

ŽENSKÉ IN PREPOVEDANE DROGE WOMEN AND ILLICIT DRUG USE

Mercedes Lovrečič¹, Manca Drobne¹, Miljana Vegnuti¹

Prispelo: 6. 7. 2004 – Sprejeto: 30. 9. 2004

Izvirni znanstveni članek
UDK 613.83

Izveček

Izsledki raziskav, opravljenih na področju problematike uživanja prepovedanih drog, kažejo, da moški pogosteje uživajo prepovedane droge kot ženske. V povprečju je razmerje med zasvojenimi moškimi in ženskami 3:1. Članek se osredotoča na značilnosti žensk, ki uživajo prepovedane droge, in analizira podatke kazalca povpraševanje po zdravljenju zaradi težav z drogami na podlagi podatkovne baze Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije, ki spremlja zdravstveno stanje uživalcev prepovedanih drog. Prispevek zrcali stanje in značilnosti žensk, uživalk drog, s posebnim poudarkom na primerjavi z moškimi uživalci drog v Sloveniji, v obdobju od leta 1991 do leta 2003, ter črpa teoretsko podlago iz opravljenih znanstvenih in drugih raziskav na evropski in svetovni ravni (ZDA). Ženske v Sloveniji glede na povprečno starost iščejo zdravstveno pomoč zaradi težav s prepovedanimi drogami prej kot moški in so ob vstopu v zdravstveno obravnavo mlajše (v povprečju so stare 21 let). Ženske so v povprečju mlajše tudi takrat, ko prvič uporabijo primarno drogo ali si prvič vbrizgajo drogo v primerjavi z moškimi. Ženske iščejo zdravstveno pomoč tako kot moški večinoma zaradi heroina kot primarne droge, opazen pa je trend naraščanja povpraševanja po zdravljenju zaradi problematične uporabe kanabisa pri ženskah.

Ključne besede: ženske, povpraševanje po zdravljenju, prepovedane droge

Original scientific article
UDC 613.83

Abstract

Research in the field of problem drug use revealed a higher prevalence of male drug users, the average male/female ratio being 3:1. The article focused on characteristics of females using illicit drugs, and analysed data on drug treatment demand from the Institute of Public Health of the Republic of Slovenia database, which follows closely the health status of illicit drug users. The paper describes the characteristics of female drug users and the situation in Slovenia for the period 1991 – 2003, using the theoretical basis of scientific and other studies conducted at the European and global level (U.S.A.). On average, females in Slovenia seek treatment for problem drug use at a younger age than their male counterparts, and they enter the treatment programme earlier than men (mean age – 21 years). Females are younger than males when they start using a primary drug or injecting a drug. Most female and male problem drug users in Slovenia enter treatment programmes because of addiction to heroin as the primary drug, yet a growing number of women seeking treatment for cannabis abuse has been noted in the recent years.

Key words: females, drug treatment demand, illicit drug use

Uvod

Uživanje prepovedanih drog se drugače (npr. po vrsti droge, načinu življenja, izraženih pridruženih duševnih motnjah) zrcali na zdravju žensk v primerjavi z moškimi, zato je obravnavo in zdravljenje žensk smiselno prilagoditi njihovim potrebam. V povprečju je razmerje med zasvojenimi moškimi in ženskami tri proti ena (1). Danes ni še popolnoma jasno, zakaj moški v primerjavi z ženskami pogosteje posegajo po prepovedanih drogah. Nekateri strokovnjaki utemeljujejo to z večjim ponotranjenjem čustev in stresov pri moških na eni strani ter večjo bojznijo pred ožigosanostjo in pred kriminalnimi dejanji pri ženskah na drugi (1). Ženska, ki uživa prepovedane droge, je dvakrat ožigosana: ker je odvisna in ker je ženska uživalka drog (2). Večina žensk, ki uživajo heroin ali kanabis, pogosto prvič uporabijo prepovedano drogo na pobudo moškega, v večini primerov je to partner. Danes ženske sorazmerno pogosto posegajo po prepovedanih drogah (1).

Strokovnjaki ugotavljajo, da ženske redkeje iščejo pomoč zaradi odvisnosti od drog in so ob vstopu v zdravljenje bolj bolne (pridružene duševne motnje, druge zdravstvene težave, nižje samospoštovanje, slabša samopodoba v primerjavi z moškimi)(3). Možnosti vstopa v zdravljenje so za ženske slabše (višja stopnja bolezni, nižje samospoštovanje, pričakovanja nad njeno družbeno vlogo, pogoste izkušnje s spolno zlorabo, slabši socialni in ekonomski status). Med pomembnejše dejavnike tveganja za uživanje prepovedanih drog pri ženskah sodijo nasilna dejanja nad žensko (duševna in telesna zloraba), potravmatska stresna motnja, uživanje drog v primarni družini (3, 4).

V ZDA je bila za leto 1995 podana ocena, da je 15% vseh žensk v starosti med 15. in 44. letom trenutno uživalo alkohol ali prepovedane droge (5). Avstralska raziskava iz leta 2000 kot del longitudinalne študije, ki je na vzorcu 9512 mlajših žensk spremljala njihovo zdravje, je pokazala, da je v starostni skupini od 22 do 27 let, več kot polovica žensk (58%) poročala, da so vsaj enkrat uporabile prepovedano drogo, od teh jih je največ (57%) uporabilo kanabis, v manjšem deležu pa amfetamine (16%), ekstazi (15%) in LSD (14%) (6).

Rezultati ameriške nacionalne raziskave, ki je proučevala pogostost uživanja drog na reprezentativnem vzorcu posameznikov v ameriški populaciji v starosti od 15 do 54 let, so pokazali, da 6% žensk med 15. in 54. letom sodi v merilo življenjske odvisnosti od drog. Od tistih, ki so kdajkoli uživale prepovedane droge, jih 13% izpolnjuje merilo za

odvisnost; od tistih, ki so uživale heroin, pa jih 25% sodi v merilo, da bodo odvisne od heroina (7).

