

## فصل ششم : افسردگی

ارزیابی غیر پزشک را جمع بندی کنید
• بررسی پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان و امتیاز حاصله
<b>ارزیابی کنید</b>
<b>علائم خطر فوری</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• امتناع از خوردن آب و غذا</li> <li>• وضعیت طبی بد</li> <li>• عدم صحبت</li> <li>• احتمال آسیب به دیگران</li> <li>• تحریک پذیری، بی قراری شدید، پرخاشگری</li> </ul>
<b>بررسی سوابق یا علائم بیماری ها</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ۱- دوره های مانیا ۲- دوره های هیپومانیا ۳- مصرف داروهای اعصاب</li> </ul>
<b>سؤال کنید</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• از سالمند و همراه وی در خصوص عدم پاسخ به درمان دارویی یا عوارض جدی دارویی سؤال کنید</li> </ul>
<b>وضعیت سالمند را در دو هفته اخیر با سؤالات کلیدی زیر بررسی کنید:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آیا احساس غمگینی و غصه (خلق افسرده) دارید؟</li> <li>• آیا احساس می کنید مثل قبل از فعالیت های سرگرم کننده لذت نمی برید؟</li> <li>• آیا انرژی تان کاهش یافته یا زود خسته می شوید؟</li> </ul> <b>در صورت مثبت بودن دو مورد از سه مورد سؤالات کلیدی فوق، وضعیت سالمند را در دو هفته اخیر با سؤالات تکمیلی زیر ارزیابی کنید:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کاهش تمرکز و توجه</li> <li>• نگاه ناامیدانه و بدبینانه به آینده</li> <li>• بدخلقی</li> <li>• خواب به هم ریخته</li> <li>• کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس</li> <li>• گریه های مکرر و بدون دلیل</li> <li>• آرزوی مرگ</li> <li>• کاهش اشتها</li> <li>• اعتقاد به گناهکار بودن و بی ارزشی و احساس تقصیر</li> </ul>

نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
		<b>توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری</b>
• حداقل یکی از علائم خطر فوری	افسردگی شدید	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سالمند را با لیست تشخیص ها و داروها به روانپزشک ارجاع فوری دهید.</li> <li>• خانواده سالمند را در مورد وضعیت سالمند توجیه نمایید.</li> <li>• به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید سالمند را دو روز بعد پیگیری کنند.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• سابقه دوره های مانیا، هیپومانیا یا علائم پسیکوتیک</li> <li>• عدم پاسخ به درمان دارویی یا عوارض جدی دارویی</li> </ul>	افسردگی متوسط	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سالمند را به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید.</li> <li>• در صورت نیاز به مداخلات تخصصی غیر دارویی و روان درمانی سالمند را به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید.</li> <li>• به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید سالمند را ماهی یکبار تا سه ماه بعد پیگیری و به پزشک مرکز ارجاع دهند.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• حداقل سه علامت از سؤالات تکمیلی</li> <li>• امتیاز ۶ و بیشتر از پرسشنامه مقیاس افسردگی (در بسته خدمتی غیر پزشک)</li> </ul>	افسردگی خفیف	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سالمند را تحت درمان دارویی، ترجیحاً با یک داروی مهارکننده انتخابی سروتونین (SSRI) قرار دهید.</li> <li>• سالمند را برای آموزش بهداشت روان و مداخلات آموزش روانشناختی ساده غیر دارویی به کارشناس سلامت روان ارجاع غیر فوری دهید.</li> <li>• به تیم غیرپزشک پس خوراند دهید سالمند را جهت بررسی پاسخ دارویی، پس از یک ماه پیگیری و به پزشک ارجاع دهند.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• امتیاز کمتر از ۶ از پرسشنامه مقیاس افسردگی (در بسته خدمتی غیر پزشک) و</li> <li>• کمتر از سه علامت از سؤالات تکمیلی یا</li> <li>• حداکثر یک علامت کلیدی</li> </ul>	در معرض افسردگی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• به سالمند و همراه وی راه های کنترل استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید.</li> <li>• حمایت روانی، اجتماعی بیشتر از سالمند را به خانواده آموزش دهید.</li> <li>• به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید که سالمند را سه ماه بعد پیگیری کنند و در صورت تشدید علائم به پزشک ارجاع دهند.</li> </ul>
• بدون نشانه	عدم ابتلا به افسردگی	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سالمند را برای دریافت آموزشهای گروهی مهارتهای زندگی به روانشناس دهید.</li> <li>• حمایت روانی، اجتماعی بیشتر از سالمند را به خانواده آموزش دهید.</li> <li>• به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا سال بعد تشویق کند.</li> </ul>

