دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی و درمانی بوشهر

CrossMarck

10.61882/ismj.28.2.622

Original Article

The Relationship between Smoking Patterns and Depression: Evidence from Bushehr PoCOsteo Study

Mobin Hashemi [1*], Rahim Tahmasebi [2,3], Amirhossain Darabi [3], Reza Nemati [4], Iraj Nabipour [5], Azita Noroozi [3,6*]

[1] Student Research Committee, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[2] Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[3] The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, The Persian Gulf Biomedical Sciences Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[4] Department of Neurology, School of Medicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[5] The Persian Gulf Marine Biotechnology Research Center, The Persian Gulf Biomedical Sciences Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[6] Department of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

Abstract

Background: Given the increasing population of older adults in the world and Iran, mental health issues, including depression, and smoking habits in this age group require particular attention. The present study aimed to investigate the relationship between smoking habits and depression in women and men over 50 years of age in the PoCOsteo study in Bushehr, Iran.

Materials and Methods: This study is a cross-sectional study conducted on the data collected from 1998 men and women over 50 years of age in the PoCOsteo study. Data were collected through a demographic questionnaire, smoking habits questionnaire, and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Data analysis was performed using SPSS software version 26 software.

Results: The results of this study showed that smoking patterns are different between men and women; men mainly smoke cigarettes (P<0.001) while women smoke hookah more than men (P<0.001) and are exposed to secondhand smoke (P<0.001). The prevalence of depression was higher in women (9%) than in men (1.2%) (P<0.001). In men, current cigarette use was associated with reduced levels of depression (P<0.001), while in women, hookah use (P=0.001) and exposure to cigarette and hookah smoke (P=0.021) were associated with increased levels of depression.

Conclusion: Tobacco use habits and depression are gender-specific, and in women, hookah use and exposure to secondhand smoke are associated with increased depression, while in men, smoking temporarily reduced depressive symptoms.

Keywords
Depression
PoCOsteo Study
Smoking
Older adults
Cigarette use
Hookah or waterpipe use

***Corresponding author**
Azita Noroozi
azitanoroozi@yahoo.com

Ethical code
IR.BPUMS.REC.1403.240

Received: 2025/07/20
Accepted: 2025/09/23

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی و درمانی بوشهر

CrossMarck

doi 10.61882/ismj.28.2.622

مقاله پژوهشی

ارتباط الگوی مصرف دخانیات با افسردگی: شواهدی از مطالعه پوکوستئو بوشهر

مبین هاشمی[1*]، رحیم طهماسبی[2و3]، امیرحسین دارابی[3]، رضا نعمتی[4]، ایرج نبی‌پور[5]، آزیتا نوروزی[3و6*]

[1] کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[2] گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[3] مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج‌فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[4] گروه نورولوژي، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[5] مرکز تحقیقات زیست فناوری دریایی خلیج‌فارس، پژوهشکده علوم زیست پزشکی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
[6] گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

چکیده

زمینه: با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در جهان و ایران مسائل مرتبط با سلامت روان، از جمله افسردگی، و عادات مصرف دخانیات در این گروه سنی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین عادات مصرف دخانیات و افسردگی در زنان و مردان بالای ۵۰ سال مطالعه پوکوستئو شهر بوشهر انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی است که بر داده‌های جمع‌آوری‌شده از ۱۹۹۸ نفر مرد و زن بالای ۵۰ سال در مطالعه پوکوستئو انجام شده است. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های دموگرافیک، پرسشنامه عادات مصرف دخانیات و پرسشنامه استاندارد افسردگی PHQ-9 جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۶ انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که الگوهای مصرف دخانیات بین مردان و زنان متفاوت است؛ مردان به‌طور عمده سیگار مصرف می‌کنند (P<۰/۰۰۱)، در حالی‌که زنان بیش از مردان قلیان می‌کشند (P<۰/۰۰۱) و در تماس با دود غیرمستقیم سیگار می‌باشند (P<۰/۰۰۱). شیوع افسردگی در زنان (۹ درصد) بالاتر از مردان (۱/۲ درصد) بود (P<۰/۰۰۱). در مردان، مصرف کنونی سیگار با کاهش سطح افسردگی مرتبط بود (P<۰/۰۰۱)، در حالی‌که در زنان، مصرف قلیان (P=۰/۰۰۱) و مواجهه با دود سیگار و قلیان (P=۰/۰۲۱) با افزایش سطح افسردگی همراه بود.

نتیجه‌گیری: عادات مصرف دخانیات و افسردگی تابع جنسیت بوده و در زنان، مصرف قلیان و مواجهه با دود غیرمستقیم سیگار و قلیان با افزایش افسردگی مرتبط می‌باشد، در حالی‌که در مردان، مصرف سیگار به‌طور موقت علائم افسردگی را کاهش می‌داد.

واژگان کلیدی
افسردگی
پوکوستئو
دخانیات
سالمندی
مصرف سیگار
مصرف قلیان

***نویسنده مسئول**
آزیتا نوروزی
azitanoroozi@yahoo.com

کد اخلاق
IR. BPUMS.REC. ۱۴۰۳. ۲۴۰.

دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۹
پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

پیام کلیدی: زنان میانسال و سالمند مصرف‌کننده قلیان و در تماس با دود غیرمستقیم سیگار، در معرض خطر ابتلا به افسردگی می‌باشند.

مقدمه

جمعیت سالمندان به سرعت در حال افزایش است و بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی (WHO) نسبت جمعیت سالمند جهان بین ۲۰۱۷ تا ۲۰۵۰ از ۱۳ به ۲۱ درصد خواهد رسید (۱). در ایران نیز طی چهل سال آینده رشد جمعیت سالمند از میانگین جهانی نرخ رشد جمعیت سالمندان پیشی خواهد گرفت (۲). افراد مسن در طول زندگی خود ناملایمات و رویدادهای نامطلوب متعددی را تجربه می‌کنند که آن‌ها را مستعد ابتلا به اختلالات روانی به‌ویژه افسردگی می‌کنند. طبق گزارش WHO بیش از ۲۰ درصد از سالمندان از اختلالات روانی یا عصبی رنج می‌برند (۳). در یک متاآنالیز، شیوع افسردگی در میان جمعیت سالمند ایران ۵۳/۷ درصد (با فاصله اطمینان: ۶۴/۴-۴۳/۱ درصد) برآورد گردید و افسردگی در زنان بیش از مردان بود (۵۶/۱ در مقابل ۴۲/۳ درصد) (۴). افسردگی در سالمندان می‌تواند منجر به افزایش ناتوانی و مرگ‌ومیر شود (۵).

مطالعات، ریسک فاکتورهایی از جمله زن بودن، طلاق، تنها زندگی کردن (۶)، سطح تحصیلات پایین (۷)، عدم فعالیت بدنی (۸ و ۹) و ابتلا به بیماری‌های مزمن (۱۰) را برای اختلالات خلقی از جمله افسردگی گزارش کرده‌اند. استعمال دخانیات نیز رفتاری است که ممکن است خطر ابتلا به افسردگی را افزایش دهد (۱۱).

