

بررسی مقایسه‌ای میزان افسردگی در افراد مبتلا و غیر مبتلا به فشار خون بالا

غلامرضا خیرآبادی^۱، رضا باقریان سرارودی^۲، نسرين مسایلی^۳، ریحانه زناری^۴

چکیده

زمینه و هدف: افزایش فشار خون یکی از مهم‌ترین مسایل سلامت همگانی در جهان امروز است که از جمله مهم‌ترین عوامل خطر ساز بیماری‌های قلبی-عروقی محسوب شده است. افسردگی بیماری شایع عصر کنونی است که اغلب به عنوان یک اختلال همبودی در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن تجربه می‌شود و در بسیاری از موارد ناشناخته باقی می‌ماند. این مطالعه با هدف بررسی مقایسه‌ای میزان افسردگی در مبتلایان به فشار خون در مقایسه با گروه سالم انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه Case-control، ۱۴۳ بیمار مبتلا به فشار خون بالا به صورت تصادفی در دسترس بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شده، با ۱۴۳ فرد غیر مبتلا به فشار خون از بستگان درجه اول آنها، از لحاظ علایم افسردگی با یکدیگر مقایسه شدند. داده‌های پژوهش از طریق یک پرسش‌نامه جمعیت شناختی و مقیاس افسردگی Beck جمع‌آوری شد. اطلاعات با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و با کمک SPSS^{۱۶} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۵۹/۴ درصد بیماران مبتلا به فشار خون بالا و ۳۳/۵ درصد افراد غیر مبتلا دچار درجاتی از افسردگی خفیف تا شدید بودند. یافته‌های تحلیل χ^2 تفاوت معنی‌دار بین دو گروه را نشان داد ($P < 0/001$). نتایج آزمون Mann-Whitney نشان داد تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در توزیع فراوانی شدت افسردگی در سه سطح خفیف، متوسط و شدید وجود دارد ($P < 0/001$). در بین مبتلایان به فشار خون مدت زمان بیماری و شدت افسردگی رابطه معنی‌دار مستقیم داشتند ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: علایم افسردگی در بیماران مبتلا به فشار خون بیشتر از جمعیت غیر مبتلا است و با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد غربالگری افسردگی و مشاوره روان‌پزشکی در مبتلایان به فشار خون بایستی به طور جدی‌تری مورد توجه واقع شود.

واژه‌های کلیدی: فشار خون بالا، افسردگی.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۶

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۴

مقدمه

می‌باشد (۳). اختلال افسردگی در واقع بیماری گسترده و آسیب‌زایی است که می‌تواند هر فردی از هر نژاد و قشری را مبتلا سازد و از جمله شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی محسوب می‌شود که با دو علامت شاخص خلق گرفته و

قرن‌ها است که افسردگی به عنوان یک مشکل روان‌شناختی در زندگی افراد شناخته شده است (۱، ۲). این اختلال یکی از شایع‌ترین بیماری‌های ناتوان‌کننده در کشورهای مختلف

۱- استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌شناسی بالینی و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: masaeli@bsrc.mui.ac.ir

۴- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

سبب‌شناسی پیچیده و عوامل تعیین کننده متعددی همراه است و تاکنون درمان‌های دارویی و غیر دارویی مختلفی برای مقابله با آن مورد استفاده قرار گرفته است (۱۲). علائم روان‌شناختی نظیر افسردگی و اضطراب از جمله همراهان شایع فشار خون بالا هستند که سبب تشدید و طولانی شدن بیماری و تأخیر در بهبود آن می‌گردند (۱۳).

