

پزشکی نیاکان

مبانی طب سالمندان در قانون ابن سینا

فهرست مطالب

۶۵	چکیده
۶۶	مقدمه
۶۸	مراحل عمر، ازدیدگاه ابن سینا
۷۲	همراهی ناتوانی‌ها و بیماری‌ها با سالخوردگی
۷۳	الف) کاهش فعالیت ایمنی سلولر
۷۴	ب) کاهش فعالیت ایمنی هومورال
۷۷	دیدگاه ابن سینا در کتاب قانون
۷۷	نکات اساسی در دیدگاه استاد
۷۸	دیدگاه‌های فعلی در مورد تب در سالمندان
۸۳	ارتباط نبض و سالخوردگی
۸۴	ارتباط تنفس و سالخوردگی
۸۴	دیدگاه ابن سینا در کتاب قانون
۸۴	دیدگاه‌های فعلی
۸۴	برنامه بهداشت سالخوردگان در قانون ابن سینا
۸۵	ماساژ دادن سالخوردگان
۸۵	ورزش پیران
۸۶	دیدگاه‌های امروزی در مورد بهداشت سالمندان
۸۸	منابع

مبانی طب سالمندان در قانون ابن سینا

دکتر حسین حاتمی

چکیده

هدف از این مطالعه، بررسی بینش ابن سینا در مورد طب سالمندان و ریشه یابی طراحی این واژه و این رشته مهم پزشکی و بهداشت است که اشتباهها به ره آوردهای علمی نیمه دوم قرن بیستم میلادی، نسبت داده شده است. به منظور نیل به این هدف، پس از رایانه‌ای کردن کتاب کامل قانون در طب ابن سینا (ترجمه مرحوم عبدالرحمن شرفکندی) به جستجوی واژه‌های مرتبط با پیری، سالخوردگی، سالمندی... پرداخته با بیش از پانصد واژه، مواجه گردیدیم و دریافتیم که (یافته‌ها) بسیاری از عناوین فعلی مرتبط با طب سالمندان، جزو فصول و موضوعات اصلی این کتاب بوده، شرح مفصلی در مورد بهداشت سالمندان، دستورات غذائی سالمندان، نوشیدنی‌های مناسب برای سالمندان، ورزش سالمندان، خواب و استراحت سالمندان و... به چشم می‌خورد و علاوه بر آن به موضوعات دیگری نظیر تاثیر محیط بر پیری زودرس، تاثیر عقیمی و باروری بر زمان آغاز سالمندی، تاثیر سالخوردگی، بر حساسیت و مقاومت در مقابل بیماریهای عفونی، تب‌های شدید و دردهای مهلک، نیز پرداخته و بدینوسیله در آغاز هزاره دوم میلادی، مبانی طب سالمندان و بسیاری از تفاوت‌های آن با طب سایر سنین را مطرح نموده، با توجه به افزایش امید به زندگی، در سطح کشور و تغییرات واضحی در راس هرم سنی در جهت افزایش جمعیت سالمندان و افزایش نیازهای پزشکی و بهداشتی حال و آینده آنان جا دارد در آغاز هزاره سوم میلادی، با تاسی به افکار مترقی ابن سینا و تاکیدهای اخیر سازمان جهانی بهداشت، نیاز به این رشته مهم پزشکی و بهداشت را در میهن عزیزمان احساس نموده در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و پژوهشی وزارت متبوع، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، همانگونه که به طب اطفال، پرداخته‌ایم به این شاخه مهم پزشکی نیز بپردازیم.

مقدمه

با توجه به تفاوت‌های عمده‌ای که بین ویژگی‌های اپیدمیولوژیک، بالینی و پاراکلینیک بیماری‌ها در سنین مختلف وجود دارد در بسیاری از کشور های جهان، خدمات پزشکی را از نظر سنی، عملاً به سه شاخه عمده طب اطفال، طب داخلی و طب سالمندان، طبقه بندی نموده و بر همین اساس، مقالات علمی و کتبی را به رشته تحریر درآورده متخصصین مورد نیاز خود در این رشته‌ها را در دانشگاه‌های علوم پزشکی، تربیت می‌نمایند. ولی در کشور ما متأسفانه هنوز رشته‌ای تحت عنوان طب سالمندان (Geriatrics) وجود ندارد و این درحالیست که در سایه فعالیت‌های موثر وزارت بهداشت و اقداماتی که در زمینه کنترل جمعیت، صورت گرفته است طی ده سال گذشته از قاعده هرم سنی جمعیت، کاسته شده، به راس آن افزوده گردیده و قریب ۷٪ جمعیت کشور را گروه سنی ۶۰ ساله و بالاتر (۱) که به تعبیر کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، سنین سالمندی نامیده میشود تشکیل می‌دهند (۲) و علاوه بر اینها طبق مطالعاتی که در سال ۱۳۷۷ صورت گرفته است امید به زندگی در افراد ایرانی در جنس مونث و مذکر، به ترتیب به ۷۴ و ۷۰ رسیده است (۳) که باز هم نشان دهنده تغییراتی در راس هرم سنی جمعیت کشور، می‌باشد و هرچند در کتب غربی، طب سالمندان را بعنوان شاخه جدیدی از طب عمومی، معرفی کرده‌اند ولی نه تنها به استناد شواهد موجود در کتاب قانون ابن سینا بلکه حتی براساس محتوای ادبیات ملی ایران، توجهات پزشکی و بهداشتی به سالمندان، همواره از زاویه خاصی اعمال گردیده که خود نشان دهنده توجه پیشینیان به استقلال طب سالمندان از طب سایر سنین بوده است.

تفاوت‌های عمده طب سالمندان با سایر شاخه‌های طب از دیرباز، شناخته شده و در کتب علمی و ادبی پژوهشگران پیشین میهنمان جلب توجه میکند، بطوریکه در کتاب دوّم مثنوی، مصاحبه پزشک جوان و بیمار سالخورده، با چنان مهارتی به نظم درآمده که گوئی "مولانا" با علم برخاسته از عرفان و

مطالعات عمیق خود از همان ابتدا مدعی استقلال طب سالمندان، بوده به سرزنش پزشک جوانی که تمامی شکایات بیمار سالخورده‌ای را به سن او نسبت می‌دهد پرداخته (۴) و "ابن سینا" در کتب پنجگانه قانون در طب، علاوه بر مطالب گوناگونی که در فصول مختلف، در زمینه سلامت و بیماری سالمندان، نگاشته است ضمناً یک فصل کامل از اثر نفیس خود را نیز بطور جداگانه به بهداشت سالمندان، اختصاص داده پیری را یک روند طبیعی در ادامه فرایند حیات، دانسته دستوراتی را به منظور سالم زیستن این گروه سنی به رشته تحریر، درآورده است (۵) که در این مختصر، سعی خواهیم کرد نقطه نظرات او را باختصار، منعکس نمائیم.

براساس طبقه بندی‌های موجود، طب سالمندان (Geriatrics) نیز همچون طب داخلی و طب اطفال، شاخه‌ای از طب عمومی است که در ارتباط با جنبه‌های اجتماعی، پیشگیری، تشخیصی و درمانی بیماری‌ها در افراد سالخورده می‌باشد و به منظور تحقق اهداف زیر، فعالیت می‌نماید:

- ۱ - توانبخشی سالخوردگان به منظور برخورداری از یک زندگی فعال
- ۲ - پیشگیری از بروز بیماری‌ها و تشخیص زودرس و درمان به موقع آنها در سالخوردگان
- ۳ - تخفیف آلام ناشی از ضعف و ناتوانی و بیماری‌ها در این گروه سنی
- ۴ - مراقبت پزشکی و پشتیبانی اجتماعی سالخوردگان در مراحل نهائی بیماری‌ها.

بدیهی است که سالخوردگی، به خودی خود، بیماری به حساب نمی‌آید و درواقع یک روند طبیعی و فیزیولوژیک، می‌باشد. اختلال فعالیت ارگان‌های مختلف در این گروه سنی، معمولاً ناشی از حوادث پاتولوژیک است و ارتباطی به گذر طبیعی عمر، ندارد. در این گروه سنی، بعضی از بیماری‌ها از جمله بیماری‌های عفونی، بیماری‌های دژنراتیو، بدخیمی‌ها و ناتوانی‌های مزمن، از اهمیت خاصی برخوردار هستند (۶).

