oblasti čela a spánků na obou stranách.

Pohyb: hlava se uklání k rameni a na druhou stranu.

- **Předklon hlavy**

Poloha: leh na zádech, natažené dolní končetiny, horní končetiny volně podél těla.

Úchop: není. Pokud cvičenec neprovede pohyb samostatně, uchopíme ho pod týlem.

Pohyb: zvedání hlavy z lehu na lůžko do předklonu (krční páteř se zvedá a stáčí k hrudníku – vytvoří písmeno C. Brada jde směrem do jamky na krku). Může následovat chvilková výdrž v předklonu a následně návrat zpět na lůžko. *Obr. 139–140*

Cvičení v sedu

- Cvičení v sedu můžeme zařadit u cvičenců schopných samostatně sedět nebo u cvičenců, kteří potřebují v sedu jen mírnou pomoc. Pokud je ošetřovaný schopen takto cvičit, nemusíme ho nutit do cvičení v lehu. Takovéto cvičení může provádět i samostatně kdekoli, kde je možné se posadit a mít kolem sebe trochu prostoru.



Obr. 141 Úchop pro dopomoc přitahování a propínání špičky



Obr. 142 Úchop pro dopomoc při krčení a natahování dolní končetiny



Obr. 143 Úchop pro dopomoc při zvedání kolena ke stropu

- U nemocných po CMP (cévní mozkové příhodě) začínáme cvičit od velkých kloubů (kyčlí, ramen).

- **Přitahovat – propínat špičky**

Poloha: vzpřímený sed, nohy mírně od sebe, ruce volně podél těla nebo opřené dlaněmi o stehna.

Úchop: cvičenec by cvik měl zvládnout samostatně. Pokud to nedokáže, uchopíme jeho nohu za kotník a pod nártem.

Pohyb: přizvedneme obě nohy a přitahujeme a propínáme kotníky. Nebo můžeme dolní končetiny ponechat ploskami na podložce a střídavě zvedat paty od podložky, a pak přitahovat špičky. Při dopomáhání vedeme nohu pacienta do přitažení špičkou směrem ke kolenu a do propnutí špičkou k zemi. *Obr. 141*

- **Kroužky v kotníku**

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny mírně od sebe, horní končetiny volně podél těla nebo opřené dlaněmi o stehna.

Úchop: není, pokud cvik zvládne cvičenec samostatně. Nebo mu můžeme dopomáhat tak, že ho uchopíme jednou rukou za kotník a druhou za nárt a plosku pod špičkou.

Pohyb: přizvedneme nohu a provádíme kroužky v kotníku. Je možné cvičit oběma dolními končetinami zároveň. U dopomoci vedeme

cvičenci kotník do krouživého pohybu na jednu stranu a potom na druhou.

- **Natahovat a krčit kolena**

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny mírně od sebe, horní končetiny volně podél těla nebo v opoře o stehna.

Úchop: není, pokud cvik zvládne cvičenec samostatně. Nebo můžeme dopomáhat úchopem jednou rukou za kotník nebo dlaní pod patou. Pokud je potřeba větší dopomoci, uchopíme jeho nohu za kotník nebo pod patou a druhá ruka fixuje stehno těsně nad kolenem.

Pohyb: jedna noha nebo obě provádějí pohyb do natažení v koleni, chvíli vydrží, následně opět skrčení v koleni. *Obr. 142*

- **Zvedání dolní končetiny v kyčelním kloubu**

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny mírně od sebe, horní končetiny opřené o židli.

Úchop: není, pokud cvik zvládne cvičenec samostatně. Nebo můžeme dopomáhat tak, že uchopíme oběma rukama cvičencovo koleno, nebo ho chytíme za holeně a lýtko.

Pohyb: jedna dolní končetina se zvedá kolenem vzhůru a zpět, noha je po celou dobu skrčena. Při dopomáhání vedeme pacientovu pokrčenou nohu vzhůru a zpět. *Obr. 143*

- **Kroky vpřed a vzad**

Poloha: vzpřímený sed, nohy mírně od sebe, ruce volně podél těla nebo opřené o stehna.

Úchop: není.

Pohyb: cvičenec posunuje střídavě dolní končetiny drobnými kroky vpřed do natažení a následně zpět k židli.

- **Úkroky v sedu**

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny mírně od sebe, horní končetiny volně podél těla.

Úchop: není.

Pohyb: cvičenec zvedne mírně dolní končetinu nad podložku a přenes ji od těla do boku a zpět, to samé druhou dolní končetinou.

- **Vzpažování**

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny mírně od sebe, horní končetiny volně podél těla.

Úchop: není, pokud cvik zvládne cvičenec samostatně. Nebo ho můžeme podle potřeby uchopit za jedno nebo obě zápěstí.

Pohyb: provádíme jej více způsoby.



Obr. 144–145 Úchop pro dopomoc při vzpažování



Obr. 146–147 Úchop pro dopomoc při upažování

První způsob – horní končetiny zvedat přes předpažení do vzpažení (natažené ruce dát dopředu před tělo a vzhůru nad hlavu).

Druhý způsob – ruce cvičence mohou být propletené prsty, pohyb je stejný, jen ke konci pohybu vytočíme dlaně vzhůru ke stropu. To dopomůže k lepšímu protažení, potom vrátíme dolů.

Třetí způsob – můžeme vzpažit (dát horní končetiny nad hlavu) přes upažení (ruce do stran vodorovně) a nad hlavou tlesknout a zpět.

Obr. 144–145

- **Upažování**

Poloha: vzpřímený sed, nohy mírně od sebe, ruce volně podél těla.

Úchop: není, pokud cvik zvládne cvičenec samostatně. Nebo pomáháme tak, že uchopíme cvičence za zápěstí a druhou hlídáme rameno cvičence, aby se nezvedalo.

Pohyb: obě ruce od těla a do upažení (celé natažené horní končetiny jdou od boku těla aspoň do výše ramen). *Obr. 146–147*

- **Hmity ve vzpažení a připažení**

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny mírně od sebe, horní končetiny volně podél těla.

Úchop: není, pohyb by měl být aktivní.

Pohyb: jedna natažená ruka ve vzpažení, druhá podél těla – obě končetiny provádí drobné hmity. Obě ruce vystřídáme.

