

برآورد بار اقتصادی بیماری قلبی عروقی در بیمارستان منتخب شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ (بیمارستان قلب جوادالائمه)

نوع مقاله: پژوهشی

مهسا زنجانیان^۱

میثم موسائی^۲

زهراسمی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۸

چکیده

در ایران بیماری‌های قلبی عروقی رتبه اول را از نظر مرگ‌ومیر به خود اختصاص داده است. بیماری‌های قلبی عروقی به سقوط خانواده‌ها در ورطه‌ی فقر منجر می‌شود و وضعیت بدتری از بیماری را ایجاد می‌کند. سیاست‌گذاران نظام سلامت برای تصمیم‌گیری به‌منظور تخصیص بهینه منابع، نیازمند آگاهی از هزینه‌های این بیماری‌ها هستند. هدف از مطالعه حاضر برآورد بار اقتصادی بیماری‌های قلبی عروقی در بیمارستان منتخب شهر مشهد (بیمارستان قلب جوادالائمه) بود. این مطالعه به‌صورت توصیفی، تحلیلی و مقطعی انجام شد. در این مطالعه بار اقتصادی بیماری‌های قلبی عروقی با روش هزینه بیماری و براساس روش سرمایه انسانی برآورد شد. هزینه‌های بیماری به روش هزینه و داروها با نمونه ۳۸۵ نفری به روش تصادفی ساده از پرونده بستری بیماران آنژیوگرافی شده در بیمارستان قلب جوادالائمه مشهد به‌دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS و اکسل انجام شد. در مجموع ۳۸۵ بیمار (پرونده) وارد مطالعه شدند که از این تعداد ۲۵۰ نفر (۶۴/۹) مرد و ۱۳۵ نفر (۳۵/۱) زن بودند. یافته‌ها نشان داد بیماری قلبی عروقی بار اقتصادی قابل توجهی را به نظام اقتصادی ایران (مورد مطالعه) تحمیل می‌کند. هزینه کل مستقیم پزشکی ۹۸۲۴۱۳۵۲۸۲۳۵۷۴ ریال برای هر بیمار محاسبه شد. هزینه متوسط زمان از دست رفته ایجاد شده به ازای هر روز بیماران مرد به دلیل بیماری عروق قلبی ۹۳۳۳۴۱۸ ریال و برای زنان ۱۰۳۳۳۳۹ ریال برآورد شد. بخش اعظم هزینه‌های پزشکی مربوط به هزینه‌های آنژیوپلاستی (۰/۴۷) و کمترین مقدار این هزینه مربوط به هزینه‌های دارو (۱/۱۵) بود. بار اقتصادی بیماری‌های قلبی عروقی ۱۳۴۹۹۶۶۸۷۸۷۱۹۵۶ ریال به‌دست

baranepaezi3@yahoo.com

^۱ گروه جامعه‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

mousaaei@ut.ac.ir

^۲ استاد دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

zahraghasemisst@gmail.com

^۳ گروه جامعه‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

آمد. بیماری‌های قلبی عروقی هزینه بسیار هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کنند. بهترین راه مقابله با این بیماری‌ها و در نتیجه کاهش هزینه‌ها، تغییر و اصلاح رفتارهای خطرآفرین است که بیمار را آسیب‌ناپذیر می‌کند.

کلمات کلیدی: ایران، بیماری قلبی عروقی، هزینه بیماری، بیمارستان قلب جوادالائمه، مشهد

طبقه‌بندی JEL: A14-I11

مقدمه

بیماری‌های غیرواگیر که تحت عنوان بیماری‌های غیرمزمّن خوانده می‌شوند، مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر در سراسر جهان هستند (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۲۰۱۶). اطلاعات دقیق درباره با اقتصادی این بیماری‌ها می‌تواند تصمیم‌گیرندگان سلامت کشور را در برآورد اندازه مشکل، مزایای اقتصادی به‌دست‌آمده به‌علت پیشگیری از این بیماری‌ها و در نتیجه اختصاص منابع و مبارزه با این بیماری‌ها یاری کند (حیدرپور، اکبری ساری، محبعلی و بکایی، ۱۳۹۶). بیماری‌های غیرواگیر را به انواع مختلف تعریف کرده‌اند. برابر تعریف سازمان بهداشت جهانی، بیماری غیرواگیر عبارت است از: کاهش در ساختار با اعمال بدن که به ضرورت سبب تغییر در زندگی عادی بیمار شود و طی دوره زمانی طولانی ادامه یابد و پایدار باشد (جوادی، عسگری، یعقوبی، نوازی، ۱۳۸۹). در سراسر جهان بیماری‌های مزمن علت بسیاری از موارد مرگ‌ومیر است. بار اقتصادی بیماری‌های مزمن در جوامع فقیرتر در مقایسه با جوامع برخوردار به نسبت بیشتر است. فقرا به‌دلیل افزایش مواجهه با خطرات و کاهش دسترسی به خدمات بهداشتی آسیب‌پذیرتر هستند (کریمی، جوادی و جعفرزاده، ۱۳۹۰).

بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی عروقی به سقوط افراد و خانواده‌ها در ورطه فقر منجر می‌شود و وضعیت پیچیده و بدتری را از بیماری و فقر ایجاد می‌کند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۵). بیماری‌های مزمن مسئول ۴۸ درصد از بار جهانی ناشی از سال‌های عمر تعدیل شده با ناتوانی هستند. همچنین این بیماری‌ها باعث کاهش کارایی در محیط‌های کاری به‌دلیل تمایل بیماران و مراقبت‌کنندگان آنان مبتنی بر غیبت از کار یا عملکرد ضعیف آنان می‌شود (دیول، بدروسیان، چاورون، چاتارژه، کیم، کیم و همکاران^۲، ۲۰۰۷).

بیماری‌های قلبی عروقی اولین عامل مرگ در جهان هستند. بیشتر مردم سالانه بر اثر بیماری‌های قلبی عروقی بیش از هر علت دیگری می‌میرند. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت این بیماری‌ها در سال ۲۰۱۵ مسئول ۱۷/۷ میلیون مرگ در سراسر جهان بوده‌اند که ۷/۴ میلیون نفر از این مرگ‌ها به‌دلیل بیماری قلبی عروقی بوده است. براساس آخرین آمارهای اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی بیش از ۸۰ درصد بیماری‌های عروق قلبی در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط اتفاق می‌افتد (سعیدیان، سپهری، آقاجانی و خطیبی، ۱۳۹۴). پیش‌بینی‌ها حاکی از این است که بیماری‌های قلبی-عروقی تا سال ۲۰۲۰ میلادی علت بیش از ۷۵ درصد مرگ‌ومیرها در سطح جهانی خواهند بود. در صورت تداوم روند افزایشی مرگ‌ومیر تا سال ۲۰۳۰ حدود ۲۳/۴ میلیون نفر در اثر این بیماری‌ها جان خود را از دست می‌دهند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۶).

¹ World Health Organization

² DeVol, Bedroussian, Charuworn, Chatterjee, Kim, Kim, et al

شواهد کافی درحال ظهور است که ثابت می‌کند بیماری‌های قلبی عروقی و دیگر بیماری‌های غیرواگیر در سطح خانوار موجب فقر ناشی از هزینه‌های کمرشکن و پرداخت از جیب می‌شود و در سطح کلان اقتصادی بار سنگینی بر اقتصاد کشورهای با درآمد کم یا متوسط تحمیل می‌کند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۵). براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، در ایران بیماری‌های مزمن علت ۷۰ درصد از مرگ‌ومیرها را به خود اختصاص می‌دهند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۴). در ایران بیماری‌های قلبی عروقی رتبه اول را از نظر مرگ‌ومیر به خود اختصاص داده است. ۵۰ درصد از مرگ‌ومیرهای سالانه مربوط به این بیماری‌هاست که از ایم رقم بیش از ۱۹ درصد مربوط به سکت‌های قلبی است. سنجش سلامت جامعه، عوامل مؤثر بر آن و توزیع سلامتی به‌منظور تهیه شواهد مناسب برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در نظام سلامت ضروری به‌نظر می‌رسد (ایوانز، تاندون، مورای و لائوئر^۱، ۲۰۰۱).

سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام مراقبت سلامت برای تصمیم‌گیری به‌منظور تخصیص بهینه منابع نیازمند آگاهی از هزینه‌های بیماری هستند. برای تعیین هزینه کل ناشی از یک یک پیامد، بیماری یا حادثه که به کشور تحمیل می‌شود از بار اقتصادی بیماری استفاده می‌کنیم. از آنجاکه بیماری‌های قلبی عروقی گروهی از بیماری‌ها با هزینه‌های زیاد و بار سنگین اقتصادی به جامعه هستند، این گروه بیماری‌ها بخش عظیمی از هزینه‌های درحال‌رشد بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهند. در نتیجه محاسبه بار اقتصادی بیماری‌های قلبی عروقی به‌منظور اتخاذ تدابیر و راه‌کارهای مناسب برای مقابله با این گروه بیماری‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد (لاکیچ، تاسیچ، کاس^۲، ۲۰۱۴). با توجه به اهمیت مطالب بیان شده، در مطالعه حاضر با تعیین هزینه بیماری عروق کرونر قلب در بیمارستان منتخب قلب جوادالائمه شهر مشهد به برآورد بار اقتصادی بیماری قلبی عروقی پرداختیم.

پیشینه پژوهش

راغفر، سرگزی، مهربان، اکبرزاده، واعظ مهدوی و وحدتی‌منش (۱۳۹۷) در پژوهشی به بررسی "بار اقتصادی بیماری عروق کرونر قلب در ایران: با رویکرد پایین به بالا در سال ۱۳۹۴" پرداختند. هزینه‌های بیماری براساس رویکرد بروز و به روش «پایین به بالا» از دیدگاه جامعه‌نگر محاسبه شد. نتایج حاکی از آن بود که بیماری عروق کرونر قلب بار اقتصادی قابل توجهی را به نظام اقتصادی ایران تحمیل می‌کند. هزینه‌های پزشکی و هزینه‌های تولید از دست‌رفته به‌دلیل مرگ زودرس ۹۳۳

¹ Evans, Tandon, Murray, Lauer

² Lakić, Tasić, Kos

میلیون دلار برآورد شد. بخش اعظم هزینه‌های پزشکی مربوط به هزینه‌های آنژیوپلاستی (۰/۴۷) و کمترین مقدار این هزینه مربوط به هزینه‌های داروها (۰/۱۱۵) بود.

ابراهیمی، آقاملایی، عابدینی و رفعتی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان تأثیر مداخله با استفاده از تلفن همراه بر سبک زندگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی بندرعباس به این نتایج دست یافتند که افزایش معنی داری را در نمرات گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در تمام حیطه‌های پرسش‌نامه (مسئولیت‌پذیری فردی سلامتی، فعالیت جسمی، رفتارهای تغذیه‌ای، رشد روحی و معنوی، روابط بین فردی و کنترل استرس) نشان داد ($p < 0.05$). بنابراین، با توجه به نتایج این مطالعه و از آنجایی که در این روش نیاز به مراجعه حضوری به مراکز بهداشتی و درمانی وجود ندارد، و می‌توان جمعیت زیادی را در محدوده جغرافیای گسترده آموزش داد، لذا پیشنهاد می‌گردد در برنامه‌های آموزش سلامت به‌عنوان یک کانال ارتباطی از آن استفاده کرد.

محسنی پویا، نقیبی و محمدی (۱۳۹۶) پژوهشی با عنوان بررسی میزان خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی بابل در سال ۱۳۹۵ انجام دادند. براساس آزمون ANOVA و t-test بین خودکارآمدی و متغیرهای سن ($p = 0.001$)، جنس ($p = 0.002$)، سطح تحصیلات ($p = 0.001$)، شغل ($p = 0.001$)، وضعیت تأهل ($p = 0.47/0$)، شاخص توده بدنی ($p = 0.29/0$)، نوع دیابت ($p = 0.001$)، ورزش ($p = 0.001$) و رژیم غذایی ($p = 0.002$) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. همچنین میانگین نمره خودکارآمدی در مردان، سطوح تحصیلی بالاتر و نیز در افراد کارمند و مجرد بیشتر بود. نتایج نشان داد که میزان خودکارآمدی در بین شرکت‌کنندگان در سطح متوسطی قرار دارد. لذا با توجه به این که خودکارآمدی به‌عنوان مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتارهای خودمراقبتی در اشخاص دیابتی از اهمیت زیادی برخوردار است، ضرورت تقویت آن احساس می‌شود و باید در برنامه‌های آموزشی بر آن تأکید گردد.

رشیدی و بهرامی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان عوامل مرتبط با سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامتی در سالمندی نشان دادند که سالمندان مورد بررسی در حیطه‌های مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی ($39/75 \pm 21/04$)، فعالیت فیزیکی ($14/79 \pm 17/01$)، تغذیه ($47/93 \pm 16/97$) و مدیریت استرس ($26/40 \pm 18/44$) نمره‌های پائین‌تر از میانگین را کسب کردند اما از نظر رشد معنوی ($74/24 \pm 59/54$) و روابط بین فردی ($56/20 \pm 19/7$) نمره بالاتر از میانگین را به‌دست آوردند. به‌طورکلی سالمندان مورد بررسی نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت پائین‌تر از میانگین را دارا بودند ($42/8 \pm 13/2$). بین رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت و تعدادی از ویژگی‌های واحدهای مورد پژوهش از جمله وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و شغل ارتباط معناداری وجود داشت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که به‌طورکلی سالمندان موردبررسی سبک زندگی

ارتقاءدهنده سلامت مطلوبی را دارا نبودند. بنابراین پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزش سبک زندگی سالم با همکاری تیم ارتقای سلامت در راستای دستیابی به ارتقای سلامت سالمندان و کاهش بیماری‌های مزمن، بستری‌های متعدد و عوارض متعدد ناشی از نداشتن سبک زندگی سالم در سطح وسیع به اجرا درآید.

شفیعی‌تبار، خداپناهی و حیدری (۱۳۹۲) پژوهشی با عنوان اثربخشی مداخله آموزشی روان‌شناختی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام دادند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان دادند که مداخله آموزشی- روان‌شناختی، به افزایش کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های عملکردی آن در بیماران مبتلا به سرطان سینه منجر می‌شود. آموزش‌ها پس از پیگیری با فاصله زمانی ۳۰ روز نیز پایدار بود. می‌توان نتیجه گرفت مداخله آموزشی روان‌شناختی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه نقش مؤثری دارد.

علیزاده اقدام (۱۳۹۱) پژوهشی با عنوان تحلیل جامعه‌شناختی سبک غذایی شهروندان تبریزی انجام داد. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که رفتارهای سالم شهروندان در زمینه سبک غذایی از دو بعد تغذیه سالم و پرهیز از تغذیه ناسالم تشکیل شده است. همچنین، نتایج نشان می‌دهد سبک غذایی شهروندان بر حسب وضعیت تأهل، جنسیت، وضعیت طبقه متفاوت بوده و سن، شاخص حجم بدن، سرمایه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی به طرق مختلف بر سبک غذایی تأثیرگذار است. در نهایت نتایج تحقیق نشان داد که استراتژی سلامت‌محوری غالب شهروندان در زمینه سبک غذایی، بیشتر براساس پرهیز است تا استفاده از غذاهای سالم و در این زمینه عوامل اجتماعی بر انتخاب هر کدام از ابعاد تأثیرگذار است.

عباس‌زاده، علیزاده اقدام، بدری گرگری و ودادهیر (۱۳۹۱) پژوهشی با عنوان بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سبک زندگی خودمراقبتی شهروندان انجام دادند. یافته‌های تحقیق حاضر حاکی از آن است که خودمراقبتی شهروندان برحسب وضعیت تأهل و طبقه اجتماعی آنها متفاوت است و با متغیرهایی نظیر سرمایه اجتماعی، سرمایه فرهنگی، سرمایه اقتصادی، شاخص حجم بدن، جذابیت بدنی، ارزش سلامتی، احساس بی‌قدرتی و مدیریت بدن، رابطه معناداری دارد. همچنین براساس یافته‌ها، متغیرهای مانده در مدل رگرسیونی (سرمایه اجتماعی، احساس بی‌قدرتی، شاخص حجم بدن، ارزش سلامت و جذابیت بدنی) توانسته‌اند ۲۵ درصد از تغییرات مربوط به متغیر خودمراقبتی را تبیین کنند. سایر آثار، مرتبط با متغیرهای دیگری است که در این تحقیق به آنها پرداخت نشده است.

