

اصول و قواعد توانبخشی در بیماریهای اعصاب و نورولوژیکی در سالمندی

پروفیسور طاهر زندی

رئیس بخش طب سالمندان دانشگاه ایالتی نیویورک

چکیده

واژه توانبخشی در راستای فعالیتهای پزشکان و دیگر اعضای تیم توانبخشی فقط چند صباحی است که در مورد سالمندان بکار می‌رود، در سالهای ۱۹۹۰ در امریکا مراکز توانبخشی و یا حتی در نوعی مراکز Sub-awite توانستند با در نظر گرفتن تواناییهای سالمندان به جای ناتوانی‌های آنها، از یک پدیده به ظاهر منفی، فرایندی کاملاً مثبت بوجود آورند. در این مقاله، راه کارهای توانبخشی در سالمندی را مرور خواهیم کرد. علاوه بر آن، بر انواع متدهای توانبخشی در رابطه با چند نوع بیماری اعصاب و نورولوژیکی سالمندان که درجهٔ پدیداری بالایی دارند، مروری هرچند مختصر خواهیم داشت.

واژه‌های کلیدی: توانبخشی - بیماریهای اعصاب و نورولوژیکی - سالمندی

دیدگاهی مثبت و با کشهای امیدوارکننده‌تری مواجه است. در هر حال توانبخشی سالمندی، در رابطه با ضایعات ناشی از مشکلات اعصاب و روان و نورولوژیکی بایستی با بردباری و نگرش‌های مثبت توأم باشد. توانبخشی در حرکت به سوی ایجاد زندگی با کیفیت بهتر باید ۶ نکتهٔ مهم را در نظر بگیرد.

۱- دوره اثبات ضایعات و مشکلات

تیم توانبخشی بایستی در نظر داشته باشد که تغییرات به ظاهر محدود در اعصاب و روان و سیستم عصبی سالمندان می‌تواند توأم با مشکلات چند جانبی باشد. مثلاً در بیماران با ضایعه سکنه، حرکت و تکاپو می‌تواند یکی از خواسته‌های بیمار و دیگر افراد خانواده او باشد، ولی در حقیقت کاهش

توانبخشی در گروه سالمندان به واسطه سه فرآیند، همیشه درگیر با مسایل و مشکلات فراوان بوده است، این سه فرآیند عبارتند از:

۱- مسایل بیولوژیکی (کم شدن حرکات ماهیچه‌ای، کاهش فعالیت‌های قلبی عروقی و تنفسی و دیگر تغییرات نظیر آن)
۲- مسایل روان شناختی (سالمند متهم به عدم توانایی یادگیری و مشکلات حافظه است)

۳- مسایل اجتماعی (سالمندی یک پدیده صنفی تلقی می‌شود)

از این رو، سالمند قبل از اینکه حتی بتواند اولین قدم را به سمت توانبخشی بردارد، خود را با سه بعد منفی روبه‌رو می‌بیند، حال آنکه توانبخشی در کودکی یا جوانی معمولاً با

ضایعات سلسله اعصاب شده است به دلیل ضعف نیروهای حرکتی نتواند صندلی چرخدار خود را به حرکت در آورد، وابستگی زیادی به دیگران پیدا کرده و در اثر کمبود افراد مراقب، ناچار به خانه سالمندان ارجاع داده می شود.

۵- سازگار کردن محیط برای بیمار

همزمان با سازگاری با محیط تیم توانبخشی بایستی بر سازگار ساختن محیط برای سالمند تأکید داشته باشد بعنوان مثال، سالمندی که دچار شکستگی لگن خاصره شده است می تواند با استفاده از واکر حرکت کند ولی متأسفانه نمی تواند با واکر از درب باریک و معمولی توال عبور کند و ناچار نیاز او به دیگران افزایش می یابد.

۶- اشاعه سازگاری خانواده

در دنیای امروز تقریباً ۸۵٪ موارد نگهداری و مراقبت از بیماران سالمند به وسیله خانواده صورت می گیرد (REF) متأسفانه در گروه سالمندان خانواده باید نقش مراقبتی را ایفا کند و همین خود مشکل عظیمی را در پی خواهد داشت.

