



بررسی بار اقتصادی اختلالات افسردگی برای بیمار و جامعه

دکتر ابراهیم عبدالهیان^{*}، دکتر محسن سید نوزادی^{**}، دکتر محمدرضا سرگلزایی^{***}

چکیده

هدف: اختلال افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی و از علل شایع ناتوانی‌ها و مرگ زودرس است. این اختلال همچنین باعث افزایش هزینه‌های اقتصادی تحمیل شده به فرد و جامعه می‌گردد. هدف از اجرای این بررسی مقایسه هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم بیماری در افراد افسرده با جمعیت کلی، دفعات مراجعه به پزشک، دفعات انجام بررسی‌های پاراکلینیک و روزهای غیبت از محل کار یا تحصیل در مدت یکسال می‌باشد. روش: ۱۰۰ بیمار افسرده (۶۷٪ زن و ۳۳٪ مرد) و ۱۰۰ نفر غیرافسرده (۶۶٪ زن و ۳۴٪ مرد) که از نظر سن، میزان تحصیلات و وضعیت شغلی مشابه بودند به کمک یک پرسشنامه جمعیت شناختی مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش به کمک شیوه‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آمورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که دو گروه از نظر شمار مراجعه‌های پزشکی (غیر از مراجعه‌های روانپزشکی)، شمار بررسی‌های آزمایشگاهی و روزهای غیبت از محل کار و تحصیل تفاوت معنی داری با یکدیگر داشتند.

Andeeshch
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۲۰

کلید واژه: افسردگی، هزینه، بار بیماری، بار اقتصادی

مقدمه

روانی به شمار می‌روند. (جود^(۲)، ۱۹۹۴).
بر پایه گزارش مشترک سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی، اختلالات افسردگی در صدر ده علت مهم ناتوانی و از کارافتادگی در جهان قرار دارند (همان جا) و بار^(۳) سنگین اختلالات افسردگی بر دوش فرد و جامعه

اختلالات روانی عامل ۱۵٪ ناتوانی‌ها و مرگ‌های زودرس در کشورهای روبه رشد هستند (بلاد^(۱)، ۱۹۹۶) و در میان اختلالات روانی، اختلالات خلقی با شیوع ۲۵-۱۵ درصد در طول عمر از شایعترین اختلالات

* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، گروه پزشکی اجتماعی. مشهد، میدان فلسطین، بیمارستان شفا.
** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، گروه پزشکی اجتماعی. مشهد، میدان فلسطین، بیمارستان شفا.
*** دستیار تخصصی روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، گروه پزشکی اجتماعی. مشهد، میدان فلسطین، بیمارستان شفا.

می‌باشد (لن^(۱) و همکاران، ۱۹۹۴).

یافته‌ها

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم اختلالات افسردگی برای بیماران و جامعه بوده است. در این راستا یافته‌های پژوهش نشان داد که از نظر جنسی، ۶۷٪ آزمودنیهای نخستین گروه، زن و ۳۳٪ آن مرد بودند. در گروه دوم نیز ۶۶٪ زن و ۳۴٪ مرد بودند.

میانگین سنی گروه نخست ۳۵/۲ سال با انحراف معیار ۱۲/۴ (۷۰-۱۲ سال). گروه دوم نیز دارای میانگین سنی ۳۴ سال و انحراف معیار ۱۵ (۶۹-۱۲ سال) بودند. میانگین میزان تحصیل نخستین گروه ۸/۹ سال با انحراف معیار ۶/۴ (۲۲-۰ سال) بود. میانگین تحصیلات گروه دوم نیز ۹ سال با انحراف معیار ۴/۸ (۱۶-۰ سال) بود.

وضعیت شغلی دو گروه، در جدول یک ارائه گردیده است. همان گونه که در جدول دیده می‌شود بیشتر آزمودنیها، به ترتیب خانه دار، دانش آموز، دانشجوی، کارمند و دارای شغل آزاد بوده‌اند (جدول ۱).

جدول ۱- فراوانی نسبی شغل در گروه یک و دو

وضعیت شغلی	گروه یک (%)	گروه دو (%)
خانه دار	۴۴	۳۶
محصل و دانشجو	۱۷	۲۴
کارمند	۱۶	۱۶
آزاد	۱۳	۱۴
بیکار	۷	۶
کارگر	۳	۴
جمع	۱۰۰	۱۰۰

همانگونه که جدول ۱ نشان می‌دهد بیشترین درصد

هدف این پژوهش، بررسی هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم اختلالات افسردگی برای بیمار و جامعه بود. هزینه‌های مستقیم در این پژوهش بر پایه مراجعه به پزشکان و بررسی‌های آزمایشگاهی انجام شده در یکسال و هزینه‌های غیر مستقیم بر اساس روزهای غیبت از محل کار یا تحصیل در مدت یکسال تعریف شدند.

