

Grażyna Świątkiewicz

POTENCJALNE KONSUMENTKI LEKÓW: NASENNYCH, USPOKAJAJĄCYCH I PRZECIWBÓLOWYCH

Wstęp

W 1993 roku na zlecenie i z funduszy Biura d/s Narkomanii rozpoczęliśmy realizację programu profilaktyki nadużywania substancji psychoaktywnych przez kobiety. Istotnym elementem programu były badania diagnostyczne, których celem było oszacowanie rozpowszechnienia używania, w populacji kobiet 36 lat i więcej, leków, papierosów i alkoholu.

W artykule tym chciałabym skoncentrować się na tej części badania, która dotyczyła rozpowszechnienia wśród kobiet odczuwania dolegliwości psychosomatycznych, które są zazwyczaj powodem do decyzji o sięganiu po leki nasenne, uspokajające i przeciwbólowe. W nowej sytuacji gospodarczej, kiedy leki coraz częściej są szeroko, niekiedy agresywnie reklamowane, rozpowszechnienie tego typu dolegliwości psychosomatycznych w populacji jest ważnym wskaźnikiem pomagającym przewidzieć skalę wzrostu populacji konsumentów używających leków psychoaktywnych.

I. Nadużywanie leków przez kobiety w świetle danych medycznych

Nadużywanie leków jest w Polsce postrzegane w wąskiej perspektywie narkomanii opiatowej. Utarło się przekonanie, że uzależnienia lekowe dotyczą tylko młodzieży. Jak do tej pory nie poświęca się wystarczającej uwagi ukrytemu problemowi nadużywania leków przez kobiety, zwłaszcza w tzw. okresie rozchwiania hormonalnego. W roku 1992 przygotowano na zamówienie WHO raport na temat używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w Polsce. W związku z raportem analizowane były dostępne dane, pochodzące głównie ze szpitali psychiatrycznych. Nie udało nam się uzyskać danych, które informowałyby o rozpowszechnieniu używania leków w populacji kobiet dorosłych nie korzystających z usług lecznictwa psychiatrycznego. Tabela

nr 1 pokazuje proporcje kobiet i mężczyzn hospitalizowanych z powodu uzależnienia od leków w ośmiu przedziałach wiekowych.

Tabela 1.
Pacjenci uzależnieni od leków według wieku

Wiek	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
	%	%	
do 15 lat	70	30	100
16-19	68	31	100
20-24	81	19	100
25-29	83	17	100
30-34	81	19	100
35-39	75	25	100
40-44	31	69	100
45 i więcej	38	62	100

W tabeli wyraźna jest zdecydowana przewaga mężczyzn w pierwszych sześciu kategoriach wiekowych. W wieku 35-39 lat liczba hospitalizowanych kobiet wzrasta, a w kategorii 40-44 lata następuje odwrócenie proporcji, kobiety stanowią zdecydowaną większość. Wśród starszych pacjentów ta przewaga utrzymuje się. Według ekspertyzy przygotowanej na potrzeby tej pracy przez dr C. Godwod-Sikorską proporcje hospitalizowanych kobiet i mężczyzn są na ogół zróżnicowane. Wyższe proporcje kobiet notuje się zwykle wśród osób uzależnionych od leków uspokajających i nasennych. W tej grupie leków najczęściej używane substancje to: relanium, nitrazepam, oksazepam, signopam, a ostatnio clonazepam. Powszechne są również barbiturany (cyklobarbitol i luminal).

Wśród osób uzależnionych od substancji odurzających udział kobiet jest nie tylko w Polsce, ale i we wszystkich krajach europejskich niższy. W Polsce w 1991 r. kształtował się jak 1 : 3,1. W przypadku leków uspokajających i nasennych proporcje kobiet i mężczyzn są prawie wyrównane i wynoszą 1 : 1,7. Z przytoczonej tu ekspertyzy wynika, iż szereg badań wskazuje na to, że kobiety powyżej 40 roku życia, wchodząc w okres przedmenopauzy, stają się mniej odporne na stresy, często reagując obniżonym nastrojem i dolegliwościami somatycznymi. W tym też okresie częściej sięgają po różnego rodzaju leki, zwłaszcza uspokajające, nasenne i przeciwbólowe, a także po alkohol.

Tabela nr 2 potwierdza szczególną popularność niektórych typów leków wśród kobiet powyżej 35 roku życia.

Tabela 2.