## فصل ششم: افسردگی

افسردگی به معنای خلق و روحیه افسرده می باشد که فرد احساس ناراحتی و ناامیدی داشته و از نظر شدت از خفیف تا تهدید کننده حیات، متغیر است و یکی از شایع ترین عوامل خطر خودکشی می باشد. تابلوی بالینی افسردگی سالمندان ممکن است با علایمی که در جوان ترها دیده می شود، متفاوت باشد و اغلب با بیماری های جسمی و دمانس همراه است. علایم جسمی در افسردگی سالمندان شایع اند و در صورتی که برای بیمار گفت و گو درباره خلقتش دشوار باشد، ممکن است به تشخیص کمک کنند. گرچه اکثر موارد افسردگی در دوره سالمندی از نوع یک قطبی است، بیماری دو قطبی نیز گاه در این دوره بروز می کند.

شیوع نسبتاً بالاتر افسردگی در سالمندان نسبت به جوان ترها تا حدود زیادی با فراوانی بیماری های جسمی خصوصاً بیماری های مزمن در این دوره توجیه می شود. بالاتر بودن بار مشکلات پزشکی با افزایش میزان بروز افسردگی در سالمندان همبستگی دارد. هر بیماری جسمی ممکن است، عامل آغاز کننده ای برای افسردگی باشد. از طرفی افسردگی نیز ممکن است، احتمال سرانجام های منفی (شامل مرگ و میر) را در بیماری جسمی افزایش دهد. ناتوانی جسمی همراه با یک بیماری مزمن، تاریخچه افسردگی، فوت فرد مراقب، فوت دوست نزدیک، عدم وجود رفاه اجتماعی مناسب، انزوای اجتماعی، وضعیت استرس آور، اختلال شناختی و اعتیاد نیز از دیگر عوامل خطر می باشند. یک سوم سالمندانی که داغ همسر دیده اند در نخستین سال داغیدگی واجد معیارهای تشخیصی افسردگی هستند ولی در اولین مرحله درمان، داروهای ضد افسردگی یا روان درمانی را به کار نبرید. شیوه های فرهنگی مناسب عزاداری و سازگاری را پیشنهاد و مورد بحث قرار دهید.

همچنین پذیرش درمان برای بیماری جسمی همراه را پایش کنید، چون افسردگی می تواند همکاری در مصرف دارو را کاهش دهد.

### سالمند با احتمال افسردگی را ارزیابی کنید

- ابتدا ارزیابی غیر پزشک که پرسشنامه مقیاس افسردگی در سالمندان با ۱۱ سؤال است را جمع بندی و امتیازات آن را بررسی کنید. به هر سؤال یک امتیاز داده می شود و سپس جمع آنها محاسبه می گردد و بر اساس آن طبقه بندی افسردگی توسط غیر پزشک انجام می شود.

### پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان

ردیف	سوال	تفسیر پاسخ	نمره
۱	آیا از زندگی خود راضی هستید؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
۲	آیا احساس می کنید که زندگی شما پوچ و بی معنی است؟	۱- بلی ۰- خیر	<input type="checkbox"/>
۳	آیا اغلب کسل هستید؟	۱- بلی ۰- خیر	<input type="checkbox"/>
۴	آیا اغلب اوقات وضع روحی خوبی دارید؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
۵	آیا می ترسید اتفاق بدی برای شما بیفتد؟	۱- بلی ۰- خیر	<input type="checkbox"/>
۶	آیا در اغلب مواقع احساس سر حالی می کنید؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
۷	آیا اغلب احساس درماندگی می کنید؟	۱- بلی ۰- خیر	<input type="checkbox"/>
۸	آیا فکر می کنید زنده بودن لذت بخش است؟	۰- بلی ۱- خیر	<input type="checkbox"/>
۹	آیا در وضعیت فعلی خود احساس بی ارزشی زیادی می کنید؟	۱- بلی ۰- خیر	<input type="checkbox"/>
۱۰	آیا احساس می کنید موقعیت شما نا امید کننده است؟	۱- بلی ۰- خیر	<input type="checkbox"/>
۱۱	آیا فکر می کنید حال و روز اکثر آدم ها از شما بهتر است؟	۱- بلی ۰- خیر	<input type="checkbox"/>
نمره کل			<input type="checkbox"/>