مراحل عمر، ازدیدگاه ابن سینا

اول، سن نمو: که آنرا سن آغازی می‌نامند و این مرحله تا نزدیک سی سالگی است و شامل پنج مرحله، می‌باشد:

(۱) **سن نوباوگی** و آن زمانی است که شیرخوار، هنوز قدرت برخاستن و حرکت دادن اندام را ندارد.

(۲) **سن خردسالی** که در آن طفل، پا می‌گیرد ولی هنوز استوار نیست و آن زمانی است که هنوز افتادن دندان‌های شیری و روئیدن دندان‌های دائمی، شروع نشده است.

(۳) **سن نشوونما** که مرحله‌ای است بعد از نیرو گرفتن و رویش دندان‌های دائمی و پیش از بلوغ.

(۴) **سن نوجوانی** و آن تا زمانی است که جوش در صورت ظاهر می‌شود.

(۵) **سن جوانی** که بعد از نوجوانی است تا زمانی که نمو متوقف می‌گردد.

دوم، سن وقوف یا رکود: که آنرا سن جوانی، خوانند و تا مرز سی و پنج تا چهل سالگی ادامه دارد.

سوم، سن فرودی: که با بقاء قوه، قرین است و آن سن نوپیران است و تا مرز شصت سالگی دوام دارد.

چهارم، سن فرودی: که با پیدایش ناتوانی قرین است و آن سن پیری است تا پایان زندگی (۷).

آنچه که از طبقه بندی ابن سینا نتیجه گیری میشود اینست که پایان سن شصت سالگی و آغاز سن ۶۱ سالگی، مصادف با آغاز سالخوردگی تعریف شده است که منطبق بر تعریف سازمان جهانی بهداشت است (۲). هرچند در بسیاری از منابع پزشکی دیگر، سنین ۶۵ سالگی و بالاتر را آغاز سالخوردگی دانسته اند (۸، ۱۳).

ابن سینا، سالخوردگی را از نقطه نظر تعریف سلامت و بیماری، نه سلامت کامل و نه بیماری کامل می‌داند بلکه یک حالت بینابینی نظیر دوره نقاهت بیماری‌ها دانسته و در آنجا که تعریف سلامت، بیماری و حالت بینابینی را متذکر می‌شود، چنین نگاشته است:

"(۱) تندرستی حالتی را گویند که بدن انسان از حیث مزاج و ترکیب در چنان کیفیتی باشد که کنش‌های آن جملگی درست و صحیح باشند.

(۲) بیماری حالتی است که در نقطه مقابل و مخالف حالت تندرستی باشد.

(۳) حالت واسط تندرستی و بیماری، آن است که در آن نه تندرستی کامل و نه بیماری کامل برای تن وجود دارد، مانند تن سالخوردگان و تازه شفایافتگان و نوزادان (۱۰)".

بدیهی است که ابن سینا رقم بالاتر از شصت سال را بطور مطلق، در نظر نگرفته و در کتاب قانون، گاهی از پیری زودرس، سخن به میان آورده، بعضی از عوامل محیطی را در بروز آن دخیل دانسته است بطوریکه در رابطه با زندگی در مناطق گرمسیر، صریحا مینویسد: "اگر در منطقه گرمسیر، تحلیل بیش از حد رخ دهد و رطوبت کاهش یابد، مردم آن سرزمین زود پیر می‌شوند، همچنانکه در حبشه می‌بینیم . . . (۱۱)" و در جای دیگر، زایمان‌های مکرر را عامل پیری زودرس دانسته چنین مینگارد:

"این را نیز بدان! زنی که باردار می‌شود و بچه می‌آورد، کمتر از زنی که نازا است به بیماری مبتلا می‌شود. لیکن زنی که قابلیت باروری دارد و بچه می‌آورد از زن نازا بدن ناتوان تری دارد و زودتر از نازا پیر می‌شود. زن نازا با اینکه بیشتر از زن زانو بیمار می‌شود لیکن دیرتر از زن زایا پیر می‌شود و بیشتر عمرش جوان می‌ماند (۱۲)".

ابن سینا همانگونه که در کتاب قانون در طب، سلامت و بیماری کودکان را از زاویه دیگری مینگرد و تعاریف و رهنمودهای خاصی ارائه می‌دهد (۲۹)، برای طب سالمندان نیز استقلال خاصی قائل است و در سراسر کتاب نفیس خود، نه تنها به اشاره بلکه با صراحت کامل، به تدریس ویژگی‌های

مرتبط با پزشکی و بهداشت، تحت عناوینی نظیر برنامه بهداشت سالخوردگان، دستور غذائی پیران، نوشیدنی‌های مناسب این سنین، ورزش و ماساژ سالمندان و . . . در این سنین پرداخته ضمن شرح بیماری‌ها وقتی به نکته متفاوتی در بین این گروه سنی و سایر سنین، میرسد که بر تشخیص و پیش آگهی آن اعمال اثر می‌کند، متذکر می‌گردد.

هرچند که سالمندی یک فرآیند مداوم در حیات انسان است، ولی اینکه چه وقت یک فرد، "سالخورده" یا "پیر" تلقی می‌شود؟ تعریف واحدی وجود ندارد، زیرا هر فرد به شیوه متفاوتی پیر میشود. برخی از افراد در سنین نسبتاً جوانی پیر میشوند و بعضی تا دیرزمانی جوان می‌مانند. گزارش‌هایی وجود دارد که در برخی کشورها افراد تا سنین خیلی بالا یعنی صد سال و یا بیشتر، عمر می‌کنند. بیش از سه هزار کهن‌سال (بیش از یکصد ساله)، در ژاپن زندگی میکنند (۲). در آمریکا از سال ۱۹۵۰ تا کنون گروه سنی ۶۵ ساله و بالاتر، از ۸ درصد به ۱۳ درصد رسیده است که تا سال ۲۰۲۰ میلادی احتمالاً به ۵۰ درصد برسد به طوری که ۵۰ میلیون نفر حداقل ۶۵ سال سن داشته باشند. هرچند این تغییر در بافت جمعیتی و افزایش سالخوردگان، پدیده‌ای جدید است، در دنیای باستان نیز داشتن سن بالا با فراهم نمودن غذای خوب، آب تمیز و اجتناب از بیماری و جنگ، لذت بخش بوده است، بطوریکه در نوشته‌های بدست آمده از زمان امپراطوری روم قدیم، آمده است: در اینجا تعدادی افراد مسن زندگی میکنند، شما میتوانید پدر بزرگ‌ها و پدران آنها را ببینید . . . داستان‌ها و روایات آنها را در مورد گذشته بشنوید و دیدار از اینجا به مثابه زندگی در عصر دیگری است (۱۳). سن تقویمی، شاخص سالمندی زیست‌شناختی نیست. نقاشان، مجسمه‌سازان، فلاسفه و دانشمندان بزرگی، شاهکارهایشان را در سال‌های دهه هفتاد و هشتاد زندگیشان خلق کرده‌اند. مثلاً میکلا آنژ، پیکاسو، گوته و پاستور. از سوی دیگر، بسیاری اشخاص حتی در سال‌های دهه شصت زندگی خود پیر میشوند. هیچ کس اطلاع دقیقی در مورد تنوع در سالمندی افراد ندارد. (۲).