در جوامع در حال توسعه نظیر کشور ما علاوه بر آنچه ذکر شد، عدم وجود خدمات به موقع توانبخشی برای سالمندان، تعصبات اجتماعی، جبهه گیری در مقابل نیاز سالمندان و درگیریهای اقتصادی خانوادهها متأسفانه از عواملی هستند که باعث می شوند نیاز سالمندان به توانبخشی نادیده گرفته شود و همین امر خود تأیید کننده تصورات منفی اجتماعی است که در این مقاله ذکر شد.

نقش تیم توانبخشی در سالمندی

امروزه واژه «تیم» و یا همکاریهای «تیمی» در اغلب کشورها جایگاه خود را در ارایه خدمات توانبخشی واقعی پیدا کرده است. در سالمندی همان طور که گفته شد به دلیل پیچیدگی ضایعات و دلایل عدیده، ارایه خدمات توانبخشی توسط یک فرد متخصص و یا یک گروه کوچک برای رسیدن به اهداف توانبخشی کافی نیست، زیرا در این صورت اهداف توانبخشی با طیف محدودتری تعریف می شود به این

نیروهای حرکتی بیمار که ناشی از مشکلات دیگر او نظیر بیماری قند و ارتروز است، متأسفانه فرد بیمار را با ناراحتیهای حرکتی بیشتری درگیر می کند. حال آنکه برای بیماران جوانتر که دچار سکنه های مغزی شده اند، عدم حرکت اندامها فقط یک پدیده ناشی از ضایعات مغزی است.

۲- پیشگیری مشکلات ثانویه

در میان سالمندان بروز مشکلات ثانوی معمولاً زیاد است. این قبیل مشکلات می توانند حتی توجه ما را از ضایعات اولیه منحرف کنند و برای بیمار ناراحتیهای جدیدتر و حتی خطرناکتری ایجاد نمایند مثلاً تغییر در تغذیه و پیدایش سوء تغذیه، بالا رفتن میزان گيجی ها که می تواند در اثر تعداد زیاد داروها پدید آید، پایین افتادن کلیه نیروها که می تواند فقط ناشی از چند روز کم تحرکی در سالمند باشد، بروز مسایل پیچیده روانی نظیر افسردگی ها و یا وابستگی به دیگران و خلاصه حتی ظهور بیماریهایی نظیر سینه پهلو که گاهی در اثر طولانی شدن دوره بستری پدید می آید.

۳- بازسازی عملکردها و نیروهای از دست رفته

این مسأله که شاید مهمترین بخش توانبخشی را تشکیل می دهد، مربوط به زمانی است که مجموعه کارکردهای اولیه قبل از ضایعات در زمینه رفتارهایی نظیر راه رفتن، لباس پوشیدن و برخورداری از یک زندگی لذت بخش، معمولاً دچار محدودیت می شود. در این مرحله تیم توانبخشی بایستی هدف خود را بر ایجاد احساس خودکفایی بیمار متمرکز کند حتی اگر بیمار نتواند به صورت گذشته رفتارهای معروف به فعالیت های روزمره خود را انجام دهد.

۴- ایجاد فضای مناسب برای سازگاری با محیط زندگی جدید

عملی کردن این نظریه برای سالمندان بدون اشکال نیست، اگر سالمندی که دچار ضایعات شده است نتواند به دلایلی سازگاری با محیط زیست را یاد بگیرد، معمولاً از خانه سالمندان سر در می آورد، مثلاً اگر سالمندی که دچار

معنی که اگر بیماری که دچار سکنه مغزی است از مرگ رهایی یابد، آن را توانبخشی می‌نامند.