با مطالعه بر روی ۳۱۴ نفر از افراد مبتلا به فشار خون، پرسش‌نامه افسردگی Beck توسط آن‌ها تکمیل گردید. نتایج نشان داد که افرادی که سابقه فامیلی مثبت برای فشار خون داشته‌اند، نمره آزمون افسردگی در آن‌ها به نحو بارزی با اشکال در کنترل فشار خون همراهی داشته است. در این مطالعه خلق افسرده در آن دسته از افرادی که زمینه ابتلا به فشار خون بالا را داشتند، با افزایش زود هنگام فشار خون بالا همراهی داشته است (۱۴). Bosworth و همکاران ۲۹۳ نفر از بیمارانی که طبق معیارهای DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition) افسردگی تک قطبی داشته، دارای فشار خون نیز بودند و ۱۵۱ نفر از کسانی که فشار خون و مشکل روان‌پزشکی نداشتند را با هم مقایسه نمودند. نتایج نشان داد که افراد دارای فشار خون بالا، بیشتر دچار افسردگی شده‌اند (۱۵). Vasiuk و همکاران نشان دادند که افسردگی و اضطراب در بیش از ۵۰ درصد از بیماران با فشار خون بالا یافت می‌شود (۱۶). همچنین Davies و همکاران در پژوهش خود اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلالات قلبی-عروقی، به ویژه بیماران مبتلا به فشار خون و انسداد عروق کرونر قلب را در کنترل بهینه فشارخون نشان دادند. این پژوهشگران معتقدند که درمان ناراحتی‌های روان‌پزشکی باید به درمان‌های بالینی کنترل فشار خون بالا و اختلالات عروق کرونر قلب افزوده شوند (۱۷).

این یافته‌ها مطرح کننده این موضوع است که شاید این دو بیماری در یک فرد، به صورت یک سیکل معیوب عمل می‌کند و هر کدام به طور مداوم موجب تشدید دیگری می‌شود که باعث ناتوانی بیشتر در فرد مبتلا می‌گردد. موضوع بحث‌انگیز فعلی شناخت عوامل مستعد کننده ابتلا به

کاهش علائق بروز می‌کند (۲). این اختلال با تغییرات در شیوه زندگی فرد به صورت کاهش فعالیت فیزیکی، افزایش مصرف سیگار و افزایش اشتها و یا افزایش وزن، خود زمینه‌ساز بیماری‌های مزمن دیگر شده، با ایجاد اشکال در کنترل بهینه سایر بیماری‌های مزمن همراه می‌شود (۴) و به عنوان یک مشکل بهداشتی و جهانی در تمامی فرهنگ‌ها خودنمایی می‌کند (۱). مطالعات همه‌گیر شناختی نشان می‌دهد که اختلال افسردگی یکی از پرهزینه‌ترین بیماری‌ها است و مبتلایان به این اختلال به طور تقریبی ۲۷ بار بیشتر از افراد سالم با نقص و ناتوانی در انجام وظایف مواجه می‌شوند (۵، ۶).

افزایش فشار خون شریانی از دیگر مسایل مهم سلامت همگانی در جهان امروز است و نقش عمده‌ای در بروز بیماری‌های قلبی-عروقی، سکته مغزی، نارسایی قلبی، نارسایی کلیوی و مرگ ناشی از این بیماری‌ها را دارد (۷). مطالعات نشان می‌دهد که یک میلیارد نفر در جهان به این بیماری مبتلا هستند و سالانه ۷/۱ میلیون نفر بر اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند (۸). این بیماری شایع در جامعه عامل خطر مهمی برای سکته قلبی، حمله مغزی، نارسایی احتقانی قلب، بیماری کلیوی پیشرفته و بیماری‌های عروق محیطی است (۹، ۱۰). گزارشات سازمان بهداشت جهانی گویای آن است که فشار خون سیستولیک اگر از مرز ۱۱۵ میلی‌متر جیوه بالاتر برود، می‌تواند مسؤول ۶۲ درصد از حوادث عروق مغزی، ۴۹ درصد از بیماری‌های ایسکمیک قلب و عامل خطر ساز درجه اول برای همه مرگ‌ها در سراسر جهان باشد (۸). هفتمین گزارش کمیته ملی مشترک پیش‌گیری، تعیین، ارزیابی و درمان فشار خون بالا (JNC-7) یا Joint national committee) بیان می‌دارد که فشار خون بالایی که تشخیص داده نشده، درمان نشده، کنترل نشده است، به روشنی یک چالش اساسی در ارائه خدمات توسط نظام سلامتی جامعه است (۸). در ایران بر اساس آمار استخراج شده از پروژه قلب سالم در افراد ۶۵-۳۵ ساله شیوع فشار خون ۲۳/۲ درصد می‌باشد (۱۱). این بیماری با

