Review

The Economic Burden of Mental Disorders in Iran: A Scoping Review

Marziyeh Ghahramani[1], Shahin Nargesi[2], Narges Saeidi[3], Saeed Bagheri Faradonbeh[4]*

[1.] MSc in Mental Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Tehran Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
[2.] Assistant Professor, Department of Health Economics, School of Public Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.
[3.] MSc in Mental Health, Health Promotion Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
[4.] Health Promotion Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*.Corresponding Author: Saeed Bagheri Faradonbeh. E-mail: s.bagheri88@yahoo.com

(Received 4 June 2025 Accepted 19 December 2025)

Abstract

The increasing rate of mental disorders requires attention to various aspects of this issue and the economic burden that mental disorders impose on society and individuals.

This study is a scoping review that was conducted by examining databases. The following keywords, including economic burden, cost of illness, expenditure, cost, financial, mental, Iran, mental disorder, psychiatric disorders, behavior disorders, psychiatric diagnosis, and their Persian equivalents, will be searched across Web of Science Core Collection, PubMed, ISC, and Google Scholar.

450 records were found after applying the search strategy. Finally, 12 articles met the inclusion criteria and were included in the review. There were apparent differences in the costing methods and the cost identification. Patients with severe mental disorders visit a doctor more than four times a year and the highest costs in the health care system are related to Primary Screening Centres and hospitals. Additionally, more than half of the population with mental disorders are from low economic backgrounds.

This study shows that anxiety and depressive disorders incur various costs; therefore, targeted and cost-effective interventions are essential. The fact that health insurance is generally expensive, along with high direct and indirect costs, shows that people and the healthcare system continue to carry the burden.

Keywords:Economic Burden, Iran, Mental Disorders, Scoping Review.

ClinExc 2025;15(16-28) (Persian).

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

بار اقتصادی اختلالات روانی در ایران: یک مرور دامنه‌ای

مرضیه قهرمانی[۱]، شهین نرگسی[۲]، نرگس سعیدی[۳]، سعید باقری فرادنبه[۴*]

چکیده

افزایش شیوع اختلالات روانی نیازمند توجه به جنبه‌های مختلف این موضوع و بار اقتصادی‌ای است که این اختلالات بر جامعه و فرد تحمیل می‌کنند. این مطالعه نوعی مرور دامنه‌ای است که از طریق جست‌وجو در پایگاه‌های دادهٔ مختلف انجام شده است. کلیدواژه‌های بار اقتصادی، هزینهٔ بیماری، هزینه‌ها، هزینه، مالی، روانی، ایران، اختلالات روانی، اختلالات روان‌پزشکی، اختلالات رفتاری، تشخیص روان‌پزشکی و معادل‌های فارسی آن‌ها در پایگاه‌های Web of Science Core Collection، PubMed، ISC و Google Scholar جست‌وجو شده است. بعد از اعمال استراتژی جست‌وجو، ۴۵۰ رکورد شناسایی شد که در نهایت، دوازده مقاله به معیارهای ورود به مطالعه پاسخ دادند و وارد مرور شدند. تفاوت‌های قابل توجهی در روش‌های محاسبهٔ هزینه و شناسایی هزینه‌ها مشاهده شد. بیماران مبتلابه اختلالات شدید روانی بیش از چهار بار در سال به پزشک مراجعه می‌کنند و بیشترین هزینه‌ها در سیستم بهداشت و درمان مربوط به مراکز غربالگری اولیه و بیمارستان‌ها هستند. همچنین، بیش از نیمی از جمعیت مبتلابه اختلالات روانی در وضعیت اقتصادی بد قرار دارند. این مطالعه نشان می‌دهد که اختلالات اضطرابی و افسردگی هزینه‌های متنوعی را تحمیل می‌کنند. بنابراین، مداخلات هدفمند و با هزینهٔ مؤثر، بسیار ضروری‌اند. واقعیت این است که هزینه‌های زیاد بیمهٔ سلامت، همراه با هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم، نشان می‌دهد که مردم و سیستم بهداشت و درمان همچنان بار این هزینه‌ها را بر دوش می‌کشند.

واژه‌های کلیدی: بار اقتصادی، اختلالات روانی، ایران، مرور دامنه‌ای.

۱. کارشناسی ارشد سلامت روان، دانشکدهٔ علوم رفتاری و سلامت روان، مؤسسهٔ روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. استادیار، گروه اقتصاد سلامت، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۳. کارشناسی ارشد سلامت روان، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
*نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات رتقای سلامت Email: s.bagheri88@yahoo.com
تاریخ دریافت:۱۴۰۴/۰۳/۱۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۴/۰۶/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۲۸

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

مقدمه

اختلالات روانی یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشت عمومی در سطح جهانی به شمار می‌روند. این اختلالات شامل طیف گسترده‌ای از شرایط هستند که به‌طور قابل توجهی در فرایندهای شناختی، رفتاری، ادراکی، عاطفی و تعاملات اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارند (۳-۱). براساس برآوردهای جهانی بار بیماری‌ها، اختلالات روانی مسئول حدود ۳۲/۴ درصد از سال‌های زندگی با ناتوانی[1] و ۱۳ درصد از کل سال‌های زندگی تعدیل‌شده با ناتوانی[2] هستند (۴). این آمار نشان‌دهندهٔ بار سنگین این اختلالات بر افراد، خانواده‌ها، نظام‌های بهداشتی و اقتصاد جوامع است.

در دهه‌های اخیر، رویکرد مراقبت از افراد مبتلا به اختلالات روانی از مدل نهادی و بیمارستان‌محور به‌سمت مراقبت‌های مبتنی‌بر جامعه و خانواده، تغییر جهت داده است (۵). در این مدل، مراقبان خانوادگی، که اغلب بدون دریافت دستمزد یا حمایت رسمی کافی هستند، مسئولیت اصلی مراقبت روزانه، مدیریت درمان و مقابله با بحران‌ها را بر عهده می‌گیرند. این تغییر، ضمن برخورداری از مزایایی مانند ادغام بهتر بیماران در جامعه، بارهای مالی، عاطفی و جسمی قابل توجهی بر مراقبان تحمیل می‌کند.

از دیدگاه اقتصادی، اختلالات روانی یکی از پرهزینه‌ترین گروه‌های بیماری‌ها محسوب می‌شوند. برآوردها نشان می‌دهد که این اختلالات سالانه بیش از یک تریلیون دلار هزینه به اقتصاد جهانی وارد می‌کنند (۶). این هزینه‌ها شامل هزینه‌های مستقیم (مانند درمان پزشکی، دارو، بستری و خدمات مشاوره‌ای) و هزینه‌های غیرمستقیم (مانند کاهش بهره‌وری، غیبت از کار، ناتوانی زودرس و ازدست‌دادن درآمد) هستند (۷). مطالعات همچنین حاکی از آن است که افراد مبتلا به اختلالات روانی اغلب با چالش‌های اشتغال، درآمد کمتر و سطح تحصیلات پایین‌تر مواجه‌اند که این عوامل چرخه‌ای از فقر و ناتوانی را تقویت می‌کند.