Uživanje drog med ženskami zvišuje tudi tveganje okužbe z virusom HIV oz. AIDS-a, predvsem pri injicirajočih uživalkah drog, ki souporabljajo pribor za injiciranje ali pa imajo tvegane spolne odnose (8).

Za ženske je v večji meri značilno, da po vstopu v zdravljenje, zaključijo postopek uspešneje v primerjavi z moškimi; raziskave kažejo, da gre pri ženskah, ki prihajajo iz enakih socialnoekonomskih okolij, za opaznejše čustvene pretese med zdravljenjem (moški drugače izražajo čustva) (9).

Ženske in prepovedane droge v Evropski Uniji (EU)

Od leta 1996 dalje je med Evropejci opaziti vse večje povpraševanje po zdravljenju v specializiranih centrih za obravnavo oziroma programih zdravstvene pomoči zaradi kanabisa. Po podatkih je najmanj eden od petih odraslih Evropejcev vsaj enkrat v svojem življenju uporabil kanabis. Za heroinom je kanabis trenutno druga najpogosteje uporabljena prepovedana droga, ki se pojavlja v 12% pri vseh obravnavanih in v 25% pri prvič obravnavanih uživalcih drog v evropskih programih pomoči (10,11). Ocene problematične uporabe drog (največkrat gre za redno uživanje heroina) se na ravni držav EU gibljejo med 1-1,5 milijona Evropejcev (10,11). Tretja najpogosteje uporabljena skupina prepovedanih drog v evropski splošni populaciji je skupina sintetičnih drog, predvsem ekstazi in amfetamini. Uporaba ekstazija je med urbano mladino v Evropi precej visoka (podskupine), v širši populaciji pa povečane uporabe še ni opaziti (9,10). Prevalenca uporabe kokaina v starostni skupini od 15 do 34 let se giblje od 1% do 9%. Uporaba je značilna za večja mesta (10,11).

Po podatkih Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction- EMCDDA) je bilo v letu 2001 v sedmih državah EU (Danska, Nemčija, Grčija, Španija, Nizozemska, Finska, Švedska) med 29.133 prvimi iskalci pomoči zaradi drog v povprečju 20,8% žensk in 79,2% moških. Najvišji delež žensk je v primerjavi z moškimi iskalo pomoč zaradi poživil (32,5%), sledijo opiat (18,8%), kokain (15,0%) in kanabis (14,2%) (12). Tabela 1 prikazuje osnovne značilnosti žensk, ki so iskale pomoč zaradi težav z opiat (v večini primerov heroin), kokainom (večinoma kokain hidroklorid) in kanabisom v posameznih državah EU v letu 2001 (izjemoma so navedeni podatki tudi za 2000 ali 1999), vključno s podatki za Slovenijo za leto 2001.

Tabela 1. Značilnosti žensk ob prvi obravnavi zaradi težav z drogami v EU .

Table 1. Characteristics of females entering treatment for problem drug use in EU.

Država/ Country	Leto/ Year	Povpreč na starost (v letih) / Mean age (in years)	Starostna porazdelitev/ Age Distribution		Trenutno si vbrizgava katero koli drogo / Currently injecting any drug (%)	Primarna droga (%) / Primary Drug (%)		
			<25	=>35		opiat/ Opiates	kokain/ Cocaine	kanabis/ Canabis
Danska Denmark	2001	30.9	28,4	34,1	22,0	61,0	2,0	15,0
Nemčija Germany	2001	27.2	52,0	22,0	*	53,4	4,3	20,0
Grčija Greece	2001	25.8	54,0	17,0	36,1	89,2	1,6	5,1
Španija Spain	2001	30.9	23,1	28,9	14,9	73,1	16,7	4,8
Francija France	1999	30.8	19,0	28,0	14,5	78,6	4,0	10,1
Irski Ireland	2000	24.4	61,1	8,5	30,8	77,2	0,6	13,1
Italija Italy	2001	32.0	20,3	34,2	*	*	*	*
Luksemburg Luxembourg	2001	29.4	26,0	26,0	62,0	71,0	7,0	17,0
Nizozemska Netherlands	2001	*	22,0	41,0	4,4	51,3	26,3	13,7
Avstrija Austria	2001	32.0	20,1	39,1	100,0	100,0	0,0	0,0
Finska Finland	2001	24.3	67,8	12,8	49,8	30,6	0,2	19,2
Švedska Sweden	2001	32.9	34,0	40,0	13,9	*	*	*
Velika Britanija Great Britain	2000/ 2001	*	44,0	16,0	33,6	79,7	5,6	5,9
Slovenija** Slovenia	2001	21.4	85,9	4,7	49,4	82,4	2,4	14,1

Vir/Source: povzeto po EMCDDA: REITOX National Reports-standard table 3: Characteristics of persons starting treatment for drug use-2001

**Inštitut za varovanje zdravja RS

Opombe/Notes:

-ni podatka/*no data

Če podatke posameznih držav EU iz Tabele 1 primerjamo s Slovenijo, ugotavljamo, da ženske uživalk preprovanih drog v Sloveniji močno odstopajo v nekaterih segmentih. Pri tem je potrebno upoštevati in opozoriti na različno metodologijo zajema podatkov posameznih držav (podatki za Francijo se nanašajo na november 1999, za Veliko Britanijo pa za obdobje od 1. oktobra 2000 do 31. marca 2001; podatki za Nemčijo, Italijo, Nizozemsko in Švedsko vključujejo samo zunajbolnišnično zdravljenje, podatki za Avstrijo vključujejo samo substitucijsko zdravljenje).