جمع‌آوری اطلاعات محقق ساخته جهت سنجش خصوصیات از قبیل: سن، جنس، طول مدت ابتلا به فشار خون، تعداد داروی مصرفی و میزان فشار خون بود و پرسش‌نامه افسردگی Beck II جهت سنجش افسردگی استفاده شده است.

پرسش‌نامه افسردگی Beck در بیش از ۱۵۰۰ مطالعه تحقیقی مختلف به کار رفته، مطالعات جامع زیادی در مورد خصوصیات روان‌سنجی و کاربرد مناسب آن انجام گرفته است و با وجود نقطه نظرات متفاوت در مورد کاربرد این پرسش‌نامه، از آن به عنوان یک مقیاس افسردگی در اغلب کشورها و در سطحی گسترده استفاده می‌کنند. این پرسش‌نامه شامل ۲۱ گروه از علائم افسردگی است که هر گروه از ۴-۵ گزینه تشکیل شده است. آزمون Beck برای افراد بالاتر از ۱۳ سال و دارای حداقل ۶ کلاس سواد مناسب می‌باشد. این مقیاس که بین مقیاس‌های خودارزیابی و درجه‌بندی مشاهده‌گر قرار می‌گیرد، برای اولین بار به عنوان یک مقیاس مصاحبه‌مورد استفاده قرار گرفت. بدین ترتیب که مصاحبه‌گر هر گزینه را برای مراجع می‌خواند و مراجع هر کدام را که مطابق با وضعیت خود بود، انتخاب می‌کرد. امروزه این مقیاس به عنوان یک مقیاس خودسنجی مورد استفاده قرار می‌گیرد. آزمودنی باید جمله‌های هر گروه را به دقت مطالعه کرده، دور شماره جمله‌ای که بیش از چند جمله دیگر حالت کنونی او را بیان می‌کند، دایره بکشد.

این جملات به ترتیب خفیف‌ترین تا شدیدترین میزان اختلال در آن جنبه را مورد سنجش قرار می‌دهد. آزمودنی در هر جنبه می‌تواند نمره بین ۰-۳ بگیرد (۰ مبین عدم وجود علائم افسردگی و ۳ نشان دهنده شدت عارضه در آن جنبه می‌باشد). برای نمره‌گذاری این آزمون، نمره‌هایی که آزمودنی دور آن‌ها دایره کشیده است، مورد شمارش قرار داده، جمع نمرات را محاسبه می‌کنیم. جمع نمرات می‌تواند بین ۰-۶۳ نوسان داشته باشد (۱۸). در این مقیاس برای تعیین شدت افسردگی نمره ۰-۹ نشان بهنجار بودن، ۱۰-۱۶ نشانه افسردگی خفیف، ۱۷-۲۹ نشان افسردگی متوسط و نمره بالاتر از ۳۰ نشانه افسردگی شدید می‌باشد (۱۹).