برخلاف عرف و تمایلات موجود که معمولاً پزشکان بیماران خود را به سایر همکاران پزشک ارجاع می‌دهند در کار توانبخشی سالمندی، ارجاع به افراد تیم توانبخشی با تخصص‌های غیرپزشکی یک پدیده عادی و بسیار ارزشمند است. مهمترین عضو تیم توانبخشی معمولاً پرستار توانبخشی است. نقش پرستار در حقیقت علاوه بر فراهم آوردن بهترین محیط توانبخشی و نگهداری از بیمار، این است که فعالیتهای مورد نظر کاردرمان و فیزیوتراپ را به نحو احسن اجرا کند. پرستار نقش مؤثری در بهبود وضع روانی سالمند بازی می‌کند. روان‌شناس با توجه به بعد ادراکی بیمار، نقش مهمی در توانبخشی ادراکی او دارد. فیزیوتراپ نیروهای فیزیکی بیمار را می‌سجد و دنبال می‌کند. کاردرمان با توجه به وضعیت بیمار، در بی‌قراری سازگارهای محیطی برای انجام فعالیتهای شخصی و اجتماعی اوست. پزشک با در نظر گرفتن شرایط بیولوژیکی، نورولوژیکی، اعصاب و روان بیمار داروهای لازم را تجویز می‌کند. گفتار درمان با توسل به اصول گفتار درمانی، ارتباطات کلامی و غیرکلامی بیمار را فعال می‌کند و مددکار اجتماعی، راه بازگشت بیمار به محیط را از طریق ایجاد روابط جدید بین بیمار، خانواده و مؤسساتی که به بازگشت بیمار و نگهداری او کمک می‌کنند هموار نماید.

بررسی کارکرد احتمالی در توانبخشی

یکی از مهمترین وظایف گروه توانبخشی و بخصوص پزشک کار روی کارکرد توانبخشی و احتمال بهبود در سالمندان است. در این رابطه، گروه توانبخشی باید با دقت تمام موارد زیر را در نظر بگیرد:

- ۱- شناسایی عوارض موجود و اثر آنها روی کارکرد سالمند؛
- ۲- تهیه لیست بیماریهای کنونی و اثر آنها روی کارکرد سالمند؛
- ۳- تهیه لیست تمام داروهای که بیمار استفاده می‌کند با در نظر گرفتن اثرات جانبی آنها؛
- ۴- تهیه لیست پزشکان و دیگر افرادی که در مراقبت از سالمند

دخالت دارند؛

- ۵- تغییرات شیوه زندگی که در اثر عوارض بیماری ایجاد شده است؛
- ۶- تعیین اهداف توانبخشی با در نظر گرفتن عوارض موجود؛
- ۷- اوضاع و شرایط خانواده و امکان دخالت آنها در توانبخشی؛
- ۸- تهیه لیست سایر افرادی که در توانبخشی شرکت خواهند کرد؛
- ۹- تهیه لیست توانمندی‌های سالمند از طریق آزمونهای حساس؛
- ۱۰- احتیاجات سالمند از نظر روانی و روحی؛
- ۱۱- احتیاجات سالمند از نظر تغذیه.

تیم توانبخشی قبل از ارایه هر برنامه‌ای بایستی با دقت کامل به نکات زیر توجه داشته باشد:

- ۱- آیا سالمند تنها زندگی می‌کند؟ آیا سالمند همسر خود را از دست داده است؟
- ۲- آیا بیمار از ناراحتی‌های ذهنی ادراکی رنج می‌برد؟ و تعیین درجه آن.
- ۳- آیا بیمار دچار ناراحتی‌های حرکتی است؟
- ۴- تاریخچه خطر سقوط و احتمالات وابسته به آن،
- ۵- اوضاع اقتصادی و اجتماعی بیمار و خانواده او.

برای اینکه توانبخشی به صورت کامل صورت گیرد، بیمار باید بتواند تا حدی از وضعیت نارسایی‌های خویش آگاه باشد، اما سالمندانی که دچار دمانس‌های نوع حاد هستند طبیعتاً نمی‌توانند کاندیدهای خوبی برای این موضوع باشند، به همین منظور برای این گروه از برنامه توانبخشی بدون دخالت بیمار استفاده می‌شود. قبل از آغاز برنامه‌های توانبخشی، بیمار باید حالتی نسبتاً ثابت از نظر بیولوژیکی و جسمانی داشته باشد تا اگر احتیاج به حرکات اروبیکی و ورزشی داشت این مسأله باعث پیدایش ناراحتی‌های جدیدی نگردد.

