

بررسی فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون

دکتر ملیحه عراقچیان*، دکتر محمدعلی سیف ربیعی**، دکتر فاطمه زراعتی***، بهمن رسولی****

دریافت: ۸۸/۶/۱۶ ، پذیرش: ۸۸/۱۲/۱۵

چکیده:

مقدمه و هدف: علیرغم شیوع زیاد افسردگی و پرفشاری خون، در مورد ارتباط این دو بیماری با یکدیگر توجه زیادی مبذول نشده است. برخی مطالعات نشان داده اند افسردگی می تواند یک عامل خطر برای پرفشاری خون باشد. از طرفی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در معرض خطر بیشتری از نظر بیماری های قلبی عروقی هستند. باتوجه به روشن نبودن فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون این مطالعه جهت روشن ساختن ابعاد این مشکل انجام گردید.

روش کار: در مطالعه توصیفی مقطعی حاضر ۵۲۵ بیمار مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان طی سال ۱۳۸۷ مورد بررسی قرار گرفتند. جهت تشخیص افسردگی از پرسشنامه استاندارد بک (Beck) استفاده گردید. ملاک تعیین افسردگی کسب نمره بالاتر از ۱۸ در این آزمون بود. اطلاعات از طریق پرسشنامه استخراج گردید و با نرم افزار spss-۱۰ و آزمون های آماری مجذور کای و ضریب همبستگی پیرسون مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون ۸/۶٪ درصد گزارش گردید. بین سن بیماران و افسردگی همبستگی مثبت وجود داشت ($r=0.56$ $pv=0.000$). افسردگی در بین زنان شایع تر از مردان بود که از نظر آماری معنا دار تلقی گردید ($\chi^2=34$ $pv<0.05$). فراوانی افسردگی در افراد متعلق به طبقه اجتماعی پائین تر و در افراد همسر مرده بترتیب نسبت به افراد با طبقه اجتماعی بالاتر و افراد متأهل بیشتر بود ($pv<0.05$).

نتیجه نهایی: بیماران مبتلا به پرفشاری خون در معرض خطر افسردگی نیز هستند و احتمال وقوع همزمان این دو بیماری در طول عمر، در زنان به مراتب بیش از مردان است و با توجه به وجود همبستگی مثبت بین پرفشاری خون و افسردگی بنظر می رسد پرفشاری خون یک عامل خطر برای بروز افسردگی بحساب می آید. با توجه به فراوانی بالای افسردگی در این مطالعه، به نظر می رسد غربالگری افسردگی و مشاوره روانپزشکی در مبتلایان به فشار خون بایستی بطور جدی تر مورد توجه واقع شود.

کلید واژه ها: افسردگی / بهداشت همگانی / پرفشاری خون

مقدمه:

۲۰۲۰، افسردگی دومین بیماری ناتوان کننده در بین تمام بیماریهای جسمی و روانی خواهد بود، یعنی بیشتر از تصادفات جاده ای، بیماریهای عروق مغزی و بیماریهای انسدادی ریوی (۱). علیرغم گسترش جهانی افسردگی، حدود ۵۰٪ از بیماران در جستجوی مداوا بر نیامده و درمان نمی شوند. شکست تشخیصی وعدم درمان بهنگام افسردگی به مقاوم شدن و عود بیماری منجر می گردد (۱).

افسردگی از اختلالات شایع روانپزشکی می باشد، شیوع آن در طول عمر برای زنان ۲۵-۱۲٪ و در مردان ۱۲-۵٪ گزارش شده است (۱). افسردگی اثرات منفی چشمگیری بر عملکرد اجتماعی و شغلی افراد داشته و یکی از علل مهم ناتوانی ها محسوب می شود (۱). طبق مطالعات سازمان جهانی بهداشت، تخمین زده شده است که در سال

* عضو هیأت علمی گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

** استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان (seifrabie@umsha.ac.ir)

*** دانشیار گروه فارماکولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

**** دانشجوی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

خصوص ارتباط این دو بیماری توجه زیادی مبذول نشده است. برخی مطالعات نشان داده اند افسردگی احتمالاً عامل خطر مهمی برای پرفشاری خون به حساب می آید (۱۳). با توجه به روشن نبودن فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون، این مطالعه جهت روشن ساختن ابعاد این مشکل انجام گردید.