در نهایت کلیه اطلاعات به دست آمده، جمع‌آوری گردید

افسردگی در مبتلایان به فشار خون بالا با هدف مداخلات زودهنگام و پیش‌گیرانه از ابتلا به افسردگی و عوارض ثانویه آن در پیچیده‌تر و پرهزینه‌تر کردن بیماری فشار خون می‌باشد و این مطالعه با هدف شناسایی این عوامل مستعد کننده طراحی و به اجرا گذاشته شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه Case-control بود که در سال ۱۳۸۵ در شهر اصفهان انجام شد. در این مطالعه کلیه افرادی که جهت درمان فشار خون به مراکز درمانی سرپایی بیمارستان‌های نور و الزهرا مراجعه می‌نمودند، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلا به فشار خون حداقل به مدت یک سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری مزمن شناخته شده (دیابت، بیماری‌های عروق کرونر و ...) بر اساس شرح حال و بررسی‌های انجام شده، همچنین تکمیل رضایت‌نامه جهت شرکت در این مطالعه بوده است. با توجه به مطالعه مقدماتی و محاسبه حجم نمونه، نمونه مورد بررسی شامل ۲۸۶ نفر بود که از این تعداد ۱۴۳ نفر مبتلا به بیماری فشار خون بودند که پس از هماهنگی‌های لازم با مسؤولین مراکز مورد نظر با توجه به حجم به نسبت مساوی مراجعین به این مراکز، سه روز از هفته به مرکز نور و سه روز دیگر به مرکز الزهرا (س) مراجعه و به صورت تصادفی در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه بیماران انتخاب می‌شدند. در ابتدا هدف از مطالعه و نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها برای افراد توضیح داده می‌شد، سپس در صورت رضایت به شرکت در مطالعه، پرسش‌نامه‌ها توسط آن‌ها تکمیل می‌گردید. جهت تعیین ۱۴۳ نفر گروه شاهد، به ازای هر فرد بیمار مبتلا به فشار خون، یک نفر از نزدیکان درجه اول آن‌ها که فاقد بیماری فشار خون بوده (بر اساس گفته فرد و بررسی‌های انجام شده توسط پزشک)، مشابهت جنسی و مشابهت نسبی سنی با فرد مبتلا داشتند، به عنوان فردی از گروه شاهد انتخاب می‌شدند و در صورت رضایت وارد مطالعه می‌گردیدند.

جهت انجام این مطالعه از دو ابزار مشتمل بر: فرم

جدول ۱ فراوانی نسبی شدت افسردگی را در کل جمعیت و به تفکیک دو گروه نشان می‌دهد.

نتایج نشان می‌دهد که فراوانی نسبی شدت افسردگی در هر سه سطح خفیف، متوسط و شدید در گروه مبتلایان به فشار خون با استفاده از آزمون Mann-Whitney به طور معنی‌داری بیشتر از گروه غیر مبتلا به فشار خون است. فراوانی نسبی افسردگی شدید در کل افراد مورد مطالعه ۶/۶ درصد و در گروه مبتلایان به فشار خون ۹/۸ درصد بود. ۷۳/۳ درصد از افراد با افسردگی شدید در گروه مبتلایان به فشار خون قرار داشتند ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۲ توزیع فراوانی نسبی افسردگی بر حسب مدت زمان ابتلا در مبتلایان به فشار خون بالا را نشان می‌دهد.

و با کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های χ^2 و Mann-Whitney و ضریب همبستگی Spearman مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۲۸۶ نفر از دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به فشار خون (از هر گروه ۱۴۳ نفر) انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی $۴۹/۷ \pm ۶/۱$ بود و در هر دو گروه تعداد ۵۱ درصد (۷۳ نفر) زن و ۴۹ درصد (۷۰ نفر) مرد بودند. دو گروه از نظر سن و جنس تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > ۰/۵$). فراوانی نسبی افسردگی در گروه مبتلا به فشار خون به طور معنی‌داری بیشتر از گروه غیر مبتلا بوده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی شدت افسردگی در دو گروه مبتلایان و غیر مبتلایان به فشار خون بالا

وضعیت ابتلا به افسردگی	غیر مبتلا به فشار خون بالا	مبتلا به فشار خون بالا	جمع
نرمال	۹۵	۵۸	۱۵۳
درصد	۶۶/۴	۴۰/۶	۵۳/۵
افسردگی خفیف	۲۹	۴۶	۷۵
درصد	۲۰/۳	۳۲/۲	۲۶/۲
افسردگی متوسط	۱۴	۲۵	۳۹
درصد	۴/۸	۱۷/۵	۱۳/۶
افسردگی شدید	۵	۱۴	۱۹
درصد	۳/۵	۹/۸	۶/۶

