

ANTIDEPRESSZÍV KEZELÉS HATÁSA A MUNKAKÉPESSÉGRE ÉS AZ ÉLETTEL VALÓ MEGELÉGEDETTSÉGRE – EGY ÉVES KÖVETÉS

Fábián Zsolt¹, Karányi Zsolt², Szádóczky Erika¹

¹Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, I. Pszichiátriai Osztály

²DEOEC I. Belyógyászati Klinika Biostatistikai Részlege

Érkezett: 2005. júl. 28. Elfogadva: 2005. szept. 2.

ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja. A munkaképesség átmeneti, vagy tartós csökkenésének egyik leggyakoribb oka a depresszió. A munka-, az alkotó- és az örömképesség maradéktalan helyreállása jelenti a depresszió teljes gyógyulását. Az antidepresszív kezelés akkor tekinthető hatékonynak, ha nem csupán a depressziós tünetek szűnnek meg, hanem az eredeti funkciók, szerepek is helyreállnak. A vizsgálat célja depressziós epizód miatt kezelést igénylő betegek munkateljesítmény- és étellel való megelégedettség változásának lemérése paroxetin kezelés mellett.

Módszer. 52 hetes, nyílt, multicentrikus, önkontrollos felmérés paroxetinnel kezelt 1407 depressziós beteg bevonásával. A demográfiai, a betegségfolyásra, a komorbiditásra vonatkozó adatok, valamint a depresszió súlyosságát mérő skálák (HAMD, CGI-S, CGI-I) mellett a munkaképesség- (SAS, SDS), és az étellel való megelégedettség károsodásának mértékét mérő skálákat (LS) is alkalmaztunk.

Eredmények. A depressziós tünetek javulásával (a HAMD 22,6-ről 3,8-ra, a CGI-S 4,7-ről 1,3-ra csökkent) párhuzamosan javultak a munkaképességet és az étellel való megelégedettséget jelző skálák pontszámai is (a SAS 2,8-ről 1,3-ra, az SDS 18,2-ről 2,8-ra, és az LS 14,9-ről 7,1-re csökkent). A munkaképesség és az étellel való megelégedettség javulása folytatódott az akut terápiás fázist követően is; és folyamatos javulást mutatott a fenntartó terápiás fázis végéig.

Következtetések. Valamennyi depressziót mérő skála pontszámainak jelentős javulásával párhuzamosan szignifikánsan csökkent a munkából való mulasztás, javult a munkateljesítmény, a szabadidős aktivitás és a családi funkciók minő-

sége. A depresszió súlyosságának változása és a munkaképesség, illetve az étellel való megelégedettség változása között szignifikáns kapcsolat volt kimutatható.

KULCSSZAVAK: depresszió, antidepresszív terápia, munkaképesség, étellel való megelégedettség

THE IMPACT OF ANTIDEPRESSIVE THERAPY ON WORK PRODUCTIVITY AND LIFE SATISFACTION – A 1-YEAR FOLLOW-UP STUDY

Aim of the study. One of the most frequent causes of temporary or permanent diminution of work productivity is depression. The complete recovery of depression means fully restored creativity, work production and life satisfaction. Antidepressive treatment is regarded effective if besides symptom remission, the original functions and roles are fully restored, i.e. life satisfaction significantly improves. The aim of this study was to assess the improvement of work productivity and life satisfaction of paroxetin treated depressives.

Methods. The study was a 52 weeks lasting open, multicentric, self-controlling survey with the inclusion of 1407 paroxetin treated depressed patients. Apart from recording demographic data, comorbidities, course of the illness, and scales measuring the severity of the illness (HAMD, CGI-S, CGI-I), scales indicating the impairment of work productivity (SAS, SDS) and life satisfaction (LS) were also processed.

Results. Besides the improvement of the depressive symptoms (HAMD scores decreased from 22.6 to 3.8; and CGI-S scores from 4.7 to 1.3), the scores of work productivity and life satisfaction also significantly decreased (SAS scores

from 2.8 to 1.3, SDS scores from 18.2 to 2.8, and LS scores from 14.9 to 7.1, respectively). Following the acute treatment period, work productivity and life satisfaction further continuously improved till the end of the maintenance treatment phase.

Conclusion. Parallel to the improvement of the depressive symptoms, the number of absence

days decreased, the work performance, free time activity and family functioning significantly improved. A significant correlation was found between the improvement of depressive symptoms and the positive changes in work production and life satisfaction.

KEYWORDS: depression, antidepressive therapy, work production, life satisfaction

Bevezetés

Az utóbbi évek széleskörű epidemiológiai vizsgálatai kétséget kizáróan bizonyították, hogy a depressziós tünetegyüttes a leggyakrabban előforduló pszichiátriai zavar, a lakosság 8–17%-a él át legalább egy epizódot élete során. Az első depressziós epizód az esetek többségében 30 éves kor alatt jelentkezik és hajlamos az ismétlődésre (10–15 éves követéses vizsgálatok szerint a betegek 80-90%-ánál). Ritkábban (10-12%) krónikus lefolyást mutat.

A hangulat megváltozása mellett az érdeklődés és az aktivitás csökkenése a depresszió olyan alaptünetei, amelyek jelentősen befolyásolják a betegek munkaképességét és életminőségét. A depressziós tünetegyüttes a szubjektív szenvedés mellett hatással van a beteg családi életének minőségére, családi és társadalmi szerepeire, és a család egészségének anyagi-gazdasági helyzetére. A lehangoltság és érdeklődéscsökkenés közvetve, a gyengeségérzés, fáradékonyság, meglassulás és a koncentrációs készség károsodása közvetlenül hat az elvégzett munka minőségére és mennyiségére.

Az utóbbi években az is világossá vált, hogy a munkaképesség átmeneti és tartós csökkenésének egyik leggyakoribb oka a depresszió. A depresszióban szenvedő betegek munkateljesítménye és életminősége a krónikus szívelégtelenségben szenvedőkéhez hasonlítható (3). Többet mulasztanak a munkahelyükről, és rosszabbul teljesítenek, mint pl. a krónikus izületi- és gerincbántalmakban, cukorbetegségben vagy magas vérnyomásban szenvedő betegek (10). A munkaképesség csökkenése, valamint a szociális szerepek károsodása az egyéni szenvedés és családi terhek mellett a tágabb környezet, a társadalom számára is megterhelést jelentenek (13).