- **Hmity do stran**

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny mírně od sebe, horní končetiny volně podél těla.

Úchop: není.

Pohyb: ruce jdou do upažení, skrčit lokty, následně provádíme v upažení drobné hmity, opět natáhneme lokty a v plném upažení provádíme drobné hmity. Můžeme přidat i rotaci trupu doleva a doprava.

- **Boxování v sedu**

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny mírně od sebe, horní končetiny volně podél těla.

Úchop: není. Pokud cvičenec neprovede jednou rukou plný pohyb, můžeme mu dopomáhat tak, že ho chytíme za zápěstí a za paži nad loktem nebo za rameno.

Pohyb: ruce v pěst, vystřelujeme střídavě jednu ruku a druhou ruku vpřed a k tělu. U dopomoci cvičenci vedeme jeho ruku rovně před tělo do natažení lokte a zpět k tělu do pokrčení lokte. *Obr. 148–149*

- **Kroužky v ramenou**

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny mírně od sebe, horní končetiny volně podél těla.

Úchop: není, pokud cvik zvládne cvičenec samostatně. Nebo ho chytíme za paži nad loktem a druhou rukou za rameno.

Pohyb: více způsobů.

První způsob – obě natažené horní končetiny provádí velké kruhy v ramenou vpřed a vzad.

Druhý způsob – ruce na ramena („křídýlka“) a provádíme kroužky na jednu a na druhou stranu.



Obr. 148–149 Úchop pro dopomoc při boxování

Třetí způsob – ruce spojíme za lokty, obě horní končetiny provádí kroužky před tělem společně, krouživý pohyb provádíme na obě strany.

- **Vzpírání se na horních končetinách**

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny mírně od sebe, ruce volně podél těla.

Úchop: není.

Pohyb: ruce v pěst zapřeme o židli, na které sedíme, a propínáním horních končetin a tlačáním ramen dolů se snažíme zvedat nad židli (nadzvednout hýždě nad židli), ale nezapírat se přitom o nohy. Při tomto pohybu pracují jen ruce.

- **Úklony v sedu**

Poloha: vzpřímený sed, nohy mírně od sebe, ruce volně podél těla.

Úchop: není.

Pohyb: rovný úklon k zemi bez rotace, horní končetina na straně úklonu se spouští k zemi. Provádíme na obě strany.

- **Protahování v úklonu se vzpažením**

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny mírně od sebe, horní končetiny volně podél těla.

Úchop: není.

Pohyb: pravou nataženou horní končetinu vzpažit (dát nad hlavu), levá horní končetina v bok, úklon vlevo. V protažení chvíli výdrž bez hmitání, poté vyměníme strany.

- **Rotace trupu v sedu**

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny mírně od sebe, horní končetiny v bok.

Úchop: není.

Pohyb: otáčení trupu vlevo a vpravo.

- **Úklony hlavy**

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny mírně od sebe, horní končetiny volně podél těla.

Úchop: není.

Pohyb: rovný úklon (bez rotace) k rameni na jednu a na druhou stranu.

- **Předklon hlavy**

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny mírně od sebe, horní končetiny volně podél těla.

Úchop: není.

Pohyb: provedeme plynulý oblouček krční páteří do předklonu hlavy k jamce v dolní části krku. Návrat zpět jen do roviny, nikdy hlavu nezakláníme.

- **Rotace hlavy**

Poloha: vzpřímený sed, nohy mírně od sebe, ruce volně podél těla.

Úchop: není.

Pohyb: hlava rotuje doleva k levému rameni a poté k pravému.

Cvičení proti odporu

- Odporová cvičení zařazujeme, pokud chceme zvýšit svalovou sílu končetin.
- Nezařazujeme, pokud jsou svaly na končetinách příliš slabé a cvičenec by nedokázal proti odporu provést plynulý pohyb.
- Odpor musí být vždy takový, aby jej cvičenec dokázal bez problémů překonat.
- *Odporová cvičení neprovádíme u cvičenců s jakýmkoli vážným onemocněním srdce.*

- **Krčení dolní končetiny v koleni a kyčelním kloubu**

Poloha: leh na zádech, ruce podél těla, nohy natažené.

Odpor: klademe svou rukou položenou na dolní části stehna těsně nad kolenním kloubem v průběhu celého pohybu.



Obr. 150 Úchop při kladení odporu proti pohybu do skrčení dolní končetiny



Obr. 151 Úchop při kladení odporu proti pohybu do natažení dolní končetiny



Obr. 152 Úchop při kladení odporu proti pohybu do unožení



Obr. 153 Úchop při kladení odporu proti pohybu do přinožení

Pohyb: cvičenec z natažení krčí dolní končetinu v kolenu a kyčli (dle možností cvičence až do 90° v kyčelním i kolením kloubu).
Obr. 150

• Natahování dolní končetiny

Poloha: leh na zádech, ruce podél těla, jedna noha natažená. Druhá přitážená k břichu.

Odpor: na pokrčenou dolní končetinu, a to na plosku nohy pod klenbu.

Pohyb: cvičenec proti odporu natahuje dolní končetinu ze skrčení do úplného natažení. **Obr. 151**

• Zvedání natažené nohy

Poloha: leh na zádech, horní končetiny podél těla, dolní končetiny natažené.

Odpor: klademe na dolní část stehna nad kolenem. Je možné tlačit i na holeně nad kotníkem, ale je méně vhodný, protože je to odpor, který klademe přes dva klouby (mezi kyčelním kloubem a kotníkem je kloub kolenní).

Pohyb: cvičenec zvedá proti odporu nataženou dolní končetinu.

- **Pokládání natažené dolní končetiny**

Poloha: leh na zádech, horní končetiny podél těla, jedna noha je natažená. Druhá zvednutá nad podložku, co nejvýš cvičenec zvládne.

Odpor: klademe na dolní část stehna těsně nad podkolenní jamkou. Můžeme zařadit i odpor na lýtko nad kotníkem, ale je méně vhodný, protože je to opět odpor přes dva klouby.

Pohyb: cvičenec pokládá nataženou nohu ze zvednutí na lůžko.