روش کار:

در مطالعه توصیفی مقطعی حاضر ۵۲۵ بیمار مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان طی سال ۱۳۸۷ با روش نمونه گیری تصادفی ساده مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه و مشتمل بر دو قسمت بود؛ قسمت اول آزمون بک (Beck) و قسمت دوم، سوالات زمینه ای در خصوص سن، جنسیت، سطح سواد و... از پرسشنامه استاندارد ۲۱ سوالی بک (Beck) برای سنجش افسردگی استفاده گردید. ملاک تعیین افسردگی کسب مقادیر مساوی و بالاتر از ۱۸ در این آزمون بود و نمره زیر ۱۸ به منزله عدم افسردگی تلقی گردید (۱).

پرسشنامه ها در مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان (محل اجرای طرح) در اختیار بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده قرار میگرفت. به شرکت کنندگان اطمینان داده می شد که نام و نام خانوادگی آنها محرمانه باقی خواهد ماند و نتیجه پژوهش به صورت کلی منتشر خواهد شد. شرکت کنندگان با تمایل خود پرسشنامه ها را تکمیل کردند (برای افرادی که سواد خواندن و نوشتن نداشتند، سؤالات به زبانی ساده خوانده می شد و جواب آنها وارد پرسشنامه می گردید). در نهایت اطلاعات جمع آوری شده با نرم افزار SPSS-۱۰ و آزمون های آماری مجذور کای و ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج:

از کل بیماران مبتلا به پرفشاری خون شرکت کننده در پژوهش (۵۲۵ نفر)، تعداد ۲۵۵ نفر (۴۸/۶ درصد) مبتلا به افسردگی بودند.

بین سن بیماران و شدت افسردگی همبستگی مثبت وجود داشت، به این معنا که با بالا رفتن سن شدت افسردگی نیز افزایش پیدا میکند ($r=0.56$ $pv=0.000$) افسردگی در بین زنان شایع تر از مردان بود. این اختلاف از نظر آماری معنا دار تلقی گردید ($\chi^2=34$ $pv<0.05$).

افسردگی یکی از مشکلات شایع مراجعین به پزشکان عمومی به حساب می آید، به نحوی که در بیش از ۵۰٪ مراجعات پزشکی ردیابی از یک اختلال روانپزشکی وجود دارد و افسردگی صدر نشین این موارد است و در عرصه تشخیص و درمان سایر بیماری هانیز اختلال ایجاد می نماید (۲).

از طرف دیگر افزایش فشار خون شریانی معضل رایج بهداشت عمومی در کشورهای توسعه یافته است. این بیماری شایع، بدون علامت، به آسانی قابل ردیابی و معمولاً به سادگی قابل درمان است، که البته در صورت عدم درمان، اغلب به عوارض مرگ باری منتهی می شود (۳).

بیماران مبتلا به پرفشاری خون در معرض خطر بیشتری از نظر بیماریهای قلبی عروقی هستند، به نحوی که افزایش ۱۰ میلیمتر جیوه (بیش از حد نرمال) در فشار دیاستولی منجر به ۳۷ درصد افزایش نسبی در خطر CVD میشود (۴).

بیماری های قلبی عروقی و افسردگی بعنوان دو مشکل شایع در جوامع مطرح هستند. بیماری های قلبی عروقی عامل حدود یک میلیون مرگ، شش میلیون مورد بستری و صرف حدود ۳۵۰ میلیون دلار هزینه در امریکا بوده است (۵). این در حالی است که: افسردگی ۱۷ میلیون امریکائی را سالانه درگیر می کند (۶) بیماران مبتلا به افسردگی ۴ تا ۱۲ برابر بیشتر در معرض بیماریهای قلبی عروقی هستند (۷) همچنین خطر مرگ بعد از یک حمله ی قلبی در بیماران افسرده نیز ۲ تا ۴ برابر بیشتر است (۸) با این حال ارتباط بین افسردگی و پرفشاری خون کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

در خصوص مکانیسم های احتمالی ارتباط این دو بیماری می توان به نقش فعال محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال (HPA) در بیماری های قلبی عروقی (۹) افزایش فعالیت سمپاتوآدرنال ناشی از تشدید فعالیت محور HPA (۱۰) افزایش فعالیت HPA و افزایش کورتیزول سرمی، بزرگی غدد آدرنال و هیپوفیز و افزایش فعالیت سمپاتوآدرنال در بیماران افسرده اشاره کرد (۱۱، ۱۲). به نظر می رسد مکانیسم های فوق نقش مهمی در تاثیر افسردگی بر پیشرفت بیماری های قلبی عروقی داشته باشد.