فرضیه پژوهش این بود که بیماران افسرده بیش از گروه گواه در مدت یکسال به پزشکان (غیر از روانپزشکان) مراجعه می‌نمایند، آزمایشهای پزشکی انجام می‌دهند و روزهای غیبت از محل کار و تحصیل آنها نیز بیشتر است.

روش

این پژوهش یک بررسی توصیفی - مقایسه‌ای است که در آن ۱۰۰ بیمار افسرده سرپایی که به درمانگاه روانپزشکی مراجعه کرده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. وجود افسردگی در این بیماران بر پایه مصاحبه بالینی روانپزشکی و معیارهای اختلالات افسردگی راهنمای تشخیصی و آماری بیماریهای روانی (تجدید نظر چهارم^(۲)) تأیید شد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴).

برای همه افراد گروه یاد شده پرسشنامه‌ای در بردارنده اطلاعات جمعیت شناختی، هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم بیماری در مدت یکسال، وجود عامل استرس‌زا در آغاز علائم و مدت تأخیر در مراجعه به روانپزشک بود. گروه دوم ۱۰۰ نفر از مراجعان به درمانگاه دندانپزشکی بودند که هیچ سابقه‌ای از افسردگی و مراجعه به روانپزشک و متخصص اعصاب نداشتند. برای این گروه نیز پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات جمعیت شناختی و هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم بیماری در مدت یکسال تکمیل شد.

داده‌های گردآوری شده به کمک آزمون‌های آماری Z و t

تجزیه و تحلیل شدند.

1-Lan

2-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)

آزمودنیهای پژوهش (۳۶٪) خانه‌دار بوده‌اند.

در گروه یک میانگین فاصله زمانی از آغاز نشانه‌های افسردگی تا نخستین مراجعه به روانپزشک ۲۸/۴ ماه و انحراف معیار ۳۵/۹ ماه بود.

در ۷۵٪ آزمودنیهای گروه یک نشانه‌های افسردگی پس از یک عامل استرس زای مشخص ایجاد شده بود. فراوانی نسبی عوامل استرس زا در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- فراوانی نسبی عوامل استرس زا پیش از آغاز نشانه‌های افسردگی در گروه یک

عامل استرس زا	فراوانی نسبی (درصد)
مشکلات زناشویی و مشاجرات خانوادگی	۳۱/۵
فوت نزدیکان	۱۶/۲
دوری از خانواده یا فامیل به هر علت	۸/۱
مشکلات اقتصادی حاد	۶/۳
شکست عاطفی	۵/۴
زایمان	۴/۵

همانگونه که در جدول ۲ دیده می‌شود بیشترین درصد آزمودنیهای پژوهش (۳۱/۵٪) پیش از آغاز نشانه‌های افسردگی، مشکلات زناشویی و مشاجرات خانوادگی را تجربه کرده‌اند. افزون بر آن ۳/۶٪ افراد، بیماری نزدیکان، ۳/۶٪ بیماری خود فرد، ۳/۶٪ مشکلات اقتصادی و ۳/۶٪ شکست تحصیلی را پیش از آغاز نشانه‌های افسردگی تجربه کرده‌اند. مشاجرات خانوادگی، درگیریهای شغلی، بارداری ناخواسته و ضربه به سر نیز هر یک در ۱/۸٪ از آزمودنیها گزارش گردیده است. درصد کمتری از آزمودنیها نیز استرسهایی چون تغییر شغل ناخواسته، زندانی شدن و بیکاری را تجربه کرده بودند.

میانگین روز غیبت گروه یک از محل کار و تحصیل در مدت یکسال ۲۳/۳ روز و انحراف معیار ۴۱/۸ (از صفر تا ۱۸۰ روز) بود.

میانگین روز غیبت گروه ۲ از محل کار و تحصیل در مدت یکسال ۱۴۳/۰ روز و انحراف معیار ۵۲۵/۰ (صفر تا ۲ روز) بود.

گفتنی است با توجه به اینکه ۵۱٪ آزمودنیهای گروه یک و ۴۰٪ آزمودنیهای گروه ۲ خانه دار یا بیکار بودند، محاسبه یاد شده در مورد بقیه افراد انجام شد.

آزمودنیهای گروه یک در مدت یکسال به طور متوسط ۶/۳ بار (انحراف معیار ۵/۵۷) به پزشک غیر روانپزشک مراجعه نموده و میزان مراجعه آزمودنیهای گروه ۲، ۲/۱ بار (انحراف معیار ۲/۲۹) بود.

