

SAVIŽUDYBIŲ RIZIKA TARP SERGANČIŲJŲ ONKOLOGINĖMIS LIGOMIS IR JĄ LEMIANČIUS VEIKSNIUS

Augustė Kačėnienė, Giedrė Smailytė

Vilniaus universiteto Onkologijos institutas, Lietuvos vėžio registras

Santrauka

Daugelyje pasaulio šalių mirtingumas nuo išorinių priežasčių užima trečią vietą po širdies ir kraujagyslių sistemos ligų bei piktybinių navikų. Didžiausią dalį (25,2 proc.) visų išorinių mirties priežasčių Lietuvoje sudaro savižudybės, o mirtingumo dėl savižudybių rodikliai yra didžiausi visoje Europoje.

Tyrimo tikslas – apžvelgti literatūros duomenis apie savižudybių riziką tarp onkologinių ligonių ir ją lemiančius veiksniai.

Medžiaga ir metodai. Atlikus literatūros paiešką *PubMed* duomenų bazėje surasti 14 retrospektyvinių kohortinių tyrimų, atitinkančių įtraukimo kriterijus, ir 16 publikuotų straipsnių šių tyrimų tema.

Rezultatai ir išvados. Tyrimais, atliktais remiantis populiacinių vėžio registrų duomenimis, nustatyta, kad sergančiųjų onkologinėmis ligomis savižudybių rizika yra didesnė nei bendrojoje populiacijoje: savižudybių rizikos rodiklio dydis svyruoja nuo 1,36 iki 2,58. Tyrimų autoriai įvertino sociodemografinių bei klinikinių veiksnių įtaką savižudybių rizikai. Daugelyje tyrimų buvo nustatyta didesnė savižudybių rizika tarp onkologinėmis ligomis sergančių vyrų nei moterų. Didesnė savižudybių rizika buvo tarp išsiskyrusių, žemesnio išsilavinimo, nedirbančių, baltaodžių rasei priklausančių onkologinių ligonių. Su vėžio diagnoze susiję savižudybių rizikos veiksniai: laikas po diagnozės nustatymo, piktybinio proceso išplitimas, bloga ligos prognozė. Didžiausia savižudybių rizika buvo pirmaisiais mėnesiais ar metais po diagnozės nustatymo. Didesnė rizika nustatyta tarp pacientų, kuriems diagnozuoti prastos prognozės navikai (plaučių, bronchų, galvos ir kaklo, stemplės, skrandžio, kasos, kepenų, biliarinio trakto, mieloma) ar metastazavusi liga.

Reikšminiai žodžiai: savižudybių rizika, onkologinė liga, populiacinis vėžio registras, standartizuotas mirtingumo santykis.

ĮVADAS

Literatūroje aprašoma daugiau nei 60 savižudybių rizikos veiksnių, tarp jų ir sveikatos sutrikimai [1]. Sergant sunkiomis lėtinėmis somatinėmis, tarp jų ir onkologinėmis, ligomis, savižudiško elgesio tikimybė labai padidėja [2]. Pagal H. I. Kaplan ir B. J. Sadock sudarytą savižudybių rizikos veiksnių svarbą somatinės sveikatos praradimas eina po depresijos, kurios ryšys su savižudybe yra labai stiprus [3].

Onkologinės ligos ir savižudybės mūsų šalyje yra didelė visuomenės sveikatos problema. Lietuvoje, kaip ir daugelyje pasaulio šalių, mirtingumas nuo išorinių priežasčių užima trečią vietą po širdies ir kraujagyslių sistemos ligų bei piktybinių navikų, o didžiausią dalį visų išorinių mirties priežasčių sudaro savižudybės

[4–6]. 2010 m. nusižudė 1018 asmenų, tai sudarė 2,4 proc. visų mirusiųjų, arba 25,2 proc. mirusiųjų nuo išorinių mirties priežasčių. Vyrų žudėsi daugiau nei keturis kartus dažniau negu moterų [7]. Mūsų šalyje kasmet diagnozuojama per 17 tūkst. naujų vėžio atvejų, o sergančiųjų onkologinėmis ligomis skaičius jau 2009 m. pabaigoje viršijo 80 tūkst. asmenų [8, 9]. Nuo 1993 m. Lietuva savižudybių skaičiumi pirmąją tarp Europos šalių. Nors per pastarąjį dešimtmetį mirtingumas dėl savižudybių sumažėjo trečdaliu, standartizuotas mirtingumo rodiklis nuo savižudybių 2010 m. Lietuvoje buvo 28,5/100 000 gyventojų (51,4/100 000 vyrų ir 9,1/100 000 moterų) ir, palyginti su 2009 m. standartizuotu Europos Sąjungos valstybių mirtingumo vidurkiu – 10,3/100 000 (16,7/100 000 vyrų ir 4,4/100 000 moterų), buvo 2,8 karto didesnis ir išliko didžiausias visoje Europoje [7, 10].