A munka-, az alkotó- és az örömképesség maradéktalan helyreállása jelenti a depresszió teljes gyógyulását. Egy adott antidepresszívum tehát akkor tekinthető valóban hatékonynak, ha hatására nem csupán a depressziós tünetek csökkennek,

hanem az eredeti funkciók, szerepek is helyreállnak, és az életminőség, az étellel való megelégedettség eléri a betegség előtti szintet. Az antidepresszívumok egy része azonban a kognitív és performációs készségre gyakorolt negatív hatásuk miatt átmenetileg a teljesítmény további romlásához is vezethet. Mindezek ismeretében, az utóbbi években felmerült az igény, hogy egy gyógyszer hatékonyságának megítélésakor a depressziós tünetekben történő változás mellett a teljesítményre és az életminőségre gyakorolt hatást is vegyék figyelembe. Jelen vizsgálat célja depresszióban szenvedő betegek munkateljesítményének és az étellel való megelégedettség változásának lemérése egy éves paroxetin kezelés során.

Betegek és módszerek

A vizsgálat IV. fázisú, posztmarketing, nyílt, egy éves, prospektív, multicentrikus, adatgyűjtő, amelyben 92 pszichiátriai centrum (szakambulancia, gondozó, magán- és szakrendelés) vett részt. A tervezett 1500-ból 1407 beteg került bevonásra 2002. június és 2004. május között, centrumonként átlagosan 15. Az elemzés során kizárásra került 117 beteg elégtelen vagy nem értékelhető adatok miatt, 87 beteg a 8. héten a kezelés eredménytelensége miatt, és 50 beteg a követés során nem megfelelő együttműködés vagy nem kívánatos esemény(ek) miatt. Az 52 hetes (6 vizit) protokollt 1153 (81,9%) beteg teljesítette, ezen betegek adataiból készült részletes statisztikai elemzés.

Bevételi kritérium: depresszió bármely formája (major depresszió egyszeri és ismétlődő epizód, unipoláris vagy bipoláris zavar, disztímia, szorongással szövődött depresszió) miatt ambuláns kezelést igénylő, a beleegyező nyilatkozatot aláíró 18–75 év közötti beteg. A bevont betegeknek a depressziós epizód kezdetekor állandó munkahelyrel kellett rendelkezniük (beleértve a nappali tagozatos diákokat, valamint az öregségi- és rokkantsági nyugdíj mellett dolgozókat), és érdekeltnek kellett lenniük munkahelyük megtartásában.

Kizáró kritérium: terhesség, szoptatás, folyamatban lévő rokkantosság, DSM-IV axis II. diagnózis, alkohol- és/vagy drog abúzus/dependencia, súlyos, életet veszélyeztető szomatikus betegség, a kezelés megkezdése előtti 6 hétben fluoxetin, 4 hétben bármely antidepresszívum szedése, korábbi kezelés(ek) során legalább két, megfelelő ideig adott SSRI antidepresszívumra nem kielégítő javulás, paroxetin kontraindikáció (korábbi rezisztencia, túlérzékenység), más klinikai vizsgálatban való részvétel, vagy annak egy hónapnál nem régebbi befejezése.

A vizsgálat során felvett adatok: egy demográfiai és foglalkozással kapcsolatos kérdéseket tartalmazó adatlap, valamint egy másik, az egészségi állapotra, pszichiátriai betegségfolyásra, korábbi kezelés(ek)re, az aktuális epizód tartamára, tünettanára, komorbid szomatikus és pszichiátriai betegség(ek)re vonatkozó adatlap.

1. táblázat. Az adatgyűjtés menete

	bevétele	3. hét	8. hét	12. hét	24. hét	52. hét
beleegyező nyilatkozat	+					
demográfia	+					
anamnézis	+					
fizikális vizsgálat	+					+
17-HAMD, CGI-S	+	+	+	+	+	+
SAS, SDS, LS	+	+	+	+	+	+
CGI-I		+	+	+	+	+
egyéb gyógyszerek	+	+	+	+	+	+
nem kívánt hatás		+	+	+	+	+
compliance		+	+	+	+	+

2. táblázat. A feldolgozásra került betegek demográfiai jellemzői (n=1153)

Nemek aránya	nő/férfi	72/28%
Átlagéletkor		39,611,3 év (18–74)
Családi állapot	házass	54,6%
	elvált/külön él	17,1%
	özvegy	5,1%
	nőtlen/hajadon	23,2%
Isk. végzettség	8 ált.	12,4%
	szakmunkásképző	26,4%
	érettségi	39,5%
	egyetem/főiskola	21,7%
Foglalkozás	fizikai/szellemi	49/51%
Beosztás	beosztott	75,1%
	középvezető	14,4%
	vezető	10,5%

3. táblázat. A feldolgozásra került betegek klinikai jellemzői (n=1153)

Fizikális és/vagy labor vizsg. eltérés	5%
Bipoláris zavar	2,9%
Szorongásos zavar (DSM-IV)	61,6%
Gen. szorongás	36,2%
Pánikzavar	21,1%
Agorafóbia	8,7%
Szociális fóbia	12,1%
Kényszeres zavar	4,6%
Előző epizódok száma	0
	1
	2
	3
Depressziós epizód tartama	8,59,1 hét (2–98)

A klinikai kép és a depresszió súlyosságának megítélésére a Clinical Global Impression súlyosság (CGI-S) és javulás (CGI-I) skála, valamint a 17 pontos Hamilton Depressziós skála (HAM-D), a munkaképesség megítélésére a Social Adjustment Scale (SAS) munkateljesítményre vonatkozó kérdései (18), a Sheehan Disability Scale (SDS), mely három vizuál analóg skálát tartalmaz (a tünetek hatása a munkateljesítményre, a szociális/szabadidős aktivitásra, valamint a családi életre) (12). Az étellel való megelégedettség mérésére az Allardt féle Life Satisfaction (LS) skálát alkalmaztuk (1,5,6) (1. melléklet). Mindhárom, a munkateljesítményre és az életminőségre vonatkozó skála önkitöltős.

