

Używanie leków z powodu dolegliwości bólowych i negatywnych stanów emocjonalnych przez uczniów warszawskich gimnazjów

Agnieszka Pisarska

Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Adres do korespondencji: Agnieszka Pisarska, Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. 22-21-82-216, agapisar@ipin.edu.pl

Abstract

Pain-relievers and medicine for negative emotional conditions use among Warsaw middle school students

The study was aimed at the assessment of trends in medicines use, taken for pain ailments (headache and stomachache), negative emotional conditions (sleeplessness, nervousness, depression), and lack of energy among adolescents.

An anonymous questionnaire was administered to 15-year-old students in random sample of middle school classes from Warsaw. In 2004 data were taken from 722 students, in 2008 from 1133 students, and in 2012 from 937 students.

Results showed that in the last month before the study 24–30% of students used pain-relievers occasionally, approximately 20% used such medicines frequently. Medicines against negative emotional conditions and lack of energy were less prevalent. The prevalence of pain-reliever use was stable, however, changes in the prevalence of medicine use for negative emotional conditions were noted.

Mental health promotion and prevention program, addressing over-the-counter medicine use should be developed.

Słowa kluczowe: dolegliwości zdrowia psychicznego i somatycznego, leki, młodzież

Key words: adolescents, medicines, somatic and mental ailments

Finansowanie

Pracę wykonano w ramach badań statutowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie „Monitorowanie zachowań ryzykownych i zdrowia psychicznego młodzieży szkolnej. Kontynuacja badań mokotowskich”. Źródło finansowania stanowiła dotacja Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego na działalność statutową.

Wprowadzenie

Okres transformacji ustrojowej w Polsce wiązał się ze wzrostem rozpowszechnienia przyjmowania leków przeciwbólowych, uspokajających i nasennych – zarówno wśród dorosłych, jak i młodzieży [1]. Przemiany społeczne i ekonomiczne tego okresu przyniosły bowiem istotne zmiany na rynku leków w Polsce. Apteki i zakłady farmaceutyczne zostały sprywatyzowane, pojawiły się zachodnie firmy farmaceutyczne, a obowiązujący do 1993 roku zakaz reklamy leków został złagodzony. Asortyment oraz dostępność rozmaitych farmaceutyków gwałtownie wzrosła [2].

Wyniki badań wskazują, że przyjmowanie leków dostępnych bez recepty (*over-the-counter* – OTC) – zwłaszcza przeciwbólowych, jest obecnie stałym elementem życia nastolatków. Jako przykład można wymienić dane zebrane w ramach międzynarodowego projektu HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), a także badań zrealizowanych w Kanadzie, Niemczech, Brazylii, Belgii, Norwegii, Wielkiej Brytanii, Szwecji oraz Hiszpanii [3–11]. Według tych badań znaczna grupa nastolatków często sięga po leki przeciwbólowe. Na przykład dane HBSC z roku 2005/2006 wskazują, że średnio około 40% młodzieży w wielu 13–15 lat przyjmowało w ostatnim miesiącu leki z powodu bólu głowy, a 31% brało leki z powodu

bólu brzucha [3]. Używanie leków z powodu negatywnych stanów emocjonalnych – takich jak trudności w zasypianiu czy zdenerwowanie – nie było tak rozpowszechnione. W ostatnim miesiącu stosowało takie farmaceutyki około 6,5% respondentów HBSC [3]. Dane umożliwiające porównanie rozpowszechnienia przyjmowania leków wśród młodzieży polskiej oraz nastolatków z innych krajów uczestniczących w HBSC pochodzą z roku 1997/1998. Wskazują one, że odsetki młodzieży z Polski stosującej leki przeciwbólowe były zbliżone do średniej dla wszystkich respondentów HBSC. Przyjmowanie leków z powodu zdenerwowania okazało się jednak bardziej rozpowszechnione wśród uczniów z Polski (oraz Izraela i Federacji Rosyjskiej) niż wśród respondentów z pozostałych krajów biorących udział w tym projekcie [12]. Wyniki projektu ESPAD (*The European School Survey Project on Alcohol and Drugs*) realizowanego od 1995 roku wskazują natomiast, że na tle Europy rozpowszechnienie przyjmowania leków uspokajających i nasennych bez zalecenia lekarza jest wśród młodzieży z Polski najwyższe, szczególnie zaś wśród dziewcząt [13, 14].