Tyrimų, kuriuos atliekant būtų analizuotos savižudybės, Lietuvoje nėra daug. Nagrinėta savižudybių rodiklių dinamika Lietuvoje 1990–2002, 1996–2007 ir 1996–2008 m. laikotarpiais [11–13] bei vertinta moterų savižudybių rizika Europos Sąjungos kontekste [14]. J. Petrauskienė ir kt. analizavo savižudybių būdus ir jų ryšį su demografiniais veiksniais [15]. Detali

Adresas susirašinti: Augustė Kačėnienė,
Vilniaus universiteto Onkologijos institutas,
P. Baublio 3B, 08406 Vilnius.
El. p. auguste.kaceniene@vuoi.lt

sociodemografinių ir socioekonominių veiksnių įtakos savižudybių rizikai analizė atlikta tyrime, sujungus gyventojų surašymo ir mirtingumo statistinius duomenis. Didžiausia savižudybių rizika nustatyta tarp kaime gyvenančių, išsiskyrusių, žemesnį nei vidurinis išsilavinimas turinčių, ekonomiškai neaktyvių, ne kvalifikuotus ar ūkio darbus dirbančių Lietuvos gyventojų [16, 17]. Mūsų šalyje nei onkologinių, nei kitomis lėtinėmis ligomis sergančių pacientų savižudybių rizika vertinta nebuvo.

Tiksliausi duomenys apie savižudybių riziką tarp sergančiųjų onkologinėmis ligomis gali būti gauti analizuojant populiaciniuose vėžio registruose sukauptus duomenis. Vėžio registruose kaupiama išsami informacija apie visus tam tikroje populiacijoje vėžiu susirgusius asmenis, taip pat ir apie susirgusiųjų mirties priežastis.

Tyrimo tikslas – apžvelgti literatūros duomenis apie savižudybių riziką tarp onkologinių ligonių ir ją lemiančius veiksnius.

TYRIMO OBJEKTAS IR METODAI

Literatūra apžvalginiam straipsniui buvo atrinkta atliekant paiešką *PubMed* literatūros duomenų bazėje, pasitelkiant šiuos reikšminius žodžius: „suicide“, „cancer“, „population based“, „registry study“, „cohort study“, „observed / expected“, „standardized mortality ratio“ (liet. „savižudybė“, „vėžys“, „populiacinis“, „registro tyrimas“, „kohortinis tyrimas“, „nustatytas / laukiamas“, „standartizuotas mirtingumo santykis“). Paieškos rezultatas – 125 straipsniai. Siekiant apžvelgti atliktų tyrimų apie onkologinių ligonių savižudybių riziką duomenis, straipsniai turėjo atitikti įtraukimo kriterijus:

- straipsnis parašytas anglų kalba;
- tyrimo populiacija – įvairių lokalizacijų piktybiniais navikais sergantys onkologiniai ligoniai;
- tyrimo objektas – savižudybių rizika;
- tyrimas atliktas remiantis populiacinio vėžio registro duomenimis.

Atlikus straipsnių santraukų apžvalgą atrinkti 8 straipsniai, atitinkantys įtraukimo kriterijus. Kiti šiuos kriterijus atitinkantys 8 straipsniai buvo surasti tarp atrinktų straipsnių literatūros šaltinių.

Šiuo metu pasaulyje atlikta 14 epidemiologinių tyrimų, kurių tikslas buvo įvertinti savižudybių riziką tarp sergančiųjų onkologinėmis ligomis, naudojant populiacinių vėžio registrų duomenis, ir anglų kalba publikuota 16 straipsnių šių tyrimų tema [18–33]. Italijoje ir Danijoje pirmą kartą atlikti tyrimai apėmė atitinkamai 1985–1989 ir 1971–1986 m. laikotarpius

[22–23]. Vėliau abu tyrimai buvo atnaujinti, tyrimo laikotarpį pratęsiant iki 1999 m., taip padidinant jų apimtį [25, 28].

Visi literatūros apžvalgai atrinkti tyrimai, kuriuose analizuota savižudybių rizika tarp onkologinių pacientų, buvo retrospektyviniai kohortiniai. Juose tiriamąją grupę sudarė asmenys, kuriems pasirinktu laikotarpiu nustatytas piktybinis navikas. Nustatyti savižudybių atvejai tarp onkologinių ligonių buvo lyginami su laukiamu tiriamosios grupės mirčių dėl savižudybių skaičiumi (skaičiuojamu iš amžiuo ir lyčiai specifinių mirtingumo dėl savižudybių rodiklių bendrojoje populiacijoje) arba lyginami mirtingumo dėl savižudybių rodikliai onkologinių ligonių grupėje ir bendrojoje populiacijoje. Savižudybių rizika įvertinta santykinės rizikos rodikliais:

SMS – standartizuotas mirtingumo santykis (nustatyto mirčių dėl savižudybių skaičiaus tarp onkologinėmis ligomis sergančiųjų santykis su teoriškai apskaičiuotu pagal savižudybių rodiklius bendrojoje populiacijoje skaičiumi);

MRS – mirtingumo rodiklių santykis (mirtingumo rodiklio tarp sergančiųjų onkologinėmis ligomis santykis su mirtingumo rodikliu bendrojoje populiacijoje);

SR – santykinė rizika (skaičiuota taikant Cox'o proporcinės rizikos modelius).

REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

Pirmuosiuose tyrimuose, atliktuose XX amžiaus viduryje, analizuotas onkologinių ligų paplitimas tarp įvairių savižudžių grupių. Šių tyrimų duomenys paskatino mokslininkus pradėti tyrinėti savižudybių riziką tarp onkologinėmis ligomis sergančių pacientų [18–20].

