

Janusz Sierosławski

UŻYWANIE LEKÓW UZALEŻNIAJĄCYCH PRZEZ KOBIETY WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO

Wprowadzenie

W cieniu młodzieżowej narkomanii, zaprzatającej od początku lat osiemdziesiątych uwagę opinii publicznej i koncentrującej na sobie szerokie działania profilaktyczne, rozwija się równoległe, prawie nie zauważane, zagrożenie epidemiologiczne wynikające z używania substancji legalnych. Chodzi tu przede wszystkim o leki uspokajające i nasenne oraz tabletki od bólu głowy. Leki te, używane także przez narkomanów, mają znacznie szerszy krąg konsumentów, wśród których nierzadkie są przypadki ich nadużywania, a w efekcie uzależnienia. Jak wykazały badania zrealizowane w 1984 r. na reprezentatywnej próbie losowej mieszkańców Polski ($n = 3776$) z leków psychoaktywnych w celu poprawy samopoczucia, zmiany nastroju, czyli zmiany stanu psychicznego, najliczniejsze frakcje badanych przyjmowały leki przeciwbólowe nienarkotyczne oraz benzodwazepiny. Dużo groźniejsze z punktu widzenia uzależnienia barbiturany i opiaty używały tylko pojedyncze osoby. Najbardziej rozpowszechnionymi lekami okazały się tabletki od bólu głowy oraz relanium – każdy z tych dwóch leków przyjmowało po 4.1% badanych. Analiza dystrybucji używania tych dwóch leków w różnych kategoriach społeczno-demograficznych wykazała, że są one powszechniej stosowane przez kobiety niż mężczyźni oraz najbardziej rozpowszechnione w kategorii wieku 45 - 64 lata. Wyniki te wskazują na kobiety w średnim i starszym wieku jako najbardziej zagrożone konsekwencjami używania tych leków, a więc wymagające podjęcia działań profilaktycznych. Polska pod tym względem nie odbiega od innych krajów europejskich. Według danych szwajcarskich odsetek codziennych konsumentów tranquilizerów zwiększa się wraz z wiekiem od 0.4% w wieku 15-24 lata do 7.8% powyżej 64 roku życia. W Londynie pod koniec lat siedemdziesiątych wśród użytkowników leków uspokajających kobiety spotykano dwukrotnie częściej niż mężczyźni. W Danii kobiety powy-

żej 25 roku życia stanowią 70% konsumentów benzodiazepin i innych tranquilizerów.

W 1992 r. Instytut Psychiatrii i Neurologii przystąpił do realizacji programu profilaktycznego finansowanego przez Biuro d/s Narkomanii, którego celem jest przeciwdziałanie nadużywaniu leków psychoaktywnych przez kobiety. Podjęcie działań zostało poprzedzone badaniami diagnostycznymi, w których kwestie używania leków uzależniających osadzono w kontekście używania innych substancji psychoaktywnych, a także problematyki zdrowotnej oraz ogólnie stylu życia.

Przedmiotem tego artykułu będzie prezentacja wyników dotyczących jedynie używania leków uzależniających. Z punktu widzenia rozpowszechnienia, jak również zagrożeń negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi (możliwość uzależnienia, toksyczność) na szczególną uwagę zasługują tabletki od bólu głowy oraz środki uspokajające i nasenne, przede wszystkim z grupy benzodiazepin. Używanie tych leków zostanie poddane analizie w tym artykule.

Metoda i materiał badawczy

Badania zrealizowano w maju i czerwcu 1992 r. na 1000-osobowej próbie udziałowej kobiet w wieku 35-64 lata, mieszanek całego kraju, metodą wywiadów kwestionariuszowych przeprowadzanych przez ankieterów.

Kwestionariusz ankiety składał się z 58 pytań, w tym 13 pytań metryczki. Część pytań miała charakter otwarty, część zamknięty. Przed opracowaniem ostatecznej wersji kwestionariusza przeprowadzono badania pilotażowe, którymi objęto 64 kobiety z interesującej nas populacji, reprezentujące różne środowiska. Część ankiet pilotażowych zrealizowano na wsi.