جدول ۱ - تغییرات وابسته به سن و پیامدهای آن

سیستم ارگان /	تغییرات فیزیولوژیک وابسته به سن	تغییراتی که تحت تاثیر سن ایجاد می شود
عمومی	افزایش چربی بدن کاهش آب بدن (T.B.W)	افزایش حجم توزیع داروهای محلول در چربی کاهش حجم توزیع داروهای محلول در آب
گوش چشم /	پیرچشمی، کدر شدن عدسی، کاهش حساسیت گوش به صداهای بافرکانس بالا	کاهش تطابق افزایش حساسیت به روشنایی افتراق کلمات اگر صداها از پشت سر باشند مشکل است
غدد درون ریز	اختلال گلوکز کاهش تولید و کلیرانس تیروکسین، افزایش ADH و کاهش رنین و افزایش آلدوسترون کاهش تستوسترون کاهش در جذب و فعالیت ویتامین D	افزایش سطح گلوکز در پاسخ به بیماری حاد کاهش اکتسابی T4 در هیپوتیروئیدیسم استئوپنی
تنفس دستگاه	کاهش الاستیسیته و افزایش سختی قفسه سینه	عدم تطابق (Mismatch) تهویه / پرفیوژن و کاهش PO ₂
قلب و عروق	کاهش ظرفیت شریانی و افزایش فشارخون سیستولیک در نتیجه هیپر تروفی بطن چپ کاهش پاسخ بتا آدرنرژیک، کاهش حساسیت بارورسپتور و خودکاری گره سینوسی دهلیزی	پاسخ هیپوتانسیون با افزایش تعداد ضربان قلب، کاهش حجم یا از بین رفتن انقباض دهلیزی کاهش برون ده قلبی و تعداد ضربان قلب به استرس از بین رفتن پاسخ فشارخون به ایستادن و کاهش حجم
دستگاه گوارش	کاهش عملکرد کبدی کاهش اسیدپته معده، کاهش حرکت کولون کاهش عملکرد آنورکتال	تاخیر در متابولیسم داروها کاهش جذب کلسیم با معده خالی یبوست
خون و ایمنی	کاهش ذخیره مغزاستخوان؟ کاهش عملکرد سلولهای T افزایش اتوآنتی بادیها	پاسخ منفی کاذب PPD پاسخ مثبت کاذب فاکتور روماتوئیدو ANA
کلیه ها	کاهش GFR کاهش غلظت ادراری یاریق شدن ادرار	از بین رفتن ترشح بعضی داروها تاخیر در پاسخ به محدودیت یا Overload نمک یا آب، شب ادراری

جدول ۱ - تغییرات وابسته به سن و پیامدهای آن (ادامه)

سیستم ارگان /	تغییرات فیزیولوژیک وابسته به سن	تغییراتی که تحت تاثیر سن ایجاد می شود
تناسلی ادراری	آتروفی مخاط واژن - پیشابراه بزرگی پروستات	باکتریوری، درد هنگام مقاربت افزایش حجم ادرار باقیمانده
عضلانی اسکلتی	کاهش بافت چربی عضلانی کاهش تراکم استخوانی	استئوپنی
سیستم اعصاب	آتروفی مغز کاهش کاتکولهای مغزی کاهش رفلکسهای Righting کاهش مرحله ۴ خواب	فراموشکاری خوش خیم زمان پیری Stiffer gait افزایش حرکات موجی بدن زود بیدار شدن بیخوابی

همراهی ناتوانی ها و بیماری ها با سالخوردگی

کهولت یا سالمندی با تغییرات آناتومیک و فیزیولوژیک غیرقابل اجتنابی همراه است که موجب مغشوش شدن تجلی بالینی یا پاسخهای میزبان می شود. برای مثال تغییرات مزمن مفصلی به علت استئوآرتریت، میتواند علت درد و شکایت سالمندان باشد، ولی همین نشانه ها میتواند موجب پوشانده شدن حضور یک روند حاد همزمان، از قبیل یک عفونت داخل مفصلی شود و یا ممکن است باعث این تصور در پزشک و بیمار گردد که مشکل جدید مفصل را به ناتوانی مزمن قبلی نسبت دهند تا به یک معضل جدید یا متفاوت با آن. ضمناً تشخیص بالینی سریع و به موقع، یکی از مشکلات خاص افراد بسیار پیر است، چرا که بیماری ریوی مزمن که در تشخیص پنومونی تاخیر ایجاد میکند، دمانس میتواند موجب پوشانده شدن مننژیت حاد شود، خونریزی از ناحیه رکتوم، ممکن است به دیورتیکولوز شناخته شده قبلی، نسبت داده شود تا به کارسینوم ناحیه رکتوم. کم خوری را ممکن است به ضعف دندانی نسبت دهند یا سندرم دیزوریک (تکرر ادرار، سوزش ادرار، فوریت ادرار) که میتواند چنین

تصورى ایجاد کند که به علت بزرگى پروستات است تا به علت عفونت دستگاه ادرارى و بالاخره داروها در بیماران سالخورده، اثرات جانبى فراوان و شديدى دارند و این عوارض نامطلوب همچنين ميتواند روند تشخيص دقيق و صحيح را در این افراد با مشکل مواجه گرداند.

در حضور چنین متغیرهای مخدوش کننده‌ای نظیر تغییرات بیولوژیک ناشی از سن، همراهی بیماری‌ها و ناتوانی‌ها و مصرف داروهای متعدد، راه حل‌ها و روش‌های ساده‌ای برای حل این مشکل تشخيصی وجود ندارد. با این حال هرگاه یک بیمار سالخورده، سابقه‌ای از تغییر جدیدی در وضعیت سلامت خود بدهد لازم است ارزیابی دقیقی به منظور تشخيص بیماری جدید بعمل آید. اجرای دقیق این توصیه موجب آن خواهد شد که از شکست در تشخيص بیماری‌های جدید یا خطرناک در سالمندان، جلوگیری بعمل آید (۱۴).
بطور خلاصه عوامل زیردرسنين بالاباعث افزایش حساسیت نسبت به عفونتهامیگردد:

الف) کاهش فعالیت ایمنی سلولر، به علل زیر:

- ۱ - آتروفی نسوج تیموسی، بطوری که در سنين ۵۰ سالگی فقط ۱۰-۵ درصد نسج تیموس باقی میماند و لذا تولید لنفوسیت‌های T کاهش می‌یابد.
- ۲ - گرچه نسبت سلول‌های B و T در خون محیطی در حد طبیعی باقی میماند ولی در سنين بالا تعداد لنفوسیت‌های T هلیپر، افزایش می‌یابد و از تعداد لنفوسیت‌های T ساپرسور، کاسته می‌شود و ضمناً بر تعداد لنفوسیت‌های T نارس افزوده می‌گردد.
- ۳ - فعالیت لنفوسیت‌های T هلیپر، افزایش یافته و از فعالیت لنفوسیت‌های T ساپرسور کاسته می‌گردد و لذا : آسیب بافتی ناشی از اتوانتی بادی‌ها افزوده میشود زیرا تولید آنها به علت کاهش تعداد و فعالیت لنفوسیت‌های T ساپرسور، مهار نمی‌گردد و نیز از شدت نظارت و مراقبت بر تشکیل تومورها

کاسته میشود و لذا بر میزان بروز بدخیمی‌ها افزوده می‌گردد و به علت درهم شکستن سدهای مخاطی پوستی یا انسداد سیستم‌های تخلیه کننده، بر میزان بروز عفونت، افزوده میشود.

۴ - فقر تغذیه ناشی از ضعف و پیری نیز ممکن است باعث بروز آنرژی و نارسائی ایمنی سلولر بشود.

۵ - در افراد سالخورده، حساسیت تاخیری نسبت به آنتی ژن‌هایی که قبلاً باعث ایجاد اینگونه واکنش‌ها شده‌اند تدریجاً افول می‌نماید و مثلاً در افرادی که قبلاً واجد تست توبرکولین مثبتی بوده‌اند در اغلب موارد، نتیجه منفی کاذب مشاهده میشود، ولی تست مجدد به علت بروز واکنش یادآور (بوستر) مثبت خواهد شد.

ب) کاهش فعالیت ایمنی هومورال به علل زیر:

۱ - غلظت طبیعی ایمونوگلوبولین‌های سرم در این سنین کاهش می‌یابد.

۲ - میزان IgM سرم کاهش می‌یابد و بر میزان IgG و IgA افزوده میشود.

۳ - تولید اتوآنتی بادی‌ها افزایش می‌یابد و باعث تخریب ارگان‌های هدف می‌گردد و بدن‌بال آن حساسیت موضعی نسبت به عفونت‌ها افزوده میشود.

۴ - از توانائی پاسخ آنتی بادی بدن‌بال واکسیناسیون یا تماس با آنتی ژن‌های مختلف دیگر کاسته میشود.

