

RŪKANČIŲ VYRŲ NERIMO SĄSAJOS SU ALKOHOLIO VARTOJIMO RIZIKA

Lina Besigirskaitė¹, Viktorija Andrejevaitė^{1,2}

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, ²Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Šeimos medicinos, vidaus ligų ir onkologijos klinika

Santrauka

Tyrimo tikslas – nustatyti rūkančių 40–55 metų amžiaus vyrų, turinčių metabolinį sindromą, nerimo simptomų sąsajas su alkoholio vartojimo rizika.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Tyrimas atliktas 2012–2014 m. Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Kardiologijos prevencijos poskyryje. Apklausti pagal Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programą (*LitHiR* programą) atrinkti pacientai, kuriems pirminės sveikatos priežiūros centre buvo nustatytas metabolinis sutrikimas ir dėl to jie atvyko išsitiirti. Į tyrimą įtraukti 40–55 metų amžiaus 193 vyrai, rūkantys 10 ir daugiau cigarečių per dieną 10 ir daugiau metų, turintys metabolinį sindromą. Tyrimo metodika: apklausa apie socialinę ir ekonominę situaciją, metabolinio sindromo diagnostiniai kriterijai, suskaičiuoti standartiniai alkoholio vienetai per savaitę, alkoholio, tabako ir psichiką veikiančių medžiagų vartojimo įvertinimo klausimynas (ASSIST), nerimo ir depresijos skalė (HAD), mini tarptautinė neuropsichiatrinė apklausa (MINI).

Rezultatai. Palyginome grupes vyrų, kuriems pasireiškė (HAD $N \geq 8$) ir nepasireiškė (HAD $N < 8$) nerimo simptomų. Nerimo simptomų turėję vyrai labiau linkę patirti ir depresijos simptomus bei nerimo sutrikimus. Nerimo simptomus patiriantys vyrai dažniau priklausė didelės tabako vartojimo rizikos grupei nei nerimo simptomų nenurodę tiriamieji. Vyrų, kuriems pasireiškė nerimo simptomų, tabako balai pagal ASSIST statistiškai reikšmingai didesni nei vyrų, nepatiriančių nerimo simptomų. Nustatėme, kad nerimo simptomus patiriantys vyrai dažniau priklausė vidutinės ir didelės alkoholio vartojimo rizikos kategorijoms nei tie, kurie nerimo simptomų nenurodė.

Išvados. Nerimo simptomų patyrę vyrai dažniau priklausė didelės tabako vartojimo rizikos grupei bei vidutinės ir didelės alkoholio vartojimo rizikos grupėms nei tie, kuriems nerimo simptomų nepasireiškė.

Reikšminiai žodžiai: nerimas, nerimo sutrikimai, tabako vartojimo rizika, alkoholio vartojimo rizika.

ĮVADAS

Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, Europa pirmąją pasaulyje pagal alkoholio vartotojų skaičių ir vieno gyventojų išgeriamą alkoholio kiekį. Dėl nesaikingo alkoholio vartojimo didėja kardiovaskulinių ligų, ankstyvų mirčių dėl tyčinių ir netyčinių sužalojimų, kepenų cirozės ir vėžio rizika. Bet koks alkoholio kiekis gali būti pavojingas nepilnamečiams, nėštumo metu ir vairuojant. PSO pagal alkoholio suvartojimą ir jo sąlygotą žalą Lietuvą priskiria aukščiausios rizikos grupei Europoje kartu su kitomis Vidurio ir Rytų Europos šalimis: Latvija, Estija, Vengrija, Bulgarija, Kroatija, Čekija, Lenkija, Rumunija, Slovakija, Slovėnija [1]. Lietuvos

statistikos departamento duomenimis, 2015 m. vienam 15 metų ir vyresniam šalies gyventojui teko 14 litrų suvartoto absoliutaus (100 proc.) alkoholio. PSO duomenimis, 2012 m. Lietuvoje vyrų mirtingumas nuo su alkoholio vartojimu susijusių mirties priežasčių (alkoholinių kepenų ligų, kepenų cirozės ir fibrozės bei apsinuodijimo alkoholiu) buvo net 3 kartus didesnis nei Europos Sąjungos vidurkis, 2 kartus – nei Čekijos Respublikoje ir 1,5 karto – nei Lenkijoje. Lietuvos vyrai nuo apsinuodijimo alkoholiu miršta beveik 10 kartų dažniau nei vidutiniškai Europos Sąjungoje [2].