Vienas pirmųjų metodiniu atžvilgiu kokybiškų epidemiologinių tyrimų, kuriame analizuojama savižudybių rizika tarp onkologinių ligonių, buvo atliktas Suomijoje. K. A. Louhivuori ir M. Hakama analizei naudojo duomenis apie 28 857 vėžiu susirgusius asmenis, kuriems 1955–1965 m. užregistruotas piktybinis navikas Suomijos vėžio registre. Tarp šių asmenų buvo nustatyti 63 savižudybių atvejai: 49 vyrų ir 14 moterų. Jau šiame tyrime buvo nustatytas reikšmingas mirtingumo dėl savižudybių rizikos padidėjimas tarp onkologinių ligonių (SMS = 1,4, $p < 0,001$) [18]. Vėliau panašūs tyrimai atlikti ir kitose šalyse. Daugiausia tyrimų atlikta Europoje – 9, iš kurių net 7 – Šiaurės Europos valstybėse. Dar trys tyrimai atlikti Jungtinėse Amerikos Valstijose ir po vieną Australijoje bei Korėjoje (1 lentelė).

1 lentelė. Onkologinių ligonių savižudybių rizika. Populiacinių vėžio registų duomenimis paremtų epidemiologinių tyrimų rezultatai

Šaltinis	Tyrimo laikotarpis	Stebėjimo pabaiga	Lytis	Tyrimo grupė	Savižudžių skaičius	Rizikos rodiklis	Nustatyta rizika
K. A. Louhivuori, M. Hakama, 1978 (Suomija)	1955, 1960, 1965	1970	Iš viso:	28 857	63	SMS	1,4, p < 0,001
			V	14 427	49		1,3, p < 0,01
			M	14 430	14		1,9, p < 0,05
B. H. Fox et al., 1982 (Konektikutas)	1940–1969	1975	Iš viso:	144 530	192	SMS	–
			V	69 583	160		2,3, p < 0,005
			M	74 947	32		0,9, p > 0,05
P. Allebeck et al., 1989 (Švedija)	1962–1979	1979	Iš viso:	424 127	963	SMS	–
			V	–	645		1,9 (1,8–2,1)
			M	–	318		1,6 (1,5–1,8)
F. Levi et al., 1991 (Šveicarija)	1976–1987	1987	Iš viso:	24 166	55	SMS	2,58 (1,95–3,38)
			V	–	39		2,76 (1,96–3,79)
			M	–	16		2,22 (1,27–3,60)
K. Innos et al., 2003 (Estija)	1983–1998	2000	Iš viso:	65 419	197	SMS	–
			V	32 524	150		1,73 (1,45–2,01)
			M	32 895	47		0,50 (0,37–0,66)
G. Miccinesi et al., 2004 (Italija)	1985–1999	2000	Iš viso:	90 197	102	SMS	1,93*
			V	47 966	85		2,03*
			M	42 231	17		1,57
E. Hem et al., 2004 (Norvegija)	1960–1997	1999	Iš viso:	490 245	589	SMS	1,48 (1,37–1,61)
			V	–	407		1,55 (1,41–1,71)
			M	–	182		1,35 (1,17–1,56)
C. Björkenstam et al., 2005 (Švedija)	1965–1994	1999	Iš viso:	940 217	–	MRS	–
			V	–	72,1/10 ⁵		2,5
	1965–1974		M	–	34,4/10 ⁵	2,9	
			V	–	60,6/10 ⁵	2,0	
	1975–1984		M	–	20,4/10 ⁵	1,7	
			V	–	39,4/10 ⁵	1,6	
1985–1994		M	–	22,8/10 ⁵	2,3		
U. Yousaf et al., 2005 (Danija)	1971–1999	1999	Iš viso:	564 508	1 241	SMS	–
			V	–	740		1,7 (1,6–1,8)
			M	–	501		1,4 (1,3–1,5)
W. S. Kendal, 2007 (Jungtinės Amerikos Valstijos)	1973–2001	2001	Iš viso:	1 316 762	1572	RR	–
			V	670 932	1307		6,2 (5,4–7,1)
			M	645 830	265		1,0
N. R. C. Dormer et al., 2008 (Australija)	1981–2002	2002	Iš viso:	121 533	129	SMS	1,61 (1,36–1,92)
			V	–	108		1,73 (1,43–2,08)
			M	–	21		1,21 (0,79–1,86)
S. Misono et al., 2008 (Jungtinės Amerikos Valstijos)	1973–2002	2002	Iš viso:	3 594 750	5 838	SMS	1,88 (1,83–1,93)
			V	1 728 990	4 636		2,09 (2,03–2,15)
			M	1 865 760	1 202		1,48 (1,40–1,57)
D. Robinson et al., 2009 (Anglija)	1996–2005	2005	Iš viso:	417 572	166	SMS	1,36 (1,16–1,58)
			V	206 129	117		1,45 (1,20–1,73)
			M	211 443	49		1,19 (0,88–1,57)
E. Ahn et al., 2010 (Korėja)	1993–2002	2005	Iš viso:	816 295	2 065	SMS	2,00 (1,91–2,08)
			V	446 778	1521		2,05 (1,95–2,15)
			M	369 517	544		1,87 (1,72–2,03)

*Rezultatai statistiškai reikšmingi; V – vyrai; M – moterys.