Komentarza wymaga sposób pytania o używanie leków psychoaktywnych. W badaniach z 1984 r. rejestrowano w pytaniu otwartym stosowanie różnych leków w celu zmiany swojego stanu psychicznego, co – jak się wydaje – nie dało szansy uchwycenia wszystkich przypadków używania leków psychoaktywnych. Poza możliwością zarejestrowania pozostały te przypadki, gdy badany inaczej definiował cel używania leku, przyjmował go bezrefleksyjnie lub nie pamiętał, jakie leki przyjmował, a nie mógł skorzystać z „podpowiedzi” jakie zawiera w sobie pytanie zamknięte.

W celu uchwycenia w badaniu możliwie wszystkich konsumentów leków uzależniających, w referowanym badaniu zastosowano półotwarty sposób pytania, nie precyzując celu stosowania danego leku. Respondentki proszono

o podanie nazw wszystkich leków, jakie przyjmowały w czasie ostatnich 12 miesięcy, osobno pytając o poszczególne grupy leków. W kwestionariuszu ankiety podane były nazwy grup z przykładami konkretnych leków, respondentki miały za zadanie powiedzieć, czy używały leków z tej grupy oraz podać ich nazwy. Dzięki temu respondentkom łatwiej było uświadomić sobie, o jakie leki chodzi. W trakcie analiz uwzględniano jednak również leki klasyfikowane nieprawidłowo do poszczególnych grup. Takich przypadków było niewiele, poniżej 5%.

W innym miejscu kwestionariusza pytano o leki psychoaktywne przepisywane przez lekarzy. Z różnicy w odpowiedziach na te dwa pytania otrzymano informacje o używaniu tych leków bez przepisu lekarza.

Badanie terenowe przeprowadziło 25 specjalnie przeszkolonych ankieterek. Ze względu na drażliwość problematyki badania oraz charakterystykę badanej populacji do zbierania danych posłużono się tylko kobietami. W instruktażu zwrócono szczególną uwagę na konieczność nie ujawniania przed respondentem własnego stosunku do alkoholu i innych używek – niezależnie czy jest on pozytywny, czy negatywny. Zwracano również uwagę na konieczność nawiązania odpowiednio bliskiego kontaktu gwarantującego szczerą odpowiedź. Biorąc pod uwagę wiek respondentek przestrzegano młodsze ankieterki przed manifestowaniem oznak swojej młodości, co mogłoby przeszkodzić w uzyskaniu odpowiedniego poziomu kontaktu.

Każda z ankieterek wyposażona została w pisemną instrukcję do realizacji wywiadu. Elementem szkolenia była próbna realizacja wywiadu.

Chociaż metoda doboru próby badawczej nie spełniała kryteriów doboru losowego, to starano się jednak w procedurze doboru w miarę możliwości uwzględniać czynnik losowy. Zastosowano wielostopniowy dobór respondentek do badań. W pierwszym kroku dokonano losowania warstwowego miejscowości. Stworzono dwie warstwy: miejską i wiejską, dzieląc między nie próbę, proporcjonalnie do liczby mieszkańców.

Jednostką losowania w miastach było miasto bądź w wielkich miastach dzielnica, na wsi gmina wiejska. Wylosowano w sumie 75 jednostek, z czego 50 były to jednostki miejskie i 25 gminy. W każdej jednostce losowania realizowano 13 lub 14 ankiet.

W badanych miejscowościach stosowano kwotowy dobór respondentów. Przyjęto trzy kryteria doboru: wiek, wykształcenie, a ponadto na terenach wiejskich źródło utrzymania, odwzorowując w próbie rozkład tych cech w populacji. W konstrukcji kryteriów kwotowych zastosowano trzy dziesięcioletnie przedziały wieku, cztery kategorie wykształcenia (podstawowe i poniżej,

zasadnicze zawodowe, średnie, wyższe) oraz dychotomiczny podział źródeł utrzymania (rolnicze i pozarolnicze). Intencją wprowadzenia ostatniego kryterium było zagwarantowanie odpowiedniej reprezentacji kobiet wiejskich z rodzin rolniczych i pozarolniczych. Zakładano, że te dwie grupy mieszkanki wsi mogą znacznie różnić się kulturowo, a co za tym idzie pod względem stylu życia, a w szczególności w zakresie konsumpcji substancji psychaktywnych.

