

RŪKYMO RYŠYS SU SOCIODEMOGRAFINIAIS BEI SU LIGA SUSIJUSIAIS VEIKSNIAIS IR GYVENIMO KOKYBE SERGANT DEPRESINIU SUTRIKIMU

Relationship of smoking with sociodemographic and disease-related factors and quality of life in patients with depressive disorder

Milda Dubininkienė, Aivaras Čerkauskas

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos Psichiatrijos klinika, Kaunas, Lietuva

SUMMARY

Introduction. Individuals suffering from depressive disorder smoke two times more often; they smoke more cigarettes a day and are less likely to quit smoking than general population. [2] As a result of comorbidity between smoking and major depressive disorder [1], we evaluated the connection between smoking and sociodemographic disease-related factors and quality of life.

The aim of this research is to evaluate the relationship between smoking and sociodemographic and disease-related factors, and quality of life of depression inpatients.

Methods. The clinical testing was carried out in the Department of Psychiatry of Hospital of Lithuanian University of Health Sciences Kauno Klinikos. 52 patients suffering from depressive disorder were examined using sociodemographic questionnaire, Fagerström Test for Nicotine Dependence, and SF-36 (quality of life) questionnaire. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software was used to investigate the statistical data.

Results. It was established that 24 out of 52 patients suffering from depressive disorder smoke, which is 46,15proc. of sample. In addition, the intensity of physical addiction to nicotine was assessed: very low dependence was ascertained to 8 patients (33,33%), low – 7 (29,17%), moderate – 2 (8,33%), high – 7 (29,17%).

Conclusions. The study of patients suffering from depressive disorder established that more patients smoke in less than 40 years group. In addition, it was ascertained that patients who do not smoke are more likely to be hospitalized from 1 to 5 times and patients who smoke are more likely to be hospitalized from 6 to 10 times or more than 10 times. Social role functioning, emotional role functioning and mental health was evaluated higher in patients who do not smoke group but all of the other analytes were evaluated higher in low, very low and moderate dependence from nicotine group.

Keywords: depression, smoking, quality of life

SANTRAUKA

Įvadas. Depresiniu sutrikimu sergantys žmonės dvigubai dažniau rūko lyginant su bendrąja populiacija. Taip pat depresija sergantys pacientai surūko daugiau cigarečių per dieną, sunkiau meta rūkyti nei nesergantys depresija asmenys. [2, 15] Kadangi pastebėtas komorbidiskumas tarp rūkymo ir depresinio sutrikimo, [1], buvo numatytas tyrimo tikslas iširti depresiniu sutrikimu sergančių pacientų rūkymo ryšį su sociodemografiniais, su liga susijusiais veiksniais ir gyvenimo kokybe.

Metodai. Tyrimas atliktas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų (toliau – Kauno klinikų) Psichiatrijos klinikoje. Naudojantis sociodemografiniu klausimynu, Fagerström K.O. (1991) priklausomybės nuo nikotino testu ir SF-36 gyvenimo kokybės klausimynu buvo iširti 52 depresiniu sutrikimu sergantys pacientai.

Rezultatai. Iš 52 depresiniu sutrikimu sergančių pacientų rūko 24 (46,15 proc.). Taip pat nustatytas depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų priklausomybės laipsnis nuo rūkymo: labai mažas buvo nustatytas 8 tiriamiesiems (33,33 proc.), mažas – 7 (29,17 proc.), vidutinis – 2 (8,33 proc.), aukštas – 7 (29,17 proc.).

Išvados. Reikšmingai daugiau rūkančių yra jaunesnių nei 40 metų grupėje. Tarp nerūkančių daugiau buvo tiriamųjų, kurie buvo stacionarizuoti nuo 1 iki 5 kartų, o tarp rūkančių buvo daugiau tų, kurie buvo stacionarizuoti nuo 6 iki 10 kartų ir tų, kurie buvo stacionarizuoti daugiau nei 10 kartų. Socialinė funkcija, emocinė būklė ir bendra psichikos sveikata buvo įvertinta aukščiau tarp nerūkančių, o visose kitose srityse rezultatai buvo įvertinti aukščiau tarp mažą, labai mažą ir vidutinę priklausomybę turinčių pacientų.

Raktiniai žodžiai: depresija, rūkymas, gyvenimo kokybė.