Mann-Whitney text ($P < ۰/۰۰۰۱$)

جدول ۲. توزیع فراوانی نسبی افسردگی بر حسب مدت زمان ابتلا (سال) در مبتلایان به فشار خون بالا

مدت زمان ابتلا به فشار خون بالا (سال)	نرمال	افسردگی خفیف	افسردگی متوسط	افسردگی شدید
< ۲	۱۲	۷	۳	۲
درصد	۵۰	۲۹/۲	۱۲/۵	۸/۳
۲-۵	۴۱	۳۶	۱۶	۴
درصد	۴۲/۳	۳۷/۱	۱۶/۵	۴/۱
۶-۱۰	۴	۳	۶	۵
درصد	۲۲/۲	۱۶/۷	۳۳/۳	۲۷/۸
> ۱۰	۱	۰	۰	۳
درصد	۲۵	۰	۰	۷۵
کل	۵۸	۴۶	۲۵	۱۴
	۴۰/۶	۳۲/۲	۱۷/۵	۹/۸

χ^2 test ($P < ۰/۰۰۱$)

جدول ۳. توزیع فراوانی نسبی افسردگی بر حسب تعداد ارقام داروی مصرفی در مبتلایان به فشار خون بالا

تعداد ارقام داروی مصرفی	نرمال	افسردگی خفیف	افسردگی متوسط	افسردگی شدید
یک دارو	۴۷	۲۳	۱۳	۴
درصد	۵۴	۲۶/۴	۱۴/۹	۴/۶
دو دارو	۱۰	۱۸	۵	۵
درصد	۲۶/۳	۴۷/۴	۱۳/۲	۱۳/۲
سه دارو	۵	۷	۵	۱
درصد	۲۷/۸	۳۸/۹	۲۸/۸	۵/۶

χ^2 test ($P < 0.01$)

تدریجی فشار خون را می‌توان از عوامل احتمالی در بروز بیشتر افسردگی با گذشت زمان دانست.

فراوانی نسبی افسردگی در مبتلایان به پرفشاری خون در این مطالعه ۶۳/۹ درصد بوده، افسردگی در هر سه سطح خفیف، متوسط و شدید در گروه مبتلایان به فشار خون بالا به طور معنی‌داری بیشتر از گروه غیر مبتلا گزارش شد. Rabkin و همکاران نشان دادند که فراوانی نسبی افسردگی در بیماران مبتلا به فشار خون تحت درمان، سه برابر افراد غیر مبتلا به فشارخون بوده، بیماران مبتلا به افسردگی از نظر مصرف داروی فشار خون همکاری کمتری دارند (۲۵). عراقچیان و همکاران فراوانی ابتلا به افسردگی را در این گروه از بیماران ۴۸/۶ درصد گزارش نموده‌اند (۲۰).

مطالعات دیگری نیز وجود دارد که از ارتباط بین افسردگی و پرفشاری خون حمایت می‌کنند (۲۹-۲۶). اما تعدادی از مطالعات گزارش‌های متناقضی ارائه نموده‌اند (۳۲-۳۰). در یک مطالعه، با بررسی ۵۰۸ بیمار طی ۴ سال هیچ گونه ارتباطی بین افسردگی و پرفشاری خون دیده نشد (۳۳) و در یک بررسی با پی‌گیری ۲۰ ساله مشخص شد، بیمارانی که دارای علائم افسردگی بوده‌اند، در طول زمان بیشتر از افراد غیر افسرده به پرفشاری خون مبتلا شده‌اند (۳۴). این یافته‌های متناقض حاکی از آن است که رابطه افسردگی و پرفشاری خون می‌تواند یک رابطه دو سویه چند عاملی باشد که برخی از آن‌ها نقش مستعد کننده و برخی نقش حمایتی را بازی می‌کنند و شناخت دقیق این عوامل با هدف

با استفاده از آزمون Spearman بین شدت افسردگی و مدت زمان ابتلا به فشار خون رابطه معنی‌دار مستقیم وجود داشت ($r = 0.28$, $P < 0.001$).