ج) فعالیت کموتاکتیک و ارگان‌سیدال پلی‌مورفونوکلترها و ماکروفاژها دست نخورده باقی میماند.

د) مقدار کمپلمان‌های سرم، افزایش می‌یابد ولی فعالیت آنها در حد طبیعی باقی میماند.

ه) کاهش استحکام سدهای آناتومیک بدن باعث افزایش

آسیب‌های پوستی مخاطی و نفوذ باکتری‌ها به بدن می‌گردد.

و) ایمنی موضعی و مخصوصا ایمنی دستگاه تناسلی ادراری، کاهش می‌یابد زیرا در سنین بالا از تولید پروتئین‌های یوروموکوئید، کاسته می‌گردد و از آنجا که این پروتئین‌ها بطور طبیعی باعث آگلوتیناسیون باکتری‌های پاتوژن و جلوگیری از چسبندگی آنها به رسپتورهای مخاط سیستم ادراری میشوند کاهش آنها موجب افزایش بروز عفونت‌های دستگاه ادراری در سالخوردگان می‌گردد.

ز) تغییر در سلول‌های مخاط بینی، دهان و حلق سالخوردگان باعث افزایش تمایل باسیل‌های گرم منفی هوازی به کلونیزاسیون در این مناطق میشود و لذا بر میزان بروز پنومونی‌های ناشی از این گونه میکروب‌ها در سالمندان افزوده می‌گردد.

ح) کاهش قدرت عضلانی باعث کاهش فعالیت‌های دفاعی وابسته به این سیستم میشود و مثلا با عدم تولید سرفه قوی بر میزان بروز عفونت‌های سیستم تنفسی تحتانی افزوده می‌گردد و با عدم تخلیه کامل مثانه بر میزان بروز عفونت‌های ادراری افزوده میشود.

ط) نارسائی سیستم گردش خون باعث کاهش انتقال فاگوسیت‌ها و اکسیژن به محل وقوع عفونت و افزایش احتمال بروز عفونت‌های بی‌هوازی نسج نرم میشود و غلظت موضعی آنتی‌بیوتیک‌ها به حد مطلوب نخواهد رسید.

ی) نقایص فوق باعث افزایش میزان بروز بیماری‌های خودایمنی می‌گردد، و خود موجبات بروز لکوپنی، آتروفی پوستی، التهاب نسوج نرم و محدودیت فعالیت عضلانی اسکلتی را فراهم نموده بر میزان بروز عفونت‌ها می‌افزاید.

ک) به علت شیوع بیماری‌هایی نظیر C.V.A و بیماری الزایمر (Alzheimer) بر میزان حساسیت نسبت به حوادثی نظیر پنومونی اسپیراسیون افزوده می‌گردد.

ل) در افراد سالخورده گرفتاری‌هایی نظیر نارسائی کلیوی، دیابت شیرین و نظایر آنها شایعتر است. و در طی اینگونه بیماری‌ها بر میزان عیوب گلبول‌های سفید و نهایتاً بر میزان بروز عفونت‌ها افزوده می‌گردد.

م) توانائی پاسخ‌های همراه با تب، در بیماران سالخورده، کاهش می‌یابد زیرا:

- ۱ - احتمالاً درجه ترموستات در هیپوتالاموس در افراد سالخورده در حد پائین تری تنظیم شده است و لذا بدن افراد مسن سردتر می‌باشد.
 - ۲ - مقدار ماده “تب‌زای درونی” در سالخوردگان کمتر از سنین پائین‌تر است و به علت عدم تولید تب تشخیص بیماری و شروع آنتی بیوتیک‌ها به تعویق می‌افتد و بر وخامت بیماری‌های عفونی می‌افزاید.
- ن)** شرایطی نظیر زندگی در مراکز نگهداری افراد سالخورده نیز بر میزان بروز عفونت می‌افزاید بطوری که:

۱ - حدود ۲۰ درصد ساکنین مراکز نگهداری سالمندان هر دو ماه یکبار دچار یکی از بیماری‌های عفونی مهم مثل پنومونی، UTI، سلولیت و یا عفونت زخم بستر و یا استئومیلیت می‌گردند.

۲ - حدود ۵۰ درصد این افراد حداقل سالی یکبار دچار باکتری می‌میشوند.

۳ - حدود ۲۰ درصد این افراد دچار عفونت‌های ادراری می‌باشند.

۴ - درمان مکرر با آنتی بیوتیک‌ها موجبات رشد و نمو باکتری‌های مقاوم را در روده، حفره دهان و حلق و دست‌ان این افراد فراهم می‌نماید و اینگونه باکتری‌ها از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شوند.

۵ - عفونت‌های حاصله به نحو شایعی بوسیله باسیل‌های گرم منفی هوازی و استافیلوکوک‌های مقاوم به متی‌سیلین ایجاد می‌شوند، البته عفونت‌های ناشی از عوامل بیماری‌زای شایع مثل پنوموکوک و هموفیلوس آنفلوآنزا نیز شایع هستند (۶).

دیدگاه ابن سینا در کتاب قانون

سالخوردگان در مقابل عفونت، حساستر از جوانان و جوانان در مقابل درد، حساستر از سالمندانند:

”هرگاه که ورم، رسیده باشد و چرک از آن بچکد، برای پیران، خطرناک تر از جوانان است اما از درد ناشی از ورم، جوانان بیشتر از پیران می‌میرند، زیرا حساسیت جوانان بیشتر از حساسیت سالخوردگان است (۱۵).“

ارتباط تب و سالخوردگی

”سالخوردگان، کم اتفاق می‌افتد که به تب سوزان مبتلا شوند و اگر این حالت نادر روی داد، از اثر تب می‌میرند، زیرا تب سوزان اگر به سراغ پیران آید حتما سببی بسیار مهم در کار است و از سوئی انسان سالخورده، عادتاً کم توان است و در برابر آزار و تاثیر تب سوزان - که بسیار شدید است - تاب مقاومت ندارد (۱۶).“

ممکن است سالخوردگان، به تب پنهانی، و پوشیده مبتلا گردند و ممکن است طولانی شدن مدت ابتلاء به تب و دست برداشتن تب، سببش نوعی حالت آماسیدن در اندرون باشد، در این حالت بیمار را وادار کن که بر پشت بخوابد و پاها را دراز کند و با دست زدن، ناحیه شکمش را معاینه کن! که شاید به سبب بیماری پی ببری (۱۷).“

نکات اساسی در دیدگاه استاد

- تب بسیار شدید، در سالخوردگان، پدیده نادری است
- پیش آگهی تب شدید در این گروه سنی، وخیم است
- اینگونه تبها حتما دارای منشاء بسیار مهمی هستند
- تحمل تب شدید در سالخوردگان، کمتر از سنین پائینتر است
- ممکن است علیرغم وجود بیماری تبار، وجود تب در سالمندان به اثبات نرسد
- در چنین مواردی حتی اگر علائم موضعی نیز وجود ندارد باید به

معاینه دقیق بیماران سالخورده، پرداخت .

دیدگاه‌های فعلی در مورد تب در سالمندان

توانائی پاسخ‌های همراه با تب، در بیماران سالخورده، کاهش می‌یابد

زیرا:

- ۱ - درجه ترموستات در هیپوتالاموس افراد سالخورده، در حد پائین تری تنظیم شده است و لذا بدن افراد مسن، سردتر می‌باشد
- ۲ - مقدار ماده "تب زای درونی" در سالخوردگان، کمتر از سنین پائین تر است و بعلت عدم تولید تب، تشخیص بیماری و شروع آنتی بیوتیک‌ها به تعویق می‌افتد و بر وخامت بیماری‌های عفونی، می‌افزاید (۶).