در ایران نیز مطالعات پراکنده نشان‌دهندهٔ افزایش مداوم هزینه‌های مرتبط با اختلالات روانی هستند. بیماران مبتلا به انواع شدید این اختلالات، اغلب به خدمات پزشکی (بیش از چهار بار در سال) مراجعات مکرر دارند که بار مالی سنگینی بر خانواده‌ها و نظام سلامت تحمیل می‌کند (۱۰-۸). علاوه‌بر این، مراقبت از این بیماران در جنبه‌های مختلف زندگی مراقبان خانوادگی تأثیر عمیقی دارد، ازجمله کاهش کیفیت زندگی، فشارهای اقتصادی مداوم، انزوای اجتماعی و مشکلات سلامت روانی ثانویه در خود مراقبان (۱۲، ۱۱).

در حوزهٔ اقتصاد سلامت، مطالعات هزینهٔ بیماری[3] ابزار اصلی برای کمی‌سازی بار اقتصادی بیماری‌ها هستند (۱۷-۱۳). این مطالعات نه‌تنها هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم را محاسبه می‌کنند، بلکه گاهی هزینه‌های نامشهود (مانند رنج عاطفی و کاهش کیفیت زندگی) را نیز مدنظر قرار می‌دهند. باوجود حجم قابل توجه تحقیقات بین‌المللی در این زمینه، نتایج اغلب به‌دلیل تفاوت‌های زمینه‌ای (مانند ساختار نظام سلامت، سطح توسعهٔ اقتصادی و الگوهای فرهنگی مراقبت) تنوع زیادی دارند (۱۸). این تنوع ضرورت انجام مرورهای جامع و زمینه‌محور را در سطح ملی برجسته می‌کند.

در ایران، باوجود اهمیت موضوع، تاکنون مرور جامعی که دامنهٔ کامل مطالعات هزینهٔ بیماری اختلالات روانی را نقشه‌برداری کند، انجام نشده است. مطالعات موجود اغلب به اختلالات خاص، پراکنده و فاقد تحلیل مقایسه‌ای گسترده محدودند. بنابراین، نیاز به مروری روش‌مند احساس می‌شود که بتواند دانش موجود را به‌طور سیستماتیک نقشه‌برداری کند، الگوهای هزینه‌ای را شناسایی و شکاف‌های پژوهشی را برای هدایت تحقیقات آینده مشخص کند.

هدف این مطالعه نوعی مرور دامنه‌ای[4] است که با هدف نقشه‌برداری از دامنه و ماهیت مطالعات هزینهٔ بیماری

[1]. Years Lived with Disability (YLDs)
[2]. Disability-Adjusted Life Years (DALYs)
[3]. Cost-of-Illness Studies
[4]. Scoping Review

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

مرتبط با اختلالات روانی در ایران انجام شده است.

روش کار

این مطالعه نوعی مرور دامنه‌ای است که با هدف نقشه‌برداری از دامنه، ماهیت و گسترهٔ مطالعات هزینهٔ بیماری[5] مرتبط با اختلالات روانی در ایران انجام شده است. مطالعه براساس چهارچوب روش‌شناختی پنج‌مرحله‌ای Arksey (۱۹) و O'Malley (2005)، همراه با توصیه‌های تکمیلی Levac et al. (۲۰) (2010) و راهنمای مؤسسهٔ Joanna Briggs Institute (JBI) (۲۱) طراحی و اجرا شد. گزارش‌دهی مطابق چک‌لیست[6] PRISMA-ScR (۲۲) انجام شده است. پروتکل مطالعه پیش از اجرا به‌طور رسمی ثبت نشد، اما تمام مراحل به‌صورت شفاف و قابل تکرار گزارش شدند.

پرسش پژوهش

پرسش اصلی پژوهش براساس چهارچوب[7] PCC تعریف شد:

Population (جمعیت): افراد مبتلابه اختلالات روانی (هر نوع و شدت) یا مراقبان خانوادگی آن‌ها؛

Concept (مفهوم): بار اقتصادی اختلالات روانی، شامل هزینه‌های مستقیم (پزشکی و غیرپزشکی) و غیرمستقیم (مانند ازدست‌دادن درآمد یا بهره‌وری) و نامشهود؛

Context (زمینه) : مطالعات انجام‌شده در ایران.

پرسش اصلی پژوهش: دامنه، ماهیت و توزیع هزینه‌های اقتصادی گزارش‌شده در مطالعات هزینهٔ بیماری اختلالات روانی در ایران چیست؟

اهداف فرعی شامل شناسایی انواع اختلالات روانی مورد بررسی، روش‌های محاسبهٔ هزینه، دسته‌بندی انواع هزینه‌ها، الگوهای مشترک و شکاف‌های دانش موجود بود.

معیارهای ورود[8]:

- مقالات به زبان فارسی یا انگلیسی؛
- مقالات منتشرشده از سال ۲۰۰۰ میلادی به بعد؛
- مطالعات مرتبط با بار اقتصادی یا هزینهٔ بیماری[9] اختلالات روانی؛
- مطالعات انجام‌شده در ایران یا مبتنی‌بر داده‌های ایرانی؛
- مقالات علمی منتشرشده در مجلات نمایه‌شده، پایان‌نامه‌ها و گزارش‌های معتبر؛
- مواردی که دسترسی به متن کامل وجود داشت.

معیارهای خروج[10]:

- مقالات به زبان‌های دیگر؛
- مقالات منتشرشده قبل از سال ۲۰۰۰؛
- مطالعات فاقد داده‌های هزینه‌ای یا غیرمرتبط با بار اقتصادی؛
- مطالعات انجام‌شده در خارج از ایران؛
- نامه به سردبیر، سرمقاله، چکیدهٔ کنفرانس بدون متن کامل یا کتاب؛
- مواردی که به متن کامل دسترسی نداشتند.

منابع اطلاعاتی و استراتژی جست‌وجو:

جست‌وجو در تاریخ ۱۵ دسامبر ۲۰۲۴ انجام شد. پایگاه‌های دادهٔ زیر جست‌وجو شدند:

- پایگاه‌های بین‌المللی: PubMed، Scopus، Web of Science و Google Scholar (محدود به دویست نتیجهٔ اول)؛
- پایگاه‌های داخلی و فارسی: SID (Scientific Information Database) و ISC.