سیگار و بعد از آن قلیان رایج‌ترین شکل مصرف دخانیات در سراسر جهان است (۱۲). در سال ۲۰۲۰، WHO میزان مصرف دخانیات را در جمعیت جهان، ۲۲/۳ درصد (۳۶/۷ درصد در مردان و ۷/۸ درصد در زنان) گزارش نمود (۱۳). شیوع مصرف دخانیات در ایران بر اساس یافته‌های بررسی STEPS در سال ۲۰۱۶، ۱۴/۱ درصد بود (۲۵/۲ درصد در مردان در مقایسه با ۰/۴ درصد در زنان) (۱۴). در ایران، مصرف قلیان نگرانی قابل توجهی را برای سلامت عمومی ایجاد کرده؛ به‌طوری که شیوع مصرف آن ۱۱/۸ درصد می‌باشد و متأسفانه ساکنین استان بوشهر با ۴۱/۷ درصد بیشترین نسبت مصرف کنندگان قلیان در کل کشور را دارند (۱۵).

بیش از یک دهه است که ارتباط بین سیگار کشیدن و علائم افسردگی در مقالات متعدد شرح داده شده و یافته‌های متناقضی در این زمینه گزارش شده است (۱۶، ۱۱، ۱۹-۱۷)؛ با این وجود الگوی واضحی بر اساس جنسیت و عادات مصرف دخانیات با افسردگی وجود ندارد، به‌علاوه در زمینه ارتباط بین مصرف قلیان و افسردگی مطالعات بسیار محدودی انجام شده و یافته‌ها در این زمینه متناقض می‌باشد (۲۱-۱۹ و ۲۴-۲۲). از طرفی جنسیت عاملی تأثیرگذار در بروز افسردگی است و احتمالاً رابطه بین مصرف دخانیات و افسردگی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۲۵ و ۲۶).

بنابراین با توجه به تأثیر افسردگی و مصرف دخانیات بر سلامت جوامع، به‌ویژه در سالمندان و با در نظر گرفتن افزایش روز افزون مصرف دخانیات (به‌ویژه قلیان) در زنان، هدف از این مطالعه تعیین ارتباط بین عادات مختلف مصرف دخانیات (اعم از مصرف فعلی سیگار/ قلیان، مصرف پیشین سیگار/ قلیان و تماس غیرمستقیم با سیگار/ قلیان) با افسردگی به تفکیک در مردان و زنان سالمند می‌باشد. بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان راهکارهای پیشگیرانه جهت کاهش بروز افسردگی در سالمندان ارائه نمود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مقطعی بر روی داده‌های بخش ایرانی مطالعه پوکوستئو انجام شد. مطالعه پوکوستئو از نوع کوهورت آینده‌نگر بود که در ایران و اتریش جهت طراحی یک مدل چندوجهی برای ارزیابی خطر شکستگی استخوان انجام شد. در این مطالعه افراد برای ۳ سال از آغاز بهار ۲۰۱۸، تا پاییز ۲۰۲۱ پیگیری شدند. این مطالعه مقطعی بر روی داده‌های مرحله نخست انجام گردید. شرکت‌کنندگان مطالعه، افراد بالای ۵۰ سالی بودند که حداقل یک سال قبل از

مطالعه در بوشهر زندگی می‌کردند. به‌علاوه کلیه شرکت‌کنندگان از سلامت روحی و جسمی کافی برخوردار بودند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای تصادفی از ۷۵ محله شهر بوشهر انجام شد و در نهایت ۲۰۰۰ نفر ۵۰ سال و بالاتر در مطالعه شرکت کردند. پروتکل دقیق مطالعه پوکوستئو در جای دیگری توضیح داده شده است (۲۷).

در این پژوهش از سه گروه از داده‌های مطالعه پوکوستئو به شرح زیر استفاده شد:

الف) اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنسیت، شاخص توده بدنی (قد و وزن)، سابقه مشکلات پزشکی بیمار بر اساس خودگزارشی (شامل داشتن یا نداشتن سابقه‌ی بیماری قلبی، دیابت، سرطان، سکته قلبی، سکته مغزی و پرفشاری خون)، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، داشتن پیاده‌روی و فعالیت بدنی متوسط تا شدید بر اساس خودگزارشی.

ب) عادات مصرف دخانیات شامل ۸ سؤال در مورد سابقه مصرف دخانیات و نوع آن (سیگار و قلیان یا هردو)، عادت مصرف سیگار و قلیان از نظر مصرف فعلی سیگار و قلیان، سابقه قبلی مصرف و ترک سیگار یا قلیان و وضعیت تماس با دود سیگار/ قلیان یا passive smoking بررسی شد. بر این اساس افراد در سه گروه مصرف کننده فعلی سیگار/ قلیان، ترک‌کننده سیگار/قلیان و مصرف‌کننده غیرفعال سیگار/ قلیان/ یا هر دو تقسیم شدند.

ج) پرسشنامه استاندارد PHQ-9 جهت سنجش افسردگی بود. این پرسشنامه شامل ۹ سؤال است که علایمی مانند غم و اندوه، کم خلقی، از دست دادن علاقه یا لذت در فعالیت‌ها، احساس بی‌ارزشی یا گناه و افکار آسیب رساندن به خود را بررسی می‌کند. هر سؤال در این پرسشنامه نمره بین ۰ تا ۳ (اصلاً= ۰، چند روز = ۱، بیش از نیمی از روزها= ۲، و تقریباً هر روز = ۳) را کسب می‌کند که نمرات بالاتر نشان‌دهنده علائم شدیدتر افسردگی است. با جمع نمرات ۹ سؤال، دامنه‌ی نمرات بین ۰ تا ۲۷ کسب خواهد شد نمره کل بین ۰ تا ۴ نشان‌دهنده عدم وجود افسردگی، ۵ تا ۹ افسردگی خفیف، ۱۰ تا ۱۴ افسردگی متوسط، نمره ۱۵ تا ۱۹ افسردگی نسبتاً شدید و ۲۰ تا ۲۷ افسردگی شدید می‌باشد. روایی و پایایی این ابزار بر روی ۶۰۰۰ نفر بررسی و تأیید شده است (۲۸). در این مطالعه افراد به سه گروه شامل بدون افسردگی، افراد با افسردگی خفیف و افراد با افسردگی متوسط تا شدید تقسیم شدند.

کلیه اطلاعات به‌صورت خصوصی توسط یک مصاحبه‌گر آموزش دیده واجد شرایط تکمیل شد.

جهت رعایت اخلاق پژوهش، قبل از استخراج و دریافت اطلاعات از مطالعه پوکوستئو، کد اخلاق با شماره ۲۴۰. ۱۴۰۳. IR.BPUMS.REC از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر دریافت شد.

