Principala cauza a handicapului după accidente vasculare cerebrale, în majoritatea cazurilor o constituie hemiplegia. Aceasta necesită un accent deosebit asupra măsurilor de recuperare neuromotorie. Termenul “recuperare” sau “reabilitare” expune complexitatea eforturilor în domenii medicale, fizice, psihologice, pedagogice, sociale, profesionale care au drept scop evitarea invalidizării bolnavului şi reîntoarcerea lui la un mod de viaţă normal. Se cunosc trei nivele ale reabilitării, atingerea cărora au loc prin diferite mecanisme.

# I nivel. Restabilirea

Scopul acesteia este de a atinge acelaş efect a sistemei, în aceaş componenţă, care puteau fi temporar dezorganizaţi sub influenţa diferitor factori.

Restabilirea are loc atunci cînd nu au murit toţi neuronii, iar focarul constă din elemente intacte. Inhibiţia de protecţie fiind o măsură fiziologică uneori capătă caracter patologic, durînd timp îndelungat şi făcînd imposibile restabilirea funcţiilor. Deaceea uneori o hemiplegie poate dura mult timp, leziunea neuronală fiind minimală. Măsurile medicale trebuie întreprinse anume la acest nivel, pentru a dezinhiba elementele nervoase şi stimularea lor şi aceasta se poate obţine prin aplicarea gimnasticii curative, masajului, fizioprocedurilor.

Acest nivel se obţine în primele 6 luni după accidentul vasculr cerebral.

**II nivel. Compensaţia**

La alterarea unei funcţii a sistemului, funcţia structurii lezate o îndeplineşte alta ce nu a fost traumatizată.

Scoarţa cerebrală reacţionează orice modificări dintre organism şi mediul extern. La analiza impulsurilor noi ce vin în cortex după lezarea analizatorului motor, în ea se formează noi centre responsabili de indeplinirea funcţiei.

Mecanismul ce permite să atingem nivelul compensaţiei îl prezintă reorganizarea compensatorie, includerea în îndeplinirea funcţiilor sistemelor cerebrale care înainte nu le îndeplineau. Dar la acest nivel nu se atinge o restabilire completă a funcţiilor, mişcările sînt schimbate, cu defect.

**III nivel. Readapterea, adaptarea către defect.**

În prezenţa unui defect evident, cu leziune neuronală masivă lipseşte posibilitatea compensării din cauza afectării difuze a cortexului. La pacient gradul handicapului va fi evident şi persistent.

Scopul acestui nivel va fi de a învăţa bolnavul către auto deservire.

Se cunosc două tipuri de reabilitare:

1. staţionară

2. de ambulator

Etapa de staţionar prevede acordarea paturilor pentru reabilitarea în secţiile de neurologie, formarea unei secţii de reabilitarea pentru tratarea bolnavilor în perioada subacută, staţionare de reabilitare de zi.

În ultimi ani în toate ţările este tendinţa de a micşora durata reabilitării în staţionar şi a o transfera la etapa de ambulator. Cea mai fregventă formă de organizare a procesului de reabilitare este cea de brigadă. Specialiştii de bază a brigăzii sînt:

1. cinetoterapeuticul
2. fizioterapeuticul
3. psiholog medical
4. psihoterapiutul
5. lucrător al sferei sociale
6. logoped
7. neuropsiholog
8. lucrător în sfera muncii.

În fruntea brigăzii se află neurologul cea trecut specializarea în reabilitarea medicală.

Măsurile de bază a reabilitării sînt:

1. Cinetoterapia
2. Psihoterapia
3. Restabilirea funcţiilor corticale superioare
4. Terapia prin muncă
5. Tratamentul medicamentos
6. Fizioterapia

Perioada acută, durata ei, este determinată regresul procesului de dislocare şi edem cerebral. În ictus hemoragic durata 1,5 – 6 săpt. În ictus iscemic 1 –4 săpt.

În aceasta perioadă se întreprind măsuri pentru a salva viaţa pacientului şi a stabiliza funcţiile vitale.

Măsurile de recuperare se încep cît mai precoce, dar după stabilizarea bolnavului. Reabilitarea pasivă ce include cinetoterapia, masajul, gimnastica pasivă, respiratorie se începe din primele zile.