- **Unožování**

Poloha: leh na zádech, ruce podél těla, nohy natažené.

Odpor: klademe z vnější strany dolní končetiny jednou rukou nad kolenním kloubem a druhou rukou z boku nad kotníkem.

Pohyb: cvičenec proti odporu unožuje. *Obr. 152*

- **Přinožování**

Poloha: leh na zádech, ruce podél těla, jedna noha volně natažená. Druhá v unožení.

Odpor: klademe jej z vnitřní části na unoženou nohu nad kolenem a nad kotníkem.

Pohyb: cvičenec proti odporu sune unoženou dolní končetinu do přinožení. *Obr. 153*

- **Propínání a přitahování špičky nohy**

Poloha: leh na zádech, horní končetiny podél těla, dolní natažené.

Odpor: klademe na plosku propínané nohy pod špičku. Při přitahování nohy klademe odpor na hřbet nohy za špičku, těsně za prsty.

Pohyb: cvičenec provádí pomalu proti odporu přitažení („fajfku“) a následně propnutí ploskou směrem k lůžku („špičku jako baletka“).

- **Vzpažování**

Poloha: leh na zádech, nohy natažené nebo pokrčené, ruce podél těla.

Odpor: klademe na horní končetinu těsně nad loketní kloub nebo celým svým předloktím na předloktí cvičence.

Pohyb: cvičenec proti odporu provádí vzpažení (dle možností do 90° nebo až nad hlavu). *Obr. 154–155*

- **Připažení ze vzpažení**

Poloha: leh na zádech, dolní končetiny natažené nebo pokrčené, jedna horní končetina podél těla. Druhá ve vzpažení.

Odpor: klademe na paži těsně nad loketní kloub nebo celým svým předloktím po celé délce předloktí cvičence.



Obr. 154–155 Úchop při kladení odporu proti pohybu do vzpažení



Obr. 156–157 Úchop při kladení odporu proti pohybu do připažení ze vzpažení



Obr. 158–159 Úchop při kladení odporu proti pohybu do upažení

Pohyb: cvičenec ze vzpažení provádí pohyb přes předpažení do připažení. *Obr. 156–157*

• Upažování

Poloha: leh na zádech, nohy natažené nebo pokrčené, ruce podél těla.

Odpor: klademe na paži z boku, buď jen jednou rukou těsně nad loketním kloubem, nebo oběma rukama z boku, těsně nad loketní kloub a nad zápěstí.

Pohyb: cvičenec odtahuje horní končetinu od těla (dle možností do 90° nebo až nad 90°). *Obr. 158–159*



Obr. 160 Úchop při kladení odporu proti pohybu do připažení ze vzpažení



Obr. 161 Úchop při kladení odporu proti pohybu do krčení loketního kloubu



Obr. 162 Úchop při kladení odporu proti pohybu do krčení loketního kloubu



Obr. 163 Úchop při kladení odporu proti pohybu do natažení loketního kloubu

• Připažení z upažení

Poloha: leh na zádech, dolní končetiny natažené nebo pokrčené, jedna horní končetina podél těla. Druhá v upažení.

Opor: klademe na upaženou horní končetinu. Buď jen z vnitřní strany paže nad loketním kloubem, nebo oběma rukama. Jednou z vnitřní strany paže nad loketní kloub a druhou nad zápěstí.

Pohyb: cvičenec provádí přitažení upažené paže proti odporu.

Obr. 160

• Krčení loketního kloubu

Poloha: leh na zádech, dolní končetiny natažené nebo pokrčené, horní končetiny volně podél těla.

Odpor: klademe na předloktí horní končetiny hned za zápěstím. Pro lepší kontrolu pohybu cvičencovy končetiny můžeme druhou rukou fixovat paži cvičence těsně nad loketním kloubem (aby cvičenec nezvedal celou horní končetinu, ale krčil jen loketní kloub).

Pohyb: cvičenec provádí proti odporu pohyb do úplného skrčení loketního kloubu. *Obr. 161–162*

• Natahování loketního kloubu

Poloha: leh na zádech, dolní končetiny natažené nebo pokrčené, jedna horní končetina volně podél těla. Druhá skrčená v lokti.



Obr. 164–165 Úchop při kladení odporu proti pohybu do natažení dolní končetiny v sedu



Obr. 166–167 Úchop při kladení odporu proti pohybu do skrčení dolní končetiny v sedu



Obr. 168 Úchop při kladení odporu proti pohybu do zvednutí kolena nahoru



Obr. 169 Úchop pro kladení odporu při pokládání nohy na podložku

Odpor: klademe na předloktí zdola, hned za zápěstí. Pro lepší kontrolu pohybu můžeme druhou rukou opět fixovat paži cvičence těsně za loketním kloubem.

Pohyb: cvičenec provádí proti odporu pohyb do plného natažení horní končetiny v loketním kloubu. *Obr. 163*

• Sklopit a přitahovat zápěstí

Poloha: leh na zádech, nohy natažené nebo pokrčené, jedna ruka volně podél těla. Druhá skrčená v loketním kloubu.

Odpor: při sklopení ruky dlaní dolů klademe odpor rukou na dlaň cvičence. Při pohybu opačném mírně tlačíme na hřbet jeho ruky.

Pohyb: cvičenec provádí proti odporu střídavě pohyb do sklopení dlaně a přitažení hřbetu ruky směrem nahoru.

- **Natahování kolenního kloubu v sedu**

Poloha: vzpřímený sed, nohy opřené o podložku, ruce volně podél těla.

Odpor: klademe na hleď těsně nad kotník. Pro lepší kontrolu nad pohybem dolní končetiny můžeme fixovat stehno cvičence nad kolenním kloubem.

Pohyb: cvičenec provádí proti odporu pohyb do úplného natažení kolenního kloubu. *Obr. 164–165*

- **Krčení kolenního kloubu z natažení v sedu**

Poloha: vzpřímený sed, ruce volně podél těla, jedna noha opřená o podložku. Druhá natažená v kolenním kloubu.

Odpor: klademe na lýtku těsně nad kotníkem. Pro lepší kontrolu nad pohybem dolní končetiny můžeme fixovat stehno cvičence těsně nad kolenním kloubem.