داده‌های جمع‌آوری و ثبت شده از بانک اطلاعاتی مطالعه پوکوستئو به‌صورت فایل اکسل استخراج گردید و بعد از ویرایش و کدگذاری مجدد اطلاعات، توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تحلیل داده‌ها علاوه بر ارائه شاخص‌های توصیفی، از آزمون کای- دو استفاده شد. برای کلیه آزمون‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها

در تجزیه و تحلیل، اطلاعات ۱۹۹۸ نفر مد نظر قرار گرفت و اطلاعات دو نفر از شرکت‌کنندگان به‌دلیل ناقص بودن پرسشنامه‌ها کنار گذاشته شد. از این تعداد، ۱۱۴۲ نفر (۵۷/۲ درصد) زن و ۸۵۶ نفر (۴۲/۸ درصد) مرد بودند. میانگین سن زنان شرکت‌کننده در مطالعه ۶۱/۵۷±۷/۶۹ و میانگین سن مردان ۶۲/۹۱±۸/۴۸ سال بود. از نظر میزان تحصیلات اکثر زنان (۴۹۷ نفر معادل ۴۳/۵ درصد) و مردان (۴۵۶ نفر معادل ۵۳/۳ درصد) تحصیلات زیردیپلم داشتند و اکثر زنان (۸۹۰ نفر معادل ۷۷/۹ درصد) و مردان (۸۳۶ نفر معادل ۹۷/۷ درصد) متأهل مرد بودند. اکثر زنان

خانه‌دار (۹۱۹ نفر معادل ۸۰/۵ درصد) و اکثر مردان بازنشسته (۶۳۳ نفر معادل ۷۳/۹ درصد) بودند.
یافته‌ها نشان داد که الگوی مصرف دخانیات در زنان و مردان متفاوت می‌باشد؛ به‌طوری‌که مردان بیشتر سیگار مصرف می‌کنند و زنان بیشتر از مردان قلیان مصرف می‌کنند. از نظر ترک سیگار و قلیان بین زنان و مردان تفاوت آماری معنادار دیده نشد. زنان به‌طور معناداری بیش از مردان با دود سیگار در تماس بودند (P<۰/۰۰۱) (جدول ۱).

جدول ۱. تعیین و مقایسه وضعیت عادات مصرف دخانیات به تفکیک در زنان و مردان شرکت کننده در مطالعه پوکوستئو بوشهر

عادات مصرف دخانیات	مرد		زن		P-value
	ندارد (درصد) تعداد	دارد (درصد) تعداد	ندارد (درصد) تعداد	دارد (درصد) تعداد	
مصرف اخیرسیگار	۶۹۶ (۸۱/۴)	۱۵۹ (۱۸/۶)	۱۱۳۴ (۹۹/۴)	۷ (۰/۶)	<۰/۰۰۱
مصرف اخیر قلیان	۷۷۳ (۹۰/۴)	۸۲ (۹/۶)	۹۲۳ (۸۰/۹)	۲۱۸ (۱۹/۱)	<۰/۰۰۱
ترک سیگار	۱۵۹ (۶۶/۵)	۸۰ (۳۳/۵)	۷ (۸۷/۵)	۱ (۱۲/۵)	۰/۲۱۴
ترک قلیان	۸۲ (۶۶/۱)	۴۲(۳۳/۹)	۲۱۸ (۶۶/۵)	۱۱۰ (۳۳/۵)	۰/۹۴۶
پاسیو سیگار	۸۳۹ (۹۸)	۱۷ (۲)	۱۰۴۳ (۹۱/۳)	۹۹ (۸/۷)	<۰/۰۰۱
پاسیو قلیان	۸۱۰ (۹۴/۶)	۴۶ (۵/۴)	۱۰۸۶ (۹۵/۱)	۵۶ (۴/۹)	۰/۶۳۷
پاسیو سیگار و قلیان	۸۰۵ (۹۴)	۵۱ (۶)	۱۰۵۶ (۹۲/۵)	۸۶ (۷/۵)	۰/۱۶۹

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده، بین زنان و مردان از نظر فراوانی ابتلا به افسردگی تفاوت آماری معنادار وجود داشت (P<۰/۰۰۱) و زنان بطور معناداری بیش از مردان افسردگی خفیف و متوسط تا شدید را تجربه می‌کردند.

جدول ۲. تعیین و مقایسه فراوانی افسردگی به تفکیک در زنان و مردان شرکت‌کننده در مطالعه پوکوستئو بوشهر

درجات افسردگی	مرد (درصد) تعداد	زن (درصد) تعداد	P-value
بدون افسردگی	۷۱۸ (۸۳/۹)	۷۱۷ (۶۲/۸)	<۰/۰۰۱
افسردگی خفیف	۱۲۰ (۱۴)	۳۲۲ (۲۸/۲)	
افسردگی متوسط تا شدید	۱۸ (۲/۱)	۱۰۳ (۹)	

ارتباط عوامل جمعیت‌شناختی با مصرف اخیر سیگار نشان داد که در زنان تنها بین مصرف اخیر سیگار با سابقه بیماری ریوی ارتباط وجود داشت (P=۰/۰۰۴)، به‌طوری‌که در زنان سیگاری بیماری ریوی به‌طور معناداری بیشتر بود. در مردان، مصرف اخیر سیگار با شاخص توده بدنی (P=۰/۰۰۱)، سطح تحصیلات (P=۰/۰۰۵) و سابقه هیپرتنشن (P=۰/۰۰۴) ارتباط داشت؛ به‌طوری‌که اکثر مردان سیگاری وزن نرمال و تحصیلات دیپلم داشتند و پرفشاری خون نداشتند.
ارتباط عوامل جمعیت‌شناختی با مصرف اخیر سیگار نشان داد که در زنان بین مصرف اخیر قلیان و شاخص توده بدنی (P=۰/۰۳۰)، وضعیت تأهل (P<۰/۰۰۱)، سطح تحصیلات (P<۰/۰۰۱)، شغل (P=۰/۰۰۱) و هیپرتنشن (P=۰/۰۰۸) ارتباط وجود داشت؛ به‌طوری‌که زنانی که قلیان مصرف می‌کردند اکثراً کم وزن، مجرد یا بیوه و تحصیلات دیپلم داشتند، خانه‌دار بوده و پرفشاری خون نداشتند. در مردان بین مصرف اخیر قلیان با سطح تحصیلات (P=۰/۰۰۳) و هیپرتنشن (P=۰/۰۱۸) ارتباط

وجود داشت؛ به‌طوری‌که اکثر مردانی که مصرف کننده قلیان بودند تحصیلات دیپلم داشتند و مبتلا به پرفشاری خون نبودند.

در راستای ارتباط عوامل جمعیت‌شناختی با افسردگی یافته‌ها نشان داد که در مردان، افسردگی با شاخص توده بدنی (P<۰/۰۰۱)، وضعیت تأهل (P<۰/۰۰۱)، شغل (P=۰/۰۱۳)، بیماری ریوی (P<۰/۰۰۱) و سکته مغزی (P=۰/۰۰۵) ارتباط داشت؛ به‌طوری‌که مردان کم وزن، مجرد، بیکار و با سابقه سکته مغزی و بیماری ریوی افسردگی بیشتری داشتند. در زنان افسردگی با وضعیت تأهل (P=۰/۰۳۶)، میزان تحصیلات (P=۰/۰۰۶)، فعالیت متوسط تا شدید (P<۰/۰۰۱)، نارسایی احتقانی قلب (P=۰/۰۲۵)، هیپرتنشن (P=۰/۰۰۱)، بیماری ریوی (P=۰/۰۳۲)، سکته قلبی (P=۰/۰۲۷) و سرطان (P=۰/۰۰۱) ارتباط معنادار داشت؛ به‌طوری که زنان مطلقه یا بیوه، افراد با تحصیلات دانشگاهی، افراد بدون فعالیت بدنی متوسط تا شدید، زنان با نارسایی احتقانی قلب، زنان مبتلا به پرفشاری خون، بیماری ریوی، سکته قلبی و سرطان افسردگی بیشتری داشتند (جدول ۳ و ۴).