A paroxetin dózis a vizsgálat során flexibilis volt (10-60 mg), a kezelőorvos megítélése szerint.

Statisztikai értékelés

Az adatok statisztikai értékelését a DEOEC I. Belgyógyászati Klinika Biostatistikai Részlege végezte. Az elemzéshez a SAS for Windows 8,2 számítógépes programot használták. A vizsgált változókra leíró statisztikát alkalmaztak (esetszám, medián, kvartilisek, átlag, szórás). A vizsgálat során elemzésre kerültek az alkalmazott tesztek (HAMD, CGI-S, CGI-I, SAS, SDS, LS) összpontszám változásai. Normális eloszlású változók esetén ismétléses mérésű varianciaanalízist (SAS PROC GLM eljárás) végeztek, nem-normális eloszlású változók esetén pedig Friedman-ANOVA került alkalmazásra (SAS PROC FREQ eljárás). A változók közötti kapcsolat mértékének megítélése Spearman-féle nem paraméteres korrelációval, a diszkrét változók esetében Kruskal-Walis teszttel történt. A statisztikai kiértékelések során a p0.05 valószínűségi szintet tekintettük szignifikánsnak.

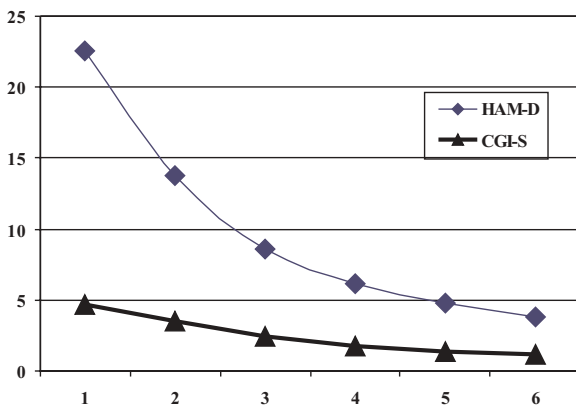
Eredmények

A 8. héten, az akut terápiás fázis végén mindössze 87 beteget (6,7%) kellett kizárni a vizsgálatból elégtelen terápiás hatás miatt (CGI-I skálán 2 pontnál magasabb értéket értek el). A betegek 53,6%-ánál a depressziós epizód ismételt jelentkezett és 61,6%-ánál a DSM-IV szerint valamilyen szorongásos zavar is fennállt.

A depressziós tünetek súlyosságának (HAM-D és CGI-S), valamint a munkaképességet és az étellel való megelégedettséget mérő skálák (SAS, SDS, LS) változása a vizsgálat során

A 8. hétre a klinikai tünetek súlyosságát mérő skálák összpontszámának csökkenésével párhuzamosan (átlag HAM-D 22,6±5,4-ről 8,6±4,8-re, a CGI-S 4,7±0,8-ről 2,4±1,1-re) a munkaképességet és az étellel való megelégedettséget mérő skálák értékeiben is javulás következett be (SAS összpontszám 2,8±0,7-ről 1,7±0,5-re, az SDS összpontszám 18,2±6,4-ről 8,1±5,8-ra, az LS 14,9±2,7-ről 9,5±2,7-re csökkent). Az akut terápiás fázisban javult betegeknél a HAM-D és a CGI-S további kifejezett csökkenést mutatott a 12. hétig, ezt követően mérsékelte, nem szignifikáns változás volt észlelhető (1. ábra).

1. ábra
HAM-D és CGI-S változás a vizsgálat során



A munkaképességet és az étellel való megelégedettséget mérő skálák pontértékének csökkenése ugyan kisebb mértékben, de a 24. hét után is folytatódott (az SAS 1,5±0,4-ről 1,3±0,4-re, az SDS 5,3±4,7-ről 2,8±3,5-re, az LS 8,3-ről 7,1-re csökkent) (2. ábra).

A SAS munkateljesítményre vonatkozó kérdéseinek részletesebb elemzése

A betegek 95,1%-a rendelkezett munkahellyel, 4,9% főiskolai/egyetemi hallgató volt. A kezelés megkezdése előtti hónapban 42,5%-uk 1 hetet hiányzott munkahelyéről illetve az egyetemről/főiskoláról – 6%-uk egyetlen napot sem töltött munkahelyén, – a kezelés végén ezek a számok 8,2%-ra illetve 1,2%-ra csökkentek. A szabadságon lévők aránya lényegében azonos volt (2,1% illetve 1,2%). A munka minőségére, a munkatársakkal való kapcsolatra és a munkával kapcsolatos érzésekre vonatkozó 5 kérdésre adott válaszok mindegyike szignifikánsan javult. A kezelés kezdete előtti hónapban a nem mulasztók 64,8%-a számolt be arról, hogy nem tudta megfelelően ellátni munkáját (SAS A), 44,2%-uk szégyellte magát munkája minősége (SAS B) miatt, 41,5%-uknál fordult elő, hogy munkatársaikkal vitába keveredtek (SAS C), 78,2%-uk rossz érzéssel, aggodalmaskodva végezte munkáját (SAS D), és 68%-ukat nem, vagy alig érdekelte a munkája (SAS E). Ezek a számok (az előzők sorrendjében) a 8. hétre 11,8%, 6,2%, 8,0%, 15,6% és 13,4%, a 24. hétre 2,8%, 0,8%, 2,6%, 4,0% és 5,7% szintre csökkentek. Az 52. hétre, a vizsgálat utolsó vizitjére, az arányok tovább csökkentek (1,8%, 0,6%, 1,9%, 2,6% és 3,1%-ra). A kezelés során a SAS munkára vonatkozó részének együttes- és az egyes alkérdésekre adott kedvező változása statisztikailag szignifikáns ($p < 0,0001$) volt (3. ábra).

