

تجویز و مصرف

داروهای روان درمان بخش در کهنسالی

۵۹

درصد زیادی از افراد کهنسال، مبتلا به اختلالات روانی هستند و به طور معمول روان درمانی دارویی به منظور درمان و کنترل اختلالات رفتاری آنها مورد استفاده قرار می‌گیرد. کهنسالی، در بیشتر موارد به بیماری‌های مزمن و متعددی منجر می‌شود که موجب ناتوانی، کاهش عملکرد و ضعف عمومی در این افراد می‌شود. روند طبیعی پیری، خود به تنهایی بر لزوم تغییر در شیوه دارودرمانی را در افراد مسن تأکید می‌کند. به دلیل بروز بیماری‌های مختلف ناشی از افزایش سن الگوی مصرف دارو و تجویز داروهای متعدد، بخصوص در بیمارستان‌ها و خانه‌های سالمندان تغییر می‌کند. گوناگونی و تحولات معمول در شیوه زندگی افراد کهنسال نیز تأثیر عمده‌ای بر روش مصرف دارو در آنان دارد.

این مقاله ضمن بررسی مقالات و منابع متعدد به بحث در مواردی چون مروری بر متابولیسم دارویی در افراد مسن، با تأکید بر داروهای سایکوتروپیک، و شیوه مصرف و تجویز دارو در افراد کهنسال مبتلا به اختلالات روانی و نگرانی‌های مربوط به آن می‌پردازد.

واژگان کلیدی: کهنسالی / داروهای روان‌درمان بخش / متابولیسم دارویی / داروهای سایکوتروپیک

دکتر محمدرضا محمدی
استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر بیتا مسگرپور

دکتر علی دلیری همپا

دکتر الهه سهیمی ایزدیان

دکتر حمیدرضا ادهمی

فرایند کهنسالی با تغییر در سیستم اعضای مختلف بدن (قلبی، عروقی، تنفسی، کلیوی، ایمنی، عصبی مرکزی، هورمونی، گوارشی و ماهیچه‌ای - اسکلتی) و حواس پنج‌گانه همراه است. تأثیرات کهنسالی در سیستم عصبی مرکزی شامل کاهش سلول‌های عصبی، آتروفی کورتیکال و کاهش میانجی‌های عصبی^(۱) است (۴). به همین دلیل بسیاری از بیماران دچار تغییرات شناختی مثل کاهش قابلیت پاسخگویی مناسب به موضوعات ناآشنا، عدم توانایی در انجام کارهای پیچیده یا حل مشکلات، و نقص حافظه کوتاه‌مدت می‌شوند (۵).

الگوی خواب در افراد کهنسال غالباً تغییر می‌کند. مرحله چهارم خواب (خواب عمیق)، خواب REM و کل زمان خواب احتمال دارد کاهش یابد. شخص سالمند ممکن است در طی شب به دفعات بیدار شده و صبح‌ها نیز بسیار زود برخیزد (۶).

متابولیسم دارویی در افراد مسن

الف - تغییرات فارماکوکینتیکی در نتیجه کهنسالی

برخی از سیستم‌های بدن به شدت تحت تأثیر فرایند پیری قرار می‌گیرند و نقش عمده‌ای در بروز تغییرات فارماکوکینتیکی و فارماکودینامیکی داروها ایفا می‌کنند. خلاصه‌ای از تغییرات فارماکوکینتیکی ایجاد شده به دنبال کهنسالی در جدول ۱ آمده است (۸).

جدول ۱- خلاصه‌ای از تغییرات فارماکوکینتیکی ناشی از کهنسالی

تغییرات جذب	تغییرات توزیع (Distribution)	تغییرات متابولیک	تغییرات دفعی
-کاهش جریان خون	-کاهش آلبومین	-کاهش گردش	-کاهش
-افزایش PH معده	-کاهش توده	خون کبدی	فیلتراسیون گلوبولین
-تأخیر عمل	گوشتی بدن	-کاهش توده‌ی کبدی	-کاهش ترشح
تخلیه معده	-افزایش مجموع چربی بدن	-کاهش فعالیت آنزیم‌ها	
	-کاهش کلی آب بدن		

۶/۵ درصد از جمعیت کشور ما ایران را سالمندان (افراد بالای ۶۵ سال) تشکیل می‌دهند. گسترش روزافزون داروهای قابل دسترس اعم از داروهای بدون نسخه^(۱) و یا با نسخه باعث شده، اکثر سالمندان نسبت به گذشته داروهای بیشتری مصرف کنند. تغییرات حسی، فیزیولوژیکی و فارماکوکینتیکی در کهنسالی، مصرف ایمن دارو، این افراد را در معرض آسیب قرار می‌دهد. عمده‌ترین داروهای مورد مصرف در افراد کهنسال، داروهای ضد درد، خواب‌آور و آرام‌بخش، ضد اضطراب، ضد روماتیسم و مسدودکننده‌های گیرنده بتا است. بیماران کهنسالی که تحت مراقبت‌های طولانی مدت قرار دارند، به طور متوسط هشت نوع دارو دریافت می‌کنند. از طرف دیگر، مطالعات نشان می‌دهند که درصد زیادی از افراد کهنسال مبتلا به اختلالات روانی هستند. برای مثال، طبق گزارش انجمن روانپزشکان آمریکا حدود ۱۵ تا ۲۵ درصد افراد کهنسال ساکن در ایالت متحده از علائم قابل ملاحظه اختلالات روانی رنج می‌برند. نتایج آخرین مطالعه همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران، بیانگر آن است که ۱۲/۴۲ درصد از افراد بالای ۶۵ سال کل کشور (۱) و ۱۲/۵۹ درصد از افراد بالای ۶۵ سال ساکن در استان تهران، مبتلا به این گونه اختلالات هستند (۲). از همین رو داروهای روان‌درمان‌بخش^(۲) به طور وسیع در بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌ها و خانه‌های سالمندان به کار می‌روند. این مقاله بر آن است تا با مروری بر تغییرات کلی متابولیسم دارو در افراد کهنسال، تجویز و مصرف داروهای روان‌درمان‌بخش در این افراد را مورد بحث و بررسی قرار دهد.

