اختلالات عصبی و روانی سالخوردگان در ایران
(بررسی ۱۷۸ مورد)

مجله علمی نظام پزشکی
سال دوم ، شماره ۶ ، صفحه ۴۲۴ ، ۱۳۵۱

دکتر جلال بریمانی *

سن متوسط انسان در دویست سال اخیر بویژه در ممالك پیشرفته که در آنجا اصول وقوانین بهداشتی کاملا رعایت میشود دو برابر شده است .

ازابتدای خلقت تادوقرن پیش ، برخلاف اعتقاد عمومی، این سن متوسط ، هیچ تغییری نکرده بود وپیری مختص تعداد محدودی میشد ونوعی آرزو بشمار میرفت چنانکه هنوز هم برای دعا وابراز حق شناسی میگویند «الهی پیرشوی». درجدول زیر که نسبت در صد تعداد سالخوردگان بیش از ۶۵ سال به کل جمعیت در بعضی ممالك اروپای غربی حساب شده است بالا رفتن سن متوسط درصد سال اخیر کاملا چشم گیر است :

	سال ۱۸۵۰	سال ۱۹۵۰
فرانسه	٪۶/۴۷	۱۱/۸۰
انگلستان	۴/۶۴	۱۰/۸۳
سوئد	۴/۷۸	۱۰/۳۱
هلند	۴/۷۵	۷/۷۳

وقتی سن متوسط مردم بالارفت، بالطبع بیماریها منجمله اختلالات عصبی وروانی بیشتر مجال تظاهر می یابند .

تحقیقات درمورد اختلالات روانی سالخوردگان بسیار دشوار است زیرا سن شروع پیری فیزیولوژیك، مربوط به موازین عقل وعاطفه، نامعلوم است بعضیها زودتر وبعضیها دیرتر پیر میشوند بعلاوه در بروز اختلالات روانی، تأثیر اختلالات جسمی وهم چنین نقش محیط وتوارث را نباید نادیده گرفت .

بااین مقدمه ، اغلب محققین سن پیری (Senescence) را از ۶۵ سال به بالا میدانند واز ۴۵ تا ۶۵ سالگی را مرحله ماقبل پیری یا (Présenscence) میخوانند . مانیز برای تحقیق ، اختلالات روانی وعصبی سالخوردگان از ۶۵ تا ۱۰۰ ساله را موردمداقه قرار داده ایم وپرونده های کلیه بیمارانی که سن آنها بیش از ۶۵ بود و در هفت سال اخیر به اینجانب مراجعه کرده اند بررسی نموده ایم . مجموع این بیماران ۱۷۸ نفر میشود که مردان ۱۱۵ نفر وزنان ۶۳ نفر بوده اند که ازمیان آنان ۵۸ نفر تحت آزمایش الکتروآنسفالوگرافی قرار گرفته اند .

الف- بررسی علل عوارض عصبی عضوی : ۵۲ بیمار از ۱۷۸ نفر عوارض عصبی زیر بوده اند :

۱- پارکینسون ۱۳ نفر : ۴ نفر همی پارکینسون راست و۲ نفر چپ ومابقی درهردونیم تنه .

۲- رامولیسمان سیلوین ۱۹ نفر که نزد ۱۸ نفر طرف چپ و یك نفرفقط طرف راست بوده است واز نظر آماری وفور گرفتاری درنیمکره چپ قابل ملاحظه است .

۳- تومورهای مغز ۵ نفر، ۴ مورد تومور فرونتال راست که یك مورد باصرع براوه ژاکسون همراه بوده است ویك مورد تومور پاریتال راست .

۴- هموراژی مغز ۳ نفر یك مورد فرونتال راست ، ویك مورد هماتوم پاریتال چپ که باصرع براوه ژاکسون توأم بوده است (بیمارهفتاد ساله ای که پس ازمرگ زنش سرخود رابدیوار کوبیده وهماتوم ایجاد کرده است) ویك مورد هموراژی کپسولر چپ.

* بخش اعصاب دانشکده پزشکی دانشگاه تهران (مرکز پزشکی پهلوی و بیمارستان روزبه).