Reabilitarea activă este strict individuală şi depinde de caracterul infarctului.

**Reabilitarea pasivă**

*Cinetoterapia -* se îndeplineşte sub formă de gimnastică curativă, elementele căreia sînt:

1. poziţiile anumite
2. mişcările pasive
3. gimnastica respiratorie
4. privirea fixată şi motilitatea oculară
5. masajul

Trebuia de ţinut cont de creşterea treptată a activităţilor şi preîntîmpinarea oboselii.

Tratarea prin poziţii de gimnastica pasivă se începe în:

* ictus ischemic – la 2-4 zi
* ictus hemoragic – la 6-8 zi în condiţii de hemodinamică stabilă (cifrele TA- lucrătoare, FR- 18-19`, pulsul ritmic.)

**I.Tratarea prin poziţie**

Dezvoltarea contracturii hemiplegice cu poza Vernike-Man apare la aflarea îndelungată a membrilor paretice într-o poziţie – aferentaţia permanentă de la muşchi duc la formarea în SNC a unor focare staţionare de excitaţie. Există diferite scheme de aranjare a membrilor paretice pentru prevenirea apariţiei contracturilor.

Schema I (după Tcaceva)

Alterarea periodică a poziţiei membrelor în poziţia bolnavului pe spate şi pe o parte.

*Poziţia pe spate* (des. 1-4) inversă poziţiei Vernike-Man. Mîna paretică se aranjează pe o pernuţă ca toată mîna şi centura scapulară să ie la un nivel pe suprafaţa orizontală. Apoi mîna se aduce lateral pînă la un unghi de 90 º (la dureri se face lent), se îndreaptă şi se supinează. Mîna întinsă să fixează cu langeta, iar pe umăr se pune un săculeţ cu năsip. Picorul paretic se flectează în articulaţia genunchiului sub un unghi de 15-20º ( se pune un rulon sub genunchi), planta să flexează sub un unghi de 90º şi se menţine aşa fixată de pat.

*Poziţia pe partea sănătoasă.(des.4.2.)*

Membrele paretice ocupă o poziţie flectată.

Mîna se flectează în articulaţia umărului şi cotului, se pun pe o pernuţă, piciorul se flexează în articulaţia coxofemurală, genunchiului şi talocrurală, se aranjează pe altă pernă. Dacă tonusul muscular nu s-a mărit, poziţia pe spate şi pe o parte se alterează la fiecare 1,5-2 ore, iar pe partea sănătoasă 30-50 min.

**Schema II(după J. Vontighem 19919)**

Alterarea poziţiilor pe spate, partea sănătoasă şi partea bolnavă.

1. Poziţia pe spat (des. 4.3.)

Capul pe pernă, gîtul flectat, umerii se susţin cu perna. Mîna paretică se aranjează pe pernă la distanţă de la corp, îndreptată în articulaţia cotului şi mîinei, degetele întinse. Coapsa paretică este în extensie şi pusă pe pernă.

1. Poziţia pe partea paretică (des. 4.4.)

Capul se stabilizează în poziţia comodă, trunchiul puţin întors şi se menţine din spate şi picioare cu perne.

Coapsa piciorului paretic se aranjează în extensie, articulaţia genunchiului în flexie uşoară. Mîna paretică să întinde pe pernă. Mîna sănătoasă se aranjează pe pernă sau pe corp. Piciorul sănătos – poziţie pe pernă uşor flectat în articulaţia genunchiului şi cocsofemorală.

III Poziţie pe partea sănătoasă (des. 4.5.)

Capul ocupă o poziţie pe o linie cu trunchiul, trunchiul uşor flectat anterior. Mîna paretică se aranjează pe pernă, flectată în articulaţie umărului sub un unghi de 90º şi întinsă.

Piciorul paretic uşor flectat în articulaţia coxofemorală şi artiulaţia genunchiului, gamba şi planta sînt plasate pe pernă.

Mînă sănătoasă ocupă o poziţia comodă. Piciorul sănătos se aranjează în extensia articulaţiei genunchiului şi articulaţia coxofemorală. La tratarea prin poziţie se va ţine cont ca mîna şi articulaţia umărului membrului paretic să se afle la acelaşi nivel pentru a ivita extensia capsulei articulare. Aşa o extensia apare destul de fregvent şi este însoţită de apariţia durerilor.