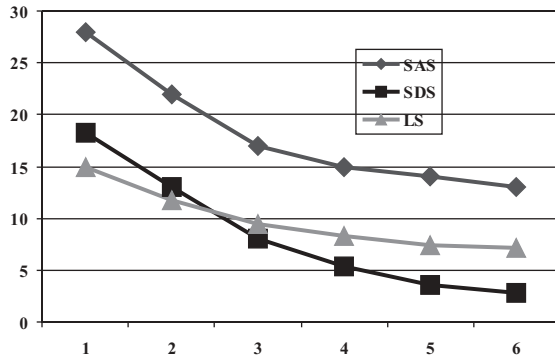
A munkával kapcsolatos aggodalmaskodás és az érdeklődés csökkenés fordult elő a leggyakrabban és javult a leglassabban.

A munkateljesítmény kapcsolata depressziós tünetek súlyosságával

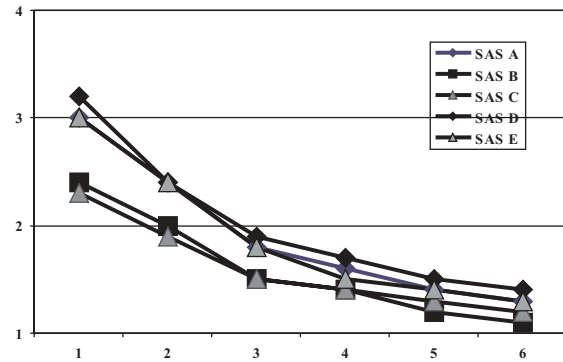
A HAM-D és a SAS összpontszámai szoros kapcsolatot mutattak egymással és ez valamennyi vizit alkalmával megfigyelhető volt (4. ábra).

Többváltozós elemzés szerint a HAM-D-vel való szoros kapcsolat mellett, a kezelés megkezdése előtti SAS összpontszám kapcsolatot mutatott a szorongásos zavar létével ($p = 0,045$), a korábbi epizódokkal ($p = 0,020$) és az aktuális epizódtartammal ($p = 0,028$), ez a kapcsolat kimutatható volt, sőt kifejezettebbé vált az utolsó viziten ($p < 0,0001$). Nem volt kapcsolat a SAS összpontszáma és a nem, a kor, az iskolai végzettség, a családi állapot, és a munkajellemzők (fizikai/szellemi, alkalmazott/vállalkozó vagy beosztott/középvezető/vezető) között.

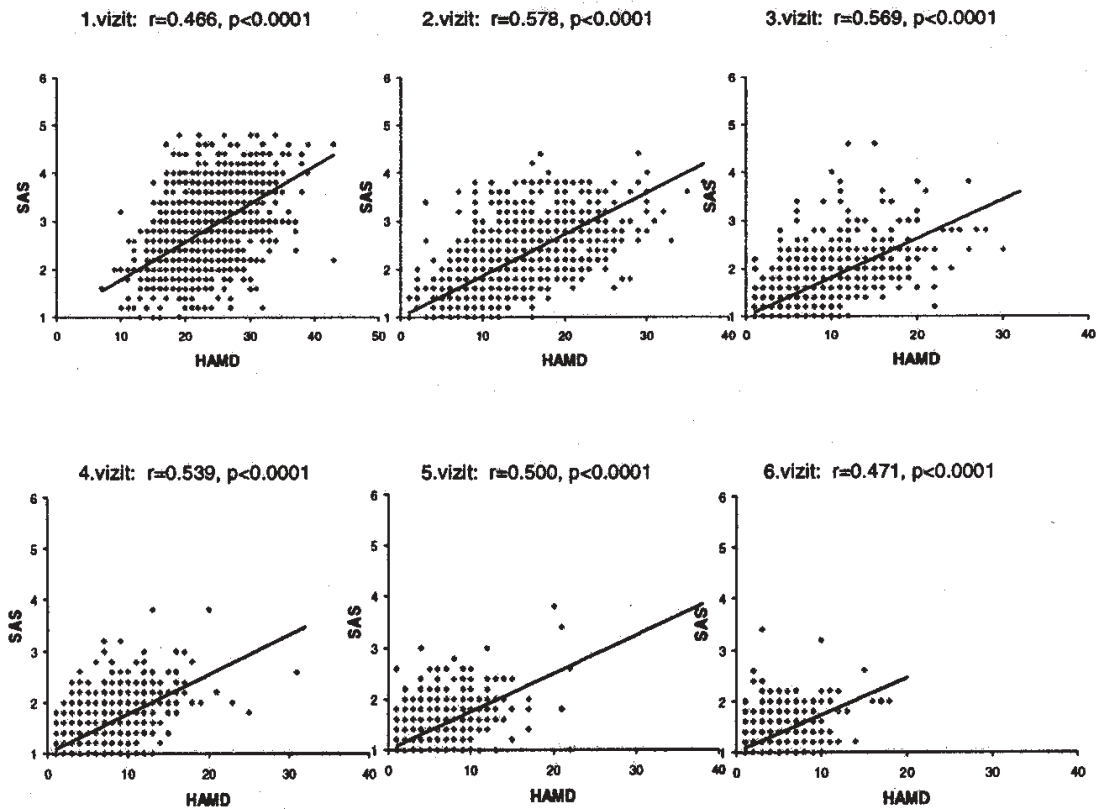
2. ábra
SAS, SDS, LS átlagpontszámainak változása a vizsgálat során



3. ábra
SAS munka minőségére vonatkozó átlagpontszámai



4. ábra
HAMD és SAS összefüggései



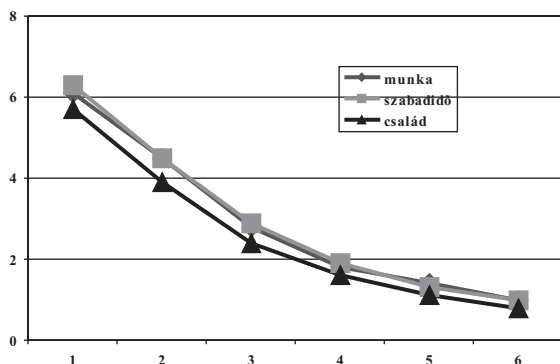
A követés során az SDS átlaga és mindhárom vizuál-analóg alskálája folyamatosan javult: a munkára (6,1; 4,5; 2,8; 1,8; 1,2; 0,9), szabadidős tevékenységekre (6,3; 4,5; 2,8; 1,9; 1,3; 1,0) és a családi életre (5,7; 3,9; 2,4; 1,6; 0,8) vonatkozó skálák pontértéke párhuzamosan csökkent (5. ábra). A szabadidős tevékenység és a munkaképesség károsodása mindvégig kifejezettebb volt, mint a családi élet károsodása, de a különbség nem volt szignifikáns.

