

مرور چند نمونه بالینی

# افسردگی سالمندان

ترجمه: دکتر یاسر مالی

تشخیص افسردگی در سالمندان به دلیل وجود بیماری‌های همراه از قبیل بیماری‌های عروقی مغز و زوال عقل، غالباً دشوار است. ابزارهای اختصاصی برای این گروه سنی از قبیل مقیاس افسردگی سالمندان<sup>(۱)</sup> یا مقیاس کورنل برای افسردگی در زوال عقل<sup>(۲)</sup> می‌توانند در رسیدن به تشخیص مفید باشند. در اتخاذ تصمیم‌های درمانی باید به خطرات مصرف داروها از قبیل سندرم سروتونین، هیپوناترمی، زمین خوردن، شکستگی و خونریزی گوارشی توجه کرد. سالمندان سفید پوست مبتلا به افسردگی در معرض خطر بالایی از نظر خودکشی هستند. افسردگی پس از سکته مغزی یا انفارکتوس میوکارد شایع است و پاسخ به درمان ضد افسردگی در این بیماران با پیامدهای عروقی ارتباط دارد. در کنار استفاده از داروهای ضد افسردگی، مراقبت مدیریت شده افسردگی<sup>(۳)</sup> نیز حایز اهمیت است. روان‌درمانی ساختار یافته و برنامه‌های ورزشی، درمانی مفید برای بیماران منتخب محسوب می‌شوند.

تشخیص افسردگی ماژور در سالمندان با ارزیابی همان معیارهایی گذاشته می‌شود که در بزرگسالان جوان‌تر هم کاربرد دارند. این تشخیص بر اساس وجود علائم اصلی فقدان لذت (anhedonia) یا خلق افسرده برای مدت ۲ هفته به اضافه حداقل ۴ مورد از معیارهای زیر، مسجل می‌شود: احساس بی‌ارزشی یا گناه، کاهش توانایی تمرکز یا تصمیم‌گیری، خستگی، تحریک‌پذیری یا گندی سایکوموتور، بی‌خوابی یا خواب بیش از حد، تغییرات قابل ملاحظه در وزن یا اشتها، و افکار مکرر مرگ یا خودکشی.

رسیدن به تشخیص در سالمندان می‌تواند دشوارتر باشد زیرا علائم جسمانی آن‌ها ممکن است مربوط به بیماری‌های طبی همزمانشان باشد؛ همچنین سالمندان بعضی از علائم مثل احساس گناه را با احتمال کمتری گزارش می‌کنند. علائم افسردگی از قبیل خلق افسرده و خواب بیش از حد همچنین ممکن است ناشی از بیماری‌های طبی همزمان سالمندان باشند. وجود زوال عقل می‌تواند تشخیص را مبهم‌تر کند زیرا توانایی بیمار را در ارائه یک شرح حال دقیق محدود می‌سازد.

اپیدمیولوژی افسردگی ماژور در سالمندان مشابه بزرگسالان جوان‌تر است. حدود ۱۰٪-۵٪ از سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز سرپایی مراقبت‌های اولیه مبتلا به افسردگی هستند و این مشکل در زنان شیوع بیشتری دارد. افسردگی در سالمندان ممکن است نشان‌دهنده عود افسردگی از سال‌های قبلی عمر باشد و نه شروع یک اختلال افسردگی جدید در سالمندی. افرادی که در دوران سالمندی برای اولین بار علائم افسردگی را نشان می‌دهند، به احتمال بیشتری دچار بیماری زمینه‌ای عروقی مغز یا مراحل اولیه زوال عقل هستند. این امر می‌تواند توضیح بدهد که چرا میزان پاسخ به رویکردهای روان‌درمانی یا دارودرمانی در جمعیت سالمندان کمتر از سایرین است. افسردگی سایکوتیک که باعث توهم یا هذیان می‌شود، در افسردگی سالمندان شایع‌تر است. موارد بالینی مطرح‌شده زیر، چند نمونه از چالش‌هایی را نشان می‌دهند که پزشکان در برخورد با سالمندان دچار افسردگی با آن‌ها مواجه هستند.