جدول ۳. ارتباط عوامل جمعیت‌شناختی با افسردگی به تفکیک جنس در شرکت کنندگان مطالعه پوکوستئو

جنسیت		مرد			زن			P-value
عوامل دموگرافیک		متوسط تا شدید (درصد) تعداد	خفیف (درصد) تعداد	ندارد (درصد) تعداد	متوسط تا شدید (درصد) تعداد	خفیف (درصد) تعداد	ندارد (درصد) تعداد	
شاخص توده بدنی	کم وزن	۳ (۲۳/۱)	۴ (۳۰/۸)	۶ (۴۶/۲)	۰ (۰)	۱ (۲۵)	۳ (۷۵)	۰/۰۱۲
	نرمال	۶ (۲)	۴۰ (۱۳/۵)	۲۵۰ (۸۴/۵)	۲۴ (۱۲/۸)	۵۵ (۲۹/۳)	۱۰۹ (۵۸)	
	وزن بالا	۶ (۱/۵)	۵۱ (۱۲/۹)	۳۳۷ (۸۵/۵)	۳۷ (۷/۹)	۱۲۸ (۲۷/۴)	۳۰۳ (۶۴/۷)	
	چاق	۳ (۲)	۲۵ (۱۶/۳)	۱۲۵ (۸۱/۷)	۴۲ (۸/۷)	۱۳۸ (۲۸/۶)	۳۰۲ (۶۲/۷)	
	P-value		<۰/۰۰۱			۰/۵۰۷		
وضعیت تأهل	متأهل	۱۵ (۱/۸)	۱۱۵ (۱۳/۸)	۷۰۶ (۸۴/۴)	۷۰ (۷/۹)	۲۴۵ (۲۷/۵)	۵۷۵ (۶۴/۶)	<۰/۰۰۱
	مجرد	۲ (۴۰)	۱ (۲۰)	۲ (۴۰)	۲ (۶/۵)	۸ (۲۵/۸)	۲۱ (۶۷/۷)	
	مطلقه	۱ (۹/۱)	۴ (۳۶/۴)	۶ (۵۴/۵)	۴ (۱۸/۲)	۹ (۴۰/۹)	۹ (۴۰/۹)	
	بیوه	۰ (۰)	۰ (۰)	۴ (۱۰۰)	۲۷ (۱۳/۶)	۶۰ (۳۰/۲)	۱۱۲ (۵۶/۳)	
	P-value		<۰/۰۰۱			۰/۰۳۶		
میزان تحصیلات	بیسواد	۱ (۰/۸)	۱۰ (۷/۷)	۱۱۹ (۹۱/۵)	۱ (۱/۵)	۱۶ (۲۴/۶)	۴۸ (۷۳/۸)	<۰/۰۰۱
	زیردیپلم	۱۰ (۲/۲)	۶۱ (۱۳/۴)	۳۸۵ (۸۴/۴)	۴۰ (۸)	۱۲۷ (۲۵/۶)	۳۳۰ (۶۶/۴)	
	دیپلم	۵ (۲/۸)	۳۰ (۱۶/۷)	۱۴۵ (۸۰/۶)	۳۶ (۹)	۱۲۷ (۳۱/۶)	۲۳۹ (۵۹/۵)	
	دانشگاهی	۲ (۲/۲)	۱۹ (۲۱/۱)	۶۹ (۷۶/۷)	۲۶ (۱۴/۶)	۵۲ (۲۹/۲)	۱۰۰ (۵۶/۲)	
	P-value		۰/۰۸۲			۰/۰۰۶		
شغل	کارمند	۴ (۲)	۳۴ (۱۷/۱)	۱۶۱ (۸۰/۹)	۴ (۵/۹)	۲۰ (۲۹/۴)	۴۴ (۶۴/۷)	<۰/۰۰۱
	بازنشسته	۱۲ (۱/۹)	۷۹ (۱۲/۵)	۵۴۲ (۸۵/۶)	۱۱ (۷/۱)	۳۶ (۲۳/۲)	۱۰۸ (۶۹/۷)	
	بیکار/خانه‌دار	۲ (۸/۳)	۷ (۲۹/۲)	۱۵ (۶۲/۵)	۸۸ (۹/۶)	۲۶۶ (۲۸/۹)	۵۶۵ (۶۱/۵)	
	P-value		۰/۰۱۳			۰/۳۱۶		
پیاده‌روی	دارد	۶ (۱/۳)	۷۳ (۱۵/۳)	۳۹۸ (۸۳/۴)	۴۲ (۷/۲)	۱۶۰ (۲۷/۴)	۳۸۱ (۶۵/۴)	۰/۰۰۸
	ندارد	۱۲ (۳/۲)	۴۷ (۱۲/۴)	۳۲۰ (۸۴/۴)	۶۱ (۱۰/۹)	۱۶۲ (۲۹)	۳۳۶ (۶۰/۱)	
	P-value		۰/۰۸۴			۰/۰۵۴		
فعالیت بدنی	دارد	۷ (۱/۸)	۵۵ (۱۴/۴)	۳۲۱ (۸۳/۸)	۷۴ (۷/۵)	۲۸۲ (۲۸/۷)	۶۲۶ (۶۳/۷)	<۰/۰۰۱
	ندارد	۱۱ (۲/۳)	۶۵ (۱۳/۷)	۳۹۷ (۸۳/۹)	۲۹ (۱۸/۱)	۴۰ (۲۵)	۹۱ (۵۶/۹)	
	P-value		۰/۸۵۷			<۰/۰۰۱		

جدول ۴. ارتباط سابقه مشکلات پزشکی با افسردگی به تفکیک جنس در شرکت کنندگان مطالعه پوکوستئو

