

Temat - Choroby układu nerwowego:

Choroba Parkinsona

Jest postępującą chorobą układu nerwowego, dotyczącą układu porażeniowego:

- przętłowia
 - jątki bladej
 - jądra podstanny
- } struktury te są odpowiedzialne za:
- kontrolę postawy ciała
 - napięcie mięśniowe
 - ruchy automatyczne

w chorobie Parkinsona dochodzi do zaniku neuronów dopaminergicznych, co prowadzi do spadku stężenia dopaminy. Objawy kliniczne pojawiają się przy spadku stężenia dopaminy o 70-80%.

- Przebieg:
- 80% przypadków męskiana
 - ewentualnie dziedziczna
 - Najczęściej powstaje po 65 r.ż / 50 a 70 r.ż /
wiele częściej chorują mężczyźni.

Choroba rozpoczyna się często od silnego stresu lub wstrząsu gwałtownego.

Małgorzata Triada objawów choroby Parkinsona to:

wzniecie spoczynkowe : - mgsto dotyczaj jednej konczyny / porazkowo /
np. kracenie pienioday, kwecenie pigulek.

- czasem obrzenie brody, wawy, jazyka

1. Sztynnosci miesniowa - napiecie miesniowe - opor jest jednolity na pomiatku i pod koniec ruchu.
 - sztywnosci moze tez byc przyczyna "kosc szbatego" - podras zginania opor utrzymuje w sposob skokowy.
 - sztywnosci miesni szyi i karku - objawu "poduszki" - chowy leizec, utrzymuje w powietrzu ucieta, glosu.

3. Sporozumienie ruchowe - bradykineza - objawia sie:

- hipomimiczna twarz,
- rzadkim mruganiem
- wolna i nie wyrazna mowa
- sporozumieniem wykonywania czynnosci codziennych np. nastawianie, ubieranie sie.

- trudnosci z wzporzeniem wuchu, a wykonywane ruchy zostaja zatrzymane - przymusowy bezruch -

- sklonnosci do padania do przodu - propulsja -
- sklonnosci do padania do tyln - retropropulsja -
- zaburzenia rownowagi np. przy zmianie kierunku wuchu lub jego wzporzeniu.

noszylko to zwiezksza wyzko upadkosc.

Typowa dla choroby Parkinsona jest:

- pochylona tu przodosci sylwetka
- chod dwobunymi krokami
- zaurwanie nogami
- aie balansowanie rękami
- pewno staje sie male i nierzytelne - mihiografia -

Inne objawy to: zaburzenia calciumowe: - osłabienie mięśni
 - zaburzenie smaku
 - bóle mięśniowe

Zaburzenia vegetatywne - upadki

- nadmierna wrażliwość na zmiany temperatury z napadami pocenia się
- ślinotok i zaburzenia połykania
- łojotok
- zaparcia
- zaburzenia potencji
- zaburzenia opróżniania pęcherza moczowego - od

wtrudzonego oddarcia aż po ustomoc.

Zaburzenia psychiczne

- zespół otępienny lub / i
- zespół depresyjny
- stany nawrotowe i siuchone
- bezsenność.

Przebieg choroby jest indywidualny. Starczy z objawów triady może pojawić się sam lub w połączeniu z innymi. Choroba ma zawsze przebieg postępujący, jednak tempo zmian jest osobniczo zmienne. Czasem w ciągu kilku lat pacjent staje się niesamodzielny w zakresie samoobsługi, a czasami zachowuje sprawności do późnej starości.

w przebiegu choroby rozwija się coraz bardziej

trwająca kilka lat - dochodzi w niej do stopniowego uszkania neuronów dopaminergicznycy - bez objawów klinicznych

Faza minimingu - podnas której w okresie wczesnym choroby dobre reaguje na leki

w okresie późniejszym zaawansowanej choroby, dochodzi do stopniowego zmniejszenia skuteczności leczenia i wystąpienia podobnych polekonoży - objaw on-off - nagły przejściowy zanik efektu leku w czasie jego zażywania:

- jako "on" - określa się czas dobrej sprawności ruchowej
- jako "off" - określa się czas złej sprawności ruchowej

np. mimowolne ruchy kołyski zwieszana dolnych, utrudnione poruszanie, natępienie, psychozy

w zaawansowanym parkinsonizmie trudno jest czasem odpowiedzieć czy występowanie objawów jest wynikiem progresji choroby, czy też jest efektem działań ubocznych leków.