**II.Mişcările pasive.**

Ameliorează circulaţia în membrele paretice, contribue la scăderea tonusului muscular, precum şi stimulează apariţia mişcărilor active datorită influienţei reflectorii a impulsaţiei aferente ce apare în muşchii şi articulaţiile membrelor paralizate.

Pentru a diminua hipertonusul muscular şi preîntîmpinarea apariţiei schineziilor musculare pasive se încep din articulaţiile mari a membrelor treptat trecînd la cele mici.

Mişcările pasive se fac atît pe partea bolnavă cît şi pe cea sănătoasă cu un temp lent (tempul rapid măreşte tonusul muscular). Pentru acasta metodistul cu o mînă apucă extremitatea mai sus de articulaţie, cu alta mai jos, făcînd apoi mişcări în aceasta articulaţie într-un volum cît mai deplin.

În fiecare articulaţie se fac 5-10 mişcări. Mişcările pasive se asociază cu gimnastica respiratorie şi învăţarea bolnavului în relaxarea activă a muşchilor.

În efectuarea mişcărilor pasive în articulaţia umărului nu se recomandă abducerea şi flexia bruscă a mîinii paretice în articulaţia umărului pentru a preîntîmpina traumatizarea ţesuturilor periarticulare.

Pentru a preîntîmpina extinderea capsulei articulaţiei umărului se întrebuiţează procediul “de înşurubare” a capului humeral în fosa articulară metodistul cu minele treimile inferioare a gambelor flectate în articulaţiile genunchiului şi efectuiază alterînd flexia şi extensia în articulaţia genunchilor şi coxofemurale cu alunecarea concomitentă a plantelor pe pat.

La efectuarea mişcărilor pasive un rol se acordă apariţiei sinchineziilor în membrele paretice. La efectuarea mişcărilor în membrul inferior cu scop de a preîntîmpina apariţia sinchineziilor în mîna paretică bolnavul încleaştă degetele mîinilor “în lacăt”, sau apucă cu palmele articulaţiile cotului.

În timpul cînd metodistul face mişcări pasivi în piciorul paretic, bolnavul cu mîna sănătoasă face mişcări cu mîna paretică opuse celor sinchinezice.

Pentru preîntîmpinarea sinchineziilor în picior la efectuarea mişcărilor

în membrele superioare picioarelor paretic poate fi fixat cu o langetă.

**Ш MASAJUL**

***Mişcările active***

În lipsa contraindicaţiilor se încep:

ictus hemoragic –la 15-20 zi

ictus ischemic-la 7-10 zi de boală.

Cerinţa de bază –dezolarea strictă a sarcinii şi creşterea ei treptată.

Se desting exerciţii cu caracter static în care are loc contracţia tonică a muşchilor şi exerciţii cu caracter dinamic-însoţit de efectuare mişcărilor. În pareze severe gimnastica activă se începe cu exerciţii cu caracter static ca fiind mai uşoare. Aceste exerciţii, constau în menţinerea segmentelor membrelor în poziţia dată.(de cinetoterapeut) .În tabelul 4.1 sînt arătate unele exerciţii de aşa caracter.

Exerciţiile cu caractre dinamic se efectuiază în primul rînd pentru muşchii tonusul cărora deobicei nu se măreşte: m. abductor a umărului, supinatori, extensorii braţului, mîinii, degetelor, m. abductori ai coapsei, flexării gambei şi plantei piciorului.

În pareze profunde se începe cu exerciţii ideomotorii (bolnavul la început trebuie să-şi imagineze singur exerciţiile date, iar apoi să-le efectuieze, comentîndu-le verbal) şi exerciţii în condiţii necomplicate.

Aceste condiţii constau în înlăturarea forţei de greutate, şi forţei de frecare ce complică efectuarea exerciţiilor. Pentru aceasta mişcările se fac pe o suprafaţă orizontală, netedă, cu ajutorul metodistului care menţine segmentele membrelor mai jos sau mai sus de articulaţia în mişcare.