Visuose literatūros apžvalgai atrinktuose tyrimuose buvo nustatyta, kad sergančiųjų onkologinėmis ligomis savižudybių rizika yra didesnė nei bendrojoje populiacijoje [18–33]. Šių tyrimų duomenimis, SMS dydis svyruoja nuo 1,36 (95 proc. PI 1,16–1,58) Anglijoje iki 2,58 – Šveicarijoje (95 proc. PI 1,95–3,38) [21, 32]. Tokie vienareikšmiai tyrimų rezultatai rodo, kad nustatyta onkologinės ligos diagnozė gali būti vienas iš savižudybės rizikos veiksnių. Paminėtina, kad tarp Šiaurės Europos valstybių, kur buvo analizuota onkologinių ligonių savižudybių rizika, toks tyrimas atliktas ir kaimyninėje Estijoje. Buvo ištirta 65 419 onkologinių ligonių kohorta, kurią sudarantiems asmenims liga diagnozuota 1983–1998 m. laikotarpiu. Padidėjusi savižudybių rizika nustatyta tik tarp vyrų: SMS = 1,73 (95 proc. PI 1,45–2,01). Minėtu laikotarpiu mirtingumo dėl savižudybių rodikliai Estijoje buvo vieni didžiausių Europoje, tačiau nesiekė Lietuvos mirtingumo dėl savižudybių rodiklių [10, 24]. Vieni mažiausių mirtingumo dėl savižudybių rodikliai yra tarp Anglijos ir Italijos gyventojų [10]. Tačiau tyrimų rezultatai parodė, kad net ir populiacijose, kur mirtingumo dėl savižudybių rodikliai palyginti maži, onkologinių ligonių savižudybių rizika yra iki 2 kartų didesnė nei bendrojoje populiacijoje [23, 25, 32].

SOCIODEMOGRAFINIŲ VEIKSNIŲ ĮTAKA SAVIŽUDYBIŲ RIZIKAI

Lytis. Visuose tyrimuose buvo nustatytas reikšmingas vyrų mirtingumo dėl savižudybių rizikos padidėjimas: rizika 2–3 kartus didesnė nei bendrojoje populiacijoje buvo tarp Amerikos [19, 31], Šveicarijos [21] Italijos [23, 25] bei Korėjos [33] vyrų. Mažiausias rizikos rodiklis (SMS = 1,3, $p < 0,01$) buvo nustatytas tarp Suomijos vyrų [18]. Daugumos tyrimų rezultatai parodė, kad didesnė savižudybių rizika buvo onkologinėmis ligomis sergančių vyrų nei moterų. Tik trijuose tyrimuose (Suomijoje, Italijoje ir Švedijoje) nustatyta didesnė moterų savižudybių rizika nei vyrų [18, 23, 27]. Kitaip nei vyrų, moterų padidėjusi savižudybių rizika nustatyta ne visuose tyrimuose: Estijoje atlikto tyrimo duomenimis, onkologine liga sergančių moterų savižudybių rizika buvo netgi mažesnė nei bendrojoje populiacijoje (SMS = 0,50, 95 proc. PI 0,37–0,66) [24].

Amžius. Kai kurių tyrimų autoriai nustatė su amžiumi didėjančią savižudybių riziką [25, 31–32]. O Italijoje pirmą kartą atliktame tyrime nustatyta priešinga tendencija – su amžiumi mažėjanti savižudybių

rizika [23]. Estijoje ir Korėjoje atliktų tyrimų duomenimis, didžiausia savižudybių rizika buvo atitinkamai tarp 15–49 ir 20–39 metų vyrų, kuri su amžiumi taip pat mažėjo [24, 33]. Kiti tyrinėtojai tokio ryšio nenustatė [19–21, 27–28, 30].

Santuokinis statusas. Vienas plačiausiai analizuotų (5 iš 14 atrinktų apžvalgai tyrimų) socialinių onkologinių pacientų savižudybių rizikos veiksnių buvo santuokinis statusas. Visuose tyrimuose, kur buvo analizuota onkologinių ligonių savižudybių rizika, atsižvelgiant į tai, ar jie gyveno santuokoje, ar ne, didžiausia savižudybių rizika nustatyta tarp anksčiau gyvenusių santuokoje pacientų [18, 26, 29, 31, 33]. Suomijoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad išsiskyrusių ar našliais likusių vyrų, sergančių onkologine liga, savižudybių rizika – 2,6, o moterų – net 5,8 ($p < 0,001$) karto didesnė nei bendrojoje populiacijoje. Tačiau bendrojoje Suomijos populiacijoje gyvenančiųjų santuokoje savižudybių rizika taip pat mažesnė nei kitose santuokos atžvilgiu grupėse. Laukiamas tiriamosios grupės savižudybių skaičius buvo apskaičiuotas neatsižvelgiant į mirtingumo dėl savižudybių skirtumus bendrojoje populiacijoje pagal statusą santuokos atžvilgiu. Todėl nustatyti savižudybių rizikos skirtumai pagal santuokinį statusą gali būti paveikti populiacinių mirtingumo dėl savižudybių rizikos veiksnių ir neturėti ryšio su vėžio diagnoze [18]. Tiek vyrų, tiek moterų didesnė savižudybių rizika nustatyta tarp išsiskyrusių nei tarp likusiųjų našliais [26, 29]. Dviejuose iš trijų tyrimų, kur pateiktas išsiskyrusių onkologinių pacientų rizikos įvertinimas atsižvelgiant į lytį, didesnė savižudybių rizika nustatyta tarp išsiskyrusių moterų nei tarp išsiskyrusių vyrų [18, 26, 29]. W.S. Kendal atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad diagnozės nustatymo metu gyvenančiųjų santuokoje tiek vyrų, tiek moterų savižudybių rizika buvo reikšmingai mažesnė, palyginti su kitomis santuokinio statuso grupėmis: RR buvo 0,46 (95 proc. PI 0,39–0,54) ir 0,67 (95 proc. PI 0,48–0,99) atitinkamai [29].