**بیمار اول.** زنی ۸۵ ساله ساکن خانه سالمندان و مبتلا به زوال عقل، مدتی است که خوب غذا نمی‌خورد. کارکنان خانه سالمندان فکر می‌کنند که او احتمالاً افسرده شده و از شما می‌خواهند برایش یک داروی ضد افسردگی تجویز کنید.

1. Geriatric Depression Scale  
2. Cornell Scale for Depression in Dementia  
3. depression care management

## جدول ۱. مقایسه علائم و نشانه‌های افسردگی و زوال عقل

علائم و نشانه‌ها	افسردگی	زوال عقل
شروع	ناگهانی	تدریجی
پیشرفت	سریع	آهسته
شرح حال بیمار	دارای جزئیات کامل	دارای جزئیات اندک
همکاری بیمار حین ارزیابی	ممکن است مناسب نباشد	معمولا خوب
حافظه	با راهنمایی کردن بهتر می‌شود	مختل، راهنمایی کردن کمکی نمی‌کند

از آن‌جا که مصرف SSRIها با هیپوناترمی مرتبط است، در صورت بروز لتارژی یا دلیریوم پس از شروع درمان، حتما باید سدیم سرم چک شود. مصرف SSRIها همچنین خطر زمین خوردن، شکستگی، خونریزی گوارشی و اختلالات خواب را زیاد می‌کند. مدت درمان مورد نیاز برای حفظ فروکشی بیماری مشخص نیست. بر اساس اصول درمان دارویی در سالمندان، برای بیماران باید ارزیابی‌های دوره‌ای از نظر قطع درمان یا کاهش تدریجی دوز تا حداقل دوز موثر، صورت گیرد.

**بیمار دوم.** یک مرد ۷۵ ساله ۳ هفته قبل با علائمی مشابه یک بیماری ویروسی مراجعه کرد. او بی‌تفاوت (آپاتییک) به نظر می‌رسید ولی می‌گفت که باید زود خوب شود تا به فصل شکار برسد. او بعدا با شلیک گلوله به زندگی خود پایان داد.

میزان خودکشی‌های موفق در مردان سفیدپوست بالای ۶۵ سال بیش از سایرین است. افسردگی یک عامل خطر عمده برای داشتن افکار خودکشی محسوب می‌شود (جدول ۵). بیماران دارای افکار خودکشی ممکن است به فاصله کوتاهی قبل از اقدام به خودکشی، با شکایت از علائمی کاملا نامربوط به پزشک مراجعه کنند. خصوصا در مواقعی که فرد دسترسی آسان به ابزارهای آسیب‌رسان (از جمله سلاح گرم) دارد، در صورت مشاهده هرگونه تغییر خلق، یک ارزیابی دقیق از نظر افکار خودکشی باید انجام شود. در این مصاحبه باید به صورت مستقیم به این موارد توجه گردد: وجود قصد خودکشی، وجود نقشه‌ای برای خودکشی، و در دسترس بودن ابزارهای لازم برای اجرای این نقشه.

درمان افکار خودکشی در بیماران سالمند نیازمند بستری کردن است مگر آن‌که منبع قابل اعتمادی برای حمایت روانی - اجتماعی وجود داشته باشد و امکان پیگیری مناسب تضمین شود. اگرچه ثابت شده که درمان با SSRIها افکار خودکشی را کاهش می‌دهد، اثبات کاهش میزان اقدام به خودکشی با این داروها دشوار است. در این بیماران از تجویز داروهایی که فزون‌دوز آن‌ها می‌تواند کشنده باشد (مثل ضد افسردگی‌های سه‌حلقه‌ای)، باید اجتناب کرد. پایدار ماندن