استراتژی جست‌وجو شامل ترکیب کلیدواژه‌های انگلیسی و فارسی با عملگرهای بولی and و or بود. رشتهٔ جست‌وجو در PubMed:

("mental disorders"[MeSH Terms] or

5. Cost-of-Illness Studies
6. PRISMA Extension for Scoping Reviews
7. Population–Concept–Context

8. Inclusion Criteria
9. Cost-of-Illness
10. Exclusion Criteria

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

"psychiatric disorders" or "mental illness" or depression or anxiety or schizophrenia or bipolar) and ("cost of illness" [MeSH Terms] or "economic burden" or "financial burden" or "direct costs" or "indirect costs") and (Iran or "Islamic Republic of Iran")

معادل فارسی کلیدواژه‌ها نیز در پایگاه‌های داخلی استفاده شد (مانند «اختلالات روانی» or «بیماری‌های روانی» and «بار اقتصادی» or «هزینه بیماری»). جست‌وجو بدون محدودیت زمانی اولیه انجام شد و منابع خاکستری (پایان‌نامه‌ها و گزارش‌ها) نیز پوشش داده شد. همچنین، فهرست منابع مطالعات واردشده برای شناسایی مطالعات اضافی بررسی شد.

فرایند انتخاب مطالعات

غربالگری را دو ارزیاب مستقل انجام دادند. ابتدا عنوان و چکیدهٔ مقالات بررسی شد و سپس متن کامل مقالات بالقوه واجد شرایط ارزیابی شد. اختلاف‌نظرها از طریق بحث یا مشورت با ارزیاب سوم حل شد. فرایند انتخاب مطالعات در نمودار جریان (PRISMA-ScR) (شکل شماره ۱) نشان داده شده است.

یافته‌ها

جست‌وجو در پایگاه‌های دادهٔ PubMed، Web of Science Core Collection، ISC، SID و Google Scholar انجام و در مجموع ۴۵۰ رکورد شناسایی شد. پس از حذف ۱۲۸ رکورد تکراری، ۳۲۲ رکورد برای غربالگری عنوان و چکیده باقی ماند. از این تعداد، ۷۸ مقاله برای بررسی متن کامل انتخاب شدند. در نهایت، پس از اعمال معیارهای ورود و خروج، ۱۲ مطالعه در مرور نهایی وارد شدند. دلایل اصلی حذف در مرحلهٔ متن کامل شامل عدم تمرکز بر داده‌های هزینه‌ای (۳۲ مورد)، انجام مطالعه خارج از ایران (۱۸ مورد) و دسترسی‌نداشتن به متن کامل یا داده‌های کافی (۱۶ مورد) بود. فرایند کامل غربالگری در نمودار جریان PRISMA (شکل شماره ۱) نشان داده شده است (۲۳-۳۴).

از ۱۲ مطالعهٔ واردشده، اکثر مطالعات (۸ مطالعه) مقطعی بودند، ۳ مطالعه توصیفی ـ تحلیلی و ۱ مطالعه مبتنی‌بر داده‌های ثانویه (پایگاه‌های رسمی) بود. مطالعات بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴ منتشر شده بودند. اختلالات روانی مورد بررسی عمدتاً شامل افسردگی (در ۵ مطالعه)، اضطراب (در ۴ مطالعه)، اسکیزوفرنی (در ۳ مطالعه)، اختلال دوقطبی (در ۲ مطالعه)، سوءمصرف مواد (در ۲ مطالعه) و دیگر اختلالات شدید روانی (در ۳ مطالعه) بودند (برخی مطالعات بیش از یک اختلال را پوشش دادند). اندازهٔ نمونه در مطالعات از ۱۰۰ تا بیش از ۱۰،۰۰۰ نفر متغیر بود و برخی مطالعات از داده‌های سراسری یا استانی استفاده کردند (جدول شماره ۱).

هزینه‌های مستقیم پزشکی

بیماران مبتلابه اختلالات روانی شدید بیش از چهار بار در طول سال به پزشک مراجعه می‌کنند (۲۹). این تمایل زیاد به مراجعه به پزشک نشان‌دهندهٔ شدت وضعیت بیماری است. افرادی که اختلالات روانی شدیدتری دارند، در مقایسه با افراد با شرایط خفیف‌تر و متوسط، درآمد ماهانهٔ کمتری دارند (۲۹). این بدان معناست که اختلالات شدید تأثیر منفی در درآمد دارد. کسانی که اختلالات روانی شدیدتری دارند، میزان بی‌سوادیشان بیشتر است (۲۹).

درحالی‌که هزینه‌های درمان اضطراب، افسردگی، اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی متفاوت است، مشخص شده است که بیشترین هزینه‌ها از اضطراب و افسردگی ناشی می‌شود (۲۷)، به این دلیل که هریک از این اختلالات به درمان‌های متفاوتی نیاز دارند. هزینهٔ بستری‌شدن برای افرادی که دچار سوءمصرف مواد هستند، در مقایسه با کسانی که دچار هذیان‌گویی هستند، بیشتر است (۳۰). این تفاوت زیاد ممکن است بازتابی از شدت بیشتر مراقبت برای معتادان باشد.

هزینه‌های غیرپزشکی مستقیم

افرادی که از اختلالات روانی شدید تا متوسط رنج می‌برند، درخصوص مراقبت‌های پرستاری و نگهداری

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

هزینه‌های بیشتری دارند، درحالی‌که افرادی که اختلالات کمتری دارند، هزینهٔ کمتری برای این خدمات پرداخت می‌کنند (۲۵، ۲۴). با افزایش شدت اختلال، سطح مراقبت مورد نیاز نیز افزایش می‌یابد. بیماران مبتلابه اختلالات شدید و متوسط، بهره‌وری کمتری دارند که به‌طور قابل توجهی هزینه‌های غیرمستقیم را افزایش می‌دهد، درحالی‌که افراد با اختلالات خفیف این‌گونه نیستند (۲۵-۲۳). این کاهش بهره‌وری، بار اقتصادی اختلالات روانی شدیدتر را تأکید می‌کند.

بیشترین هزینه‌ها در سیستم بهداشت و درمان به مراکز غربالگری اولیه و بیمارستان‌ها مربوط می‌شود (۲۶). این هزینه‌ها همچنین شامل هزینه‌های کارکنان و تجهیزات است. بیشتر بیماران مبتلابه اختلالات روانی تحت پوشش بیمهٔ سلامت قرار دارند، اما هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم همچنان زیاد باقی می‌ماند (۳۴). درحالی‌که بیمه می‌تواند بخشی از برخی هزینه‌ها را پوشش دهد، هزینه‌های قابل توجهی همچنان باقی می‌ماند.