Pohyb: cvičenec provádí proti odporu pohyb do skrčení v kolenním kloubu. *Obr. 166–167*

- **Zvedání pokrčené dolní končetiny kolenem ke stropu**

Poloha: vzpřímený sed, horní končetiny podél těla. Dolní končetiny opřené o podložku.

Odpor: klademe na stehnu těsně nad kolenním kloubem.

Pohyb: cvičenec proti odporu zvedá pokrčenou nohu kolenem vzhůru. *Obr. 168*

- **Pokládání nohy ze zvednutí na podložku**

Poloha: vzpřímený sed, ruce volně podél těla. Jedna dolní končetina položena volně na podložce. Druhá pokrčená v kolenním kloubu zvednutá kolenem ke stropu.

Odpor: klademe pod plosku zvednuté dolní končetiny.

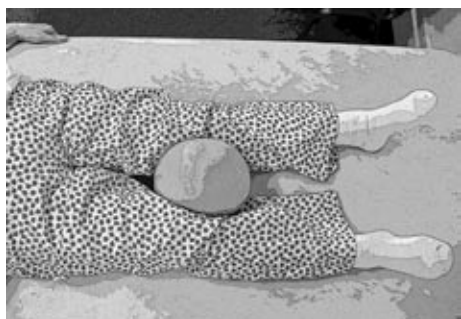
Pohyb: cvičenec provádí proti odporu pohyb do položení nohy na podložku. *Obr. 169*

Cvičení s míčem

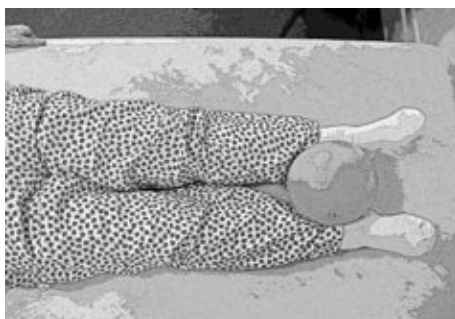
- Aby cvičení nebylo jednotvárné, můžeme použít různé pomůcky, jako jsou míče, gumy, činky (místo činek pet láhve naplněné vodou), pytlíky s pískem a další.
- Takto můžete zvýšit zájem cvičence o pohyb a udržování kondice.



Obr. 170–171 Propínání kolenního kloubu za pomoci overballu



Obr. 172 Stlačování míče mezi koleny



Obr. 173 Stlačování míče mezi kotníky



Obr. 174 Stlačování overballu mezi pokrčenými kolenními klouby



Obr. 175 Posilování prsních svalů pomocí overballu



Obr. 176 Posilování prsních svalů pomocí overballu



Obr. 177 Posilování prsních svalů pomocí overballu v sedu

- Míč pro cvičení použijeme buď v podobě zcela nafouknuté, nebo polovynafouknuté.
- Používáme takzvaný overball, což je měkký, lehce stlačitelný míč.
- Míč může být jen pomůckou ke zpříjemnění cvičení, ale hlavně jej lze při stlačování a výdrži ve stlačení využít jako sílu vyvíjející odpor, pro posilování svalů.
- Je mnoho cviků a jejich variant, které lze provádět, záleží jen na vaší fantazii a schopnostech a možnostech každého cvičence.

• **Propínání kolenního kloubu za pomoci míče**

Poloha: leh na zádech, ruce volně podél těla, dolní končetiny natažené.

Míč: vložíme pod kolenní kloub.

Pohyb: vyzveme cvičence, ať zatne stehenní svaly (tzn. ať zatlačí kolenem do míče, jako by jej chtěl zploštit). Tím dojde k propnutí kolena a zvednutí celé nohy nad podložku. Následuje výdrž v propnutí, a pak dolní končetinu cvičenec uvolní, patu nohy položí na podložku. Pohyb několikrát opakujeme. *Obr. 170–171*

• **Stlačování míče mezi koleny nebo kotníky**

Poloha: leh na zádech, horní končetiny volně podél těla, dolní končetiny natažené.

Míč: vložíme mezi kolena, pro náročnější variantu cviku mezi kotníky.

Pohyb: vyzveme cvičence, aby stiskl míč koleny nebo kotníky. Ve stisku následuje výdrž, potom uvolnění. Cvik se několikrát opakuje. *Obr. 172–173*

• **Stlačování míče mezi pokrčenými koleny**

Poloha: leh na zádech, horní končetiny volně podél těla, dolní končetiny pokrčené.

Míč: vložíme mezi kolena pokrčených nohou.

Pohyb: požádáme cvičence, aby stiskl míč koleny. Ve stisku následuje výdrž, potom ho vyzveme k uvolnění svalů, ale míč nesmí spadnout. Cvik několikrát opakovat. *Obr. 174*

• **Posilování prsních svalů**

Poloha: leh na zádech, nohy natažené, ruce v předpažení, lokty pokrčené.

Míč: cvičenec jej vezme do obou rukou.

Pohyb: vyzveme cvičence, aby stlačil míč rukama tak, aby se zploštil. Následuje výdrž ve stlačení, a potom ho vybídíme, aby ruce uvolnil. Cvik několikrát opakujeme.

Cvik je náročný, protože míč je nestabilní a při stlačení pod rukama uhýbá do stran. Stejný cvik provádíme i v sedu, postup pro cvičení je totožný. *Obr. 175–177*



Obr. 178–179 Vzpažování obou horních končetin s overballem

• Protahování horních končetin

Poloha: leh na zádech, dolní končetiny natažené, horní končetiny volně podél těla.

Míč: cvičenec uchopí oběma rukama.

Pohyb: vybídeme cvičence, aby pomalu plynule vzpažil, následuje návrat ze vzpažení, ruce cvičence i s míčem skončí položené na trupu. Cvik opakovat.

Tento cvik provádíme i v sedu, postup je stejný, jen při návratu ze vzpažení končí horní končetiny s míčem na stehnech cvičence. Obr. 178–180



Obr. 180 Cvičení do vzpažení s míčem v sedu

• Předání míče nad hlavou

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny opřené o podložku, horní končetiny podél těla.

Míč: cvičenec drží míč v jedné ruce.