- پس از بررسی ارزیابی غیر پزشک، سالمند را مورد ارزیابی تخصصی قرار دهید تا مداخلات خاص صورت گیرد. ابتدا علایم خطر فوری افسردگی شامل: امتناع از خوردن آب و غذا، اختلال جدی در غذا خوردن، وضعیت طبی بد، عدم تحرک شدید، عدم صحبت، فکر آسیب به خود یا اقدام به خودکشی، احتمال آسیب به دیگران، تحریک پذیری، بیقراری شدید، پرخاشگری، رفتارهای ناشایست و مهار گسیخته را در سالمند بررسی کنید.
- پس از ارزیابی علایم خطر فوری، به بررسی علایم یا سوابق بیماری ها از جمله: سابقه دوره های مانیا، هیپو مانیا و علایم پسیکوتیک در سالمندان بپردازید. همچنین از سالمند و همراه وی در خصوص عدم پاسخ به درمان دارویی یا عوارض جدی دارویی سؤال کنید.
- در ادامه وضعیت سالمند در دو هفته اخیر را با **سؤالات کلیدی** زیر بررسی کنید:
  - آیا احساس غمگینی و غصه (خلق افسرده) دارید؟
  - آیا احساس می کنید مثل قبل از فعالیت های سرگرم کننده لذت نمی برید؟
  - آیا انرژی تان کاهش یافته یا زود خسته می شوید؟
- سپس وضعیت سالمند را طی دو هفته اخیر، با **سؤالات تکمیلی** زیر بررسی کنید:
  - ۱- کاهش تمرکز و توجه، ۲- کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس، ۳- اعتقاد به گناهکار بودن و بی ارزشی و احساس تقصیر، ۴- نگاه ناامیدانه و بدبینانه به آینده، ۵- گریه های مکرر و بدون دلیل، ۶- بد خلقی، ۷- آرزوی مرگ، ۸- خواب به هم ریخته، ۹- کاهش اشتها

### برخی از داروهای سبب ساز افسردگی

دسته بندی	انواع
داروهای روانگرا	بنزودیازپین ها، تثبیت کننده های خلق، آنتی سایکوتیک ها
داروهای قلبی - عروقی	داروهای ضد فشارخون، کلونیدین، متیل دوبا، بتابلوکرها، مسدود کننده های کانال کلسیم، بازدارنده های ACE، رزپرین و شواهدی در تأیید نقش استاتین ها
داروهای معدی - روده ای	آنتاگونیست های گیرنده H <sub>2</sub> مانند سایمتیدین
هورمون ها	استروژن، پروژسترون، تنظیم کننده های انتخابی گیرنده های استروژن.
داروهای ضدسرطان	تاموکسیفن، وین بلاستین و وین کریستین
داروهای ضد درد	NSAIDs، استروئیدها
سایر داروها	داروهای ضد پارکینسون، برخی از آنتی بیوتیک ها، سوء مصرف الکل و مواد

- تذکر:** سالمندان بیش از تأکید بر خلق افسرده از علایم جسمی افسردگی (اختلال اشتها، خواب و دردهای بدنی) و بی قراری شاکی هستند و نیز گاهی علایم آن ها به صورت علایم شبه دمانس است (دمانس کاذب). در موارد مشکوک به دمانس کاذب، می توان یک دوره درمان افسردگی را امتحان نمود و در صورت عدم پاسخ به الگوریتم "دمانس" مراجعه کرد.
- برخی از نشانه های افسردگی که در سالمندان شایع ترند و ممکن است شکایت اصلی و علت مراجعه آن ها به پزشک باشند:
- اضطراب
  - شکایات جسمی
  - اختلال شناختی: سالمندان در طی دوره افسردگی آسیب پذیری ویژه ای به اختلال شناختی برگشت پذیر (دمانس کاذب ناشی از افسردگی) پیدا می کنند. برخی از بیماران علی رغم درمان افسردگی، کماکان در وضعیت شناختی معیوب باقی می مانند. سابقه فامیلی افسردگی و سابقه ابتلا به افسردگی در دوره جوانی، در سالمندان افسرده ای که به اختلال شناختی دچار می شوند کمتر دیده می شود.