هزینه‌های غیرمستقیم

بیش از نیمی از جمعیت مبتلابه اختلالات روانی در وضعیت اقتصادی نامساعد قرار دارند (۳۲، ۲۵، ۲۳). این وضعیت در کیفیت زندگی و هزینه‌های تغذیهٔ آن‌ها تأثیر می‌گذارد. گروه‌های اقتصادی پایین‌تر درصد زیادی از درآمد خود را برای خرید غذا صرف می‌کنند. این نشان‌دهندهٔ سطح استرسی است که مردم فقط برای رعایت استانداردهای ابتدایی زندگی با آن روبه‌رو هستند (۲۸). درصد زیادی از افرادی که مبتلابه اختلالات روانی تشخیص داده شده‌اند، بیکارند، بیشتر آن‌ها یا فقیرند، یا از گروه‌های با درآمد متوسط‌اند. وضعیت اقتصادی آن‌ها، همان‌طور که گفته شد، به‌طور نزدیکی با اختلالات روانی ارتباط دارد (۳۲).

افرادی که برای اختلالات روانی کمک می‌خواهند، بخش قابل توجهی از جمعیت را تشکیل می‌دهند و هزینه‌های زیاد خدمات و مداخلات، چالش عمده‌ای بوده است (۳۱). بنابراین، این نشان می‌دهد که نیاز به ارتقای دسترسی و مقرون‌به‌صرفه‌بودن خدمات بهداشت روان وجود دارد. به عبارت دیگر، وضعیت نامطلوب تحصیلی با اختلالات روانی شدید ارتباط دارد. هزینه‌های درمان برای افرادی که از اختلالات شدید رنج می‌برند، بیشتر از هزینه‌های درمان مشاوره و تشخیص برای افرادی است که از اختلالات خفیف رنج می‌برند. این تفاوت نمایانگر نیاز به درمان‌های پیچیده‌تر برای افراد با اختلالات عمده است (۳۳).

بحث

یافته‌های این مرور دامنه‌ای بر بار اقتصادی اختلالات روانی در ایران، ابعاد چندگانه و پیچیده‌ای را آشکار می‌کند که فراتر از هزینه‌های مستقیم درمانی است و در عوامل اجتماعی ـ اقتصادی ریشه دارد. با افزایش شدت اختلالات روانی، مراجعات پزشکی مکرر (اغلب بیش از چهار بار در سال) مشاهده می‌شود که هزینه‌های مستقیم پزشکی را به‌طور قابل توجهی افزایش می‌دهد (۲۹). هم‌زمان، این شدت بالاتر با کاهش درآمد، بهره‌وری کمتر و نرخ بیکاری بیشتر همراه است که هزینه‌های غیرمستقیم را غالب می‌کند (۲۵-۲۳). این الگو نه‌تنها بار مالی فردی و خانوادگی را سنگین‌تر می‌کند، بلکه چرخه‌ای معیوب ایجاد می‌کند که در آن اختلال روانی منجر به فقر می‌شود و فقر خود به تشدید علائم روانی کمک می‌کند (۳۵).

شکاف‌های اجتماعی ـ اقتصادی در تشدید این بار نقش کلیدی ایفا می‌کنند. مطالعات واردشده نشان دادند که افراد در طبقات اقتصادی پایین‌تر، بخش بیشتری از درآمد محدود خود را صرف هزینه‌های غیرپزشکی مستقیم (مانند مراقبت پرستاری، نگهداری و حمل‌ونقل) و حتی هزینه‌های اولیهٔ زندگی مانند تغذیه می‌کنند (۳۷، ۳۶، ۲۳). این وضعیت به‌ویژه در خانواده‌های دارای بیماران متوسط تا شدید، برجسته است و نشان‌دهندهٔ ناکافی‌بودن حمایت‌های اجتماعی و پوشش بیمه‌ای فعلی است که عمدتاً هزینه‌های پزشکی

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

را پوشش می‌دهد، اما هزینه‌های غیرمستقیم و غیرپزشکی را نادیده می‌گیرد (۸).

در مقایسه با ادبیات جهانی، یافته‌های این مرور شباهت‌هایی دارد. برای مثال، هزینه‌های زیاد مرتبط با اختلالات روانی و تأثیر آن در بهره‌وری اقتصادی در تحقیقات بین‌المللی نیز تأیید شده است (۳۸، ۷، ۶). بااین‌حال، تفاوت‌های زمینه‌ای قابل توجه است. در ایران، اختلالات اضطرابی و افسردگی، به‌دلیل شیوع بالاتر، بار اقتصادی کلی بیشتری در مقایسه با اختلالات شدید ایجاد می‌کنند (۲۷)، درحالی‌که مطالعات جهانی اغلب بر هزینهٔ سرانهٔ بالای اختلالات شدید مانند اسکیزوفرنی تمرکز دارند. این تفاوت اپیدمیولوژیک، ضرورت اولویت‌بندی مداخلات پیشگیرانه و غربالگری زودرس در سطح جامعه را در ایران برجسته می‌کند؛ زیرا چنین رویکردی می‌تواند بازدهی هزینه‌ای بیشتری داشته باشد (۳۸).

ارتباط مشاهده‌شده بین شدت اختلال و سطح تحصیلات کمتر (۳۹، ۲۹) با یافته‌های قبلی هم‌خوانی دارد که نرخ بالاتر بی‌سوادی یا تحصیلات ناتمام را در افراد مبتلا به اختلالات شدید گزارش کرده‌اند (۴۰، ۹). همچنین، هزینهٔ بیشتر درمان در اختلالات شدید (۴۱، ۳۰) منطقی است؛ زیرا این موارد نیازمند مراقبت‌های طولانی‌تر، پیچیده‌تر و اغلب بستری هستند که تحقیقات اخیر نیز آن را تأیید کرده‌اند (۴۲). هزینه‌های پرستاری و مراقبت خانوادگی در اختلالات متوسط تا شدید (۲۵، ۲۴) همراه با کاهش بهره‌وری (۳۵)، بار مالی سنگینی بر خانواده‌ها وارد می‌کند که با مطالعات گسترده‌تر دربارهٔ تأثیر اقتصادی اختلالات روانی در عملکرد شغلی سازگار است (۴۳).

شکاف‌های دانش در مطالعات موجود شامل کمبود تحقیقات طولی برای بررسی تغییرات هزینه در طول زمان، تمرکز محدود بر مناطق شهری و نبود تحلیل جامع هزینه‌های نامشهود (مانند استیگما یا بار عاطفی بر مراقبان) است. این شکاف‌ها پیشنهاد می‌کنند که تحقیقات آینده بر مطالعات چندمرکزی، استفاده از روش‌های استاندارد محاسبهٔ هزینه و بررسی اثربخشی مداخلات مبتنی‌بر جامعه تمرکز کنند.

از منظر سیاست‌گذاری، این یافته‌ها بر ضرورت مداخلات هدفمند و مقرون‌به‌صرفه، به‌ویژه برای اختلالات پرشیوع مانند اضطراب و افسردگی، تأکید دارند. گسترش پوشش بیمه‌ای به هزینه‌های غیرمستقیم، حمایت مالی از مراقبان خانوادگی و سرمایه‌گذاری در برنامه‌های پیشگیری می‌تواند بار اقتصادی را کاهش دهد و دسترسی به خدمات را بهبود بخشد.