Postępowanie - pielęgnacja.

Komunikacja : - stała osoba kontaktująca się z personelem pielęgnacyjnym

- nie niecierpliwić się - powoduje to, że podopieczny czuje się poddany naciskom.

- Kontaktować się na spontaniczne reakcje chorego

- Codzienny trening mowy - zadeczać do wolnego i dobrego mówienia, śpiewania, śmiechu, śmiechu. Zapewnić leczenie logopedyczne.

- Codziennie ćwiczyć pisanie dwukolorowymi literami, i ćwiczyć ich rozumowanie

- Bliski kontakt wzrokowy

- Aktywne słuchanie - zwiększać porażenie u chorego wzajemnej wdzięczności

- Poruszanie się - trenowanie zachowanych ruchów - ćwiczyć czynności codzienne np. przekraczanie nożem, wstawanie z łóżka, siadanie.
- ćwiczenie chodzenia - najpierw pięty, lekko wyprostować nogi, przy amputacji prawej
 - zachowanie postawy ruchu przemieszczając przez wyprostowanie rąk ruchów na ~~komendy~~ komendy, nadawanie rytmu, rytmika przy muzyce, również tańce
 - ćwiczenia postawy i równowagi
 - Profilaktyka upadków / patn w chorobach ubł. wudm /
 - Indywidualny dobór środków pomocniczych przy chodzeniu

Mycie się i ubieranie

- Najmoczniej lekko naciąć rano przed toaletą,
- Mycie ciała rasy dziennie, codziennie brać prysznic z powodu zmniejszonego wyczucia potu.
Bezpieczeństwo - taboret pod prysznicem, uchwyty
- codziennie zmieniać bieliznę
- Naturalnie dezodoranty i dodatki odświeżające
- Nie stosować kwemno do toalety z powodu tężotoku
- Dokładna pielęgnacja oczu, gdyż z powodu nadkiego mrugania występuje ryzyko zapalenia spojówek
- Ubrania łatwe do wzięcia np. węzy - z powodu drżenia
- Do golenia używać maszynki elektrycznej.

Jedzenie i picie

- Zachęcać do samodzielnego przyjmowania pokarmów
- Dostosować środki pomocnicze np. specjalne sztućce, talerz z odpowiednim wyściobieniem, talerz trzymający ciepło i t.p.

- ciężkie jaskranki z dwoma uszami - z powodu drżenia
- wypełnić jaskranki tylko do połowy - ryzyko wyłamania
- stosować serwetki jako ochrona ubrania
- przy zaburzeniach potykania podawać pojedyncze kęsy do ust i zagezowane piyny

Terapia zajęciowa

- robotki ręczne i zajęcia gospodarstwa domowego - poprawiają precyzyjność ruchów.
- dostarczanie poczucia sukcesu
- ergoterapia

Stwardnienie rozsiane (SM)

jest najczęstszym schorzeniem organizmującym ośrodkowego układu nerwowego w mózgu i rdzeniu kręgowym powstaje ognisko chorobowe, czego następstwem jest uszkodzenie drogi nerwowej.. choroba prowadzi do zapalenia tkanki nerwowej osłonki mielinowej.

Osłonka mielinowa działa jak izolacja przewodzącego, umożliwiając prawidłowe szerzenie się pobudek bioelektrycznych we włókienkach nerwowych /pat anatomia budowa komórki nerwowej/. Gdy dojdzie do zapalenia i uszkodzenia osłonki mielinowej, może wystąpić całkowite przerwanie czynności nerwów.

u większości chorych pierwsze objawy są wykrywane między 20 a 40 r.ż.. Stwardnienie rozsiane przebiega zaostrzająco z okresami zaostrzeń i remisji

Przyczyny są niejasne.

- Predyspozycja genetyczna
- np. rdzenie hipotezy - hipoteza infekcyjna

są urządzenia pomagające pacjentowi utrzymanie higieny osobistej takie jak podpory, uchwyty, mata antypoślizgowa, nisko zawieszona szafka w toaletach i wannach. Należy spod nóg chorego usunąć wszelkie śliskie dywaniki, odklejając się wykładzinę czy wysokie progi. Ważną rolę odgrywa także obuwie, nie może być śliskie i trudne do włożenia przez chorego.