Tabako rūkymas – labiausiai paplitusi priklausomybės liga. Kasmet tabakas pražudo apie 6 mln. žmonių, iš kurių 5 mln. nuolat rūko ar yra rūkę anksčiau, o daugiau nei 600 000 žmonių yra veikiami pasyvaus rūkymo. Beveik 80 proc. iš 1 mlrd. rūkančiųjų gyvena žemų ar vidutinių pajamų šalyse, kuriose tabako sukeliamų ligų ir mirčių skaičius didžiausias [3]. Cigarečių rūkymas yra vienas svarbiausių širdies ir kraujagyslių

Adresas susirašinėti: Lina Besigirskaitė
Vilniaus universitetas
M. K. Čiurlionio g. 21, 03101 Vilnius
El. p. linab224@gmail.com

ligų (ŠKL) rizikos veiksnių ir mirčių, kurių būtų galima išvengti, priežastis [4]. Rūkymas labai paplitęs ir tarp Lietuvos gyventojų. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 34 proc. 15 metų ir vyresnių vyrų ir 9 proc. moterų nurodė, kad rūko. Beveik du trečdaliai (62 proc.) kasdien rūkančių vyrų surūko vidutiniškai 11–20 cigarečių per dieną, tarp moterų tokių buvo 23 proc. Iki pusės pakelio cigarečių per dieną surūko 33 proc. vyrų ir 76 proc. moterų, daugiau nei vieną pakelį – atitinkamai 5 proc. vyrų ir 1 proc. moterų [2].

Nerimo sutrikimai priklauso labiausiai paplitusiems psichikos sutrikimams, tačiau didelei daliai pacientų šie sutrikimai nedidina gydymo galimybės lieka nepanaudotos [5]. Europos Sąjungoje nors kartą per gyvenimą nerimo sutrikimu yra sirgę 21 proc., o per 12 mėnesių – 12 proc. bendros populiacijos asmenų [6], moterys serga dažniau negu vyrai [7]. R. Bunevičiaus ir bendraautorių duomenimis, generalizuoto nerimo sutrikimas (18 proc.) ir depresija (15 proc.) buvo dažniausiai nustatyti sutrikimai tiriant miesto pirminės sveikatos priežiūros centruose besigydančių pacientų psichikos sveikatą [8].

Pagal Tarptautinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos 10 versiją (TLK-10), nerimo sutrikimų grupei priskiriami šie sutrikimai: generalizuoto nerimo sutrikimas, panikos sutrikimas, agorafobija, socialinė fobija, potrauminio streso sutrikimas, obsesinis kompulsinis sutrikimas [9].

Nerimo sutrikimai dažnai pasireiškia su tokiais gretutiniais sutrikimais, kaip depresija, psichiką veikiančių medžiagų (ypač alkoholio) žalingas vartojimas, taip pat su somatinėmis ligomis – onkologinėmis, širdies ir kraujagyslių ligomis, dirgliosios žarnos sindromu, skydliaukės funkcijos sutrikimais ir migrena [10].

Rūkymo ir nerimo ryšys abipusis ir gali būti paaiškintas trimis tarpusavyje susijusiomis teorijomis [11]. Pirma, rūkymas ir priklausomybė nuo nikotino gali padidinti nerimo sutrikimų išsivystymo riziką [12]. Antra, nerimo sutrikimai ir simptomai sudaro sąlygas priklausomybei nuo nikotino išsivystyti [11]. Rūkantys asmenys dažnai nurodo, kad rūko norėdami modifikuoti savo nuotaiką bei sumažinti nerimą [13]. Įrodyta, kad nikotinas sukelia priklausomybę, todėl nustojus rūkyti atsiranda stiprus nerimo ir kiti abstinencijos simptomai, kurie taip pat skatina rūkymą [14]. Trečia, nerimą ir rūkymą gali skatinti priklausymas pažeidžiamai socialinei grupei, nes dėl to didėja tiek rūkymo, tiek nerimo sutrikimų dažnis [15]. Taigi rūkymas ir nerimas skatina vienas kitą.

Alkoholio vartojimas taip pat susijęs su nerimo sutrikimais. Iš pradžių alkoholio vartojimas padeda įveikti socialinę fobiją. Vis dėlto piktnaudžiavimas alkoholiu ar jo vartojimo nutraukimas gali sukelti panikos sutrikimą. Kartais su nerimu susiję sutrikimai egzistuoja prieš atsirandant priklausomybei nuo alkoholio, bet būtent ši priklausomybė ima skatinti nerimo sutrikimus tęstis ir dažnai sukelia progresuojantį jų blogėjimą. Nemažai žmonių, kurie priklauso nuo alkoholio, turi rinktis tarp toliau besitęsiančių psichikos sveikatos surikimų arba kovos su priklausomybe ir ryžto nustoti vartoti alkoholį. Kiekvienas asmuo turi savo individualų jautrumo lygį alkoholiui. Kai kurie žmonės gali tai toleruoti išlikdami sveiki, o kitiems gali pasireikšti sveikatos sutrikimų. Net saikingas alkoholio vartojimas gali sukelti pasikartojančius nerimo sutrikimus [16].