قاسمی، ربانی خوراسگانی، ربانی خوراسگانی و علیزاده اقدام (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان تعیین‌کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور به این نتیجه دست یافتند که

سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان برحسب جنسیت، سن و وضعیت تأهل آنها متفاوت است و اشکال متفاوت سرمایه انسانی (اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی) با سبک زندگی سلامت‌محور شهروندان رابطه معنی‌داری دارد.

محمدی زیدی، حیدرنیا و حاجی‌زاده (۱۳۸۴) در پژوهشی با عنوان بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی نشان دادند که شایع‌ترین ریسک فاکتورها در بیماران به ترتیب عبارتند از: کم تحرکی (۸۴/۶ درصد)، مصرف قرص‌های ضد بارداری خوراکی (۵۲/۳ درصد)، فشار خون بالا (۵۰ درصد)، شاخص توده بدن بیش‌تر از ۲۵ (۴۷/۸ درصد)، مصرف سیگار (۴۷/۷ درصد)، سابقه خانوادگی بیماری (۳۸/۶ درصد)، اعتیاد (۳۸/۶ درصد) و استرس (۲۰/۵ درصد)، شایع‌ترین حوادث استرس‌زا بین بیماران احساس فشار کاری ۴۷/۷ درصد، مرگ عضو نزدیک خانواده ۹۰/۹ درصد، نارضایتی شغلی ۲۷/۳ درصد، دلواپسی و اضطراب ۷۷/۳ درصد، تندخویی ۶۵/۹ درصد و تغییر وضع مالی ۵۶/۸ درصد است. در کل از نظر وضعیت سبک زندگی ۹۵/۵ درصد بیماران در معرض خطر متوسط قرار داشتند. نتایج این تحقیق بر اهمیت و فوریت اقدامات مداخله‌ای برای تغییر در سبک زندگی تأکید می‌کنند.

کامفیاس، جانسن، مک کنباخ و ون لنت^۱ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان پایتخت فرهنگی بورديو در رابطه با انتخاب غذا: مروری سیستماتیک از شاخص‌های سرمایه فرهنگی و اثبات تجربی مفهوم به این نتیجه دست یافتند که سرمایه فرهنگی به‌طور بالقوه ممکن است در تبیین نابرابری‌های انتخاب تغذیه نقش مهمی ایفا کند. نتایج نشان داد که افراد دارای تحصیلات بالاتر، معمولاً از سرمایه فرهنگی بالاتری برخوردار هستند. همچنین افراد برخوردار از سرمایه فرهنگی بالاتر، دارای تغذیه سالم‌تری بوده‌اند. از بین ابعاد سرمایه فرهنگی، سطح پایین سرمایه فرهنگی تجسم یافته با انتخاب مواد غذایی ناسالم دارای ارتباط مثبتی بوده است.

کامین، کولار، استینر^۲ (۲۰۱۳) در پژوهشی با عنوان نقش سرمایه فرهنگی در تولید سلامت خوب: مطالعه نمره تمایل نشان دادند که سرمایه فرهنگی دارای اثرات مثبتی روی سلامت است. افراد دارای سرمایه فرهنگی بالا، نسبت به افراد دارای سرمایه فرهنگی پایین، سلامت خوداظهاری بهتری را گزارش کردند. هر کدام از ابعاد سه‌گانه سرمایه فرهنگی اثر مثبتی روی سلامت خوداظهاری در میان قشر زنان داشتند، اما در میان مردان تنها سرمایه فرهنگی کل دارای اثرات قابل‌توجهی با سلامت خوداظهاری بود.

¹ Kamphuis, C. B. M., Jansen, T., Mackenbach, J. P. & Van Lenthe, F. J.

² Kamin, T. Kolar, A. M. & Steiner, P.

گاجن، فرولیک و آبل^۱ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان سرمایه فرهنگی و استعمال دخانیات در بزرگسالان جوان: استفاده از شاخص‌های جدید برای کشف نابرابری‌های اجتماعی در رفتار بهداشت نشان دادند که سه شاخص ارزش‌های سلامت، تحصیلات و دانش و منابع خانوادگی، پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی برای پیامدهای مصرف سیگار بودند. در میان مردان جوان میزان پایین ارزش‌های سلامت، تحصیلات و دانش و منابع خانوادگی با خطرات گرایش بیشتر به مصرف سیگار در طول روز ارتباط داشت.

مبانی نظری

تئوری علل اساسی لینک و فلن

آنها بیان نموده‌اند که شرایط اجتماعی علل اصلی و بنیادی بیماری‌ها می‌باشند. لینک و فلن تئوری علل اساسی را برای تبیین و توضیح اینکه چرا ارتباط بین فاکتورهای اجتماعی مثل پایگاه اقتصادی - اجتماعی و پیامدهای سلامتی در طول زمان پایدار بوده است، توسعه دادند؟ آنها شرایط اجتماعی را به عنوان فاکتورهایی که روابط یک شخص را به اشخاص دیگر درگیر می‌کند و این در برگیرنده هر چیزی است؛ از روابط ابتدایی تا موقعیت‌هایی که با ساختارهای اقتصادی و اجتماعی جامعه مرتبط هستند، تعریف می‌کنند. به نظر آنها قدرت اجتماعی فرد باعث می‌شود که او احساس کند کنترل می‌شود و این حس در کنترل بودن نوعی احساس امنیت و بهزیستی را برای وی به ارمغان می‌آورد (لینک و فلان^۲، ۱۹۹۵).

افراد طبقه پایین کمتر قادر به کنترل زندگی‌شان هستند. آنها به منابع کمی جهت رویارویی با استرس دسترسی دارند و در یک چرخه غیرسالم زندگی می‌کنند و با انواع محدودیت‌ها در جهت اتخاذ یک سبک زندگی سالم مواجه هستند بنابراین زودتر نیز می‌میرند. یکی از متغیرهای بنیانی در تأثیرگذاری بر بیماری‌ها موقعیت اجتماعی اقتصادی فرد است که این رابطه در طول قرن‌ها توانسته پایدار بماند و مطالعات گوناگون در طول سال‌ها به ارتباط بین طبقه اجتماعی و سطح سلامتی و در نتیجه طول عمر اشاره می‌نمایند (کوکرهام^۳، ۲۰۰۷).

بوردیو

از نظر بوردیو ساخت طبقاتی افراد و تمایز اجتماعی آنها از نحوه ترکیب سرمایه‌های آنها ناشی می‌شود. به‌طوری‌که منش و عملکرد افراد تحت تأثیر انتخاب و انتخاب هم تحت تأثیر سرمایه آنها می‌باشد و نوع انتخاب باعث تمایز افراد می‌شود. امروزه مردم با انتخاب‌های مصرفی‌شان شناخته

¹ Gagne, T., Frohlich, K. L. & Abel, T.

² Link, B. G & Phelan., J.

³ Cockerham, W. C.

می‌شوند و این هویت‌شان را شکل می‌دهد. مطابق مدلی که او ارائه کرده است شرایط عینی زندگی و موقعیت فرد در ساختار اجتماعی به تولید منش خاص منجر می‌شود و منش دو دسته نظام است: نظامی برای طبقه‌بندی اعمال و نظامی برای ادراکات و شناخت‌ها (قریحه‌ها). نتیجه نهایی تعامل این دو نظام سبک زندگی است. سبک زندگی همان اعمال و کارهایی است که به شیوه‌های خاص طبقه‌بندی شده و حاصل ادراکات خاص هستند. عمده‌ترین میراث اندیشه بورديو برای جامعه‌شناسی مصرف و تحلیل سبک‌های زندگی، تحلیل ترکیب انواع سرمایه برای تبیین الگوهای مصرف، بررسی فرضیه تمایز یافتن طبقات از طریق الگوهای مصرف و مبنای طبقاتی قرايح و مصرف فرهنگی است (خواجهمروری و طباحی ممقانی، ۱۳۹۲).