Kobiety uzależnione od substancji odurzających leczone w 1991 r. w placówkach stacjonarnych wg wieku i typu uzależnienia

Wiek	304.1	304.6	304.8	304.1+7	Ogółem
	uspokajające i nasenne	śr. wziewne	mieszane	opiaty	
do 34 r.ż. %	42.5	98.4	66.4	87.9	85.7
pow. 35 r.ż. %	57.6	1.6	33.6	12.1	14.3
Ogółem %	100	100	100	100	100

Źródło: Celina Godwod-Sikorska „Kobiety uzależnione od substancji odurzających” – opracowanie eksperckie, maszynopis.

Tendencja do wyższego udziału kobiet wśród pacjentów powyżej 35 roku życia potwierdzana jest również przez badania amerykańskie. Dotyczy to głównie uzależnień od środków nasennych i uspokajających. Interesujące jest, że powyżej 45 roku życia grupa kobiet uzależnionych od środków nasennych i uspokajających znowu maleje. Na podstawie ekspertyzy przygotowanej przez Z. Lwa-Starowicza okres menopauzy, a więc największego nasilenia objawów rozchwiania hormonalnego pojawia się w okresie między 45 a 50 rokiem życia. W tym też okresie można by oczekiwać największego nasilenia przyjmowania środków nasennych i uspokajających. W opracowaniu S. Radowickiego średni wiek menopauzy szacowany jest na 47.9 (+- 4.2) lat. Eksperci posługują się również takimi określeniami jak okres postmenopauzalny i perimenopauzalny, które następują po lub poprzedzają interesujący nas okres. Na podstawie ekspertyz i danych ze szpitali leczących kobiety uzależnione od środków nasennych i uspokajających ustaliliśmy, że okres zwiększonego prawdopodobieństwa pojawiania się nasilonych objawów dyskomfortu psychicznego i fizycznego może występować między 35 a 65 rokiem życia. Badania epidemiologiczne, które opisuje niniejsza praca zostały przeprowadzone wśród kobiet w tym właśnie wieku.

Dane demograficzne wskazują, że kobieta po roku 2000 będzie 1/3 długości swojego życia spędzała w okresie po menopauzie. S. Radowicki zwraca uwa-

gę, że od sposobu, w jaki przejdzie przez ten okres będzie zależała jakość jej dalszego życia. Przy czym równie ważne są tu dwa aspekty – zarówno medyczny jak socjo-psychiczny.

We wszystkich trzech ekspertyzach pojawia się wątek ordynowania kobietom przez lekarzy różnych specjalności, głównie internistów i ginekologów, leków uspokajających i nasennych. Część kobiet z zaburzeniami snu, lękami i innymi tego rodzaju dolegliwościami próbuje leczyć się sama, kupując leki dostępne bez recepty. Jednym z celów naszej diagnozy epidemiologicznej było oszacowanie, jak powszechne są wśród kobiet w wieku 35-65 lat niektóre dolegliwości oraz jakie są najczęstsze sposoby radzenia sobie z nimi.

Zarówno na wiek jak i przebieg okresu menopauzalnego ma wpływ wiele czynników, wśród nich bardzo istotny jest styl życia. Np. palenie 15 papierosów dziennie przyspiesza menopauzę o 1.8 roku. Ogólne warunki życia, na które składają się takie zmienne jak wypoczynek, dieta, rekreacja fizyczna i temu podobne są uznawane za czynnik bardzo ważny. Wg opracowania Z. Lwa-Starowicza niekorzystne warunki życia są przyczyną znacznie wcześniejszego wchodzenia w ten etap życia wśród kobiet w Rosji. Dlatego w badaniu naszym pytania o używanie leków były zadawane w szerokim kontekście pytań właśnie o styl życia.

II. Społeczne aspekty używania benzodiazepin

Leki psychotropowe są lekami, które w wielu krajach europejskich dzieli się na cztery podstawowe grupy: neuroleptyki, leki przeciwdepresyjne, trankwilizatory i hipnotyczno-uspokajające. Dwie ostatnie grupy są określane wspólnym mianem „małych trankwilizatorów” i są często przepisywane z powodu bezsenności i rozmaitych doznań lękowych.

We wczesnych latach 60-tych leki takie zaczęły być wprowadzane do sprzedaży w wielu krajach i stały się szeroko dostępne. Traktowane były jako wynalazek otwierający przed ludźmi nowe wspaniałe perspektywy radzenia sobie z różnymi problemami natury psychicznej. Leki te wywołały rewolucję w leczeniu psychiatrycznym. Niektóre pochodne benzodiazepin jak np.: valium i relanium szybko zyskały popularność wśród populacji generalnej (Smith 1991). Do gwałtownego wzrostu sprzedaży małych trankwilizatorów w latach 60-tych w znacznym stopniu przyczynili się lekarze, bardzo liberalnie przepisujący swoim pacjentom tego typu leki.