Rzut choroby a rehabilitacja

Stwardnienie rozsiane to choroba, w której mamy do czynienia z rzutami. **Rzutem** określamy pewną grupę objawów, która pojawia się w określonym czasie i przez pewien czas utrzymuje. W okresie rzutu choroby rehabilitacja ruchowa powinna być mniej intensywna i ograniczać się jedynie do ćwiczeń biernych i oddechowych. Rehabilitacja pacjentów z bardziej zaawansowaną chorobą, którzy poruszają się z trudem czy korzystają z wózka inwalidzkiego, prowadzona jest głównie w celu zmniejszenia spastyczności, ograniczenia skurczów mięśniowych oraz przeciwdziałania przykurczom stawowym.

W późniejszym okresie choroby niezbędną rolę odgrywa także **rehabilitacja mowy**, która poprawia zakres komunikowania się pacjenta z otoczeniem. Ważną rolę odgrywa również **rehabilitacja mięśni miednicy**, w celu poprawy kontroli funkcji zwieraczy.

W przypadku **rehabilitacji ruchowej** mamy do czynienia z prostymi czynnościami wspierającymi, zwiększającymi ruchomość czy rozciąganie kończyn. Zmniejszają one sztywność, kurczliwość oraz męczliwość mięśni przez co chory m.in. łatwiej znosi wysiłek fizyczny a poruszanie nie sprawia mu bólu. Kandydatami do rehabilitacji ruchowej są pacjenci z umiarkowanymi zaburzeniami funkcji neurologicznych, którzy zachowują jeszcze zdolność do w miarę swobodnego poruszania się. Osoby te powinny się zaangażować w uprawianie sportu (jazda na rowerze, piesze spacerowanie czy zajęcia w wodzie).

Członkowie profesjonalnego zespołu rehabilitacyjnego, odwiedzają pacjenta w domu, gdzie mogą realizować **rehabilitację społeczną i psychologiczną**. Chory pomimo choroby, która go spotkała, powinien zrozumieć i uświadomić sobie, iż jest w stanie sam poradzić sobie z codziennymi problemami czy zadbać o siebie. Ważne by nie czuł się wykluczony z życia społecznego. Pacjent nie powinien rezygnować ze swoich pasji oraz zainteresowań.

Ćwiczenia w stwardnieniu rozsianym

Pacjentom z SM zaleca się ćwiczenia rozciągające, które poprawiają sprawność ruchową oraz **ćwiczenia na koordynację** i utrzymanie równowagi. Bardzo przydatne są ćwiczenia ruchowe wykonywane z obciążeniem oraz ćwiczenia w wodzie, które umożliwiają poruszanie np. niewładnymi kończynami. Zastosowanie wody o obniżonej temperaturze u pacjentów z zaburzeniami widzenia- poprawia wzrok. Ćwiczenia rehabilitacyjne powinny być zróżnicowane, regularne i zawsze odbywać się pod okiem wykwalifikowanego personelu. W przypadku zajęć w domu nie wolno samemu zmieniać czy ustalać przebiegu oraz czasu trwania ćwiczenia. Pomieszczenie, w którym się odbywają należy przewietrzać. W trakcie ćwiczeń należy stosować przerwy i ćwiczenia oddechowe, każdy pacjent powinien ćwiczyć we własnym tempie. Obserwacje pokazują, iż odpowiednio prowadzona rehabilitacja może doprowadzić do poprawy a nawet do naprawy utraconej funkcji neurologicznej.

Podjęcie bądź utrzymywanie aktywności zawodowej w przypadku osób dotkniętych SM jest bardzo ważnym elementem rehabilitacji. Pacjenci ze stwardnieniem rozsianym w większości przypadków, zwłaszcza na początku rozwoju choroby mogą prowadzić pojazdy mechaniczne, co pozwala zwiększać ich aktywność, a także docierać do miejsc, gdzie będą poddawane rehabilitacji.

Opieka psychologiczna w stwardnieniu rozsianym

W rehabilitacji pacjentów z SM szczególną rolę odgrywa pomoc psychologiczna już w od momentu usłyszenia diagnozy. Jest to sytuacja stresująca dla niektórych wręcz traumatyczna, która wywołuje napięcia, lęki, niepewność a nawet zagrożenia życia osobistego, zawodowego i planów na przyszłość. Pierwszym etapem **rehabilitacji psychologicznej** jest dostarczenie pacjentowi jak najwięcej informacji o chorobie, która go dotknęła (przekazanie ulotek, rozmowa, odpowiedzi na wszelkie pytanie, polecenie książek). Trzeba to uczynić w sposób zrozumiały dla pacjenta, bez posługiwania się skomplikowanym słownictwem, cierpliwie, bez pośpiechu.