Socialiniai-ekonominiai veiksniai. Dviejų pastaraisiais metais atliktų tyrimų autoriai analizavo ir socialinių bei ekonominių veiksnių įtaką savižudybių rizikai tarp onkologinėmis ligomis sergančių žmonių. Korėjoje atlikto tyrimo autoriai nustatė, kad didesnė savižudybių rizika buvo susijusi su žemesniu išsilavinimu bei nedarbo lygiu. Onkologinių ligonių, neturinčių aukštojo išsilavinimo, savižudybių rizika buvo 1,5 karto didesnė, palyginanti su aukštąjį išsilavinimą įgijusių asmenų (95 proc. PI 1,28–1,76) ir 1,38 karto didesnė bedarbių, palyginanti su dirbančiųjų

(95 proc. PI 1,25–1,53) [33]. Anglijoje atlikto tyrimo duomenimis, nustatyta didesnė savižudybių rizika tarp sergančiųjų, gyvenančių skurdesniuose rajonuose nei turtingesnių rajonų gyventojų: didžiausia savižudybių rizika buvo tarp žemiausiam socialiniam-ekonominiam sluoksniui priklausančių moterų, nors šie skirtumai ir nebuvo statistiškai reikšmingi [32]. Panašūs rezultatai gauti ištyrus savižudybių rodiklius skirtinguose Anglijos administraciniuose teritoriniuose vienetuose. Nustatyta, kad savižudybių rodikliams įtakos turėjo socialinės gerovės indeksas: mažesni savižudybių rodikliai buvo susiję su geresne socialine-ekonomine regiono padėtimi [34].

Gyvenamoji vieta. Gyvenamosios vietos įtaka savižudybių rizikai buvo analizuota trijuose tyrimuose. Šveicarijoje ir Australijoje atliktų tyrimų rezultatai neparodė reikšmingo skirtumo tarp miesto ir kaimo vietovėse gyvenančių pacientų savižudybių rizikos [21, 30]. Korėjoje nustatyta reikšmingai didesnė didmiesčiuose gyvenančių onkologinių ligonių savižudybių rizika nei gyvenančių mažesniuose miestuose ar kaimo vietovėse: RR = 1,15 (95 proc. PI 1,05–1,25) [33]. Gauti tyrimo rezultatai prieštaravo bendrosios Korėjos populiacijos miesto ir kaimo gyventojų mirtingumo dėl savižudybių duomenims, kurie parodė didesnę savižudybių riziką tarp mažesnių miestų ar kaimo vietovių gyventojų [35].

Rasė ir etninė grupė. Priklausymo tam tikrai rasei ar etninei grupei įtaka savižudybių rizikai buvo analizuota dviejuose tyrimuose, atliktuose Jungtinėse Amerikos Valstijose [29, 31]. Abiejuose tyrimuose nustatytas stiprus ryšys tarp savižudybių rizikos ir rasės: tarp afroamerikiečių onkologinių ligonių nustatyta reikšmingai mažesnė savižudybių rizika, palyginanti su baltaodžių onkologinių ligonių savižudybių rizika. Tokios savižudiškos elgsenos tendencijos būdingos ir bendrajai Amerikos populiacijai. Manoma, kad mažesnę savižudybių riziką tarp afroamerikiečių rasei priklausančių asmenų lemia jų religinės pažiūros, šeimos parama ir kultūrinis savižudybės atmetimas [36].

KLINIKINIŲ VEIKSNIŲ ĮTAKA SAVIŽUDYBIŲ RIZIKAI

Vėžio lokalizacija, išplitimas ir ligos prognozė. Jungtinėse Amerikos Valstijose atlikto tyrimo autoriai didžiausią savižudybių riziką nustatė tarp ligonių, kuriems buvo diagnozuotas plaučių ir bronchų (SMS = 5,74), skrandžio (SMS = 4,68) bei galvos ir kaklo (burnos ertmė ir ryklė SMS = 3,66, gerklos

SMS = 2,83) vėžys [31]. Daugelio kitų tyrimų rezultatai taip pat parodė didžiausią savižudybių riziką tarp onkologinių pacientų, kuriems nustatyti minėtų lokalizacijų piktybiniai navikai [20, 22, 26, 28]. Vis dėlto piktybinio naviko lokalizacijos, susijusios su didžiausia savižudybių rizika, buvo skirtingos, remiantis įvairių tyrimų duomenimis: Šveicarijoje atlikto tyrimo metu didžiausia savižudybių rizika nustatyta tarp sergančiųjų limfinio ir kraujodaros audinių piktybiniais navikais (SMS = 5,63); Estijoje – stemplės (SMS = 7,22) bei kasos (SMS = 6,59) vėžiu (vyrai); Korėjoje – kasos (SMS = 6,01) ir biliarinio trakto (SMS = 3,19) vėžiu (vyrai) bei plaučių (SMS = 3,55) ir kiaušidžių (SMS = 2,84) vėžiu (moterys) [21, 24, 33].