Dopiero w połowie lat 70-tych zaczęły pojawiać się pierwsze głosy ostrzegające przed ich uzależniającymi właściwościami. Firmy farmaceutyczne reklamowały swoje wyroby jako całkowicie bezpieczne, zdecydowanie za-

przeczały istnieniu ryzyka uzależnienia. Z czasem pojawiało się jednak coraz więcej badań niezbiecie dokumentujących możliwość uzależnienia na poziomie fizycznym (np. Owen i Tyrer 1983, Peturson i Lader 1994, Cappell i inni 1986).

Adwokaci opinii o uzależniających właściwościach małych trankwilizatorów próbowali zmobilizować opinię publiczną do „walki” z ich nadużywaniem. Istotną rolę w tej kampanii odegrały mass-media, dzięki nim nadużywanie leków psychotropowych zyskało w kilku krajach rangę problemu społecznego (Gabe i Bury 1988 i 1991). W niektórych krajach, np. w Wielkiej Brytanii kampania w mediach przybrała formę frontalnego ataku na lekarzy bezrefleksyjnie przepisującym pacjentom leki. Niekiedy padały oskarżenia o powiązania interesów firm farmaceutycznych z interesami prywatnie praktykujących lekarzy. Czas pokazał, że była to fałszywa strategia. Ważne bowiem jest, aby pozyskać środowisko lekarzy do działań ograniczających używanie małych trankwilizatorów.

Od wczesnych lat siedemdziesiątych niezależne badania stwierdzały nadreprezentację kobiet wśród konsumentów małych trankwilizatorów. Z badań Cooperstocka i Parnella (1982) wynikało, że kobiety używają tych leków dwa razy częściej niż mężczyźni. Sporo badań dowodzi, że większa wśród kobiet niż wśród mężczyzn popularność leków wynika z innego dla obu płci kulturowego wzoru zachowań, w przypadku odczuwania dolegliwości zarówno psychicznych jak i fizycznych. Kobiety generalnie częściej mówią o swoich dolegliwościach. Waldron i Verbburge (1983, 1989) stwierdzili w swoich badaniach, że kobiety częściej zgłaszają swoje dolegliwości również lekarzom, a to ma związek z częstszym przepisywaniem im leków.

Nie chcemy się tu zagłębiać w szczegóły konstruktywistycznych teorii próbujących objaśniać różnice w używaniu leków oczekiwaniami przypisywanymi roli kobiety i mężczyzny w społeczeństwie (Suffet i Brotman 1976, Colten i Morsh 1984). Warto jednak wspomnieć, że ten kierunek interpretacji również funkcjonuje we współczesnej literaturze.

Najświeższe dane dotyczące używania małych trankwilizatorów wśród ludności krajów skandynawskich: Finlandii, Danii, Szwecji i Norwegii (Eliane Riske, Bokart Kurhlhorn i inni 1993) potwierdza przyjęte przez nas założenie o zdecydowanej nadreprezentacji kobiet po ukończeniu 35 roku życia. Generalnie odsetki konsumentów interesujących nas leków przed ukończeniem 35 roku życia okazały się wyraziście niższe niż wśród osób starszych i dotyczy to obu płci. Wszędzie również odsetki kobiet są wyższe niż odsetki mężczyzn. Trudno jest wprost porównywać wyniki naszych

badania z wynikami fińskimi, duńskimi i szwedzkimi. W Danii i Szwecji pytano respondentów o to, czy używali wymienianych wyżej leków w ostatnim tygodniu, a w Finlandii – czy używają aktualnie. Jedynie w Norwegii zastosowano identyczne jak w polskim badaniu pytanie o ostatni poprzedzający wywiad rok. Tabela poniżej pokazuje odsetki kobiet używających benzodiazepin w Polsce i Norwegii. Odsetki były liczone oddzielnie dla poszczególnych kategorii wiekowych.

wiek	Polska	Norwegia
35 - 44	22	14
45 - 54	23	24
55 - 64	31	32

W dwóch starszych kategoriach wiekowych odsetki konsumentek benzodiazepin są w Polsce i Norwegii prawie identyczne. Zdecydowanie więcej jest ich wśród kobiet polskich w wieku 35 - 44 lata. Jedną z możliwych interpretacji tej różnicy mogłaby brzmieć następująco: generalnie mniej korzystne warunki życia i mniejsza dbałość o własne zdrowie powodują, że w Polsce kobiety wcześniej doświadczają dolegliwości psychosomatycznych związanych z procesem starzenia się. Wyniki badań skandynawskich pokazują, że prawdopodobieństwo używania leków uspokajających i nasennych rośnie wraz z wiekiem, skok w kierunku znacznie większego prawdopodobieństwa obcowania z lekami we wszystkich tych krajach następuje po ukończeniu 45 roku życia.