## کادر ۱. نکات کلیدی

توصیه بالینی	سطح شواهد
- «مقیاس افسردگی سالمندان» و «مقیاس کورنل برای افسردگی در زوال عقل» ابزارهایی روا شده برای غربالگری افسردگی در سالمندان مبتلا به زوال عقل هستند.	C
- بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد همراه با صعود قطعه ST باید طی مدت بستری، یک ماه پس از ترخیص و پس از آن به صورت سالانه از نظر افسردگی ارزیابی شوند. رفتار درمانی شناختی و مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIها) برای درمان افسردگی در این جمعیت مفید هستند.	C
- غربالگری روتین از نظر افسردگی در سالمندان تنها در صورتی توصیه می‌شود که امکان مراقبت مدیریت‌شده افسردگی وجود داشته باشد.	A
A: شواهدی بیمار محور قطعی با کیفیت مطلوب; B: شواهد بیمار محور غیرقطعی با کیفیت محدود; C: اجماع، شواهد بیماری محور، طبابت رایج، عقیده صاحب‌نظران یا مجموعه موارد بالینی	

جدول ۱ علائم و نشانه‌های افسردگی و زوال عقل را به صورت مقایسه‌ای نشان می‌دهد. افسردگی در افراد ساکن خانه‌های سالمندان شایع‌تر است و اغلب به صورت کاهش وزن تظاهر می‌کند.

مقیاس افسردگی سالمندان یک ابزار مفید برای غربالگری است که برای استفاده در مبتلایان به زوال عقل و نمره ارزیابی مختصر وضعیت روانی (MMSE) برابر ۱۵ یا کمتر، رواسازی شده است (جدول ۲). «مقیاس کورنل برای افسردگی در زوال عقل» یک ابزار ارزیابی مبتنی بر پرسش از مراقبین فرد است که از آن می‌توان برای تشخیص افسردگی همراه با موارد شدیدتر زوال عقل استفاده کرد<sup>(۳)</sup>. البته سایر علل ایجاد علائم افسردگی از قبیل دلیریوم، عوارض جانبی داروها و اختلالات متابولیک را نیز در سالمندان باید مد نظر قرار داد (جدول ۳).

درمان افسردگی در بیماران ساکن خانه‌های سالمندان ممکن است دشوارتر باشد زیرا مصرف داروهای متعدد در این افراد، بروز تداخلات دارویی و عوارض جانبی را محتمل‌تر می‌سازد. اختلال در کارکرد کلیه یا کبد نیز می‌تواند در بروز واکنش‌های ناخواسته دخیل باشد. ضد افسردگی‌های سه‌حلقه‌ای، مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIها)، مهارکننده‌های بازجذب سروتونین - نوراپی‌نفرین، و سایر ضد افسردگی‌های نسل دوم، اثربخشی مشابهی در این بیماران دارند. بر اساس وضعیت عوارض جانبی، SSRIها داروهای ارجح برای درمان افسردگی در سالمندان محسوب می‌شوند. بر اساس عقیده صاحب‌نظران، داروهای سیتالوپرام، اسیتالوپرام و سرتالین ممکن است ارجح باشند زیرا تداخلات دارویی و عوارض شناختی کمتری دارند.

احتمال مصرف سایر داروهای دارای خواص سروتونرژیک (جدول ۴) در سالمندان فرتوت بیشتر است. لذا باید به پیشگیری از بروز سندرم سروتونین توجه شود. تظاهرات این سندرم عبارتند از: علائم اتونوم (مثل هیپرترمی، پرفشاری خون و تاکی‌کاردی)، حرکتی (مثل هیپررفلکسی، میوکلونوس و ترمور) و شناختی - رفتاری (مثل منگی، اضطراب و توهم).