Pohyb: obě ruce jdou pomalu a plynule do upažení a potom až nad hlavu do vzpažení. Nad hlavou si ruce předají míč a následuje pohyb ze vzpažení do upažení, pohyb končí v připažení. Postup několikrát opakujeme. Obr. 181–184

• Předávání míče před tělem

Poloha: vzpřímený sed, dolní končetiny opřené o podložku, horní končetiny v upažení.

Míč: cvičenec drží míč v jedné ruce.



Obr. 181 Předání míče nad hlavou – začátek



Obr. 182 Předání míče nad hlavou



Obr. 183 Předání míče nad hlavou



Obr. 184 Předání míče nad hlavou – ukončení



Obr. 185–186 Předání míče před tělem



Pohyb: obě horní končetiny provádějí pohyb z upažení do předpažení, před tělem dojde k předání míče z jedné ruky do druhé a následuje návrat z předpažení do upažení. Celý postup několikrát opakovat. *Obr. 185–187*



Obr. 187 Předání míče před tělem

- **Stlačování míče chodidlem**

Poloha: vzpřímený sed, horní končetiny volně podél těla, dolní končetiny položené na podložce.

Míč: vložíme pod chodidlo cvičence.

Pohyb: vyzveme cvičence, ať nohou stlačí míč k zemi. Následuje výdrž ve stlačení, a potom ho požádáme, ať opět nohu uvolní. Několikrát opakujeme. *Obr. 188–189*

- **Koulení míče chodidlem**

Poloha: vzpřímený sed, horní končetiny volně podél těla, dolní končetiny opřené o podložku.

Míč: vložíme pod chodidlo cvičence.

Pohyb: vyzveme cvičence, ať posune nohu po míči vpřed a následně vzad.

- **Stlačování míče mezi kolena**

Poloha: vzpřímený sed, horní končetiny volně podél těla, dolní končetiny položené na podložce.

Míč: vložíme mezi kolena cvičence.

Pohyb: vyzveme cvičence, ať míč kolena pevně stiskne. Následuje výdrž ve stlačení, potom ho požádáme, ať opět nohy uvolní, ale míč nesmí spadnout. *Obr. 190*



Obr. 188–189 Stlačování míče chodidlem



Obr. 190 Stlačování míče mezi kolena



Obr. 191 Stlačování míče mezi kotníky

• **Stlačování míče mezi kotníky**

Poloha: vzpřímený sed, horní končetiny volně podél těla, dolní položené na podložce.

Míč: vložíme mezi kotníky cvičence.

Pohyb: vyzveme cvičence, ať míč kotníky pevně stiskne. Následuje výdrž ve stlačení, potom ho požádáme, ať opět nohy uvolní, ale míč nesmí spadnout. *Obr. 191*

Obecné zásady pro pomoc a manipulaci s ošetřovanou osobou dle diagnóz

CMP (cévní mozková příhoda)

- Jedná se o postižení celé poloviny těla. Postižení je většinou levostranné nebo pravostranné. Končetiny mohou být plegické (zcela nehybné) nebo paretické (hybné s omezením nebo velmi malou svalovou silou a špatně fungujícím nervovým zásobením svalů).

Podle závažnosti ji dělíme na:

1. TIA, což je transitorní ischemická ataka – její příznaky odezní do 24 hodin.
2. RIND – je cévní příhoda, kdy příznaky trvají déle než 24 hodin, ale ne déle než tři týdny.
3. Dokonaný iktus – trvalé příznaky cévní mozkové příhody.

Při CMP může dojít k tzv. afázii, která vzniká postižením řečového centra v mozku. Jedná se o vážnou poruchu schopnosti komunikace. Jsou postižené také kognitivní (poznávací) funkce. Můžeme se setkat se třemi druhy afázií:

1. S afázií expresivní neboli motorickou – takový pacient nehovoří, rozumí, ale nedokáže odpovědět.
 2. S afázií senzorickou neboli percepční – takový pacient nerozumí. Dokáže plynně, ale nesmyslně hovořit. Nerozumí, co my chceme sdělit jemu.
 3. S afázií smíšenou – kombinace obou předchozích.
- Při manipulaci s osobou po CMP musíme mít na paměti, která strana těla je postižená. Dopomáháme vždy za zdravou polovinou těla. Končetiny na postižené straně jsou lehce zranitelné, často bolestivé, někdy úplně bez citlivosti i svalové síly, a proto za ně při pomoci nechytáme. Na této straně smíme dopomáhat pouze za kořenové klouby (rameno, kyčelní kloub).

Proto také upravíme prostředí kolem lůžka. Noční i jídelní stůl s pitím a potřebnými věcmi dáme ze strany, kterou má ošetřovaný postiženou. Tím chceme docílit, aby se musel přes postiženou stranu otočit a opřít se o ochrnuté končetiny. Lůžko na straně postižení

necháme volně otevřené do prostoru, aby jej to nutilo vstávat přes tuto stranu.