در این قسمت از مقاله می‌پردازیم به بررسی اختصاصی چند مورد از انواع ضایعاتی که در گروه سالمندان، نیاز به برنامه توانبخشی دارد.

توانبخشی در سکت‌های مغزی

سکت‌های مغزی شایعترین نوع ضایعاتی هستند که نیاز به توانبخشی را بالا می‌برند. بطور کلی، توانبخشی در مورد سکت‌های مغزی باید ۵ تا ۶ روز بعد از بروز ضایعه سکت‌شروع شود. امروزه تقریباً ۴۰ درصد از بیمارانی که از سکت‌های مغزی رنج می‌برند، می‌توانند به زندگی عادی خود برگردند و قریب ۸۰ درصد از فعالیت‌های همیشگی خود را دنبال کنند. در حقیقت اگر توانبخشی درست صورت گیرد، سالمندانی که سکت مغزی داشته‌اند پس از ۶ ماه از نظر حرکتی به فعالیت عادی خود باز می‌گردند. اما همین گروه، نزدیک ۲ سال وقت لازم دارند تا بتوانند قدرت کامل کلامی-ارتباطاتی و احساسی ادراکی را به دست آورند. در دوره اجرای برنامه توانبخشی برای سکت‌های مغزی، بالا نگاهداشتن و ازدیاد نیروهای حرکتی بیمار بسیار مورد تأکید واقع می‌شود زیرا این راه کار اهمیت زیادی در پیدایش و ازدیاد کنترل بیمار روی کلیه حرکات روزمره دارد. بالا رفتن سطح حرکتی و نیروهای وابسته به آن اولین قدم در راه غیر وابسته ساختن بیمار و ایجاد محیطی است که بیمار بتواند هرچه زودتر بر خود تکیه کند.

باز یافتن درجات بالاتری از نیروهای حرکت در اعضایی که مورد هجوم ضایعات سکت قرار دارند معمولاً منجر به بالارفتن ارتباطات حسی حرکتی مابین اعصاب آسیب دیده و کلیه ماهیچه‌های مربوط به آن می‌شود. ایجاد انقباض و انبساط در گروه ماهیچه‌های اندامهای آسیب دیده و سالم خود قدمی است در راه فرستادن پیامهای عصبی جدید به ماهیچه‌های آسیب دیده و پیدایش راه کارهای جدید حسی حرکتی. در بیمارانی که آسیب دیدگی کامل یکطرف از بدن را دارند، تمرینات برای به دست آوردن حس بالانس می‌بایستی خیلی زود شروع شود. این تمرینات از بالانس در نشستن شروع و بعد به بالانس در ایستادن و در نهایت بالانس راه رفتن ختم می‌شود.

از نقطه نظر روان‌شناختی در هر جلسه توانبخشی، سالمند باید در حالتی قرار گیرد که حداقل ۱۰ درصد از انتظارات توانبخشی را انجام دهد و به وسیله این تمرینات بتواند به مراحل دیگر ارتقاء یابد. یکی از اعضای تیم که معمولاً

پرستار توانبخشی است، بایستی با تماس مستمر و تشویق هر روزه بیمار و خانواده او، با استفاده از منحنی‌های مختلف فرایند تغییرات را نمایش دهد.