1. Mini- Mental State Examination

۲. این ابزار در این نشانی اینترنتی قابل دستیابی است: [http://www.amda.com/resources/2005\\_updates\\_ttc\\_teaching\\_kits/dementia.pdf](http://www.amda.com/resources/2005_updates_ttc_teaching_kits/dementia.pdf)

## جدول ۲. مقیاس افسردگی سالمندان (نوع کوتاه شده ۱۰ موردی)

پرسش	پاسخ
۱) آیا اساساً از زندگی خود راضی هستید؟#	بله / خیر
۲) آیا احساس می‌کنید که زندگی شما پوچ و تهی است؟#	بله / خیر
۳) آیا احساس می‌کنید که قرار است اتفاق بدی برایتان بیفتد؟#	بله / خیر
۴) آیا اکثر اوقات احساس شادمانی می‌کنید؟#	بله / خیر
۵) آیا بسیاری از فعالیت‌ها و علایق خود را از دست داده‌اید؟	بله / خیر
۶) آیا غالباً احساس درماندگی می‌کنید؟	بله / خیر
۷) آیا فکر می‌کنید که مشکلات حافظه شما از اکثر افراد بیشتر است؟	بله / خیر
۸) آیا احساس می‌کنید که پر از انرژی هستید؟	بله / خیر
۹) آیا احساس می‌کنید که وضعیتتان ناامیدکننده است؟	بله / خیر
۱۰) آیا احساس می‌کنید که اکثر مردم بهتر از شما هستند؟	بله / خیر

توجه: به هر پاسخ غیرطبیعی (مشخص شده با قلم سیاه) یک امتیاز داده می‌شود. نمره ۳ یا بیشتر می‌تواند نشان‌دهنده افسردگی باشد.  
# گاهی از این ۴ پرسش اول به عنوان نوع بسیار کوتاه شده‌ی ۴ موردی این مقیاس استفاده می‌شود؛ که در این صورت وجود حداقل یک پاسخ غیرطبیعی احتمالاً نشان‌دهنده افسردگی خواهد بود.

افکار خودکشی یکی از اندیکاسیون‌های درمان با شوک الکتریکی (ECT) است که استفاده از آن در سالمندان بی‌خطر محسوب می‌شود. سایر اندیکاسیون‌های استفاده از ECT عبارتند از: عدم پاسخ به دارو، سایکوز، و پاسخ قلبی مناسب به این روش.

**بیمار سوم.** زنی ۷۲ ساله دچار انفارکتوس میوکارد شد و ۴ هفته قبل تحت جراحی پیوند بای‌پس عروق کرونر (CABG) قرار گرفت. بیمار در یک برنامه سرپایی بازتوانی قلبی شرکت داده شد. درمانگر بیمار نسبت به عدم پیشرفت برنامه بازتوانی و آپاتی واضح وی نگران است. پسر بیمار می‌گوید که ظاهراً وی علاقه خود را به شرکت در فعالیت‌های خانوادگی از دست داده و افسرده به نظر می‌رسد.

حدود ۲۰٪ از افراد دچار سکته مغزی یا انفارکتوس میوکارد، به افسردگی ماژور مبتلا می‌شوند. باقی ماندن افسردگی پس از یک

## جدول ۴. داروهایی که می‌توانند سندرم سروتونین ایجاد کنند

دسته دارویی	نمونه‌ها
آفتامین‌ها	متیل فنیدات
مسکن‌ها	مپریدین، ترامادول
آنتی‌اسپاسمودیک‌ها	سیکلوبنزاپرین
داروهای سرفه و سرماخوردگی	دکسترومتورفان
داروهای گیاهی	علف سنت‌جان (هیپریکوم پرفوراتوم)
داروهای میگرن (تریپتان‌ها)	سوماتریپتان
مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز (MAO)	فنلزین
مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIها)	سرتالین
مهارکننده‌های بازجذب سروتونین - نوراپی‌نفرین	ونلافاکسین، دولوکستین
سایر داروهای سروتونرژیک	لیتیم، ترازودون

توجه: خطر سندرم سروتونین در موارد مصرف ترکیبی این داروها بیشتر می‌شود.