علیرغم شیوع زیاد افسردگی و پرفشاری خون، در

هیچیک از مبتلایان به فشار خون افسرده، داروی ضدافسردگی مصرف نمی کردند. این موضوع نمایانگر بی توجهی به تشخیص و درمان افسردگی در مبتلایان به پرفشاری خون می باشد.

بحث:

فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون در این مطالعه بالا (۴۸/۶٪) گزارش گردید. سایر مطالعات انجام شده نیز اغلب از ارتباط بین افسردگی و پرفشاری خون حمایت می کنند (۱۶-۱۳)، اما تعدادی از مطالعات، گزارش های متناقضی ارائه کرده اند (۱۹-۱۷)، در یک مطالعه، با بررسی ۵۰۸ بیمار طی ۴ سال هیچگونه ارتباطی بین افسردگی و پرفشاری خون دیده نشد (۲۰). از سوی دیگر در یک بررسی و پیگیری ۲۰ ساله مشخص شده بیمارانی که دارای علائم افسردگی بوده اند، بیشتر به پرفشاری خون مبتلا گردیده اند (۲۱).

یک سری از مطالعات نیز گزارش های بینابینی از تأیید عدم وجود ارتباط بین این دو را ارائه کرده اند (۲۳، ۲۲، ۱۶)، که علت آن تفاوت در انتخاب جامعه نمونه (بیماران بستری، بیماران سرپایی، افراد سالم) و معیار های استفاده شده برای سنجش افسردگی می باشد. رایکین و همکارانش نشان داده اند که در بیماران فشار خونی تحت درمان، افسردگی سه برابر بیشتر است و بیماران مبتلا به افسردگی از نظر مصرف داروی فشار خون همکاری کمتری دارند (۲۴).

علیرغم این ناهمگونی، دلایلی وجود دارد که ارتباط افسردگی و پرفشاری خون را تأیید می کند. اول اینکه افسردگی و پرفشاری خون در یک عامل خطر بزرگ سهیم اند و آن استرس است، برای مثال وقایع استرس زای زندگی و فقر با فشار خون (۲۵، ۱۶) و افسردگی (۲۷، ۲۶) در ارتباط هستند. در مطالعه حاضر نیز فراوانی افسردگی در گروه کارگران و افراد فقیر بیشتر از سایر گروه ها بود. دوم اینکه بعضی مطالعات پیشنهاد می کنند که پرفشاری خون ممکن است عامل خطری برای افسردگی باشد و همینطور برعکس افسردگی هم می تواند عامل خطری برای پرفشاری خون باشد (۲۹، ۲۸، ۱۹، ۱۳).

یافته دیگر در این مطالعه وجود رابطه معنادار بین سن و شدت افسردگی بود، بدین صورت که با افزایش سن، شدت افسردگی هم افزایش می یافت. در مطالعه دیگری افسردگی در ۱۵/۶٪ بیماران مبتلا به پرفشاری خون

بطوریکه در جمعیت زنان (۲۸۳ نفر) ۱۷۱ نفر (۶۰/۴ درصد) و در جمعیت مردان (۲۴۲ نفر) ۸۴ نفر (۳۴/۷ درصد) مبتلا به افسردگی بودند. این یافته ها حاکی از آن است که فراوانی افسردگی در زنان مبتلا به پرفشاری خون تقریباً دو برابر مردان می باشد.