Kryteria kwotowe zostały rozpisane na miejscowości z uwzględnieniem specyfiki ich rozkładu w poszczególnych warstwach. Każda z ankieterek otrzymywała zatem nazwę miejscowości i kryteria doboru osób badanych na jej terenie. Przyjęto zasadę, że w jednym gospodarstwie domowym można było zrealizować tylko jedną ankietę.

Dane o rozkładzie podstawowych cech społeczno-demograficznych w próbie zawiera tabela 1.

Tabela 1.
Rozkład podstawowych cech społeczno-demograficznych w próbie
(odsetki badanych)

Wiek	%
34-44	44.5
45-54	27.3
55-64	28.2
Wielkość miejscowości zamieszkania	
wieś	30.5
miasto do 50 tys. mieszk.	25.3
miasto 50 tys. - 200 tys. mieszk.	12.3
miasto 200 tys. - 500 tys. mieszk.	14.1
miasto pow. 500 tys. mieszk.	17.8
Stan cywilny	
panna	5.1
małżeński	77.8
rozwidziona	11.3
wdowa	5.7

Wykształcenie	
podstawowe i niższe	40.5
zasadnicze zawodowe	17.6
średnie	33.1
wyższe	8.8
Grupa społeczno-zawodowa	
rolnicy indywidualni	20.5
robotnicy niewykwalifikowani	17.1
robotnicy wykwalifikowani	15.9
prac. umysł. bez wyższego wykształcenia	26.4
prac. umysł. z wyższym wykształceniem	9.1
praca na własny rachunek	6.1
inne	4.9
Aktywność zawodowa	
prac. w pełnym wymiarze	58.4
prac. w niepełnym wymiarze	6.4
niepracujące	35.2
Miesięczne dochody na osobę w rodzinie	
do 499 tys.	10.3
500 - 999 tys.	30.1
1000 - 1499 tys.	27.4
1500 - 1999 tys.	17.8
2000 tys. i więcej	14.4

Komentarza wymaga zasada klasyfikowania respondentek do grup społeczno-zawodowych. Podstawowym kryterium był zawód wykonywany badanej. W przypadku emerytek, rencistek i bezrobotnych decydujący był zawód wykonywany ostatnio w okresie aktywności zawodowej, w przypadku innych osób nie pracujących (jak np. kobiety zajmujące się domem) brano pod uwagę zawód osoby, na której utrzymaniu jest badana ze szczególnym wskazaniem na głowę rodziny. Tak skonstruowana zmienna pozwala na sklasyfikowanie wszystkich respondentek bez względu na to czy pracują, chociaż nie według dokładnie tego samego kryterium. Zmienną tę należy traktować jako przybliżony wskaźnik statusu społecznego.

Wyniki

Rozpowszechnienie używania uzależniających leków uspokajających i nasennych w podziale na używanie z zaleceniem i bez zalecenia lekarza zestawiono w tabeli.

Tabela 2.
Używanie leków uspokajających i nasennych w ciągu ostatnich 12 miesięcy (odsetki badanych)

	Ogółem	w tym	
		z zalecenia lekarza	bez zalecenia lekarza
Relanium (Valium)	13.2	9.2	4.0
Oxazepam, Tazepam	8.1	6.5	1.6
Rudotel, Nobrium, Anxitol, Medazepam	3.5	2.9	0.6
Signopam	2.8	1.9	0.9
Nitrazepam, Mogadon	1.6	1.6	-
Clonazepam, Rivotriol, Clonopin	0.8	0.5	0.3
Elenium	0.7	0.7	-
Reladorm	0.3	0.2	0.1
Luminal	0.3	0.3	-
Cyklobarbita, Fenadorm	0.1	0.1	-
Tardyl, Doriden, Paxil	0.1	0.1	-
Lorazepam	0.1	-	0.1
Benzodwuzepiny ogółem	24.7	19.0	5.7