کهنسالی از نظر جمعیت شناختی افراد ۶۵ سال و بالاتر را شامل می‌شود. در تعریفی دیگر، افراد ۷۴-۶۵ سال را به عنوان افراد نوکهنسال^(۳)، افراد ۸۴-۷۵ سال را میان کهنسال^(۴) و افرادی بالای ۸۵ سال را مسن^(۵) می‌نامند. امروزه نرخ مرگ و میر با توجه به توسعه دارویی و کنترل بیماری‌های مزمن کاهش یافته است. از طرف دیگر مقوله امید به زندگی، منجر به توجه بیشتر به تمهیدات لازم جهت کاهش تعداد مرگ‌های زودرس ناشی از تصادفات، و صدمات شغلی شده است. ضمن اینکه پیشرفت‌های تکنولوژی در زمینه تشخیص، جراحی و سایر تکنیک‌های درمانی، هم‌چنین توسعه داروهای جدید و سیستم‌های دارورسانی در افزایش امید به زندگی نقش عمده‌ای را ایفا کرده‌اند. افزایش علاقه به سلامت عوامل مرتبط با آن، و توجه و آگاهی افراد در این خصوص، دلیل دیگری برای علت طولانی‌تر شدن عمر افراد و انتظار آنان نسبت به

الف - ۱ - جذب

اثرات واضح و مشهودی در سیستم اعصاب مرکزی می‌شوند. بیماران کهنسالی که به جهت افسردگی و یا اضطراب تحت درمان هستند، ممکن است در نتیجه دارودرمانی، دچار خستگی و سرگیجه شوند که به دلیل عبور آسان ترکیبات ضدافسردگی و ضداضطراب از سد خونی-مغزی است (۱۳).

الف - ۳ - متابولیک و دفع

کبد مهم‌ترین عضو متابولیسم دارو در بدن است. با افزایش سن و آغاز مرحله کهنسالی، گردش خون و اندازه کبد کاهش می‌یابد. البته در صورت فقدان بیماری، عملکرد آن دچار تغییر نمی‌شود. کاهش اندازه و گردش خون کبدی ممکن است کلیانس برخی داروها را کاهش داده و میزان داروی مورد نیاز نیز به تبع آن کاهش یابد. این مسأله بخصوص در مورد داروهایی که دفع کبدی بالایی دارند، اهمیت پیدا می‌کند. فاز ۱ متابولیسم خصوصاً اکسیداسیون تحت تأثیر مرحله پیری و کهولت قرار می‌گیرد و نتیجه آن کاهش اکسیداسیون داروها و در نهایت کاهش کلیانس کل بدن است (جدول ۲). فاز دوم متابولیسم داروها مرحله کونژوگاسیون است، و دفع دارو، با شکستن آن به ترکیبات محلول در آب تسهیل می‌شود در فرایند پیری تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد (۱۲).

بعد از کبد، کلیه‌ها مهم‌ترین اعضای متابولیسم و دفع داروها هستند. پس از ۴۰ سالگی گردش خون کلیوی و سرعت فیلتراسیون گلومرولی (GFR) به میزان ۱۰-۶ درصد به ازای هر ده سال کاهش پیدا می‌کنند. البته عملکرد کلیه معمولاً دستخوش تغییر نمی‌شود مگر آنکه مبتلا به ناخوشی و یا بیماری شوند.

در افراد کهنسال سطح کراتینین سرم به تنهایی نمی‌تواند در تخمین عملکرد کلیوی آنها کاربرد داشته باشد. چرا که کاهش توده عضلانی در این افراد منجر به کاهش تشکیل کراتینین می‌شود. این مسأله همراه با کاهش GFR موجب طبیعی به نظر آمدن سطح سرمی کراتینین می‌شود. لازم به توضیح است که نمی‌توان با توجه به طبیعی بودن مقدار کراتینین سرم، GFR را طبیعی در نظر گرفت (۱۴). دقیق‌ترین روش اندازه‌گیری عملکرد کلیوی، آزمایش ۲۴ ساعته ادرار جهت کلیانس کراتینین است که پیش از تجویز دارو استاندارد نیست. چنانچه در مورد دارویی که کلیانس کلیوی دارد و میزان مصرف در افراد مسن تعیین شده است، فرمول کاک کرافت - گالت^(۴) قابل استفاده است. در میان داروهای مورد استفاده در روان

کهولت سن با تغییرات فیزیولوژیک در دستگاه گوارش همراه است، که می‌تواند نقش مهمی در جذب و فراهمی زیستی داروها داشته باشد. PH معده احتمالاً افزایش می‌یابد، ممکن است گردش خون کاهش یافته و حرکات معده با تأخیر انجام شود. اهمیت این تغییرات در متابولیسم داروها بسیار قابل بحث است. علاوه بر این، به نظر می‌رسد افزایش زمان عبور دارو از دستگاه گوارش منجر به جذب کافی و مناسب دارو می‌شود.