IVADAS

Yra mokslškai įrodyta, kad tarp depresijos sutrikimo ir rūkymo yra komorbidiškumas [1]. Yra pastebėta, kad rūkymas tarp depresiniu sutrikimu sergančių pacientų yra dvigubai dažnesnis nei bendrojoje populiacijoje [2]. Nustatyta kad sergantys depresijos ar nerimo sutrikimu asmenys dažniau pradeda rūkyti ateityje, o sveiki žmonės, kurie rūko, dažniau ateityje susergera depresiniu sutrikimu arba pradeda jausti nerimą [16]. Kitas tyrimas nustatė, kad moterys, surūkančios daugiau nei 10 gramų tabako per parą turi ženkliai padidėjusią riziką susirgti depresiniu sutrikimu nei nerūkančios. Moterims surūkančioms 11–20 gramų tabako per parą rizika susirgti depresiniu sutrikimu padidėja vidutiniškai 1,74 karto, o moterims, surūkančioms daugiau nei 20 gramų tabako per parą, rizika padidėja 2,17 karto. Tuo tarpu vyrams padidėja rizika susirgti depresiniu sutrikimu 1,9 karto, jei surūkoma daugiau nei 20 gramų tabako per parą [17]. Vertinant depresinio sutrikimo ir rūkymo komorbidiškumo priežasčių buvo iškeltos dvi hipotezės: pirmoji teigia, kad depresiniu sutrikimu sergantiems pacientams rūkymas yra savipagalbos priemonė, nes padeda sumažinti sutrikimo simptomus [3]. Kita hipotezė teigia, kad rūkymas gali sukelti depresijos ar nerimo simptomus, didindamas žmogaus imlumą aplinkos stresoriams [3].

Mūsų tyrimo tikslas: ištirti ryšį tarp rūkymo ir sociodemografinių veiksnių, su liga susijusių veiksnių ir gyvenimo kokybės sergant depresiniu sutrikimu.

TYRIMO KONTINGENTAS IR METODIKA

Tyrimas atliktas Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Psichiatrijos klinikos stacionare. Tyrimo trukmė: nuo 2018 metų gruodžio mėnesio iki 2019 metų birželio mėnesio. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Bioetikos komitetas suteikė leidimą atlikti šį tyrimą (BEC-MF-84).

Tyrimo metu buvo apklausti 18 metų ir vyresni, nesergantys lėtinėmis ar kitomis somatinėmis ligomis 52 depresiniu sutrikimu sergantys pacientai. Tyrimui atlikti buvo naudojamas autorių sudarytas sociodemografinis klausimynas, kuriame buvo klausimai apie pacientų lytį, amžių, gyvenamąją vietą, išsimokslinimą, darbinę padėtį, psichiatrines hospitalizacijas ir susirgimo trukmę metais.

Priklausomybei nuo nikotino nustatyti ir įvertinti buvo naudotas Fagerström K.O. (1991) priklausomybės nuo nikotino testas (angl., *The Fagerström Test for Nicotine Dependence*) [4]. Tai greita ir patogi, šešių klausimų instrumentuotė, kurios tikslas yra nustatyti pacientų priklausomybės nuo nikotino laipsnį. Kiekvienas atsakymas vertinamas balais, nurodytais autoriaus. Taip/ne atsakymai buvo vertinami 0 arba 1, o daugybinio pasirinkimo atsakymai buvo vertinami nuo 0 iki 3. Surinkti balai buvo sumuojami ir gaunamas bendras balas, ribose nuo 0 iki 10. Pagal bendrą balų sumą, nustatomas priklausomybės sunkumo laipsnis: suma 0–2 balai – labai maža priklausomybė; 3–4 balai – maža priklausomybė, 5 balai – vidutinė priklausomybė, 6–7 balai – aukšta priklausomybė ir 8–10 balai – labai aukšta priklausomybė.

Gyvenimo kokybė buvo vertinama, naudojant SF-36 klausimyną (Trumpa sveikatos apklausos forma, angl.

Short Form 36 Medical Outcomes Study questionnaire) [5]. Šioje instrumentuotėje pateikiami tiksliniai klausimai apie fizinį aktyvumą, veiklos apribojimą dėl fizinių negalavimų ir emocinių sutrikimų, socialinius ryšius, emocinę būseną, energingumą/gyvybingumą, skausmą ir bendrąjį sveikatos vertinimą. Atsakymai vertinami balais, kurie suskaičiuojami pagal algoritmą: pasirinkti variantai konvertuojami į balus, nurodytus instrukcijoje; po to konvertuoti balai įkeliami į specialią formulę ir gaunamas rezultatas. Kiekviena sritis vertinama nuo 0 iki 100 balų (kuo aukštesnis įvertinimas, tuo geresnė paciento gyvenimo kokybė).