علاوه بر اینها هسته‌های اتونوم مرکزی در طناب نخاعی و نرون‌های مرتبط موجود در خارج این سیستم در اثر افزایش سن افراد، دستخوش کاهش سلولی، واقع میشوند و منجر به تغییراتی در کنترل تعداد ضربانات قلب و تنظیم دمای بدن می‌گردند. بطوریکه آستانه درک افزایش دمای پوست بدن افراد سالخورده، ممکن است به ده برابر طبیعی، افزوده شود و مانع درک افزایش دمای بدن بوسیله این گروه سنی، گردد و از طرفی دستخوش تغییرات دمای محیط نیز واقع شود. زیرا انقباض عروقی در مقابل سرما و انبساط عروقی در پاسخ به افزایش دمای بدن به منظور ایجاد تعریق نیز ممکن است مختل شود و کاهش تعداد غدد عرق نیز در اینمورد، مزید بر علت گردد. ناتوانی بدن در مقابل انقباض عروقی در ارتباط با کاهش دمای مرکزی (Core) از اهمیت زیادی برخوردار است و بر احتمال بروز هیپوترمی می‌افزاید. لازم به ذکر است که بی‌غذائی نیز میتواند مزید بر علت شده منجر به کاهش تولید حرارت بوسیله کبد گردد. در مجموع، نارسائی پاسخ وازوموتور و سودوموتور، نسبت به حرارت، بر احتمال بحران‌های ناشی از تب شدید، حرارت بالا و گرمای زیاد، در این گروه سنی، می‌افزاید (۱۸). توصیه شده است دمای $37/2$ درجه سانتیگراد (زیرزبانی) و $37/5$ (رکتال) در افراد سالخورده (۱۹) و دمای $37/8$ درجه

سانتیگراد (زیر زبانی) و بالاتر، در سایر سنین (۲۰)، بعنوان تب، تلقی گردد. تب چه بعنوان یکی از شکایات بیماران وجود داشته باشد و چه از طریق معاینه، به اثبات برسد یکی از تظاهرات بالینی، در اغلب بیماریهای عفونی، به حساب می آید و بطور کلی اکثر افراد سالمندی که دچار یکی از بیماریهای عفونی میشوند معمولا دمای بدن آنها افزایش می یابد و وجود تب در یک فرد سالخورده، اغلب نشان دهنده یک بیماری جدی و معمولا نمودی از یک روند عفونی، می باشد.

طی مطالعاتی که توسط Keating و همکارانش انجام شده است، ثابت کرده اند که تب در سالمندانی که قادر به حرکت هستند در مقایسه با سنین پائین تر، با عفونت های جدی تری همراه بوده که اغلب این عفونت ها نیز باکتریائی بوده است و علاوه بر آن تب های طول کشیده با منشاء نامشخص (Undetermined) در سالمندان، نیز بطور کلی مرتبط با بیماری های جدی از قبیل عفونت ها بوده است. ضمنا در مقاله ای که توسط Esposito و Gleckman در مورد ۱۱۱ بیمار سالمند مبتلا به FUO ارائه گردیده است بیماری های عفونی در ۳۶ درصد موارد، عامل آن بوده اند و اکثرا ناشی از عفونت های داخل شکمی، آندوکاردیت عفونی و سل، تشخیص داده شده اند، همچنین اختلالات بافت همبند (و بویژه Giant cell arteritis، آرتریت تمپورال، پلی میالژی روماتیکا) مسئول ۲۶٪ موارد FUO بوده و در ۲۴ درصد بیماران مبتلا به تب طولانی، نتوپلاسماهای نظیر لنفوم و کارسینوم، دخالت داشته اند.

بنابراین وجود تب در افراد سالمند، هیچگاه نباید به یک منشاء خوش خیم، نسبت داده شود و با یک ارزیابی دقیق و کامل، علل جدی و خطرناک ایجاد تب را رد کنیم. اما آنچه مهمتر است وجود عفونت در یک بیمار سالمند می باشد که ممکن است منجر به بروز تب نشود و پزشک را با مشکل تشخیصی، مواجه کند.

طبق بررسی Finkelstain، از ۱۸۷ مورد باکتری می پنوموکوکی ثابت

شده در بالغین، حدود ۲۹ درصد بیماران سالمند، بدون تب بوده‌اند که این بیماران در مقایسه با بیماران جوانتر، درجه حرارت متوسط پائینتر و اوج متوسط درجه حرارت پائین تری داشته‌اند (۱۴).

شایع‌ترین تظاهرات اولیه پنومونی و عفونت ادراری و عفونت زخم بستر و کولانژیت و . . . عبارت است از: اختلال حواس در حد کونفوزیون، رخوت و سستی، بی‌اشتهائی و عدم احساس بهبودی کسالت‌های موجود. لازم به ذکر است که پاسخ تب، از وضوح چندانی در این گروه سنی، برخوردار نیست و لازم است به این موضوع نیز توجه شود.

چهره‌های معمول و کلاسیک بیماری‌های عفونی در سالخوردگان به ندرت حادث می‌شود و بیشتر به اشکال آتیپیک و غیرمعمول تظاهر، مینمایند. وجود تب در افراد سالخورده در اغلب موارد، حاکی از وجود یک بیماری مهم و معمولاً یک بیماری عفونی است.

تب، ممکن است خفیف و مبهم و یا اصلاً وجود نداشته باشد درحالی‌که بیمار دچار بیماری عفونی فعالی می‌باشد. گاهی یافته‌های فیزیکی کلاسیک ممکن است یادآور یک بیماری غیرعفونی باشد.

گاهی در بیماران مبتلا به بیماری‌های غیرعفونی، علائمی شبیه علائم بیماری‌های عفونی تظاهر می‌نماید.

کاهش فعالیت‌های هموستاتیک، پاسخ‌های میزبان را چنان تعدیل می‌کند که بیماری‌های حاد و شایع با چهره غیرمعمول، تظاهر می‌نمایند (۲۶).

مطالعات ماکروسکوپی و هیستولوژیک ۳۰۰۰ اتوپسی متوالی (۴۳/۹ درصد مرگ‌های ثبت شده) توسط یک پاتولوژیست در یک موسسه سالمندان در یک دوره ۲۰ ساله انجام شد، برونکوپنومونی (۴۲/۹ درصد)، تومورهای بدخیم اساساً در سیستم گوارشی و ضمائم آن و ریه‌ها (۲۸/۱ درصد)، ترومبوآمبولی ریوی (۲۱/۲ درصد)، سکت قلبی حاد (۱۹/۶ درصد)، اغلب موارد مرگ و میر را شامل می‌شده‌اند و بعد از آنها: عفونت دستگاه ادراری

(۱۲/۳ درصد) ، بیماری عروق مغزی حاد (۶/۵ درصد) ، خونریزی داخلی (۵/۵ درصد) و نارسائی قلبی احتقانی (۳/۳ درصد) (۲۱). ضمناً طی مطالعه جامعی که در غرب ایران انجام شده است بیشترین علل مرگ ناشی از بیماری‌های عفونی در سالمندان را سپسیس و پنومونی با مرتالیتی ۱۳/۴ درصد، تشکیل می‌داده است (۲۷)•

بعضی اختلالات قابل درمان که میتوانند منجر به مرگ شوند باید از نظر بالینی مورد ظن قرار گیرند: برای مثال، پیلونفریت حاد (۸۷ درصد) PTE (۷۴ درصد) ، MI حاد (۷۴ درصد) و TB ریوی حاد (۶۱ درصد).

با افزایش سن، افزایش شیوع مراحل پاتولوژیک چندگانه در یک فرد وجود دارد و این تداخلات نقش مهمی در موربیدیتی و مورتالیتی ایفا میکنند. محققین، مشاهده کرده‌اند که اغلب دو یا بیشتر شرایط همزمان، منجر به مرگ میشوند. (۲۱).

متاسفانه تظاهرات بالینی تیپیک عفونت دستگاه ادراری (تب، سوزش ادرار، تکرر ادرار، فوریت ادرار) ممکن است در سالمندان، اندک بوده یا وجود نداشته باشد. در عوض، در این افراد علائمی نظیر تغییر در وضعیت Mental ، بی‌اشتهائی، ضعف یا خستگی وجود دارد (۲۲) و طی مطالعه‌ای که در غرب ایران انجام شده است فقط ۶۹ درصد سالمندان مبتلا به عفونت ادراری، دچار تب نیز بوده‌اند (۲۸).