PSO išskiria prevenciją, pagal kurią atrenkami pacientai, turintys didelę riziką susirgti širdies ir kraujagyslių ligomis. Būtent šios kategorijos žmonėms prevencija yra pati efektyviausia. Lietuvoje nuo 2006 m. vykdoma Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa (patvirtinta LR sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymu Nr. V-913).

Programos priemonės: 1) informavimo apie didelę ŠKL tikimybę, šios tikimybės įvertinimo, pirminės prevencijos priemonių plano sudarymo ar siuntimo išsamiai įvertinti ŠKL tikimybę paslauga; 2) išsamus ŠKL tikimybės įvertinimo paslauga; 3) sergančiųjų cukriniu diabetu ar metaboliniu sindromu ŠKL tikimybės išsamus įvertinimo paslauga. Programa skirta vyrams nuo 40 iki 55 metų ir moterims nuo 50 iki 65 metų. Programos priemonės pirminėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje taikomos vieną kartą per metus [17].

Straipsnio tikslas – nustatyti rūkančių 40–55 metų amžiaus vyrų, turinčių metabolinį sindromą, nerimo sąsajas su alkoholio vartojimo rizika.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Tyrimas atliktas 2012–2014 m. Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Kardiologijos prevencijos poskyryje gavus leidimą atlikti biomedicininį tyrimą. Tiriamieji pasirašė asmens informavimo bei informuoto asmens sutikimo formą. Kad būtų lengviau pasiekti tiriamąją imtį, tyrimui pasirinkta patogioji atranka. Apklausti pagal Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programą (*LitHiR*

programa, angl. *the Lithuanian High Cardiovascular Risk (LitHiR) primary prevention program*) dėl specializuoto ištyrimo atvykę pacientai, kuriems pirminės sveikatos priežiūros centre buvo nustatytas metabolinis sutrikimas. Iš viso ištirti 267 vyrai, kurie atitiko įtraukimo į tyrimą kriterijus. Į tolesnę duomenų analizę neįtraukti asmenys ($n = 74$), kuriems tyrimo dieną kardiologas pirmą kartą diagnozavo koronarinę širdies ligą ($n = 5$), cukrinį diabetą ($n = 2$), širdies ritmo sutrikimus ($n = 2$), periferinių arterijų ligą ($n = 1$), ir tie, kurie neužpildė nerimo ir depresijos skalės ($n = 64$). Todėl tyrime analizuoti 193 asmenys. Dalyvių atrankos kriterijai:

1. 40–55 metų amžiaus vyrai, kuriems pagal *LitHiR* programą nustatytas metabolinis sindromas;
2. Rūkantys 10 ir daugiau cigarečių per dieną 10 ir daugiau metų;
3. Nesergantys kitomis lėtinėmis ligomis, kurios didina mirties riziką nuo ŠKL, t. y. ūminės infekcinės arba lėtinės uždegiminės ligos, onkologinės, endokrininės ir imuninės sistemos ligos, koronarinės širdies ligos, įgimtos širdies ir smegenų kraujagyslių ligos, širdies ritmo sutrikimai.

Tyrime taikytos metodikos:

1. Apklausa socialinei ir demografiniai situacijai išsiaiškinti: gyvenamoji vieta (miestas ar kaimas), kokį išsilavinimą yra įgijęs (vidurinį ar žemesnį; aukštesnįjį; aukštąjį), kokia šeiminė padėtis (partnerystė – gyvena kartu nesusituokęs ar vedęs; vieniši – išsiskyręs, našlys ar nevedęs), kokia socialinė padėtis (bedarbis, darbininkas, tarnautojas) ir kokios vidutinės mėnesinės pajamos (iki 435 €, 435–725 €, ≥ 725 €);
2. Metabolinis sindromas vertintas pagal 2005 m. JAV Širdies asociacijos ir Nacionalinio širdies, plaučių ir kraujo ligų instituto kriterijus [18]. Tiriamieji priskirti metabolinio sindromo grupei, jei buvo nustatyti bent trys iš išvardytų požymių:
 - vyrų liemens apimtis ≥ 102 cm;
 - sistolinis arterinis kraujo spaudimas (AKS) ≥ 130 ir (ar) diastolinis AKS ≥ 85 mmHg;
 - gliukozės koncentracija kraujo plazmoje $\geq 5,6$ mmol/l;
 - triacilglicerolių (TAG) koncentracija $\geq 1,7$ mmol/l;
 - didelio tankio lipoproteinų cholesterolio (DTL-Ch) koncentracija $< 1,03$ mmol/l;
3. Alkoholio vartojimas vertintas vidutiniu standartinių alkoholio vienetų skaičiumi per savaitę, o viename standartiniame alkoholio vienete yra 10 g, arba 12,7 ml, grynojo etanolio [19]. Tiriamųjų klausta, kiek vidutiniškai išgeria alkoholio

vienetų per savaitę (vienas vienetas lygus vienam mažam alaus buteliui arba vienai mažai taurei vyno, arba vienai taurelei stipriojo gėrimo), ir pagal toliau pateiktą lygtį apskaičiuoti standartiniai alkoholio vienetai: standartinis alkoholio vienetas

$$= \frac{\text{gėrimo tūris (ml)} \times \text{alkoholio stiprumo (\%)}}{1270}$$