Statistinė analizė

Naudojantis „SPSS 23“ programos paketu, atlikta statistinė analizė. Apskaičiuota aprašomoji statistika: kokybiniais duomenimis – dažnis (procentais), kiekybiniais duomenimis: vidurkis ir standartinis nuokrypis (SN). Kada reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$, tada skirtumai ir ryšys buvo laikomi statistiškai reikšmingais. Naudojant susietų lentelių metodą, buvo tikrinamas kokybinių požymių statistinis ryšys. Taikant tikslų chi kvadrato (χ^2) kriterijų (mažoms imtims) ir asimptotinį chi kvadrato (χ^2) kriterijų buvo vertinamas kokybinių požymių tarpusavio priklausomumas. Tikslusis Fišerio ir normalinės aproksimacijos kriterijai taikyti tikimybėms palyginti, priklausomai nuo imčių dydžių. Taikant z-kriterijų, atlikti poriniai palyginimai. Atliekant Kolmogorovo-Smirnovo testą, buvo tikrinamas tolydžiųjų kintamųjų skirstinių normalumas. Naudojantis neparametrinių dydžių lyginamaisiais testais buvo lygintini kiekybiniai duomenys, neturėję normaliojo skirstinio. Taikant Mano-Withney (U) testą, buvo nustatomi skirtumai tarp dviejų nepriklausomų grupių [14].

REZULTATAI

Iš 52 depresiniu sutrikimu sergančių pacientų rūkė 24 (46,2 proc.). Vertinant sociodemografinius ir su liga susijusius veiksnis, rastas statistiškai reikšmingas ryšys tarp rūkymo ir amžiaus ir stacionarizavimų dažnio tarp depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų (lentelė 1).

Vertinant depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų lyties ir rūkymo ryšį, nustatyta ir įvertinta, kad vyrai ir moterys rūko panašiai ($p=0,444$). Iš vyrų rūkė 7 ir nerūkė 11, o iš moterų rūkė ir nerūkė po 17.

Vertinant depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų amžių ir rūkymo ryšį, buvo nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,001$). Iš vyresnių nei 40 metų rūkančių buvo 8 ir nerūkančių 25, o iš jaunesnių – rūkančių 16, o nerūkančių 3.

Vertinant rūkymo ir šeimyninės padėties ryšį, tarp depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo rasta. Buvo nustatyta ir įvertinta, kad iš susituokusių rūkė 10 ir nerūkė 17, o tarp vienišų šie skaičiai yra 14 ir 11 ($p=0,171$).

Vertinant rūkymo ir išsilavinimo ryšį, taip pat nerasta statistiškai reikšmingo skirtumo. Nustatyta ir įvertinta, kad iš aukštąjį išsilavinimą turinčių depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų rūkė 6 ir nerūkė 12, o iš žemesnį išsilavinimą turinčių pacientų rūkė 18 ir nerūkė 16 ($p=0,177$).

Mieste ir kaime gyvenantys depresiniu sutrikimu sergantys tiriamieji taip pat rūko panašiai: mieste rūkė 18 ir nerūkė 20, o

1 lentelė. Sociodemografinių bei su liga susijusių veiksnių palyginimas tarp rūkančių ir nerūkančių depresiniu sutrikimų sergančių tiriamųjų

Rizikos veiksnys	Analitė	Rūko n (proc.)	Nerūko	p reikšmė
Lytis	Vyrai	7 (13,5)	11 (21,2)	0,444
	Moterys	17 (32,7)	17 (32,7)	
Amžius	<40	16 (30,8)	3 (5,8)	<0,001
	≥40	8 (15,4)	25 (48,1)	
Šeimyninė padėtis	Gyvenantys santuokoje	10 (19,2)	17 (32,7)	0,171
	Vieniši	14 (26,9)	11 (21,2)	
Išsilavinimas	Neaukštasis	18 (34,6)	16 (30,8)	0,177
	Aukštasis	6 (11,5)	12 (23,1)	
Gyvenamoji vieta	Miestas	18 (34,6)	20 (38,5)	0,772
	Kaimas	6 (11,5)	8 (15,4)	
Darbinis statusas	Dirbantis	13 (25,0)	14 (26,9)	0,463
	Bedarbis	10 (19,2)	10 (19,2)	
	Dalinis darbingumas	1 (1,9)	4 (7,7)	
Ligos trukmė, metai	0–10	23 (44,2)	21 (40,4)	0,381
	11–20	1 (1,9)	4 (7,7)	
	>20	2 (3,8)	1 (1,9)	
Kelintas gydymas stacionarinis	0–5	16 (30,8)	27 (51,9)	0,014
	6–10	5 (9,6)	0 (0,0)	
	>10	3 (5,8)	1 (1,9)	