توزیع این سرمایه‌ها تعیین‌کننده موقعیت طبقاتی عینی فرد در نظام اجتماعی است. به عبارت دیگر ساخت طبقاتی از طریق ترکیب انواع این سرمایه‌ها به وسیله گروه‌ها روشن می‌شود. طبقات بالا بیشترین میزان سرمایه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و نمادین را دارد. طبقه متوسط مقدار کمتری از این انواع را در اختیار دارد و طبقه پایین کمترین مقدار این ترکیب از منابع را مورد بهره‌برداری قرار می‌دهد. بورديو نشان می‌دهد، در گذشته روش‌های تمایز اجتماعی براساس طبقه بوده است، ولی امروزه موضوعات غذایی و تمایزات اجتماعی ناشی از عادت‌های غذایی که تحت تأثیر شکل‌های گوناگون عضویت گروهی است، آن را تحت تأثیر قرار داده است. رهیافت نظری بورديو به معنای انتخاب‌های سبک زندگی از این جهت دارای اهمیت آشکاری است که به ما کمک می‌کند بفهمیم چرا تمایزات اجتماعی ساختاری در مراحل اخیر مدرنیته به صورت روزافزون از رهگذر صور فرهنگی بیان می‌شوند. به خصوص هر تعبیری از قدرت و تبیین امتیازات ساخت یافته در جوامع پسا صنعتی ناگزیر از به کار بستن مفاهیم خشونت نمادین و سرمایه نمادین بورديو می‌باشد. بورديو با استفاده از این چهارچوب می‌تواند توضیح دهد که چرا شیوه‌های مختلف تملک سرمایه (چه اقتصادی و چه فرهنگی) در داخل یک طبقه، منظومه‌های متفاوتی از ذوق و قریحه به بار می‌آورد که همراه است با توقعات متفاوت بسیار تمایز یافته‌ای نسبت به ورزش، رژیم غذایی، هنرها، ائانیه و دکوراسیون منزل و فعالیت‌های فراغت (چنی، رافینی و ویلز^۱، ۱۹۹۴) بورديو در تمایز، بر این نکته تأکید می‌ورزد که هرچه قدر سرمایه‌ی کنش‌گران بیشتر باشد، در فضای اجتماعی در موقعیت بالاتری قرار می‌گیرند (گیبینز و ریمر، ۱۳۹۱).

گیدنز

گیدنز سبک زندگی را مجموعه‌ای نسبتاً منسجم از همه رفتارها و فعالیت‌های یک فرد معین در جریان زندگی روزمره خود می‌داند که مستلزم مجموعه‌ای از عادت‌ها و جهت‌گیری‌هاست و بر

¹ Cheni, J., Raftery, J., Wills, D.

همین اساس از نوعی وحدت برخوردار است. گیدنز انسان را به عنوان عامل در شکل گیری هویتش مؤثر می داند و معتقد است که انسان تحت فشار ساختار اجتماعی، سبک زندگی را بیشتر تقلید می کند. لذا گیدنز وضعیتی را انتخاب می کند که در آن سبک های زندگی در بین محدودیت ها و فرصت های ارائه شده توسط موقعیت اجتماعی فرد بیان شده است و فرد مجبور به سازگار کردن خود با ساختار انعطاف پذیر سبک های زندگی و خود هویتی اش است. این انعطاف پذیری در وضعیت تغییر حاصل از انقلاب و رشد اجتماعی، در مرحله بعدی مدرنیته گنجانیده شده است (گیدنز، ۱۳۸۵).

ماکس وبر

وبر بیش از هر جامعه شناس کلاسیک وارد بحث های سبک زندگی شده است. به نظر وبر سلوک زندگی و فرصت های زندگی دو مؤلفه اساسی سبک زندگی اند. سلوک زندگی به انتخاب هایی اشاره دارد که افراد در گزینش سبک زندگی شان دارند. وبر فرصت های زندگی را به عنوان مطلق فرصت مورد توجه قرار نمی دهد، بلکه آنها را فرصت هایی می داند که افراد به دلیل موقعیت اجتماعی شان از آنها برخوردار «فرصت ها» و «انتخاب ها» می شوند. مهم ترین سهم وبر از مفهوم سبک زندگی، تقابل دیالکتیک بین است، به طوری که اگر هر یک از اینها دیگری را از بین ببرد، می تواند در نتیجه سبک زندگی مؤثر باشد (خواجه سروری و طباحی ممقانی، ۱۳۹۲).

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی، تحلیلی و مقطعی بود که به روش بار اقتصادی بیماری ها انجام شد. در این مطالعه بار اقتصادی بیماری های قلبی عروقی براساس رویکرد سرمایه انسانی برآورد شد. برای برآورد بار اقتصادی بیماری از چند منبع داده ای استفاده شده است. مهم ترین منبع داده ای مورد استفاده به منظور تخمین هزینه های مستقیم درمانی و اطلاعات استخراج شده از پرونده بیماران بستری با مشکلات قلبی عروقی در بیمارستان قلب جوادالائمه بوده است. اطلاعات مربوط به هزینه های مستقیم درمانی، غیردرمانی، هزینه زمان از دست رفته براساس پرسش نامه استاندارد از پرونده بیماران استخراج گردید. پرسش نامه از دوبخش، بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل و درآمد، بیمه، و ...) و بخش دوم شامل اطلاعات در مورد هزینه های مستقیم و غیرمستقیم (شامل هزینه دارو، هزینه آزمایشگاه، هزینه رادیوگرافی، سونوگرافی، هزینه اکوکاردیوگرافی، هزینه مسافرت و ...) است. جامعه آماری شامل تمام افراد مبتلا به بیماری های قلبی عروقی مراجعه کننده به بیمارستان مورد مطالعه (بیمارستان قلب جوادالائمه) که پرونده تشکیل داده بودند بود، که برای برآورد هزینه کل بیماری، نمونه ای ۳۸۵ نفری از بیماران بررسی شدند. قبل

از جمع‌آوری داده‌ها، در زمینه سؤالات و محتوا و همچنین هدف پژوهش به بیمار توضیح داده شد. در این مطالعه تحلیل داده‌های توصیفی با استفاده از نرم‌افزار SPSS و اطلاعات مربوط به هزینه با استفاده از نرم‌افزار EXCEL انجام شد. در نهایت هزینه کل بیماری با جمع کردن هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم به دست آمد. پس از تعیین میزان هزینه‌ها در بیماری‌های قلبی عروقی، به برآورد بار اقتصادی بیماری قلبی عروقی پرداخته شد.

یافته‌ها

الف. یافته‌های توصیفی پژوهش

از مجموع ۳۸۵ فرد جمعیت نمونه که مورد مطالعه واقع شده‌اند، ۶۴/۹ درصد را مردان و ۳۵/۱ درصد را زنان تشکیل داده‌اند. بدین ترتیب جمعیت مردان تقریباً ۳۰ درصد بیشتر از زنان بوده است. حداقل سن افراد در این پژوهش ۵۰ سال و حداکثر سن نیز ۸۶ سال بود. براساس نتایج پژوهش، میانگین سن بیماران برابر با $5/6 \pm 60/83$ بود. همچنین ۳۱/۱۶ درصد متعلق به قوم فارس، ۲۰/۷ درصد متعلق به قوم ترک، ۱۸/۹ درصد متعلق به قوم کرد، ۱۵/۰ درصد متعلق به قوم لر، ۵/۷ درصد متعلق به قوم بلوچ، ۴/۹ درصد متعلق به قوم عرب و بالاخره ۳/۳ درصد به قومیت ترکمن تعلق داشته‌اند. بیشترین فراوانی (۱۲۰ نفر) مربوط به آن دسته از بیمارانی بوده‌اند که به قوم فارس تعلق داشته‌اند. ۴۱/۵ درصد آنها شاغل، ۵/۹ درصد بیکار، ۱۶/۶ درصد بازنشسته و ۳۵/۸ درصد نیز خانه‌دار بوده‌اند. بیشترین فراوانی (۱۶۰ نفر) متعلق به آن دسته از بیمارانی بوده است که شاغل بوده‌اند. ۱۶ نفر (۴/۲ درصد) از پاسخ‌دهندگان دارای تحصیلات دیپلم، ۱۶۰ نفر (۴۱/۶ درصد) زیردیپلم، ۸۵ نفر (۲۲/۱ درصد) دارای تحصیلات کاردانی، ۱۶ نفر (۴/۲ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی و ۱۰۸ نفر (۲۸/۱ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی‌ارشد و بالاتر هستند. بیشترین فراوانی (۱۶۰ نفر) متعلق به آن دسته از بیمارانی بوده است که از لحاظ تحصیلات در مقطع زیر دیپلم (متوسطه، راهنمایی، ابتدایی و بیسواد) بوده‌اند. ۷۳/۷ درصد از آنان متأهل، ۷/۱ درصد مجرد، ۱۴/۲ درصد بی‌همسر در اثر فوت همسر و ۳/۶ درصد نیز فاقد همسر در اثر طلاق بوده‌اند. بیشترین فراوانی (۱۰۶ نفر) مربوط به آن دسته از بیمارانی بوده است که مجموع درآمد خانوار آنها در طی یک ماه در محدوده ۲/۰۰۰/۰۰۰ تا ۲/۴۹۹/۰۰۰ تومان بوده است. ۱۴/۲ درصد از آنها، کمتر از یک سال به بیماری قلبی مبتلا بوده‌اند، ۶۶/۲ درصد ۱ الی ۵ سال، ۱۸/۱ درصد ۶ الی ۱۰ سال، ۳/۱ درصد ۱۱ الی ۱۵ سال و ۱/۲ درصد نیز جزو کسانی بوده‌اند که بیشتر از ۱۵ سال به بیماری قلبی مبتلا بوده‌اند. ۴۳/۰ درصد از بیماران برای تامین هزینه‌های بیماری توانایی مالی داشتند و ۵۷ درصد توانایی مالی نداشتند.