Głównym celem promocji zdrowia jest zachęcanie osób dorosłych, a także młodzieży do aktywnej postawy i samodzielności w działaniach na rzecz własnego zdrowia [15]. Jednym z elementów tej aktywności jest samo leczenie definiowane jako „zespół czynności mających na celu usunięcie dolegliwości lub niepożądanych objawów, bez udziału powołanych do tego członków społeczności” [16, s. 32]. Leczenie dolegliwości młodych ludzi za pomocą farmaceutyków oferowanych przez współczesną medycynę, również tych dostępnych bez zalecenia lekarza, może jednak prowadzić do wystąpienia wielu negatywnych następstw [17–20]. Ze względu na rozpowszechnienie oraz możliwe zagrożenia związane z przyjmowaniem farmaceutyków przez młodzież jest ono traktowane w piśmiennictwie jako jedno z zachowań ryzykownych [21]. Monitorowanie tego aspektu zachowań zdrowotnych młodzieży jest więc ważnym zadaniem badawczym z zakresu zdrowia publicznego.

Cele badania

Celem badań była obserwacja zmian w latach 2004–2012 w rozpowszechnieniu i częstości stosowania przez 15-latków leków przyjmowanych z powodu dolegliwości bólowych, takich jak bóle głowy i brzucha, negatywnych stanów emocjonalnych: trudności w zasypianiu, zdenerwowania, przygnębienia i złego nastroju oraz braku energii.

Materiał i metoda

Przedmiot badań

Materiał badawczy jest fragmentem „badań mokatowskich”, czyli badań ankietowych przeprowadzonych w 2004, 2008 oraz 2012 roku wśród uczniów III klas gimnazjów warszawskich [22]. „Badania mokatowskie” zostały zainicjowane w 1983 roku w celu oceny potrzeb zdrowotnych środowisk szkolnych [23]. Od 1984 roku

są powtarzane co cztery lata w szkołach z rejonu trzech dzielnic: Mokotowa, Ursynowa i Wilanowa. Pierwotnie ankieta wypełniana przez uczniów zawierała jedynie pytania o picie alkoholu, palenie papierosów i używanie środków narkotyzujących oraz leków uspokajających i nasennych. Stopniowo problematyka badawcza była poszerzana, a w 2004 roku dołączono do ankiety szczegółowe pytania o przyjmowanie leków z powodu dolegliwości bólowych oraz negatywnych stanów emocjonalnych.

Dobór próby i realizacja badań

W każdym z pomiarów stosowano losowy dobór uczestników badań, przy czym jednostką doboru była klasa szkolna. Losowano około 55% klas III ze wszystkich publicznych i niepublicznych gimnazjów znajdujących się na obszarze wspomnianych dzielnic Warszawy¹.

We wszystkich pomiarach badania ankietowe były prowadzone metodą audytoryjną w początkowym okresie roku szkolnego (październik–listopad). Ankieterami były odpowiednio przygotowane osoby spoza szkoły. Uczestnicy badań byli informowani przez ankieterów o celu i procedurze badań oraz zapewniani o anonimowości odpowiedzi pojedynczych uczniów, klas i szkół.

W 2004 roku w badaniach wzięło udział 90% uczniów z wylosowanej próby, pozostałe 10% uczniów było nieobecnych w szkole w dniu badania. W 2008 oraz 2012 roku „procent wykonania” był znacznie niższy i wynosił odpowiednio 88,5% oraz 80%. Jedną z przyczyn było wprowadzenie w polskich szkołach obowiązku uzyskiwania zgody rodziców na udział w badaniach dzieci niepełnoletnich. Powodem wykruszenia się próby w 2008 i 2012 roku była więc nieobecność uczniów (około 7–8% potencjalnych respondentów), ale również brak zgody dyrekcji szkoły, rodziców lub samych uczniów.

W pomiarze z 2004 roku w badaniach wzięło udział 1493 uczniów, ale w analizach uwzględniono ankiety 1471 osób. Ankiety wypełnione przez 22 uczniów uznano za niewiarygodne z powodu znacznych braków danych oraz sposobu wypełniania świadczącego o niepoważnym stosunku do badań (odpowiedzi niespójne, zaznaczanie wyłącznie maksymalnych odpowiedzi na skalach, rysunki, wulgarnie komentarze). Ze względu na to, że około połowa wylosowanych klas otrzymała wersję ankiety z pytaniami o stosowanie leków, dane na ten temat uzyskano od 722 uczniów. W 2008 oraz 2012 roku wszyscy uczniowie uczestniczący w „badaniach mokatowskich” odpowiadali na pytania dotyczące przyjmowania leków. W 2008 roku w badaniach wzięło udział 1244 uczniów, przy czym 15 ankiet uznano za niewiarygodne. W dalszych analizach uwzględniono więc ankiety 1229 osób. W 2012 roku w badaniach uczestniczyło 1004 uczniów, 20 ankiet wykluczono z analiz. W tej rundzie badań informacje dotyczące przyjmowania leków uzyskano od 984 uczniów.