Tyrimais taip pat nustatytas ryšys tarp savižudybių rizikos ir vėžio išplitimo laipsnio: didesnė rizika nustatyta tarp pacientų, sergančiųjų metastazavusiu vėžiu [18, 28, 29, 31, 32]. Taip pat didesnė onkologinių ligonių savižudybių rizika buvo susijusi su bloga ligos prognoze [28, 30] ar mažesniais išgyvenamumo rodikliais [25, 27]. Anglijoje atlikto tyrimo autoriai nustatė reikšmingai didesnę savižudybių riziką, susijusią su vėžio lokalizacijomis, kurioms esant 5-erių metų išgyvenamumo rodikliai mažesni nei 10 proc. [32]. Kituose tyrimuose didesnė savižudybių rizika taip pat nustatyta tarp onkologinių pacientų, kuriems diagnozuoti prastos prognozės navikai: bronchų, plaučių, stemplės, skrandžio, kasos, galvos ir kaklo, kepenų, biliarinio trakto, mieloma [20, 22, 24, 26–29, 31, 33].

Nors priežastinis ryšys tarp padidėjusios savižudybių rizikos ir tam tikrų vėžio lokalizacijų nėra išsiaiškintas, tačiau galima prielaida, kad plaučių vėžiu sergantys pacientai susiduria su grėsminga ligos prognoze. Tyrimų duomenimis, nustatytas didelis – vidutiniškai 25 proc. depresijos paplitimas tarp plaučių vėžiu sergančių pacientų, taip pat nustatytas stiprus ryšys tarp blogesnės gyvenimo kokybės ir didesnio depresijos paplitimo lygio bei patiriamo streso [37, 38]. Didelis psichologinio distreso ir depresijos paplitimas taip pat nustatytas tarp galvos ir kaklo vėžiu sergančių pacientų. Minėtų lokalizacijų pacientai susiduria ir su gyvenimo kokybę bloginančiais veiksniais: pasikeitusi išvaizda, gyvybiškai svarbių funkcijų sutrikimas (kalbos, rijimo, kvėpavimo) [39]. W. S. Kendal analizavo galvos ir kaklo lokalizacijų vėžiu sergančių onkologinių pacientų savižudybių rizikos ryšį su ribotomis gydymo galimybėmis. Didesnė rizika buvo susijusi su metastazių nustatymu, chirurginio gydymo kontraindikacija, aukštu naviko diferenciacijos laipsniu ar jokio gydymo netaikymu [29]. K. A. Louhivuori ir M. Hakama taip pat nustatė, kad

padidėjusi savižudybių rizika buvo tarp pacientų, kuriems nebuvo taikytas operacinis ir / ar radioterapinis gydymas [18].

Laikas po diagnozės nustatymo. Tyrimais parodyta priklausomybė tarp savižudybių rizikos padidėjimo ir laiko, praėjusio nuo diagnozės nustatymo. Daugelyje tyrimų didžiausia savižudybių rizika nustatyta pirmaisiais mėnesiais [23, 26, 28, 30] ar metais po diagnozės nustatymo [20–21, 24–25, 31–33]. Italijoje atlikto tyrimo duomenimis, per pirmuosius šešis mėnesius po diagnozės nustatymo savižudybių rizika tarp onkologinių ligonių buvo net 28 kartus didesnė (SMS = 27,7, $p < 0,001$) nei bendrojoje populiacijoje [23], o švedų mokslininkai nustatė 16 kartų (SMS = 16,0, 95 proc. PI 13,5–18,9) didesnę riziką tarp vyrų ir 15 kartų (SMS = 15,4, 95 proc. PI 11,2–20,6) – tarp moterų per pirmuosius metus po diagnozės nustatymo [20]. Australijos mokslininkai didžiausią riziką nustatė per pirmuosius tris mėnesius, tačiau 12–14 mėnesį reikėsi naujas padidėjusios rizikos periodas, kuriam įtakos galėjo turėti ligos recidyvas ar nesėkmingas gydymas [30]. Panašūs padidėjusios rizikos periodai buvo nustatyti dar keliuose tyrimuose [19, 23]. Ilgėjant laikotarpiui po onkologinės ligos nustatymo savižudybių rizika mažėja, o Švedijoje atlikto tyrimo metu po 10 metų nustatyta nusižudymo rizika tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų buvo netgi mažesnė nei bendrojoje populiacijoje [20–21, 23–26, 28, 30–33]. Vieno tyrimo autoriai, įvertinę 16 populiacinių vėžio registrų Jungtinėse Amerikos Valstijose ir Skandinavijoje duomenis, nustatė, kad padidėjusi savižudybių rizika tarp krūties vėžiu sergančių moterų išliko visą

daugiau nei 25 metus apimančią stebėjimo laikotarpį (SMS = 1,35, 95 proc. PI 0,82–2,12) [40].