الف - ۲ - توزیع

حجم بدن انسان با ورود به مرحله میانسالی کاهش می‌یابد. توده عضلانی، که بافت گوشتی بدن را تشکیل می‌دهد نیز کاهش یافته و در عوض ذخیره چربی بدن افزایش می‌یابد (۱۰)؛ هم‌چنین مقدار آب بدن نیز در سن ۸۰ سالگی حدود ۱۵-۱۰ درصد کاهش پیدا می‌کند (۱۱). دو پروتئین آلبومین و آلفا - یک اسید گلیکوپروتئین که با اتصال به داروها در متابولیسم آنها تأثیر بسزایی دارند، در جریان بیماری‌های مزمن، فقر غذایی، عدم تحرک و تغییرات کبدی ناشی از افزایش سن دستخوش تغییراتی می‌شوند. اهمیت کاهش پروتئین‌های سرمی زمانی مشخص می‌شود که داروهای واجد اتصال به پروتئین (با تمایل زیاد) در برقراری پیوند با جایگاه‌های اتصال پروتئین رقابت می‌کنند، در نتیجه مقدار زیادی از دارو به صورت آزاد در جریان خون باقی مانده و پتانسیل سمی بودن داروی افزایش می‌یابد (۱۲).

تغییر در توده بدن ممکن است منجر به تغییر مقدار کلی دارو در بدن بیماران کهنسال شود. یک داروی محلول در آب (حجم توزیع^(۱) [Vd] پایین) به آسانی توسط بافت عضلانی جذب شده و در بیمارانی که آب بدن و یا بافت عضلانی کم‌تری دارند، غلظت سرمی زیادی پیدا می‌کند. به طور معکوس یک داروی محلول در چربی (Vd بالا) در بافت چربی بدن نگهداری می‌شود و منجر به افزایش حجم توزیع برخی از داروها می‌شود. این افزایش حجم توزیع همراه با کاهش و یا حتی عدم تغییر در کلیانس تام است که در نهایت منجر به افزایش نیمه عمر و تجمع دارو در بدن افراد مسن می‌شود. برای مثال داروی دیازپام دارای نیمه عمر تقریبی ۲۰ ساعت در افراد جوان است که در افراد کهنسال می‌تواند تا ۷۰ ساعت افزایش یابد. علاوه بر این برخی از داروها مثل ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای^(۲) (TCAs) و بنزودیازپین‌های طولانی اثر به راحتی از سد خونی - مغزی^(۳) عبور کرده، موجب

درمانی، داروهایی که کلیرانس کبدی آنها با افزایش سن کاهش می‌یابد، عبارتند از آلپرازولام، باربیتورات‌ها، کلردیازپوکساید، دزمتیل دیازپام، دیازپام، فلورازپام، ایمی پرامین و نورتریتیلین و داروهایی که کلیرانس کبدی آنها وابسته به سن نیست شامل لورازپام، نیترازپام و اکسازپام هستند (۱۵).

ب - تغییرات فارماکودینامیک در افراد کهنسال

در ارتباط با تغییرات فارماکودینامیکی در افراد کهنسال، اطلاعات چندانی در دست نیست؛ ولی به نظر می‌رسد این افراد احتمالاً به تداخلات دارو - گیرنده حساس‌تر هستند که دلیل آن می‌تواند افزایش حساسیت گیرنده به دارو و یا کاهش قابلیت پاسخ به تحریک عصبی گیرنده‌ها (القاء شده توسط دارو) باشد. به علاوه، تعداد و یا تمایل گیرنده‌ها نیز ممکن است کاهش یابد (۹). با این وجود آنچه عموم در مورد آن توافق دارند آن است که اثرات سیستم عصبی مرکزی داروها در افراد کهنسال به احتمال زیاد تقویت می‌شود و این در مواردی چون اثرات آنتی‌کولینرژیک داروها (برای مثال در داروهای ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای، آنتی‌هیستامین‌ها و ضداسپاسم‌ها) برجسته می‌نمایند، بنابراین اثرات آنتی‌کولینرژیک تشدید شده داروهای مذکور می‌تواند منجر به خشکی بیش از حد دهان، تاری دید، یبوست و حتی وخیم شدن هایپرپلازی خوش خیم پروستات شود. به همین دلیل در تجویز این داروها، احتیاط کلی توصیه شده است.

به طور مشابه، اثرهای خواب‌آور و تسکین دهنده^(۱) داروها در افراد مسن تشدید می‌شود. به طور مثال بنزودیازپین‌ها و داروهای ضد درد قوی از داروهای ایجاد کننده این عارضه جانبی هستند. تجویز بیش از حد و یا حتی تجویز معمول این داروها بدون در نظر گرفتن مورد فوق منجر به تشدید اثرهای خواب‌آور و افزایش احتمالی زمین خوردن و ایجاد شکستگی در افراد مسن می‌شود (۱۶).