Slovenija beleži v letu 2001 v primerjavi z naštetimi državami EU najnižjo povprečno starost obravnavanih uživalk drog, ki znaša 21,4 let, sledi Irska (24,4 let). Ostale povprečne starosti obravnavanih žensk se gibljejo med 24 in 33 let (najvišjo povprečno starost opazimo na Švedskem – 32,9 let). Najvišji delež žensk pod 25 leti v obravnavi ima Slovenija (85,9%), sledita Finska (67,8%) in Irska (61,1%). Po podatkih najnižji delež žensk pod 25 leti beleži Francija (19,0%), vendar se ti podatki nanašajo na najkrajše obdobje (november 1999).

Najvišji delež žensk v obravnavi, ki so stare nad 25 let, je na Nizozemskem (41%). Sledita Švedska s 40% in Avstrija (39,1%). Medtem ko v Sloveniji znaša delež žensk nad 25 let samo 4,7%, sta ji najbližji Irska z 8,5% in Finska z 12,8% deležem žensk.

Ženske so v vseh državah najpogosteje obravnavane zaradi težav s heroinom (opiat). Najvišji delež obravnavanih zaradi težav s heroinom beležijo v Avstriji, podatki so za opiate 100 %, ker se nanašajo samo na substitutivno zdravljenje. Sledijo Grčija (89,2%), Slovenija (82,4%), Velika Britanija (79,9%), Francija (78,6%) in Irska (77,2%). Najnižji delež žensk, obravnavanih zaradi težav s heroinom, beleži Finska (30,6%), sledi ji Nizozemska z 51,3%.

Ženske so v nižjih deležih obravnavane zaradi težav s kokainom kot glavne droge, v primerjavi s heroinom in kanabisom, izjeme pa so Nizozemska, Španija in Luksemburg. Na Nizozemskem zaradi kokaina kot glavne droge v primerjavi z ostalimi državami v zdravljenje vstopa najvišji delež žensk in znaša 26,3% (dvakrat večji delež žensk v primerjavi z deležem žensk, ki na Nizozemskem vstopa v zdravljenje zaradi marihuane kot glavne droge), sledita Španija s 16,7% (v Španiji zaradi kokaina vstopa v zdravljenje 3,5-krat večji delež žensk v primerjavi z deležem žensk, ki vstopa zaradi kanabisa) in Luksemburg (7,0%). Slovenija dosega delež 2,4% žensk pri iskanju

zdravstvene pomoči zaradi kokaina in je primerljiva z Dansko (2%).

Najvišji delež žensk, ki iščejo pomoč zaradi kanabisa kot glavne droge, je v Nemčiji in znaša 20%, sledijo ji Finska 19,2%, Luksemburg 17%, Danska 15% in Slovenija 14,1% (v letu 2002 beležimo za ženske v Sloveniji delež kar 28,3% pri prvič obravnavanih). Najnižje deleže za kanabis zaznavajo v Španiji (4,8%), Grčiji (5,1%) in Veliki Britaniji (5,9%).

Primerjava podatkov z državami novimi članicami EU trenutno še ni možna.

Ženske in prepovedane droge v Sloveniji

Inštitut za varovanje zdravja RS je skupaj s Koordinacijo centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki deluje v okviru Ministrstva za zdravje RS, razvil informacijski sistem na področju obravnave uživalcev prepovedanih drog (13). Ta informacijski sistem, ki vključuje mrežo Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CPZOPD), je temelj za razvoj epidemiološkega kazalca povpraševanje po zdravljenju zaradi težav z drogami. V letu 2003 je bilo v mrežo vključenih 17 CPZOPD (en center ni posredoval podatkov) ter Center za zdravljenje odvisnosti pri Psihiatrični kliniki Ljubljana. Poudariti velja, da je mreža centrov edini zdravstveni sistem, ki rutinsko evidentira iskalce zdravstvene pomoči zaradi težav z drogo.

Podatki o zdravstvenem varstvu uporabnikov prepovedanih drog se zbirajo na osnovi zakonsko predpisanega obrazca »Evidenca obravnave uživalcev drog«, ki ima pravno podlago v zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva iz leta 2000 (14). Obrazec je bil sprva usklajen z zahtevami skupine Pompidou pri Svetu Evrope in nato še z metodologijo EMCDDA pri EU. Za zbiranje, obdelavo in posredovanje osebnih podatkov se uporabljajo določbe zakona o varstvu osebnih podatkov (15).

Vzpostavlja se tudi sistem rutinskega epidemiološkega spremljanja uživalcev prepovedanih drog, ki so obravnavani v zdravstvenih službah zavodov za prestajanje zaporne kazni.

Podatki za kazalec povpraševanje po zdravljenju zaradi težav z drogami se zbirajo v skladu z navodili in priporočeno metodologijo EMCDDA in skupine Pompidou ter so vsako leto posredovani EMCDDA, kar omogoča primerljivost podatkov tudi na ravni EU.