kaime atitinkamai 6 ir 8 ($p=0,772$).

Tarp depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų rūkymo ryšio su darbu statistiškai reikšmingo skirtumo taip pat nerasta. Iš dirbančių depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų rūkė 13 ir nerūkė 14, tarp bedarbių rūkančių ir nerūkančių buvo po 10, o tarp dalinį darbingumą turinčių tiriamųjų šie skaičiai atitinkamai yra 1 ir 4 ($p=0,463$).

Nerastas statistiškai reikšmingas ryšys tarp rūkymo ir depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų sutrikimo trukmės. Tarp depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų, kurie serga trumpiau nei 10 metų rūkančiųjų buvo 23, o nerūkančiųjų 21. Iš tiriamųjų, kurių ligos trukmė yra 11–20 metų rūkančiųjų buvo 1, o nerūkančiųjų 4. Tarp tiriamųjų sergančių ilgiau nei 20 metų šie skaičiai buvo atitinkamai 2 ir 1 ($p=0,381$).

Tarp rūkymo ir stacionarizavimo dažnio rastas statistiškai reikšmingas skirtumas. Iš tiriamųjų, kurie buvo stacionarizuoti iki 5 kartų, rūkančiųjų buvo 16, nerūkančiųjų 27. Iš tų, kurie buvo stacionarizuoti 6–10 kartų rūkančiųjų buvo 5 ir nerūkančiųjų nebuvo visai, tarp tų, kurie buvo stacionarizuoti daugiau nei 10 kartų, rūkančiųjų buvo 3, o nerūkančiųjų 1 ($p=0,014$).

Depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų priklausomybės nuo rūkymo laipsnis – labai mažas buvo nustatytas 8 tiriamiesiems (33,3 proc.), mažas – 7 (29,2 proc.), vidutinis – 2 (8,3 proc.), aukštas – 7 (29,2 proc.) (2 lentelė).

Kaip matyti 2 lentelėje, lyginant depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų skirtingus priklausomybės laipsnius, statistiškai reikšmingo skirtumo vertinant sociodemografinius bei su liga susijusius veiksnius nepastebėta.

Vertinant gyvenimo kokybę, taip pat buvo nustatyta, kad

tarp depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų fizinis aktyvumas, skausmas, fizinė sveikata, socialinė funkcija, emocinė būklė, psichikos sveikata turi reikšmingą ryšį su priklausomybės nuo rūkymo laipsniu.

Nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas pagal fizinį aktyvumą tarp depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų: daugiausiai balų nustatyta tiems, kurių priklausomybės laipsnis mažas, labai mažas ir vidutinis – 81,7, o mažiausiai aukšto ir labai aukšto priklausomybės laipsnio – 47,2 ($p=0,001$).

Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų buvo labiausiai išreikštas tarp tiriamųjų, kurių aukštas ir labai aukštas priklausomybės nuo rūkymo laipsnis (vidutiniškai 2,8 balai), o mažiausiai tarp mažo, labai mažo ir vidutinio priklausomybės laipsnio (vidutiniškai 31,7 balai), tačiau rezultatas nebuvo statistiškai reikšmingas ($p=0,094$).

Depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų, esant aukštam ir labai aukštam priklausomybės nuo rūkymo laipsniui būdinga statistiškai reikšmingai stipriau išreikštas skausmas (27,2 balai), lyginant kai priklausomybės laipsnis yra mažas, labai mažas ir vidutinis, skausmas buvo mažiausiai išreikštas (67,4 balai) ($p=0,001$).

Tarp depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų bendras sveikatos vertinimas buvo statistiškai reikšmingai aukštesnis nerūkančių tiriamųjų grupėje – 41,8, lyginant su aukšto ir labai aukšto priklausomybės laipsnio grupės vertinimu – 21,1 ($p=0,023$).