Rehabilitacja ta dotyczy także rodziny pacjenta, ponieważ choroba ta będzie miała znaczący wpływ na ich życie. Rehabilitacja ta kładzie duży nacisk na przeciwdziałanie izolacji oraz odrzucenia pacjenta jak również kontrole jego stanu emocjonalnego.

Mieszkanie osoby chorej na stwardnienie rozsiane

W początkowym okresie choroby, gdy pacjent jest w stanie samodzielnie się poruszać nie wymaga istotnych zmian w urządzeniu mieszkania. W zaawansowanych i późniejszych okresach choroby istotną rolę odgrywają odpowiednie urządzenia i przyrządy ułatwiające proces rehabilitacji, a także poruszanie się pacjenta. Do tych przyrządów należą kule oraz inne podpory ułatwiające poruszanie się (platformy, wózki inwalidzkie i stoły pionizacyjne).

Bardzo ważną rolę odgrywają również urządzenia domowe ułatwiające pacjentowi wykonywanie czynności życiowych, takie jak: bezprzewodowe włączniki światła, telefony z zestawem głośnomówiącym, alarmy, automatycznie otwierane drzwi i wiele innych. Niezbędne

Rehabilitacja w SM.

Obecnie schorzenie to może dotknąć wszystkich ludzi bez względu na wiek i tryb życia. **Rehabilitacja w stwardnieniu rozsianym powinna być jak najwcześniejsza gdyż jest nieodzownym elementem terapii chorego.** Należy ją dostosować bezpośrednio do pacjenta. Ważne jest wsparcie chorego i zachęcanie go do każdej formy aktywności, która pozwala zachować sprawność psychoruchową.

Stwardnienie rozsiane należy do chorób powoli postępujących, demielinizacyjnych i trwających całe życie. W sposób trwały i nieodwracalny upośledza prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Bardzo ważną rolę w przypadku tej choroby odgrywa regularna rehabilitacja.

Rehabilitacja jest definiowana jako proces, w którym osoba niepełnosprawna nabywa na nowo wiedzę i wszelkie umiejętności potrzebne do maksymalnego wykorzystania pozostającej do jej dyspozycji funkcji ruchowych, społecznych i psychologicznych. Rehabilitacja jest procesem silnie zależnym od stanu ogólnego pacjenta, etapu choroby, ponieważ przebiega ona bardzo indywidualnie. SM powoduje wiele różnych objawów i postępuje w różnym tempie. Rehabilitację należy planować indywidualnie dla każdego. Nie ma również jednego uniwersalnego zestawu ćwiczeń dla pacjentów z SM.

Cel rehabilitacji w SM

Do szerokiego zakresu procesów rehabilitacyjnych chorych z SM zaliczamy:

- zdobycie wszechstronnej wiedzy na temat choroby i cały czas jej pogłębianie,
- rehabilitację ruchową, psychologiczną oraz społeczną w celu pełnego powrotu pacjenta do stanu pełnosprawności,
- technik, których zadaniem jest przeciwdziałanie wtórnym komplikacjom,
- wszelkie działania dających szansę choremu z SM na niezależne, samodzielne i sprawne funkcjonowanie w życiu codziennym.

Formy rehabilitacji pacjentów ze stwardnieniem rozsianym:

- rehabilitacja ruchowa,
- hydroterapia,
- rehabilitacja mowy,
- rehabilitacja urologiczna,
- rehabilitacja zawodowa,
- rehabilitacja psychologiczna,
- rehabilitacja społeczna (środowiskowa).

Rehabilitacja pacjenta z SM jest procesem długotrwałym, wymagającym regularności oraz pomocy wykwalifikowanego personelu. Przerwy pomiędzy ćwiczeniami nie powinny być zbyt długie. Celem rehabilitacji jest zwiększenie ruchomości stawów, poprawa koordynacji, siły mięśni, płynności ruchów, wydolności organizmu oraz stabilności i równowagi ruchów.