جدول ۳ توزیع فراوانی نسبی افسردگی بر حسب تعداد ارقام داروی مصرفی در مبتلایان به فشار خون بالا را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه ۲۸۶ نفر از افراد مبتلا و غیر مبتلا به فشار خون بالا در دو گروه مساوی مشارکت داشتند. با توجه به تأثیر سن و جنس و زمینه‌های ژنتیکی بر فراوانی و شدت افسردگی (۲۰)، به منظور کنترل نقش مخدوش‌گر این عوامل، گروه شاهد این مطالعه (غیر مبتلا به فشارخون بالا) در یک فرایند همسان‌سازی از بستگان درجه ۱ با مشابهت نسبی سنی و جنسی با افراد مبتلا به فشار خون بالا (گروه مورد) انتخاب شدند.

در این مطالعه بین مدت زمان ابتلا به فشار خون بالا و ابتلا به افسردگی ارتباط معنی‌داری گزارش شد که این بیان‌گر این مطلب است که با بالاتر رفتن سال‌های ابتلا به بیماری خطر بروز افسردگی به درجات مختلف آن بالا می‌رود. مطالعات دیگری در گذشته نیز به نتایج مشابهی دست یافتند (۲۴-۲۱). ترس از بروز عوارض بیماری یا بروز واقعی این عوارض، مصرف بیشتر داروهای ضد فشار خون و بروز عوارض جانبی این داروها و ناتوان‌تر شدن فرد در اثر عوارض

ایجاد کننده افسردگی هستند (۳۷). با وجود این یافته‌های متناقض مطالعات تکمیلی نشان می‌دهد که درمان ادغام شده فشار خون و افسردگی در مبتلایان به فشار خون پیش‌آگهی را بهبود بخشیده، نتایج خوبی به دنبال داشته است (۳۸). مجموعه این یافته‌ها تأکید مجددی بر مورد توجه قرار دادن شرایط روان‌شناختی مبتلایان به فشار خون و دقت بر انتخاب هدفمند نوع داروهای ضد افسردگی و ضد فشار خون را مطرح می‌نماید.

با توجه به نتایج فوق بیماران مبتلا به پرفشاری خون در معرض خطر افسردگی نیز هستند و احتمال وقوع همزمان این دو بیماری در طول عمر وجود دارد. با توجه به فراوانی بالای افسردگی در این مطالعه و سایر مطالعات به نظر می‌رسد که غربال‌گری افسردگی و مشاوره روان‌پزشکی در مبتلایان به فشار خون بایستی به طور جدی‌تری مورد توجه واقع شود.

برنامه‌ریزی‌های مداخله‌ای همچنان مطالعات بیشتر و یا متدولوژی‌های قوی‌تری را می‌طلبد.

از موارد مورد بحث در شیوع بیشتر افسردگی در افراد با فشار خون بالا، داروهای ضد فشار خون بوده‌اند.

در مطالعه حاضر مصرف بیش از یک قلم داروی ضد فشار خون همراه با افزایش معنی‌داری در فراوانی نسبی افسردگی بوده است. در مطالعه‌ای نشان داده شده است که فراوانی افسردگی در مصرف‌کنندگان بیش از یک قلم داروی ضد فشار خون، مستقل از نوع داروی مصرفی به طور معنی‌داری بیشتر از کسانی بوده است که تحت درمان تک دارویی ضد فشارخون بوده‌اند (۳۵). گروهی از پژوهشگران گزارش کردند که افسردگی به خودی خود باعث کاهش فشار خون می‌شود، ولی داروهای ضد افسردگی فشار خون را بالا می‌برند (۳۶). از سوی دیگر در مطالعه‌ای نشان داده شده است که برخی از داروهای ضد فشار خون مانند بتا بلوکرها