O importanţă se acordă mişcărilor izolate în articulaţii. Petru aceasta se foloseşte procedeul de opunere mişcării active, ce permite metodistului de a regula cu sarcina în diferite grupe de muşchi. Trebuie de urmărit respiraţia (nu se permite reţinerea respiraţiei), extinderea m. hipertonici la inspiraţie. Se efectuiază toate mişcările posibile petru această articulaţie cu un temp lent. La baza formării deprinderilor motorii stă formarea unor legături între diferiţi analizatori corticali, atunci la gimnastică curativă se folosesc diferite forme de aferentaţii (stimulaţia proprio- şi exteroreceptorilor).

Spre sfîrşitul perioadei acute a bolii se complică şi caracterul mişcărilor active, fregvenţa repetării lor, se încep exerciţii şi pentru trunchi (întoarceri şi înclinări laterale, flexie, extensie.)

Începînd cu a 8-10 zi în ictus ischemic şi de la 3-4 săot. în ictus hemoragic dacă permite starea generală a bolnavului şi hemodinamică, bolnavul se învaţă a şede. La început bolnavului de 1-4 ori pe zi pe durată de 3-5 min. i se dă o poziţie semişezîndă sub un ungi de 30º. În decurs de cîteva zile sub controlul pulsului se măreşte unghiul şi durata. Accelerarea pulsului la schimbarea poziţiei nu trebuie să depăşească 20 b./min.,la apariţia unei tahicardii evidente se micşorează unghiul de aşezare şi durata procesului.

Peste 6 zile unghil de ridicare se măreşte pînă la 90º, iar durata - pînă la 15 min. apoi se învaţă aşezarea cu picioarele coborîte (mîna paretică se fixează pentru a preîntîmpina extinderea capsulei articulare a umărului.

În timpul aşezării piciorului sănătos periodic se aranjează pe cel bolnav pentru a repartiza masa corpului pe partea paretică.

Se trece la poziţia în picioare lîngă pat pe ambele picioare şi alterînd un picior cu altul (fixînd articulaţia genunchiului pe partea paretică cu ajutorul langetei),mersul pe loc, apoi pe mersul prin salon, coridor cu ajutorul metodistului, iar pe măsura îmbunătăţirii mersului – cu ajutorul cîrjelor.

Este important de a elabora un steriotip corect al mersului, care constă în flexia concomitentă a piciorului în articulaţia flexo-femurală , genunchiului , taloclurală. Ultima etapă este mersul pe scări . mîna paretică să fie fixată. Măsurile metodice pentru îngrijirea bolnavilor cu hemipareză sînt date (tab.4.3).

*MASAJ (III punct al reabilitării pasive )*

Masajul în lipsa contraindicaţiilor se începe la acelaşi termen după ictus, în ictus ischemic – la 2-4 zi de boală

ictus hemoragic – la 6-8 zi de boală.

Masajul se face în poziţia bolnavului culcat pe spate şi partea sănătoasă, zilnic, începînd cu durata de 10 min. şi treptat mărim durată pînă la 20 min. Masajul muşchilor poate influenţa la starea tonusului muscular: în pareze spastice excitarea energică a ţesuturilor duce la creşterea spasticităţii. Mărirea spasticităţii poate fi cauzate şi de tempul mişcărilor masante (semnul lent scade tonusul muscular).

Deoarece în hemiplegie este o hipertonie selective, masajul tot trebuie să fie selectiv.

La efectuarea masajului pentru muşchii hipertonici se face netezirea, frecarea circulară şi vibraţia neîntreruptă. La masarea muşchilor antagonişti se foloseşte netezirea, frecare şi vibraţia întreruptă.

Masajul se începe de la segmentele proximale şi continue spre cele distale a membrelor. Se atrage atenţie masării m. pectoral mare cu tonus mărit, se face netezire lentă, şi m. deltoid – cu tonus scăzut (se face masaj stimulant).

Masajul se face timp îndelungat, la un curs 30-40 de proceduri. Durată măsurilor de reabilitare în staţionar nu durează mai mult de 1,5-2 luni. Ulterior bolnavul se transferă la centre de reabilitare ambulatorii.

Tabelul 4.1.