ب. برآورد بار مستقیم اقتصادی

بار مستقیم اقتصادی بیماری شامل هزینه‌های مستقیم پزشکی و غیرپزشکی ناشی از بیماری است. این هزینه‌ها به‌طور مستقیم مربوط به بیماری هستند، مانند هزینه‌ها برای تشخیص، درمان و مراقبت و ... که در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. برآورد هزینه‌های مستقیم درمانی عروق قلبی در بیمارستان قلب جوادالائمه مشهد

نوع هزینه	متوسط هزینه به ازای هر بیمار	هزینه کل	درصد
تشخیصی	۲۶۴۵۶۹۲۴ ریال	۱۲۱۳۹,۹۹۹۹۶۹۳۴ ریال	۱۲,۳۶
درمان دارویی	۲۲۶۸۹۱۵۵۰۰ ریال	۱۷۸۸۱۱۵۹۵۴۸۳۹۶ ریال	۱۸,۲
آنژیوپلاستی	۶۱۳۷۶۲۱۳۴ ریال	۴۶۲۱۶۵۵۵۷۰۸ ریال	۴۷,۴
عمل قلب باز	۸۵۵۰۶۴۶۸۲ ریال	۱۱۲۴۰۲۷۶۴۱۵۲۰ ریال	۲۱,۲۵
داروها	۲۴۴۷۶۷۸ ریال	۱۱۲۴۰۲۷۶۴۱۵۲ ریال	۱,۱۵
مجموع		۹۸۲۴۱۳۵۲۸۲۳۵۷۴ ریال	۱۰۰

منبع: یافته‌های تحقیق

در جدول ۱ هزینه‌های مستقیم درمان عروق کرونر قلب بیماران در بیمارستان جوادالائمه در سال ۱۳۹۹ ارائه شده است. به‌دلیل اینکه اقدامات تشخیصی و دارویی تقریباً برای همه بیماران جدید انجام می‌شود، بنابراین هزینه این اقدامات برای کل موارد بروز تخمین زده شد. بخش عمده‌ای از هزینه‌های مستقیم درمانی مربوط به هزینه‌های آنژیوپلاستی است به‌طوری‌که ۴۷ درصد از کل هزینه‌ها را به خود اختصاص می‌دهد و بعد از آنژیوپلاستی هزینه‌های عمل قلب باز با سهم ۲۱ درصدی در رتبه بعدی قرار دارد.

جدول ۲. هزینه‌های داروهای عروق قلبی در بیمارستان جوادالائمه مشهد

نام دارو	هزینه کل هر دارو
آسپرین	۱۸۸۷۱۵۹۷۳۷ ریال
آتورواستاتین	۱۶۶۲۴۹۵۹۰۰ ریال
نیتروگلیسرین	۱۳۴۱۱۰۴۷۷۷۸ ریال

هپارین	۸۷۸۹۵۶۲۱۹۴۴ ریال
کارودیلول	۳۲۹۲۷۰۴۴۵۲ ریال
کلوییدوگرل	۶۷۷۵۸۱۸۷۹۲ ریال
انوکسپارین	۹۳۴۰۵۶۱۱۸۹۱۴ ریال
متوپرولول	۲۰۶۷۱۳۱۸۹۰۹۳۲ ریال
کاپتوپریل	۱۱۶۱۶۹۳۳۰۱۴۳۶ ریال
لوزارتان	۱۱۶۱۶۹۳۳۰۱۴۳۶
آملودیپین	۱۸۲۵۹۲۸۶۸۵۵۶۴
ایپی نفرین	۵۹۷۵۶۲۲۲۱۱۶۰۲۰
فوروزماید	۲۶۸۸۰۷ ریال
مجموع	۳۰۹۱۳۰۰۸۱۹۷۰۸۳۰۰۰ ریال

منبع: یافته‌های تحقیق

جدول ۲ در ارتباط با هزینه‌های دارویی و داروهای مورد استفاده برای بیماران عروق کرونر می‌باشد. بیشترین و کمترین داروی مورد استفاده در بیماران کرونر قلب به‌ترتیب آسپرین و متوپرولول بود. بالاترین سهم هزینه دارویی را انوکسپارین با ۹۳۴۰۵۶۱۱۸۹۱۴ ریال به خود اختصاص داده است.

ج. برآورد بار اقتصادی غیرمستقیم

طبق اطلاعات جدول ۳ و ۴ کار افتادگی برای دریافت درمان به ازای هر بیمار عروق کرونر قلب براساس دو سناریو طراحی شده به‌ترتیب ۱۱۹ و ۱۰۲ روز برآورد گردید و متوسط دستمزد روزانه برای افراد شاغل و غیرشاغل به‌ترتیب تقریباً ۱۰۰۰۰۰۰ ریال و ۷۰۰۰۰۰۰ ریال برآورد شد.

جدول ۳. هزینه زمان از دست‌رفته بیماران مرد به‌دلیل بیماری عروق قلبی

زمان‌های از دست‌رفته به‌دلیل مسافرت	متوسط تعداد روزهای از دست‌رفته	متوسط هزینه ایجادشده به ازای هر روز
بیماران شاغل	۳۴	۲۶۳۷۴۴ ریال
بیماران غیرشاغل	۳۴	۲۰۲۹۶۵ ریال
همراهان بیمار	۳۴	۲۰۲۹۶۵ ریال

زمان‌های از دست‌رفته به‌دلیل از کارافتادگی	۱۷	۲۶۳۷۴۴ ریال
مجموع	۱۱۹ روز	۹۳۳۳۴۱۸ ریال

منبع: یافته‌های تحقیق

جدول ۴. هزینه زمان از دست‌رفته بیماران زن به‌دلیل بیماری عروق قلبی

زمان‌های از دست‌رفته به‌دلیل مسافرت	متوسط تعداد روزهای از دست‌رفته	متوسط هزینه ایجادشده به ازای هر روز
بیماران شاغل	۳۴	۲۶۳۷۴۴ ریال
بیماران غیر شاغل	۱۷	۲۰۲۹۶۵ ریال
همراهان بیمار	۱۷	۲۰۲۹۶۵ ریال
زمان‌های از دست‌رفته به‌دلیل از کارافتادگی	۳۴	۳۶۳۵۶۵ ریال
مجموع	۱۰۲ روز	۱۰۳۳۲۳۹