نگرانی‌های مربوط به تجویز و مصرف دارو در افراد کهنسال

مصرف داروهای متعدد در افراد کهنسال، مشکلات و نگرانی‌های بالقوه فراوانی به شرح ذیل به همراه دارد:

الف) کاهش توانایی فرد کهنسال در متابولیزه کردن و دفع داروها (حتی اگر فرد مسن سالم باشد) موجب می‌شود که چنانچه دوز دارو به طور مناسب تنظیم نشده باشد (که غالباً نیز چنین است)، خطر

عوارض نامطلوب افزایش یابد.

ب) پلی‌فارماسی^(۲) (تجویز چند دارو در یک زمان) و وجود بیماری‌ها یا شرایط فیزیولوژیکی توأم در بیماران کهنسال که می‌تواند با داروی خاصی تداخل کند. مثال روشن این مورد، کاهش فشار خون وضعیتی است، که به طور شایع در مصرف داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای آمین نوع سوم نظیر آمی‌تریپتیلین ایجاد می‌شود. در بیماران جوان این موضوع ممکن است قابل توجه نباشد یا صرفاً قدری در دسر ایجاد کند، اما در بیماران مسن، احتمالاً کاهش توانایی تسریع ضربان قلب در پاسخ به کاهش فشار خون وجود خواهد داشت. اگر یک بیمار کهنسال با نارسایی اتونوم، داروی مدر جهت درمان نارسایی احتقانی قلب و بتابلاکر جهت درمان پرفشار خونی دریافت کند، اثر ترکیبی داروها، و فقدان جبران قلبی - عروقی وابسته به افزایش سن، احتمالاً موجب سقوط هر چه بیشتر فشار خون خواهد شد. چنانچه یک داروی ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای نیز اضافه شود. کاهش فشار خون وضعیتی حاصل، می‌تواند به علائم ناتوان کننده، سقوط و یا حتی شکستگی منجر شود.

ج) دلیل سوم نگرانی در ارتباط با سطح بالای مصرف دارو، به پذیرش دارو مربوط می‌شود. ضمن اینکه الزاماً با افزایش سن عدم تحمل رژیم‌های دارویی تجویز شده، کاهش می‌یابد، احتمال آن با افزایش تعداد داروهای تجویز شده نیز کم می‌شود. هر قدر تعداد اقلام داروی یک رژیم بیشتر باشد، احتمال عدم موفقیت در اجرای آن در هر سنی بیشتر است. این نگرانی در بیمارانی بیشتر مصداق دارد که برخی از اقلام دارویی کم‌اهمیت را به طور مداوم مصرف می‌کنند.

د) آخرین علت نگرانی از مصرف زیاد دارو در افراد کهنسال، علل اقتصادی است، گرچه نسخه‌نویسان این موضوع را چندان احساس نمی‌کنند. در مورد بسیاری از بیماران مسن، مخارج دارویی بیانگر یکی از بزرگترین مخارج خارج از حد توانایی مالی است. برای نمونه بخش بزرگی از افراد بالای ۶۵ سال در ایالات متحده از خدمات بیمه‌ای که مخارج دارویی آنها را به قدر کافی پوشش دهد، برخوردار نیستند و در کشور ما اکثریت مطلق، همین سرنوشت را دارند. پوشش جامع هزینه‌های دارویی افراد کهنسال، بار مالی بزرگی را به سیستم مراقبت بهداشتی منتقل می‌کند، چرا که هزینه درمان دارویی این افراد، سال به سال زیاده‌تر می‌شود. البته دیدگاه دیگری هم وجود دارد که معتقد است به کارگیری درمان دارویی اگر موجب عدم بستری شدن یا کاهش زمان بستری و یا بهتر شدن

با وجود این که تسهیلات فوق، منافی برای عموم دارد ولی مشکلات جدیدی نیز ایجاد کرده است. حتی اگر پزشک شرح حال دارویی کاملی از بیمار تهیه کند (موضوعی که با وقت کم ویزیت در مطب، به طور فزاینده‌ای روبه‌گم‌رنگ شدن است)، باز هم بیماران تمایلی به نام بردن آنها ندارند، این تصور غلط نزد بیماران وجود دارد که داروهای بدون نسخه آنقدر اثرهای جدی ندارند که نیاز به پیگیری و مراقبت پزشک داشته باشد. با این حال چنین مواردی می‌تواند مشکل‌ساز باشد.

در زمینه مواد سایکواکتیو، طیفی از داروهای بدون نسخه خواب‌آور حاوی آنتی‌هیستامین‌ها نظیر دیفن‌هیدرامین^(۲) می‌توانند با اثرهای قوی آرام‌بخشی و آنتی‌کولینرژیک در بیماران کهنسال توأم باشد. با توجه به خاصیت داروهای آنتی‌کولینرژیک در کاهش ترشحات، این داروها بخش ثابت بسیاری از داروهای ضدسرمخوردگی و ضدآلرژی هستند. با افزایش گسترده فروش NSAIDهای بدون نسخه، نگرانی راجع به توانایی این داروها در ایجاد افزایش فشار خون و ضعف عملکرد عمومی به ویژه در افراد کهنسال افزایش یافته است. علاوه بر این، نگرانی راجع به توانایی این داروها در ایجاد ناراحتی‌های دستگاه گوارش و خونریزی ناشی از آن وجود دارد. آنتاگونیست‌های گیرنده هیستامین و NSAIDها، گاه به عنوان یکی از علل سرگیجه در افراد کهنسال مطرح می‌شوند^(۲۴). با این اوصاف، لازم است مصرف داروهای بدون نسخه مورد عنایت و توجه بیشتر قرار گیرند.