بعد از باز یافتن ۵۰ درصد بالانس از دست رفته، برای طول قدم بیمار بایستی توانبخشی انجام گیرد؛ در این قسمت از توانبخشی جسمی سعی می‌شود از نیروهای خود بیمار در قسمت‌هایی که آسیب ندیده‌اند، استفاده شود. برای پیدایش محرکات ماهیچه‌ای و عصبی معمولاً از محرکهای ضعیف الکتریکی شروع می‌کنیم. این محرکات الکتریکی یا Functional Electrical stimulation معمولاً در ماهیچه‌های ارتباطی مابین چند مفصل یا حتی چند عضو حرکتی می‌توانند با دقت کافی مشخص کنند کدام یک از اعصاب محرک ماهیچه‌ای قادر به گذر از ولتاژ الکتریکی هستند.

در این شرایط که بیمار در حال باز یافتن قوای فیزیکی از دست رفته خود می‌باشد، گروه توانبخشی گفتار، برنامه درمان و بازسازی تکلم بیمار را آغاز می‌کند. اگر آسیب مغزی در سمت چپ مغز باشد، معمولاً بیمار در ناحیه بروکا Broca دچار آسیب دیدگی است و در این صورت فعالیت‌های تولیدی کلام را از دست داده است. در این نقطه از توانبخشی نقش روان‌شناس اعصاب پایه‌ای یا neuropsychologist حایز اهمیت بسیار است.

بر اساس گزارش نورولوژیست و یا متخصص تصاویر مغزی، محوطه کلی آسیب دیده مشخص می‌شود، روان‌شناس و نورولوژیست با همکاری گفتار درمان نقشه مغز بیمار را ترسیم می‌کنند. در این مرحله، تیم با انجام آزمونهای مختلف، مختصات توانایی‌ها و ناتوانی‌های بیمار و درجه کمی و کیفی توانایی‌های وی را مشخص می‌کند. این برنامه‌ریزی از نقطه نظر توانبخشی حایز اهمیت بسیار است زیرا اگر بیمارانی که بظاهر دچار یک نوع سکت مغزی شده‌اند مبتلا به بیماریهای فشار خون، قند و عروق باشند در معرض خطرات سکت‌های میکروسکوپی و پیاپی قرار دارند و این مسأله می‌تواند مانع به ثمر رسیدن تلاشهای تیم توانبخشی شود. از این رو پرستار توانبخشی به صورت مستمر منحنی‌های مختلف را که بیانگر

توانبخشی در دمانس‌های پیشرونده

مهمترین قدم در این راستا تشخیص صحیح نوع دمانس و علایم آن است. با در نظر گرفتن تعریف کلی دمانس‌های پیشرونده انتظار می‌رود که سالمند مدام در معرض آسیب‌دیدگی جدید قرار بگیرد و در این صورت، نتایج به دست آمده از توانبخشی اهمیت خود را از دست می‌دهند.

در این نوع آسیب‌دیدگی‌های مغزی، تیم توانبخشی می‌باید بصورت کامل عوارض آسیب‌دیدگی ناشی از دمانس از عوارض ثانوی آن مجزا کرده و بهبود عوارض ثانوی را در دستورالعمل کار خود قرار دهد. طبقه بندی دمانس‌های پیشرونده از جهت توانبخشی باید به این صورت کامل شود که آیا آسیب‌پذیری در اثر ضایعات قسمت فوقانی مغز است یا وابسته به قسمت میانی و تحتانی مغز. بطورکلی جدول شماره ۱- می‌تواند تا حدی نمایانگر تفاوت بین دمانس‌های فوقانی و تحتانی مغز باشد.

(جدول شماره - ۱)

Dementia	Motor	Memory	Sensation	Mood
Cortical	no problem	Low	no problem	Ok
Sub cortical	Slow	Ok	Ok	Depress

که هدف از توانبخشی در این شرایط، کنترل عوارض ثانوی و ایجاد محیط مناسب برای پیدایش رفتارهای مورد نظر است، در غیر این صورت کار توانبخشی با مشکل مواجه خواهد شد. بیماران مبتلا به دمانس نوع Cortical، مانند بیماری آلزایمر، معمولاً در اوایل بروز بیماری دچار اختلال در فعالیتهای روزمره و اجتماعی نیستند، از این رو، توانبخشی در این بیماران باید اصولاً کیفیت زندگی اجتماعی و فعالیت‌های روزانه را در دستور کار خود قرار دهد و با کمک سالمند به بازسازی محیط اجتماعی آرام، همراه با فعالیت‌های مختلف روزانه نظیر راه رفتن، ورزش، خواندن، نوشتن یا شنیدن و گفتگو کردن پردازد. تیم توانبخشی بایستی به خاطر داشته باشد که حصول بهترین رفتار از بیمارانی که دچار دمانس‌های