4. Alkoholio ir tabako vartojimo rizika vertinta pagal Alkoholio, tabako ir psichiką veikiančių medžiagų vartojimo įvertinimo klausimyną (ASSIST klausimyną) [20]. Tai patikros testas, sudarytas iš keturių dalių. Šiame tyrime naudota pirma testo dalis, t. y. 8 klausimai apie alkoholio ir tabako vartojimo patirtį per visą gyvenimą ir per pastaruosius 3 mėnesius. Atskirai suskaičiavome alkoholio ir tabako vartojimo balus pagal formulę, nurodytą klausimyne. Suskirstėme tiriamuosius į mažos (0–10 balų), vidutinės (11–26 balai) ir didelės (27 ir daugiau balų) rizikos alkoholio vartojimo grupes bei į mažos (0–3 balai), vidutinės (4–26 balai) ir didelės (27 ir daugiau balų) rizikos tabako vartojimo grupes;
5. Nerimo stiprumas vertintas naudojantis ligoninei pritaikyta nerimo ir depresijos skale (angl. *Hospital Anxiety and Depression scale*, HADS) [21]. Šią skalę sudaro 14 klausimų, 7 klausimai skirti depresijos simptomams, 7 – nerimo simptomams vertinti. Įverčio balai rodo depresijos arba nerimo simptomų sunkumo laipsnį: nuo 0 iki 7 balų – normali nuotaika; nuo 8 iki 21 – pasireiškia nerimo arba depresijos simptomų. Šiame tyrime palyginome grupes vyrų, patiriančių (HAD $N \geq 8$) ir nepatiriančių (HAD $N < 8$) nerimo simptomų. HAD skalė nėra nerimo arba depresijos sutrikimų diagnostikos instrumentas, tačiau tinkamai naudojama ji gali padėti atrinkti ligonius, sergančius tokiomis sutrikimais. Lietuvoje atlikti tyrimai parodė, kad dėl gerų psichometrinių savybių HAD skalė gali būti naudojama tyrimams ir klinikinei praktikai pirminėje sveikatos priežiūros grandyje [22];
6. Siekiant nustatyti galimus nerimo sutrikimus, atlikta mini tarptautinė neuropsichiatrinė apklausa (angl. *Mini International Neuropsychiatric Interview*, MINI) [23]. Apklausa suskirstyta į raidėmis pažymėtus modulius, kurių kiekvienas atitinka tam tikrą diagnostinę kategoriją. Nerimo sutrikimų diagnostikai naudoti šių modulių diagnostiniai kriterijai: D. Panikos sutrikimas, E. Agorafobija, F. Socialinė fobija, G. Obsesinis kompulsinis sutrikimas, H. Potrauminio streso sutrikimas, N. Generalizuoto nerimo sutrikimas. Nustačius

bent vieną nerimo sutrikimą, asmuo priskiriamas nerimo sutrikimų turinčių asmenų grupei.

Surinkti duomenys analizuoti SPSS 20 statistine programa. Pateiktos skaitinės charakteristikos: medianos ir kvartilai tolydiems bei absoliutūs skaičiai ir procentai kategoriniams rodikliams. Tolydieji dydžiai grupėse lyginti taikant Mano, Vitnio ir Vilko-sono rangų sumų kriterijų, prieš tai jų normalumą patikrinus Šapiro ir Vilko kriterijumi. Hipotezėms tikrinti ir sąsajų statistiniam patikimumui nustatyti pasirinktas reikšmingumo lygmuo $\alpha = 0,05$. Rezultatai statistiškai reikšmingi, jei p reikšmė $< 0,05$.

REZULTATAI

Socialinių demografinių veiksnių charakteristikos. Didžiąją tiriamųjų dalį sudarė mieste gyvenantys asmenys – 168 (87 proc.), dažniau įgiję aukštesnį išsilavinimą – 97 (50,3 proc.). Dauguma (175; 90,7 proc.) vyrų buvo vedę arba gyveno nesusituokę ir dirbo darbininko darbą (112; 58 proc.), dažniausiai nurodė, kad dirbo už ≥ 725 € atlyginimą per mėnesį (76; 39,4 proc.). Socialinės demografinės tiriamųjų charakteristikos pateikiamos 1 lentelėje.