داروهای سایکوتروپیک

نگاهی به فروش داروها در سطح کشور نشان می‌دهد، از ۲۰ قلم دارویی که در سال ۱۳۸۱ بیشترین فروش را از لحاظ عددی داشته‌اند، ۶ قلم دارو در گروه داروهای سیستم اعصاب مرکزی قرار دارد. همچنین این گروه از داروها در بین گروه‌های دارویی ضد عفونت‌ها، گوارشی، قلبی - عروقی، هورمون‌ها، تنفسی و ویتامین‌ها بیشترین فروش عددی، و بعد از ضدعفونت‌ها بیشترین فروش ریالی را به خود اختصاص داده‌اند^(۳). بین دسته‌های دارویی در افراد کهنسال که بیش‌ترین تجویز را به خود اختصاص می‌دهند داروهای سایکوتروپیک، در رده پنجم قرار می‌گیرند. این میزان مصرف به طور نامتناسبی زیاد است و موجب افزایش نگرانی شده است. همانطور که گفته شد در افراد کهنسال به علت تغییراتی که در

عملکرد بیمار و پیشگیری از ناخوشی‌های توأم شود، یکی از مهم‌ترین روش‌های تعدیل بودجه است. پس از داروهای قلبی - عروقی، داروهای سایکوتروپیک، مخدرها، داروهای پایین آورنده قند خون، آرام‌بخش‌ها و خواب‌آورها، بخش قابل توجهی از داروهای مصرفی توسط افراد کهنسال را تشکیل می‌دهند. در یک مطالعه گزارش شده است که داروهای سایکوتروپیک حتی بیش‌تر از داروهای مدر و داروهای قلبی - عروقی تجویز می‌شوند^(۱۷-۱۶). آمار ارایه شده توسط معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۱ بیانگر آن است که گروه داروهای مؤثر بر سیستم عصبی مرکزی بیش‌ترین مصرف را در بین گروه‌های درمانی مختلف در کشور دارد و این وضعیت مطابق با سال‌های گذشته است^(۳).

طبق گزارش‌های موجود تقریباً ۵۰٪ افرادی که در مراکز مراقبت، تحت نظر نیستند و داروهای سایکوتروپیک دریافت می‌کنند، در صورت عدم دریافت این داروها، قادر به انجام منظم فعالیت‌های روزانه خود نیستند^(۱۸) مصرف داروهای سایکوتروپیک به ویژه در سرای سالمندان و خانه‌های پرستاری بالاست و ارقام ۶۰٪^(۱۹) و ۷۴٪^(۲۰) و بالاتر گزارش شده است. در بیمارستان‌های عمومی، حدود ۱/۳ بیماران مسن که به جهت مراقبت‌های طبی - جراحی بستری شده‌اند، داروهای سایکوتروپیک دریافت می‌کنند^(۲۱). افراد کهنسالی که داروهای سایکوتروپیک مصرف می‌کنند، انواع داروهای تجویزی دیگری نیز دریافت می‌کنند و تمایل بیشتری به مشاوره با پزشکان خود در مورد این داروها دارند.

داروهای بدون نسخه

داروهایی که بدون نسخه فراهم می‌شوند، راهی برای افراد بیمار ایجاد کرده است که بدون پرداخت هزینه و مشکلات مراجعه به پزشک، علایم بیماری خود را کنترل کنند^(۲۲ و ۲۳) اما به علت کاهش ذخیره فیزیولوژیکی افراد کهنسال و افزایش استعداد آنها به بروز اثرهای جانبی داروها، داروهایی که بدون نسخه فروخته می‌شوند، در این گروه سنی می‌توانند مشکلات خاصی ایجاد کنند. در سال‌های اخیر، با تصمیم معاونت غذا و دارو وزارت بهداشت مبنی بر این که تعدادی از داروهایی که قبلاً با نسخه فروخته می‌شدند، جزو داروهای بدون نسخه قرار گیرند (نظیر آنتاگونیست‌های گیرنده هیستامین و برخی داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی^(۱)) این نگرانی‌ها تشدید شده است.

1-Non-Stroide Anti Inflammation Drugs (NSAIDs)

2-Benadril

روندهای فارماکودینامیک و فارماکوکینتیک دارو ایجاد می‌شود، بروز اثرهای جانبی داروها افزایش می‌یابد. در ضمن، وابستگی دارویی در مصرف برخی گروه‌های دارویی نظیر بنزودیازپین‌ها، یک نکته قابل توجه به حساب می‌آید. سرانجام، مصرف بیش از حد و نامتناسب آنتی‌سایکوتیک‌ها و بنزودیازپین‌ها به ویژه در افراد کهنسال ساکن در سرای سالمندان و بیمارستان‌ها، خطر واکنش‌های نامطلوب خاص را در پی دارد.