- نشانه های روان پریشی: علائم روان پریشی در افسردگی سالمندی از افسردگی سنین جوانی فراوان تر است. هذیان ها معمولاً از نوع هذیان گناه، نفی، گزند و آسیب و خود بیمار انگاری اند. توهم در هر یک از حواس ممکن است دیده شود. هذیان ها و توهم معمولاً با وضعیت خلقی همخوانی دارند.

### سالمند را از نظر ابتلا به افسردگی طبقه بندی کنید

- سالمند با "حداقل یکی از علایم خطر فوری" در طبقه بندی مشکل فوری "**افسردگی شدید**" قرار می گیرد. سالمند را به روانپزشک ارجاع فوری دهید. خانواده سالمند را در مورد وضعیت سالمند توجیه نمایید.
- سالمند با " سابقه دوره های مانیا، هیپومانیا یا علایم پسیکوتیک یا عدم پاسخ به درمان دارویی یا عوارض جدی دارویی" در طبقه بندی مشکل "**افسردگی متوسط**" قرار می گیرد. سالمند را به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید. در صورت نیاز به مداخلات تخصصی غیر دارویی و روان درمانی سالمند را به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- سالمند با " حداقل سه علامت از سؤالات تکمیلی یا امتیاز ۶ و بیشتر از پرسشنامه مقیاس افسردگی(در بسته خدمتی غیر پزشک)" در طبقه بندی در معرض مشکل "**افسردگی خفیف**" قرار می گیرد. سالمند را تحت درمان دارویی، ترجیحاً با یک داروی مهارکننده انتخابی سروتونین (SSRI) قرار دهید. سالمند را برای آموزش بهداشت روان و مداخلات آموزشی روانشناختی ساده غیر دارویی به کارشناس سلامت روان ارجاع غیر فوری دهید.
- سالمند با " امتیاز بیشتر از ۶ از پرسشنامه مقیاس افسردگی(در بسته خدمتی غیر پزشک) و کمتر از سه علامت از سؤالات تکمیلی یا حداکثر یک علامت کلیدی "، در طبقه در معرض مشکل "**در معرض افسردگی**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های کنترل استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. حمایت روانی، اجتماعی بیشتر از سالمند را به خانواده آموزش دهید.
- سالمند "بدون نشانه " در طبقه فاقد مشکل "**عدم ابتلا به افسردگی**" قرار می گیرد. حمایت روانی، اجتماعی بیشتر از سالمند را به خانواده آموزش دهید. سالمند را برای دریافت آموزشهای گروهی مهارتهای زندگی به روانشناس ارجاع دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کنید و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را یکسال بعد پیگیری و مراقبت دوره ای نمایید.

**نکته مهم :** در سالمندان دوز شروع درمان دارویی معمولاً کمتر از جوانان و میانسالان است.

**توجه:** شکایات فرد را با تزریقات یا دیگر اشکال دارویی بی اثر(مانند ویتامین ها) مدیریت نکنید.

### مداخلات آموزشی

به سالمند توصیه کنید، زمانی که دچار استرس یا اضطراب و دلشوره می شود اقدامات زیر را انجام دهد:

- درخواست کمک از دیگران در زمان نیاز به کمک؛
- مشغول شدن به انجام کاری در خانه، ترجیحاً کار مورد علاقه مثل نگاه کردن به تلویزیون، کتاب خواندن، باغبانی کردن و... ؛
- صحبت کردن با دوستان و اقوام؛
- دیدن دوستان و آشنایان ؛
- خارج شدن از خانه برای مدت کوتاه و تماشا کردن مغازه ها یا قدم زدن در پارک؛
- ورزش کردن؛
- انجام تمرینات آرام سازی : در این تمرینات ، عضلات به ترتیب از سر به طرف پا یا برعکس سفت می شود. باید عضلات خود را ۱۰ تا ۱۵ ثانیه در حالت سفت نگه داشته و بعد به آرامی شل کند. این سفت و شل شدن عضلات تأثیر خوبی بر آرامش ذهن می گذارد.
- برای یک خواب مناسب برنامه ریزی کند:
- زمان خوابیدن و بیدار شدن خود را تنظیم نماید.
- استراحت در بستر یا چرت زدن های عصرانه موجب بی خوابی سالمند طی شب می گردد.