از لحاظ ارتباط بین افسردگی و طبقه اجتماعی، بیشترین تعداد افراد افسرده مربوط به گروه بیکار-خانه دار ۱۹۲ نفر (۶۳/۳ درصد) بود و کمترین تعداد مربوط به گروه کارمند ۵ نفر (۱۳/۵ درصد) بود. این یافته حاکی از آن است که گروه بیکار-خانه دار مبتلا به پرفشاری خون افسردگی بالاتری دارند. ارتباط بین افسردگی و طبقه اجتماعی معنی دار بود ($\chi^2=73.18$ $pv<0.05$) (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی افسردگی در بین بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان

| | بر حسب شغل | | |
|------------------|--------------|--------------|--------------|
| | افسردگی | | |
| | دارد | ندارد | جمع |
| کارگر | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) |
| | ۳۲ (۴۲/۶) | ۴۳ (۵۷/۴) | ۷۵ (۱۰۰) |
| کارمند | ۵ (۱۳/۵) | ۳۲ (۸۶/۵) | ۳۷ (۱۰۰) |
| آزاد | ۲۶ (۲۳/۶) | ۸۴ (۷۶/۴) | ۱۱۰ (۱۰۰) |
| بیکار - خانه دار | ۱۹۲ (۶۳/۳) | ۱۱۱ (۳۶/۷) | ۳۰۳ (۱۰۰) |
| جمع | ۲۵۵ (۴۸/۶) | ۲۷۰ (۵۱/۴) | ۵۲۵ (۱۰۰) |

توزیع افسردگی در بین بیماران مبتلا به پرفشاری خون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان بر حسب تحصیلات نیز اختلاف معنی داری را در گروه های مختلف نشان داد، بطوریکه بیشترین تعداد مربوط به گروه بی سواد ۱۳۹ نفر از ۱۹۵ نفر (۷۱/۲ درصد) بود و کمترین تعداد مربوط به گروه دیپلم و بالاتر ۲ نفر از ۳۱ نفر (۶/۵ درصد) بود ($\chi^2=75$ $pv<0.05$)، این یافته حاکی از آن است که در بیماران بی سواد مبتلا به پرفشاری خون، افسردگی از گروه با سواد فراوانتر است.

توزیع افسردگی بین بیماران مبتلا به پرفشاری خون بر حسب تاهل نشان داد بیشترین فراوانی مربوط به گروه همسر مرده ۵۵ نفر از ۶۳ نفر (۸۷/۳ درصد) و کمترین فراوانی متعلق به گروه متأهل ۱۹۰ نفر از ۴۴۵ نفر (۴۲/۷ درصد) است ($\chi^2=45$ $pv<0.05$). این یافته حاکی از آن است که افسردگی در بیماران همسر مرده مبتلا به پرفشاری خون از افراد متأهل فراوانتر است.

9. 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; 18:1001-1005.
10. Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med* 1999; 14:249-254.
11. Azad Alamgir K, Paul K, Whelton M, Mahmud Khan, Jeanette G, Wei Chen. Association of symptoms of depression and obesity with hypertension: The Bogalusa Heart study. *Am J Hypertens* 2006; 19: 639-645.
12. Colao, R, Pivonello, S, Spiezia A, Faggiano D, Ferone M. Persistence of increased cardiovascular risk in patients with Cushing's disease after five years of successful cure. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84: 2664-2672.
13. Jonas B, Franks P, Ingram D. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? *Arch Fam Med* 1997; 6: 43-9.
14. Goldberg E, Comstock G, Graves C. Psychosocial factors and blood pressure. *Psychol Med* 1980; 10: 243-55.
15. MacDonald L, Sacket D, Haynes R, Taylor D. Labeling in hypertension. A review of the behavioral and psychological consequences. *J Chron Dis* 1984; 37: 933-42.
16. Dimsdale J. Research at the interface of psychiatry and medicine. *Gen Hosp Psychiatry* 1988;10: 328-38.
17. Heine B, Sainsbury P, Chynoweth R. Hypertension and emotional disturbance. *J Psychiatr Res*. 1969; 7: 119-30.
18. Wheatly D, Balter M, Levine J, Lipman R, Bauer M, Bonato R. Psychiatric aspects of hypertension. *Br J Psychiatry* 1975;127: 327-36.
19. Davies S, Ghahramani P, Jackson P, Hippisley-Cox J, Yeo W, Ramsay L. Panic disorder, anxiety, and depression in resistant hypertension-a case-control study. *J Hypertens* 1997; 15: 1077-82.
20. Shinn EH, Poston WS, Kimball KT, Stjeor ST, Foreyt JP. Blood pressure and symptoms of depression and anxiety: a prospective study. *Am J Hypertens* 2001 ;14: 660-664.
21. Janus BS, Lando JF. Negative affect as a protective risk factor for hypertension. *Psychosom Med* 2002 ; 62: 188-196.
22. Cottier C, Perini C, Rauchfleisch U. Personality traits and hypertension: An overview. In: Julius S, Basset DR, editors. *Handbook of hypertension*. New York: Elsevier; 1987.
23. Jorgensen R, Johnson B, Kolodziej ME, Schreer GE. Elevated blood pressure and personality: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 1996;2: 293-320.
24. Rabkin J, Charles E, KASSF. Hypertension and