III. Wyniki badań z 1993 roku

Kilka z wymienionych w tabeli objawów znaczne odsetki respondentek odczuwają permanentnie, to znaczy więcej niż 10 razy w miesiącu. Prawie jedna trzecia respondentek skarży się na uporczywe bóle głowy; takie dolegliwości jak: bezsenność, wzmożona męczliwość, wzmożona drażliwość, uczucie wewnętrznego niepokoju są udziałem ponad 20% frakcji kobiet częściej niż 10 razy w miesiącu. Liczne są również potwierdzenia doświadczania kilku wymienionych w tabeli z częstotliwością 3 do 9 razy w miesiącu, odnosi się to do bólów głowy, wzmożonej męczliwości, wewnętrznego niepokoju, wzmożonej drażliwości, bezsenności i obniżonego nastroju. Częste doświadczanie tego

typu dolegliwości zwiększa ryzyko nadużywania różnego rodzaju medykamentów.

Następne zadawane respondentkom pytanie dotyczyło sposobów radzenia sobie w przypadku pojawiania się każdej z wymienionych wyżej dolegliwości. Pytanie brzmiało: „Jak zwykle próbuje Pani radzić sobie z tymi dolegliwościami?” Na obecnym etapie analizy uzyskanych danych można wyróżnić trzy podstawowe reakcje: nie robienie niczego (odpowiedź w tych przypadkach brzmiała zwykle „czekam aż samo przejdzie”), stosowanie środków niemedyycznych takich jak okłady na głowę, spacer, kąpiele, sen i inne, oraz używanie leków przeciwbólowych, uspokajających, nasennych i innych. Tabela nr 4 przedstawia, jak zwykle radzą sobie badane przez nas kobiety z kilkoma spośród wymienionych wyżej dolegliwości.

Tabela 3.

Częstotliwość dolegliwości psychosomatycznych (w procentach)

Nazwa dolegliwości	Kategoria odpowiedzi			
	1	2	3	4
bóle głowy	22.7	19.5	29.7	28.0
bezsenność	58.2	6.7	15.2	23.6
nadmierna senność	76.4	3.0	7.9	12.3
wewnętrzny niepokój	44.9	12.8	19.8	22.4
lęki	76.3	5.2	8.7	10.7
obniżony nastrój	46.1	17.1	17.7	19.0
poczucie osamotnienia	81.6	5.1	5.7	7.7
wzmóŜona draŜliwość	42.0	14.4	19.3	23.1
męczliwość	43.2	10.6	22.3	23.7
brak apetytu	85.5	2.2	3.8	8.1
nadmierny apetyt	87.6	2.3	4.5	5.5
zawroty głowy	55.5	12.7	18.4	13.2
uderzenia gorąca	68.0	7.2	9.1	16.1

Tabela 4.
Sposoby radzenia sobie z dolegliwościami (w procentach)

Nazwa dolegliwości	Nic nie robi	Sposób bez leku	Bierze leki
bóle głowy	7.5	18.4	74.1
bezsenność	24.8	37.4	37.8
wewnętrzny niepokój	30.7	40.4	28.9
lęki	36.4	35.6	27.9

Tabela powyżej sygnalizuje jedynie, że zwyczaj sięgania po leki ma znaczny odsetek badanych. W dalszych analizach będziemy dążyć do wyjaśnienia, jakie leki są używane przez różne kategorie badanych, czy można wyodrębnić specyficzne zmienne demograficzno-społeczne zwiększające bądź zmniejszające ryzyko występowania dolegliwości psychosomatycznych. Planujemy również prześledzić wpływ zmiennych składających się na styl życia naszych respondentek.

Z dotychczasowych analiz wynika, iż można się spodziewać wyodrębnienia grupy o bardzo wysokim ryzyku nadużywania leków. Znaczna grupa badanych kobiet potwierdza występowanie w ciągu ostatniego miesiąca 6-ciu i więcej z listy 13-tu dolegliwości (45.6%), dalsze 33% doświadczało w ostatnim miesiącu od 3 do 5 z rozpatrywanych dolegliwości, 18.6% jednej lub dwóch i tylko 2.5% – żadnej.