- فقط زمانی به بستر بروید که واقعاً احساس می کند خوابش می آید.
- در صورتی که بعد از ۲۰ دقیقه رفتن به بستر به خواب نرود، از بستر برخاسته و تا وقتی که احساس کند خوابش می آید خود را به فعالیت سبکی مشغول نماید.
- از بستر خود فقط جهت خوابیدن استفاده شود و از انجام فعالیت های مثل مطالعه، تماشای تلویزیون، صحبت با تلفن خودداری نماید.
- در بستر تنها بخوابد و محرک های محیطی را که موجب اختلال در خواب وی می شوند را حذف نماید.
- حتی الامکان از چرت زدن طی روز خودداری کند، در صورت عدم توانایی جهت مقابله با آن، فقط چرت های ۱۰ تا ۱۵ دقیقه ای، حداقل ۸ ساعت پس از بلند شدن از خواب داشته باشد.
- ورزش های روزانه انجام دهد، ولی باید دقت شود که حداقل ۴ ساعت قبل از خواب، فعالیت های ورزشی انجام نشود.
- صرف قهوه و چای و نوشابه گازدار را محدود نماید و از مصرف آن ها طی عصر و اول شب خودداری کند.
- از مصرف سیگار اول شب و موقع بیدار شدن طی شب اجتناب نماید.
- از مصرف غذای سنگین ۳-۴ ساعت قبل از خواب خودداری کند.
- از تکنیک های آرام سازی زمان خواب استفاده نماید.
- دوش آب گرم، دو ساعت قبل از خواب گرفتن مفید است.
- نوشیدن یک لیوان شیر گرم قبل از خواب، به شروع خواب کمک می کند.
- برای شام، یک غذای سبک خورده شود.
- محل خواب سالمند، دور از سر و صدا، نور زیاد، سرما و گرمای نامناسب باشد.

## درمان

درمان افسردگی در سالمندان به قدر جوانان موفقیت آمیز است. این اختلال را می توان در سیستم مراقبت های اولیه تشخیص داده و درمان کرد. مطالعات نشان داده اند که آموزش های خاص جهت پزشکان عمومی برای درمان افسردگی، از نظر هزینه اثربخشی مؤثر و مناسب است. درمان افسردگی شامل: روان درمانی و دارو درمانی می باشد. داروهای ضد افسردگی و روان درمانی را می توان در سیستم مراقبت های اولیه به کار برد.

**درمان غیر دارویی:** روان درمانی (شناختی، رفتاری، حمایتی) می تواند توسط کارشناس بهداشت روان انجام شود. علاوه بر این، شواهد نشان می دهند که تمرینات بدنی و ورزش در کاهش نشانه های خلقی منفی، از جمله در بیماران دچار بیماری فیزیکی و روحی، مفید و اثربخش باشد.

**درمان دارویی:** درمان افسردگی با داروهای ضد افسردگی مؤثر می باشد. البته باید از داروهایی که کمترین عوارض جانبی و تداخل کمتری با سایر داروها دارند، استفاده شود. بعد از ۴ تا ۶ هفته، وضعیت جسمی و روانی بیمار بررسی شده تا اگر دارو تأثیر مثبت بر وضعیت روانی نداشته یا دارای عوارض جانبی است، داروی دیگری جایگزین شود.