جنسیت		مرد			زن			P-value
عوامل دموگرافیک		متوسط تا شدید (درصد) تعداد	خفیف (درصد) تعداد	ندارد (درصد) تعداد	متوسط تا شدید (درصد) تعداد	خفیف (درصد) تعداد	ندارد (درصد) تعداد	
مشکل قلب	خیر	۱۵ (۱/۹)	۱۱۴ (۱۴/۲)	۶۷۴ (۸۳/۹)	۹۰ (۸/۵)	۲۹۳ (۲۷/۶)	۶۷۸ (۶۳/۹)	۰/۰۱۱
	بله	۳ (۵/۷)	۶ (۱۱/۳)	۴۴ (۸۳)	۱۲ (۱۵/۴)	۲۷ (۳۴/۶)	۳۹ (۵۰)	
	P-value		۰/۱۵۷			۰/۰۲۵		
سابقهBP	خیر	۹ (۱/۸)	۶۳ (۱۲/۶)	۴۲۷ (۸۵/۶)	۴۰ (۶/۸)	۱۴۹ (۲۵/۳)	۴۰۱ (۶۸)	<۰/۰۰۱
	بله	۹ (۲/۵)	۵۷ (۱۶)	۲۹۱ (۸۱/۵)	۶۱ (۱۱/۱)	۱۷۲ (۳۱/۳)	۳۱۶ (۵۷/۶)	
	P-value		۰/۲۷۶			۰/۰۰۱		
بیماری ریه	خیر	۱۲ (۱/۵)	۱۰۸ (۱۳/۲)	۶۹۹ (۸۵/۳)	۹۴ (۸/۷)	۳۰۱ (۲۷/۷)	۶۹۰ (۶۳/۶)	<۰/۰۰۱
	بله	۵ (۱۴/۳)	۱۲ (۴۳/۳)	۱۸ (۵۱/۴)	۹ (۱۵/۸)	۲۱ (۳۶/۸)	۲۷ (۴۷/۴)	
	P-value		<۰/۰۰۱			۰/۰۳۲		
سکته قلبی	خیر	۱۷ (۲/۱)	۱۱۱ (۱۳/۸)	۶۷۶ (۸۴/۱)	۳ (۹/۱)	۳۰۵ (۲۷/۶)	۷۰۲ (۶۳/۴)	۰/۱۹۴
	بله	۱ (۲)	۹ (۱۸)	۴۰ (۸۰)	۱۰۰ (۹)	۱۶ (۴۸/۵)	۱۴ (۴۲/۴)	
	P-value		۰/۷۱۰			۰/۰۲۷		
سکته مغز	خیر	۱۶ (۲)	۱۱۰ (۱۳/۴)	۶۹۴ (۸۴/۶)	۱۰۰ (۹)	۳۱۴ (۲۸/۳)	۶۹۵ (۶۲/۷)	۰/۴۸۰
	بله	۲ (۶/۱)	۱۰ (۳۰/۳)	۲۱ (۶۳/۶)	۳ (۱۰)	۷ (۲۳/۳)	۲۰ (۶۶/۷)	
	P-value		۰/۰۰۵			۰/۸۳۴		
دیابت	خیر	۱۷ (۲/۵)	۹۴ (۱۳/۶)	۵۷۸ (۸۳/۹)	۷۵ (۸/۸)	۲۲۶ (۲۶/۶)	۵۵۰ (۶۴/۶)	۰/۰۲۴
	بله	۱ (۰/۶)	۲۵ (۱۵/۲)	۱۳۸ (۸۴/۱)	۲۷ (۹/۳)	۹۶ (۳۳/۲)	۱۶۶ (۵۷/۴)	
	P-value		۰/۳۰۰			۰/۰۷۳		
سرطان	خیر	۱۸ (۲/۱)	۱۱۹ (۱۴)	۷۱۴ (۸۳/۹)	۹۶ (۸/۶)	۳۲۰ (۲۸/۵)	۷۰۶ (۶۲/۹)	<۰/۰۰۱
	بله	۰ (۰)	۱ (۲۰)	۴ (۸۰)	۶ (۳۱/۶)	۲ (۱۰/۵)	۱۱ (۵۱/۹)	
	P-value		۰/۸۸۶			۰/۰۰۱		

یافته‌ها نشان داد که در مردان بین مصرف اخیر سیگار با افسردگی ارتباط معنادار وجود داشت (P<۰/۰۰۱)؛ به‌طوری‌که مردان سیگاری افسردگی خفیف و متوسط تا شدید کمتری را تجربه می‌کردند. اما در زنان بین مصرف اخیر قلیان با افسردگی ارتباط وجود داشت (P=۰/۰۰۱) و زنان مصرف‌کننده قلیان تقریباً دو برابر زنان غیر مصرف‌کننده، افسردگی متوسط تا شدید داشتند و افسردگی خفیف نیز در زنان مصرف‌کننده بیشتر بود. همچنین در زنان بین تماس با دود سیگار و قلیان با افسردگی ارتباط معنادار وجود داشت (P=۰/۰۲۱)؛ به‌طوری‌که زنانی که در تماس همزمان با دود سیگار و قلیان بودند افسردگی خفیف و متوسط تا شدید بیشتری نسبت به غیر مصرف‌کنندگان تجربه می‌کردند. در زنان و مردان بین سایر عادات مصرف دخانیات با افسردگی ارتباط معنادار یافت نشد (جدول ۵).

جدول ۵. ارتباط عادات مصرف دخانیات با افسردگی به تفکیک در زنان و مردان شرکت کننده در مطالعه پوکوستئو بوشهر

عادات مصرف دخانیات		افسردگی					
		مرد			زن		
		متوسط/شدید (درصد) تعداد	خفیف (درصد) تعداد	ندارد (درصد) تعداد	متوسط/شدید (درصد) تعداد	خفیف (درصد) تعداد	ندارد (درصد) تعداد
مصرف اخیر سیگار	دارد	۱۲ (۱/۷)	۸۱ (۱۱/۶)	۶۰۳ (۸۶/۶)	۱۰۱ (۸/۹)	۳۲۱ (۲۸/۳)	۷۱۲ (۶۲/۸)
	ندارد	۶ (۳/۸)	۳۹ (۲۴/۵)	۱۱۴ (۷۱/۷)	۲ (۲۸/۶)	۱ (۱۴/۳)	۴ (۵۷/۱)
	P-value		<۰/۰۰۱			۰/۱۷۴	
مصرف اخیر قلیان	دارد	۳ (۳/۷)	۱۱ (۱۳/۴)	۶۸ (۸۲/۹)	۳۱ (۱۴/۲)	۷۱ (۳۲/۶)	۱۱۶ (۵۳/۲)
	ندارد	۱۵ (۱/۹)	۱۰۹ (۱۴/۱)	۶۴۹ (۸۴)	۷۲ (۷/۸)	۲۵۱ (۲۷/۲)	۶۰۰ (۶۵)
	P-value		۰/۵۸۵			۰/۰۰۱	
ترک سیگار	دارد	۳ (۳/۸)	۱۴ (۱۷/۵)	۶۳ (۷۸/۸)	۰ (۰)	۱ (۱۰۰)	۰ (۰)
	ندارد	۶ (۳/۸)	۳۹ (۲۴/۵)	۱۴۱ (۷۱/۷)	۲ (۲۸/۶)	۱ (۱۴/۳)	۴ (۵۷/۱)
	P-value		۰/۴۶۲			۰/۱۸۰	
ترک قلیان	دارد	۳ (۳/۷)	۱۱ (۱۳/۴)	۳۷ (۸۲/۹)	۱۱ (۱۰)	۳۹ (۳۵/۵)	۶۰ (۵۴/۵)
	ندارد	۰ (۰)	۵ (۱۱/۹)	۳۷ (۸۸/۱)	۳۱ (۱۴/۲)	۷۱ (۳۲/۶)	۱۱۶ (۵۳/۲)
	P-value		۰/۴۳۳			۰/۵۴۳	
پاسیو سیگار	دارد	۰ (۰)	۲ (۱۱/۸)	۱۵ (۸۸/۲)	۶ (۶/۱)	۳۶ (۳۶/۴)	۵۷ (۵۷/۶)
	ندارد	۹۷ (۹/۳)	۲۸۶ (۲۷/۴)	۷۰۳ (۸۳/۸)	۹۷ (۹/۳)	۲۸۶ (۲۷/۴)	۶۶۰ (۶۳/۳)
	P-value		۰/۷۹۲			۰/۱۳۰	
پاسیو قلیان	دارد	۱ (۲/۲)	۷ (۱۵/۲)	۳۸ (۸۲/۶)	۶ (۱۰/۷)	۱۸ (۳۲/۱)	۳۲ (۵۷/۱)
	ندارد	۱۷ (۲/۱)	۱۱۳ (۱۴)	۶۸۰ (۸۴)	۹۷ (۸/۹)	۳۰۴ (۲۸)	۶۸۵ (۶۳/۱)
	P-value		۰/۹۷۰			۰/۶۶۶	
پاسیو سیگار و قلیان	دارد	۰ (۰)	۹ (۱۷/۶)	۴۲ (۸۲/۴)	۱۳ (۱۵/۱)	۳۰ (۳۴/۹)	۴۳ (۵۰)
	ندارد	۱۸ (۲/۲)	۱۱۱ (۱۳/۸)	۶۷۶ (۸۴)	۹۰ (۸/۵)	۲۹۲ (۲۷/۷)	۶۷۴ (۶۳/۸)
	P-value		۰/۴۳۵			۰/۰۲۱	