- Postižená osoba by měla vstávat z lůžka vždy přes postiženou stranu. Chceme zapojit mozek i postižené končetiny do zvedání. Ošetřovaný musí být okolnostmi donucený začít své postižené končetiny používat.
- Snažíme se nemocného přimět k tomu, aby zapojil postiženou horní končetinu do běžných denních činností, jako je česání, umývání, pití. Aby se snažil postiženou končetinou přidržet pečivo pro namazání, přidržet hrnek pro nalití čaje, apod.
- Afatickému člověku se nesmějeme i když mluví zvláštním způsobem a vyvolává úsměv na tváři. Ani se na něho nezlobíme, pokud nemůže a nedokáže něco říct. Afatika, který nemůže mluvit, učíme znovu vyslovovat abecedu, dbáme, aby u toho správně otevíral ústa. Učíme jej podle obrázků pojmenovávat věci. Nebo podle věcí běžné denní potřeby pojmenovat kartáček, hřeben, tužku a podobně. Trpělivě vše opakujeme, chceme, aby po nás opakoval slova a věty. Chceme, aby nám zkusil říct, co měl k jídlu, co má na sobě oblečené a podobně. Afatik má často tendenci jen ukazovat, co chce a nechce přitom použít řeč. V takové situaci se jej snažíme přimět, ať zkusí mluvit, třeba mu řekneme, že mu tu věc nepodáme, dokud se ji nepokusí pojmenovat. Pokud přistoupíme jen na domluvu gesty a ošetřovaný zjistí, že mu rozumíme beze slov, nebude mít potřebu znovu začít mluvit. Takového nemocného učíme znovu psát, napsat své jméno, opsat nějakou větu. I tato schopnost se ztrácí. Někdy si ošetřovaný neuvědomuje, že mluví nesrozumitelně, nebo si myslí, že tomu, co řekl, musíme nutně rozumět, a pokud tomu tak není, rozzlobí se. Může se zlobit na sebe, že není schopen řeči, ale také na pečujícího, že mu nerozumí.
- Při cvičení s ošetřovaným po CMP začínáme cvičit vždy od kořenových kloubů (ramen a kyčelních kloubů).
- Cviky vždy provádíme pomalu a plynule a u postižených končetin cvičíme jen do stavu bolesti nebo mírné bolesti.
- Nikdy necvičíme přes velkou bolest, protože může dojít k poškození měkkých tkání. Také dochází ke stažení svalů v oblasti, se kterou cvičíme, a tělo nemocného se začne bolesti bránit. Pro příští cvičení vezmeme pacientovi chuť cvičit, bude se cvičení bát.
- Pokud budeme s postiženou končetinou cvičit pomalu a plynule jen do stavu mírné bolesti, ošetřovaný se začne do cvičení zapojovat a postupně může docházet k obnově hybnosti a posílení ochablých svalů. Každý den opakujeme stejné cvičení, aby si je ošetřovaný snadněji zapamatoval a pohyby zautomatizoval.
- Osoba po CMP by měla cvičit půl hodiny až hodinu denně.
- Může se stát, že končetiny postižené strany přes veškerou péči zůstanou plegické (bez pohybu). Záleží totiž na průběhu CMP i na rozsahu

hu poškození mozkové tkáně. V takovém případě s cvičením nekončíme. I když končetiny zůstávají bez pohybu, je důležité provádět s nimi pasivní cvičení a udržovat rozsah pohybu v kloubech dle možností postiženého.

- Při nácviu chůze i při chůzi samotné dopomáháme ošetřovanému vždy ze zdravé strany úchopem za vnitřní část paže v podpaždí. Stejným způsobem dopomáháme, i když ošetřovaný chodí o jedné francouzské nebo čtyřbodové holi. V takovém případě musí pečující dávat velký pozor na tuto pomůcku. Pokud by byla dopomoc prováděna z postižené strany a došlo by u nemocného ke ztrátě stability či k pádu, pečující by svou snahou zabránit pádu mohl snadno ošetřovanému ublížit a poškodit mu měkké tkáně kolem ramenního kloubu a tím následně zhoršit zdravotní stav.
- Při chůzi můžeme postiženou horní končetinu dávat na šátkový závěs nebo bolestivou a nehybnou končetinu můžeme zasunout do kapsy županu, bundy, kalhot... U mužů můžeme postiženou ruku zastrčit za pásek kalhot. Takto zabezpečená končetina nikde při pohybu nepřekáží a nedochází k vytahování tkání kolem ramenního kloubu.

Parkinsonova nemoc

Jedná se o chronické neurologické onemocnění, jehož projevy jsou:

1. Třes – zpravidla se vyskytuje v klidu, kdy končetiny visí volně podél těla. Může se však zvýraznit při větší emoční zátěži, stresu, strachu a podobně. Třes může být jen na jedné straně těla, nebo na celém těle.
2. Zpomalení pohybů – velké potíže činí začátek pohybu. Třeba počátek chůze z klidové polohy nebo stoupání ze sedu. Problémy činí i změna polohy na lůžku a podobně.
3. Rigidita – neboli ztuhnutí končetin. Svaly na končetině při cvičení vykazují zvýšený odpor. Potíže můžeme pozorovat při dotažení pohybu do krajních poloh.
4. Poruchy chůze a rovnováhy – Problémem je rozejít se, zastavit chůzi. Různé kývání dopředu a dozadu. Charakteristická je také cupitavá chůze. Projevuje se i takzvaný freezing (zamrznutí), jedná se o náhlé přerušování pohybu a neschopnost v něm pokračovat.
5. Změny v obličejové části – hypomimie je nedostatek mimických projevů. S tím souvisí tichá monotónní řeč. Objevuje se i takzvaný olejovitý (voskovitý) obličej – nadměrné pocení a produkce kožního mazu. Potíže s polykáním, nadměrné slinění.
6. Typické držení těla – držení šíje a trupu v sehnuté poloze a pokrčení končetin.

7. Psychické změny – potíže s pamětí, myšlením, objevuje se demence.
- Důležité je přistupovat k parkinsonikovi s trpělivostí a klidem, nespěchat na něj, ale povzbuzovat ho klidným hlasem.
 - Při chůzi ho upozorňovat, ať dělá delší krok. Pokud se zadrhne v chůzi, klidně zastavte, ať chvíli stojí a znovu vykročí. Někdy je třeba zastavovat i častěji, dle kondice a momentálního stavu ošetřovaného.
 - Parkinsonik by měl začít scvičením hned po probuzení. Důležité je protahování, procvičit jemnou motoriku končetin, zařadit posilovací cvičení a švihová cvičení.
 - Také je důležité procvičovat mimické svaly a psaní.