۵ـ سندرم وبر (Weber) ۱ نفر
۶ـ سندرم پسود وبولبر ۳ نفر
۷ـ بیماری شارکوپسود وبولبر آلاژوانین تورل ودوله
Alajouanine, Thurel et Delay ۱ نفر
۸ـ صرع دیانسفالیك ۱ نفر
فقط‌یك‌مورداز۱۷۸ نفر، که بصورت دوحمله صرع‌بزرگ‌درمدت چهارسال نزد مرد ۷۰ ساله‌ای بوده است، (درآنسفالوگرام وی پاروکسیسمهائی از امواج تتانوك تیز منتشر دیده میشود).
همه محققین براین عقیده‌اند که حملات صرع گراندمال باعلت نـامعلوم ، بعداز ۷۰ سالگی بسیارکمیاب است (Schorsch) و دیگران معتقدندکـه اختلالات عـروقی مغز بـاعث بروز صرع دیررس (Epilepsie tardive) میگردد . در این مورد بازباید متذکرشدکه(Woodcock and Cosgrow)(۱۷) دربررسی۸۰ بیمارکه‌بعدازپنجاه‌سالگی‌دچارصرع شده‌اند،۳۵٪ تومور و۲۶٪ آرتریواسکلروز و۳۹٪ علت نامعلوم یافته‌اند .
۹ـ پاراپلژی ۳ نفر
۱۰ـ سندرم Brown Sequard ۱ نفر
۱۱ـ نورالژی عصب پنجم ۱ نفر
۱۲ـ فلج عصب هفتم ۱ نفر
نوع محیطی بدون علت یا a frigoré

ب : بررسی علل‌روانی : ۱۲۶ نفر گرفتار عوارض روانی زیر بوده‌اند :

۱ـ افسردگیهای اندوژن منجمله ملانکولی: ۳۱ نفر
در این گروه همانطوریکه مکتب روانپزشکی امریکا معتقد است Depression involutive راکه وراثت درایجاد آن نقش‌مهمی دارد نیز قراردادهایم .
۲ـ افسردگیهای اکزوژن : ۴ نفر
دراین‌دسته افسردگیهای‌واکنشی وافسردگیهای ناشی ازخستگی وضعف را نیز گنجانده‌ایم .
۳ـ مانی ۳نفر
این‌بیماری، نزد سالخوردگان‌کمیاب‌است. دراین عارضه‌پیرمرد آواز میخواند ، میخواهد ازدواج‌کند و از قـدرت جنسی خود لاف میزند.
۴ـ پسیکوزمانیاکودپرسیو ۱ نفر
۵ـ زوال‌عقلی یادمانس: ۱۷ نفر
از آنمیان چهار نفر بعلت ازدیاد فشار خون و همی پارزیهـای زودگذر وسایر علائم آرتریواسکلروز دچار زوال عقل ناشی از تصلب شرائین شده مابقی گرفتار نوع‌جنون پیری یاـDemence Senile بوده‌اند .
۶ـ اختلالات حافظه غیر اززوال عقل مربوط به‌کبرسن. ۲۱ نفر
۷ـ نوروز اضطراب ۱۹ نفر
این بیماران مدتی‌کم و بیش طولانی مثلا سالها دچـار اضطراب شدید بوده‌اند ، مـا اضطرابهـای معمولی پیری را جزء نوروز اضطراب قلمداد نکرده‌ایم .
۸ـ گنگی روانی یا Confusion mentale ۱۲ نفر
علائم آن طبق مشخصـاتی کـه Mayer Cross و Hartmann و Schilder داده‌اند بقرار زیراست :
ـ طرز فکر مغشوش ودرهم وبرهم باعدم امکان ترکیب .
ـ اختلال شعوری‌ـعدم‌دقت .
ـ گنگی در زمان ومکان.
ـ اختلالات حافظه.
ـ هذیانهای رؤیاآمیز (Onirisme)
از علل آن باید نارسائی قلب ونارسائی مزمن تنفس ، عفونتهای حاد ، اعمال جراحی ، کم‌خونی ، الکلیسم ، سوء تغذیه وبعضی از تومورهای بدخیم را نامبرد .
سیر بیماری سه‌نوع است بهبود ، زوال عقل و یامرگ
۹ـ پسیکوز هذیانی مزمن ۴ نفر
۱۰ـ وبالاخره نورآستنی ۱۴ نفر
البته باید متذکرشدکه غیر ازخستگی‌فیزیولوژیك‌سالخوردگی، خستگی، دراغلب سندرمهای روانی پیری نیز وجود دارد.
در مقابل تشخیص‌هـای فوق تجزیه و تحلیل علامتی سندرمهـا چنین‌است:

الف : اختلالات اندیشه

از ۱۲۶ نفر بیمار روانی‌ما ، جمعاً ۳۸ نفرمنجمله۱۷نفردچار دمانس، دارای اختلالات بشرح زیر بوده‌اند :
۱ـ عدم انتقاد ازخود ۱۹ نفر
۲ـ عدم ابتکار ۲۱ نفر
۳ـ عدم دقت ۲۶ نفر
۴ـ اختلالات درك زمانی ۲۲ نفر
۵ـ اختلالات درك‌مکانی ۲۱ نفر
۶ـ اختلالات حافظه مربوط به‌خاطرات دور ۱۵ نفر
۷ـ اختلالات حافظه مربوط به‌خاطرات نزدیك ۳۸ نفر
چنانچه ملاحظه‌میشود خاطرات‌دوربهتر حفظ شده‌اند،سالخورده بیمار ، عروسی دوره جوانی وخاطرات سربازی وحالات مشابه را تـا اندازه‌ای خوب توضیح میدهد ولی خـاطرات نزدیك را

فراموش میکند. مثلا به‌پیرمعتاد به‌سیگار، سیگاری نشان میدهید وسپس آنرا درجیب خود میگذارید پس از لحظه‌ای که‌فکراورا متوجه چیز دیگری کرده‌اید ، اگر بپرسید چه چیزالان شما دیده بودید ؟ هیچ بخاطر نمیآورد .

۳۸ نفر از ۱۲۶ نفر برای درمان اختلالات حافظه‌به‌مطب‌آورده شده بودند.

ب- اختلالات خلق وخوی ورفتار:

۱- عصبانیت وتحریك پذیری ۲۹ نفر(از۱۲۶ نفر)

این بیماران‌نه‌تنها خودپرست، حساس بوده وزودگریان میشوند بلکه گاهی واکنشهای خشمگین ، زورگوئی و دیکتاتوری وسوء ظن از خودنشان داده وزندگی را براطرافیان خود حرام میکنند . دراین شرایط ، بیمار باید بستری گردد. رویهمرفته میتوان گفت‌که دوگروه از سالخوردگان بیشتر از نظر رفتاری جلب نظر میکنند : یااینان افرادی آرام و خوش مشرب وبساز وخندان هستند ویا بالعکس کژخو وعصبانی وبهانه‌گیر وحتی پارانویاك میباشند که حق نفس‌کشیدن بکسی نمیدهند و دمار از روزگار اطرافیان برمیآورند .

۲- بیقراری ۲۲ نفر(از ۱۲۶ نفر)که تقریباً همیشه‌بااضطراب همراه است .

۳- اضطراب ۳۶ نفر(از۱۲۶ نفر) (باستثناء نوروز اضطراب‌که قبلا توضیح داده شد).

۴- بی‌تفاوتی ۲ نفر (از۱۲۶ نفر)

ج- اختلالات‌دیگرکه‌موجب شکایت بیماران میشود عبارتند از:

۱- اختلالات خواب:

- کم خوابی ۵۳ نفر
- بدخوابی باخواب منقطع وکابوس ۱۲ نفر
- پرخوابی ۱ نفر

چنانچه ملاحظه میشود ۶۶ نفر از اختلالات خواب‌مینالند .

۲- دردهای مختلف :

۴۴ نفر از بیماران از دردهای مختلف مانندکمردردودردگردن ودردسر ودردپاکه‌بیشترمربوط به‌آرتروزهای گوناگون‌استرنج میبردند .

۳- اعتیادات :

فقط اعتیادبه‌تریاك بوده‌است‌که ۱۱ نفر،دچارآن بوده‌اندوبندرت اعتیاد به‌الکل وجودداشته وهیچگونه اعتیاد دیگری مشاهده‌نشده است . این معتادین، اغلب از قدیم دچار بوده وفقط یك یادونفر برای تسکین درد به‌پیشنهاد اطرافیان ، بتازگی دست به‌استعمال مواد افیونی زده‌اند .