Többváltozós elemzés kimutatta, hogy a kezelés megkezdése előtti SDS összpontszám szignifi-

káns kapcsolatban volt az életkorral ($p=0,031$), az epizódsszámmal ($p=0,028$) és az epizódtartammal ($p=0,046$), a követés végén a korrall ($p=0,003$), a szorongásos zavar létével ($p<0,0001$) és az epizódsszámmal ($p<0,0001$). Nem volt kapcsolat az SDS összpontszáma és a nem, az iskolai végzettség, a családi állapot, és a munkajellemzők (fizikai/szellemi, alkalmazott/vállalkozó vagy beosztott, középvezető/vezető) között.

Az LS összpontszáma ugyancsak folyamatosan csökkent (1. ábra), és a követés során mindvégig szignifikáns kapcsolatot mutatott a HAM-D össz-

5. ábra. SDS alskálák pontszámváltozásai a vizsgálat során



pontszámával (6. ábra). A többváltozós elemzés feltárta, hogy a depresszió súlyossága mellett a kezelés előtti LS összpontszám kapcsolatban volt a nemmel ($p=0,000$), a családi állapottal ($p=0,035$), az iskolai végzettséggel ($p=0,012$), a munkahelyi beosztással ($p=0,004$), a követés végén pedig a munkahelyi beosztással ($p=0,003$), a szorongásos zavar létével ($p<0,0001$), az epizód-számmal ($p<0,0001$), és az aktuális epizód tartamával ($p<0,0001$).

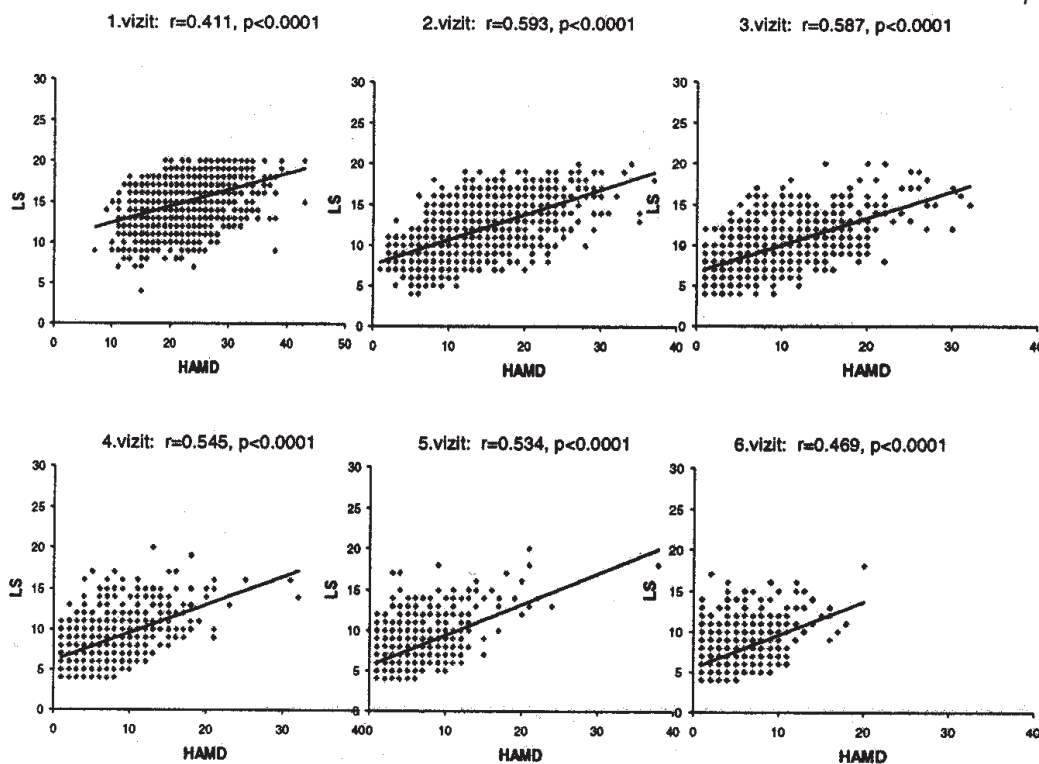
Megbeszélés

A depresszió kezelésében a rövid távon elérhető sikerek ellenére hosszú távon az eredmények még

mindig nem kielégítő. A depresszió továbbra is aluldiagnosztizált és alulkezelt, a komorbid állapotokra pedig gyakran nem fordítanak kellő figyelmet. További problémát jelent, hogy az akut kezelési fázis során nem mindig törekszenek a teljes remisszióra. A tünetredukció elérésével megfelelő kezelést követően reziduális tünetek maradhatnak vissza, amelyek magukban hordozzák a relapszus vagy a krónikussá válás kockázatát (9). A depressziós tünetek megszűnése mellett a munka-, az alkotó- és az örömképesség maradéktalan helyreállása jelenti csak a depressziós epizód teljes gyógyulását, és biztosítja a kedvező hosszú távú prognózist.