منبع: یافته‌های تحقیق

د. برآورد بار اقتصادی بیماری

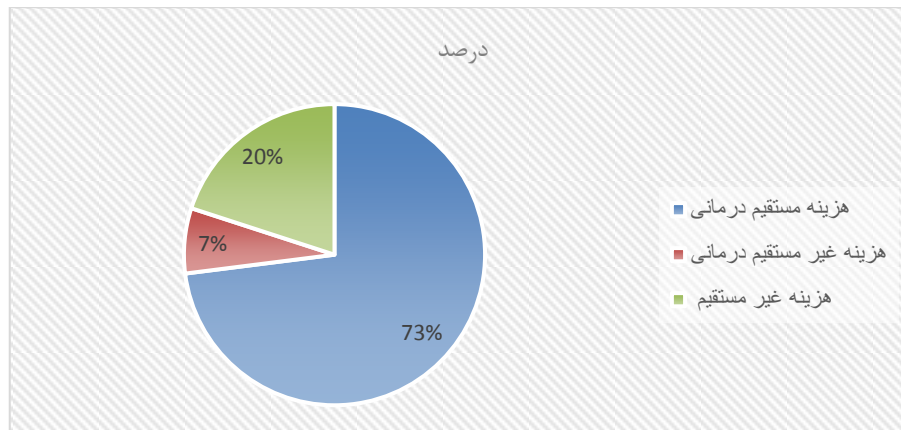
جدول ۵ و نمودار ۱ بیماری عروق قلب در بیماران را در دو سناریو نشان می‌دهد. کل بار اقتصادی ناشی از بیماری عروق قلب ۱۲۹۶۷۹۸۸۹۲۹۸۸۱۶ ریال براساس سناریوی اول و ۱۳۴۹۹۶۶۸۷۸۷۱۹۵۶ ریال براساس سناریوی دوم تخمین زده شد که بخش عمده آن مربوط به هزینه‌های مستقیم درمانی (۰/۷۳ درصد) براساس سناریوی اول و (۰/۷۶ درصد) براساس سناریوی دوم است و هزینه‌های مرگ‌ومیر زودرس (۰/۲۰ درصد) براساس سناریوی اول و ۰/۲۱ درصد براساس سناریوی دوم در رتبه بعدی قرار دارد.

جدول ۵. بار اقتصادی بیماری عروق قلبی در بیماران (برحسب ریال)

هزینه	پرسش‌نامه	درصد	رهنمود و بیمه	درصد
هزینه مستقیم درمانی	۹۸۲۴۱۳۵۲۸۲۳۵۷۴	۷۳	۹۸۲۴۱۳۵۲۸۲۳۵۷۴	۷۶
هزینه مستقیم غیردرمانی	۴۱۱۰۱۸۹۹۵۵۶۶۷	۷	۹۴۲۶۹۸۸۵۳۴۳۰۸	۳

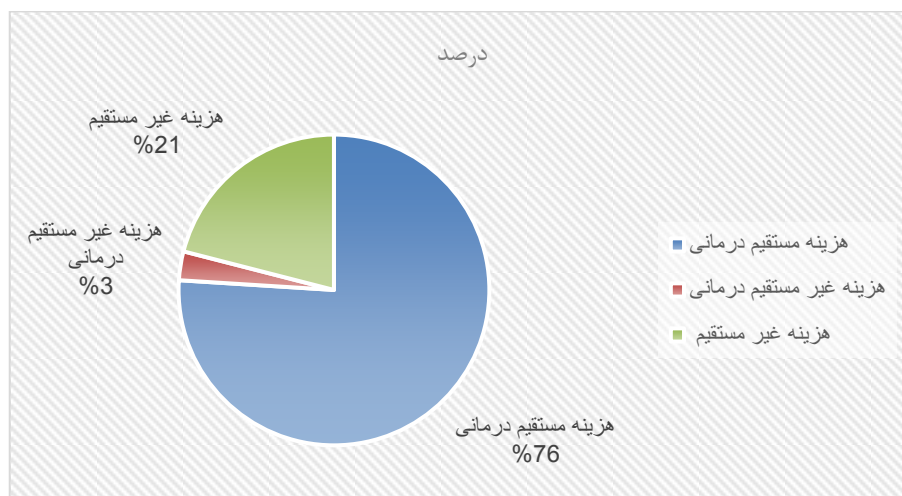
۲۱	۲۷۳۲۸۳۴۶۵۱۴۰۷۴	۲۰	۲۷۳۲۸۳۴۶۵۱۴۰۷۴	هزینه غیر مستقیم
۱۰۰	۱۳۴۹۹۶۶۸۷۸۷۱۹۵۶	۱۰۰	۱۲۹۶۷۹۸۸۹۲۹۸۸۱۶	کل

منبع: یافته‌های تحقیق



نمودار ۱. بار اقتصادی بیماری عروق قلبی در بیماران براساس سناریوی اول (پرسش‌نامه)

منبع: یافته‌های تحقیق



نمودار ۲. بار اقتصادی بیماری عروق قلبی در بیماران براساس سناریوی دوم (رهنمود و بیمه)

منبع: یافته‌های تحقیق

بحث

این مطالعه با هدف برآورد بار اقتصادی بیماری‌های قلبی عروقی در بیمارستان منتخب شهر مشهد (بیمارستان قلب جوادالائمه) انجام شد. به‌منظور محاسبه بار اقتصادی بیماری قلب عروقی از رویکرد مبتنی بر شیوع استفاده شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد بیماری عروق کرونر قلب بار اقتصادی قابل‌توجهی ۱۳۴۹۹۶۶۸۷۸۷۱۹۵۶ ریال به نظام اقتصادی در شهر مشهد تحمیل می‌کند. برآورد بار اقتصادی بیماری با رویکرد سرمایه انسانی قسمت عمده این بار به هزینه‌های غیرمستقیم (ارزش پولی از دست‌رفته به‌علت بیماری و ناتوانی) مربوط است. در زمینه بار اقتصادی بیماری‌های قلبی عروقی مطالعات اندکی در کشور انجام شده است. مقایسه هزینه‌های کلی در بین مطالعات بار اقتصادی که در سایر کشورها انجام شده است، به‌دلیل تفاوت در رویکرد مطالعات، نوع هزینه‌های برآورد شده، الگوهای متفاوت درمان و نظام‌های سلامت متفاوت تا حد زیادی مشکل است، ولی مقایسه هزینه‌های بیماری قلبی عروقی بین کشورها با نظام‌های سلامت گوناگون می‌تواند به شناخت بهتر پیامدهای اقتصادی، سیاسی و برنامه‌های بهداشتی و درمانی گوناگون کمک زیادی کند.

در مطالعه حاضر در بین هزینه‌های پزشکی بخش عمده‌ای از هزینه‌های مستقیم درمانی مربوط به هزینه‌های آنژیوپلاستی است به‌طوری‌که ۴۷ درصد از کل هزینه‌ها را به خود اختصاص می‌دهد و بعد از آنژیوپلاستی هزینه‌های عمل قلب باز با سهم ۲۱ درصدی در رتبه بعدی قرار

گرفت. راغفر، سرگزی، مهربان، اکبرزاده، واعظ مهدوی و وحدتی‌منش (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای که به‌منظور بررسی بار اقتصادی بیماری عروق کرونر قلب انجام دادند به این نتیجه دست یافتند بیشترین بار مستقیم اقتصادی مربوط به هزینه‌های آنژیوپلاستی بوده و هزینه‌های مربوط به اعمال جراحی بار اقتصادی کمتری داشتند. که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد. به‌نظر می‌رسد در این مطالعه انجام اقدامات تشخیصی و درمانی جدید به کاهش اعمال جراحی و هزینه‌های مربوطه منجر شده است. همچنین در بسیاری از مراکز درمانی ایران به‌دلیل نبود امکان آنژیوپلاستی، درصد کمی از بیماران که با انفارکتوس حاد مراجعه می‌کنند، تحت آنژیوپلاستی اولیه قرار می‌گیرند. بنابراین به‌نظر می‌رسد دلیل مغایرت راغفر و همکاران (۱۳۹۴) با مطالعه حاضر، این دو دلیل باشد.

همچنین در مطالعه‌ای در کره جنوبی که توسط چانگ، کیم، نام، لیم، جانگ، کیم و همکاران^۱ (۲۰۱۲) انجام دادند به این نتیجه رسیدند، هزینه‌های مستقیم غیردرمانی کمترین سهم از هزینه‌ها (۱/۳ درصد) را به خود اختصاص داده بود. در مطالعه حاضر نیز کمترین سهم از هزینه‌های بیماری مربوط به هزینه‌های غیردرمانی (۰/۶ درصد) است. به‌نظر می‌رسد زیاد بودن هزینه‌های تکمیلی در کره جنوبی یکی از دلایل مغایرت نتایج باشد. با توجه به اینکه بیماران زیادی برای درمان بیماری قلبی عروقی به شهر مشهد (یکی از قطب‌های گردشگری، مذهبی و پزشکی کشور) مسافرت می‌کنند. چنین گران‌بودن هزینه‌های تهیه بلیت، هزینه‌های رفت‌وآمد (مسافرت) در بین هزینه‌های مستقیم غیرپزشکی بیشترین بار اقتصادی را به خود اختصاص داده است. در مطالعه‌ای در هند توسط موخارجی و کوال^۲ (۲۰۱۴) نشان داد هزینه‌های مستقیم عروق کرونر قلب ۹۴ درصد و هزینه‌های غیرمستقیم آن ۶ درصد از کل بار اقتصادی را به خود اختصاص داده بود. به‌طوری‌که از نتایج سایر مطالعات مشخص است هزینه‌های درمانی عروق کرونر قلب بخش عمده‌ای از بار اقتصادی این بیماری را به خود اختصاص می‌دهد.