## جدول ۳. علل احتمالی علایم افسردگی

علل	نمونه‌ها
سیستم یا طبقه دارویی	
آنتی‌کولینرژیک‌ها	اکسی‌بوتینین، سایمتیدین، آنتی‌هیستامین‌ها
قلبی	کلونیدین، دیگوکسین، هیدرالازین
دستگاه عصبی مرکزی	لودوپا، فنی‌توین، هالوپریدول
هورمون‌ها	گلوکوکورتیکوئیدها، قرص‌های ضد بارداری، استروئیدهای آنابولیک
آرام‌بخش‌ها	بنزودیازپین‌ها، اتانول، داروهای خواب‌آور
بیماری	
سرطان	پانکراس، ریه، کولون
درون‌ریز	هیپوتیروئیدی، هیپرکورتیزولیسم، بیماری آدیسون
خونی	کمبود ویتامین B12، فقر آهن، لوسمی
عفونی	سیفلیس، ویروس نقص ایمنی انسانی، پنومونی
متابولیک	هیپرکسمی، هیپرکالمی، هیپوکالمی، پورفیری
عصبی	بیماری آلزایمر، سکته مغزی، تومور مغزی
اختلالات	
شنوایی	-
درد	استئوآرتریت، نورالژی
سوء مصرف مواد	الکل، اپیوئیدها، بنزودیازپین‌ها

حادثه کرونری حاد، خطر مرگ و حوادث قلبی - عروقی را در آینده افزایش می‌دهد. در یک مطالعه، پاسخ به درمان افسردگی با خطر ۷/۴ درصدی عود حوادث قلبی - در مقایسه با خطر ۲۵/۶ درصدی در موارد عدم پاسخ افسردگی به درمان - همراه بوده است.

کالج بیماری‌های قلب و عروق آمریکا و انجمن قلب آمریکا غربالگری و درمان افسردگی را به منظور پیشگیری ثانویه در مبتلایان به انفارکتوس میوکارد همراه با صعود قطعه ST توصیه می‌کنند. توصیه شده که این ارزیابی حین بستری، یک ماه بعد از ترخیص، و سپس به صورت سالانه انجام شود. برای درمان این موارد، رفتاردرمانی شناختی (CBT) و داروهای ضد افسردگی توصیه شده‌اند. به طور کلی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی، SSRIها به خوبی تحمل می‌شوند. این که درمان افسردگی بتواند از حوادث قلبی - عروقی در آینده پیشگیری کند، مشخص نیست. مطالعه‌ای روی مبتلایان به سندرم‌های کرونری حاد نشان داده که درمان افسردگی با رضایت بیشتر بیماران و کاهش علایم افسردگی همراه بوده و گرایش به سمت بهبود پیش‌آگهی قلبی نیز وجود داشته است.

## جدول ۵. عوامل خطر خودکشی

سوگ
افسردگی
تنها زندگی کردن، انزوای اجتماعی
جنس مذکر
سلامت نامناسب، ایجاد ناتوانی
کیفیت نامناسب خواب
سوء مصرف مواد (مثلاً الکل، آرام‌بخش یا مسکن)
نژاد سفید