میانگین دفعات انجام بررسی‌های آزمایشگاهی (غیر از بررسی‌های مرتبط با افسردگی) در سال گذشته در گروه یک ۲/۶ بار (انحراف معیار ۳/۲۴) و در گروه دو ۰/۵۹ بار (انحراف معیار ۰/۹۶) بود.

آزمون Z، تفاوت معنی داری از نظر آماری میان دو گروه از نظر متغیرهایی چون سن و میزان تحصیلات نشان نداد. مقایسه دو گروه با استفاده از آزمون آماری Z تفاوت معنی داری را میان آنها از نظر غیبت از محل کار یا تحصیل در یکسال اخیر نشان داد ($P < 0/01$).

مقایسه مراجعه‌های پزشکی یکساله گروه یک و گروه دو بر پایه آزمون Z تفاوت معنی داری را از نظر مراجعه‌های پزشکی (گذشته از مراجعه به روانپزشک) در یکسال اخیر نشان داد ($P < 0/01$).

شمار انجام بررسی‌های آزمایشگاهی در مدت یکسال (بدون محاسبه بررسی‌هایی که بطور مستقیم مرتبط با افسردگی بودند) در دو گروه مقایسه شد و آزمون Z تفاوت معنی داری را میان دو گروه از نظر شمار انجام بررسی‌های آزمایشگاهی در مدت یکسال نشان داد ($P < 0/01$).

بحث

شیوع اختلالاتهای خلقی را در جهان در جمعیت بزرگسال ۱۰٪ برآورد می‌کنند (جود، ۱۹۹۵). شیوع افسردگی در ایران در جمعیت بالاتر از ۱۵ سال نزدیک به

۷/۷٪ برآورد شده است. در سال ۱۹۹۰، میزان افسردگی در جهان نزدیک به ۴۷۲ میلیون نفر (جونسون^(۱))، (۱۹۹۴) و در ایران نزدیک به ۵ میلیون نفر بوده است (داویدیان، ۱۳۷۸) که خود نشان دهنده شیوع بالا و اهمیت اختلالات افسردگی است.

افسردگی هزینه سنگینی را بر جوامع تحمیل می‌کند (اوانز^(۲))، (۱۹۹۵). برای نمونه هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم بیماران افسرده در سال ۱۹۹۰ برای آمریکا ۴۴ میلیارد دلار (هال^(۳))، (۱۹۹۵) و برای انگلستان ۲۲۲ میلیون پوند (جونسون، ۱۹۹۵) بوده است.

نکته مهم این است که علیرغم شیوع بالای اختلالات افسردگی، این اختلالات غالباً تشخیص داده نمی‌شوند. اشتباه تشخیص داده می‌شوند یا نامناسب درمان می‌گردند (اوانز، ۱۹۹۵؛ لن، ۱۹۹۴).

بیشتر بیماران افسرده به جای مراجعه به مراکز روانپزشکی به پزشکان عمومی مراجعه می‌کنند (سیمون^(۴))، (۱۹۹۵). این گرایش سبب افزایش هزینه‌ها، پیشرفت بیماری و طولانی‌تر شدن دوره درمان می‌گردد (استورم^(۵))، (۱۹۹۵).

این پژوهش نیز نشان داد که هر فرد افسرده بطور متوسط با ۲۸/۴ ماه تأخیر به روانپزشک مراجعه نموده است. عدم تشخیص مناسب، عدم تمایل در مراجعه به روانپزشک و نامناسب بودن سیستم ارجاع از جمله دلایل این تأخیر بوده است.

همان‌طور که گفته شد بیماران افسرده گذشته از مراجعه‌هایی که به روانپزشک داشته‌اند، بطور چشمگیری در یک دوره زمانی مراجعه‌های پزشکی بیشتری نسبت به گروه دوم داشتند. همچنین بررسی‌های آزمایشگاهی بیشتری نیز (گذشته از بررسی‌هایی که برای ارزیابی نشانه‌های افسردگی انجام می‌گیرد) نسبت به گروه دوم داشتند و بررسی‌های تصویر برداری، سونوگرافی، آندوسکوپی، الکتروکاردیوگرافی، اکوکاردیوگرافی آنان بطور معنی داری بیشتر از گروه دوم بود. تفاوت میانگین

مراجعه‌های پزشکی یکساله گروه اول و گروه دوم نشان داد که بطور متوسط هر فرد افسرده گذشته از مراجعه‌های روانپزشکی، در سال ۴/۲ نسبت بیش از گروه دوم مراجعه‌های پزشکی دارد. در پژوهشی ۱۲۲ هزار نسخه پزشکان خراسان در سال ۱۳۷۷ که بطور تصادفی انتخاب شده بودند نشان داد که هر بار مراجعه به پزشک به طور متوسط حدود ۱۵ هزار ریال هزینه در بردارد که توسط بیمار و سازمان‌های بیمه پرداخت می‌شود (سرگلزایی، عبدالهیان، ۱۳۷۸).