A beteg és közvetlen környezete számára okozott szenvedés és gazdasági hátrányok mellett a depresszió súlyos károkat okoz az egész társadalom számára is. Egy felmérés szerint az Egyesült Államokban a depresszió költségvonzata évente több tízmilliárd dollárt tesz ki (16). A költségek legnagyobb részét a depresszió okozta teljesítmény csökkenés teszi ki. Bár a nemzetközi irodalom adatai szerint a depresszió megfelelő kezelésével, a tünetek enyhülésével ezek a költségek csökkenthetők, mégsem beszélhetünk átütő sikerekről. Ennek magyarázata a szakirodalom szerint a korszerű, hatékony és egyébként jól tolerálható antidepresszív terápia nem megfelelő és nem eléggé elterjedt használata.

6. ábra
HAMD és LS kapcsolata



Bár számos publikáció tanúsítja az antidepresszív terápia költséghatékonyságát, viszonylag kevés azoknak a tanulmányoknak a száma, melyek egyértelműen bizonyítják a depresszió kezelésének közvetlen pozitív hatását a munkateljesítményre. Ennek oka elsősorban az, hogy a vizsgálatok jelentős részében viszonylag rövid ideig követik a betegek sorsát (4–6 hét), ami elegendő a depressziós tünetek javulásának megítéléséhez, de nem elégséges a depresszió okozta szociális szerep- és funkciókárosodások változásának értékeléséhez (2). Figyelembe kell venni ugyanakkor azt is, hogy bizonyos antidepresszívumok olyan mellékhatásokkal is rendelkezhetnek, amelyek kedvezőtlenül befolyásolják a teljesítményt (pl. koncentrációs készségre, kognitív teljesítményre gyakorolt negatív hatás, szedáció stb.). Mindez indokoltá teszi hosszabb követési idejű, nagyobb esetszámú és kellő precizitással megtervezett vizsgálatok elvégzését.

Jelen vizsgálatunk adatainak értelmezésekor abból kell kiindulnunk, hogy a depresszió az irodalmi adatok szerint is jelentősen rontja a munkaképességet és az életminőséget. Szoros összefüggés van például a depresszió és a munkahelyi hiányzások között (2), de a korai nyugdíjba vonulás is összefüggést mutat a depresszióval. Egy finnországi 26 éves követéses vizsgálat szerint a betegség miatt idő előtt nyugdíjazottak 16,9%-a pszichiátriai betegség miatt kényszerült erre a lépésre, ezek több mint fele volt depressziós. Figyelembe kell venni ugyanakkor azt is, hogy egyéb, korai nyugdíjazáshoz vezető krónikus betegségek is gyakran járnak együtt depresszióval. Karpansalo és mtsai (4) megfigyelései szerint a nem pszichiátriai betegség miatt nyugdíjazottak, amennyiben depresszió súlyosságát mérő skálákon magasabb pontértéket értek el, átlagosan 1,5 évvel korábban mentek nyugdíjba, mint akik a skálákon alacsonyabb pontértéket értek el. Az irodalmi adatok arra is felhívják a figyelmet, hogy a depresszióban szenvedőket nagyobb valószínűséggel bocsátják el a munkahelyükről, mint a nem depressziósokat (8). Egyes vizsgálatok szerint a depresszió kifejezettebben károsítja a munkateljesítményt, mint más krónikus betegségek, pl. az allergia, magas vérnyomás, krónikus hátfájás, artritisz, fejfájás vagy az asztma bronchiale (17). Azt is kimutatták, hogy bizonyos munkakörök „érzékenyebbek” a depresszió okozta károsodásokra, így például a gyors döntéshozást, jó kommunikációs készséget igénylő munkakörök, valamint azok, amelyek

közvetlen kapcsolatokat igényelnek az ügyfelekkel (7). Stewart és mtsai (14) felhívják a figyelmet arra, hogy a károsodás mértékére jobban utalnak azok a változók, amelyek kevésbé nyilvánvalóak, mint pl. a teljesítmény csökkenése és a munka minőségének változása a nem hiányzó, nem távolmaradó alkalmazottaknál. Ezen tényezők értékelésekor nyilvánvalóvá válik, hogy a depresszió okozta károsodás kifejezettebb, és súlyosabb következményekkel jár, mint ha csak a munkahelyi hiányzások hatását elemezzük.

A fentiekben vázlatosan ismertetett irodalmi adatokat erősítik meg vizsgálatunk kiindulási értékei. Adataink szerint a depressziós betegeknél a munkahelyről való hiányzás aránya kiemelkedően magas (több mint 42%-uk legalább egy hetet hiányzott munkahelyéről egy hónap alatt!). Ugyanakkor a munkában maradók teljesítménye is kívánivalót hagyott maga után. A betegek 64,8%-a számolt be arról, hogy nem tudta megfelelően ellátni a munkáját, 78,2%-uk arról hogy aggodalmaskodtak a teljesítményük és a munkájuk minőségének romlása miatt, 68%-uk veszítette el érdeklődését, lelkesedését munkája iránt. Az SDS-skála összpontszáma közepes illetve határozott károsodásra utalt, ez vonatkozott a munkaképességre, a szabadidős aktivitásra és a családi funkciókra egyaránt. Az étellel való megelégedettséget mérő kérdőív átlagos pontértéke szerint a betegek életükkel egyértelműen elégedetlenek voltak.

A követés során, az irodalmi adatokkal egybehangzóan, a hatékony antidepresszív terápia mellett valamennyi mutató szignifikánsan javult (15). A depresszió hatékony és megfelelő kezelésével, a depressziós tünetek javulásával párhuzamosan javult a munkaképesség, a munkateljesítmény, a munka minőségének szubjektív megítélése, a szabadidős és családi tevékenység, valamint összességében az étellel való megelégedettség mértéke. Rost és mtsai (11) az Egyesült Államokban végzett 2-éves követéses vizsgálat során azt tapasztalták, hogy a depresszió kiszűrése és megfelelő kezelése 6,1%-kal javította a termelékenységet, és 22,8%-kal csökkentette a munkahelyi hiányzások számát. Vizsgálatunkban a teljesítményjavulás szoros kapcsolatot mutatott a depressziós tünetek súlyosságának csökkenésével (HAM-D és CGI-S). Az SAS munkára vonatkozó pontértékei a depresszió súlyosságát mérő skálák pontértékei mellett mindvégig korrelációt mutattak a társuló szorongásos zavar meglétével, a korábbi epizód számmal és az aktuális epizód tartamával is.