افزون بر این، طبق یافته‌های این مطالعه سهم قابل‌توجهی از بار اقتصادی بیماری قلب عروقی به هزینه‌های درمانی (۰/۷۶-۰/۷۳) اختصاص می‌یابد و هزینه‌های مرگ زوددرس (۰/۲۰-۰/۲۱) در رتبه بعدی قرار گرفته است. در مطالعه انجام‌شده در کره جنوبی هزینه‌های درمانی ۵۳/۳ درصد از کل هزینه‌ها را به خود اختصاص داده و هزینه‌های ناتوانی و مرگ‌ومیر با سهم ۳۳/۶ درصدی از کل هزینه‌ها در رتبه بعدی قرار داشت. در مطالعه انجام‌شده در اتحادیه اروپا ۵۱ درصد از کل هزینه‌ها مربوط به هزینه‌های درمانی بوده و تقریباً ۳۴ درصد هزینه‌ها مربوط به زیان ناشی از بهره‌وری از دست رفته بود (لیال، لنگو فرناندز، گرای، پترسون، راینر^۳، ۲۰۱۱). در مطالعه‌ای در هند هزینه‌های

¹ Chang HS, Kim HJ, Nam CM, Lim SJ, Jang YH, Kim S, et al

² Mukherjee K, Koul

³ Leal J, Luengo-Fernández R, Gray A, Petersen S, Rayner M

مستقیم عروق کرونر قلب ۹۴ درصد و هزینه‌های غیرمستقیم آن ۶ درصد از کل بار اقتصادی را به خود اختصاص داده بود. به‌طوری‌که از نتایج سایر مطالعات مشخص است هزینه‌های درمانی عروق کرونر قلب بخش عمده‌ای از بار اقتصادی این بیماری را به خود اختصاص می‌دهد. همچنین در مطالعه‌ای که لیسزکارز^۱ (۲۰۱۸) به‌منظور برآورد هزینه‌های غیرمستقیم و عواقب مالی عمومی نارسایی قلبی در لهستان در سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۵ انجام داد، بیان کرد که اگرچه هزینه‌های مستقیم بیشترین موضوع در تحقیقات اقتصادی درباره بیماری‌های قلبی هستند، با این حال کمتر درباره ضررهای هزینه‌ای غیرمستقیم و بار مالی آن بحث شده است. مطالعه لیسزکارز (۲۰۱۸) لزوم توجه بیشتر به هزینه‌های غیرمستقیم و اهمیت آنها را نشان داد که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد.

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی بود از جمله این که هزینه‌های برآوردی دامنه پایینی از هزینه‌ها را در بر می‌گرفت چرا که در بیمارستان قلب، آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی در صورت نیاز، در اکثر موارد به‌طور همزمان صورت می‌گرفت، این درحالی است که در بسیاری از مراکز درمانی ایران به‌دلیل نبود امکان آنژیوپلاستی، درصد کمی از بیماران که با انفارکتوس حاد مراجعه می‌کنند تحت آنژیوپلاستی اولیه قرار می‌گیرند و تعداد قابل‌توجهی از بیماران به‌دنبال تزریق استرپتوکیناز و پایداری در بخش سیسیو تحت آنژیوگرافی و سپس آنژیوپلاستی انتخابی قرار می‌گیرند، واضح است که بستری بیماران در بخش سیسیو موجب افزایش بیشتر هزینه‌های درمانی می‌شود. به‌دلیل عدم وجود داده‌های معتبر درخصوص برخی از متغیرها مانند بروز بیماری، تعداد بیماران، تعداد مسافرت‌ها محققین مجبور به برآورد آنها براساس مطالعات انجام‌شده، جست‌وجو در پایگاه‌های اینترنتی، مصاحبه با متخصصین قلب و بیماران شدند که این امر ممکن است دقت برآوردها را تا حدودی تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر این در برآورد هزینه‌های غیرمستقیم از رویکرد سرمایه انسانی استفاده شد. گرچه این روش هنوز به‌طور گسترده در مطالعات استفاده می‌شود اما یکی از نقاط ضعف آن این است که ارزش زندگی را در برخی گروه‌ها از قبیل کودکان، زنان و افراد بازنشسته کمتر از مقدار واقعی برآورد می‌کند. محدودیت دیگر این مطالعه این بود که به‌دلیل عدم دسترسی به داده‌های مناسب امکان برآورد برخی هزینه‌ها از قبیل هزینه‌های مربوط به موارد پیگیری بیماری و همچنین برخی از هزینه‌های فرد بیمار و خانواده‌اش از قبیل مراقبت‌های در منزل، درمان‌های غیررسمی و مکمل، هزینه‌های نامحسوس مثل درد و افسردگی وجود نداشت. با وجود این محدودیت‌ها، نتایج مطالعه حاضر از نظر قوت با سایر مطالعات هزینه بیماری برابری می‌کند؛ اولین نقطه قوت این مطالعه دقت در فرآیند و روش جمع‌آوری داده‌ها بود. در این مطالعه برای

¹ Łyszczarz

افزایش دقت و اعتبار نتایج در فرآیند جمع‌آوری داده، پرسش‌نامه‌ها با صورت حساب هزینه‌های بستری و سرپایی مطابقت داده شد. دوم اینکه در این مطالعه انواع هزینه‌های بیماری به تفکیک اجزای آن صورت گرفت.

نتیجه‌گیری

بیماری‌های قلبی عروقی در ایران و جهان رتبه اول را از نظر مرگ‌ومیر به خود اختصاص داده است. بیماری‌های قلبی عروقی گروهی از بیماری‌ها با هزینه‌های بسیار زیاد و بار سنگین اقتصادی به جامعه هستند. این گروه از بیماری‌ها بخش عظیمی از هزینه‌های در حال رشد بخش بهداشت و درمان و نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند. نتایج این مطالعه نیز تأیید می‌کند که بیماری‌های قلبی عروقی هزینه اقتصادی به‌سایر هنگفتی را بر جامعه ایران تحمیل می‌کند. از طرفی بیماری‌های قلبی عروقی از قابل پیشگیری‌ترین بیماری‌های غیرواگیر به‌شمار می‌روند. در مطالعه حاضر هزینه‌های مستقیم بسیار بیشتر از هزینه‌های غیرمستقیم به‌دست آمد که نشان‌دهنده اهمیت به‌سزای این هزینه‌هاست.

بهترین راه مقابله با این بیماری‌ها و در نتیجه کاهش هزینه‌ها، تغییر و اصلاح رفتارهای خطرآفرین است که فرد را در مقابل این بیماری‌ها آسیب‌ناپذیر می‌کند. به‌نظر می‌رسد می‌توان در آینده با سنجش سلامت جامعه، عوامل مؤثر بر آن و توزیع سلامتی برای تهیه شواهد مناسب، سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های مناسبی در نظام سلامت انجام داد. نتایج مطالعه حاضر قابلیت تعمیم‌پذیری در کل جامعه پژوهش (بیماران قلبی عروقی در مشهد) را دارد. برنامه‌ریزان نظام سلامت ایران، در سطح خرد جهت استفاده کارا و اثربخش از منابع موجود با تهیه و به‌کارگیری رهنمودهای درمانی مخصوصاً در مورد شرایط به‌کارگیری آنژیوپلاستی، اکوکاردیوگرافی و فرآیندهای جراحی باید سعی در محدود نمودن هزینه‌های مستقیم درمانی نمایند و با استفاده کارا و اثربخش از منابع و با گسترش برنامه‌های خود مراقبتی و غربالگری می‌توانند هزینه‌ها و تبعات این بیماری را محدود نمایند. همچنین مطالعات بیشتری برای یافتن راه‌هایی برای کاهش اثرات اقتصادی بیماری در ایران مورد نیاز است.