References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
2. Nohi S, Mahyar A. Highlight of psychiatry. Tehran, Iran: Arjomand Puplication; 1998. p. 14, 16, 57. [In Persian].
3. Begg S, Vos T, Barker B, Stevenson C, Stanley L, Lopez A. The burden of disease and injury in Australia. [Online]. 2007. Available from URL: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442467990>
4. Fisher N, Williams G. Hypertensive vascular disease. In: Braunwald E, Harrison TR, editors. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2002.
5. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. Am J Psychiatry 2006; 163(1): 115-24.
6. Kouzis AC, Eaton WW. Emotional disability days: prevalence and predictors. Am J Public Health 1994; 84(8): 1304-7.
7. Williams GH. Hypertensive vascular disease. In: Harrison TR, Wilson JD, editors. Harrison's principles of internal medicine. 12th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1991.
8. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003; 42(6): 1206-52.
9. Hypertension control. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser 1996; 862: 1-83.
10. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. Hypertension 1995; 25(3): 305-13.
11. Samavat T, Hojatzade A, Nadery Z. Guide the diagnosis ,evaluation and treatment of hypertension for doctors. Tehran, Iran: Sadra Publications; 2002. [In Persian].
12. Fauci AS, Eugene B, Hauser SL, Longo DL, Joseph JLL. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2008.
13. Roohafza HR, Saedi M, Sadeghi M, Boshtam M, Rabii K. An open heart can impact on psychological stress in an Iranian population. Journal of Research in Medical Sciences 2006; 8(3): 94-7. [In Persian].

14. Grewen KM, Girdler SS, Hinderliter A, Light KC. Depressive symptoms are related to higher ambulatory blood pressure in people with a family history of hypertension. *Psychosom Med* 2004; 66(1): 9-16.
15. Bosworth HB, Bartash RM, Olsen MK, Steffens DC. The association of psychosocial factors and depression with hypertension among older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(12): 1142-8.
16. Vasiuk I, Nesterova EA, Dovzhenko TV, Kozina AA, Sadulaeva IA, Tarasova KV. Modern antidepressants in complex management of patients with hypertension and concomitant affective disorders. *Kardiologiya* 2004; 44(8): 72-9.
17. Davies SJ, Jackson PR, Potokar J, Nutt DJ. Treatment of anxiety and depressive disorders in patients with cardiovascular disease. *BMJ* 2004; 328(7445): 939-43.
18. Rajabi Gh, Karjo Kasmai S, Jabari H, Alibazi H. A study of impact of cognitive therapy on decreasing depression, and increasing marital satisfaction. *Journal of Psychological Models and Methods* 2011; 1(2): 25-44.
19. Beck AT. *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press; 1979.
20. Araghchian M, Seyf Rabiei MA, Zeraati F, Rasouli B. The survey of depression frequency in hypertensive patients. *Scientific Journal of Hamedan University of Medical Sciences and Health Services* 2010; 16(4): 37-41. [In Persian].
21. Tiemin W, Chunlai Z, Liping C, Suying W, Shan L, Qunying C, et al. Predicting factors of depression in patients with primary hypertension: a community-based study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2004; 8(4): 213-317.
22. Unützer J. Late-life depression. *N Engl J Med* 2007; 357: 2269-76.
23. Sarkisian CA, Lee-Henderson MH, Mangione CM. Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care? *J Gen Intern Med* 2003; 18(12): 1001-5.
24. Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med* 1999; 14(4): 249-54.
25. Rabkin JG, Charles E, Kass F. Hypertension and DSM-III depression in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1983; 140(8): 1072-4.
26. Jonas BS, Franks P, Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Arch Fam Med* 1997; 6(1): 43-9.
27. Goldberg EL, Comstock GW, Graves CG. Psychosocial factors and blood pressure. *Psychological Medicine* 1980; 10(2): 243-55.
28. Macdonald LA, Sackett DL, Haynes RB, Taylor DW. Labelling in hypertension: A review of the behavioural and psychological consequences. *Journal of Chronic Diseases* 1984; 37(12): 933-42.
29. Dimsdale JE. Research links between psychiatry and cardiology. Hypertension, type a behavior, sudden death, and the physiology of emotional arousal. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10(5): 328-38.
30. Heine BE, Sainsbury P, Chynoweth RC. Hypertension and emotional disturbance. *J Psychiatr Res* 1969; 7(2): 119-30.
31. Wheatley D, Balter M, Levine J, Lipman R, Bauer ML, Bonato R. Psychiatric aspects of hypertension. *Br J Psychiatry* 1975; 127: 327-36.
32. Davies SJ, Ghahramani P, Jackson PR, Hippisley-Cox J, Yeo WW, Ramsay LE. Panic disorder, anxiety and depression in resistant hypertension-a case-control study. *J Hypertens* 1997; 15(10): 1077-82.
33. Shinn EH, Poston WS, Kimball KT, St Jeor ST, Foreyt JP. Blood pressure and symptoms of depression and anxiety: a prospective study. *Am J Hypertens* 2001; 14(7 Pt 1): 660-4.
34. Jonas BS, Lando JF. Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosom Med* 2000; 62(2): 188-96.
35. Johansen A, Holmen J, Stewart R, Bjerkeset O. Anxiety and depression symptoms in arterial hypertension: the influence of antihypertensive treatment. The HUNT study, Norway. *Eur J Epidemiol* 2011.
36. Licht CM, De Geus EJ, Seldenrijk A, Van Hout HP, Zitman FG, Van DR, et al. Depression is associated with decreased blood pressure, but antidepressant use increases the risk for hypertension. *Hypertension* 2009; 53(4): 631-8.
37. Ried LD, Tueth MJ, Handberg E, Kupfer S, Pepine CJ. A Study of Antihypertensive Drugs and Depressive Symptoms (SADD-Sx) in patients treated with a calcium antagonist versus an atenolol hypertension Treatment Strategy in the International Verapamil SR-Trandolapril Study (INVEST). *Psychosom Med* 2005; 67(3): 398-406.
38. Bogner HR, De Vries HF. Integration of depression and hypertension treatment: a pilot randomized controlled trial. *Ann Fam Med* 2008; 6(4): 295-301.