Exerciţii pentru contracţia statică a muşchilor membrelor

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Exerciţiul | Poziţia iniţială şi metodica de afectuare |
| 1 | Contracţie statică a muşchilor extensor a mîinii ( des. 4.7.) | Culcat pe o suprafaţă orizontală: pe spate, umărul paralel trunchiului, antebraţul flexat sub < 90 º după poziţie verticală. Metodistul susţine antebraţul bolnavului, bolnavul efectuează contracţia statică a muşchilor extensori ai mîinii |
| 2 | Contracţia statică a muşchilor flexori a braţului (des. 4.8) | Culcat pe o suprafaţă orizontală pe spate, umărul paralel trunchiului, antebraţul flexat sub < 90 º şi după poziţie verticală. Metodistul susţine antebraţul în această poziţie ţinînd bolnavul de mînă, bolnavul făcînd contracţia statică a muşchilor flexori a antebraţului. |
| 3 | Contracţia statica a muşchilor flexori a antebraţului (des. 4.9) | Culcat pe o suprafaţă orizontală pe spate. Mîna în extensie în articulaţia cotului la un < 180 º se ridică în sus . Metodistul ţinîndu-se de umărul bolnavului ţine mîna în poziţie verticală, bolnavul încercînd contracţia statică a muşchilor extensori ai antebraţului. |
| 4 | Contracţia statică a muşchilor flexori dorsali ai plantei (des. 4.10) | Culcat pe o suprafaţă orizontală, mîinile de-a lungul corpului, piciorul sănătos flectat în articulaţie genunchiului şi se sprijină cu planta pe pat, membrul paretic se aranjează pe cea sănătoasă gamba se aşează pe o suprafaţă orizontală. Bolnavul face contracţii statice a muşchilor flexori dorsali ai plantei. |
| 5 | Contracţia statică a muşchilor extensori ai gambei (des. 4.1) | Culcat pe spate pe o suprafaţă orizontală, mîinele de-a lungul corpului, piciorul sănătos flectat în articulaţia genunchiului şi sprijinit planta de pat, piciorul paretic se aranjează pe cel sănătos, apoi gamba piciorului paretic se extinde în articulaţia genunchiului sub < 180 º, şi se susţine de metodist. Bolnavul menţine gamba în poziţia dată – vertical. |
| 6 | Contracţia statică a muşchilor flexori ai gambei (des. 4.2) | Culcat pe burtă, flexată în articulaţia genunchiului sub < 90 º, gamba poziţionată în poziţie verticală şi susţinută de metodist. Bolnavul se stăruie să menţină gamba în poziţie verticală. |
| 7 | Contracţia statică a muşchilor flexori ai coapsei (des.4.13) | Culcat pe o suprafaţă orizontală, pe spate, piciorul paretic flexat sub < drept în articulaţia coxo-femurală şi articulaţia genunchiului, gamba susţinută de metodist. Bolnavul susţine coapsa în poziţie orizontală dată. |

**Metodica îngrijirii bolnavului cu hemipareză.**

Tabelul 4.2.