APIBENDRINIMAS

Epidemiologinių tyrimų rezultatai parodė, kad onkologinėmis ligomis sergančių pacientų savižudybių rizika įvairiose šalyse yra 1,4–2,6 karto didesnė nei bendrojoje populiacijoje. Atlikti tyrimai leido nustatyti tam tikrus savižudybių rizikos veiksnius tarp onkologinių ligonių. Vieni šių rizikos veiksnių būdingi ir bendrajai populiacijai, kiti – specifiniai vėžiui. Su vėžio diagnoze susiję tokie savižudybių rizikos veiksniai, kaip piktybinio proceso išplitimas ar bloga ligos prognozė. Didžiausia savižudybių rizika yra susijusi su tų lokalizacijų piktybiniais navikais, kuriais sergant išgyvenamumo rodikliai yra mažiausi. Taip pat nustatytas kritinis laikotarpis po diagnozės nustatymo, kai savižudybių rizika tarp onkologinių ligonių yra didžiausia.

Savižudybių prevencijoje yra nepaprastai svarbūs moksliniai tyrimai ir analizė, kurių tikslas – nustatyti rizikos veiksnius bei jų paplitimą, prevencinių priemonių poreikį ir pagrįsti jų pasirinkimą, ieškoti naujų prevencijos būdų bei įvertinti pasirinktų prevencijos priemonių veiksmingumą. Mūsų šalyje onkologinių pacientų savižudybių rizika vertinta nebuvo, todėl pirmiausia turėtų būti atliktas tikslus situacijos įvertinimas, išanalizuoti mūsų šalies gyventojams specifiniai rizikos veiksniai ir pažeidžiamos grupės.