Nerimo simptomų sąsajos su depresijos simptomais ir nerimo sutrikimais. Depresijos (HAD-D) skalių balai buvo aukštesni nerimo simptomų patyrusių (HAD $N \geq 8$) nei nerimo simptomų nepatyrusių vyrų grupėje (HAD $N < 8$). Nerimo simptomai

dažniau pasireiškė nerimo sutrikimų turėjusiems (28; 70 proc.) nei nerimo sutrikimų neturėjusiems (12; 30 proc.) asmenims. Nerimo simptomus rečiau patyrė nerimo sutrikimų neturėję (127; 83 proc.) nei nerimo sutrikimų turėję (26; 17 proc.) vyrai. Rezultatai pateikiami 2 lentelėje.

Nerimo simptomų sąsajos su tabako vartojimo rizika. Didžioji dalis tabaką vartojusių pacientų buvo priskirti vidutinės rizikos grupei – 89,6 proc. (173). Palyginę grupes tarpusavyje nustatėme, kad nerimo simptomus patyrę vyrai dažniau priklausė didelės (6; 15 proc.), rečiau – vidutinės (34; 85 proc.) tabako vartojimo rizikos kategorijoms nei nerimo simptomų nenurodę tirti asmenys – atitinkamai 9,2 proc. (14) ir 90,8 proc. (139). Nerimo simptomų patyrusių vyrų tabako balai pagal ASSIST buvo statistiškai reikšmingai didesni nei vyrų, kuriems nepasireiškė nerimo simptomų. Rezultatai pateikiami 3 lentelėje.

Nerimo simptomų sąsajos su alkoholio vartojimo rizika. Alkoholio vartojimo riziką tiriamoje imtyje įvertinome apskaičiuodami standartinius alkoholio vienetų pagal PSO rekomendacijas ir ASSIST klausimyno rezultatus. Vidutiniškai tiriamieji išgerdavo 10 (3; 20) standartinių alkoholio vienetų per savaitę. Paradoksalu tai, kad nerimo simptomų patyrusių vyrų grupėje vyrai standartinių alkoholio vienetų per savaitę išgerdavo mažiau – 11 (2; 22), lyginant

1 lentelė. Socialinių demografinių veiksnių charakteristikos

Rodiklis	Tiriamieji (n = 193)
	Mediana (Q1; Q3) arba n (%)
Amžius (metai)	48 (44; 51)
Gyvenamoji vieta	
• Miestas	168 (87)
• Kaimas	25 (13)
Išsilavinimas	
• Vidurinis ar žemesnis	41 (21,2)
• Aukštesnysis	97 (50,3)
• Aukštasis	55 (28,5)
Šeiminė padėtis	
• Išsiskyręs, našlys ar nevedęs	18 (9,3)
• Gyvena kartu nesusituokęs arba vedęs	175 (90,7)
Socialinė padėtis	
• Bedarbis	11 (5,7)
• Darbininkas	112 (58)
• Tarnautojas	70 (36,3)
Vidutinės mėnesio pajamos	
• <435 €	45 (23,3)
• 435–725 €	72 (37,3)
• ≥ 725 €	76 (39,4)

Sutrumpinimai ir paaiškinimai: pateikiamos medianos ir kvartilai (Q1; Q3); n – skaičius, procentai nuo bendro tiriamųjų skaičiaus (n) grupėje.

2 lentelė. Nerimo simptomų sąsajos su depresijos simptomų balais ir nerimo sutrikimais

Rodiklis	Iš viso (n = 193)	Tiriamųjų grupės		p reikšmė
		HAD $N < 8$ (n = 153)	HAD $N \geq 8$ (n = 40)	
	Mediana (Q1; Q3) arba n (%)			
HAD-D balai	4 (2; 6)	3 (1; 5)	9 (8; 11)	<0,001
Nerimo sutrikimų nėra	139 (72)	127 (83)	12 (30)	<0,001
Nerimo sutrikimų yra	54 (28)	26 (17)	28 (70)	<0,001