Vertinant depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų bendrai fizinę sveikatą, aukščiausias įvertinimas nustatytas mažo, labai mažo ir vidutinio priklausomybės nuo rūkymo laipsnio

2 lentelė. Priklausomybės nuo rūkymo laipsnis tarp depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų ir sociodemografinių bei su liga susijusių veiksnių palyginimas tarp rūkančių depresiniu sutrikimų sergančių tiriamųjų

Rizikos veiksnys	Analitė	Labai maža priklausomybė (0–2 FTND balai)	Maža priklausomybė (3–4 FTND balai)	Vidutinė priklausomybė (5 FTND balai)	Aukšta priklausomybė (6–7 balai)	p reikšmė
		n (proc.)				
Depresija sergantys tiriamieji		8 (33,3)	7 (29,2)	2 (8,3)	7 (29,2)	
Lytis	Vyras	4 (16,7)	2 (8,3)	1 (4,2)	0 (0,0)	0,173
	Moteris	4 (16,7)	5 (20,8)	1 (4,2)	7 (29,2)	
Amžius	<40	5 (20,8)	4 (16,7)	2 (8,3)	5 (20,8)	0,701
	>40	3 (12,5)	3 (12,5)	0 (0,0)	2 (8,3)	
Šeimyninė padėtis	Vieniši	4 (16,7)	3 (12,5)	2 (8,3)	5 (20,8)	0,417
	Susituokę	4 (16,7)	4 (16,7)	0 (0,0)	2 (8,3)	
Išsilavinimas	Neaukštasis	5 (20,8)	6 (25,0)	2 (8,3)	5 (20,8)	0,613
	Aukštasis	3 (12,5)	1 (4,2)	0 (0,0)	2 (8,3)	
Gyvenamoji vieta	Miestas	6 (25,0)	5 (20,8)	2 (8,3)	5 (20,8)	0,859
	Kaimas	2 (8,3)	2 (8,3)	0 (0,0)	2 (8,3)	
Darbingumo statusas	Dirbantis	5 (20,8)	6 (25,0)	1 (4,2)	2 (8,3)	0,185
	Bedarbis	3 (12,5)	1 (4,2)	1 (4,2)	5 (20,8)	
Ligos trukmė, metai	<10	7 (29,2)	7 (29,2)	2 (8,3)	5 (20,8)	0,301
	11–20	1 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,2)	
	>20	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (8,3)	
Kelintas stacionarinis gydymas	0–5	7 (29,2)	4 (16,7)	1 (4,2)	4 (16,7)	0,681
	6–10	0 (0,0)	2 (8,3)	1 (4,2)	2 (8,3)	
	>10	1 (4,2)	1 (4,2)	0 (0,0)	1 (4,2)	

grupėje (55,4 balų), o mažiausiai – aukšto ir labai aukšto priklausomybės nuo rūkymo laipsnio tiriamųjų grupėje – 24,6 ($p < 0,001$).

Vertinant energingumą, buvo nustatyta, kad mažiausias energingumas būdingas aukšto ir labai aukšto priklausomybės nuo rūkymo laipsnio tiriamųjų grupėje (21,1 balas), o didžiausias – mažai, labai mažai ir vidutiniškai priklausomų nuo rūkymo depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų grupėje (40,7), bet nereikšmingai ($p = 0,114$).

Tarp depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų socialinė funkcija aukščiausiai įvertinta tarp nerūkančių depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų (50,4 balai), o mažiausiai – aukšto ir labai aukšto priklausomybės nuo rūkymo laipsnio grupėje (9,9 balų) ($p = 0,003$).

Nustatyta ir įvertinta, kad tarp depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų veikla dėl emocinių sunkumų labiausiai apribota aukšto ir labai aukšto priklausomybės laipsnio grupėje – 3,7 balai, o mažiausiai – mažo, labai mažo ir vidutinio laipsnio priklausomybės nuo rūkymo grupėje – 26,7 balai ($p = 0,261$). Tiriant emocinę būklę, nustatyta, kad ji yra žemiausiai įvertinta aukšto ir labai aukšto priklausomybės nuo rūkymo grupėje – 24,0 balai, o aukščiausiai nerūkančių tiriamųjų grupėje – 45,4 balų. Tai buvo statistiškai reikšmingas rezultatas ($p = 0,029$). Vertinant bendrai psichinę sveikatą tarp depresiniu sutrikimu sergančių pacientų, aukščiausias įvertinimas buvo nerūkančių tiriamųjų grupėje – 39,2 balai, o mažiausias aukšto ir labai aukšto priklausomybės laipsnio tiriamųjų grupėje – 14,7

($p = 0,014$); (3 lentelė).