Charakterystyka badanych uczniów

Z wyjątkiem pomiaru w roku 2004, gdy dziewcząt było mniej niż chłopców, w kolejnych latach „badań

	2004	2008	2012
Chłopcy	383 (53,3%)	604 (49,5%)	487 (49,9%)
Dziewczęta	335 (46,7%)	617 (50,5%)	488 (50,1%)
Uczniowie starsi niż 15 lat	57 (8%)	54 (4,5%)	44 (4,5%)
Uczniowie uczęszczający do gimnazjów publicznych	659 (91,3%)	1029 (83,7%)	853 (86,7%)
Uczniowie uczęszczający do gimnazjów niepublicznych	63 (8,7%)	200 (16,3%)	131 (13,3%)

Tabela I. Charakterystyka badanych uczniów.

Źródło: Opracowanie własne.

mokotowskich” proporcje dziewcząt i chłopców były bardzo zbliżone (**Tabela I**). Zdecydowana większość respondentów „badań mokotowskich” uczęszczała do szkół publicznych.

Wśród nastolatków badanych w 2004 roku 8% stanowili uczniowie starsi, prawdopodobnie drugorocznicy. W 2008 oraz 2012 roku uczniów takich było około 4,5% (różnica istotna statystycznie na poziomie $p < 0,01$). W celu zachowania porównywalności danych ankiety wypełnione przez uczniów starszych zostały wyłączone z analiz. Ostatecznie z pomiaru w 2004 roku uwzględniono dane 652 uczniów, z pomiaru w 2008 roku dane 1133 uczniów oraz z pomiaru w 2012 roku dane zebrane od 935 badanych nastolatków.

Narzędzia i wskaźniki

W „badaniach mokotowskich” wykorzystywana jest ankieta zawierająca kilkadziesiąt pytań odnoszących się do zdrowia i funkcjonowania nastolatków, w tym do używania substancji psychoaktywnych oraz samooceny zdrowia somatycznego i psychicznego [22].

Do pomiaru częstości przyjmowania leków wykorzystywane jest pytanie odnoszące się do stosowania leków z powodu określonych dolegliwości bólowych oraz negatywnych stanów emocjonalnych w ostatnim miesiącu przed badaniem: *Czy w ciągu ostatniego miesiąca używałeś/łaś lekarstw z powodu wymienionych poniżej problemów (ból głowy, ból brzucha, trudności w zasypianiu, zdenerwowanie, przygnębienie i zły nastrój, brak energii)?*

Respondenci mają do wyboru następujące odpowiedzi: „nie używałem”; „tak, 1–2 razy”; „tak, kilka razy”; „tak, kilkanaście razy”; „tak, więcej niż kilkanaście razy”.

Pytania dotyczące częstości używania leków zostały opracowane na podstawie pytania zaczerpniętego z ankiety HBSC, wykorzystywanej w latach 1990–1998 [24].

Przyjęto następujące wskaźniki stosowania leków:

- stosowanie leków 1–2 razy w ostatnim miesiącu (okazjonalne przyjmowanie leków w ostatnim miesiącu);
- używanie leków przynajmniej kilka razy ciągu ostatniego miesiąca (częste przyjmowanie leków).

W przypadku leków stosowanych z powodu trudności w zasypianiu, zdenerwowania oraz przygnębienia i złego nastroju utworzono zbiorczy wskaźnik – przyjmowanie

leków z powodu negatywnych stanów emocjonalnych, tj. przynajmniej jednego z trzech wyżej wymienionych.

Analizy statystyczne

Do oceny istotności różnic wyników ze względu na rok pomiaru oraz płeć zastosowano test chi-kwadrat.

Wyniki

Stosowanie leków przeciwbólowych w latach 2004–2012

Pomiary z 2004, 2008 oraz 2012 roku wskazują, że leki przeciwbólne stosuje znaczący odsetek 15-letnich gimnazjalistów z Warszawy. Okazjonalnie (tj. 1–2 razy w ostatnim miesiącu) po leki z powodu bólu głowy sięgała około 1/3 badanych uczniów. Leki z powodu bólu brzucha przyjmowało okazjonalnie około 25% respondentów. Niepokojące są wyniki dotyczące częstego stosowania leków przeciwbólowych. Dane z kolejnych rund „badań mokotowskich” wskazują, że leki z powodu bólu głowy często (tj. przynajmniej kilka razy w ostatnim miesiącu) przyjmowało około 20% uczniów, leki z powodu bólu brzucha zaś około 15–19% uczestników „badań mokotowskich”. W odniesieniu do omawianych tu wskaźników nie stwierdzono znaczących różnic pomiędzy pomiarami z 2004, 2008 oraz 2012 roku (**Tabela II**). Podsumowując, w każdym z pomiarów około połowa gimnazjalistów z Warszawy potwierdzała stosowanie w ostatnim miesiącu leków z powodu bólu głowy, około 40% zaś leków z powodu bólu brzucha.