همچنین، افراد کهنسال نسبت به افراد جوان به طور معمول، اقلام دارویی بیشتری دریافت می‌کنند، لذا احتمال مصرف بیش از یک قلم دارو با اثرهای جانبی مشابه در آنها بالاتر است. مقایسه افراد مقیم خانه‌های پرستاری و سرای سالمندان با افراد غیرمقیم نشان می‌دهد که، ۶۰٪ افراد مقیم سرای سالمندان و ۲۳٪ افراد غیرمقیم، داروهایی با اثرهای آنتی‌کولینرژیک دریافت می‌کنند و بخش بزرگی از بیماران نیز در هر دو گروه (بیشتر در گروه بیماران مقیم سرای سالمندان) سه قلم یا بیشتر دارو به طور همزمان دریافت می‌کنند. این یافته‌ها بیانگر این مطلب است که پزشکان تجویزکننده داروهای سایکوتروپیک، دارو را با توجه به پروفایل بیماری و به طور انتخابی از یک دسته خاص دارویی بر نمی‌گزینند تا اثرهای جانبی آنتی‌کولینرژیک اضافی به حداقل برسد (۱۱ و ۹).

تجرباتی در انتخاب و تجویز داروهای سایکوتروپیک

تقریباً نیمی از ویزیت‌های پزشکی که منجر به تشخیص اختلالات ذهنی می‌شود، توسط غیر روانپزشکان صورت می‌گیرد، و بیشترین استفاده کنندگان خدمات غیراختصاصی «روانپزشکی» زنان بالای ۶۵ سال هستند. سایر اطلاعات نشان داده‌اند که در یک سوم از ویزیت‌های افراد کهنسال در مطب، یک قلم یا بیشتر دارو با اثر روانی تجویز می‌شود (خواه این اثر مورد نظر پزشک باشد، خواه اثر جانبی دارو) (۲۵).

میزان تجویز بنزودیازپین‌ها به طور قابل توجهی با سن، افزایش می‌یابد. اگر چه این داروها می‌توانند در افراد کهنسال با اثرهای جانبی جدی از قبیل تسکین و اختلال شناختی همراه باشند، اما غالباً در افراد بیمار غیربستری تحت شرایط نه چندان مساعد تجویز می‌شوند. میزان تجویز و انتخاب دارو غالباً نامناسب است (مثل تداوم مصرف فلورازپام). بیماران غیربستری ۶۵ ساله و بالاتر، به نسبت بیماران ۴۵ تا ۶۴ ساله، اقلام بیشتری از این گونه داروها دریافت می‌کنند (۲۷٪ در مقابل ۲۴٪) و فلورازپام با نیمه عمر

طولانی‌اش، هنوز به طور شایع تجویز می‌شود. در گروه‌های دیگر بیماران سرپایی، غالباً دوز خواب‌آورهای بنزودیازپینی به میزان حداقل تجویز می‌شود و این، نقطه مقابل توصیه‌های عملی در مورد افراد کهنسال است. در طی دهه ۸۰، میزان مصرف داروهای خواب‌آور (عمدتاً بنزودیازپین‌ها) حدود ۴۰٪ بود، و یک چهارم بیماران این داروها را به مدت ده سال یا بیشتر دریافت می‌کردند. در مطالعاتی که بر روی ۲۰۰۰ فرد مسن انجام شده، چندین تغییر مهم در مصرف این داروها ایجاد شده است. به عنوان مثال مصرف فلورازپام که یک داروی خواب‌آور با اثر طولانی مدت است، قدری کاهش یافته و مصرف تریازولام و تمازپام که کوتاه اثرند، افزایش یافته است؛ همچنین تجویز بنزودیازپین‌های با نیمه عمر طولانی و تقریباً همه فرآورده‌های حاوی باربیتورات‌ها کاهش یافته است (۲ و ۱۲).

بیماران بستری در بیمارستان

اکثر مطالعه‌های مصرف دارو بر افراد کهنسال غیربستری، و افراد مقیم سرای سالمندان و خانه‌های پرستاری متمرکز شده است. حال آنکه، مصرف داروهای سایکوتروپیک توسط افراد کهنسال بستری در بیمارستان نیز، شایستگی تداوم مطالعه و توجه بالینی را دارد؛ زیرا در ایالات متحده که افراد بالای ۶۵ سال فقط ۱۴٪ جمعیت را تشکیل می‌دهند، ۴۰٪ از کل زمان کار بیمارستان‌ها را به خود اختصاص داده‌اند.

مروری بر تجویز هالوپریدول در بیمارستان‌های عمومی نشان داده است، بیمارانی که این داروی آنتی‌سایکوتروپیک را دریافت کرده‌اند، اغلب مسن (بطور متوسط ۶۶ ساله) و بسیار بد حال بودند، سابقه بستری طولانی مدت داشته و دارو را عمدتاً جهت درمان آرتیاسیون و بی‌قراری دریافت کرده‌اند. اغلب دریافت کنندگان مسن هالوپریدول قبل از درمان، مشاوره روانپزشکی نشده بودند، در صورت انجام این مشاوره احتمال وجود پاسخ مثبت قوی‌تر می‌شد. بیماران کهنسال بستری در بیمارستان، دو برابر، بیشتر از افراد بیمار غیربستری، داروهای سایکوتروپیک دریافت می‌کنند (۳۱٪ در مقابل ۱۶٪). علت این موضوع، وجود سنت مرسوم و غیرعقلانی است که در برگه دستور دارویی هر بیمار مسن، جلوی داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور نوشته می‌شود: «در صورت نیاز» (۲۱ و ۲۵).