W czasie ostatnich 12 miesięcy leki z grupy benzodwazepin przyjmowała prawie 1/4 badanych. Z barbituranami miały doczynienia tylko pojedyncze osoby. Pierwsze miejsce pod względem rozpowszechniania wśród benzodwazepin zajmuje relanium. Tylko ten lek przyjmowała na tyle liczna grupa badanych, żeby można było jego używanie poddać dalszym analizom. Kolejność pod względem rozpowszechniania poszczególnych leków jest podobna jak w badaniach z 1984 r. Tam również pierwsze miejsce zajmowało relanium a drugie oxazepam. Różnice występują na dalszych miejscach. W 1984 r. mniejsza była popularność rudotelu i podobnych specyfików, a większa reladromu. Wprawdzie różnice nie są duże, ale mniejsze rozpowszechnienie reladromu należy uznać za objaw pozytywny, bowiem ten preparat zawierający benzodwazepinę i barbituran trzeba uznać za bardziej niebezpieczny z punktu widzenia możliwości uzależnienia.

W grupie prawie 25% użytkowników benzodwazepin zawiera się frakcja prawie 6% wszystkich badanych, które stosowały je bez wskazań lekarza. Kolejność poszczególnych leków używanych bez wskazań lekarza jest podobna jak z przepisu lekarza. Różnica występuje tylko na trzecim miejscu, w rankingu leków stosowanych bez wskazań lekarskich to miejsce zajmuje signopam. Zwraca uwagę brak przypadków stosowania bez wskazań lekarza objętych silniejszą kontrolą barbituranów. W badaniu stwierdzono tylko jeden przypadek używania reladromu bez przepisu lekarza. Kilkuprocentowa grupa osób używających benzodwazepin na własną rękę skłania do rozważenia kwestii poziomu kontroli nad tymi lekami. Na podjęcie zdecydowanych kroków zasługuje kwestia nielegalnej podaży tych leków przemyconych z krajów byłego Związku Radzieckiego. Wprawdzie w badaniu nie podejmowano tej sprawy, ale zarówno z potocznej obserwacji jak doniesień prasowych i informacji od narkomanów wiadomo, że leki te można kupić na bazarach. Oferta w tym względzie jest jawna i zakup nie stwarza żadnych problemów.

Dalszym analizom poddano rozpowszechnianie używania benzodwazepin ogółem oraz najliczniej reprezentowanego relanium. Jako użytkownik benzodwazepin traktowana była każda badana osoba, która w czasie ostatnich 12 miesięcy przyjmowała jeden lek z tej grupy.

Tabela 3.
 Używanie jakiegokolwiek leku z grupy benzodwuzepiny
 oraz używanie relanium według cech społeczno-demograficznych
 (odetek badanych)

	Benzowuazepiny	Relanium
Ogółem	24.7	13.2
Wiek		
35 - 44	21.8	10.3
45 - 54	23.4	13.2
55 - 64	30.5	17.7
Wielkość miejscowości zamieszkania		
wieś	22.0	12.8
miasto do 50 tys. mieszk.	25.4	11.1
miasto 50 tys. - 200 tys. mieszk.	24.4	17.9
miasto 200 tys. - 500 tys. mieszk.	29.9	19.0
miasto pow. 500 tys. mieszk.	24.9	9.4
Stan cywilny		
panna	14.0	4.0
małżeński	25.0	13.7
rozwidziona	23.9	13.3
wdowa	26.3	10.5
Wykształcenie		
podstawowe i niższe	26.9	15.7
zasadnicze zawodowe	22.9	13.1
średnie	24.6	11.6
wyższe	19.3	8.0
Grupa społeczno-zawodowa		
rolnicy indywidualni	19.6	11.8
robotnicy niewykwalifikowani	32.2	17.5

	Benzowuazepiny	Relanium
robotnicy wykwalifikowani	27.7	14.5
prac. umysł. bez wyższego wykształcenia	25.0	12.1
prac. umysł. z wyższym wykształceniem	21.1	10.0
praca na własny rachunek	14.8	8.2
inne	27.5	17.6
Aktywność zawodowa		
prac. w pełnym wymiarze	23.5	11.2
prac. w niepełnym wymiarze	29.5	18.0
niepracujące	26.0	15.0
Miesięczne dochody na osobę w rodzinie		
do 499 tys.	24.2	15.2
500 - 999 tys.	23.5	11.6
1000 - 1499 tys.	23.4	11.5
1500 - 1999 tys.	32.8	18.4
2000 tys. i więcej	21.3	11.3