افزون بر آن می‌توان به پایین بودن بازده کاری شاغلین افسرده، غیبت از محل کار، افزایش تنش‌های میان فردی که می‌توانند زیانهای اجتماعی از جمله تحلیل رفتگی در مراقبین که خود موجب افت بازده کاری و غیبت از محل کار در آنها می‌شود، اشاره نمود.

همچنین تفاوت آماری معنی دار غیبت از محل کار و تحصیل در افراد افسرده نسبت به گروه دوم نشان داد که یک فرد افسرده در سال بطور متوسط ۲۳ روز بیش از جمعیت عمومی از محل کار یا تحصیل غیبت می‌کند. گرچه در مورد افراد خانه دار چنین محاسبه‌ای کمتر ممکن است ولی به همان میزان کاهش عملکرد در امور خانه رخ می‌دهد که باعث افزایش مشکلات و کشمکش‌های خانوادگی می‌شود. بنابراین ۵ میلیون بیمار افسرده باعث هدر رفتن ۱۱۵ میلیون روز کاری در سال در ایران می‌شوند. این ارقام بیانگر توجه بیشتر به افسردگی و جستجوی راههایی برای کاهش این هزینه‌ها است.

یکی از راهها، افزایش دادن توانایی پزشکان مراقبت‌های اولیه و متخصصان غیر روانپزشک برای غربالگری^(۶) افسردگی است. در میان مراجعان نیازمند به مراقبت‌های بهداشتی اولیه، افسردگی شایعتر از فشار خون بالاست. بنابراین باید پزشکان همانطور که به غربالگری

1-Jonsson
3-Hall
5-Sturm

2-Evans
4-Simon
6-Screening

Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1994). *Synopsis of psychiatry*, Baltimore: Williams & Wilkins.

Lan, R. (1994). Reducing the economic burden of depression, *International Clinical Psychopharmacology*, 40, 229-243.

Montano, C. B. (1995). Recognition and treatment of depression in a primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, Suppl., 18-34.

Rost, K. (1994). Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: Improved outcomes at reduced costs, *General Hospital Psychiatry*, 16, 381-387.

Simon, G. E. (1995). Health care costs of primary care patients with recognized depression, *Archives of General Psychiatry*, 52, 880-856.

Smith, G. R. (1995). A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients, *Archives of General Psychiatry*, 52, 198-243.

Sturm, R. (1995). How can care for depression become more cost-effective? *Journal of American Medicine Association*, 273, 51-58.

فشار خون می‌پردازند، در غربالگری افسردگی هم بکوشند (مونتانو^(۱)، ۱۹۹۵). موضوع مهم دیگر استفاده از مشاوره روانپزشکی و ارجاع بیماران شدید روانی است که در بررسیهای چندی مقرون به صرفه بودن آن تأیید گردیده است. یک بررسی نشان داد بیمارانی که پزشکان معالج آنها از مشاوره روانپزشکی بهره گرفته بودند نسبت به بیمارانی که پزشکان معالج شان از چنین مشاوره‌ای برخوردار نبوده‌اند افزون بر افزایش چشمگیر عملکرد فیزیکی، کاهش چشمگیر در هزینه درمان نیز داشتند (اسمیت^(۲)، ۱۹۹۵). در بررسی دیگری نیز ظرفیت فیزیکی بسیار بالاتر و کاهش چشمگیر هزینه درمان در سال (۴۶۶ دلار برای هر نفر یعنی حدود ۲۱٪ کاهش) گزارش شد (راست^(۳)، ۱۹۹۴).

منابع

داویدیان، هاراطون (۱۳۷۸). *بیماریهای ناتوان‌کننده روانپزشکی*. متن سخنرانی ارائه شده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

سرگلزایی، محمد رضا؛ عبدالهیان، ابراهیم (۱۳۷۸). مشکلات نسخه نویسی پزشکان. مقاله ارائه شده در همایش سایکوفارماکولوژی. اصفهان. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

Blad, R. C. (1996). International health and psychiatry, *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 11-15.

Evans, M. (1995). Detection and management of depression in the early physically ill patient, *Human Psychopharmacology*, Suppl., 4, 235-241.

Hall, R. C. (1995). The Clinical and financial burden of mood disorders. *Psychosomatics*, 36, 511-518.

Jonsson, B. (1994). What price depression, *British Journal of Psychiatry*, 164, 665-675.

Judd, L.L. (1995). Economics of depression and cost benefit comparison of SSRIs and TCAs. *Depression*, 2, 173-177.