هرچند شواهد واضحی در تأیید برتری یک داروی ضد افسردگی بر داروهای دیگر وجود ندارد، داروهای بازدارنده انتخابی باز جذب سروتونین (SSRIs)، به دلیل تحمل بهتر و آثار جانبی کم خطرشان، به عنوان داروهای خط اول توصیه شده اند. در درمان بیماران افسرده ای که همزمان مبتلا به بیماری های جسمی هستند نیز داروهای SSRI داروی انتخابی به شمار می روند. اگر نخستین داروی SSRI مؤثر نبود یا بیمار نتوانست آن را تحمل کند، تبدیل آن به داروی دیگری از گروه

SSRI توصیه می شود. قبل از تغییر دارو به دلیل اثربخش نبودن، حداقل باید درمان با آن را به مدت ۶ هفته ادامه داد زیرا شروع اثر داروهای ضدافسردگی در سالمندی با تأخیر بیشتری صورت می گیرد. اطمینان از پیروی بیمار از دستورات پزشکی نیز اهمیت بسیار دارد.

داروهای ضد افسردگی وابسته به سه حلقه ای ها نیز به اندازه SSRIs مؤثر هستند ولی عوارض و تداخلات دارویی بیشتری دارند. موارد کنترااندیکاسیون تجویز داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای توسط پزشکان عمومی شامل: وجود آریتمی قلبی، سابقه یا علایم ایسکمی قلب، گلوکوم زاویه بسته، هیپرتروفی پروستات و بیماری های عروقی مغز است.

### نکات قابل توجه در درمان دارویی افسردگی سالمندان:

- در صورتی که بیمار در گذشته به یک دارو خوب پاسخ داده، دوباره از همان دارو استفاده کنید.
- در هنگام انتخاب مناسب ترین داروی ضد افسردگی باید به خصوصیات و نظر بیمار نیز توجه کرد. ممکن است بعضی آثار جانبی مانند افزایش وزن در برخی از بیماران غیرقابل قبول باشد اما در برخی دیگر سودمند هم باشد.
- تا رسیدن به سطح مؤثر دارو به تدریج دوز دارو را افزایش دهید.
- در هر بار ویزیت، حداقل مقدار دارو تجویز شود.
- گرچه این داروها اعتیادآور نیستند ولی قطع ناگهانی دارو ممکن است به بروز علایمی منجر شود.
- همه داروهای بازدارنده انتخابی باز جذب سروتونین (SSRIs)، ممکن است باعث بی خوابی، بی قراری، اضطراب، عوارض گوارشی و اختلال عملکرد جنسی و... شوند.

### سرانجام بیماری

پس از دو سال، تقریباً ۵۰ درصد از سالمندان دچار افسردگی، کماکان افسرده باقی می مانند. افسردگی با افزایش نرخ مرگ و میر(به عللی به جز خودکشی)، همراه است. معلوم نیست که این امر به تأثیر بیماری های فیزیکی بر وضعیت روانی مربوط می شود یا برعکس. درمان های کنونی افسردگی همان قدر در سالمندان مؤثرند که در جوانان تأثیر دارند ولی متأسفانه، افسردگی در سالمندان کمتر از حد تشخیص داده شده و تحت درمان قرار می گیرد. تأثیر درمان افسردگی بر نرخ مرگ و میر روشن نیست. به هر حال نباید از نظر دور داشت که تفکیک آثار مداخله گرانه بیماری های جسمی، اختلال شناختی، بیماری های بلند مدت روانی، استرس های اجتماعی و رویکردهای مختلف درمانی از افسردگی بسیار دشوار است. سالمندان پر مخاطره ترین گروه خودکشی کامل را در سراسر جهان تشکیل می دهند. در میان افرادی که دست به خودکشی می زنند، احتمال مرگ سالمندان بیشتر است. خطر خودکشی در سالمندان را نباید دست کم گرفت و از هر فرصتی باید برای مطرح کردن پرسش هایی درباره افکار و نقشه خودکشی استفاده کرد.