Straipsnis gautas 2012-05-07, priimtas 2012-07-26

Literatūra

- Plutchik R. Aggression, violence, and suicide. In: Maris RW, Berman AL, Silverman MM, editors. *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York: Guilford Press, 2000:407-23.
- Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry* [CD-ROM]. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000.
- Radavičius L. Teisiniai savižudybės aspektai. *Psichiatrijos žinios*. 2007;3-4(45-46):34-6.
- Demografinis metraštis 2010. Vilnius, Statistikos departamentas, 2011. http://www.stat.gov.lt/lt/catalog/pages_list/?id=1567.
- Laflamme L, Burrows S, Hasselberg M. Socioeconomic differences in injury risks: a review of findings and a discussion of potential countermeasures. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/111036/E91823.pdf.
- Harrison P. Summary overview of environment and health performance reviews for Estonia, Lithuania, Malta, Poland, Serbia and Slovakia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/114922/E93533.pdf.
- Apžvalga: išorinės mirties priežastys 2010. Vilnius: Higienos institutas, Sveikatos informacijos centras, Mirties priežasčių registras, 2011. http://www.hi.lt/content/sveik_stat_leid.html.
- Vėžys Lietuvoje 2008 metais. Vilnius: Vilniaus universiteto Onkologijos institutas, 2011.
- Vėžys Lietuvoje 2009 metais. Vilnius: Vilniaus universiteto Onkologijos institutas, 2011.
- European health for all database (HFA-DB). World Health Organization Regional Office for Europe; c2011. <http://data.euro.who.int/hfadbf/> [Updated: January 2012].
- Gerasimavičiūtė V, Gurevičius R. Mirtingumo nuo išorinių priežasčių ir savižudybių dinamika Baltijos šalyse 1996–2007 metais – segmentinės regresinės analizės privalumai. *Visuomenės sveikata*. 2009;(44):27-36.
- Gerasimavičiūtė V, Gurevičius R. Mirtingumo nuo išorinių priežasčių ir savižudybių dinamika Lietuvoje 1996–2008 metais: skirtumai tarp amžiaus ir lyties. *Visuomenės sveikata*. 2009;4(47):74-88.
- Gailienė D. Užburtame rate: savižudybių paplitimas Lietuvoje po nepriklausomybės atkūrimo. *Psichologija*. 2005;31:7-15.
- Navickas A, Gurevičius R, Danilevičiūtė V, Dembinskas A. Moterų savižudybės rizika Europos Sąjungoje ir Lietuvoje, stojant į Europos Sąjungą. *Neurologijos seminarai*. 2009;13(40):81-9.
- Petrasukienė J, Kalėdienė R, Starkuvienė S. Savižudybių būdai Lietuvoje ir jų ryšys su demografiniais veiksniais. *Medicina*. 2004;40(9):905-11.
- Jasilionis D, Stankūnienė V, Školnikov V. Lietuvos gyventojų mirtingumo sociodemografiniai skirtumai 2001–2004. Vilnius: Statistikos departamentas, Socialinių tyrimų institutas, 2006.
- Jasilionis, D, Stankūnienė, V. Suaugusių Lietuvos gyventojų socioekonominiai mirtingumo skirtumai. Vilnius: Lietuvos socialinių tyrimų centras, 2011.
- Louhivuori KA, Hakama M. Risk of suicide among cancer patients. *Am J Epidemiol*. 1979;109:59-65.
- Fox BH, Stanek III EJ, Boyd SC, Flannery JT. Suicide rates among cancer patients in Connecticut. *J Chron Dis*. 1982;35:89-100.
- Allebeck P, Bolund C, Ringbäck G. Increased suicide rate in cancer patients. A cohort study based on the Swedish cancer-environment register. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(7):611-6.
- Levi F, Bulliard JL, La Vecchia C. Suicide risk among incident cases of cancer in the Swiss Canton of Vaud. *Oncology*. 1991;48:44-7.
- Storm HH, Christensen N, Jensen OM. Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986. *Cancer*. 1992;69(6):1507-12.
- Crocetti E, Arniani S, Acciai S, Barchielli A, Buiatti E. High suicide mortality soon after diagnosis among cancer patients in central Italy. *Br J Cancer*. 1998;77(7):1194-6.
- Innos K, Rahu K, Rahu M, Baburin A. Suicides among cancer patients in Estonia: a population-based study. *Eur J Cancer*. 2003;39:2223-8.
- Miccinesi G, Crocetti E, Benvenuti A, Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy. *Eur J Cancer*. 2004;40:1053-7.
- Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg Ø. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol*. 2004;22(20):4209-16.
- Björkenstam C, Edberg A, Ayoubi S, Rosén M. Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? A nationwide register study in Sweden from 1965 to 1999. *Scand J Public Health*. 2005;33:208-14.
- Yousaf U, Christensen MLM, Engholm G, Storm HH. Suicides among Danish cancer patients 1971–1999. *Br J Cancer*. 2005;92:995-1000.
- Kendal WS. Suicide and cancer: a gender-comparative study. *Ann Oncol*. 2007;18:381-7.
- Dormer NRC, McCaul KA, Kristjanson LJ. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981–2002. *Med J Aust*. 2008;188(3):140-3.
- Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol*. 2008;26(29):4731-8.
- Robinson D, Renshaw C, Okello C, Moller H, Davies EA. Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: a population-based study. *Br J Cancer*. 2009;101:198-201.
- Ahn E, Shin DW, Cho S-II, Park S, Won IJ, Yun YH. Suicide rates and risk factors among Korean cancer patients, 1993-2005. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2010;19(8):2097-105.
- Rezaeian M, Dunn G, Leger SS, Appleby L. The ecological association between suicide rates and indices of deprivation in English local authorities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40:785-91.
- Park JY, Moon KT, Chae YM, Jung SH. Effect of sociodemographic factors, cancer, psychiatric disorder on suicide: gender and age-specific patterns [Abstract in English]. *J Prev Med Public Health*. 2008;41(1):51-60.
- Garlow SJ, Purselle D, Heninger M. Ethnic differences in patterns of suicide across the life cycle. *Am J Psychiatry*. 2005;162:319-23.
- Carlsen K, Jensen AB, Jacobsen E, Krasnik M, Johansen C. Psychosocial aspects of lung cancer. *Lung Cancer*. 2005;47:293-300.
- Sarna L, Padilla G, Holmes C, Tashkin D, Brech ML, Evangelista L. Quality of life of long-term survivors of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2002;20(13):2920-9.
- Ronis DL, Duffy SA, Fowler KE, Khan, MJ, Terrell JE. Changes in quality of life of head and neck cancer patients over 1 year. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;134(3):241-8.
- Schairer C, Brown LM, Chen BE, Howard R, Lynch CF, Hall P, Storm H et al. Suicide after breast cancer: an international population-based study of 723,810 women. *J Natl Cancer Inst*. 2006;98(19):1416-9.

Suicide rates and risk factors among cancer patients

Augustė Kačėnienė, Giedrė Smailytė

Lithuanian Cancer Registry, Institute of Oncology, Vilnius University

Summary

Nowadays, the leading causes of death in numeric terms are cardiovascular diseases, cancer and external causes. In Lithuania suicide accounts for 25,2 % of all external causes of death – the highest rate of all Europe countries. The aim of this article – to review literature data on suicide rates and risk factors among cancer patients. A literature search of PubMed database yielded 16 articles (14 retrospective cohort studies) according to inclusion criteria. Cancer registries based studies have demonstrated that the risk of suicide in cancer patients is higher than that for the general population. The suicide rate ranged from 1,36 to 2,58 in different studies. Risk factors identified for suicide in cancer patients include socio-demographic and illness factors. The majority of studies reported a higher relative risk in men than in women. Higher suicide rates were associated with divorced status, white race, less education and being unemployed. Cancer-specific risk factors included poor prognosis or advanced disease and time since diagnosis.

The risk of suicide was greatest in the first months or the first years after diagnosis. The risk was greater in patients diagnosed with cancers that have a poor prognosis (lung, bronchus, head and neck, oesophagus, stomach, pancreas, liver, biliary, myeloma) or non-localised disease.

Keywords: suicide, cancer, registry study, standardized mortality ratio.

Correspondence to Augustė Kačėnienė,
Institute of Oncology, Vilnius University,
P. Baublio 3B, LT-08406 Vilnius, Lithuania.
E-mail: auguste.kaceniene@vuoi.lt

Received 7 May 2012, accepted 26 July 2012