|  |  |
| --- | --- |
| Trecerea bolnavului pe pat (des. 4.16) | Metodica îndeplinirii  Bolnavul culcat pe spate, picioarele flexate în articulaţiile genunchilor şi sprijinindu-se pe plante. Ajutorul rădică bazinul bolnavului şi îl trage într-o parte, apoi cu ajutorul pernei se trec şi umerii bolnavului. |
| Trecerea bolnavului peste partea sănătoasă (des. 4.17) | Pasiv: piciorul paretic flexat în articulaţie genunchiului, mîinile bolnavului împreună. La rostogolire bolnavul se susţine de umăr şi coapsă.  Activ: bolnavul ţine mîinile unite împreună, trece piciorul paretic peste cel sănătos, începînd de la coapsă. |
| Trecerea peste partea paretică. | Ajutorul susţine umărul şi genunchiul de partea paretică, bolnavul trece mîna sănătoasă şi piciorul pe partea cealaltă. |
| Trecerea din poziţia culcată în poziţia şezîndă. (des. 4.19) | Pasiv: bolnavul în poziţie cu picioarele flectate se rostogoleşte peste partea paretică, la trecerea în poziţia şezîndă bolnavul se susţine de marginea patului.  Activ: bolnavul culcat pe partea paretică. Pentru ca să se aşeze, se sprijină de marginea patului cu mîna sănătoasă, ajutorul susţine coapsa pacientului şi îndreaptă umărul din partea sănătoasă în sus. |
| Scularea din poziţie şezîndă (des. 4. 20) | În faţa bolnavului se aranjează o taburetă. Pacientul întinde mîna paretică înainte, susţinînd-o cu mîna sănătoasă, se apleacă înainte aşa ca capul să fie înaintea picioarelor şi se ridică. Ajutorul stă din partea hemiparezei susţinînd bolnavul, iar mîna ajutorului să fie aranjată în regiunea articulaţiei coxo-femurale sănătoase, cealaltă mînă – pe genunchiul piciorului paretic. |
| Trecerea de pe scaun pe pat sau de pe pat pe scaun (des. 4.21) | Pasiv: ajutorul stă în faţa bolnavului, apucă bolnavul de umeri, susţinînd mîna paretică întinsă între umărul şu trunchiul său, genunchiul piciorului paretic este cuprins între genunchiul ajutorului. Greutatea bolnavului se trece pe tălpi, apoi ajutorul îndreaptă umerii bolnavului înainte şi în jos, ajutînd la aceea ca tălpile bolnavului să se desparte de podea. Apoi se trece şi trunchiul bolnavului.  Activ: bolnavul lasă picioarele pe podea, tălpile se află pe o linie verticală cu genunchii, mîinele în lacăt întinse înainte. Tălpile se desprind de podea, iar în greutatea corpului se trece înainte, bolnavul se deplasează spre scaun sau pat. Ajutorul susţine bolnavul de coapse şi coordonează mişcările, redîndule plasticitate. Pentru a uşura anteflexia bolnavului în faţa lui se aranjează un scaun, de care pacientul se poate sprijini în timpul sculării. |
| Mersul în poziţie şezîndă (des. 4.22) | Pasiv: masa corpului bolnavului se trece lent dintr-o parte în alta, schimbînd concomitent şi tălpile. Mîinele sînt fixate în lacăt şi întinse înainte.  Activ: bolnavul desinestătător îndeplineşte mişcările susnumite, mîinele întinse înainte. |
| Mersul (des. 4.23) | Ajutorul stă în faţa bolnavului. Mîna paretică se aranjează pe umărul ajutorului. Ajutorul susţine mîna paretică, trecînd mîna sa sub umărul bolnavului. Cealaltă mîna ajutorului se aranjează pe bazinul pacientului şi ajută la mers. Ajutorul se poate aranja şi din partea hemiparezei şi susţine umărul şi palma mîini paretice. |

**Restabilirea deprinderilor uzuale la bolnavii după ichtus.**

Tabelul 4.3.