بحث

این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین عادات مصرف دخانیات و افسردگی در زنان و مردان شرکت‌کننده در مطالعه پوکوستئو بوشهر صورت گرفت. یافته‌های مطالعه نشان داد که الگوی مصرف دخانیات و میزان افسردگی در زنان و مردان متفاوت است. عواملی چون تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل و ابتلا به بیماری‌های مزمن با مصرف دخانیات و ابتلا به افسردگی مرتبط می‌باشد و در زنان مصرف قلیان و مواجهه با دود غیرمستقیم سیگار و قلیان با افزایش افسردگی و در مردان مصرف سیگار با کاهش افسردگی مرتبط است.

در راستای الگوی مصرف دخانیات، یافته‌ها گویای وجود تفاوت جنسیتی در الگوی مصرف می‌باشد به گونه‌ای که زنان بیشتر مصرف‌کننده قلیان و مردان مصرف‌کننده سیگار می‌باشند. در این مطالعه ۱۹/۱ درصد زنان مصرف کننده‌ی قلیان بودند. این یافته مطابق با نتایج مطالعه STEPS و پژوهش‌های ملی دیگر است که نشان می‌دهد زنان استان بوشهر بیشترین مصرف‌کننده قلیان در کشور هستند (۱۴ و ۱۵). در مطالعه‌ای بر روی ۱۳۵۹ زن ایرانی سنین باروری، شیوع مصرف قلیان ۶/۳ درصد گزارش گردید (۲۹) که بسیار کمتر از میزان مصرف قلیان در سالمندان تحت مطالعه است. این الگوی مصرف در کشورهای مدیترانه‌ی شرقی به نوعی هنجار اجتماعی تبدیل شده است (۲۹) و استان بوشهر نیز تا حدود زیادی تابع این هنجار بوده و مصرف قلیان به‌عنوان نوعی فعالیت اجتماعی پذیرفته شده است؛ حال آنکه ۱۸/۶

درصد مردان تحت مطالعه مصرف‌کننده‌ی سیگار بودند که به نظر می‌رسد در مردان به‌دلیل مشغله‌های کاری، در دسترس بودن و قابلیت حمل ساده سیگار نسبت به قلیان عامل مهمی است که می‌تواند یکی از دلایل مصرف بیشتر سیگار در مردان باشد. از نظر تماس با دود دست دوم، یافته‌ها نشان داد که زنان به‌طور معناداری بیش از مردان با دود سیگار در تماس بودند که می‌تواند به دلایل فرهنگی و محیطی، از جمله مصرف دخانیات توسط همسر یا فرزندان در خانه باشد (۳۰). تفاوت جنسیتی در الگوی مصرف دخانیات با مطالعات عبدالله‌پور و سهرابی همراستاست (۱۹ و ۱۴).

در راستای وضعیت افسردگی، یافته‌ها نشان داد که میزان افسردگی در زنان به‌طور معناداری بالاتر از مردان است. این یافته با مطالعات گذشته، از جمله متاآنالیز شیوع افسردگی در سالمندان ایرانی (۴ و ۱۹)، مطابقت دارد که در آن نیز افسردگی در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است. دلایل این تفاوت ممکن است به عوامل بیولوژیکی مانند تغییرات هورمونی، روانی و اجتماعی مربوط باشد (۱۵).

یافته‌های مطالعه نشان داد که مردان بیکار و زنان خانه‌دار بیشترین میزان مصرف سیگار و قلیان را داشتند. این نتیجه با پژوهش‌هایی که نشان می‌دهند وضعیت شغلی و تحصیلات از عوامل پیش‌بینی‌کننده مصرف دخانیات هستند، همخوان است (۱۴، ۱۵ و ۲۹). زنان مصرف‌کننده قلیان شاخص توده بدنی پایین داشتند، اکثراً بیوه یا مجرد بودند و از نظر شغل خانه‌دار با تحصیلات دیپلم بودند؛ در مطالعه بر روی زنان سنین باروری ایرانی نیز مشخص شد که زنان مصرف‌کننده قلیان شاخص توده بدنی پایین داشتند و اکثراً بیوه و خانه‌دار بودند که همراستا با مطالعه کنونی است ولی در زنان سنین باروری اکثر مصرف‌کنندگان قلیان تحصیلات دانشگاهی داشتند (۲۹) که این تناقض در یافته‌ها را می‌توان به تفاوت سطح تحصیلات در نمونه‌های دو مطالعه نسبت داد.

مردان مصرف‌کننده سیگار شاخص توده بدنی پایین‌تر و تحصیلات دیپلم داشتند و ابتلا به پرفشاری خون در آن‌ها کمتر بود. وجود شاخص توده بدنی پایین در مصرف‌کنندگان مواد دخانی در مطالعات دیگر نیز گزارش شده (۳۱) که همراستا با یافته مطالعه کنونی است. در مورد تأثیر سیگار کشیدن بر فشار خون، با وجود اینکه سیگار کشیدن از طریق تحریک سیستم عصبی سمپاتیک، موجب افزایش فشار خون می‌شود، داده‌های مطالعات موجود به وضوح رابطه بین مصرف مواد دخانی و افزایش فشار خون را نشان نمی‌دهند. همچنین ممکن است مصرف مواد دخانی بیشتر بر فشار خون مرکزی تأثیر مضر داشته باشد (۳۲).