Totální endoprotéza kyčelního kloubu, cervikokapitální endoprotéza

- U totální endoprotézy kyčelního kloubu se jedná o úplnou náhradu kyčelního kloubu, tedy kloubní hlavice i jamky.
- Cervikokapitální endoprotéza je částečná náhrada kyčelního kloubu. V tomto případě zůstává původní kloubní jamka a nahrazuje se pouze kloubní hlavice.
- Důvodem k výměně je poškození kloubu buď úrazem, zánětem, onkologickým onemocněním, nebo degenerativním onemocněním, jako je artróza.
- Ošetřovaný po náhradě kyčelního kloubu by měl vždy vstávat přes zdravou stranu. Proto také upravíme prostředí kolem lůžka. Noční i jídelní stůl s pitím a potřebnými věcmi dáme k lůžku ze strany, kterou má ošetřovaný zdravou nebo která nebyla operovaná. Lůžko na straně zdravé dolní končetiny necháme volně otevřené do prostoru, aby nemocný věděl, že má vstávat jen přes tuto stranu.
- S cvičením se začíná již druhý den po operaci.
- Mezi stehna se vkládá polštář nebo nějaký klín, aby nedošlo k přílišnému přitahování dolních končetin a hlavně aby nedošlo k jejich překřížení.
- Nesedat do hlubokého křesla, hrozí luxace (vykloubení) kyčelního kloubu. Volíme sed zvýšený, buď na vysoké židli, nebo na židli můžeme dát ještě pevný polštář, aby poloha kyčelních kloubů byla 90°.
- Vyvarovat se vnitřní rotace v kyčelním kloubu na operované končetině (poloha, kdy se špička dolní končetiny vtáčí dovnitř).
- Důležité je zachovat stejnoměrný krok, levou nohou provést stejně dlouhý krok jako pravou. Lidé po operaci často provádějí jen přísnou zdravou dolní končetinou k operované noze. Tomuto se snažíme zabránit a neustále ošetřovaného slovně opravujeme, aby si zautomatizoval správný pohyb.

- Chůze o berlích probíhá podle zásady: berle přenést vpřed, operovanou dolní končetinu k nim a potom zdravou dolní končetinu až za berle. Pokud už je ošetřovanému dovolena alespoň 75% zátěž na dolní končetinu, může provádět chůzi střídavou, tzn.: levá berle vpřed, na kříž k berli pravá dolní končetina, pravá berle vpřed a potom levá dolní končetina.
- Chůze o berlích po schodech: jako **první jde o schod výš zdravá dolní končetina, potom operovaná a nakonec berle.**
- Chůze o berlích ze schodů: **první jdou o schod níž berle, potom operovaná dolní končetina (k berlím) a nakonec zdravá dolní končetina na stejný schod.**
- U cvičení klademe důraz na posilování dolních končetin i hýžďových svalů. Snažíme se cvičence přimět k samostatnému cvičení jen pod dohledem.
- Cvičení se provádí v lehu na zádech, a pokud to dovolí pacientův stav, tak i v lehu na boku a v sedu.

Cervikokapitální endoprotéza ramenního kloubu

- Cervikokapitální endoprotéza ramenního kloubu je úplnou nebo i částečnou náhradou ramenního kloubu. Může být vyměněna jen hlavice pažní kosti, nebo hlavice pažní kosti spolu s kloubní jamkou.
- Důvodem výměny kloubu mohou být zánětlivé procesy v ramenním kloubu, zlomeniny, které bývají často tříštivé a nádorová onemocnění.
- Stejně jako u náhrady kyčelního kloubu by měl ošetřovaný vstávat z lůžka vždy přes zdravou stranu.
- S cvičením se rovněž začíná druhý den po operaci.
- Cvičení zaměřujeme na zvětšování rozsahu pohybu v kloubu a také na posílení svalů celé horní končetiny.
- V domácí péči vedeme ošetřovaného, aby používal operovanou končetinu při všech běžných denních činnostech a aby končetinu nešetřil. Aby si vyčistil zuby, sám se učesal, umyl si obličej a podobně.
- Při dopomoci u vstávání z lůžka ošetřovaného netaháme za operovanou končetinu do sedu. Při chůzi nikdy nedopomáháme za operovanou končetinu, mohli bychom nešetrným zacházením způsobit ošetřovanému bolestivost končetiny nebo i drobná poranění operovaného kloubu.

PŘÍLOHY



Kompenzační pomůcky

Pomůcky pro jídlo a sebeobsahu

- talíře s vyvýšeným okrajem a vyvýšené okraje na talíře
- hrnek s výřezem pro nos
- hrnek se savičkou
- nastavitelné příbory s možností fixace páskou ke končetině
- zakřivené nože, pravoúhlé nože
- protiskluzné podložky
- půliče a drtiče léků
- různé otvíráky sklenic a pet lahví
- držák horkých talířů
- speciální prkénko s okrajem proti sklouzávání potravin při přípravě jídla
- fixační prkénko (na konzervy, potraviny...)
- zapínač knoflíků
- navlékač ponožek
- navlékač punčoch
- přesouvací prkno
- nastavitelné stoličky
- stolička pod nohy
- podavač předmětů

Kompenzační pomůcky pro komunikaci

- brýle
- naslouchadla
- komunikační tabule, psací potřeby

Kompenzační pomůcky pro osobní hygienu

- sedačky a sedátka do vany
- sedačky, židle a křesla do sprchy
- stoličky k vaně
- protiskluzné podložky do vany
- toaletní křesla
- podložní mísy
- mužské nádoby na moč („bažant“)
- nástavce na WC
- madla na WC a do koupelny
- vaničky pro mytí hlavy
- prodloužené mycí houby

Kompenzační pomůcky pro polohování a manipulaci s ošetřovaným

- polohovací lůžka
- bezpečnostní postranice k lůžku, polstrované postranice
- pěnové a antidekubitní matrace
- jídelní a pracovní deska nad lůžko
- jídelní a pracovní stolky k lůžku
- hrazda nad lůžko
- žebříčky k lůžku
- zdravotní polštáře
- antidekubitní podložky pod paty
- antidekubitní podložky pod lokty
- antidekubitní podložky na polohování (válce, klíny, abdukční klíny, obdélníky...)
- stabilizační antidekubitní opěrky zad (pro polohu v sedu)
- antidekubitní podložky do vozíku
- pojízdné zvedáky
- různé textilní manipulační pomůcky (ponášky, klouzavé podložky pro posun ošetřovaného po lůžku, bederní pás s úchyty pro snazší zvednutí se ze sedu do stoje, otočné plochy a podložky, podložky skluzné jen jedním směrem – usnadňují posun ošetřovaného jedním směrem a následně zabraňující sklouznutí ve směru druhém, sedačka a pásy s pevnými úchyty pro pečující k přenášení nebo přesouvání imobilní osoby...)