DISKUSIJA

Mūsų atlikto tyrimo metu išsiaiškinome, kad 46,2 proc. depresiniu sutrikimu sergantys tiriamieji tyrimo metu rūkė. Kitame raste tyrime gauti rezultatai skiriasi. Tyrime, atlikame pietų Vokietijoje, gauti duomenys rodo, kad depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų, kurie tyrimo metu rūkė, buvo 27,4 proc. [6]. Kitame tyrime, gauti panašūs duomenys kaip mūsų tyrime – rūkančių depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų buvo 39,9 proc. [7].

Vertindami sociodemografinių veiksnių ryšį su rūkymu tarp depresiniu sutrikimu sergančių pacientų, nustatėme, kad tarp depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų rūko daugiau jaunų tiriamųjų nei vyresnio amžiaus ($p < 0,001$). Šie duomenys buvo palyginti su kitu tyrimu, kuriame tirtas rūkymo ryšys su gyvenimo kokybe tarp sergančiųjų depresiniu sutrikimu, šizofrenija ir bipoliniu sutrikimu, tačiau statistiškai reikšmingas ryšys tarp šių veiksnių nebuvo rastas [8]. Kitame tyrime atrasti statistiškai reikšmingi duomenys ($p = 0,003$), nurodantys, kad nuolatos rūkantys asmenys yra jaunesnio amžiaus [1].

Šiame tyrime nustatyta, kad tarp depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų priklausomybės nuo rūkymo ir stacionarizavimo dažnio yra statistiškai reikšmingas ryšys ($p = 0,014$). Mažiausiai kartų stacionarizuoti buvo nerūkantys depresiniu sutrikimu sergantys tiriamieji, o dažniau stacionarizavimų buvo tarp rūkančiųjų. Kitame straipsnyje,

3 lentelė. Ryšys tarp rūkymo priklausomybės laipsnio ir gyvenimo kokybės tarp depresiniu sutrikimu sergančių pacientų

Nerūkymas/priklausomybės laipsnis	Pacientų skaičius, n (proc.)	Gyvenimo kokybės sritis	SF-36 surinktų balų vidurkis, (SN)	p reikšmė
Nerūko	28 (53,8)	Fizinis aktyvumas	72,7 (21,0)	0,001
Mažas, labai mažas ir vidutinis	15 (28,8)		81,7 (19,1)	
Aukštas ir labai aukštas	9 (17,3)		47,2 (21,7)	
Nerūko	28 (53,8)	Veiklos apribojimas dėl fizinių negalavimų	30,7 (30,4)	0,094
Mažas, labai mažas ir vidutinis	15 (28,8)		31,7 (30,6)	
Aukštas ir labai aukštas	9 (17,3)		2,8 (8,3)	
Nerūko	28 (53,8)	Skausmas	60,3 (35,3)	0,001
Mažas, labai mažas ir vidutinis	15 (28,8)		67,4 (28,3)	
Aukštas ir labai aukštas	9 (17,3)		27,2 (29,5)	
Nerūko	28 (53,8)	Bendras sveikatos vertinimas	41,8 (19,0)	0,023
Mažas, labai mažas ir vidutinis	15 (28,8)		41,0 (24,4)	
Aukštas ir labai aukštas	9 (17,3)		21,1 (8,6)	
Nerūko	28 (53,8)	Fizinė sveikata	51,3 (18,8)	<0,001
Mažas, labai mažas ir vidutinis	15 (28,8)		55,4 (17,7)	
Aukštas ir labai aukštas	9 (17,3)		24,6 (10,1)	
Nerūko	28 (53,8)	Energingumas	39,6 (23,0)	0,114
Mažas, labai mažas ir vidutinis	15 (28,8)		40,7 (25,8)	
Aukštas ir labai aukštas	9 (17,3)		21,1 (25,5)	
Nerūko	28 (53,8)	Socialinė funkcija	50,4 (30,8)	0,003
Mažas, labai mažas ir vidutinis	15 (28,8)		43,7 (30,4)	
Aukštas ir labai aukštas	9 (17,3)		9,9 (18,8)	
Nerūko	28 (53,8)	Veiklos apribojimas dėl emocinių sunkumų	21,4 (37,6)	0,261
Mažas, labai mažas ir vidutinis	15 (28,8)		26,7 (33,8)	
Aukštas ir labai aukštas	9 (17,3)		3,7 (11,1)	
Nerūko	28 (53,8)	Emocinė būklė	45,4 (22,3)	0,029
Mažas, labai mažas ir vidutinis	15 (28,8)		43,7 (18,9)	
Aukštas ir labai aukštas	9 (17,3)		24,0 (17,9)	
Nerūko	28 (53,8)	Psichikos sveikata	39,2 (24,3)	0,014
Mažas, labai mažas ir vidutinis	15 (28,8)		38,7 (20,8)	
Aukštas ir labai aukštas	9 (17,3)		14,7 (12,1)	