در راستای ارتباط بین عوامل جمعیت‌شناختی با افسردگی، یافته‌ها نشان داد که مردان کم وزن، مجرد، بیکار و با سابقه سکته مغزی افسردگی بیشتری داشتند و زنان مطلقه یا بیوه، زنان با تحصیلات دانشگاهی، بدون فعالیت بدنی متوسط تا شدید، زنان با نارسایی احتقانی قلب، زنان مبتلا به هیپرتنشن، بیماری ریوی، سکته قلبی و سرطان افسردگی بیشتری داشتند. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات وی یرر (Weyerer)، گل‌بنی (Golboni)، رودا (Rodda) و سید صالحی و همکاران همسو است (۷، ۴، ۵، ۱۵ و ۳۳). در راستای ارتباط افسردگی با وضعیت تأهل یافته‌های مطالعه جان (John) و همکاران همسو با یافته‌های مطالعه کنونی نشان‌دهنده‌ی تأثیر جنسیتی در ارتباط بین وضعیت تأهل و افسردگی بود به‌گونه‌ای که مردان مجرد بیش از متأهلین افسرده بودند در حالی‌که در زنان، بیوه و مطلقه بودن ریسک افسردگی را افزایش می‌داد (۳۴).

در راستای ارتباط افسردگی با بیماری‌های مزمن، در یک مطالعه مروری شواهد محکمی دال بر ارتباط افسردگی به‌عنوان یک عامل خطر برای بیماری‌های قلبی، سکته مغزی، سرطان و دیابت ارائه شده است (۳۵) که مؤید یافته‌های مطالعه کنونی می‌باشد.

در راستای ارتباط بین عادات مصرف دخانیات و افسردگی در زنان و مردان، یافته‌ها نشان داد که در مردان مصرف سیگار با کاهش افسردگی مرتبط است که ممکن است به استفاده از نیکوتین برای کاهش استرس مربوط باشد (۳۶). همچنین نتایج نشان داد که در زنان، مصرف قلیان و مواجهه با دود غیرمستقیم سیگار و قلیان با افزایش افسردگی همراه بود که با یافته‌های لو (Lu) و هاهاد (Hahad) و همکاران هم راستا بود (۱۶ و ۳۷). در یک متاآنالیز بر روی داده‌های ۲۵ مطالعه کوهورت، بین مصرف فعلی و پیشین سیگار با افسردگی ارتباط مشاهده شد (۳۸). در مطالعه ماساکی (Masaki) و همکاران و اشری (Assari) و همکاران، بین مصرف فعلی سیگار و سیگار الکترونیک با افزایش افسردگی ارتباط وجود داشت (۳۹ و ۴۰). یافته‌های مطالعه ناکاتا (Nakata) و همکاران نیز نشان داد که مواجهه غیرفعال با دود سیگار در محل کار یا منزل با افسردگی ارتباط دارد (۳۰). تفاوت جنسیتی در ارتباط بین عادات مصرف دخانیات و افسردگی می‌تواند به علت عوامل بیولوژیکی باشد. دود سیگار حاوی چندین ماده شیمیایی روانگردان از جمله نیکوتین است. با اتصال نیکوتین به گیرنده‌های آن در مغز، آزادسازی انتقال‌دهنده‌های عصبی متعدد از جمله دوپامین، سروتونین، نوراپی‌نفرین، استیل کولین، آمینوبوتیریک اسید و گلوتامات افزایش می‌یابد؛ به‌علاوه دود سیگار موجب مهار مونوآمین اکسیداز (آنزیمی که مسئول شکستن انتقال دهنده‌های عصبی آمین بیوژنیک نوراپی نفرین، سروتونین و دوپامین) در مغز می‌شود (۲۰). در مردان، این تغییرات ممکن است به کاهش موقت استرس و بهبود خلق‌وخو منجر شود، اما در زنان، ترکیبات سمی موجود در دود قلیان (مانند مونوکسید کربن) می‌تواند اثرات معکوس داشته باشد و به تشدید افسردگی کمک کند، علاوه‌بر این، دود غیرمستقیم نیز می‌تواند التهاب سیستمیک را افزایش دهد و از این طریق بر مغز تأثیر منفی بگذارد (۴۱). این مطالعه همچون سایر مطالعات محدودیت‌هایی داشت؛ از جمله اینکه در این مطالعه عادات مصرف دخانیات صرفاً از طریق خودگزارشی بررسی شده که امکان کم گزارشی وجود داشته و به‌ویژه با توجه به وجود استیگما در بین جامعه زنان به‌ویژه زنان سالمند از نظر مصرف سیگار، احتمال گزارش نادرست مصرف سیگار در زنان وجود داشته است. همچنین از آنجایی‌که این مطالعه بر روی بخشی از داده‌های مطالعه پوکوستئو انجام شد دسترسی به اطلاعات کامل و به‌ویژه اطلاعات پاراکلینیک شرکت‌کنندگان وجود نداشت و در این زمینه به خودگزارشی بیماری‌ها و فعالیت بدنی افراد بسنده گردید.

نتیجه‌گیری

الگوهای مصرف دخانیات و شیوع افسردگی در زنان و مردان سالمند متفاوت است و زنان بیشتر مصرف‌کننده قلیان و مردان مصرف‌کننده سیگار بودند و افسردگی در زنان سالمند شایع‌تر از مردان بود. این تفاوت‌ها تحت‌تأثیر عوامل جمعیت‌شناختی و اجتماعی قرار دارد. در زنان، مصرف قلیان و مواجهه با دود غیرمستقیم با افزایش افسردگی مرتبط بود، در حالی‌که در مردان، مصرف سیگار به‌طور موقت علائم افسردگی را کاهش می‌داد.

حمایت مالی

یافته‌های این پژوهش، بخشی از داده‌های مطالعه پوکوستئو است. مطالعه پوکوستئو با دریافت کمک هزینه از برنامه تحقیق و نوآوری HORIZON 2020 تحت شماره قرارداد ۷۶۷۳۲۵ تأمین مالی شده است.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1.Nations U. Living Arrangements of Older Persons: A Report on an Expanded International Dataset. New York: United Nations; 2017. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/LivingArrangements.pdf

2.Zanjari N, Kalantari Banadaki SZ, Sadeghi R, et al. A Futures Study of the Challenges and Drivers of Population Aging in Iran Using the Scenario Analysis Technique. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2024; 19(2): 258-275.(Persian) 10.32598/sija.2023.3692.1

3.WHO. Mental health of older adults. 20 October 2023. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults

4.Golboni F, Mahmoodi H, Baghi V, et al. Prevalence of depression among Iranian elderly: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Iran J Psychiatry 2022; 1(2): 70-80. https://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/852.