Leki z powodu dolegliwości bólowych przyjmuje znacznie więcej dziewcząt niż chłopców. We wszystkich rundach „badań mokotowskich” odsetki dziewcząt potwierdzających częste stosowanie leków z powodu bólu głowy oraz bólu brzucha były istotnie wyższe niż odsetki chłopców ($p < 0,001$). Porównanie danych dotyczących okazjonalnego sięgania po leki z powodu bólu głowy wskazuje, że w 2004 i 2008 roku odsetki dziewcząt, które stosowały te leki 1–2 razy w ostatnim miesiącu, były istotnie wyższe niż odsetki chłopców. W 2012 roku odsetki dziewcząt i chłopców sięgających okazjonalnie po leki z powodu bólu głowy były zbliżone. W przypadku leków przyjmowanych z powodu bólu brzucha odsetki dziewcząt stosujących te leki okazjonalnie były w każdym z pomiarów znacząco wyższe niż odsetki chłopców ($p < 0,001$).

Rok badania	Liczba respondentów	Przyjmowanie leków z powodu bólu głowy		Przyjmowanie leków z powodu bólu brzucha	
		Okazjonalne przyjmowanie (1–2 razy w ostatnim miesiącu)	Częste przyjmowanie (kilka lub kilkanaście i więcej razy w ostatnim miesiącu)	Okazjonalne przyjmowanie (1–2 razy w ostatnim miesiącu)	Częste przyjmowanie (kilka lub kilkanaście i więcej razy w ostatnim miesiącu)
Dziewczeta					
2004	319	36,2	27,2	37,0	23,9
2008	567	36,8	25,3	32,5	24,4
2012	476	32,2	30,3	33,1	29,7
Chłopcy					
2004	330	26,7	11,7	13,2	6,0
2008	558	30,4	10,6	12,3	6,5
2012	452	28,1	12,2	13,6	7,0
Razem					
2004	652	31,5	19,7	25,3	14,9
2008	1133	33,8	18,0	22,4	15,6
2012	935	30,3	21,5	23,8	18,6

Braki danych wahały się od 0,8 do 2,4%.

Tabela II. Przyjmowanie przez młodzież leków z powodu dolegliwości bólowych. Dane od uczniów 15-letnich, w odsetkach.
Źródło: Opracowanie własne.

Stosowanie leków z powodu negatywnych stanów emocjonalnych oraz braku energii w latach 2004–2012

W kolejnych pomiarach odsetki 15-latków z Warszawy przyjmujących okazjonalnie leki z powodu negatywnych stanów emocjonalnych (czyli trudności w zasypianiu, zdenerwowania bądź przygnębienia i złego nastroju) wahały się od 6 do 8,5%. Odsetki gimnazjalistów często sięgających po farmaceutyki z powodu negatywnych stanów emocjonalnych wahały się od 5 do 7%, przy czym w 2012 roku odnotowano istotny statystycznie wzrost odsetka uczniów potwierdzających przyjmowanie przynajmniej jednego z tych leków.

Tak jak w przypadku środków przeciwbólowych po leki stosowane w przypadku negatywnych stanów emocjonalnych sięgało znacznie więcej dziewcząt niż chłopców. Okazjonalnie przyjmowało te leki około 12–13% uczennic – w 2008 roku odnotowano spadek odsetka dziewcząt stosujących okazjonalnie leki z powodu negatywnych stanów emocjonalnych, ale w 2012 roku odsetek ten wrócił do poziomu z 2004 roku. Odsetki chłopców stosujących takie leki okazjonalnie wynosiły w kolejnych pomiarach około 3–4%. W 2008 roku różnice te były istotne statystycznie na poziomie $p < 0,01$, w 2004 oraz 2012 roku na poziomie $p < 0,001$. Analiza danych dotyczących częstego (tj. przynajmniej kilka razy w ostatnim miesiącu) sięgania po leki z powodu negatywnych stanów emocjonalnych wskazuje, że w 2004 roku różnice pomiędzy chłopcami a dziewczętami nie osiągnęły wymaganego poziomu istotności (tj. $p < 0,05$). W 2008 oraz 2012 roku znacząco więcej dziewcząt niż chłopców potwierdziło częste stosowanie leków z powodu trudności w zasypianiu albo zdenerwowania czy przygnębienia

i złego nastroju (w 2008 roku $p < 0,01$; w roku 2012 $p < 0,001$).

Odsetki badanych uczniów sięgających okazjonalnie po leki z powodu braku energii wynosiły w kolejnych pomiarach około 4–5%. Podobnie około 4–6% respondentów przyjmowało te środki często – czyli przynajmniej kilka razy w ostatnim miesiącu. Nie stwierdzono istotnych różnic w odsetkach uczniów potwierdzających okazjonalne bądź częste stosowanie tego rodzaju farmaceutyków pomiędzy pomiarami z 2004, 2008 oraz 2012 roku. Nie stwierdzono też znaczących statystycznie różnic w rozpowszechnieniu używania leków z powodu braku energii wśród dziewcząt i chłopców – jedynie w 2004 roku nieco więcej dziewcząt niż chłopców przyjmowało te farmaceutyki okazjonalnie (6,5% vs 3%; $p < 0,05$) (Tabela III).