kuris tyrė rūkančių tiriamųjų ryšį su stacionarizavimo dažniu, kuriame rūkančiųjų populiacijoje 21,6 proc. pacientų sirgo vidutinio sunkumo depresiniu sutrikimu, 15 proc. lengvu depresiniu sutrikimu ir 12,6 proc. sunkiu depresiniu sutrikimu, buvo nustatyta, kad rūkantys pacientai buvo statistiškai reikšmingai dažniau hospitalizuoti [11]. Kitame tyrime nustatyta, kad depresiniu sutrikimu sergantys rūkantys asmenys taip pat yra dažniau hospitalizuojami lyginant su nesergančiais depresiniu sutrikimu niekada nerūkusių asmenimis [12]. Taip pat tyrime, atliktame Ispanijoje, nustatyta, kad rūkantys pacientai, kurie serga depresiniu sutrikimu, panaudoja daugiau sveikatos sistemos resursų ir jų gydymui skiriamos didesnės išlaidos lyginant su praecityje rūkusių ar niekada nerūkusių ispanais bendrojoje populiacijoje [13].

Šiame tyrime, vertinant fizinę sveikatą, nustatyta, jog yra statistiškai reikšmingi rezultatai vertinant fizinį aktyvumą, skausmą, bendrą sveikatos vertinimą ir bendrai fizinę sveikatą.

Iš fizinio aktyvumo vertinimo bei bendrai fizinės sveikatos vertinimo daugiausiai balų surinko labai mažą, mažą ir vidutinę priklausomybę nuo rūkymo turintys asmenys. Taip pat ši populiacija turėjo ir mažiausiai išreikštą skausmą. Tačiau nerūkantys pacientai surinko daugiausiai balų iš bendro sveikatos vertinimo. Kitų autorių tyrime, vertinančiame ryšį tarp rūkymo, depresinio sutrikimo ir gyvenimo kokybės tarp pacientų, sergančių išemine širdies liga, nebuvo nustatyta jokie statistiškai reikšmingo ryšio tarp fizinės sveikatos ir rūkymo [10]. Tyrime, atliktame Belgrade, kuris tyrė rūkymo, depresinio sutrikimo ir gyvenimo kokybės ryšį, buvo pastebėta, kad rūkančiųjų buvo žemesnis bendrai fizinės sveikatos komponentas ir aukštesnis BDI (angl. *Beck Depression Inventory*) balas [9].

Mūsų atliktame tyrime, vertinant SF-36 instrumentuotės psichinės sveikatos būklę (socialinę funkciją, emocinę būklę ir bendrai psichinę sveikatą), buvo gauti statistiškai reikšmingi

duomenys ir nustatyta, kad nerūkantys depresiniu sutrikimu sergantys tiriamieji surinko daugiau balų iš šių sričių nei rūkantys depresija sergantys tiriamieji. Šie duomenys buvo palyginti su tyrimu, tiriančiu Belgrado Universiteto studentų gyvenimo kokybę ir depresinio sutrikimo ryšį tarp rūkančių ir nerūkiančių studentų. Gauti duomenys, kurie panašūs su mūsų duomenimis – iš SF-36 instrumentuotės psichinės sveikatos komponento studentai, kurie bent kada nors gyvenime rūkė, surinko žemesnius balus lyginant su studentais, kurie niekada gyvenime nerūkė. Taip pat šiame darbe iširta, kad studentai, kurie kada nors gyvenime rūkė, turėjo aukštesnį BDI balą lyginant su studentais, kurie niekada nerūkė [9]. Kitame tyrime, tiriančiame ryšį tarp rūkymo ir depresinio sutrikimo bei gyvenimo kokybės tarp tiriamųjų, sergančių išemine širdies liga, buvo taip pat pastebėtas rūkymo ryšys su prastesniu psichinės sveikatos komponentu, vertinant SF-36 instrumentuotės balus [10].