Comparison of depression rates between subjects with and without hypertension

Gholamreza Kheirabadi¹, Reza Bagherian-Sararoudi²,
Nasrin Masaeli³, Reyhaneh Zonary⁴

Abstract

Aim and Background: Hypertension, one of the most important public health problems in the world, is the main risk factor for heart disease. Depression is the common comorbid psychiatric disorder among patients with chronic physical diseases. This study aimed to compare depression between hypertensive patients and normal individuals.

Methods and Materials: In a case-control study, 143 consecutive patients with hypertension were selected according to inclusion criteria. Patients were matched with a normal group selected from their family. Data was collected using a demographic questionnaire and Beck depression scale. The collected data was then analyzed by Mann-Whitney and chi-square tests.

Findings: Mild to severe degrees of depression were observed in 59.4% of hypertensive patients 33.5% of healthy subjects. Findings of chi-square test revealed a significant difference between the two groups ($P < 0.001$). In addition, Mann-Whitney test showed significant differences in frequency of depression at three levels of mild, moderate, and severe between the two groups ($P < 0.001$). Disease duration and severity of depression were significantly related in patients with hypertension ($P < 0.001$).

Conclusions: Depressive symptoms are more prevalent in patients with hypertension compared to the normal population. Therefore, hypertensive patients need to be monitored for depression and receive psychiatric counseling as necessary.

Keywords: Hypertension, Depression.

Type of article: Original

Received: 27.12.2011

Accepted: 23.02.2012

1. Assistant Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Medical/ Clinical Psychology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. MSc in Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)
Email: masaeli@bsrc.mui.ac.ir

4. General Physician, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.