|  |  |
| --- | --- |
| Deprinderea | Metodică |
| Dezbrăcarea (des. 4.24) | Bolnavul: urmăreşte după menţinerea echilibrului; mîna paretică se menţine între genunchi în aşa mod ca să suprimăm sinchineziile patologice: cu ajutorul mîinii sănătoase trage gulerul cămaşei peste cap; scoate mîna sănătoasă din mînică strînsă cu mîna care se află pe geninchi, cu mîna sănătoasă scoate haina de pe mîna paretică. Metodistul urmăreşte echilibrul pacientului, menţine mîna paretică întinsă; ajută suprimarea sinchineziilor în mîna paretică. |
| Îmbrăcarea pantalonilor (des. 4.25) | Bolnavul ocupă o poziţie “picior peste picior”, îmbracă pantalonii pe piciorul paretic cu ajutorul mînii sănătoase; aranjează piciorul paretic pe podea astfel ca degetele piciorului să fie pe o linie verticală cu genunchiul; piciorul sănătos îl îmbracă în pantalon. Înainte de aşi trage pantalonii bolnavul trebuie să se asigure că îşi menţine echilibru în picioare. Pentru a fi mai sigur se poate sprijini de masă.  Metodistul: îndreaptă mîna bolnavului în timpul primei faze de îmbrăcare; controlează trecerea greutăţii corpului pe piciorul paretic; ajută la fixarea genunchiului piciorului paretic în timpul fazei a doua de îmbrăcare. |
| Îmbrăcarea maioului (des. 4.26) | Bolnavul: aranjează maioul pe coapsa piciorului sănătos cu tăitura mare în jos, mîna paretica fiind strînsă între genunchi pentru preîntîmpinarea sinchineziilor patologice, cu ajutorul mîinii sănătoase îmbracă maioul peste cap. La îmbrăcarea maioului peste cap corpul rămîne uşor flectat, apoi bolnavul se îndreaptă şi – şi aranjează maioul.  Metodistul: îndreaptă mîna paretică în mînecă; ajută la îmbrăcarea maioului peste cap. |
| Îmbrăcarea cămaşei  (des. 4.27) | Bolnavul: se aşează aşa ca pentru îmbrăcarea maioului; aranjează cămaşa pe genunchiul piciorului paretic cu gulerul în jos; mîna paretică se strînge între genunchi pentru preîntîmpinarea sinchineziei; aranjează mîneca pentru măna paretică între genunchi; cu măna sănătoasă trage măneca pe măna paretică pînă la nivelul umărului; se apucă cămaşa şi se îmbracă mîna sănătoasă.  Metodist: îndreaptă mîna paretică în mîneca hainei. |
| Încălţarea încălţămintei şi ciorapilor. (des. 4.28) | Bolnavul: ocupă poziţia iniţială, arătată pe desen, desface ciorapu cu degetul mare, indicator şi mediu, încalţă ciorapul. Încalţă încălţămintea pe degete, pune talpa cu piciorul pe podea şi încalţă piciorul.  Metodistul: la necesitate corectează poziţia încălţămintei la prima etapă; exercită presiune pe genunchiul paretic la etapa a doua. |
| Curăţirea dinţilor, pieptănarea, bărbieritul, şi machiajul (des. 4.29) | Bolnavul: se convinge în stabilitatea sa; după măsura posibilităţilor îndeplineşte procedurile corespunzătoare cu ambele mîini.  Metodistul: ajută bolnavului la menţinerea echilibrului, îi ajută la menţinerea mîinii paretice. Sînt necesare pauze scurte pentru restabilirea echilibrului pacientului. |
| Alimentarea bolnavului (des. 4.30) | Bolnavul: ocupă o poziţie comodă la masă, mîna paretică întinsă înainte şi stă pe masă.  Metodistul: coordonează mişcările bolnavului. |
| Deschiderea robinetului (des. 4.31) | Bolnavul: şede pe scaun, roteşte robinetul, controlează temperatura apei cu mîna sănătoasă.  Metodistul: controlează ambele mîini ale bolnavului. |
| Spălarea cu ajutorul mîinii sănătoase  (des. 4.32) | Bolnavul: menţine echilibrul în poziţie şezîndă (trunchiul puţin înclinat înainte, umărul paretic întins) îndreaptă mîna paretică pe chiuvetă, spală mîna şi faţa.  Metodistul: supraveghează echilibrul bolnavului. Pe contul schimbării înălţimii scaunului e posibil de a preîntîmpina contracţia muşchilor mîini în cazul hipertonic, luxaţia umărului pe contul întinderii capsulei articulaţiei umărului în caz de hipotonie musculară. |
| Spălarea mîinii sănătoase cu mîna paretică  (des. 4.33) | Bolnavul: ia în mîna paretică bureta, iar cu mîna sănătoasă se susţine de marginea mesei sau chiuvetei.  Metodistul: coordonează mişcările mîinii paretice în timpul spălării, susţine mîna de cot, trage umărului mîinii paretice înainte. Ştergarul se trage peste mîna paretică de către bolnav sau metodist. |
| Spălarea picioarelor (des.4.34) | Bolnavul: aranjează piciorul sănătos pe linie medie, apoi apucă cu ambele mîini piciorul paretic în regiunea genunchiului; piciorul paretic îl pune pe cel sănătos , spală piciorul paretic.  Metodistul: controlează piciorul sănătos, urmăreşte poziţia celui paretic. În timpul cînd bolnavul stă cu piciorul peste picior trebuie de urmărit ca centru de greutatea să se proiecteze pe vîrful degetelor piciorului paretic. |
| Igienă personală (des.4.35) | Bolnavul: stă în faţa chiuvetei, trece greutatea de pe piciorul bolnav pe cel sănătos, se spală.  Metodistul: ajută la trecere greutăţii corpului. Dacă în timpul procedurii pacientul pierde echilibrul e necesar de a face întreruperi pentru a restabili echilibru. |