Apibendinant galima teigti, kad pusė depresija sirgusių tiriamųjų rūkė ir tyrimu nustatyta, kad depresiniu sutrikimu sergančių tiriamųjų amžiaus ir gydymo stacionare dažnio yra statistiškai reikšmingas ryšys su rūkymu: reikšmingai daugiau rūkančių yra jaunesnių nei 40 metų grupėje ir tarp rūkančių buvo daugiau staconarizavimų – nuo 6 iki 10 ir daugiau kartų. Socialinė funkcija, emocinė būklė ir bendra psichikos sveikata buvo įvertinta aukščiau tarp nerūkiančių, o visose kitose srityse rezultatai buvo įvertinti aukščiau tarp mažą, labai mažą ir vidutinę priklausomybę turinčių pacientų.

Interesų konfliktas

Autoriams tyrimo metu interesų konflikto nebuvo.

LITERATŪRA

1. Bakhshae J, Zvolensky MJ, Goodwin RD. Cigarette smoking and the onset and persistence of depression among adults in the United States: 1994–2005. *Comprehensive Psychiatry*. 2015;60:142–8.
2. Mathew AR, Hogarth L, Leventhal AM, Cook JW, Hitsman B. Cigarette smoking and depression comorbidity: systematic review and proposed theoretical model. *Addiction*. 2016;112(3):401–12.
3. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;19(1):3–13.
4. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119–27.
5. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30(6):473–83.
6. Taylor L, Loerbroks A, Herr RM, Lane RD, Fischer JE, Thayer JF. Depression and Smoking: Mediating Role of Vagal Tone and Inflammation. *Annals of Behavioral Medicine*. 2011Aug5;42(3):334–40.
7. Jia H, Zack MM, Gottesman II, Thompson WW. Associations of Smoking, Physical Inactivity, Heavy Drinking, and Obesity with Quality-Adjusted Life Expectancy among US Adults with Depression. *Value in Health*. 2018;21(3):364–71.
8. Li X-H, An F-R, Ungvari GS, Ng CH, Chiu HFK, Wu P-P, et al. Prevalence of smoking in patients with bipolar disorder, major depressive disorder and schizophrenia and their relationships with quality of life. *Scientific Reports*. 2017Aug16;
9. Milic M, Gazibara T, Pekmezovic T, Tepavcevic DK, Maric G, Popovic A, et al. Tobacco smoking and health-related quality of life among university students: Mediating effect of depression. *Plos One*. 2020;15(1).
10. Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Tobacco smoking predicts depression and poorer quality of life in heart disease. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2013;13(1).
11. Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV. Clinical characteristics and quality of life of smokers at a referral center for smoking cessation. *J Bras Pneumol*. 2010;36(1):67–74
12. Vargas HO, Nunes SOV, Castro MRP, Vargas MM, Barbosa DS, Bortolasci CC, et al. Oxidative stress and inflammatory markers are associated with depression and nicotine dependence. *Neuroscience Letters*. 2013;544:136–40.
13. Aldecoa ALID, Gómez SC, Bruguera E, García-Portilla M-P, Bobes J. Smoking Status and Cost of Illness in Patients with Depressive Disorder Based on the National Health Survey in Spain. *Substance Use & Misuse*. 2018;54(5):713–23.
14. Čerkauskas A, Rupšytė M, Šepetauskienė E. Alkoholio vartojimo ryšys su sociodemografiniais, su liga susijusiais veiksniais ir gyvenimo kokybe sergant šizofrenija. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. 2020;24(6).
15. Weinberger AH, Kasha RS, Shpigel DM, Esan H, Taha F, Lee CJ, et al. Depression and cigarette smoking behavior: A critical review of population-based studies. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2016;43(4):416–31.
16. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016;19(1):3–13.
17. Flensburg-Madsen T, Bay von Scholten M, Flachs EM, Mortensen EL, Prescott E, Tolstrup JS. Tobacco smoking as a risk factor for depression. A 26-year population-based follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*. 2011;45(2):143–9.

*Received 02 April 2021, accepted 11 May 2021
Straipsnis gautas 2021-04-02, priimtas 2021-05-11*