Ugyanakkor a nem, a kor, az iskolai végzettség, a családi állapot és a munkajellemzők nem befolyásolták szignifikánsan az SAS összpontszámot. Hasonlóképpen, az SDS-pontszám változását is elsősorban a depressziós epizódok száma és időtartama befolyásolta (az életkor mellett). A tágabb érvényességi körű LS-érték alakulását is befolyásolta a társuló szorongásos zavar, az epizódok száma és az aktuális epizód tartama, de szignifikáns kapcsolatot mutatott a nemmel, a családi állapottal, az iskolai végzettséggel és a munkahelyi beosztással is. A munkaképesség és a munka minősége szubjektív értékelésének változása elsősorban a depressziós tünetek javulásának volt köszönhető. A depresszió súlyossága mellett a korábbi epizódok nagyobb száma, az aktuális depressziós epizód hosszabb tartama, valamint valamilyen komorbid szorongásos zavar jelenléte nagyobb mértékű teljesítményromlást eredményezett a kezelés megkezdése előtt, és ez a kapcsolat a követés folyamán végig következetesen fennmaradt.

Vizsgálatunk megerősíti a kezelés megfelelő időtartamának fontosságát, hiszen az általunk vizsgált, a munkaképességre vonatkozó változók még a 24. hét után is mutattak javulást (2).

Eredményeink értékelésénél figyelembe kell venni, hogy a munkaképesség és a munkaminőség károsodásának megítélésére önkitöltős kérdőíveket alkalmaztunk, következésképp a munka minő-

ségére csupán a beteg szempontjából kaptunk adatokat, objektív információ nem állt rendelkezésünkre. A kapott eredményeket a depressziós tünetegyüttes percepcióra és önértékelésre gyakorolt hatása is befolyásolhatja. A munkából való hiányzás azonban objektív tényezőnek tekinthető.

Konklúzió

Vizsgálatunkban az antidepresszív terápia hatékonysága, valamint a munkaképesség és életminőség változása közötti összefüggéseket vizsgáltuk. A depresszió paroxetinnel történt hatékony kezelésével párhuzamosan, csökkent a munkából való mulasztás, javult a munkateljesítmény, a szabadidős aktivitás és a családi funkciók minősége, valamint az étellel való megelégedettség mértéke. Eredményeink tehát azt igazolták, hogy szignifikáns kapcsolat van a depresszió súlyosságában bekövetkező változás és a munkaképesség, illetve az étellel való megelégedettség változása között. Amíg azonban a depressziós tünetek a 12. hétre gyakorlatilag megszűntek, addig a munkaképesség és az étellel való megelégedettség javulása fél év után is – lassúbb mértékben ugyan – de folytatódott.

Köszönetnyilvánítás

A vizsgálat és a tanulmány a Richter Gedeon Rt szponzorálásával jöhetett létre.

IRODALOM

- Allardt E (1973) About dimension of welfare: an explanatory analysis of the comparative Scandinavian survey. Helsinki: University of Helsinki, Research Group of Comparative sociology research report, 1.
- Greener MJ, Guest JF (2005) Do antidepressants reduce the burden imposed by depression on employers? *CNS Drugs* 19 (3):253-264.
- Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD et al. (1995) Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illness. *Arch Gen Psychiatry* 50:819-824.
- Karpansalo M, Kauhanen J, Lakka TA, Manninen P, Kaplan GA, Salonen JT (2005) Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men. *J Epidemiol Community Health* 59 (1):70-74.
- Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Viinamäki H, Heikkilä K, Kaprio J, Koskenvuo M (2000) Self reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *Am J Epidemiol* 152: 983-992.
- Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Antikainen R et al (2001) Self-reported life satisfaction and recovery from depression in a 1-year prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 103:38-44
- Lerner D, Adler DA, Chang H, Berndt ER, Irish JT, Lapitsky L, Hood MY, Reed J, Rogers WH (2004) The clinical and occupational correlates of work productivity loss among employed patients with depression. *J Occup Environ Med* 46 (Suppl 6): 46-55.
- Lerner D, Adler DA, Chang H, Lapitsky L, Hood MY, Perissinotto C, Reed J, McLaughlin TJ, Berndt ER, Rogers WH (2004) Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatr Serv* 55 (12): 1371-1378.
- McIntyre RS, O'Donovan C (2004) The human cost of not achieving full remission in depression. *Can J Psychiatry* 49 (Suppl 1):10-16.
- Ormel J, Von Korff M, Üstün TB et al. (1994) Common mental health disorders and disability across cultures: results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA* 27: 1741-48.
- Rost K, Smith JL, Dickinson M (2004) The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity. A randomized trial. *Med Care* 42: 1202-1210.
- Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA (1996) The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 11 (Suppl 3): 89-95.
- Simon GE, Barber C, Birnbaum HG et al. (2001) Depression and work

- productivity: the comparative cost of treatment versus nontreatment. *J Occup Environ Med* 43:2-9.
14. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D (2003) Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 18, 289 (23): 3135-3144.
15. Sullivan S (2005) Promoting health and productivity for depressed patients in the workplace. *J Manag Care Pharm* 11 (Suppl 3): 12-15.
16. Wang PS, Simon G, Kessler RC (2003) The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *Int J Methods Psychiatr Res* 12 (1): 22-33.
17. Wang PS, Beck AL, Berglund P, McKenas DK, Pronk NP, Simon GE, Kessler RC (2004) Effects of major depression on moment-in-time work performance. *Am J Psychiatry* 161 (10): 1885-1891.
18. Weissman MM, Bothwell S (1976) Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry* 33: 1111-1115.