- موضوع جالب، فکر واقدام بخودکشی نزد سالخوردگان‌است از ۱۷۸ بیمارعصبی وروانی ماهیچکدام دست‌بخودکشی‌نزده‌اند وفقط یکنفر اندکی فکر خودکشی داشته است واین درست‌عکس آماری است‌که ممالك اروپائی منتشر کرده‌اند . دراین ممالك خودکشی پیران نسبتاً زیاد است واغلب ناشی ازیك‌عامل‌خارجی مثلا بحران مالی و یاعدم ابراز محبت از جانب اطرافیان است وکمتر منشأ درون زا دارد .

آمار زیر که از انتشارات ملل متحد (۱۹۵۷) است این کثرت را میرساند.

آمار برای صدهزار نفر واز ۶۵ سال به‌بالا:

(متوسط خودکشی برای تمام سنین ۲۰ نفر برای صدهزارنفر است) ومعمولا ده درصد بیماران روانی فکر خودکشی داشته‌ویا دست بخودکشی میزنند .

- فرانسه:

مردان	۷۱
زنان	۱۸/۴

- انگلستان :

مردان	۴۳/۵
زنان	۱۷/۴

- سوئد :

مردان	۵۷/۳
زنان	۱۲/۵

- هلند :

مردان	۳۲/۳
زنان	۱۵

- آماری که دوست و همکار ارجمندم آقای دکتر جواهری از موارد اقدام بخودکشی و خودکشی منجر به‌فوت باهمکاری بیمارستان مسمومین واداره پزشکی قانونی تهیه کرده‌اند چنین است :

موارد اقدام بخودکشی در تهران برای سالهای ۴۵ و۴۶ ، که آنموقع جمعیت این شهر درحدود ۲/۵ میلیون نفر برآوردشده است ۵۰۴۸ نفر (یعنی تقریباً یکنفر برای هرهزار نفر بدون در نظرگرفتن سن) بوده است .

موارد اقدام بخودکشی منجر به‌فوت برای این دوسال ۸۶ نفر (۵۹ نفر مرد و۲۷ نفر زن)که فقط سه‌نفر از ۶۵ سال ، به‌بالا داشته‌اندکه بنابراین برای تهران ، هرسال فقط ۱/۵ نفر (از نظرآماری) افراد سالمند ، خودکشی کرده‌اند . این تعداد با توجه به‌آمار ممالك دیگرکم است (باید متذکرشدکه‌اداره‌آمار

نتوانست تعداد سالمندان تهران را برای سالهای ۴۵و۴۶ معین کند وبعضی ازخودکشیها هم شاید جزء آمار نیامده است).

معهذا بنظر میرسدکه تعداد خودکشی سالخوردگان در ایران خیلی کمتر ازکشورهای اروپائی وآمریکائی باشد واین ناشی از این استکه هنوز ، محیط خانواده ایرانی از هم نپاشیده است واحترام بهپیران پابرجاست و دیگر اینکه بعلل مذهبی وغیره دلبستگی پیران ایرانی بهحیات زیاد است چنانکه سعدی هم در گلستان متوجه این موضوع شده است، میفرماید:

«باطایفهای دانشمندان، درجامع دمشق بحثی همی کردم که جوانی درآمد و گفت در این میان کسی هست که زبان پارسی بداند ؟ غالب اشارت بمن کردند، گفتمش خیراست ؟ گفت پیری صدوپنجاه سال درحال نزع است وبزبان پارسی چیزی همی گوید ومفهوم ما نمیگردد . اگر بکرم رنجه شوی مزدیابی . باشد که وصیتی همی کند . چون ببالینش فرارسیدم این میگفت :

دمی چند گفتم برآرم بکام　　دریغا که بگرفت راه نفس
دریغا که برخوان الوانعصر　　دمی خورده بودیم و گفتندبس

معانی اینسخن را بعربی باشامیان همی گفتم وتعجبهمی کردند ازعمر دراز وتأسف اوهمچنان برحیات دنیا.

درمان:

همانطوریکه قبلا متذکر شدهایم هماکنون در کشورهای اروپای غربی وممالکمتحده امریکا ، امید زندگی برای مردان درحدود ۶۷ سال وبرای زنان در حدود ۷۴سالگی میباشد واین اعداددر سال ۱۹۸۵، بترتیب ۷۳و۷۸ سال خواهد بود.