افراد مقیم سرای سالمندان و فانه‌های پرستاری

توجه به سرای سالمندان و خانه‌های پرستاری به لحاظ وضعیت

خاص و مشکل ساز آنها و جایگاه جالب توجه شان از لحاظ مصرف داروها، رو به گسترش است. هر ساله در ایالات متحده آمریکا به شمار افراد مقیم خانه های پرستاری و در ایران به تعداد این افراد در سرای سالمندان افزوده شده و شمار افراد استفاده کننده از خدمات فوری بیمارستانی کاهش می یابد.

کاهش پیش رونده طول اقامت افراد کهنسال در بیمارستان، منجر به افزایش افراد کهنسال بدحال مراجعه کننده به خانه های پرستاری شده است. تا چند سال پیش، این موضوع در دوره های آموزشی پزشکان و در تحقیقات بالینی بطور برجسته ای مطرح نشده بود. پزشکان و سایر افراد شاغل در بخش مراقبت های بهداشتی هنوز آموزش خود را بدون استفاده و اطلاع از کاربرد تسهیلات مراقبت بهداشتی یا با استفاده کمتر از آنها به اتمام می رساند که محققین مسائل بهداشتی هنوز هم وجود این سازمان های پیچیده و افراد مقیم آن را به حساب نمی آورند.

اگر چه سرای سالمندان و خانه های پرستاری، مجموعه ای از افراد کهنسال مقیم با مشکلات پیچیده طبی هستند، اما باید متذکر شد که در این مکان ها درمان های شدید دارویی با حداقل دخالت و نظارت پزشک انجام می گیرد. یافته های مطالعاتی در خصوص چگونگی مصرف دارو در خانه های پرستاری نشان داده مصرف داروهای سایکوتروپیک در خانه های پرستاری، حتی در بیمارانی که علت اصلی پذیرش آنها بیماری دستگاه عصبی - مرکزی (CNS) نبوده - بسیار بالا است.

سوء درک پزشک در تمویز

رشد جمعیت افراد کهنسال به عنوان یک پدیده بالینی و علمی در دو دهه اخیر، آشنایی و اطمینان پزشکان را در ارتباط با این افراد افزایش داده است. قبل از آن، تغییرات عمده دوران پیری نادیده انگاشته شده و به عنوان پیامدهای غیر قابل اجتناب افزایش سن در نظر گرفته می شد. همچنین به عوامل بیماری زای احتمالی زمینه ای، توجهی معطوف نمی شد. در حال حاضر حتی در صورت تشخیص صحیح بیماری، تردیدهای درمانی و سوءدرک بسیار، مانع از اجرای طرح درمانی مناسب در افراد ۸۵ سال و بالاتر شده است. عقیده ناصحیح در مورد قدرت تأثیر داروهای سایکوتروپیک، یکی از این موارد سوءدرک است که در کاربرد این داروها در افراد کهنسال اختلال ایجاد می کند.

عقاید شخصی به همراه عوامل بالینی، کاربرد سایکوتروپیک ها را در درمان افراد کهنسال تحت تأثیر قرار داده است. تصورات

غیر واقعی در هر دو زمینه فوق، در تصمیم برای درمان اختلال ایجاد کرده است. سوءدرک عمومی از داروهای سایکوتروپیک به عنوان «بازدارنده شیمیایی» «دستبندها و زنجیرها» یا «عوامل کنترل کننده فکر» می تواند توانایی های درمانی این داروها را محو کند. قبل از ورود به حوزه بالینی انتخاب و چگونگی مصرف داروهای سایکوتروپیک در طرح درمان برای یک بیمار کهنسال معین، لازم است یکسری ارتباطات درونی و بیرونی بین پزشک و بیمار برقرار شود، بویژه در مواردی که از دیدگاه بالینی، افزایش امید به زندگی وجود دارد. تعادل مجموعه ای عوامل مداخله گر که شامل تغییرات فیزیولوژیک، ناتوانی های فیزیکی و تشخیص های دقیق و پیگیری مداوم است، ترکیبی از علم و هنر است که جهت افراد کهنسال ضروری است.

جمع بندی و نتیجه گیری

جمعیت افراد کهنسال در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه رو به افزایش است. روند پیری با تغییراتی در عملکردهای بیولوژیک، شناختی و رفتاری همراه است. با وجود آنکه همه تغییرات ناشی از پیری الزاماً منفی نیستند، اما به هر حال نقصان هایی در عملکردهای فوق ایجاد می شوند. افراد کهنسال علاوه بر نقصان های عملکردی، معمولاً اختلالات و بیماری های متعددی دارند که از مهم ترین آنها اختلالات روانی هستند، این گونه مشکلات ضمن آنکه در بیشتر مواقع خود یک بیماری به حساب می آیند، در عین حال موجب تشدید بیماری های جسمی نیز می شوند.