جدول ۶. داروهای مورد استفاده برای افسردگی سالمندان

دارو	دوز اولیه	دوز حداکثر	خطر تداخلات دارویی	عوارض جانبی
<b>SSRIها</b>				
سیتالوپرام	۲۰-۱۰ میلی گرم یکبار در روز صبحها	۴۰ میلی گرم یکبار در روز	پایین	هیپوناترمی، علائم گوارشی، اختلال کارکرد جنسی، افزایش وزن، علائم اکستراپیرامیدال
اِسیتالوپرام	۱۰ میلی گرم یکبار در روز	۲۰ میلی گرم یکبار در روز	پایین	علائم گوارشی، اختلال کارکرد جنسی، افزایش وزن
فلوکستین	۲۰-۱۰ میلی گرم یکبار در روز	۴۰ میلی گرم یکبار در روز	بالا	بی‌خوابی، علائم گوارشی، اختلال کارکرد جنسی، افزایش وزن
پاروکستین	۱۰ میلی گرم یکبار در روز	۴۰ میلی گرم یکبار در روز	متوسط	علائم گوارشی، آرام‌بخشی، افزایش وزن، علائم محرومیت
سرتالین	۵۰-۲۵ میلی گرم یکبار در روز	۲۰۰ میلی گرم یکبار در روز	پایین	اختلال کارکرد جنسی، افزایش وزن
<b>مهارکننده‌های بازجذب سروتونین- نوراپی‌نفرین</b>				
دولوکستین	۲۰ میلی گرم ۱-۲ بار در روز	۶۰ میلی گرم یکبار در روز یا ۳۰ میلی گرم ۲ بار در روز	پایین	علائم گوارشی، خشکی دهان، تاخیر ادراری (hesitancy)
ونلافاکسین	۵۰-۲۵ میلی گرم ۲ بار در روز	جمعا ۲۲۵-۷۵ میلی گرم، ۲ بار در روز	بالا	علائم گوارشی، سردرد، هیپوناترمی، علائم محرومیت، پرفشاری خون، علائم اکستراپیرامیدال
<b>سایر داروهای سروتونرژیک</b>				
بوپروپیون	۵۰-۳۷/۵ میلی گرم ۲ بار در روز	۱۵۰-۷۵ میلی گرم ۲ بار در روز	متوسط	علائم گوارشی، اختلال کارکرد جنسی، تشنج، سایکوز
میرتازاپین	۱۵-۷/۵ میلی گرم شبها موقع خواب	۴۵ میلی گرم یکبار در روز	پایین	آرام‌بخشی، اختلال کارکرد جنسی، افزایش وزن
<b>داروهای سه حلقه‌ای</b>				
دزیرامین	۲۵-۱۰ میلی گرم شبها موقع خواب	۱۵۰-۵۰ میلی گرم یکبار در روز	بالا	کم‌فشاری خون، آرام‌بخشی، علائم گوارشی، افزایش وزن
نورت‌تریپتیلین	۲۵-۱۰ میلی گرم شبها موقع خواب	۱۵۰-۷۵ میلی گرم یکبار در روز	بالا	کم‌فشاری خون، آرام‌بخشی، افزایش وزن

در صورت انتخاب درمان دارویی، شواهد روزافزون حاکی از آن هستند که استفاده از برنامه‌های سازمان‌یافته‌ی مراقبت مدیریت‌شده افسردگی یا مراقبت مشارکتی نسبت به «تجویز دارو و پیگیری در مطب» ارجح هستند. مراقبت مدیریت‌شده افسردگی یعنی طراحی یک گروه همکار از کارکنان سلامت به منظور کمک به درمان از طریق ارائه آموزش، پیگیری دقیق و پایش پاسخ به درمان. یک کارآزمایی تصادفی‌شده به مقایسه ترکیب درمان دارویی و مراقبت مدیریت‌شده افسردگی با مراقبت معمول پرداخته است. در این مطالعه طی دوره ۱۲ ماهه مداخله، میزان فروکش بیماری و پایبندی به درمان در گروه مراقبت مدیریت‌شده افسردگی بهبود یافته (تعداد مورد نیاز برای درمان: ۴) و این منافع تا ۱۲ ماه پس از پایان مداخله نیز حفظ شده است (تعداد مورد نیاز برای درمان: ۹). شواهد به نفع مراقبت مدیریت‌شده افسردگی آن‌قدر قوی بوده‌اند که کارگروه خدمات پیشگیرانه ایالات متحده (USPSTF) غربالگری افسردگی در بزرگسالان (از جمله در سالمندان) را فقط در صورتی توصیه کرده که امکان مراقبت حمایتی افسردگی توسط کارکنان در دسترس باشد تا نسبت به تشخیص