Rehabilitacja w szpitalu i w domu

Rehabilitację należy rozpocząć jak najszybciej. Na początku powinna odbywać się w szpitalu a następnie w domu chorego. **Rehabilitacja na oddziałach szpitalnych** jest silnie ograniczona czasowo ale bardzo intensywna i zróżnicowana. Już na tym etapie bardzo ważną rolę odgrywa udział rodziny, w procesach rehabilitacyjnych, który nie tylko poprawia stan psychiczny chorego ale także przygotowuje wszystkich domowników do codziennych ćwiczeń.

W przypadku **rehabilitacji domowej** nie ma możliwości zastosowania wielu niezbędnych technik dlatego wiele rodzin decyduje się na korzystanie z rehabilitacji w specjalnie przygotowanych do tego ośrodkach. Program zajęć dostosowany jest zawsze indywidualnie do pacjenta. Wsparcie psychiczne i emocjonalne, mobilizacja chorego, dbałość o ciągłość ćwiczeń oraz konsekwencja w założonych celach rehabilitacji są niezbędnym warunkiem osiągnięcia zamierzonych korzyści przez chorego ze stwardnieniem rozsianym.

Objawy: w zależności od zajętego obszaru mózgu. Objawy mogą różnić się w poszczególnych mutach

→ zaburzenia czucia:

→ Postępujący niedowład aż do porażenia mięśni poprzeczanie przepłkora

→ Porażenie ośrodkowe: spastywność wyprostna i zesztywna.

→ Objawy mózdkowe: ataksja chodu np. chód na szewskiej podstawie

- mowa skandowana

- drżenie zamiarowe

- ataksja tułowi - niemożność prostego sierkemi

→ Zaburzenia widzenia: widzenie zniekształcone, podwójne, zer.

→ Nietrzymanie moczu: odruchowe lub typu parcia.

→ Impotencja

→ Objawy ~~psy~~ psychiczne - depresja, agresja, nadek euforia, otępienie

Mechanizmy, sposoby postępowania

→ Praca z rodzinami: informacja, odciążenie, tworzenie grupy samopomocy, dbanie o siebie.

→ Zapewnienie udziału w grupach samopomocy

→ Dopasowanie mieszkanca do wywołania wolta inwalidzkiej

→ Ostrożności przy mówieniu o SM: rozpoznanie to budki 12

→ Bole mogą być wyrazem ogniska demielinizacyjnego w nerwach czuciowych, ale również nieprawidłowego obciążenia układu ruchu - poinformować lekarza, fizjoterapeuta

→ Zrozumienie i akceptacja choroby są bardzo ważne w SM. Dlatego zawsze w czasie kryzysów proponować wspierające rozmowy.

Udar mózgu - zawał mózgu, apopleksja.

Jest częstą chorobą neurologiczną, ostre uszkodzenie mózgu spowodowane zaburzeniami przepływu krwi w tętnicach.

W najcięższej postaci prowadzi do śmiertelności ok. 20% w ciągu 1 tyg, poniżej 37% w ciągu roku

Przyczyny: - Udar niedokrwienne.

- Zamknięcie tętnicy mózkowej prowadzi do niedokrwienia zapalnionego przez nią obszaru mózgu i niedoboru tlenu - hipoksja a z tego powodu do obumierania komórek mózgowych - zawał mózgu.

- W 40-50% przyczyną jest zamknięcie tętnicy przez zakrzep przy istniejących zmianach miażdżycowych

- W 30-35% jest zator, np. przy zaburzeniach rytmu serca, migotaniu przedsionków.

Udar krwotoczny

- W 20-25% - krwawienie do mózgu np. przy pęknięciu tętnicy mózkowej z powodu istniejącego nadciśnienia tętniczego lub krwawienia podprążeniowego z tętniaka, krwawienia tętniczego przy wazach czaszkowo mózgowych.

Przyczyny inne np. guzy, leki, choroby zapalne naczyń, zaburzenia krzepnięcia krwi

Czynnik ryzyka:

- Niepoddające się modyfikacji: wiek, chłódzenie.
- Poddające się modyfikacji:
 - wysokie ciśnienie tętnicze
 - cukrzyca
 - zwiększony poziom cholesterolu LDL
 - palenie
 - migotanie przedsionków
 - niewłaściwe odżywianie, nadciężenie
 - brak ruchu
 - alkohol.

Objawy - TIA - przemijający atak niedokrwienney
jest to zwiastunem zapowiadającego udaru.

- czas trwania - kilka minut do maks. 24 godzin
- nagłe wystąpienie niedowładu lub porażenia po jednej stronie ciała, szczególnie kończyn górnej, dolnej lub twarzy
- światłotwość utrata wzroku, wickenie podwojone
- Przemijające jednostronne zaburzenia świadomości,
- silny i nagły ból głowy, nagłe zawroty głowy.