بنابراین در عمل می باید به افراد کهنسال توجه بیشتری نمود و در درمان بیماری های آنان (بخصوص اختلالات روانی) اهتمام ورزید. به دلایل بسیار، درمان دارویی در این گروه سنی با نگرانی های نسبتاً زیادی همراه است که لزوم توجه بیشتری را می طلبد. از دلایل عمده این نگرانی ها؛ کاهش توانایی متابولیزه کردن داروها، وجود بیماری های توأم با شرایط فیزیولوژیک (که می تواند با داروی خاصی تداخل کند) وضعیت تحمل دارو و علل اقتصادی است.

دانش ما در مورد احتیاجات بیمارانی کهنسال و مشارکت آنها در رابطه با این احتیاجات، طی ۲۰ سال اخیر به سرعت و به طور اساسی رشد کرده است ولی نیاز به دانش بیشتر جهت ایجاد روش های بهتر مراقبت از این افراد چشمگیر است. تحقیقات، آموزش و مدل های علمی جدید، اساس توسعه و منطقی کردن درمان های دارویی افراد کهنسال خواهد بود.

- ۱- محمدی، م. ر. داودیان، ه. نوربالا، ا. ع. ملک افصلی، ح. نقوی، ح. ر. پوراعتماد، ح. ر. و همکاران. «بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران (سال ۸۰)». مجله حکیم. ۱۳۸۲؛ ۶(۱): ۵۵-۶۴.
- ۲- محمدی، م. ر. رهگذر، م. باقری یزدی، س. ع. نقوی، ح. ر. پوراعتماد، ح. ر. امینی، ه. و همکاران. «بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان تهران». فصلنامه اندیشه و رفتار. ۱۳۸۲؛ ۹(۲): ۱۳-۴.
- ۳- اداره کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر. آمارنامه دارویی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۲.
- 4-Oskvig RM, Special problems in the elderly, Chest. 1999, 115:158S - 164S.
- 5-Katzman R, Terry R. Normal aging of the nervous system. In: Katzman R, Terry R, eds. Neurology of Aging. Philadelphia: FA Davis Company, 1983: 15-50.
- 6-Petersen RC, Smith G, Kokmen E, Ivnik RJ, Tangalos EG. Memoryfunction normal aging. Neurology. 1992;42:396-401.
- 7-American Psychiatric Association. Sleep disorders. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision, 4th edition. Washington, American Psychiatric Press, 2000:597.
- 8-Baltes PB. The aging mind: potential and limits. Gerontologist. 1993;33:580-594.
- 9-Canoall DJ, Peterson AM. Principles of pharmacotherapy in Elderly Patients. In: Arcangelo VP, Peterson Am, eds. Pharmacotherapeutics for Advanced Practice: A practical Approach. Lippincott Williams & Wilkins USA: Philadelphia, 2001: 62-71.
- 10-Mc Carthy J, Gram TE. Drug metabolism and disposition in pediatric and gerontologic stages of life. In: Craig CH, Stitzel RE, eds. Modern pharmacology with chinal applications. Boston: Little, Brown. 1994:43-48.
- 11-Cusack B, Parker B. Pharmacology and appropriate prescribing. In: Reuben D, Yoshikawa T, Besdine R, eds. Geriatrics review syllabus. Dubuque, IA: Kendall/Hunt Publishing. 1990: 29-36.
- 12-Miller C. Nursing care of older adults: Theory and practice. Philadelphia: Lippincott Raven. 1995:427-459.
- 13-french D. Avoiding adverse drug reactions in the elderly patient: Issuse and strategies Nurse Practitioner, 1996; 21(9): 90-105.
- 14-Lowenthal D. Clinical pharmacology In: Abrams W, Berkow R, Fletcher A, eds the Merck manual of geriatrics. Rahway NJ: Merck Sharpe & Dohme Research Laboratories. 1990: 181-192.
- 15-Schwartz J. Clinical Pharmacology In: Hazzard W., Bierman E., Bloss J., Ettinger W, Halter J, eds. Principles of geriatric medicineand gerontology. New York: McGraw Hill. 1997; 22(9): 118-123.
- 16-Kane R., Ouslander J., Abrass I. Essentials of clinical geriatrics. NewYork: McGraw-Hill. 1994; 350-383.
- 17-Schappert SM.National Ambulatory Medical Care Survey.National Center for Health Statistics.Vital Health Stat. 1994; 118(116): 43-44.
- 18-Nolan L, O'Malley K, Age-related prescribing patterns in general practice. Compr Gerontol. 1987; 1(3): 97-101.
- 19-Beers M, Avorn J, Soumerai SB, et al. Psychoactive medication use in intermediate-care facility residents. JAMA. 1988;260:3016-3020.
- 20-Buck JA. Psychotropic drug practice in nursing homes. J Am GeriatrSoc. 1988;36:409-418.
- 21-Salzman C,vain der Kolk B.Psychotropic drug prescriptions for elderly patients in a general hospital.JAm Geriatr Soc.1980;20(1): 18-22.
- 22-Wetle T. Age as a risk factor for inadequate treatment. JAMA. 1987;258:516.
- 23-Lamy PP. Over-the-counter medications: the drug interactions we overlook. J Am Geriatr Soc. 1982; 32(supple): 69.
- 24-Oslin DW. Prescription and Over-the-Counter Drug Misuse among the Elderly. Geriatric Times. 2000; 1:1.
- 25-McEvoy GK, ed. American Hospital Formulary Service drug information. Bethesda, MD: American Society of Health System Pharmacias, 1995.