نتیجه‌گیری

این مرور دامنه‌ای به‌عنوان نخستین تلاش جامع برای نقشه‌برداری از دامنهٔ دانش موجود، بار اقتصادی چندبعدی اختلالات روانی در ایران را برجسته کرد. یافته‌ها نشان می‌دهند که شدت بالاتر اختلال روانی با افزایش قابل توجه هزینه‌های مستقیم (مانند مراجعات مکرر پزشکی و درمان‌های پیچیده‌تر) و غیرمستقیم (مانند کاهش درآمد، بهره‌وری کمتر و بیکاری) همراه است. این بار به‌ویژه در اختلالات شدید برجسته‌تر است، اما اختلالات شایع‌تر مانند اضطراب و افسردگی، به‌دلیل شیوع زیاد، هزینه‌های کلی گسترده‌تر و متنوع‌تری ایجاد می‌کنند که اغلب از ترکیب مراقبت‌های سرپایی مکرر و تأثیرات بلندمدت در کیفیت زندگی ناشی می‌شود.

شکاف‌های اجتماعی ـ اقتصادی نقش تشدیدکننده‌ای دارند و وضعیت را پیچیده‌تر می‌کنند. افراد در طبقات اقتصادی پایین‌تر نه‌تنها هزینه‌های غیرپزشکی سنگین‌تری (مانند مراقبت خانوادگی و نگهداری) تحمل می‌کنند، بلکه بخش بیشتری از درآمد محدود خود را صرف نیازهای اولیه مانند تغذیه می‌کنند. این چرخهٔ معیوب تأکید می‌کند که بار اقتصادی اختلالات روانی فراتر از مسائل بهداشتی است و در نابرابری‌های اجتماعی ریشه دارد.

درنهایت، نتایج این مرور بر ضرورت مداخلات هدفمند، مقرون‌به‌صرفه و پیشگیرانه، به‌ویژه برای

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

اختلالات پرشیوع، تأکید دارد. گسترش دسترسی به خدمات سلامت روانی با کیفیت، تقویت پوشش بیمه‌ای برای هزینه‌های غیرمستقیم، حمایت مالی از خانواده‌ها و مراقبان و سرمایه‌گذاری در برنامه‌های غربالگری زودرس می‌تواند بار اقتصادی را کاهش دهد و کیفیت زندگی افراد مبتلا را بهبود بخشد. این یافته‌ها پایه‌ای برای سیاست‌گذاری‌های مبتنی‌بر شواهد فراهم می‌آورد و پیشنهاد می‌کند که تحقیقات آینده بر پرکردن شکاف‌های دانش (مانند مطالعات طولی و منطقه‌ای) تمرکز کنند تا مدیریت منابع در حوزهٔ سلامت روانی کارآمدتر و عادلانه‌تر شود.

این مرور دامنه‌ای مانند هر مطالعهٔ دیگری با محدودیت‌هایی همراه بوده است. جست‌وجو عمدتاً به مقالات منتشرشده به زبان‌های فارسی و انگلیسی محدود شد و ممکن است گزارش‌ها یا مطالعاتی به زبان‌های دیگر یا منابع خاکستری غیرنمایه‌شده از دست رفته باشند. بازهٔ زمانی انتخاب‌شده از سال ۲۰۰۰ به بعد بود که مطالعات قدیمی‌ترِ احتمالاً مرتبط را حذف کرد. به‌دلیل ماهیت مرور دامنه‌ای، ارزیابی رسمی کیفیت روش‌شناختی مطالعات اولیه انجام نشد. بنابراین، دقت و اعتبار برآوردهای هزینه‌ای در مطالعات مختلف یکسان نیست. تعداد مطالعات واردشده نسبتاً محدود (فقط دوازده مطالعه) بود و بیشتر آن‌ها در مراکز شهری بزرگ انجام شده بودند. در نتیجه، ممکن است نمای کلی کاملی از وضعیت کل کشور، به‌ویژه مناطق روستایی و کمترتوسعه‌یافته، ارائه ندهد. همچنین، در برخی موارد دسترسی به متن کامل یا داده‌های خام محدود بود که می‌توانست جزئیات بیشتری را در اختیار قرار دهد. این محدودیت‌ها در تفسیر یافته‌ها و تعمیم آن‌ها به کل جامعه باید مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات ارتقای سلامت به‌سبب حمایت مالی تشکر می‌کنیم. همچنین از نویسندگان مقالات مورد استفاده در این مرور، که پایهٔ دانش موجود را فراهم آوردند، سپاسگزاریم.

ملاحظات اخلاقی

کمیتهٔ اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران این مطالعه را با کد (IR.IUMS.REC۱۴۰۱.۷۸۲) تأیید کرده است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی در این مطالعه وجود ندارد.

سهم نویسندگان

م. ق: مفهوم‌سازی، طراحی مطالعه، نظارت بر فرآیند تحقیق، نگارش پیش‌نویس و ویرایش نهایی مقاله.

ش.ن: تحلیل اقتصادی داده‌ها، تفسیر نتایج، و مشارکت در نگارش بخش‌های روش‌شناسی و بحث.

ن. س: جستجو در پایگاه‌های داده، غربالگری و استخراج داده‌های اولیه، و تهیه پیش‌نویس اولیه.

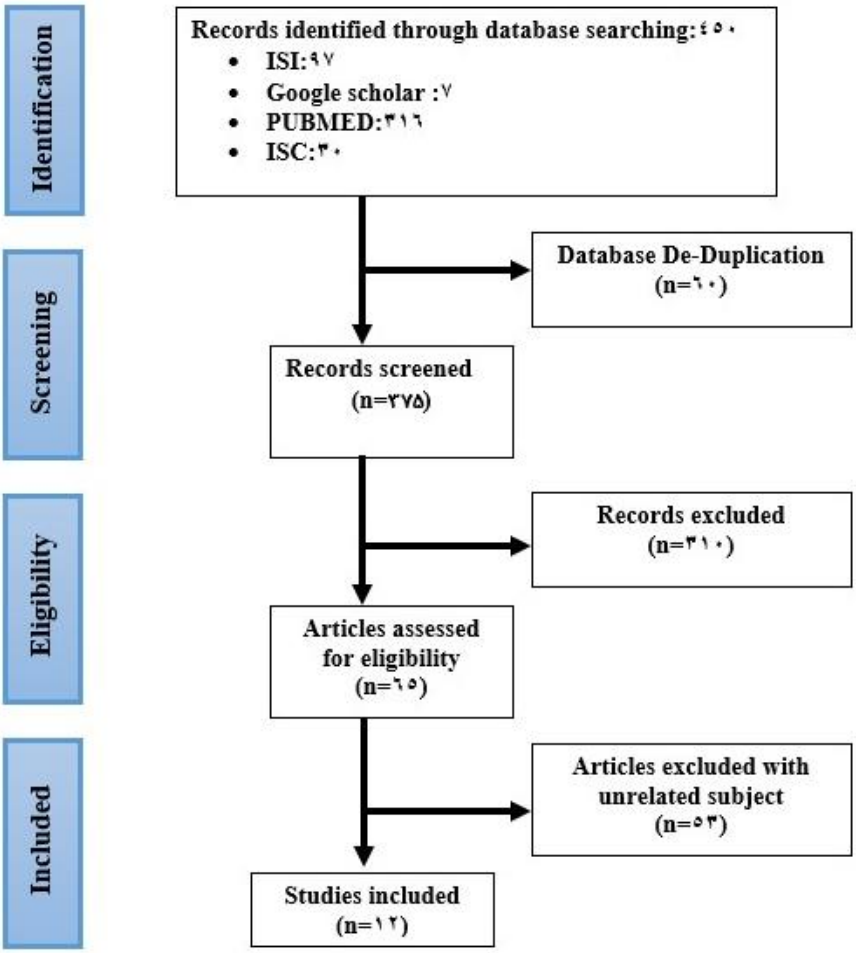
س.ب. ف: مدیریت پروژه، تضمین صحت داده‌ها، تحلیل انتقادی مقاله و بازبینی نسخه نهایی.