Melléklet

Mérőeszközök

1. Social Adjustment Scale (SAS) (Weissman és mtsai 1978). A kérdőív önpontozós, a szociális funkciók 7 fő területét vizsgálja:

- 1.munka, ezen belül munkaviszonyban lévőknel a munkahelyi teljesítmény, háziasszonyoknál a háztartáson belüli teljesítmény, diákoknál az iskolai teljesítmény
- 2.szociális és szabadidős aktivitás
- 3.tágabb családdal való kapcsolat
- 4.házastársi szerep
- 5.szülő szerep
- 6.szűkebb családon belüli működés
- 7.gazdasági függetlenség

A SAS munkára vonatkozó kérdései némi módosítással:

Van munkahelye? igen nem tanuló

Ha tanuló folytassa a következő oldalon.

Ha nincs, miért vesztette el a munkahelyét?

1. átszervezés
2. munkahely megszűnés
3. felmondás
4. pszichiátriai betegség
5. egyéb betegség
6. egyéb ok

Csak akkor folytassa, ha van munkahelye

Hány napot mulasztott a munkahelyéről az elmúlt hónapban

1. egy napot sem
2. egy napot
3. kb. 1 hetet
4. több, mint egy hetet, de legalább egy napot dolgoztam
5. egyetlen napot sem dolgoztam
6. szabadságon voltam

Csak akkor folytassa, ha dolgozott az elmúlt hónapban

1. Hogyan látta el munkáját az elmúlt hónapban
 1. nagyon jól
 2. jól, de voltak kisebb problémák
 3. nem ment igazán jól, segítségre volt szükségem
 4. többnyire rosszul ment a munka
 5. egész idő alatt rosszul ment a munka
2. Előfordult, hogy szégyellte magát a munkája miatt az elmúlt hónapban?
 1. soha
 2. néha egy kicsit
 3. gyakran

- 4.többnyire
- 5.mindig
3. Előfordult, hogy az elmúlt hónapban szóváltásba keveredett a kollégáival?
 - 1.nem, mindenkivel jól kijöttem
 - 2.jól kijöttem a kollégákkal, bár kisebb vitáim voltak
 - 3.többször keveredtem vitába
 - 4.sok vitám volt
 - 5.folyamatosan összetűzéseim voltak a kollégákkal
4. Munka közben voltak rossz érzései, aggodalmaskodott az elmúlt hónapban?
 - 1.soha
 - 2.néha egy kicsit
 - 3.gyakran
 - 4.többnyire
 - 5.mindig
5. Érdekesnek találta a munkáját az elmúlt hónapban?
 - 1.majdnem mindig érdekes volt
 - 2.egyszer-kétszer előfordult, hogy nem érdekelt
 - 3.gyakran nem érdekelt
 - 4.többnyire nem érdekelt
 - 5.egyáltalán nem érdekelt

Tanulóknak

1. Hány napot mulasztott az iskolából az elmúlt hónapban
 - 1.egy napot sem
 - 2.néhány napot
 - 3.kb. 1 hetet
 - 4.több mint egy hetet, de legalább egy napot voltam iskolában
 - 5.egyáltalán nem mentem iskolába az elmúlt hónapban
 - 6.az elmúlt hónapban vakáció volt
2. Lépést tudott tartani az iskolai feladatokkal az elmúlt hónapban
 - 1.igen, probléma nélkül
 - 2.jól ment a tanulás, de voltak kisebb problémák
 - 3.nem ment igazán jól, segítségre volt szükségem
 - 4.többnyire rosszul ment a tanulás
 - 5.egész idő alatt rosszul ment a tanulás
3. Előfordult, hogy szégyellte magát az iskolai teljesítménye miatt az elmúlt hónapban?
 - 1.soha
 - 2.néha egy kicsit
 - 3.gyakran
 - 4.többnyire
 - 5.mindig
4. Voltak vitái iskolatársaival vagy oktatóival az elmúlt hónapban?
 - 1.nem, mindenkivel jól kijöttem
 - 2.jól kijöttem mindenkivel, bár kisebb vitáim voltak
 - 3.többször keveredtem vitába
 - 4.sok vitám volt
 - 5.folyamatosan összetűzéseim voltak velük
5. Voltak rossz érzései, aggodalmaskodott az iskolában az elmúlt hónapban?
 - 1.soha
 - 2.néha egy kicsit
 - 3.gyakran
 - 4.többnyire
 - 5.mindig

6. Érdekesnek találta az iskolai tevékenységet az elmúlt hónapban?

1. majdnem mindig érdekes volt
2. egyszer-kétszer előfordult, hogy nem érdekelt
3. gyakran nem érdekelt
4. többnyire nem érdekelt
5. egyáltalán nem érdekelt

2. Sheehan Disability Scale (SDS)

Három vizuál analóg skálából áll (0-10) az élet három területén jelentkező károsodást értékeli, a munka, a családi- és a szociális aktivitás károsodás mértékét (enyhe, közepes, és súlyos beosztásban).

3. Élettel való elégedettség skála (Allardt módosítása 1973)

Kérjük, hogy az érzéseit legjobban kifejező számot jelölje meg.

Milyennek érzi mostanában az életét?

1. nagyon érdekes
2. eléggé érdekes
3. nem tudom megmondani
4. eléggé unalmas
5. nagyon unalmas

Hogyan jellemezné mostanában az állapotát?

1. nagyon boldog vagyok
2. meglehetősen boldog vagyok
3. nem tudom megmondani
4. eléggé szomorú vagyok
5. nagyon szomorú vagyok

Mennyire érzi nehéznek mostanában az életét?

1. nagyon könnyű az életem
2. meglehetősen könnyű az életem
3. nem tudom megmondani
4. meglehetősen nehéz az életem
5. nagyon nehéz az életem

Mennyire érzi magát egyedül mostanában?

1. egyáltalán nem vagyok egyedül
2. néha-néha egyedül érzem magam
3. nem tudom megmondani
4. meglehetősen egyedül érzem magam
5. nagyon egyedül érzem magam

A teljes pontszám 4-20 között van. Az értékelés a következő: 4-6 pont: elégedett; 7-11 pont: közepesen elégedett; 12-20 pont: elégedetlen.