ـ درایران باپیشرفت صنایع وکشاورزی وبالنتیجه درآمد سرانه سن متوسط که فعلا زیاد نیست ، درآینده محققاً بالا خواهد رفت وتعداد سالخوردگان فزونی خواهد گرفت.

ما تاکنون برای کودکان ، کارهای بزرگی انجام دادهایم ولی متأسفانه برایپیران کوشش چشمگیری نکردهایم وحق اینست که جبران مافات بنمائیم.

اصول درمان سالخوردگان را برسه پایه میدانیم :

۱ـ درمان جسمی

۲ـ درمان روانی یاروانپزشکی

۳ـ درمان اجتماعی یا Sociotherapie

۱ـ درمان جسمی ، شامل معالجه کلیه اختلالات بدنی است که تعدادی از آنان موجب بروز اختلالات روانی میشوند مانند تومورهای مغز ، ضایعات عروقی ، اختلالات متابولیك ، مسمومیتها وغیره.

۲ـ درمان روانی یاروانپزشکی ، که بردوقسمت است : یکی درمانداروئی که ازداروهای پسیکوتروپ استفاده میشود وانتخاب نوع آن بستگی بهنوع عارضه روانی دارد وآشکار است که درمان کمخوابی واضطراب نسبتاً آسان است . دراینجا باید متذکر شد که برای سالخوردگان نباید داروهای خواب آور قوی بکاربرد زیرا اینان درحال طبیعی بطور تدریجی از خواب بیدار میشوند وگاهی هم گنگیهای روانی مختصر و زودگذر صبحگاهی دارند واگر داروهای خواب آور قوی مصرف کنند اختلالات بیدارشدن آنها دوچندان خواهدشد. لهذا باید بهآنان داروهای نورولپتیك ضعیف وباربیتوریك تجویز کرد ، انواع شربتهای قدیمی دارای برومور مفید است.

برای نگهداری تعادل عصبی پیران ، میتوان از داروهائی مانند هورمونهای مردانه برای مردان (درصورت عدم موارد تجویز Contre-Indications) وداروهای تونیك و فسفردار و همچنین داروهائی که مستقیماً برای بهبود متابولیسم سلولهای مغزی بکار میرود مانند منوآمین اسید Levoglutamique بمدت طولانی و Centrophenoxine (۲۰۰ تا ۸۰۰ میلی گرم در روز) استفاده کرد. اخیراً Aslan (۲) ازمعجزات درمان طولانی با Procaïne نام بردهاست که البته هنوزآمار دقیقی در دست نیست. مراکزی برای جوانکردن دربعضی ممالكاروپای غربی احداث شدهاست که درآمدهای سرشاری دارند و نتایج حاصله برای داوطلبین اکسیر جوانی ، باندازه هزینه پرداختی نیست.

۳ـ درمان اجتماعی که ازهمه مهمتراست. (۳و۱۰و۱۱و۱۲و۱۳).

اگر سالخوردگان روابط اجتماعی خود را حفظ کنند ، کار مختصری که مورد علاقه آنها باشد انجام دهند وتأمین اجتماعی ازنظرمادی داشته باشند خود را خوشبخت حس میکنند.

نظریهفوقرا Cavan (۷) ازپرسشنامهای که یك گروه پیران آمریکائی پر کرده بودند استخراج کرده است.

بیکاری ، بازنشستگی از کار ، بازنشستگی مغز محسوب میشود فقط خوردن وخوابیدن، مرگ را تسریع میکند.

درمورد صدور احکام بازنشستگی من معتقدم که اگر بهکارمندقبل از بازنشستگی کامل و ناگهانی که برای بعضیها شوك ملال انگیزی ایجاد میکند یك مرحله نیمه بازنشستگی با مزایای بیشتر و ساعات کارکمتر بمدت یکسال پیشنهاد شود، از شدت اختلالات روانی بازنشستگان بسیارکاسته خواهد شد.