افراد سالخورده مبتلا به باکتری، ممکن است تب نداشته باشند و همچنین تعداد قابل توجهی از بیماران ممکن است نوتروفیلی نداشته باشند (۸). علائم مشخصه مننژیت‌ها در افراد سالخورده، یا اندک است و یا تظاهر نمیکند و از این گذشته سیر بیماری میتواند بسیار کند باشد و حدود شش هفته به طول انجامد و حتی تب خفیفی وجود داشته و سردرد و سختی گردن، مخصوصاً در مننژیت‌های ناشی از باسیل‌های گرم منفی، عارض نشود (۶). سختی گردن اغلب در افراد پیری که مننژیت باکتریال هم ندارند یافت میشود.

معمولا این افراد اختلال نورولوژیک همراه نیز دارند. بیماران پیری که سفتی گردن دارند در غیاب سایر علائم نورولوژیک، نباید بدلیل احتمال وجود استئوآرتریت مهره‌های گردن، تشخیص اشتباه داده شوند بلکه باید احتمال وجود مننژیت را در آنها در نظر گرفت (۸)

طی مطالعه‌ای دریافتند که ۳۶ درصد سالمندان مبتلا به FUO دچار یکی از بیماری‌های عفونی بوده و عفونت‌های داخل شکمی، شایعترین علت را در اینگونه موارد، تشکیل می‌دهد است و این درحالیست که عفونت‌های شکمی، ممکن است به سختی تشخیص داده شوند زیرا سابقه نامشخص و گنگ دارند و یافته‌های فیزیکی واضحی را ممکن است از خود، نشان ندهند. عفونت مجاری صفراوی، آبسه‌های کبدی، آپاندیسیت، دیورتیکولیت کولون و آبسه‌های داخل شکمی ثانویه به پارگی احشاء، علل شایع عفونت‌های داخل شکمی میباشند. ۲۵ درصد موارد F.U.O را نئوپلاسم‌ها و تقریبا همین رقم را بیماری‌های بافت همبند، تشکیل میدهند. بیش از نیمی از نئوپلاسم‌ها را لنفوم‌ها تشکیل میدهند که حدود دو سوم آنها درلاپاراتومی، تشخیصی مشخص شده‌اند و اغلب نئوپلاسم‌های باقیمانده با منشاء کلیوی یا کبد و مجاری صفراوی میباشند.

۶۵ درصد بیماری‌های بافت همبند را giant cell arteritis بویژه در زنان تشکیل می‌دهد. پلی آرتریت نودوزا نیز ۲۰ درصد آنها را شامل میشود (۸). بیماران مسن به آسانی بعد از حالاتی مثل گرمای زیاد محیط، اسهال یا بیماری تبار دزهیدراته میشوند. عوامل زمینه ساز، عبارتند از اختلال توانائی تغلیظ کلیوی و اختلال حفظ سدیم توسط کلیه در پاسخ به محدودیت نمک است. از طرف دیگر این بیماران پاسخ‌های تشنگی مختلفی نسبت به دژئیدراتاسیون دارند (۱۳).

بطور کلی عدم وجود تب در سالمندان نباید وجود یک روند عفونی حاد را رد کند. وجود یا عدم وجود تب در سالمندان تنها یک تظاهر بالینی است که میتوان از آن در جهت شک به بیماری‌های جدی مثل عفونت استفاده کرد.

بیماران سالمند مبتلا به یک عفونت، عموماً می‌توانند یک پاسخ توأم با تب داشته باشند و اغلب وجود افزایش درجه حرارت نشاندهنده وقوع یک بیماری جدی می‌باشد که اغلب یک بیماری عفونی است. با این وجود، تب میتواند در یک شخص سالخورده مبتلا به عفونت فعال، خفیف بوده یا اصلاً وجود نداشته باشد. علاوه بر این، سایر تظاهرات بالینی عفونت میتواند طیفی از تظاهرات رایج، تا علائم و نشانه‌های غیرمعمول و غیراختصاصی داشته باشد. بنابراین واجب و شایسته است که پزشکان همیشه در سالمندانی که وضعیت بالینی آنها بطور غیرقابل توجیهی، تغییر کرده است به بیماری‌های عفونی نیز شک کنند و آنها را مد نظر، داشته باشند (۱۴).

وبدیهی است که دیدگاه‌های فعلی نیز تفسیر همان نکات اساسی در دیدگاه ابن سینا است که در سایه پیشرفت علم پزشکی و بهره‌گیری از تکنولوژی نوین، حاصل شده است و بار دیگر همان پیام‌ها را با مستندات علمی و عملی ثابت شده‌ای به نسل پزشکی امروز نیز ابلاغ مینماید.

ارتباط نبض و سالخورده‌گی

دیدگاه ابن سینا در کتاب قانون

نبض نوپیران که ناتوان تر هستند، از نبض جوانان کوچکتر و بطئیء تراست (۲۳).

نبض کسانی که بسیار پیر شده‌اند کوچک، متفاوت و بطئی است (۲۴).

دیدگاه‌های فعلی

شکی نیست که در سالخورده‌گان، تعداد ضربانات قلب، در حالت استراحت و فعالیت، دستخوش تغییرات خاصی واقع میشود که میتواند ناشی از کاهش سلول‌های Pacemaker در هسته سینوسی - دهلیزی و تغییر در واکنش آنها نسبت به محرک‌های مرتبط با سمپاتیک و پاراسمپاتیک باشد. ضمناً سالمندان، تکیکاردی را کمتر از سنین پائینتر، تحمل می‌نمایند و

لذا در مقابل محرک‌های افزایش ضربان قلب، مقاومت کمتری دارند (۱۸).

ارتباط تنفس و سالخوردگی

دیدگاه ابن سینا در کتاب قانون

“تنفس نوپیران از حیث زیادی از نفس جوانان کمتر و از حیث کاهش به نفس پیران، نمی‌رسد. نفس پیران از نفس نوپیران و جوانان کوچکتر و کندتر است و اختلاف بیشتری دارد و سبب برتو پوشیده نیست! (۲۵).”

دیدگاه‌های فعلی

در سنین سالمندی، از خاصیت ارتجاعی نسج ریه‌ها و قدرت عضلات تنفسی، کاسته می‌شود ولی این تغییرات در حدی نیست که مغایرتی با میزان اکسیژن مورد نیاز و دفع دی‌اکسید کربن تولید شده، داشته باشد (۱۸).

برنامه بهداشت سالخوردگان در قانون ابن سینا

- بکار بردن هر چیزی که گرم کننده و رطوبت دهنده است
- خواب زیاد و بیشتر از جوانان در بستر ماندن
- نیاز به غذا و شستشوی بیشتر از جوانان
- سعی دائم در دفع ادرار
- حفظ لینت در دستگاه گوارش
- ماساژ معتدل با اندودن تن به روغن که از لحاظ کیفی و کمی برای آنان سودمند است

- سوارکاری که برای پیران مطلوب است و اگر ممکن نشد، پیاده روی
- تغذیه سالخوردگان باید به فواصل کم انجام گیرد و هر وعده غذایی در دو بار یا سه بار به حسب هضم و نیرو و یا ناتوانی دستگاه گوارش انجام گیرد
- اگر غذاهای خشکی آور نظیر ماهی‌های ریز نمک زده و قهوه میل کردند باید با تناول غذاهای مخالف آنها تداوی شوند و اگر معلوم گردید که در آنها مواد زائدی گرد آمده است باید مواد ملین بکار ببرند. وقتی از مواد دفعی پاک شدند باید مواد رطوبت بخش را غذای خود سازند. گاهی نیز اتفاق می‌افتد که باید باز همراه غذایشان مواد ملین بخورند. شیر برای سالخوردگان خوب است بشرطی که از نوشیدنش لذت ببرند، بعد از نوشیدن آن در اطراف کبد و یا شکم کشیدگی رخ

ندهد، جسمشان به خارش نيفتند و دردی احساس نکنند. شیر هم غذاست و هم رطوبت بخش.

میوه‌هایی که با مزاج پیران موافق است و شکم آنها را نرم می‌کند عبارتند از انجیر و آلو در تابستان و انجیر خشک پخته شده در آب انگبین، در فصل زمستان. اگر شکم پیران یک روز در میان کارکرد نیازی به مسهل و ماده لغزنده ندارند.