همه نویسندگان در بازبینی نسخه نهایی مقاله مشارکت داشته و مسئولیت صحت و امانت‌داری تمامی بخش‌های کار را می پذیرند.

حمایت مالی

دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات ارتقای سلامت از این پژوهش حمایت مالی کرده‌اند.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]



شکل شماره ۱. نمودار فرایند جست‌وجو و انتخاب مقالات مرتبط

جدول شماره ۱. نتایج بررسی مطالعات بار اقتصادی اختلالات روانی

منبع	مقاله	نام نویسنده	نوع مطالعه	سال	میانگین سنی	تعداد نمونه	جامعهٔ هدف	ابزار اندازه‌گیری	یافته‌ها
(۲۳)	Diet cost plays a key role in determining the risk of pediatric attention deficit hyperactivity disorder: Findings from a case-control study	Khadijeh Abbasi Sahar Foshati	مطالعهٔ مورد ـ شاهدی	۲۰۲۲	۱۲-۴	۵۰۰	کودکان بیش‌فعال	پرسش‌نامه	یافته‌ها نشان دادند که هزینهٔ رژیم غذایی در کودکان مبتلابه ADHDکمتر از کودکان سالم است. همچنین، هزینهٔ بیشتر رژیم غذایی با کاهش معنادار خطر ADHDهمراه بود و این ارتباط پس از تعدیل متغیرهای مخدوش‌کننده نیز باقی ماند.
(۲۴)	Direct and indirect cost of managing Alzheimer's disease in the Islamic Republic of Iran	Zahra Aajami Abbas Kebriaeezadeh	مطالعهٔ مقطعی	۲۰۱۹	+۶۵	۳۰۰	مراجعه‌کننده به انجمن آلزایمر ایران	از سوابق پزشکی بیماران و مصاحبهٔ حضوری با مراقبان آن‌ها استفاده شد.	نتایج نشان داد هزینهٔ سالانهٔ آلزایمر با پیشرفت بیماری به‌طور قابل‌توجهی افزایش می‌یابد و از مرحلهٔ خفیف تا شدید روند صعودی دارد. در همهٔ مراحل، هزینه‌های غیرپزشکی مستقیم، به‌ویژه مراقبت و خدمات پرستاری، بیشترین سهم از کل هزینه‌ها را به خود اختصاص دادند.
(۲۵)	Economic factors	Meysam Behzadifar	مطالعهٔ مقطعی	۲۰۱۵	۱۷-۷۸	۹۰۳ خانواده	خانواده‌هایی از شهرهای	پرسش‌نامه	نتایج نشان داد سلامت روان با رضایت از زندگی و وضعیت

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

جدول شماره ۱. نتایج بررسی مطالعات بار اقتصادی اختلالات روانی

منبع	مقاله	نام نویسنده	نوع مطالعه	سال	میانگین سنی	تعداد نمونه	جامعهٔ هدف	ابزار اندازه‌گیری	یافته‌ها
	influencing mental health using multiple regression model in Ilam province of Iran	Masoud Behzadifar					مختلف ایلام		اقتصادی رابطهٔ مثبت و معنادار دارد و با متغیر جنسیت رابطهٔ منفی نشان می‌دهد. همچنین، هر سه متغیر رضایت از زندگی، جنسیت و وضعیت اقتصادی به‌طور معنادار سلامت روان را پیش‌بینی کردند.
(۲۶)	How Much Should We Pay to Deliver Comprehensive Mental and Social Health Services? Experiences from Iran	Behzad Damari Ahmad Hajebi	مطالعه مقطعی	۲۰۲۱		۵۸۲۸۵	–	پرسش‌نامه	نتایج نشان داد اجرای بستهٔ خدمات جامع سلامت روان به شناسایی ۸/۹ درصد موارد جدید منجر شد که میزان آن در مناطق شهری بیشتر از روستایی بود. بیشترین سهم هزینه‌ها مربوط به هزینه‌های نیروی انسانی (۹۰/۶ درصد) و غربالگری اولیه (۶۶/۴ درصد) بود و ادغام خدمات در نظام مراقبت‌های اولیه می‌تواند به کاهش قابل‌توجه هزینه‌ها منجر شود.
(۲۷)	Scaling-up a new socio-mental health service model in Iran to reduce burden of neuropsychiatric disorders: an economic evaluation study	Seyede Sedighe Hosseini Jebeli Aziz Rezapour	تحلیل هزینه – پیامد	۲۰۲۱	اطلاعات آماری از پایگاه های مختلف			چک لیست	نتایج نشان داد گسترش ملی مدل جدید خدمات اجتماعی ـ روانی می‌تواند در سال‌های ۲۰۲۰ تا ۲۰۳۰ حدود ۱٬۷۰۲٬۷۵۵ سال عمر سالم ایجاد کند. هزینهٔ هر سال عمر سالم حدود ۸۰۱ دلار برآورد شد که در همهٔ سناریوها از نظر هزینه ـ اثربخشی قابل قبول بوده و هزینهٔ سرانهٔ اجرای مدل در مقایسه با GDPسرانهٔ ایران کم است.
(۴۴)	Satisfaction increase and the cost of children and adolescents with attention deficit-hyperactivity disorder reduction: effectiveness of telepsychiatry	Amd frouzbakhsh Mostafa najafi	مطالعهٔ مقطعی	۲۰۱۴		۵-۱۳	کودکان و نوجوانان مبتلابه اختلالب بیش‌فعالی ـ کم‌توجهی	پرسش‌نامه	یافته‌ها نشان داد رضایت مراجعان در گروه تله‌روان‌پزشکی اندکی بیشتر از مراجعهٔ حضوری بود. هرچند این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. در مقابل، هزینه‌ها در گروه تله‌روان‌پزشکی به‌طور قابل‌توجهی کمتر از گروه کنترل بود که نشان‌دهندهٔ صرفه‌جویی اقتصادی این روش است.
(۲۹)	The economic burden of depressive disorders for patients and community	Abd elahian e. seyed nouzadi s.m	توصیفی ـ مقایسه‌ای	۲۰۰۱	۲۰۰	۱۲-۶۹	بیماران افسرده سرپایی که به درمانگاه روان‌پزشکی مراجعه کردند.	پرسش‌نامه	نتایج نشان داد بار اقتصادی اختلالات افسردگی در مقایسه با افراد سالم به‌طور معناداری بیشتر است. بیماران افسرده تعداد مراجعات پزشکی، اقدامات پاراکلینیکی و روزهای غیبت شغلی بیشتری داشتند که این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار بود.
(۳۰)	Demographic factors, duration and costs of hospitalization, and causes of death in patients	Yazdani m.r. tavahen n	توصیفی ـ تحلیلی	۲۰۱۱	۲۷-۴۷	۲۳۲۵	کلیه بیماران مراجعه کننده مسموم با مواد مخدر آمفتامین	چک لیست	نتایج نشان داد اغلب بیماران مسموم‌شده با مواد محرک و افیونی مرد و با مسمومیت عمدی بودند و الگوی مصرف در گروه‌ها