3 lentelė. Nerimo simptomų sąsajos su tabako vartojimo rizika

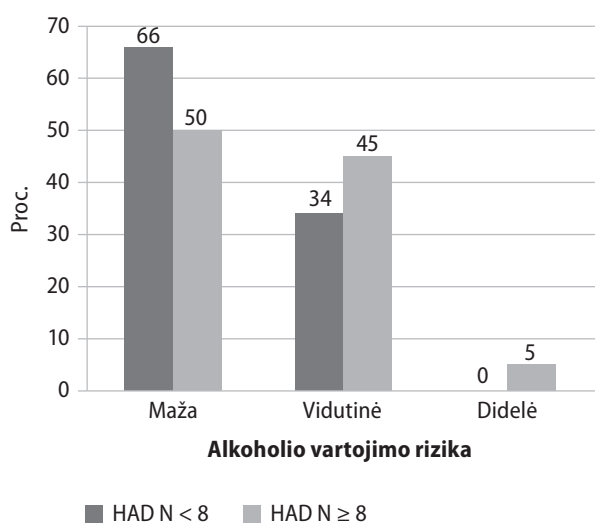
Rodiklis	Iš viso (n = 193)	Tiriamųjų grupės		p reikšmė
		HAD $N < 8$ (n = 153)	HAD $N \geq 8$ (n = 40)	
	Mediana (Q1; Q3) arba n (%)			
Tabako balai pagal ASSIST	21 (16; 24)	19 (15; 23)	23 (21; 25,75)	<0,001
Maža rizika pagal ASSIST	–	–	–	
Vidutinė rizika ASSIST	173 (89,6)	139 (90,8)	34 (85)	0,282
Didelė rizika pagal ASSIST	20 (10,4)	14 (9,2)	6 (15)	

su nerimo simptomų nepatyrusiųjų tiriamųjų grupė – atitinkamai 12 (4; 22,50), tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp šių grupių nenustatėme.

Alkoholio vartojimo balai pagal ASSIST, kuriais remiantis suskirstėme tiriamuosius į alkoholio vartojimo rizikos grupes, buvo statistiškai reikšmingai aukštesni nerimo simptomų patyrusių – 10,50 (6,25; 19,75) nei nerimo simptomų nenurodžiusių vyrų grupėje – 8 (4; 13,50). Palyginę nerimo simptomų patyrusiųjų ir nepatyrusiųjų asmenų grupes tarpusavyje nustatėme, kad nerimo simptomų patyrę vyrai dažniau priklausė vidutinės (18; 45 proc.) ir didelės (2; 5 proc.) alkoholio vartojimo rizikos kategorijoms nei tie, kuriems nerimo simptomų nepasireiškė – atitinkamai (52; 34 proc.) ir (0; 0 proc.) (1 pav.). Nustatėme, kad skirtumas tarp nerimo simptomų grupių ir alkoholio vartojimo rizikos grupių statistiškai reikšmingas. Rezultatai pateikiami 4 lentelėje.

REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo tikslas buvo nustatyti rūkančių 40–55 metų amžiaus vyrų, turinčių metabolinį sindromą, nerimo simptomų sąsajas su alkoholio vartojimo rizika. Buvo siekiama nustatyti rūkančių vyrų nerimo simptomų sąsajas su depresijos simptomais ir nerimo sutrikimais, įvertinti nerimo simptomų sąsajas su tabako ir alkoholio vartojimo rizika. Palyginę tiriamųjų grupes nustatėme, kad rūkantys 40–55 metų amžiaus vyrai, kuriems pasireiškė metabolinis sindromas ir jie jautė nerimo simptomus, patyrė stipresnius depresijos simptomus, dažniau turėjo nerimo sutrikimų. Tyrimas rodo, kad depresija ir



1 pav. Nerimo simptomų sąsajos su alkoholio vartojimo rizika

nerimo sutrikimai dažnai pasireiškia kartu. 75 proc. žmonių, sirgusių depresija, vėliau atsirado nerimo sutrikimų. 81 proc. asmenų, sirgusių nerimo sutrikimais, vėliau išryškėjo ir depresija [24]. Siekiant pagerinti nerimo ar depresijos sutrikimų diagnostiką pirminės sveikatos priežiūros grandyje, rekomenduojama naudoti atrankinius psichikos simptomų ir psichiką veikiančių medžiagų vartojimo įvertinimo klausimynus, pavyzdžiui, HAD skalę. Nustačius didelę nerimo ir depresijos riziką, rekomenduojama taikyti MINI apklausą, siekiant nustatyti galimus nerimo sutrikimus. Nerimo sutrikimų patiriančius pacientus reikia informuoti, kad egzistuoja moksliniais įrodymais pagrįstas medikamentinis ir nemedikamentinis (kognityvioji elgesio psichoterapija) nerimo simptomų gydymas. Diagnozuoti ir gydyti nerimo sutrikimus gali šeimos gydytojas ar psichiatras, įtarti ir nukreipti gali ir kiti sveikatos priežiūros specialistai.

Nerimo simptomų patyrę vyrai dažniau priklausė didelės, rečiau – vidutinės tabako vartojimo rizikos kategorijoms nei nerimo simptomų nepatyrę vyrai. Tyrimai rodo, kad nerimo sutrikimų nurodę pacientai rūkė daugiau cigarečių, buvo labiau priklausomi nuo nikotino, jiems kilo daugiau sunkumų metant rūkyti nei rūkiesiems asmenims, kuriems nepasireiškė nerimo sutrikimų [25]. Ryšys abipusis, nes tarp rūkiesių asmenų nerimo sutrikimų paplitimas didesnis [26]. Maždaug pusė reguliariai rūkiesių asmenų miršta nuo tabako sukeltų ligų ir gyvena apie 10 metų trumpiau, palyginti su niekada nerūkiesiais žmonėmis [27].