**بیمار چهارم.** زنی ۸۲ ساله ۳ ماه پس از فوت همسرش، برای بررسی سلامت به مطب مراجعه می‌کند. به گفته بیمار، دخترش از او خواسته تا به پزشک مراجعه کند زیرا ظاهراً نسبت به گذشته تغییراتی کرده است. بیمار می‌گوید که از چیزی لذت نمی‌برد و نمره وی در مقیاس افسردگی ۱۰ موردی سالمندان، ۷ از ۱۰ است. در معاینات فیزیکی و آزمون‌های آزمایشگاهی نکته قابل توجهی وجود ندارد. برای بیمار یک دوره ۳۰ روزه SSRI با قابلیت تجدید نسخه تا ۳ مرتبه، تجویز می‌شود. در ویزیت ۶ هفته بعد، بیمار اظهار می‌کند که دارو را پس از اتمام ذخیره ۳۰ روزه آن قطع کرده و نمی‌داند که لازم است آن را تجدید کند. بیمار در مفید بودن درمان خود تردید دارد. علائم افسردگی می‌توانند جزئی طبیعی از پدیده سوگ باشند. در صورت وجود علائمی که باعث اختلال کارکرد شوند و برای مدت ۲ ماه پس از مرگ یکی از عزیزان بدون هیچ‌گونه بهبودی ادامه داشته باشند، درمان را باید مد نظر قرار داد. پس از رسیدن به تشخیص افسردگی، درمان دارویی (جدول ۶) یکی از گزینه‌های درمانی متعدد موجود است.

شواهدی وجود دارد مبنی بر این که تمرینات ورزشی هوازی و غیرهوازی در درمان افسردگی مفید هستند. یک فرابرسی اختصاصی در سالمندان شواهدی را در حمایت از سودمندی ورزش برای افسردگی مازور نشان داده ولی این اثرات در صورت قطع برنامه ورزشی از بین می‌روند. یک مرور کاکرین در مورد تاثیر ورزش بر افسردگی بزرگسالان شواهدی را مبنی بر سودمندی این اقدام در حد قابل مقایسه با درمان شناختی نشان داده است. البته هر دوی این مرورها بر وجود مشکلاتی در کیفیت مطالعات و نیاز به پژوهش‌های بیشتر تاکید کرده‌اند. ■

منبع:

Spoelhof GD, et al. **Clinical vignettes in geriatric depression.** *American Family Physician* November 15, 2011; **84**: 1149-54.

دقیق، درمان موثر و وجود پیگیری اطمینان حاصل شود. USPSTF خاطر نشان کرده که بر اساس شواهد موجود، منافع غربالگری در غیاب مراقبت حمایتی افسردگی اندک خواهد بود.

میزان فروکش افسردگی باروان درمانی ساختاریافته مشابه دارودرمانی است و لذا در بیماران در معرض خطر بالای عوارض جانبی داروها، ممکن است این روش بر دارو ارجح باشد. رفتاردرمانی شناختی بیش از سایر روش‌های روان‌درمانی مورد مطالعه قرار گرفته و ثابت شده که در افسردگی سالمندان، خصوصا در انواع خفیف تا متوسط، موثر است. در رفتاردرمانی شناختی جنبه‌های منفی حوادث و موقعیت‌ها با پاسخ‌های شناختی مثبت‌تر و منطقی‌تر جایگزین می‌شوند. شواهدی وجود دارد مبنی بر این که پس از قطع درمان، ممکن است اثرات رفتاردرمانی شناختی بیش از دارودرمانی باقی بماند. سالمندان با رفتاردرمانی شناختی خوب کنار می‌آیند ولی در این درمان باید به اختلالات حافظه و نقایص حسی آن‌ها (عمدتا اختلال شنوایی) به صورت ویژه‌ای توجه شود.

## فرصت شغلی

### مدیر محصول Product Manager

شرکتی فعال در زمینه دارویی جهت تکمیل کادر پرسنلی خود از افراد پویا، با انگیزه و پراورژی برای سمت فوق دعوت به همکاری می‌نماید.

متقاضیان علاقمند باید واجد شرایط زیر باشند:

- فارغ التحصیل در رشته پزشکی

- سابقه کار در حوزه فروش

- مهارت‌های ارتباطی قوی

- تسلط به زبان انگلیسی

در صورت برخورداری از شرایط فوق و تمایل به همکاری در یک محیط بین‌المللی با امکان رشد و توسعه حرفه‌ای، رزومه خود را به آدرس [hrtalent.pharma@gmail.com](mailto:hrtalent.pharma@gmail.com) ارسال فرمایید.