Nie potwierdziła się hipoteza o najwyższym rozpowszechnieniu używania benzodwazepin wśród badanych w wieku 45 - 54 lata, a więc w tzw. wieku „przejściowym”. Zarówno wszystkie benzodwazepiny jak i samo relanium jest używane w najwyższym odsetku przez kobiety w wieku 55 - 64 lata. Wśród badanych w wieku 45 - 54 lata jest wprawdzie większe rozpowszechnienie stosowania tych leków niż wśród młodszych, ale różnica jest nieznaczna. Większy skok ilościowy następuje po przejściu do najstarszej uwzględnionej w badaniu grupy wiekowej.

Używanie różnych leków z grupy benzodwazepin oraz używanie relanium okazało się niezależne od takich cech społeczno-demograficznych jak stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodowa i dochody rodziny.

Jedyną zmienną poza wiekiem różnicującą stosowanie leków z grupy benzodwazepin okazała się przynależność do grupy społeczno-zawodowej. Najwyższe rozpowszechnienie zanotowano wśród badanych zakwalifikowanych do grupy robotników niewykwalifikowanych, najniższe wśród osób z grupy prowadzących działalność gospodarczą. Stosunkowo niski wskaźnik procentowy obserwuje się wśród rolniczek. Wydaje się, iż o ile w przypadku kobiet

wywodzących się ze środowisk biznesu ma tu wpływ zapewne lepsza sytuacja materialna oraz większy poziom aktywności życiowej, o tyle w przypadku rolniczek pewną rolę gra zapewne mniejsza dostępność służby zdrowia oraz tradycyjny system wartości i przywiązanie do naturalnych sposobów radzenia sobie z różnymi dolegliwościami.

W inną zależność wchodzi używanie relanium. Jest ono niezależne od grupy społeczno-zawodowej, różnicowane jest natomiast przez wielkość miejscowości zamieszkania. Najliczniejszą frakcją kobiet stosujących ten lek spotykamy wśród mieszkanek miast liczących 200-500 tys. mieszkańców, najmniej liczną wśród mieszkanek największych miast – ponad 500 tys. ludności.

Podsumowując dane z tabeli, relatywnie najczęściej spotykamy użytkowniczki benzodwazepin wśród kobiet w wieku 55 - 64 lata, ze środowisk robotniczych, szczególnie robotników niewykwalifikowanych, zaś użytkowniczki relanium też w tej grupie wieku w miastach średniej wielkości.

Najbardziej rozpowszechnionym lekiem w naszej populacji są tabletki od bólu głowy. W czasie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie przyjmowało je 41.8% respondentek. W badaniach z 1984 r. otrzymano znacznie niższe wskaźniki – dla kobiet 5.8%, dla osób w wieku o najwyższym rozpowszechnieniu, czyli 50 - 54 lat – 8.6%. Wprawdzie w powyższych danych wiek nie został skorelowany z płcią, ale i tak widać, że wskaźnik dla kobiet w wieku 50 - 54 lata nie może przekraczać 15%. Powodem tak znacznych rozbieżności w wynikach jest zapewne różny sposób zadawania pytania. Dla przeciętnego człowieka tabletki od bólu głowy może nie dość silnie kojarzyć się z pojęciem leku, co mogło powodować, że znaczna część przypadków ich używania mogła nie znaleźć miejsca w odpowiedziach. Niemniej nie wydaje się, aby zanotowane różnice mogły być tylko efektem różnic w sposobie sformułowania pytania.

Większość kobiet, które przyjmowały tabletki od bólu głowy w czasie ostatnich 12 miesięcy, przyjmowała je również w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Przy ograniczeniu wyznacznika czasowego do miesiąca odsetek użytkowniczek tabletek wynosi 33.7%. Kobiety, które należą do tej grupy w 78.2%, w czasie całego roku przyjmują tabletki z podobną częstotliwością co w czasie ostatnich 30 dni, w 13.6% z większą częstotliwością, a w 8.2% z mniejszą.