کارکرد افراد تیم توانبخشی است با هم مقایسه می‌کند، اگر کار توانبخشی با معضلات و آسیب‌های جدیدی روبه‌رو نشود، انتظار می‌رود که ارتباطات مستقیمی بین تغییرات فیزیکی بدنی، حسی، حرکتی و ذهنی، ادراکی بیمار دست آید. در تمام مراحل توانبخشی خلق و رفتار وابسته به آن از اهمیت زیادی برخوردار است. بیمارانی که انگیزه کار توانبخشی را از دست می‌دهند به اندازه دیگر بیماران به توانبخشی جواب مثبت نمی‌دهند.

بیمارانی که دچار آسیب دیدگی در قسمت جلو مغز فوقانی هستند معمولاً تا حدودی مبتلا به ضایعات روانی نظیر بی‌تفاوتی و عدم علاقه به پیشرفت توانبخشی می‌شوند. این گروه از بیماران احتیاج بیشتری به مراقبت‌های روانپزشکی و روان‌شناختی دارند. در این صورت اعضای تیم بایستی نقش انگیزه‌های از دست رفته را که در اثر ضایعات فوق پدید آمده‌اند، ایفا نمایند.

بیمارانی که بعد از تشخیص افتراقی از نقطه نظر Cortical طبقه بندی می‌شوند، باید در محیطی قرار گیرند که اجزا و اشیاء آن ثابت باشد. تغییر دادن محیط بیمار، مسافرت و از خانه‌ای به خانه دیگر رفتن معمولاً باعث افزایش ناراحتی‌های ادراکی می‌شود. از نقطه نظر حافظه، این بیماران باید با محرکاتی کم‌تر از حد عادی روبه‌رو شوند، بعنوان مثال در رستوران اگر سالمند نتواند پس از خواندن لیست صورت غذاها آنرا در حافظه نگهدارد، ممکن است دچار مشکلات احساسی و نوعی ناکامی شود. در نتیجه، در این مورد بهتر است دو نوع غذا را پیشنهاد کرد و اجازه داد تا بیمار یکی از آنها را انتخاب کند، در مورد انتخاب لباس یا بیرون رفتن از خانه نیز می‌توان به همین ترتیب عمل کرد. کاملاً مشهود است

می‌گردد. توانبخشی بیماران مبتلا به ارتروز با آموزش بیمار شروع می‌شود. بیمار باید در مورد استفاده صحیح از مفاصل آموزش کامل ببیند و در این رابطه می‌تواند از ابزار کمک‌کننده نیز استفاده نماید. بعنوان مثال، اگر بیمار نتواند در یک شیشه را باز کند، نه تنها احساس عدم توانایی و وابستگی می‌کند، بلکه به دلیل احساس درد سعی می‌کند از انجام چنین اعمالی اجتناب نماید. ابزار کمکی که در اختیار بیمار قرار می‌گیرد می‌تواند او را در انجام کارهای روزمره کمک‌کننده در عین حال احساس نسبتاً مثبت و آینده‌روشن‌تری را در پیش روی او مجسم نماید. در مورد ارتروزها، حرکات مختلفی پیشنهاد می‌شود که می‌تواند از پیشرفت سریع بیماری جلوگیری کند، گاهی عمل جراحی نیز می‌تواند در این زمینه بعنوان یک اقدام توانبخشی انجام شود تا بیمار بتواند به زندگی با کیفیت بالا ادامه دهد.