4 lentelė. Nerimo simptomų sąsajos su alkoholio vartojimo rizika

Rodiklis	Iš viso (n = 193)	Tiriamųjų grupės		p reikš- mė
		HAD N < 8 (n = 153)	HAD N ≥ 8 (n = 40)	
Mediana (Q1; Q3) arba n (%)				
Standartiniai alkoholio vienetai per savaitę	10 (3; 20)	12 (4; 22,50)	11 (2; 22)	0,785
Alkoholio balai pagal ASSIST	9 (4; 13)	8 (4; 13,50)	10,50 (6,25; 19,75)	0,007
Maža rizika pagal ASSIST	121 (62,7)	101 (66)	20 (50)	
Vidutinė rizika pagal ASSIST	70 (36,3)	52 (34)	18 (45)	0,04
Didelė rizika pagal ASSIST	2 (1)	0 (0)	2 (5)	

Nerimo simptomų patiriantys vyrai dažniau priklausė vidutinės ir didelės alkoholio vartojimo rizikos kategorijoms nei tie, kurie nerimo simptomų nepatyrė. Tyrimai patvirtina, kad nerimo sutrikimai susiję su didesne alkoholio vartojimo rizika, o alkoholio vartojimas skatina nerimo stiprėjimą [9].

Aptariant metodologinius tyrimo aspektus svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad mūsų tyrimas buvo momentinis stebėjimo tipo, todėl negalime vertinti priežastingumo. Dėl griežtų įtraukimo kriterijų nerimo simptomų patiriančių tiriamųjų imtis buvo maža ($n = 40$), todėl tikėtina, kad tyrimui galėjo pritrūkti statistinės galios. Į tyrimą kvietėme tik pagal *LitHiR* programą dėl specializuoto ištyrimo atvykusius pacientus, kuriems pirminiame sveikatos priežiūros centre turėjo būti nustatytas metabolinis sutrikimas. Mūsų tyrime dalyvavo tik 40–55 metų amžiaus vyrai, kurie rūkė ≥ 10 metų ir ≥ 10 cigarečių per dieną, dėl metabolinio sutrikimo jiems buvo nustatyta padidėjusi kardiovaskulinių ligų rizika, todėl gauti rezultatai

negali būti pritaikomi rūkančioms moterims, kitos ŠKL rizikos rūkantiems vyrams, vartojantiems kitus tabako produktus (ne cigaretes).

IŠVADOS

1. Nerimo simptomų patyrę vyrai labiau linkę patirti ir depresijos simptomų bei nerimo sutrikimų.
2. Nerimo simptomų patiriantys vyrai dažniau priklausė didelės, rečiau – vidutinės tabako vartojimo rizikos kategorijoms nei nerimo simptomų nepatyrę respondentai. Vyru, kuriems pasireiškė nerimo simptomų, tabako vartojimo balai pagal ASSIST statistiškai reikšmingai didesni nei vyrų, nepatyrusių nerimo simptomų.
3. Nerimo simptomų patyrę vyrai dažniau priklausė vidutinės ir didelės alkoholio vartojimo rizikos kategorijoms nei tie, kuriems nerimo simptomų nepasireiškė.