Prvo povpraševanje po zdravljenju zaradi težav z drogami v Sloveniji

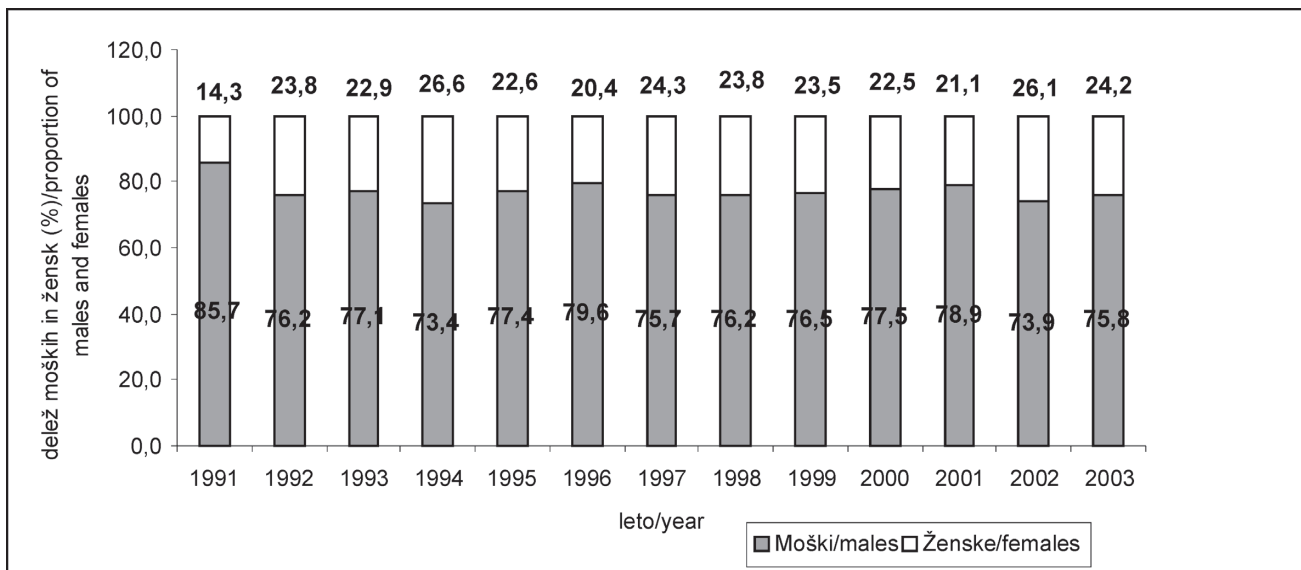
Število žensk v obdobju od 1991 do 2003, ki iščejo zdravstveno pomoč v centrih, niha. Delež žensk je v enakem obdobju najnižji leta 1991 (14,3%) in najvišji leta 1992 (25,8%). V letu 2002 je bilo skupno evidentiranih 2633 uživalcev drog, od tega je bil delež vseh evidentiranih žensk 22,1% in je v primerjavi z letom prej višji za odstotek in pol. V letu 2003 se delež vseh evidentiranih žensk v primerjavi z letom prej ponovno poveča za odstotek in pol.

Število uživalcev drog, ki prvič iščejo zdravstveno pomoč v centrih do leta 1998, konstantno narašča. V letih 1999, 2000 in 2001 v primerjavi z letom 1998 prvo povpraševanje po zdravljenju pri ženskah rahlo upada. Delež žensk med prvimi iskalci pomoči kljub temu niha (Slika 1), v letu 2002 je od skupno 528 oseb prvih iskalcev pomoči 26,1% žensk prvič iskalo pomoč zaradi težav z drogami. V letu 2003 se število prvih obravnav zmanjša na 504 primerov v primerjavi z letom prej, delež žensk znaša 24,2% (s pridržkom pri interpretaciji, saj ne vključuje podatkov vseh 18 centrov). V povprečju za vsa leta predstavljajo ženske približno eno četrtno novih strank.

Povprečne starosti uporabnic drog, po evidenci obravnave v CPZOPD v Sloveniji

Povprečna starost žensk, ki prvič iščejo zdravstveno pomoč od leta 1991 do 2002, znaša 21 let. Do leta 1995 je bila povprečna starost žensk nekoliko višja, od leta 1996 do 2000 pa se giblje med 20 in 21 letom (Slika 2). Če te podatke primerjamo z moško populacijo, ženske v Sloveniji glede na povprečno starost iščejo pomoč v centrih prej kot moški. Povprečna starost pri moških je 23 let.

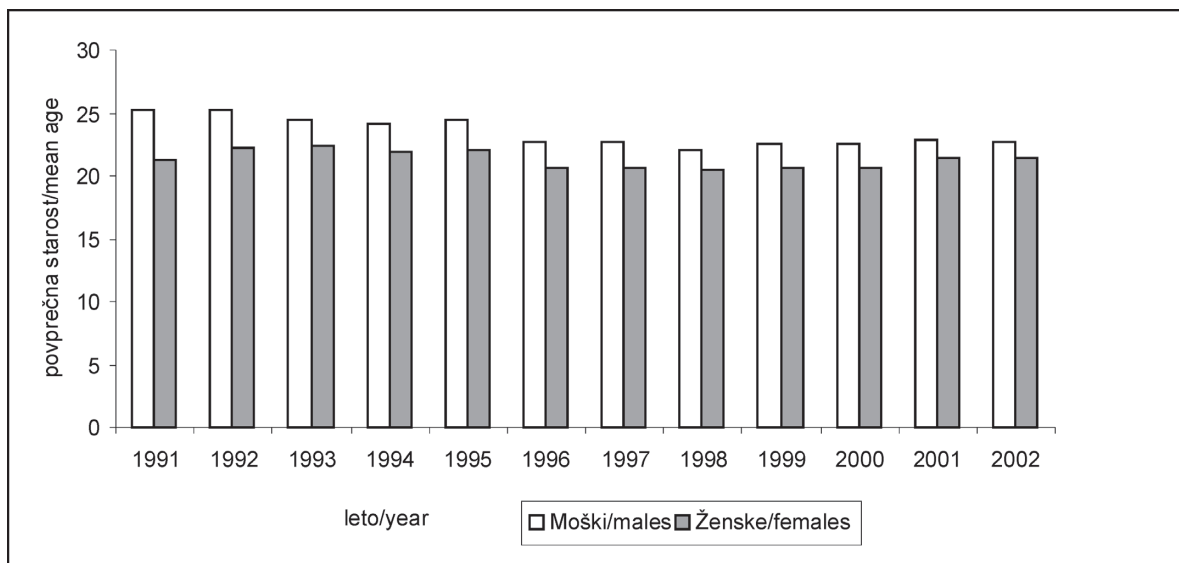
Uživalke prepovedanih drog, ki prvič iščejo zdravstveno pomoč, so ob prvi uporabi primarne droge v povprečju stare 18 let in so mlajše v primerjavi z moškimi. Povprečna starost ob prvi uporabi katere koli prepovedane droge je za oba spola 16 let. Najnižja povprečna starost je bila glede na podatke prvega zdravljenja pri ženskah zabeležena v letu 2002 (15,6 leta).