Znaczne rozpowszechnienie używania tabletek w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem pozwoliło na wyodrębnienie na potrzeby dalszych analiz wystarczająco licznej grupy użytkowniczek o znacznej częstości przyjmowania tego leku. Do tej grupy zaliczono kobiety, które przyjmowały tabletki od bólu głowy przez co najmniej 10 dni w czasie ostatniego miesiąca.

Tabela 4.

Używanie tabletek od bólu głowy w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem według cech społeczno-demograficznych (odsetki badanych)

	nie używała	używała do 9 dni	używała 10 dni lub więcej
Ogółem	66.3	21.5	12.2
Wiek			
35 - 44	66.8	22.7	10.5
45 - 54	65.6	21.1	13.3
55 - 64	66.1	20.1	13.9
Wielkość miejscowości zamieszkania			
wieś	62.8	24.0	13.2
do 50 tys. mieszk.	69.0	20.6	10.3
50 tys. - 200 tys. mieszk.	68.2	17.3	14.5
200 tys. - 500 tys. mieszk.	69.7	19.7	10.6
powyżej 500 tys. mieszk.	64.6	22.1	13.3
Stan cywilny			
panna	65.3	18.4	16.3
małżeński	66.0	22.4	11.7
rozwidziona	67.0	19.3	13.8
wdowa	69.6	16.1	14.3
Wykształcenie			
podstawowe i niższe	63.0	21.2	15.9
zasadnicze zawodowe	64.0	27.3	8.7
średnie	70.3	18.8	10.9
wyższe	72.1	22.1	5.8
Grupa społeczno-zawodowa			
rolnicy indywidualni	62.6	23.2	14.3
robotnicy niewykwalifikowani	60.5	25.1	14.4
robotnicy wykwalifikowani	63.9	20.0	16.1
prac. umysł. bez wyższego wyksz.	70.3	20.1	9.7
prac. umysł. z wyższym wyksz.	72.1	22.1	5.8
praca na własny rachunek	71.7	16.7	11.7
inne	70.6	19.6	9.8

	nie używała	używała do 9 dni	używała 10 dni lub więcej
Aktywność zawodowa			
w pełnym wymiarze	66.6	22.9	10.5
w niepełnym wymiarze	67.8	18.6	13.6
niepracujące	65.6	18.9	15.6
Miesięczne dochody na osobę w rodzinie			
do 499 tys.	50.0	34.7	15.3
500 - 999 tys.	64.5	19.7	15.9
1000 - 1499 tys.	68.3	21.4	10.3
1500 - 1999 tys.	70.8	18.1	11.1
2000 tys. i więcej	71.5	21.2	7.3

Na 33.7% badanych, które używały tabletek od bólu głowy w czasie ostatnich 30 dni, 12.2% przyjmowały ten lek w tym czasie przez 10 dni lub dłużej. Wydaje się, iż w ich przypadku możemy mówić o zagrożeniu.

W przypadku używania tabletek od bólu głowy, podobnie jak przy benzodwuzepinach nie potwierdziła się hipoteza o większym ich rozpowszechnieniu w kategorii wieku 45 - 54 lata. Przyjmowanie tabletek okazało się w ogóle niezależne od wieku, przynajmniej w zastosowanej tu kategoryzacji.

Używanie tabletek od bólu głowy wyznaczane jest natomiast w sensie statystycznym przez wykształcenie i dochody w rodzinie. Wraz ze wzrostem wykształcenia maleją odsetki użytkowniczek tabletek. Największy skok odsetka występuje między wykształceniem zasadniczym zawodowym a średnim. Najwyższe odsetki kobiet, które często przyjmowały tabletki, zanotowano w kategorii wykształcenia podstawowe lub niższe, trochę niższe u kobiet z wykształceniem średnim. Najniższe rozpowszechnienie występuje wśród kobiet z wykształceniem wyższym. Podobny kształt ma zależność od poziomu dochodu w rodzinie. Wzrost dochodu wiąże się ze spadkiem rozpowszechnienia. Największa różnica pojawia się między grupą o najniższych dochodach a grupą o dochodach 500-999 tys. zł. na członka rodziny. Również odsetki kobiet często używających tabletek spadają w miarę wzrostu dochodów. Tu jednak obserwuje się dwa punkty skoku, tj. 1 mln i 2 mln zł. na członka rodziny. Na uwagę zasługuje koncentracja okazjonalnych użytkowniczek w najniższej grupie dochodów.