Omówienie wyników

Dane zebrane w 2004, 2008 oraz 2012 roku wskazują, że rozpowszechnienie stosowania leków przeciwbólowych nie zmieniło się znacząco w kolejnych rundach „badań mokotowskich”. Około połowa 15-letnich gimnazjalistów sięgała po leki z powodu bólu głowy, przy czym przeciętnie co trzeci uczeń brał takie leki okazjonalnie, co piąty zaś często, czyli przynajmniej kilka razy w ostatnim miesiącu przed badaniem. Nie zmieniło się również rozpowszechnienie przyjmowania leków z powodu bólu brzucha. Lek z takiego powodu stosował okazjonalnie co czwarty nastolatek, często przyjmował je niemal co piąty badany uczeń. Niewielka liczba publikacji opisujących zmiany w rozpowszechnieniu używania leków przez nastoletnią młodzież w Polsce utrudnia porównanie wyników „badań mokotowskich” z danymi uzyskanymi w ramach innych

Rok badania	Liczba respondentów	Przyjmowanie leków z powodu negatywnych stanów emocjonalnych		Przyjmowanie leków z powodu braku energii	
		Okazjonalne przyjmowanie (1–2 razy w ostatnim miesiącu)	Częste przyjmowanie (kilka lub kilkanaście i więcej razy w ostatnim miesiącu)	Okazjonalne przyjmowanie (1–2 razy w ostatnim miesiącu)	Częste przyjmowanie (kilka lub kilkanaście i więcej razy w ostatnim miesiącu)
Dziewczęta					
2004	319	12,9	6,4	6,5	5,8
2008	567	8,0*	6,4	3,7	3,9
2012	476	12,3*	9,4	5,0	2,8
Chłopcy					
2004	330	2,7	4,2	3,0	6,7
2008	558	4,0	3,0	4,3	4,7
2012	452	4,1	3,9	4,8	4,5
Razem					
2004	652	7,7	5,3	4,7	6,3
2008	1133	6,0	4,7	4,0	4,3
2012	935	8,5*	6,8*	4,9	3,6

Braki danych wahały się od 1,5 do 12%.

* $p < 0,05$ (porównanie dotyczy 2004 i 2008 oraz 2008 i 2012 roku).

Tabela III. Przyjmowanie przez młodzież leków z powodu negatywnych stanów emocjonalnych oraz braku energii. Dane od uczniów 15-letnich, w odsetkach.

Źródło: Opracowanie własne.

projektów. Dostępne wyniki badań HBSC pochodzą z lat 90. ubiegłego wieku. Wskazują one, że pomiędzy rokiem 1990 i 1994 nie zmieniły się istotnie odsetki nastolatków potwierdzających używanie leków z powodu bólu głowy i bólu brzucha. Natomiast pomiędzy rokiem 1994 a 1998 wyraźnie wzrosły odsetki młodzieży stosującej leki z powodu dolegliwości bólowych. Według danych z 1998 roku po leki z powodu bólu głowy przynajmniej raz w ostatnim miesiącu przed badaniem sięgało 30% chłopców i 43% dziewcząt, po leki z powodu bólu brzucha zaś 18% chłopców i 34% dziewcząt HBSC [1]. Przytaczane dane dotyczą łącznie uczniów w wieku 11 i 13 lat oraz 15-latków – można więc założyć, że wyniki HBSC oraz dane z „badań mokotowskich” są zbliżone.

Rozpowszechnienie przyjmowania leków z powodu negatywnych stanów emocjonalnych jest znacznie mniejsze niż w przypadku leków przeciwbólowych. Warto jednak przypomnieć, że po leki z powodu trudności w zasypianiu albo zdenerwowania czy przygnębienia sięgała w 2012 roku prawie co dziesiąta 15-letnia dziewczynka z Mokotowa, Wilanowa i Ursynowa. W ostatnim pomiarze odnotowano niewielki – choć istotny statystycznie – wzrost odsetek młodzieży sięgającej po leki z powodu negatywnych stanów emocjonalnych okazjonalnie i często.