Objawy udaru mózgu.

• Objawy potowicze:

- potowiczy niedowład lub porażenie.

- Postępkowo wiotkie, potem spastyczne napięcie mięśni
- Porażenie nerwu twarzowego z asymetrią mięśni twarzy;
 - jednostronne opadnięcie kąta ust
 - jednostronne odchylenie jądra nosowo-wardłowego
 - wyćkanie śliny
- Zaburzenia percepcji i czucia po zajętej stronie: temperatura, dotyk, zapach, smak.
- Zaburzenia widzenia - двојение, zmniejszenie widzenia, przemijające utrata wzroku w jednym oku
- Zaburzenia mowy często w połączeniu z zaburzeniami czytania i pisania
- Zaburzenia artykulacji
- Porażenie lub zaburzenia połykania
- Zaburzenia porannosci - (agnozja) utrata pamięci (amnezja)
- Zawroty głowy z niepokojnym chodem, utratą równowagi
- Nudności, wymioty, splątanie
- Nagle występujące bardzo silne bóle głowy
- Zaburzenia układu wegetatywnego: np. nieprzyjemne mrowienie, stolca, poty, wzrost ciśnienia tętniczego krwi i spadnięcie glikolawy we krwi, ślimienie, zaburzenie rytmu serca
- Zamieszanie:
 - zaburzenie zachowania i uwagi
 - niedostrzeganie osób
 - niedostrzeganie przedmiotów i części własnego ciała znajdujących się po stronie przeciwnej do udaru.
- (Porażenia i zmiany występują po stronie przeciwnej niż udar) udar w lewej stronie - porażona prawa

- zespół odrywania:

- przesunięcie linii przewodzonej ciała i słowności do upadków na stronę porażoną
- strona mniej uszkodzona jest „spychana” przez stronę porażoną w nieuzupełnionych postawach i ułożeniach ciała

Objawy psychiczne:

- zaburzenia kontaktów społecznych aż do całkowitego wycofania społecznego w. z powodu zaburzeń mowy
- osłabienie uświadomości, zmiany osobowości
- lęki przed potrzebą opieki i uależnieniem od innych
- Agresja jako sposób radzenia sobie na skutek utraty własnej wartości i niezależności.

Postępowanie - pielęgnacja

- Stan nagły - leczenie musi być rozpoczęte tak wcześnie jak to tylko możliwe

- Powodzenie Analizować objawy zwiastujące
- Przy podejrzeniu udaru nie czekać
- Leczenie w łóżku
- Pozycja bezpieczna na boku, udwójnienie dróg oddychających
- Wyjście protezy słuchowej
- Natychmiast wezwać pogotowie
- Nie zostawiać samej osoby chorej, uspokoić
- Dozwać mieć krępyjsie ubrania
- Kontrolować parametry życiowe

W zakażeniu pracy otwartej - rehabilitacja - cel:

- powołanie nauce i utrwalenie utraconych umiejętności i zachowanie samodzielności, wspieranie w czynnościach życia codziennego
- wprowadzić zasady koncepcji leczenia wg Bobath

Cele koncepcji leczenia wg Bobath

- zapobieganie lub zahamowanie spastykności;
 - a. im większa powiększa podparcia, tym lepsze rozluźnienie mięśni
 - b. i powolne wypracowanie odpowiedniego napięcia mięśni - redukcja powiększa podparcia.
 - wprowadzenie prawidłowego, obustronnego ruchu
 - normalizacja percepcji własnego ciała i otoczenia - unikanie zaniedbywania
 - wprowadzenie prawidłowej motoryki twarzy, ust, języka, gardła
 - samodzielności w czynnościach życia codziennego czyli:
 - zagadywać chorego i prowadzić chiacia zanosze od strony uszkodzonej, aby stymulować percepcję
 - samodzielne hamowanie spastykności przez splatacie rąk, mniej uszkodzona ręka prowadzi uszkodzona, przy przewracaniu się w łóżku, wstawaniu, siadaniu
 - ustawienie mebli: wszystkie meble, używane przedmioty ustawić tak aby były widoczne od strony chorej.
- Koncepcja leczenia wg Bobath ma być stosowana przez 24 god / doba przez wszystkich zajmujących się chorym