5.Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. BMJ 2011; 343(8): d5219. 10.1136/bmj.d5219

6.Meng X, D'Arcy C. Common and unique risk factors and comorbidity for 12-month mood and anxiety disorders among Canadians. Can J Psychiatry 2012; 57(8): 479-487. 10.1177/070674371205700806

7.Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, et al. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. J Affect Disord 2008; 111(2-3): 153-163. 10.1016/j.jad.2008.02.008

8.Inoue S, Ohya Y, Odagiri Y, et al. Perceived neighborhood environment and walking for specific purposes among elderly Japanese. J Epidemiol 2011; 21(6): 481-490. 10.2188/jea.je20110044

9.Chang M ,Snaedal J, Einarsson B, et al. The association between midlife physical activity and depressive symptoms in late life: Age gene/environment susceptibility—Reykjavik Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2015; 71(4): 502–507. 10.1093/gerona/glv196

10.Reddy M. Depression: the disorder and the burden. Indian J Psychol Med 2010; 32(1): 1–2. 10.4103/0253-7176.70510

11.Wu Zh, Yue Q, Zhao Zh, et al. A cross-sectional study of smoking and depression among US adults: NHANES (2005-2018). Front Public Health. 2023; 11: 1081706. 10.3389/fpubh.2023.1081706

12.WHO Data. Tobacco Fact Sheet; https://www.who.int/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/world-no-tobacco-day-2020/wntd-tobacco-fact-sheet.pdf

13.WHO report on the global tobacco epidemic, 2021: Addressing new and emerging products. https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095

14.Sohrabi MR, Abbasi-Kangevari M, Kolahi A-A. Current Tobacco Smoking Prevalence Among Iranian Population: A Closer Look at the STEPS Surveys. Front. Public Health 2020; 8: 571062. 10.3389/fpubh.2020.571062

15.Seyyedsalehi MS, Shah A, Rashidian H, et al. Determinants of waterpipe smoking in Iranian adults: results from the IROPICAN study. Front Psychiatry 2023; 14: 1292503. 10.3389/fpsyt.2023.1292503

16.Hahad O, Beutel M, Gilan DA, et al. The association of smoking and smoking cessation with prevalent and incident symptoms of depression, anxiety, and sleep disturbance in the general population. J Affect Disord 2022; 313: 100-109. 10.1016/j.jad.2022.06.083

17.Wiesbeck GA. Kuhl HC, Yaldizli O, et al. Tobacco Smoking and Depression –Results from the WHO/ISBRA Study. Neuropsychobiology 2008; 57(1-2): 26–31. 10.1159/000123119.

18.Fluharty MRes M, Taylor AE, Grabski MRes M, et al. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. Nicotine Tob Res 2017; 19(1): 3-13. 10.1093/ntr/ntw140

19.Abdollahpour I, Golestannejad Z, Salimi Y, et al. Joint Waterpipe and Cigarette Smoking as Key Correlate of History of Depression in Iranian Population: A Cross-Sectional Study. Tob Use Insights 2022; 15: 1179173X221100402. 10.1177/1179173X221100402

20.Abbadi A, Alnahar J, Zoghoul S, et al. Waterpipe Nicotine Dependence and Depressive Symptoms among Adolescent Waterpipe and Dual Users. J Environ Public Health 2020; 2020: 2364571: 10-19. 10.1155/2020/2364571

21.Emre N, Edirne T, Ozsahin A. Waterpipe smoking, internet addiction and depression: A public health problem trio? Int J Clin Pract 2021; 75(4):e13852. 10.1111/ijcp.13852

22.Bandiera FC, Richardson AK, Lee DJ, et al. Second-hand smoke exposure and mental health among children and adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 2011; 165(4): 332–338. 10.1001/archpediatrics.2011.30

23.Lee KJ. Current smoking and secondhand smoke exposure and depression among Korean adolescents: Analysis of a national cross-sectional survey. BMJ Open 2014; 4(2): e003734. 10.1136/bmjopen-2013-003734

24.Poole-Di Salvo E, Liu YH, Brenner S, et al. Adult household smoking is associated with increased child emotional and behavioral problems. J Dev Behav Pediatr 2010; 31(2): 107–115. 10.1097/DBP.0b013e3181cdaad6

25.Husky MM, Mazure CM, Paliwal P, et al. Gender differences in the comorbidity of smoking behavior and major depression. Drug Alcohol Depend 2008; 93(1-2): 176–179. 10.1016/j.drugalcdep.2007.07.015
26.Massak A, Graham K. Is the smoking-depression relationship confounded by alcohol consumption? An analysis by gender. Nicotine Tob Res 2008; 10(7): 1231–1243. 10.1080/14622200802163449
27.Khashayar P, Dimai HP, Moradi N, et al. Protocol for a multicentre, prospective cohort study of clinical, proteomic and genomic patterns associated with osteoporosis to develop a multidimensional fracture assessment tool: the PoCOsteo j Study. BMJ Open 2020; 10(9): e035363. 10.1136/bmjopen-2019-035363
28.Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16(9): 606-613. 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
29.Baheiraei A, Mirghafourvand M, Nedjat SN, et al. Prevalence of Water Pipe Use and Its Correlates in Iranian Women of Reproductive Age in Tehran: A Population-Based Study. Med Princ Pract 2012; 21(4): 340–344. 10.1159/000336583
30.Nakata A, Takahashi M, Ikeda T, et al. Active and passive smoking and depression among Japanese workers. Prev Med 2008; 46(5): 451–456. 10.1016/j.ypmed.2008.01.024
31.Baum CL. The effects of cigarette costs on BMI and obesity. Health Econ 2009; 18(1): 3-19. 10.1002/hec.1340
32.Virdis A, Giannarelli C, Fritsch Neves M, et al. Cigarette Smoking and Hypertension. Curr Pharm Des 2010; 16(23): 2518-2525. 10.2174/138161210792062920
33.Sahranavard M, Norouzi Seyed Hossini Rasool, Saffari M, et al. The effect of Home-Based Supervised Otago Exercises on Quality of Life, Psychological Well-Being, and Social Isolation Among Older Adults: A Quasi- Experimental Study. Iran South Med J 2025; 27(5): 338-352. 10.61186/ismj.27.5.338
34.John Ph.D, Montgomery PR. Marital Status, Partner Satisfaction, and Depressive Symptoms in Older Men and Women. Can J Psychiatry 2009; 54(7): 487–492. 10.1177/070674370905400710
35.Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. Med J Aust 2009; 190(S7): S54-S60. 10.5694/j.1326-5377.2009.tb02471.x
36.Tavakkolizadeh J, Ghahramani M, Moghimian M. The Survey of stressful events on smoked and nonsmoked early adults of Gonabad city. Intern Med Today 2004; 10(1): 52-60.(Persian) http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-260-fa.html
37.Lu W, Wu H. Does passive smoking at home lead to depression among older people in China? Int J Health Plann Mgmt 2019; 1–12. 10.1002/hpm.2923
38.Hu Z, Cui E, Chen B et al. Association between cigarette smoking and the risk of major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis in depression, schizophrenia, and bipolar disorder. Front Med 2025; 12: 1529191. 10.3389/fmed.2025.1529191
39.Masaki K, Taketa RM, Nakama MK, et al. Relationships Between Depressive Symptoms, Anxiety, Impulsivity and Cigarette and E-cigarette Use Among Young Adults. Hawaii J Health & Soc Welf 2022; 81(3): 51–57. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35261985/
40.Assari S, Pallera JS, Najand B. E-Cigarette, Conventional Cigarette, and Depression: Role of Race/Ethnicity in the Health Information National Trends Survey (HINTS) 2022. J Lung Health Dis 2023; 7(1): 1-6. 10.29245/2689-999X/2023/1.1181
41.Benowitz NL. Nicotine addiction. N Engl J Med 2010; 362(24): 2295-2303. 10.1056/NEJMra0809890