Wyniki badań HBSC wskazują, że z lat 1994–1998 nastąpił znaczny wzrost rozpowszechnienia wśród nastolatków w wieku 11, 13 oraz 15 lat przyjmowania leków uspokajających i nasennych. W 1998 roku stosowanie leków z powodu trudności w zasypianiu w ostatnim miesiącu przed badaniem potwierdziło 6% badanych uczniów, przyjmowanie leków z powodu zdenerwowania

12% uczestników badań HBSC [1]. Jak już wspomniano we wstępie, okres transformacji ustrojowej w latach 90. przyniósł wzrost dostępności oraz rozpowszechnienia przyjmowania leków – także wśród nastolatków [1]. Dane z trzech pomiarów „badań mokotowskich” wskazują na stabilizację trendu w zakresie używania przez 15-latków z Warszawy leków przeciwbólowych. Trudno określić, na ile wyniki badań warszawskich odzwierciedlają sytuację w całym kraju. Wieloletnie doświadczenie w realizacji „badań mokotowskich” wskazuje jednak, że młodzież z Warszawy w swoich zachowaniach ryzykownych często wyprzedza nastolatków z mniejszych miast czy wsi [22].

Przyjmowanie przez młodzież leków z powodu braku energii nie uległo w latach 2004–2012 istotnym zmianom. Brak porównywalnych danych z innych badań utrudnia jednak odniesienie się do tego wyniku. Wiadomo z wcześniejszych badań wśród uczniów warszawskich, że lekami przyjmowanymi przez młodzież z powodu braku energii są najczęściej witaminy i preparaty mineralne [24, 25]. Dane GUS z 2004 roku wskazywały, że tego rodzaju farmaceutyki należą do leków najczęściej stosowanych przez młodzież w wieku 15–29 lat [26].

Używanie leków przez nastolatków jest zjawiskiem powszechnym – pojawia się zatem pytanie, czy powinno to budzić niepokój. „Badania mokotowskie” z 2004 roku i badania uczniów warszawskich gimnazjów oraz szkół ponadgimnazjalnych zrealizowane w 2007 roku umożliwiły zebranie informacji na temat rodzaju farmaceutyków stosowanych przez nastolatków. Okazało się, że środkami najczęściej stosowanymi w przypadku dolegliwości bólowych były dostępne bez zalecenia lekarza

środki na bazie paracetamolu (głównie Apap) i ibuprofenu (Ibuprom) oraz drotaweryny (No-spa), a następnie farmaceutyki na bazie kwasu acetylosalicylowego (Aspiryna). Okazało się także, iż niektórzy z badanych nastolatków sięgają bez zalecenia lekarza po Ketonal – lek przeciwbólowy dostępny jedynie na receptę. Lekami stosowanymi w przypadku trudności w zasypianiu, zdenerwowania czy przygnębienia i złego nastroju były najczęściej zioła (najwięcej uczniów wymieniło melisę) oraz preparaty ziołowe dostępne bez recepty, takie jak Persen, Kalms, Nervosol, a także leki przeciwbólowe (głównie Apap). Nieliczni respondenci podawali nazwy leków uspokajających bądź nasennych dostępnych z zalecenia lekarza. Jak wspomniano wyżej, wymienianymi najczęściej środkami używanymi w przypadku braku energii były witaminy i preparaty mineralne, a także napój Red Bull [24, 25]. Młodzież sięga więc po leki, które można bez trudu zakupić bez recepty. Wiadomo jednak, że leki te mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia nastolatków [18–20].

Przytaczane dane z 2004 oraz badania z 2007 roku pozwoliły również stwierdzić, że nastoletnia młodzież otrzymuje leki przeciwbólowe od swoich rodziców, przede wszystkim matek. Młodzi ludzie biorą również leki samodzielnie, korzystając przy tym z zasobów domowych apteczek, niektórzy zaś kupują potrzebne im farmaceutyki w aptece. Zdarza się również, że dostają leki od swoich rówieśników. Najmniej nastolatków wymieniło lekarzy jako osoby zalecające leki – dotyczyło to zwłaszcza leków przeciwbólowych [24, 25].

Tak więc w przypadku przejściowych problemów zdrowotnych najczęściej rodzice pełnią funkcję lekarzy swoich dzieci. Wraz z dorastaniem i zyskiwaniem coraz większej autonomii leczeniem własnych dolegliwości w coraz większym stopniu zajmują się sami nastolatki [25]. Wyniki badań wskazują jednak, że ani rodzice (o ile nie posiadają wykształcenia medycznego), ani tym bardziej młodzi ludzie nie dysponują dostateczną wiedzą o właściwym zastosowaniu określonych farmaceutyków oraz dawkowaniu i możliwych zagrożeniach związanych z przyjmowaniem leków dostępnych bez recepty [9, 25, 27–30].