## داروهای مهار کننده اختصاصی باز جذب سروتونین (SSRIs)

نام ژنریک	اندازه مصرف روزانه	شکل دارو	عوارض جانبی	تداخلات دارویی
سیتالوپرام	۶۰-۲۰ میلی گرم	قرص های ۲۰ و ۴۰ میلی گرمی	تهوع، خشکی دهان، خواب آلودگی، تعریق، ترمور، اسهال، اختلال جنسی، سرگیجه	تداخلات دارویی با داروهای ذکر شده در مورد فلوکستین و سیتالوپرام سطح سرمی متوپرولول را تا دو برابر افزایش می دهد. مصرف همزمان با کارمازپین، کلیرانس سیتالوپرام را افزایش می دهد. مصرف همزمان با وارفارین می تواند PT را تا ۵٪ افزایش دهد. افزایش سطح سرمی در مصرف توأم با سایمیتیدین وجود دارد.
سرتالین	۱۵۰-۵۰ میلی گرم	قرص های ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرمی	عوارض گوارشی : درد معده، اسهال و تهوع، سرگیجه، ترمور، خواب آلودگی، افزایش تعریق، خشکی دهان و اختلالات جنسی	تداخلات دارویی با داروهای ذکر شده در مورد فلوکستین و افزایش سطح وارفارین آزاد و افزایش زمان پروترومبین، سایمیتیدین غلظت آنرا افزایش می دهد.
فلوکستین	۴۰-۱۰ میلی گرم	کپسول های ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی محلول مایع ۵ سی سی / ۲۰ میلی گرم	عوارض سیستم عصبی مرکزی : سردرد، عصبانیت، بی خوابی، خواب آلودگی و اضطراب عوارض گوارشی: تهوع، اسهال، بی اشتها، سوء هاضمه، اختلالات جنسی، کاهش غلظت گلوکز خون بیش مصرف: بی قراری، ترمور تشنج عوارض شایع: بی اشتها، درد بدنی، تهوع، اضطراب، بی خوابی، ترمور و خشکی دهان عوارض خطرناک: هیپوگلیسمی، هیپوناترمی، آنافیلاکسی، عوارض اکستراپیرامیدال	ایجاد سندرم سروتونینی مرگبار در مصرف توأم این داروها با مهارکننده های منوآمین اکسیداز، احتیاط در مصرف همزمان بالیتیم بدلیل ایجاد تشنج و سندرم سروتونینی مرگبار، داروهای این گروه ممکن است غلظت دزی پیرامین را ۴-۳ برابر کنند. سمیت داروهای زیر را افزایش می دهد: TCA، دیازپام، وارفارین، کاربامازپین، لیتیم، دکسترومتورفان
فلوکسامین	۳۰۰-۵۰ میلی گرم	قرص های ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرمی	تهوع، سوء هاضمه، اختلال جنسی، آشفته گی های خواب و سردرد عوارض شایع: سرگیجه، اسهال، خشکی دهان، سوء هاضمه، استفراغ عوارض غیرشایع: بی خوابی، اضطراب، اختلال جنسی، سردرد	تداخلات دارویی با داروهای ذکر شده در مورد فلوکستین و نباید همراه با ترفنادین، استمیزول و کتوکونازول مصرف شود. افزایش نیمه عمر آلپرازولام و دیازپام افزایش غلظت تتوفیلین و وارفارین افزایش غلظت و احتمالاً فعالیت کلوزاپین، کاربامازپین، ایندرا، متادون و دیلتیازم کاهش کلیرانس بنزودیازپین، تتوفیلین، وارفارین افزایش سطح داروهای : کاربامازپین، کلوزاپین، متوپرولول، پروپرانولول همزمان با مصرف دیلتیازم می تواند منجر به برادیکاردی شود، ضریان قلب کنترل شود.

## پیگیری

- چنانچه سالمند در طبقه "افسردگی شدید" قرار گرفت، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، سالمندی را که به روانپزشک ارجاع فوری شده است را تا دو روز بعد پیگیری کنند.
- چنانچه سالمند در طبقه "افسردگی متوسط" قرار گرفت، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، سالمندی که به روانپزشک ارجاع غیر فوری شده است را تا سه هفته بعد پیگیری و به پزشک ارجاع دهند.
- چنانچه سالمند در طبقه "افسردگی خفیف" قرار گرفت، به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید، سالمند را ۶-۴ هفته بعد پیگیری و جهت بررسی پاسخ دارویی به پزشک ارجاع دهند. پس از یک ماه در صورت عدم پاسخ به درمان سالمند را به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه "در معرض افسردگی" قرار گرفت. به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید که سالمند را سه ماه بعد پیگیری و در صورت تشدید علائم به پزشک ارجاع دهند.
- چنانچه سالمند در طبقه "عدم ابتلا به افسردگی" قرار گرفت. به تیم غیر پزشک پس خوراند دهید که سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا سال بعد تشویق کند.