پیران را می‌توان با روغن، تنقیه کرد. روغن بویژه اگر روغن زیتون صاف شده باشد ضمن اینکه مدفوع را بیرون می‌آورد، اندرون را نرم می‌گرداند. پیران را نباید تنقیه گرم داد، زیرا روده‌های آنها خشک می‌گردد. به هر حال اگر شکم پیران چند روزی کار نکرد اماله تر و روغنی بهترین چاره است. همچنین برای لینت شکم پیران داروهای ملین مخصوص آنها وجود دارد که در اقرابادین ذکر می‌کنیم.

ماساژ دادن سالخوردهگان

"مالش دادن پیران باید از حیث کمی و کیفی به اعتدال انجام گیرد. اندام‌های ناتوان و مثانه را هرگز نباید مالش دهند."

ورزش پیران

"در ورزش پیران باید اختلاف حالات جسمی و بیماری‌هایی را که عادتاً به سراغ آنها می‌آیند و عادت آنها را در ورزش کردن در نظر گرفت. اگر جسمشان در منتهای اعتدال باشد ورزش‌های معتدل برای آنها مفید است. اگر یکی از اندام‌های آنها در بهترین وضع اعتدال نیست باید در هنگام ورزش مراعات آن اندام بشود و دستور ویژه هر اندام در باره آن اجرا گردد.

ورزش دادن تدریجی اندام‌های آسیب دیده و ناتوان گرچه برای پیران خوب نیست، برای کسانی که در سایر مراحل عمر هستند مفید است. آنچه در این زمینه برای پیران ممنوع است برای پیرترانی که از پای افتاده‌اند جایز می‌باشد. از پای افتادگان (خانه نشینان) باید اندام‌های ناتوان را بتدریج با ورزشی که مناسب و سزاوار آنها است مانوس کنند (۵)."

دیدگاه‌های امروزی در مورد بهداشت سالمندان

قدر مسلم، اینست که سالمندی یک فرایند زیست شناختی است که هرچند نمیتوان آنرا متوقف و یا معکوس نمود ولی با مراقبت صحیح، میتوان سالمندی همراه با سلامتی را تضمین نمود و لذا سازمان جهانی بهداشت، معتقد است انجام اقدامات زیر، هر فرد سالمندی را باید قادر سازد تندرستی نسبی خود را حفظ نماید:

- فعالیت‌های روزمره زندگی نظیر خوابیدن، برخاستن، غذا خوردن، تمرینات ورزشی و تفریح در ساعات مشخص و تداوم آنها تا نظم بیولوژیک بدن به بهترین نحو ممکن، عمل نماید.

- پیاده روی بهترین نوع فعالیت‌های جسمانی است که منعی برای آن وجود ندارد و هر فرد سالخورده‌ای باید صبح‌ها حدود ۳۰ دقیقه و عصرها نیز در همین حدود، پیاده روی نماید.

- پیروی کردن از یک برنامه خواب منظم در سنین پیری بسیار با اهمیت است. رفتن به بستر و برخاستن از خواب در ساعت‌های مشخص برای حفظ نظم بیولوژیکی بدن، ضروری است.

- نیازهای اساسی برای برقراری حرکات منظم روده‌ها، استفاده از رژیم غذایی حاوی مقدار زیادی فیبر، تمرینات منظم ورزشی و تعیین زمان مشخص برای اجابت مزاج، می‌باشد.

- این افراد باید در فعالیت‌های اجتماعی و بشردوستانه، مشارکت داشته باشند زیرا هر قدر قوای ذهنی آنها بیشتر مورد استفاده قرار گیرد سالم تر خواهند بود و از بروز افسردگی در آنان جلوگیری خواهد نمود. از طرفی انزوای اجتماعی، یکی از علل اصلی افسردگی در سنین سالمندی است که با مشارکت در امور اجتماعی میتوان از آن پیشگیری نمود (۲).

- پزشکی و بهداشت سالمندان از دیدگاه خبرگان سازمان جهانی بهداشت، حائز آنچنان اهمیتی است که شعار بهداشتی سال ۱۹۹۹ میلادی را به این مقوله، اختصاص داده تحت عنوان "سالمند فعال، تحول می‌آفریند"

اظهار نموده‌اند طی ۲۵ سال آینده، جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر جهان، یک رشد ۸۰ درصدی را متحمل خواهد شد، به طوریکه همراهه یک میلیون نفر بر این محدوده سنی، افزوده میگردد و این در حالیست که توده جمعیتی که در سنین کار و فعالیت هستند فقط یک رشد ۴۵ درصدی، خواهند داشت و لذا تداوم سلامت و کیفیت زندگی جمعیت سالمندان از نقطه نظر اجتماعی و اقتصادی، حائز اهمیت حیاتی می‌باشد و چنین ایجاب میکند که در قرن بیست و یکم، با اعمال تدابیر لازم، زمان بروز عوارض ناتوان کننده سالمندی و در نتیجه، سنین بازنشستگی را به تعویق بیندازیم تا با قشری فعال و شاداب، مواجه باشیم (۳۰)

دومین اجلاس سران، پیرامون سالمندی (سازمان ملل، سال ۲۰۰۲)

در فروردین ماه ۱۳۸۱ شمسی به دعوت سازمان ملل متحد، دومین اجلاس سران با شرکت وزرای بهداشت کشورها، معاونین آنها و بسیاری از شخصیت‌های حقیقی و حقوقی دیگر در اسپانیا برگزار گردید و با انگیزه توجه به فرصت‌ها و نگرانی‌های سالخوردگی جمعیت در قرن بیست و یکم و توسعه جامعه‌ای برای همه سنین، پیرامون حقوق اجتماعی، بهداشتی و رفاهی سالمندان به بحث و گفتگو پرداخته شد و سرانجام بیانیه‌ای در ۱۷ بند به تصویب همگان و از جمله جمهوری اسلامی ایران رسید.

در این اجلاس نمایندگان ایران بر جایگاه رفیع سالمندان کشور و سابقه تاریخی، فرهنگی و عقیدتی رعایت حقوق آنان تاکید نموده به آیه شریفه ۲۳ از سوره ۱۷ قرآن مجید، استناد کرده (خداوند، حکم فرموده است که در حق پدر و مادر، نیکی کنید و چنانکه هر دو یا یکی از آنها پیر و سالخورده شوند و موجب رنج و زحمت شما باشند مواظب باشید کلمه‌ای که رنجیده خاطر شوند مگویید و کمترین آزار به آنها مرسانید و با ایشان به اکرام و احترام، سخن گوید) (جدول ۲) و متذکر شده‌اند که اعداد و ارقام کشوری، حاکی از آن است که طی ۳۰ سال

گذشته جمعیت سالمندان ایران به دو برابر، افزوده شده و در حال حاضر حدود ۷/۸ درصد کل جمعیت می‌باشد و در سال ۲۰۲۰ به ۱۰٪ افزایش خواهد یافت . . امید به زندگی در ایران طی دو دهه گذشته حدود ۱۱ سال افزایش یافته و از ۵۷ سال در سال ۱۳۵۵ شمسی به ۶۸/۵ سال در سال ۱۳۷۵ ارتقاء یافته است . . در حال حاضر حدود ۴ میلیون نفر افراد بیش از ۶۰ ساله در سطح کشور زندگی می‌کنند به طوری که ۵۷٪ آنان در مناطق شهری، حضور دارند . . . شواهد بالینی و سوابق فرهنگی، حاکی از آنست که مناسبترین جا برای زندگی سالمندان، کانون خانوادگی آنان است . . .

جدول ۲ - منشور حقوق سالمندان از دیدگاه قرآن

وَقَضَىٰ رَبِّيكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا آيَاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا أَمَا يَبْلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أَفٍّ وَلَا تَنْهَرُهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا

خداوند، حکم فرموده است که در حق پدر و مادر، نیکی کنید و چنانکه هر دو یا یکی از آنها پیر و سالخورده شوند و موجب رنج و زحمت شما باشند مواظب باشید کلمه‌ای که رنجیده خاطر شوند مگویید و کمترین آزار به آنها مرسانید و با ایشان به اکرام و احترام، سخن گویند

Thy Lord hath decreed that you be kind to parents. Whether one or both of them attain old age in thy life, Say not to them a word of contempt, nor repel them but address them in terms of honor.