لئونارد دوینچی نقاش وعالم مشهور ایتالیائی همیشه میگفت علم روح را جوان نگاه میدارد و خود نیز خیلی پیر ، مرد . میکل آنژ در ۸۹ سالگی هنوز مشغول نقاشی کلیسای سن پیررم بود و پیکاسو که اخیراً جشن ۹۰ سالگی خود راگرفته است هنوز

شاهکارهـای نقاشی تحویل میدهد ودرایران فردوسی ، سعدی ، حافظ وخیام وبسیاری دیگردرسنین بالااشعار بس نغز میسروده‌اند. مسأله تأمین حوائج مادی سالخوردگان حائزاهمیت است نه‌تنها حقوق بازنشستگی باید مکفی باشد ، بلکه باید شغلهـای سبك مطابق علاقه پیران ایجادکردکه‌هم موجب پیشرفت اقتصادکشور میشود وهم روزانه چند ساعت اینان را سرگرم مینماید وآنان را از تنهائی وبیکسی میرهاند وباین ترتیب پیشگیری‌مهمی‌درمقابل بروز اختلالات روانی انجام میشود.

یکی از بیماران اینجانب که‌کارمند بـازنشسته دولت است و ۷۰ سال دارد ، تنهـا در دواطاق استیجاری زندگی میکند . اوفقط یك دختر داردکه درمحله دور دست باشوهر و فرزندان خود در مسکن محقری بسرمیبرند و هفته‌ای یکبار بـرای پدر پیر خود غذای هفته را میآورد تاروزهـای دیگر آنرا گرم کند و بخورد. تعداد اینگونه بیماران کم نیست.

همه‌آنها نمیخواهند درخانه‌های سالمندان که ساختن آنان برای دولت ویا مؤسسات‌دیگر هزینه‌هنگفتی دربرخواهد داشت‌زندگی کنند واز نظر روانی نیز ، پذیرش در خانه‌هـای سالمندان که ممکن‌است به‌بعضی ازبیماران احساس توقف قبل ازگوردست‌دهد چندان جائز نیست . باوجود این درهرشهری متناسب باجمعیت آن باید یك یاچند خانه سالمندان باتمام وسائل آسایش مـانند تلویزیون ، سینمـا ، کتابخانه و غیره تأسیس شود وهمه بیماران را نباید باهم مخلوط‌کرد مثلا یك دبیر پیر بازنشسته‌که عمری به‌فرهنگ‌کشور خدمت‌کرده و مشاعرش‌کاملا بجا است نباید بـا بیماری‌که‌کم‌وبیش دچارزوال عقل میباشد دریك ساختمان‌زندگی کند . برای بیماران اخیر و همچنین بیماران دچـار اختلالات شدیدروانی وپسیکوز بایدساختمان جداگانه دربیمارستان روانی درنظرگرفت. ضمناً پذیرش‌درخانه سالمندان نباید اجباری باشد و اصول آزادی انتخاب مسکن برای سالخوردگان بـاید کاملا رعایت شود. بعلاوه صلاح است تشکیلاتی بنام خدمـات در منزل بوجود آیدکه هزینه مختصری در برخواهد داشت. این سازمان میتواند تعدادی مستخدم مرد وزن اجیرکند تابرای‌کمك ازنظر نظافت وتهیه غذای روزانه یك یا دوساعت به‌اطاقهـای سالمندان تنهاوبی‌پناه ومستحق بفرستد. آشکاراست‌که یك مستخدم،روزانه به‌شش‌یاهفت منزل میتواند سرکشی‌کند . میتوان برنامه‌ای‌تنظیم کرد تا روزانه ، غذا باقیمت ارزان توسط سازمانی به‌منازل این سالخوردگان‌برده شودتاهمانطوریکه‌گفته شداولادولت ومؤسسات خیریه از سرمایه‌گذاری بسیار برای ساختن خانه‌های سالمندان رهـائی یـابند و ثانیاً محیط روانی سالخورده ، دست نخورده باقی بماند.

خوشبختانه درایران در طول تاریخ همیشه احترام خاصی برای پیران قائل‌بوده‌ایم، درحالیکه در اروپا درقرون وسطی بالعکس سالخوردگان‌را بادیوان وشیاطین‌برابر میدانستند وهمانطوریکه میدانید در نقاشی‌هـا قیـافه اینان را همیشه پیررسم میکرده‌اند و اختلالات روانی سالخوردگان مانندکژ خلقی . حسادت، زور گوئی و کارهای غیرعادی آنـان را جزء صفات اهریمنی نشان میداده‌اند.