Zaprezentowana analiza zdaje się wskazywać, iż radzenie sobie z dolegliwościami przy pomocy szeroko dostępnych proszków od bólu głowy koncen-

truje się wśród kobiet o niższym poziomie podstawowych czynników statusu społecznego, jakimi są wykształcenie i dochody.

Wnioski

Wyniki badania potwierdziły znaczne rozpowszechnienie używania przez kobiety w wieku 35 - 64 lata leków uspokajających i nasennych, a także tabletek od bólu głowy. W tej grupie dominują benzodwuzepiny, a przede wszystkim relanium. Poziom rozpowszechnienia tych leków zbliża nasz kraj do krajów zachodnich. Obserwujemy też w naszym kraju podobne procesy jak w tamtych krajach. Rozszerza się oferta legalnych leków psychoaktywnych, nasila się ich reklama, powstaje tendencja do radzenia sobie z różnymi problemami i kłopotami życia codziennego przy użyciu pigułki. Podjęcie działań profilaktycznych wydaje się zatem uzasadnione.

Janusz Sierosławski

The Use of the Addictive Drugs by Women

The questionnaire survey on the use of the addictive drugs by women, at the age of 35 through 64 years was completed in the summer 1992.

The inquiry was conducted on the quota sample consisting of one thousand individuals, by female interviewers using the interview questionnaires. The sample was selected on the ground of the results of the former study, which revealed the relatively highest epidemiological risk in this group. The survey constituted the primary step of the prevention program. The results of the survey confirmed the significant dissemination of the psychoactive drug use among women. During the twelve months preceding the survey, 25% of the surveyed women used benzodiazepines and about 6% without a physician recommendation. Relanium is most popular tranquilizer. The use of the headache pills is even more widespread. Over 30 days preceding the survey, they were used by 34% of the respondents. This group includes the 12% faction of respondents, who used headache pills over at least 10 days, during the last month. Coping with this type discomfort by using the headache pills is more frequent among females of lower social status components, such as education and income.

Piśmiennictwo

1. Allgulander C.: History and current status of sedative-hypnotic drug use and abuse. *Acta Psychiatr. Scand.* 73, 1986.

2. Cappel H.D., Basto U.: Benzodiazepines as drugs of abuse and dependence. *Alcohol and Drug Problems* 9, 1986.

3. Division of Narcotic Drugs of the United Nations Secretariat: Review of drugs abuse and measures to reduce the illicit demand for drugs by region. *Bulletin on Narcotics*, Vol. XXXIX, No 1 – 1987.

4. Ebba Holme Hansen: Sex Differences in the Use of Psychotropic Drugs – an Annotated Review of Danish Studies. W: Elina Haavio-Mannila (ed.) *Women, Alcohol, and Drugs in the nordic countries*. Helsinki 1989. Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

5. Elianne Riska, Eckart Kuhlhorn, Sturla Nordlund and Kirsten Thue Skinhoj (ed.) *Minor Tranquillizers in the Nordic Countries*. Helsinki 1989. Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

6. Godwod-Sikorska C., Sierosławski J.: Rozpowszechnienie używania leków uzależniających wśród ludności Polski. W: Z. Bizoń, W. Szyszkowski (red.) *Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień*. PWN, Warszawa 1989, tom II.

7. Müller R.: Zur Epidemiologie des Konsums legaler und illegaler Drogen in der Schweiz. *Therapeutische Umschau* 39, 1982.

8. Petursson H., Lader M.: *Dependence on tranquillizers*. Oxford University Press 1984.

9. Wald I., Morawski J., Moskalewicz J., Sierosławski J.: Wypadki a używanie substancji psychoaktywnych w Europie. *Alkoholizm i Narkomania* nr 7, 1991.