تشخیص داده شده و نتیجه گیری شده بود که پرفشاری خون با شیوع افسردگی در ارتباط بوده و با در نظر گرفتن طول مدت و شدت بیماری قابل پیش بینی می باشد (۳۰) یافته فوق در مطالعات دیگری نیز تأیید شده است (۳۱-۳۳).

نتیجه نهایی:

بیماران مبتلا به پرفشاری خون در معرض خطر افسردگی نیز هستند و احتمال وقوع همزمان این دو بیماری در طول عمر، در زنان به مراتب بیش از مردان است و با توجه به وجود همبستگی مثبت بین پرفشاری خون و افسردگی بنظر می رسد، پرفشاری خون یک عامل خطر برای بروز افسردگی بحساب می آید. با توجه به فراوانی بالای افسردگی در این مطالعه، به نظر می رسد غربالگری افسردگی و مشاوره روانپزشکی در مبتلایان به فشار خون بایستی بطور جدی تر مورد توجه واقع شود.

منابع:

1. Ghoreishee Zadeh M.A, Saleemee Namin M. [Study of depression prevalence in hospitalized patients in surgical ward and its effects on admission duration.] *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2005; 27(3):85-89. (Persian)
2. American psychiatric association. *Diagnostic and statistics manual of mental association*. Washington DC : Press, 1995.
3. Naomi DL, Gordon H. *Harrison's principles of internal medicine*, 17th ed. Vol 1. New York: McGraw- Hill, 2008.
4. Wilson P.W, Agostino R.B.D, Levy D, Belanger A.M, Silbershatz H , Kannel W.B. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation* 1998;97: 1837-1847.
5. American heart association. *Heart disease and stroke statistics-2003 update*, AHA, Dallas, TX 2002.
6. Murray C.J. *The global burden of disease and injury series*. Vol 1. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease , injuries , and risk factors in 1990 and projected to 2020, Havard school of public health of the world health organization and the world bank , Cambridge: MA. Harvard university press, 1996.
7. Pennix BW, Beekman AT, Schoevers A, Van Eijk JT. Depression and cardiac mortality: results from a community based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:221-227.
8. Lesprance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG. Five year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation* 2002;105 : 1049-1053.

- DSM-3 depression in psychiatric outpatients. *AMJ Psychiatry* 1983;8:107.
25. Winkelby MA, Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP. Socioeconomic status and health: how education, income and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am J Public Health* 1992; 6: 816-20.
26. Dohrenwend BD, Levav I, ShROUT P, Schwartz S, Naveh G, Link BL, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 1992; 5047: 946-52.
27. Brown G, Harris T. Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. New York: Free Press, 1978.
28. Wood W, Elias M, Schultz N, Pentz CA. Anxiety and depression in young and middle aged hypertensive and normotensive subjects. *Exp Aging Res.* 1979; 1: 15-30.
29. Robbins M, Elias M, Schultz N. The effects of age, blood pressure, and knowledge on hypertensive diagnosis on anxiety and depression. *Exp Aging Res.* 1990; 4: 199-207.
30. TieminW, Chunlai Z, Liping C, Suying W. Predicting factors of depression in patients with primary hypertension: a community - based study. *Int J Psychiatr Clin Pract* 2004; 4:213-217.
31. Unutzer J. Late-life depression. *N Engl J Med* 2007; (357):2269.
32. 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; 18:1001-1005.
33. Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med* 1999; 14:249-254.

Archive of SID