Slika 1. Evidenca obravnave uživalcev drog in povpraševanje po zdravljenju zaradi težav s prepovedanimi drogami – evidentirane prve obravnave po spolu in po letih v obdobju od 1991 do 2003, Slovenija.
Figure 1. Data on drug treatment demand in CPTDA**, gender distribution (%), new clients, 1991- 2003, Slovenia.

Opomba/Notes: * brez podatkov enega CPZOPD/* no data for one CPTDA

** Centres for Prevention and Treatment of Illegal Drug Addiction



Slika 2. Evidenca obravnave uživalcev drog in povpraševanje po zdravljenju zaradi težav s prepovedanimi drogami – povprečna starost uživalcev drog, prve obravnave po letih v obdobju od 1991 do 2002, Slovenija.

Figure 2. Data on drug treatment demand, mean age of drug users, new clients by gender, 1991-2002, Slovenia.

Značilnosti uporabnic prepovedanih drog, v Sloveniji

V obdobju od 1991 do 2002 so uživalke prepovedanih drog, obravnavane v zdravstvenem sistemu v Sloveniji, glede na primerjavo posameznih spremenljivk z moškimi bolj tvegane (podatki so za prve obravnave oziroma prva zdravljenja). Glede na povprečno starost ob prvi obravnavi zaradi težav z drogami so ženske v primerjavi z moškimi mlajše (21 let), kar pomeni, da zdravstveno pomoč poiščejo prej kot moški. Pri ženskah beležimo tudi nižjo povprečno starost ob prvi uporabi primarne droge (18 let). Tudi pri trajanju redne uporabe droge so povprečne starosti glede na podatke prvega zdravljenja pri ženskah nižje. Ob prvem vbrizgavanju droge so v povprečju ženske stare 19 let. Moški si drogo vbrizgavajo eno leto kasneje in so ob prvem vbrizgavanju droge v povprečju stari 20 let. Ženske pogosteje živijo s partnerjem oziroma s prijatelji in veliko več jih živi tudi z uživalcem drog v primerjavi z moškimi. Kot druga droga je pri ženskah pogosteje prisoten alkohol.

Podatki od leta 1991 do 2002 pri prvih obravnavah kažejo na višji delež žensk (70%), ki si drogo vbrizgavajo, v primerjavi z moškimi (67,3%). Kadi/inhalira več moških kot žensk, v povprečju tudi njuha

več moških (10,4%) kot žensk (7,5%). Vsak dan si v povprečju vbrizgava drogo več moških kot žensk, medtem ko si 1-krat tedensko ali 2-6 dni na teden drogo vbrizgavajo pogosteje ženske kot moški.

V letu 2003 je bilo obravnavanih 504 novih primerov, od tega 122 žensk (24,2%) in 382 moških. Povprečna starost žensk ob prvi obravnavi je bila 21,9 let, pri moških pa 23,7 let. Večina žensk je prišla v obravnavo sama ali pa so bili vir njene napotitve družina oz. prijatelji. V primerjavi z deleži moških glede na celoto jih večina od njih živi s starši ali pa same s partnerjem. 65 žensk ima status dijakinje ali študentke, 43 je nezaposlenih oz. delajo samo občasno. 32 od vseh prvič obravnavanih žensk ima končano srednjo šolo.

V letu 2003 si je drogo vbrizgavalo 21,2% žensk, 15,4% od njih je pri zadnjem vbrizgavanju souporabljal iglo. Kdaj koli je vbrizgavalo drogo 46 žensk (20,8%), 26,1% (54) prvič obravnavanih v letu 2003 ni droge nikoli vbrizgavalo. 31,0% je imelo v več kot zadnjih 12 mesecih stalnega partnerja, 33 žensk je navedlo 2 in več spolnih partnerjev. 26,8% žensk pri zadnjem spolnem odnosu ni uporabilo kondoma, 17,3% žensk je imelo spolnega partnerja, ki si ne vbrizgava drog. 16,1% žensk je že bilo kdaj koli obravnavanih zaradi drog na policiji. Večina jih glede na vrsto obravnave še ni prejemale metadona kot nadomestnega zdravljenja.

Učinki posameznih drog po spolu

Različne prepovedane droge imajo različne učinke. Pri tem je potrebno upoštevati tudi poti vnosa droge, odmerke, sočasno uporabo drugih drog. Ko govorimo o razlikah med spoloma, mislimo s tem predvsem na biološke razlike (npr. ženske imajo navadno nižjo stopnjo tolerance za alkohol v primerjavi z moškimi, kljub zaužitju manjših količin pa lahko stopnja alkohola v krvi doseže enake vrednosti). Podobno je stanje, ko govorimo o različnih učinkih prepovedanih drog med spoloma (16).

Kanabis (marihuana)

Povečano uporabo kanabisa pri ženskah opažamo od poznih 80. let prejšnjega stoletja, kar je po mnenju nekaterih strokovnjakov nedvomno povezano tudi s povečanjem kajenja tobaka pri ženskah (16).