W ramach „badań mokotowskich” w 2012 roku uczniowie zostali zapytani o dolegliwości bólowe i negatywne stany emocjonalne. Okazało się, że tego rodzaju problemów zdrowia psychicznego i somatycznego doświadczała przynajmniej 1–2 razy w ostatnim miesiącu większość badanych nastolatków. Na przykład 70% uczniów potwierdzało bóle głowy, 65% bóle brzucha i prawie 85% zdenerwowanie [22]. Dolegliwości bólowe i negatywne stany emocjonalne towarzyszą wielu młodym ludziom na co dzień – większość nastolatków jednak nie ucieka się w takich przypadkach do brania leków. W „badaniach mokotowskich” stwierdzono bowiem, że około 50% uczniów skarżyło się na częste bóle głowy, a zdenerwowanie odczuwało często prawie 60% nastolatków [22]. Zarazem około 20% z nich sięgało często po leki z powodu bólu głowy, leki z powodu negatywnych stanów emocjonalnych zaś przyjmowało często niecałe 7% respondentów.

Dziewczęta znacznie częściej niż chłopcy skarżą się z powodu dolegliwości somatycznych i psychicznych. Stosowanie leków jest również bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców. Potwierdzają to wyniki wielu badań – w tym przytaczane tu dane z HBSC [1]. Wymieniane w literaturze przedmiotu powody tego zjawiska to m.in. mniejsza tolerancja i niższy próg odczuwania bólu oraz uwarunkowania kulturowe sprzyjające większej u kobiet otwartości w mówieniu o własnym zdrowiu oraz gotowości do szukania pomocy medycznej [31, 32].

Ograniczenia badań

Badaniem objęto uczniów gimnazjów trzech dzielnic Warszawy. Taki dobór próby nie pozwala na uogólnianie bez zastrzeżeń wyników tych badań na całą populację uczniów warszawskich gimnazjów. Kolejnym ograniczeniem, szczególnie istotnym w kontekście problematyki tych badań, jest nieobecność w trakcie przeprowadzania ankiet około 7–10% gimnazjalistów, którzy prawdopodobnie mieli problemy ze zdrowiem. Warto też wspomnieć, że ankieta, w której respondent opisuje własne zachowania, obarczona jest błędem pomiaru wynikającym z niedoskonałości tej metody badawczej.

Wnioski

Dane z „badań mokotowskich” wskazują, że znaczny odsetek nastolatków stosuje leki przeciwbólowe. Mniej powszechne jest sięganie po leki z powodu negatywnych stanów emocjonalnych. Niemniej jednak niektórzy z nastolatków sięgają po leki uspokajające bądź nasenne. Jednym z rozwiązań służącym wspieraniu młodych ludzi w radzeniu sobie z wyzwaniem dnia codziennego powinno być wdrażanie programów promocji zdrowia psychicznego. Celem takich programów powinno być kształtowanie i wzmacnianie zachowań korzystnych dla zdrowia oraz umiejętności radzenia sobie w trudnych czy stresujących sytuacjach bez sięgania po substancje psychoaktywne, w tym po leki. Ważnym elementem promocji zdrowia i profilaktyki powinna być edukacja dotycząca zagrożeń związanych z przyjmowaniem leków adresowana do młodzieży oraz ich rodziców. W programach promocji zdrowia oraz edukacji dotyczącej problematyki leków należy szczególnie wziąć pod uwagę potrzeby dorastających dziewcząt.

Przypis

¹ Metodologia „badań mokotowskich” została szczegółowo opisana w monografii opublikowanej przez Zakład Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii [22].

Piśmiennictwo

1. Woynarowska B., Lutze I., Mazur J., *Zmiany w zdrowiu i samopoczuciu psychospołecznym młodzieży szkolnej w okresie transformacji ustrojowej*, „Przegląd Pediatryczny” 2002; 32 (3): 218–222.