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

جدول شماره ۱. نتایج بررسی مطالعات بار اقتصادی اختلالات روانی

منبع	مقاله	نام نویسنده	نوع مطالعه	سال	میانگین سنی	تعداد نمونه	جامعهٔ هدف	ابزار اندازه‌گیری	یافته‌ها
	intoxicated with opioids and amphetamines						ها، نه تنها این گروه، بلکه عموم جمعیت، والدین کودکان مبتلا به بیماری روانی و معلمان دبستان		متفاوت بود. مدت و هزینهٔ بستری بین گروه‌ها تفاوت معناداری نداشت و مرگ‌ومیر پایین بود، اما سن و طول مدت بستری در بیماران فوت‌شده به‌طور معناداری بیشتر بود.
(۳۱)	Frequency of and barriers to utilization of mental health services in an Iranian population	A. Ghanizadeh N. Arkan	مطالعهٔ مقطعی	۲۰۰۸	–	۲۸۰	عمومی جمعیت، والدین کودکان مبتلابه بیماری روانی و معلمان دبستان	پرسش‌نامه	نتایج نشان داد که تقریباً نیمی از افراد نیازمند خدمات سلامت روان در شش ماه گذشته واقعاً از خدمات استفاده کرده‌اند، با بالاترین میزان در والدین کودکان با مشکلات روانی و پایین‌ترین در معلمان. مهم‌ترین موانع دسترسی به خدمات، هزینه‌ها، دسترسی دشوار و کمبود اعتماد یا نگرش منفی خانواده و دوستان بود.
(۳۲)	Understanding determinants of socioeconomic inequality in mental health in Iran's capital, Tehran: a concentration index decomposition approach	Esmaeil Khedmati Morasae Ameneh Setareh Forouzan	مشاهده‌ای مقطعی	۲۰۱۲	۱۵+	۲۲۳۰۰ خانوار	خانوار تهرانی	پرسش‌نامه و مصاحبه	نتایج نشان داد که سلامت روان در تهران با نابرابری اقتصادی مرتبط است و وضعیت اقتصادی بیشترین سهم (۴۴/۷ درصد) را در نابرابری سلامت روان داشت. سایر عوامل مهم شامل سطح تحصیلات، گروه سنی، منطقهٔ سکونت و وضعیت اشتغال بود.
(۴۵)	Economic burden of autism spectrum disorders in Iran	A.mohammad Mosaddegh Abolghasem pour reza	مطالعهٔ توصیفی - تحلیلی	۲۰۱۹	۱۵	۲۹۰	بیماری اوتیسم	پرسش‌نامه	نتایج نشان داد بار اقتصادی سالانهٔ اوتیسم در ایران زیاد است و بیشترین سهم هزینه‌ها مربوط به هزینه‌های غیرپزشکی مستقیم و کاهش بهره‌وری والدین به‌دلیل مراقبت بود. هزینه‌های مستقیم پزشکی و دارویی بخش کمتری از کل بار اقتصادی را تشکیل می‌دهند، اما همچنان قابل توجه هستند.
(۳۴)	The Economic Burden of depression in psychiatric disorders in Iran	Elahe Pourahmadi Amin Adel	مطالعهٔ مقطعی	۲۰۱۹	۴۱	۳۰۰	تمام بیماران روان‌پزشکی بستری در بیمارستان‌های ابن‌سینا و حجازی مشهد	چک لیست	نتایج نشان داد میانگین هزینهٔ بستری بیماران روانی ۱۰۲۰ دلار بود و بیشترین سهم هزینه‌ها مربوط به هزینهٔ هتلینگ (۶۲ درصد) و ویزیت پزشک (۲۴ درصد) بود. همچنین، اکثر هزینه‌ها را بیمه پوشش داد و طول متوسط بستری ۲۳/۶ روز بود.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