Kratkoročni učinki marihuane vključujejo: motnje spomina (predvsem kratkotrajnega spomina), motnje zaznavanja (slušne, vidne, taktilne, zaznavanje časa), motnje mišljenja, motnje pozornosti in koncentracije, zmanjšano sposobnost učenja in presoje, motnje gibalne koordinacije, tahikardijo in tesnoba. Dolgotrajno redno kajenje marihuane lahko vpliva na dihala (kašelj, večje tveganje za okužbo dihal), poleg tega marihuana vsebuje prav toliko (včasih celo več) kancerogenih snovi kot cigarete tobaka (večje tveganje za razvoj raka, predvsem na pljučih). Dolgoročni učinki marihuane negativno vplivajo tudi na imunski sistem. Pri rednem, dlje časa trajajočem uživanju marihuane se vzpostavi toleranca, zaradi katere je potrebno za enak učinek višati odmerke (17). Učinki kanabisa se zrcalijo drugače pri ženskah kot pri moških (delta-9-tetrahidrocannabinol-THC v marihuani se dobro absorbira v maščobnih tkivih različnih organov zato ostaja časovno dlje v ženskem kot v moškem telesu) (16).

Opiati (heroin)

Med opiate štejemo heroin, morfin, kodein, opij in sintetične opiate, kot je metadon. Z zlorabo drog navadno pomislimo na samojemanje opiata brez zdravniškega nadzora. Med vsemi opiaty je daleč najbolj pogosto uživanje heroina. Zasvojenost od drog se navadno nanaša na kronično uživanje psihoaktivne snovi (PAS), ki povzroča duševno in telesno odvisnost, skupaj z nepremagljivim impulzom za nadaljevanje uživanja PAS (18). Klinične raziskave s področja zasvojenosti s PAS so pokazale, da je za mnoge, predvsem tiste z dolgo zgodovino uživanja PAS, zasvojenost s PAS kronično recidivirajoče stanje (19).

Opiati se lahko jemljejo peroralno, intranazalno, intramuskularno, intravensko, transdermalno ali v obliki svečk. V vseh oblikah in načinih vnosa so visoko adiktivni in povzročajo duševno in telesno odvisnost.

Dolgotrajno redno uživanje heroina vodi v vzpostavitev tolerance (za enak učinek je potrebno sčasoma odmerke heroina višati oziroma je ob zaužitju enakega odmerka učinek heroina sčasoma manjši) in s tem duševne in telesne odvisnosti ter pojava abstinenčnega sindroma v primeru odtegnitve heroina. Odvisnost se lahko vzpostavi ne glede na poti vnosa heroina v telo, tako v primeru intravenskega vbrizgavanja heroina kot tudi v primeru rednega, dlje časa trajajočega kajenja ali njuhanja heroina. Pogosto z vzpostavitvijo zasvojenosti oseba preide npr. iz kajenja ali njuhanja heroina na intravensko jemanje apliciranje, ker se časovni presledki med odmerki krajšajo in so potrebni vse večji odmerki za preprečitev abstinenčnega sindroma. Zasvojenost prinaša s seboj še večje telesne in socialno-ekonomske posledice (težave ali izguba zaposlitve, opustitev šolanja, družinske težave). K telesnim posledicam pripomorejo tudi slabša skrb za osebno higieno in zdravje, to se lahko drastično poslabša, prisotno pa je tudi tveganje za predoziranje, za spolno prenosljive bolezni. Uporaba nesterilnega pribora za vbrizgavanje lahko vodi v sepsu, endokarditis, kožni absces, tetanus. Z intravenskim vbrizgavanjem je tesno povezano večje tveganje za infekcijske bolezni, kot so HIV/AIDS, hepatitis B in C (souporaba pribora za jemanje) (19). Posebej ogrožene so ženske (dodatno tvegano spolno vedenje) in nosečnice. Manjša plodnost uživalk PAS je posledica vnetnih procesov in jajcevodov, ki pogosto povzročijo zožitev (stenoza), kot tudi motnje menstruacijskega ciklusa (amenorea, oligomenorea, polimenorea). Nosečnost pri uživalci drog je zmeraj tvegana, tako zaradi učinkov PAS na mater in plod kot tudi zaradi življenjskega stila nosečnice. Pogosti so zapleti med nosečnostjo: splav, intrauterina smrt, prezgodnji porod, nizka porodna teža, sindrom nenadne smrti, abstinenčni sindrom pri novorojencu (20).

Kokain

Kokain se v Evropi najpogosteje uživa kot kokain hidroklorid. Populacija uživalcev kokaina ima med vsemi populacijami uživalcev prepovedanih drog najširši razpon z vidika socioekonomskega statusa posameznika. Niha od socioekonomske in profesionalno najbolj uspešnih na eni strani do tistih, ki so brez vsega na drugi. Uživanje kokaina je lahko »obdobno« (zahtevne in odgovorne zadolžitve še posebej v kratkih rokih ali pa možnost večjih finančnih zaslužkov, npr. osebni dohodek ali ostali dohodki).

Kokain se pogosto uporablja kot »pripomoček« za spolne aktivnosti; menjavanje spolnih partnerjev in nezaščiteni spolni odnosi pa so dejavniki tveganja za spolno prenosljive bolezni. Povezava med kokainom in spolnimi odnosi je enako v porastu kot samo uživanje kokaina. Zaradi svoje visoke cene (njuhanje in kajenje kokaina) je povezana le za »določenimi« okolji (»private party«). Drugače je v primerih intravenskega vbrizgavanja kokaina (potreben je manjši odmerek, finančno bolj dostopen). Pogosto se kombinira z opiaty (najpogosteje s heroinom - »speedballs«).

Kardiovaskularna toksičnost je resno tveganje. Zaužitje kokaina povzroča povišan krvni tlak, tahikardijo, pospešeno dihanje, v višjih odmerkih pa lahko povzroči srčno aritmijo, možganske krvavitve, epileptični napad, odpoved dihanja in smrt.

Raziskave kažejo, da je uporaba kokaina v kombinaciji z alkoholom priljubljena in pogosta (časovno daljši učinki evforije, manjša vzdržljivost), a izredno nevarna (večja toksičnost in pogost vzrok smrti). Kombinacija kokaina z marihuano pospeši pojav evforičnega učinka (21).