Straipsnis gautas 2017-03-20, priimtas 2017-04-21

Literatūra

1. WHO Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. Prieiga per internetą: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf?ua=1>.
2. Alkoholio ir tabako vartojimas ir padariniai 2015 m. Prieiga per internetą: <<https://osp.stat.gov.lt/informaciniai-pranesimai?evenId=93819>>.
3. WHO Tobacco fact sheet. Updated June 2016. Prieiga per internetą: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>>.
4. Rigotti NA, Clair C, WHO, Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V et al. Managing tobacco use: the neglected cardiovascular disease risk factor. *Eur Heart J*. The Oxford University Press. 2013 Nov; 34(42):3259-67.
5. Baldwin DS, Allgulander C, Altamura AC, Angst J, Bandelow B, den Boer J et al. Manifesto for a European anxiety disorders research network. *Eur Neuropsychopharmacol*. Elsevier B. V. and ECNP. 2010;20(6):426-32.
6. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005 Aug;15(4):357-76.
7. Lewis-Fernández R. *Anxiety Disorders: Theory, Research and Clinical Perspectives*. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press, 2010.
8. Bunevicius R, Liaugaudaitė V, Peceliuniene J, Raskauskiene N, Bunevicius A, Mickuviene N. Factors affecting the presence of depression, anxiety disorders, and suicidal ideation in patients attending primary health care service in Lithuania. *Scand J Prim Health Care*. 2014 Mar;32(1):24-9.
9. Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization. 1992;1-267.
10. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJG, Goodwin RD, Kubzansky L et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(3):208-25.
11. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Med*. 2012;10(1):123.
12. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. How cigarette smoking may increase the risk of anxiety symptoms and anxiety disorders: A critical review of biological pathways. *Brain Behav*. 2013;3(3):302-26.
13. Battista SR, Stewart SH, Fulton HG, Steeves D, Darredeau C, Gavric D. A further investigation of the relations of anxiety sensitivity to smoking motives. *Addict Behav*. 2008 Nov;33(11):1402-8.
14. Kenny PJ, Markou A. Conditioned nicotine withdrawal profoundly decreases the activity of brain reward systems. *J Neurosci*. 2005 Jun 29;25(26):6208-12.
15. Schaap MM, Kunst AE. Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: learning from the experiences of recent scientific studies. *Public Health*. 2009 Feb;123(2):103-9.
16. Bulley A, Miloyan B, Brilot B, Gullo MJ, Suddendorf T. An evolutionary perspective on the co-occurrence of social anxiety disorder and alcohol use disorder. *J Affect Disord*. 2016 May 15;196:62-70.
17. VLK. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programa. 2014 02 25. Prieiga per internetą: <<http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/prevencijos-programos/sirdie-ir-kraujagysliu-ligu-prevencijos-programa/Documents/prevencija09.pdf>>.
18. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation*. 2005 Oct 25;112(17):2735-52.
19. WHO. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. Prieiga per internetą: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66529/1/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf>.
20. Humeniuk R. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care. WHO; 2010. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/>.
21. Burkauskas J, Bunevičius R. HAD skalė: depresijos ir nerimo sutrikimų vertinimo instrumentas. *Biologinė psichiatrija ir farmakologija*. 2013;15(2):59-61.
22. Bunevicius A, Peceliuniene J, Mickuviene N, Valius L, Bunevicius R. Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients. *Depress Anxiety*. 2007;24(7):455-60.

23. Van Vliet IM, de Beurs E. [The MINI-International Neuropsychiatric Interview. A brief structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV en ICD-10 psychiatric disorders]. *Tijdschr Psychiatr*. 2007;49(6):393-7.
24. Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, Spinhoven P, van Balkom AJ et al. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety. 2016.
25. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health*. 2009 Jan;9:285.
26. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Med*. 2012;10(1):123.
27. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315-81.

The link of anxiety and the risk of alcohol consumption among smoking men

Lina Besigirskaitė¹, Viktorija Andrejevaitė^{1, 2}

¹Vilnius university Faculty of Medicine, ²Clinic of Internal Diseases, Family medicine and Oncology,

¹Vilnius university Faculty of Medicine

Summary

The aim of the study – to determine relations between anxiety and the risk of alcohol consumption among smoking men from 40 to 55 years of age that have metabolic syndrome.

Material and methods. The research was conducted in 2012-2014 at Vilnius University Hospital Santariškiu Klinikos in the Unit of Preventive Cardiology. Patients were interviewed that were screened according to the Lithuanian High Cardiovascular Risk (LitHiR) primary prevention program and had metabolic syndrome diagnosed at primary health care centre and therefore arrived for the examination. The study included 193 men from 40 to 55 years of age, smoking ≥ 10 years more than ≥ 10 cigarettes per day that had metabolic syndrome. The methods of the study: the survey of sociodemographic situation, the diagnostic criteria of metabolic syndrome, standard alcohol units per week counted, The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), Hospital Anxiety and Depression scale (HAD), Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Results. We compared the groups of men who had the symptoms of anxiety (HAD $N \geq 8$) and men who had not the symptoms of anxiety (HAD $N < 8$). Men who had the symptoms of anxiety were tend to experience the symptoms of depression and more often had anxiety

disorders. Men who had the symptoms of anxiety more often belonged to high risk category of tobacco consumption than those who had not the symptoms of anxiety. Men who had the symptoms of anxiety ASSIST scores of tobacco consumption were significantly higher than those men who had not the symptoms of anxiety. We determined that men who had the symptoms of anxiety more often belonged to the moderate and high risk categories of alcohol consumption than those who had not the symptoms of anxiety.

Conclusions. Men who had the symptoms of anxiety more often belonged to the high risk group of tobacco consumption and the moderate and high risk groups of alcohol consumption than those who had not the symptoms of anxiety.

Keywords: anxiety, anxiety disorders, risk of tobacco consumption, risk of alcohol consumption.

Correspondence to Lina Besigirskaitė

Vilnius university

M. K. Čiurlionio str. 21, LT-03101 Vilnius, Lithuania

E-mail: linab224@gmail.com

Received 20 March 2017,
accepted 21 April 2017