2. Świątkiewicz G., *Konsumpcja legalnych leków psychoaktywnych w Polsce w latach 1990. Mechanizmy kreowania problemu społecznego. Rozprawa doktorska*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.
3. Gobina I., Välimaa R., Tynjälä J., Villberg J., Villerusa A., Iannotti R.I., Godetu E., Nic Gabhainn S., Andersen A., Holstein B.E., *The medicine use and corresponding subjective health complaints among adolescents, a cross-national survey*, „Pharmacoepidemiology and Drug Safety” 2011; 40(4): 424–431.
4. Chambers C.T., Reid G.J., McGrath P. J., Finley G.A., *Self-administration of over-the-counter medication for pain among adolescents*, „Archives of Pediatric & Adolescent Medicine” 1997; 151(5): 449–455.
5. Stoelben S., Krappweiss J., Rossler G., Kirch W., *Adolescents' drug use and drug knowledge*, „European Journal of Pediatrics” 2000; 159: 608–614.
6. da Silva C.H., Giugliani E.R.J., *Consumption of medicine among adolescent student: a concern*, „Jornal de Pediatria” 2004; 80: 326–332.
7. Van den Bulck J., Leemans L., Laekeman G.M., *Television and adolescent use of over-the-counter analgesic agents*, „The Annals of Pharmacotherapy” 2005; 39: 58–62.
8. Dyb G., Holmen T.L., Zwart J.A., *Analgesic overuse among adolescents with headache: The Head-HUNT-Youth Study*, „Neurology” 2007; 66: 198–201.
9. French D.P., James D.H., *Reasons for the use of mild analgesics among English students*, „Pharmacy World and Science” 2008; 30: 243–250.
10. Westerlund M., Brånstad J-O., Westerlund T., *Medicine-taking behaviour and drug-related problems in adolescent of a Swedish high school*, „Pharmacy World and Science” 2008; 30: 243–250.
11. Morales-Suarez-Varela M., Llopis-Gonzalez A., Caamaño-Isorna F., Gimeno-Clemente N., Ruiz-Rojo E., Rojo-Moreno L., *Adolescents in Spain: use of medicines and adolescent lifestyles*, „Pharmacy World and Science” 2009; 31: 656–663.
12. Hansen E. H., Holstein B. E., Due P., Currie C. E., *International survey of self-reported medicine use among adolescents*, „The Annals of Pharmacotherapy” 2003; 37: 361–366.
13. Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjarnasson T., Kokkevi A., Kraus L., *The 2011 ESPAD Report. Substance use among students in 36 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Drug Trafficking in Drugs (Pompidou Group), 2011.
14. Sierosławski J., *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r.*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011; <http://www.parpa.pl/images/file/Raport%20ESPAD.pdf>, dostęp: 7.03.2014.
15. Słońska Z., Misiuła M., *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii, Warszawa 1993.
16. Rybus-Potępa E., Marczewski K., *Samoleczenie – stare zagrożenie czy nowy świat pomocy dla pacjenta*, „Zdrowie Publiczne” 2001; 111 (1): 31–36.
17. Gunn V.L., Taha H. S., Lebel E.L., Serwint J.R., *Toxicity of over-the-counter cough and cold medications*, „Pediatrics” 2001; 108 (3): e-52.
18. Szkolnicka B., *Leki na receptę i dostępne bez recepty jako przyczyna prób samobójczych i niezamierzonych nadużyć – badania wstępne*, „Przegląd Lekarski” 2005; 62 (6): 568–571.
19. Woron J., Porębski G., Kostka-Trąbka E., Goszcz A., *Nieracjonalne stosowanie leków w pediatrii jako przyczyna chorób polekowych*. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2007, XI, 2 (1): 87–91.
20. Schmidt L.E., *Age and paracetamol self-poisoning*, 2005; <http://gut.bmj.com/cgi/content/full/54/5/686>, dostęp: 10.03.2014.
21. Andersen A., Holstein B.E., Hansen E.H., *Is medicine use in adolescence risk behavior? Cross-sectional survey of school-aged children from 11 to 15*, „Journal of Adolescents Health” 2006; 39: 362–366.
22. Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., Raduj J., Biechowska D., *Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2013; <http://www.ipin.edu.pl/wordpress/wp-content/uploads/2014/03/Badanie%20mokotowskie%202012%20final.pdf>, dostęp: 3.04.2014.
23. Wolniewicz-Grzelak B., Ostaszewski K., *Badanie środowisk szkolnych w zakresie zagrożenia uzależnieniem od środków odurzających*, „Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego” 1983; 4(52): 68–82.
24. Pisarska A., Ostaszewski K., *Stosowanie wybranych leków przez 15-letnich uczniów szkół warszawskich*, „Alkoholizm i Narkomania” 2006; 19 (1): 53–70.
25. Pisarska A., *Stosowanie przez młodzież leków o działaniu psychoaktywnym: rozpowszechnienie i uwarunkowania*. Rozprawa doktorska. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011.
26. Czekaj A., *Styl życia i zdrowie w: Szymborski J., Jakóbiak K. (red.), Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2008.
27. Simon H.K., Weinkle D.A., *Over-the-counter medications. Do parents give what they intend to give?*, „Archives of Pediatric & Adolescent Medicine” 1997; 151 (7): 654–656.
28. Gilbertson R.J., Harris E., Pandey S.K., Kelly P., Meyers W., *Paracetamol use, availability and knowledge of toxicity among British and American Adolescents*, „Archives of Disease in Childhood” 1996; 75 (3): 194–198.
29. Żołnierczuk-Kieliszek D., Chemperek D., *Zakres samoleczenia dzieci w środowisku miejskim*, „Zdrowie Publiczne” 2001; 111 (2): 128–132.
30. Kogan M.D., Pappas G., Yu S.M., Kotelchuck M., *Over-the-counter medication use among US preschool-age children*, „Journal of the American Medical Association” 1994; 272 (13): 1025–1030.
31. Bradbury J., *Why do men and women feel and react pain differently?*, „The Lancet” 2003; 361 (14): 2052–2053.
32. Wool C.A. Barsky A.J., *Do women somatize more than men?*, „Psychosomatics” 1994; 35: 445–452.