در حقیقت مرور این سه نوع بیماری کاملاً مشخص‌کننده این مسأله بود که توانبخشی می‌تواند توأم با بازسازی حرکتی - حسی و ادراکی باشد و این مسأله در مورد سکتها نیز صدق می‌کند. همین، توانبخشی می‌تواند باعث تثبیت و جلوگیری از پیشرفت ناراحتی‌های حرکتی و رفتاری شود که این نیز در بیماری سکتها مشخص است. کندکردن پیشرفت بیماری و استفاده از کیفیت‌های بیمار یکی دیگر از اهداف توانبخشی در بیماران دمانس است. استفاده از آموزش‌های لازم و اجرای راه کارهای مختلف برای بیماران مبتلا به ارتروز که معمولاً دچار ناراحتی‌های ادراکی نیستند، می‌تواند یکی دیگر از برنامه‌های توانبخشی سالمندان باشد؛ ایجاد شبکه‌های حمایتی، آموزش خانواده و ایجاد محیط مناسب برای فعالیت‌های سالمندان نیز از جمله مسایلی است که نقش عظیمی در توانبخشی سالمندان ایفا می‌کند؛ در نهایت رسیدن به این اهداف زمانی امکان‌پذیر است که اعضای تیم توانبخشی به صورت مستمر با یکدیگر در حال تبادل نظر و بررسی اوضاع بیمار و خانواده باشند.

پیشروند هستند هدف کار نیست، بلکه کم کردن میزان پیشرفت بیماری و اثرات ثانویه آن هدف واقعی است که معمولاً باعث بالارفتن کیفیت زندگی بیمار و خانواده او می‌شود. با به کار گرفتن این اصول می‌توان سالمند را برای مدت زمانی بیشتر از حد متعارف در درون خانواده نگاه داشت، از دیگر مسایل مهم در مورد توانبخشی در دمانسهای پیشرونده آموزش خانواده‌هاست. اگر خانواده از وضعیت واقعی بیمار و شرایط پیشرفت بیماری آگاهی داشته باشد، می‌تواند نقش بسیار مهمی در توانبخشی بیمار برعهده بگیرد، بعنوان مثال، افراد خانواده به جای اینکه خود را تبدیل به زبان، حافظه و حرکات بیمار کنند می‌توانند در مورد پیدایش این رفتارها به صور مختلف اقدام نمایند. بچه‌های خانواده می‌توانند اسم خود را روی پیراهنشان بنویسند تا مادر بزرگ به خاطر فراموش کردن اسم نوه‌ها از سخن گفتن با آنها صرف‌نظر نکند. برای ایجاد آگاهی نسبت به زمان می‌توان از غذا درست کردن یا ساعات شرعی مثل اذان ظهر و عصر بعنوان نمایندگان یادآوری زمان استفاده کرد. شرط اساسی در این نوع توانبخشی استمرار آنها و برخورد و گفتگوی بدون جدال با بیمار است. در مراحل پیشرفته‌تر، تیم توانبخشی شاید مجبور باشد از وسایل مختلف الکترونیکی و یا مکانیکی برای اثبات وضعیت بیمار استفاده کند؛ اگر بیمار سر ساعت غذا یا داروهایش را نمی‌خورد، به وسیله نوارهای یادآوری یا حتی ساعت رادیویی می‌توان موضوع را به او یادآوری کرد. این مسأله مخصوصاً در مورد بیمارانی که در طول روز ساعتی تنها هستند از اهمیت خاصی برخوردار است.

توانبخشی در آرتروز

مهمترین مسأله در مورد برخورد با ارتروز جلوگیری از اختلالات ثانویه می‌باشد. بیماری که از ارتروز رنج می‌برد سعی می‌کند از حرکاتی که منجر به درد و رنج می‌شوند پرهیز کند و همین کار باعث ضعف ماهیچه‌ای می‌شود. در این موارد باید گفت اندامهایی که به اندازه کافی حرکت نمی‌کنند دچار زوال سیستم اتونومیک شده و گاهی این مسأله خود با تورم و درد همراه می‌شود که در نهایت به معلولیت کامل بیمار منتهی