References

1. Manderscheid RW, Ryff CD, Freeman EJ, McKnight-Eily LR, Dhingra S, Strine TW. Evolving definitions of mental illness and wellness. Prev Chronic Dis. 2010;7(1):A19.
2. Xu J, Wang J, Wimo A, Qiu C. The economic burden of mental disorders in China, 2005–2013: implications for health policy. BMC Psychiatry. 2016;16(1):137.
3. Borba LdO, Capistrano FC, Ferreira ACZ, Kalinke LP, Mantovani MdF, Maftum MA. Adaptation and validation of the measuring of treatment adherence for mental health. Rev Bras Enferm. 2018;71(Suppl 5):2243-50.
4. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. Lancet Psychiatry. 2016;3(2):171-8.
5. Thompson EH, Doll W. The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. Fam Relat. 1982;31(3):379-88.
6. Higgins G. From punishment to treatment: addressing mental illnesses to reduce recidivism. Capstone Project, Duke University. 2025.
7. Greenberg PE, Fournier A-A, Sisitsky T, Simes M, Berman R, Koenigsberg SH, et al. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2010 and 2018). Pharmacoeconomics. 2021;39(6):653-65.
8. Mayor CEdTD, Tag AG, Asl AAN, Imani A, Farahbakhsh M, Sarbakhsh P. Economic Burden of Major Depressive Disorder (MDD), Panic Anxiety and Generalized Anxiety Disorder (GAD). J Ment Health Policy Econ. 2025;28:73-4.
9. Noorbala AA, Yazdi SAB, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. Br J Psychiatry. 2004;184(1):70-3.
10. Heshmat R, Qorbani M, Ghoreshi B, Djalalinia S, Tabatabaie OR, Safiri S, et al. Association of socioeconomic status with psychiatric problems and violent behaviours in a nationally representative sample of Iranian children and adolescents: the CASPIAN-IV study. BMJ Open. 2016;6(8):e011615.
11. Ae-Ngibise KA, Doku VCK, Asante KP, Owusu-Agyei S. The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: a study from rural Ghana. Glob Health Action. 2015;8(1):26957.
12. World Health Organization. Mental health: a call for action by world health ministers (54th World Health Assembly). Geneva: WHO. 2001.
13. Soares-Weiser K, Beynon S, Dunn G, Barbieri M, Duffy S, Geddes J, et al. A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. Health Technol Assess. 2007;11(39):iii-iv,ix-206.
14. Fajutrao L, Locklear J, Priaulx J, Heyes A. A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2009;5:3.
15. Konnopka A, Leichsenring F, Leibing E, König H-H. Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: a systematic review. J Affect Disord. 2009;114(1-3):14-31.
16. Stuhldreher N, Konnopka A, Wild B, Herzog W, Zipfel S, Löwe B, et al. Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in eating disorders: a systematic review. Int J Eat Disord. 2012;45(4):476-91.
17. Chong HY, Teoh SL, Wu DB-C, Kotirum S, Chiou C-F, Chaiyakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:357-73.
18. Tolla MT, Norheim OF, Verguet S, Bekele A, Amenu K, Abdisa SG, et al. Out-of-pocket expenditures for prevention and treatment of cardiovascular disease in general and specialised cardiac hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional cohort study. BMJ Glob Health. 2017;2(2):e000280.
19. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19-32.
20. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. Implement Sci. 2010;5(1):69.
21. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. JBI Evid Synth. 2020;18(10):2119-26.
22. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-73.
23. Abbasi K, Foshati S, Mehrabani S, Ghiasvand R, Bagherniya M, Rouhani MH. Diet cost plays a key role in determining the risk of pediatric attention deficit hyperactivity disorder: findings from a case–control study. Food Sci Nutr. 2022;10(12):4339-44.
24. Aajami Z, Kebriaeezadeh A, Nikfar S. Direct and indirect cost of managing Alzheimer's disease in the Islamic Republic of Iran. Iran J Neurol. 2019;18(1):7-12.
25. Behzadifar M, Behzadifar M, Sayehmiri A, Behzadifar M, Sarokhani M, Sayehmiri K. Economic factors influencing mental health using multiple regression model in Ilam province of Iran. Med J Islam Repub Iran. 2015;29:292.
26. Damari B, Hajebi A, Abolhallaje M, Najafi B.

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]

How much should we pay to deliver comprehensive mental and social health services? experiences from Iran. Iran J Psychiatry. 2021;16(2):154-61.
27. Hosseini Jebeli SS, Rezapour A, Hajebi A, Moradi-Lakeh M, Damari B. Scaling-up a new socio-mental health service model in Iran to reduce burden of neuropsychiatric disorders: an economic evaluation study. Int J Ment Health Syst. 2021;15(1):47.
28. Najafi M, Foruzbakhsh A, Gashool M. Satisfaction increase and the cost of children and adolescents with attention deficit-hyperactivity disorder reduction: effectiveness of telepsychiatry. J Res Behav Sci. 2015;12(4):606-16.
29. Abdollahian E, Seyed Nozadi M, Sargolzaei MR. Economical burden of the depressive disorders on patient and society. J Res Behav Sci. 2000;6(1):4-20.
30. Yazdani MR, Tavahen N, Masoumi GR, Gheshlaghi F, Dana-Siadat Z, Setareh M, et al. Demographic factors, duration and costs of hospitalization, and causes of death in patients intoxicated with opioids and amphetamines. Int J Med Toxicol Forensic Med. 2014;4(4):122-9.
31. Ghanizadeh A, Arkan N, Mohammadi MR, Zarchi G, Ahmadi J. Frequency of and barriers to utilization of mental health services in an Iranian population. East Mediterr Health J. 2008;14(2):438-46.
32. Morasae EK, Forouzan AS, Majdzadeh R, Asadi-Lari M, Noorbala AA, Hosseinpoor AR. Understanding determinants of socioeconomic inequality in mental health in Iran's capital, Tehran: a concentration index decomposition approach. Int J Equity Health. 2012;11:18.
33. Mosadeghrad AM, Pourreza A, Akbarpour N. Economic burden of autism spectrum disorders in Iran. Tehran Univ Med J. 2019;76(10):665-71.
34. Hong M, Lee SM, Park S, Yoon S-J, Kim Y-E, Oh I-H. Prevalence and economic burden of autism spectrum disorder in South Korea using national health insurance data from 2008 to 2015. Journal of autism and developmental disorders. 2020;50(1):333-9.
35. Satre DD, Parthasarathy S, Young-Wolff KC, Meacham MC, Borsari B, Hirschtritt ME, et al. Cost-effectiveness of motivational interviewing to reduce alcohol and cannabis use among patients with depression. J Stud Alcohol Drugs. 2022;83(5):662-71.
36. Myers K, Vander Stoep A, Zhou C, McCarty CA, Katon W. Effectiveness of a telehealth service delivery model for treating attention-deficit/hyperactivity disorder: a community-based randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2015;54(4):263-74.
37. Najafi F, Pasdar Y, Karami Matin B, Rezaei S, Kazemi Karyani A, Soltani S, et al. Decomposing socioeconomic inequality in poor mental health among Iranian adult population: results from the PERSIAN cohort study. BMC psychiatry. 2020;20(1):229.
38. Mar J, Larrañaga I, Ibarrondo O, González-Pinto A, Las Hayas C, Fullaondo A, et al. Incidence of mental disorders in the general population aged 1–30 years disaggregated by gender and socioeconomic status. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2023;58(6):961-71.
39. Taylor J, Power J, Smith E, Rathbone M. Bisexuals' experiences of mental health services: findings from the Who I Am Study. Aust J Gen Pract. 2019;48(3):138-44.
40. Smith Ramey J, Lilley S, Duis M, Volk F. Depressed, disconnected, and distraught: school-based mental health intervention for rural youth. J Rural Ment Health. 2023;47(4):240-7.
41. Hong M, Lee SM, Park S, Yoon S-J, Kim Y-E, Oh I-H. Prevalence and economic burden of autism spectrum disorder in South Korea using national health insurance data from 2008 to 2015. Journal of autism and developmental disorders. 2020;50(1):333-9.
42. Horowitz MA, Murray RM, Taylor D. Tapering antipsychotic treatment. JAMA Psychiatry. 2021;78(2):125-6.
43. Ni X, Li Z, Li X, Zhang X, Bai G, Liu Y, et al. Socioeconomic inequalities in cancer incidence and access to health services among children and adolescents in China: a cross-sectional study. Lancet. 2022;400(10357):1020-32

[Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-18]