تقدیم به :

- استاد و مرادمان ابن سینا
- روح پرفتوح استاد فقید و محقق عالیقدر تاریخ پزشکی ایران و جهان اسلام، دکتر محمود نجم آبادی عضو سابق فرهنگستان علوم پزشکی کشور
- همکاران عزیز همیشه دانشجوییکه با افکار توحیدی و علمی، در اعماق

تاریخ پرافتخار میهن عزیزمان که مصادف با دوران مجد و عظمت تمدن اسلامی است به دنبال دارو و درمان بیماری خودکوکچک بینی و خودفراموشیمان بوده تصمیم دارند بابتکارگیری قوانین تکرار پذیر حاکم بر تاریخ، به کارگیری تکنولوژی جدید و امید و اراده و تلاش و پشتکار خستگی ناپذیر، بار دیگر حرکت ماریپیچی تاریخ را به سوی پایتخت همیشگی توحید، ایران عزیز، سوق داده ، خدمات جهانی ابن سینا را به شیوه‌ای نوین، در هزاره سوّم میلادی نیز احیاء نمایند

منابع

- ۱ - گزارش اجرای سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵ ، مرکز آمار ایران، سال ۱۳۷۶ .
- ۲ - بهداشت سالمندان، ترجمه دکتر محمدرضا شیدفر، از انتشارات سازمان جهانی بهداشت، ۱-۸۸، ۱۹۹۶.
- ۳ - ملک افضل، حسین: امید به زندگی مردان و زنان ایرانی در سال ۱۳۷۵ ، مجله علمی پژوهشی حکیم، ۲: ۱۰۷-۱۱۰، ۱۳۷۷.
- ۴ - جلال الدین مولوی، مثنوی معنوی، کتاب دوّم، کتاب رایانه‌ای مثنوی معنوی، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۴۵۵-۴۵۶، ۱۳۷۶.
- ۵ - ابن سینا، قانون در طب، کتاب اول، فن سوّم، تعلیم سوّم، برنامه بهداشت سالمخوردگان، نسخه رایانه‌ای، حوزه معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، ۲: ۶۷۵-۶۸۲، ۱۳۷۷.
- ۶ - حاتمی حسین: اپیدمیولوژی بیماریهای عفونی در سالمخوردگان، کتاب رایانه‌ای اپیدمیولوژی بالینی بیماری‌ها، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، ۶: ۱۵۸۹-۱۶۲۵، ۱۳۷۸.
- ۷ - ابن سینا، قانون در طب، کتاب اول، فن اول، تعلیم سوّم، فصل سوّم، نسخه رایانه‌ای، حوزه معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، ۲: ۳۵-۳۶، ۱۳۷۷.

8) Mandell GL., Bennitt GE., Dolin R., principles and practice of infectious disease , 5th Edition, New York: Churchill Livingstone, pp.

3164-69, 2000.

9) Fauci S., Braunwald E., Isselbacher K.J.; Harrison 's Principles of internal Medicine , 14th Edition, New York: McGraw Hill, pp. 37-45, 1998.

۱۰ - ابن سینا، قانون در طب، کتاب اول، فن دوم، تعلیم اول، فصل دوم، نسخه رایانه‌ای، حوزه معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، ۲: ۲۶۱-۲۶۲، ۱۳۷۷

۱۱ - ابن سینا، قانون در طب، کتاب اول، فن دوم، تعلیم دوم، فصل ۱۱، نسخه رایانه‌ای، حوزه معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، ۲: ۳۳۱-۳۳۲، ۱۳۷۷

۱۲ - ابن سینا، قانون در طب، کتاب سوم، فن ۲۱، فصل چهارم، نسخه رایانه‌ای، حوزه معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، ۲: ۵۲۸۲-۵۲۸۳، ۱۳۷۷

۱۳ - حاتمی حسین : بهداشت عمومی و طب پیشگیری از دیدگاه ابن سینا، اولین کنگره طب پیشگیری، دانشگاه علوم پزشکی همدان، سال ۱۳۷۸، بانک اطلاعاتی رایانه‌ای کنگره‌ها، معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، ۵: ۵۵۱۵-۵۵۶۹، ۱۳۷۹ و مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۳: ۲۲۳-۲۳۸، ۱۳۷۹

14) Thomas T. and Dean C.: Aging and clinical practice infectious disease , 1st edition, pp. 1-120, 1989

۱۵ - ابن سینا، قانون در طب، کتاب سوم، فن ۱۰، فصل دهم، نسخه رایانه‌ای، حوزه معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، ۲: ۳۳۸۸-۳۳۸۷، ۱۳۷۷

۱۶ - ابن سینا، قانون در طب، کتاب چهارم، گفتار دوم، فصل ۳۶، نسخه رایانه‌ای، حوزه معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، ۲: ۵۸۸۲-۵۸۸۳، ۱۳۷۷

۱۷ - ابن سینا، قانون در طب، کتاب چهارم، گفتار دوم، فصل ششم، نسخه رایانه‌ای، حوزه معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، ۲: ۵۷۷۶-۵۷۷۸، ۱۳۷۷

18) Weatherall D.J., Ledingham D. G. G and Warrell D. A. : Oxford textbook of medicine , 3rd edition , pp. 4333-4346, 1996

19) Dean C., Thomas T. et al: Fever in the elderly, infectious diseases clinics of north american, Fever, London, W.B. Saunders Company, 10(1): 93-99, 1996

20) Paul D. Hoeprich, M. Golin Jordan: Infectious Diseases, 5th
New York, Lippencott Company, 94-100, 1994

۲۱ - حاتمی، حسین؛ ساری اصلانی، پیام؛ منصوری، فیض الله؛ کریمی، فروزان؛ مبانى
و کلیات بیماریهای عفونی در سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، از انتشارات حوزه
معاونت آموزشی و پژوهشی، ۱-۵۱، ۱۳۷۹

22) Gee WM: Causes of death in a hospitalized geriatric population:
an autopsy study of 3000 patients, virchows Arch, A, Pathol, Anat,
Histopathol. 423(5): 343 -49, 1993

۲۳ - حاتمی، حسین؛ ساری اصلانی، پیام؛ منصوری، فیض الله؛ جانبخش، علیرضا؛
فاطمی، سیده معصومه؛ حدادی، آذر؛ بررسی اپیدمیولوژیک سالمندان مبتلا به بیماری های
عفونی بستری در بیمارستان سینای کرمانشاه، ماهنامه پزشکی نبض، سال ششم، ۱۲: ۹-
۱۶، ۱۳۷۶

24) Evans J. G. and williams T. F. : Oxford textbood of geriatric
medicine, New York, Oxford University Press, pp. 51-77, 1992

۲۵ - حاتمی، حسین؛ قنبری، پروین؛ منصوری، فیض الله؛ جانبخش، علیرضا؛ فاطمی،
سیده معصومه؛ حدادی، آذر؛ بررسی سالمندان مبتلا به عفونت ادراری بستری در بیمارستان
سینای کرمانشاه (۷۴-۱۳۷۱)، ماهنامه پزشکی نبض، سال ششم، ۱۱: ۳-۲۱، ۱۳۷۶

۲۶ - ابن سینا، قانون در طب، کتاب اول، جمله اول، فصل هفتم، نسخه رایانه‌ای، حوزه
معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، ۲: ۴۸۸-۴۸۹، ۱۳۷۷

۲۷ - ابن سینا، قانون در طب، کتاب اول، جمله اول، فصل هفتم، نسخه رایانه‌ای، حوزه
معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، ۲: ۴۷۸-۴۷۹، ۱۳۷۷

۲۸ - ابن سینا، قانون در طب، کتاب سوم، گفتار اول، فصل ۲۸، نسخه رایانه‌ای، حوزه
معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، ۲: ۳۲۰۲-۳۲۰۳، ۱۳۷۷

29) WHO, World Health Report 1998, World health organization ,
internet site, last update 16 February 1999
<http://www.who.int/whr/1999>