بنابراین وظیفه ملی وانسانی ماست‌که به‌سالخوردگانی‌که چند صباحی بیش مهمان مانیستند وما آرزو داریم‌که این چند صباح به چندین ده‌سال بدل‌گرددکمك‌کنیم لهذا پیشنهاد میکنیم‌که در صورت پذیرش،اقداماتی برای تأسیس باشگاههای سالخوردگان بعمل‌آید ، در شهرهـای بزرگ ایران ، در هرمحله بـاید یك باشگاه سالخوردگان احداث شودکه محل آن برحسب جمعیت، یك خانه یایك آپارتمان پنج یاشش اطاقه میتواند باشد.

از وظایف این باشگاه ، اداره درمانگاه مخصوص سالمندان است که‌همه روزه مورد استفاده قرار خواهدگرفت ودارای اندرزگاه نیزمیباشد و همچنین‌اداره خانه سالمندان باپانسیون شبانه‌روزی ویافقط روزانه و ایجاد خدمات منزل ، پیشنهاد شغلهـای سبك ومناسب ، تنظیم تفریحات و اوقات بیکاری سالخوردگان و غیره است.

REFERENCES:

1- AJURIAGUERRA (J.De.,HECAEN(H.),GUIGEN(Y.)Troubles mentaux de la senilité, Encyclopedie_med. Chir, Vol. Psychiatrie Paris. 1954.

2- ASLAN(A.), The therapeutics of old age, the action of procaine. In: BLUMENTHAL (H.T.) Ed, Medical and clinical aspects of ageing. Columbia univ., Press. New York, P 272-292, 1962.

3- BERNARD (P.), NOËL(P.)- L'organianisation des soins médicosociaux aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux. Rev. Franc. Geront, 7. 207 212, 1961.

4- BINET (L.), Gérontologie et Geriatrie I vol. P.U.F., Éd Paris, 1961.

5- BOURLÈRE (F.), DEDIEU-ANGLADE (G.), PICHOT (P.). BERNARD (P.) Les troubles psychiques «mineurs» de la senescence, conséquences et possibilités thérapeutiques. Hyg, Ment, 53, 21-48, 1964.

6- CAMBIER (J.), Longévité et troubles vasculaires céréabaux La Rev. du prat. T. XVI, No. 8, P. 1025-1030, 1966.

7- CAVAN (R.S), Personal adjustment in old age. In: LANSING (A.I.) Ed cowdry,s problems of ageing. 3 rd chap. 40, Williams and Wilkins, Baltimore, P. 1032-1052, 1952.

8- LECONTE (M.), Le socio diagnostic en géronto-psychiatrie, Ann. Méd. Psychol. 121,391-426, 1963.

9- MÜLER (Ch.) Demographie et statisique in Manuel de géronto_psychiatrie, Masson et Cie Ed.,23-27 Paris 1969.

10- MÜLER (Ch.) Sociologie du vieilissement in Manuel de géronto-psychiatrie, Masson et Cie Ed. P. 29 36, paris. 1969.

11- MÜLER (Ch), Les troubles psychogènes de la senecscence in Manuel de géronto-psychiatrie, Masson et Cie Ed P. 146_167, paris, 1969.

12- MÜLIER (Ch.), Suicides et tentatives de suicide dans la vieillesse, in Manuel de géronto_psychiatrie Masson et Cie Ed. P. 165-167, paris, 1969.

13- MÜLIER (Ch.), Aide et action sociale en faveur des personnes âgées in Manuel de géronto-psychiatrie Masson et Cie Ed. P. 211-224, paris, 1969.

14- PAILLAT (P.), La longévité cérnée par la statistique. La Rev. du prat. T. XVI, No. 8, P. 949-959.1966.

15- SENAULT (R.), et POULIZAC H., La longévité: Hygiène et prévention médicale du vieillissement. La Rev. du prat. T.XVI, No. 8. P. 987_998, 1966.

16- VILLA (J. L.), La prévention et l'assistance des trobles psychiques chez le vieillard, confrontations psychiatriques No. 5.P. 147-165, 1970.

17- WOODCOCK (S.), COSGROW (J.B.R.),Epilepsy after age of 50. a five year follow_up study. Neurology 14, 34-40, 1964.