Samo uživanje heroina in kokaina pri ženskah je pogosto povezano z dostopnostjo droge, ki jo omogoča oz. ženski ponuja moški. Pri tem gre lahko za njeno razmerje z moškim kot življenjskim partnerjem; lahko gre za oskrbovanje z drogo s strani preprodajalca moškega spola ali pa za oskrbovanje s strani zvodnika (povezava prostitucije in uživanja drog) (16).

Sintetične droge (ekstazi)

Najbolj popularna sintetična droga je ekstazi, kar gre povezovati tudi s sorazmerno dostopnostjo droge (elektronska glasba na množičnih plesnih prireditvah, zasebna proslavljanja, druge oblike socialnega druženja mladih), oblike pojavljanja (najbolj pogosto tablete različnih oblik in barv), način vnosa (navadno peroralno zaužitje). Popularnost ekstazija gre povezovati tudi z njegovimi učinki, ki so povezani predvsem s povečano psihomotorno aktivnostjo (občutek povečane energije in evforije) ter z entatogenim učinkom (sposobnost empatije do drugih in subjektivni občutki pripadnosti in zadovoljstva s seboj ter drugimi). Večina užiivalcev je zmotno prepričana, da ekstazi nima toksičnih učinkov. Ekstazi vpliva na zaznavanje, razpoloženje, mišljenje in povzroča tudi druge akutne učinke: zmanjšuje občutek lakote in utrujenosti, povzroča tahikardijo, hipertenzijo, hipertermijo, midriazo, napetost v čeljustih in/ali škripanje z zobmi, suha usta (22, 23).

Poznamo vrsto zapletov, ki jih lahko delimo na telesne in duševne, ter na zgodnje in pozne. Med zgodnjimi so najpogostejši utrujenost, mišične bolečine, depresivno razpoloženje in motnje koncentracije. Med poznimi

duševnimi zapleti najdemo depresivne motnje, anksiozne motnje in psihotične motnje (24, 25).

Najhujši zaplet uživanja ekstazija je zastrupitev, ki se pogosto konča s smrtjo (26).

Po ocenah strokovnjakov večina užiivalcev ekstazija kombinira z drugimi drogami (kokain, kanabis, amfetamini, itd.), zato je z nevropsihološkega vidika včasih težko pojasniti učinke ekstazija (27).

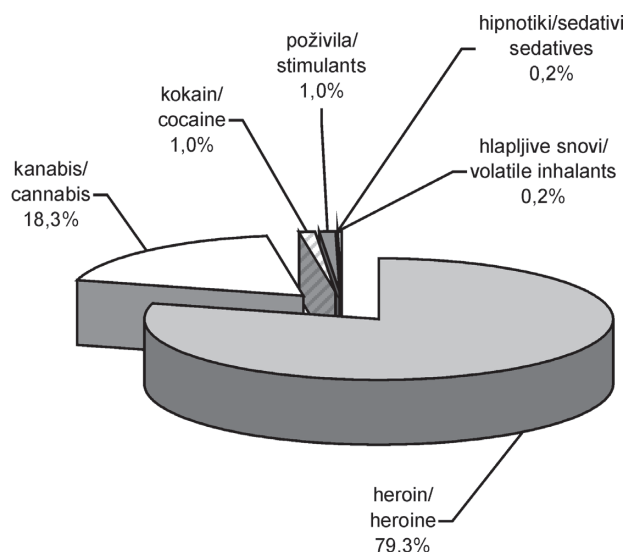
Več raziskav je pokazalo na razlike med spoloma glede učinkov nekaterih drog (kokain, amfetamini, nikotin in alkohol), tako na subjektivne učinke kot tudi na občutljivost nevrotoksičnih učinkov teh drog. Ugotovitve kažejo, da so ženske bolj občutljive na nevrotoksične učinke drog ter na akutne psihoaktivne učinke (27). Raziskave so pokazale, da so ženske po zaužitju ekstazija poročale o bolj intenzivni subjektivni izkušnji, posebej pri spremembah zaznavanja, motnjah mišljenja, pojavljala se je bojazen pred izgubo kontrole nad telesom. Akutno neugodne reakcije so bile pogosteje bolj izražene pri ženskah kot pri moških, strokovnjaki pa to povezujejo s povečano občutljivostjo pri ženskah na serotonin (5-HT). V primeru, da gre za občutljivost na psihoaktivne učinke in se kažejo značilne nevrokemične spremembe, potem je možno trditi, da so ženske užiivalke dolgoročno gledano bolj občutljive v primeru nevropsiholoških posledic (27). Klinične raziskave, opravljene v zadnjem času, ugotavljajo, da ima ekstazi bolj (fiziološko) škodljive učinke za ženske kot moške (26).

Kljub temu, da je število smrti kot posledica uporabe ekstazija v primerjavi z opiaty sorazmerno nizko, pa so najbolj ranljive ravno mlade ženske. K temu zanesljivo pripomorejo tudi pomanjkljivi mehanizmi karšnega koli nadzora nad zaužitim odmerkom oziroma nad vsebnostjo različnih psihoaktivnih snovi in njihovih kombinacij (16).

Uporaba posameznih prepovedanih drog v Sloveniji

V večini primerov ženske v Sloveniji v CPZOPD iščejo pomoč zaradi heroina, sledita kanabis in kokain. Podatki za leto 2003 kažejo, da je 31,7% vseh evidentiranih v programu uživalo eno samo drogo, ostali so uporabljali (kombinirali) več drog. Pri tistih, ki droge kombinirajo, v povprečju uživajo 2,4 droge na osebo, med drogami prevladujejo opiodi, kanabis, vsak tretji uživa kokain, v 11% pa je prisoten tudi alkohol (28).

V letu 2003 je bilo med novimi strankami obravnavanih 504 novih primerov, za katere je bil heroin primarna droga v 79,3% primerov, v 18,3% kanabis in kokain pri 1% med prvič obravnavanimi (Slika 3) (28).