Wstępnie próbowaliśmy ustalić, czy istotnie wiek respondentek jest zmienną różnicującą intensywność doznawania poszczególnych dolegliwości. Podzieliliśmy badane kobiety, zgodnie z sugestiami wynikającymi z opisywanych wcześniej ekspertyz, na trzy kategorie wiekowe: 34-44 lata, 45-54 lata i 55-64 lata. Oczekiwaliśmy istotnie większego nasilenia problemów w środkowej kategorii wiekowej. Korelacje policzone na poziomie pojedynczych objawów potwierdzają istotnie częstsze występowanie w tym przedziale wiekowym tylko bólów głowy. Bezsenność istotnie koreluje z wiekiem, ale jej największe nasilenie pojawia się w grupie najstarszej, przy czym warto podkreślić, że w grupie najmłodszej zjawisko to jest zdecydowanie najmniej rozpowszechnione. Takie samo ustalenie dotyczy uderzeń gorąca, którego również najczęściej doświadczają respondentki najstarsze, a zdecydowanie najrzadziej najmłodsze. Pozostałe objawy rozkładają się mniej więcej równomiernie między trzy wyodrębnione kategorie wiekowe. Problem ten

będzie dalej analizowany, z uwzględnieniem zarówno współwystępowania kilku objawów jak i częstotliwości ich doświadczania.

Na podstawie wstępnej analizy wyników można stwierdzić, że:

1. Badanie ujawniło, iż większość wymienionych w badaniu dolegliwości jest doświadczana przez liczną grupę respondentek częściej niż 10 razy w miesiącu, co niesie ze sobą zwiększone ryzyko nadużywania leków.
2. Wśród sposobów radzenia sobie z poszczególnymi dolegliwościami przyjmowanie leków wymieniane jest często.
3. Grupa kobiet nie doświadczających żadnych dolegliwości lub wymienianych nie więcej niż dwie jest zdecydowanie mniejsza od grupy tych, które w ostatnim miesiącu doświadczyły 6-ciu lub więcej spośród wymienionych w ankiecie objawów.
4. Materiał wymaga dalszych analiz statystycznych, na obecnym etapie wszelkie operacyjne projekty działań profilaktycznych są przedwczesne.

Summary

Drug abuse, not only in Poland, but also in many other countries is perceived in a narrow perspective of the opiate dependence. There is a common belief that drug dependence is limited to the youth only. The hidden problem of drug abuse by the adult population, especially by middle-aged women, has not received sufficient attention so far. The article discusses selected aspects of this issue. From the primary prevention perspective, the most likely future consumers of psychoactive drugs could be found among those who suffer psychosomatic troubles. Prevalence of these complications as well as an attempt to assess the proportion of risk group among female population in Poland are presented.

Piśmiennictwo

1. Cappell H.D. & Basto U. (1986): Benzodiazepines as drugs of abuse and dependence. W: Alcohol and Drug Problems 9, 53-126.
2. Colten M.E. & Marsh J.C. (1984): A sex role perspective on drugs and alcohol use by women. W: Sex Roles and Psychopathology, ed. Cathy Spatz Widom. New York: Plenum Press, 219-248.

3. Cooperstock R. & Parnell P. (1982): Research on psychotropic drug use: a review of findings and methods. W: *Social Science and Medicine*, 16, 1179-1196.
4. Gabe J. & Bury M. (1988): Tranquillisers as a social problem. W: *Sociological Review*, 36, 320-352.
5. Gabe J. & Bury M. (1991): Mediating illness: newspaper coverage of tranquilliser dependence. W: *Sociology of Health and Illness*, 13, 332-353.
6. Owen R.T. & Tyrer P. (1989): Benzodiazepine dependence: a review of the evidence. W: *Drugs* 25, 385-398.
7. Petursson H. & Lader M. (1984): *Dependence on Tranquillisers*. Oxford University Press.
8. Suffet F. & Brotman R. (1976): Female drug use: some observations. W: *International Journal of Addiction*, 11, 19-33.
9. Smith M.C. (1991): *Asocial History of the Minor Tranquillisers*. Binghamton, N.Y. Pharmaceutical Products Press.
10. Verbrugge L.M. (1989): The twain meet: empirical explanation of sex differences in health and mortality. W: *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 282-304.
11. Waldron I. (1983): Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality: issues and evidence. W: *Social Science and Medicine*, 17, 1107-1123.