منابع

۱. ابراهیمی، فرزانه؛ آقاملایی، تیمور؛ عابدینی، صدیقه و رفعتی، شیده (۱۳۹۶). "تأثیر مداخله آموزشی با استفاده از تلفن همراه بر سبک زندگی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی بندرعباس"، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، دوره ۵، شماره ۲، صص ۸۹-۸۱.
۲. جوادی، مرضیه؛ عسگری، هدایت اله؛ یعقوبی، مریم و نوازی، حسین (۱۳۸۹). "خودارزیابی نظام مراقبت بیماری‌های غیرواگیر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان براساس مدل پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت"، فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۸، شماره ۳، صص ۴۷-۶۰.
۳. حیدرپور، فاطمه؛ اکبری ساری، علی؛ محبعلی، مهدی و بکایی، سعید (۱۳۹۶). "برآورد با اقتصادی لیشمانیوزهای پوستی و احشایی در ایران در سال ۱۳۹۲"، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۱۳، شماره ۱، صص ۱-۱۳.
۴. خواجه سروری، غلامرضا و طباحی ممقانی، جواد (۱۳۹۲). "جهانی شدن سبک زندگی و تقاضای دگرگونی سیاسی"، مطالعات راهبردی جهانی شدن. دوره ۴، شماره ۱.
۵. راغفر، حسین؛ سرگزی، نسرین؛ مهربان، ستار؛ اکبرزاده، محمد علی؛ واعظ مهدوی، محمدرضا و وحدتی منش، زهرا (۱۳۹۷). "بار اقتصادی بیماری عروق کرونر قلب در ایران: با رویکرد پایین به بالا در سال ۱۳۹۴"، مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره ۱۸، شماره ۳، صص ۳۵۶-۳۴۱.
۶. رشیدی، ساناز و بهرامی، مسعود (۱۳۹۴). "عوامل مرتبط با سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در سالمندان بستری در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان"، مجله پرستاری و مامایی، دوره ۱۳، شماره ۲، صص ۹۸-۹۰.
۷. سعیدیان، معصومه؛ سپهری، محمد مهدی؛ آقاجانی، حسن و خطیبی، توکتم (۱۳۹۴). "انتخاب هزینه‌های تمایزگذار بین دو روش درمانی آنژیوپلاستی اولیه و ترومبولیتیک درمانی با رویکرد پیوند الگوریتم ژنتیک و درخت تصمیم"، نشریه‌ی بیمارستان، دوره ۱۴، شماره ۳، صص ۲۱-۹.
۸. شفیعی تبار، مهدیه؛ خداپناهی، محمدکریم و حیدری، محمود (۱۳۹۲). "اثربخشی مداخله آموزشی روانشناختی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه"، روانشناسی تحولی، دوره ۹، شماره ۳۶، صص ۳۶۱-۳۵۱.

۹. عباسزاده، محمد؛ علیزاده اقدم، محمدباقر؛ بدری گرگری، رحیم و ودادهیر، ابوعلی (۱۳۹۱). "بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سبک زندگی خودمراقبتی شهروندان"، مطالعات توسعه اجتماعی - فرهنگی، دوره ۱، شماره ۱، صص ۱۴۱-۱۱۹.
۱۰. علیزاده، اقدم، محمدباقر (۱۳۹۱). "تحلیل جامعه شناختی سبک غذایی شهروندان تبریزی"، رفاه اجتماعی، دوره ۱۲، شماره ۴۴، صص ۳۱۸-۲۸۵.
۱۱. قاسمی، وحید؛ ربانی خوراسگانی، رسول؛ ربانی خوراسگانی، علی و علیزاده اقدم، محمدباقر (۱۳۸۷). "تعیین کننده‌های ساختاری و سرمایه‌ای سبک زندگی سلامت‌محور"، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی (دانشگاه خوارزمی)، دوره ۱۶، شماره ۶۳، صص ۲۱۳-۱۸۱.
۱۲. کریمی، سعید؛ جوادی، مرضیه و جعفرزاده، فاطمه (۱۳۹۰). "بار اقتصادی و هزینه‌های سلامت ناشی از بیماری‌های مزمن در ایران و جهان"، ویژه نامه‌ی اقتصاد سلامت، دوره ۸، شماره ۷، صص ۹۹۶ - ۹۸۴.
۱۳. گیبینز، جان و ریمر، بو (۱۳۹۱). سیاست پست مدرنیته. تهران: نشر گام نو.
۱۴. گیدنز، آنتونی (۱۳۸۵). جامعه شناسی، مترجم، منوچهر صبوری کاشانی، تهران: نشر نی.
۱۵. محسنی پویا، حسین؛ نقیبی، سیدابوالحسن و محمدی، طاهره (۱۳۹۶). "بررسی میزان خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی بابل در سال ۱۳۹۵"، فصلنامه پرستاری دیابت، دوره ۶، شماره ۱، صص ۳۹۷-۳۸۶.
۱۶. محمدی زیدی، عیسی؛ حیدرنیا، علیرضا و حاجی‌زاده، ابراهیم (۱۳۸۴). "بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی"، دانشور پزشکی، دوره ۱۳، شماره ۶۱، صص ۵۶-۴۹.

17. Chang, Hoo-Sun., Kim, Han-Joong., Nam, Ching-Mo., Lim, Seung-Ji., Jang, Young-Hwa, Kim, Sara., Kang, Hyo-Young. (2012). The socioeconomic burden of coronary heart disease in Korea. J Prev Med Public Health;45(5):291.
18. Chen, Jinghan., Raftery, John., Wills, David. (1994). A discussion paper presented at CIB working commission W-55 Building Economics 21st annual meeting, Hong Kong, Joint Ventures in china; Vol.
19. Cockerham, William. C. (2007). Social Causes of health and disease. polity press.

20. DeVol, Ross., Bedroussian, Armen., Charuworn, Anita., Chatterjee, Anusuya., Kim, In Kyu., Kim, Soojung., Klownden, Kevin. (2007). An Unhealthy America: The Economic Burden of Chronic Disease -- Charting a New Course to Save Lives and Increase Productivity and Economic Growth [Online]; Available from: URL:
21. Evans, David. B., Tandon, Ajay., Murray, Christopher J., L. (2001). Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis. *BMJ*;323(7308):307-10. PMID: 11498486
22. Gagne, Thierry., Frohlich, Katherine L., Abel, Thomas. (2015). Cultural Capital and Smoking in Young Adults: Applying New Indicators to Explore Social Inequalities in Health Behaviour. *European Journal of Public Health*, 25(5): 818–823.
23. Kamin, Tanja., Kolar, Ana., Steiner, Peter. (2013). The Role of Cultural Capital in Producing Good Health: A Propensity Score Study. *Slovenian Journal of Public Health*, Vol. 52, Issue 2: 108–118.
24. Kamphuis, Carlijn., Jansen, Tessa., Mackenbach, Johan., Van Lenthe, Frank. (2015). Bourdieu's Cultural Capital in Relation to Food Choices: A Systematic Review of Cultural Capital Indicators and an Empirical Proof of Concept. *PLOS ONE*, 10(8): 1-19.
25. Lakić. Dragana., Tasić, Ljiljana., Kos, Mitja. (2014). Economic burden of cardiovascular diseases in Serbia. *Vojnosanit Pregl*;71(2):137-43.
26. Leal, Jose., Luengo-Fernández, Ramon., Gray, Alastair., Petersen, Sophie., Rayner, Mike. (2011). Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *Eur heart J*;27(13):1610-9.
27. Link, Bruce G., Phelan., Jo C. (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol.35, pp: 80-94.
28. Łyszczarz, Blazej. (2018). Indirect costs and public finance consequences of heart failure in Poland, 2012–2015, *BMC Public Health*, 18:1130
29. Mukherjee, Kanchan., Chauhan, Akashdeep Singh. (2014). Economic burden of coronary heart disease on households in Jammu, India. *Health*; 2: 29-36.
30. World Health Organization (2014). World Health Statistics. WHO global report. Geneva: World Health Organization.
31. World Health Organization (2015). World Health Statistics. WHO global report. Geneva: World Health Organization.

32. World Health Organization. (2005). Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. Geneva: World Health Organization.
33. World Health Organization. (2016). Global status report on non-communicable diseases. Geneva: World Health Organization; Link 2.