Obr. 192–199



Obr. 192 Rotační plocha usnadňující přesuny u lůžka



Obr. 195 Pás pro snazší manipulaci s ošetřovaným v zapnuté podobě



Obr. 193 Použití rotační plochy při přesedání na vozík



Obr. 196 Použití pásu v praxi



Obr. 194 Pás pro snazší manipulaci s ošetřovaným při přesunech na vozík, při vstávání z lůžka



Obr. 197 Pomůcka pro snazší zvedání ošetřovaného ze sedu do stoje



Obr. 198 Pomůcka pro snazší zvedání
ošetřovaného ze sedu do stoje



Obr. 199 Využití pomůcek v praxi

Kompenzační pomůcky pro chůzi

- nízká čtyřbodová chodítka pevná nebo skládací
- nízká dvoukolá chodítka pevná nebo skládací
- pultová chodítka
- francouzské hole
- podpažní berle
- vycházková hůl
- tří a čtyřbodové vycházkové hole
- kombinované vycházkové hole se sedátkem
- protiskluzné gumové nástavce na hole a berle
- protiskluzné pětihruté nástavce na hole a berle

Pomůcky na cvičení

- molitanové míčky
- ježci (míčky s ostny)
- síliče prstů (kroužky, míčky...)
- overbally
- gymnastické míče
- nestabilní plochy
- thera-bandy (posilovací gumy)
- stepry

Bandáže

- bandáž zápěstí
- epikondilární páska
- bandáž lokte

- bandáž ramene
- bederní pás
- bandáž stehna
- bandáž kolena
- bandáž infrapatelární
- bandáž lýtky
- bandáž kotníku
- fixační obinadla

Vozíky

- mechanické vozíky
- elektrické vozíky
- elektrické skútry
- nájezdové rampy pro vozíky
- přídatné pojízdné zařízení na ruční i elektrický pohon („speedy“)
- schodolezy, schodišťové sedačky a plošiny pro vozíky
- antidekubitní sedáky a podložky na vozík
- pracovní a jídelní desky na vozík

Seznam půjčoven kompenzačních pomůcek na Moravě

Brno

Hospic sv. Alžběty v Brně – Hospicová půjčovna pomůcek,

Vedoucí poradny: Mgr. Ludmila Plátová,

tel.: 773 499 943, 543 421 491, e-mail: poradna@hospicbrno.cz

Hospic Kamenná – půjčovna pomůcek, tel.: 773 499 943,

543 24 761

Naděje, o. s. – Ptašinského 13, 602 00 Brno. Ředitelka: Ing. Jana

Seberová, tel.: 541 422 271, e-mail: brno@nadeje.cz,

<http://www.nadeje.cz>

Jeseník

Středisko pečovatelské služby Jeseník, příspěvková organizace,

Jeseník, Kostelní 160, tel.: 584 409 147, mobil.: 725 695 899, e-mail:

pecovatelska.jesenik@iol.cz, <http://pecovatelskajesenik.wbs.cz>

Luhačovice

Charita Svaté rodiny Luhačovice, Hradisko 100, 763 26 Luha-

čovice. Vrchní sestra: Bc. Světlana Kubáčková, tel.: 603 764 921,

577 132 355, fax: 577 132 359, e-mail: chops.luhacovice@caritas.cz,

<http://www.luhacovice.caritas.cz/>

Olomouc

Trend vozíčkářů Olomouc, Kompenzační pomůcky si lze půjčit

u paní Olgy Svrčkové, tel.: 585 431 012, 731 501 389,

e-mail: poradna@trendvozickaru.cz

Prostějov

Lazariánský servis, o. s., Prostějov, Lidická 86, tel.: 776 054 299

Přerov

Oblastní charita Přerov – Charitní ošetrovatelská služba,
Šířava 27, tel.: 581 216 006, mobil: 777 729 500,
e-mail: sestra.prerov@caritas.cz, vrchní sestra: Lenka Sekalová
Svaz tělesně postižených v České republice, o. s., Přerov,
Kratochvílova 35 – Přerovanka, tel: 581 217 082

Strážnice

Charita Strážnice, Kovářská 396, tel. 518 333 207,
<http://www.straznice.charita.cz/pujcovnapomucek.htm>

Uherské Hradiště

Oblastní charita Uherské Hradiště, Velehradská třída 247,
tel.: 572 555 784, [http:// www.uhradiste.caritas.cz](http://www.uhradiste.caritas.cz),
e-mail: uhradiste@caritas.cz, e-mail: sestry.uhradiste@caritas.cz,
vedoucí: Milena Vyhlídalová
Ortos, s. r. o., Uherské Hradiště, J. E. Purkyně, <http://www.ortos.cz>

Vyškov

Půjčovna rehabilitačních a kompenzačních pomůcek Vyškov,
Lipová 364/2, tel.: 517 344 021, 604 411 109,
e-mail: paprsek.vy@atlas.cz

Žďár nad Sázavou

Půjčovna zdr. a rhb. pomůcek, Libušínská 11, 591 01 Žďár nad
Sázavou, tel.: 566 624 900
Centrum služeb pro zdravotně postižené, Komenského 1, 591 01
Žďár nad Sázavou, tel.: 566 625 703, e-mail: czp.zdar@volny.cz

Použitá literatura

Haladová, E. a kol.: Léčebná tělesná výchova
IDVPZ. Brno. 1997, (skripta)

Láník, Vladimír a kolektiv: Léčebná tělesná výchova I
Vydání 1. vydané v roce 1986, Učebnice pro SZŠ

Láník, Vladimír a kolektiv: Léčebná tělesná výchova II
Vydání 1. vydané v roce 1987, Učebnice pro SZŠ

Vojtěchovský, M.: Mentální aktivace v podmínkách
gerontopsychiatrických léčeben
Praktický lékař (Praha), 64, 1984, č.2

O autorkách

Jitka Kolébalová a Jana Kratochvílová jsou fyzioterapeutky a působí v Nemocnici Milosrdných bratří v Brně.

Jitka Kolébalová
Jana Kratochvílová

Rehabilitujeme doma

Fotodokumentace Jitka Kolébalová, Jana Kratochvílová
Předmluva k textu MUDr. Blanka Vepřeková
Kresby Martina Holcová
Sazba Robert Šváb
Tisk a knihařské zpracování Arch Brno

Vydal Moravskoslezský kruh, o. s.
Vydání první v edici Pečuj doma
96 stran

www.pecujdoma.cz
info@pecujdoma.cz