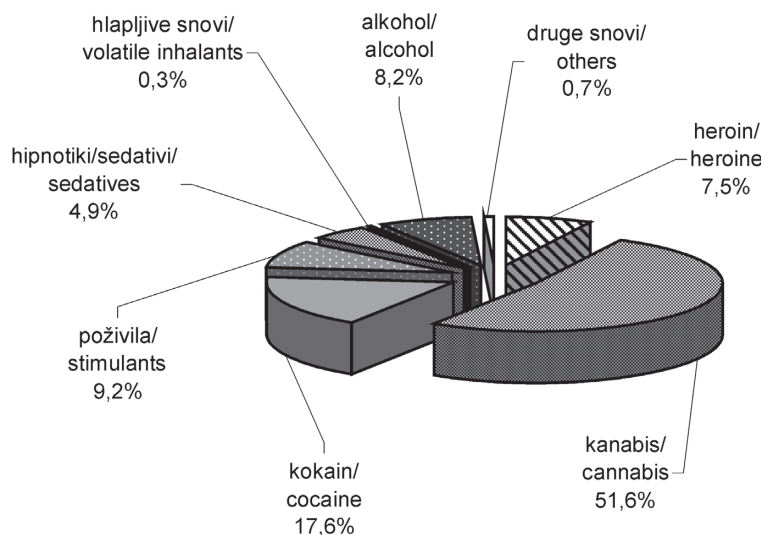


Slika 3. Evidenca obravnave uživalcev drog, prve obravnavane, glavna droga (deleži v %), 2003*, Slovenija.

Figure 3. Data on drug treatment demand, primary drug (%), new clients, 2003*, Slovenia.

Opomba/Notes: * brez podatkov enega CPZOPD/* no data for one CPTDA

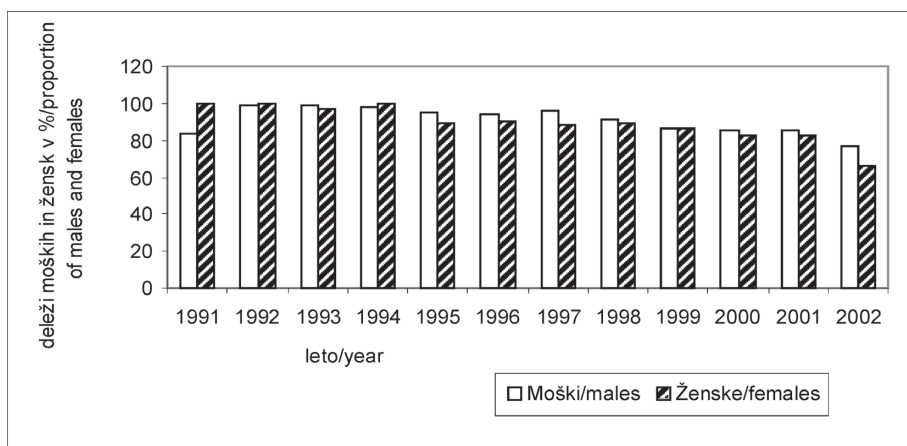
60,7% vseh prvih iskalcev pomoči je primarno drogo kombiniralo, v več kot polovici primerov s kanabisom (51,6%), sledijo kokain (17,6%), alkohol (8,2%), poživila (9,2%) in heroin (7,5%) (Slika 4) (28).



Slika 4. Evidenca obravnave uživalcev drog, prve obravnavane, sekundarna droga (deleži v %), 2003*, Slovenija.

Figure 4. Data on drug treatment demand, secondary drug (%), new clients, 2003*, Slovenia.

Opomba/Notes: * brez podatkov enega CPZOPD/* no data for one CPTDA



Slika 5. Evidenca obravnave uživalcev drog po uporabi heroina kot glavne droge po spolu v obdobju od 1991 do leta 2002, prve obravnave, Slovenija.

Figure 5. Data on drug treatment demand, gender distribution of subjects addicted to heroin as the main drug, 1991-2002, New Clients, Slovenia.

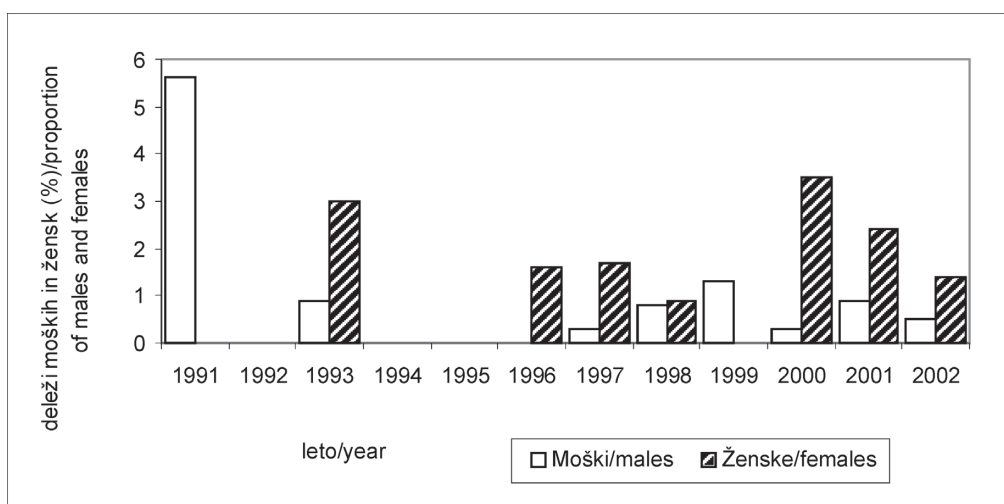
Trend prvih iskalcev zdravstvene pomoči zaradi heroina je v obdobju od leta 1994 do 2002 pri obeh spolih v upadu, v obdobju od leta 1991 do 1994 pa je za oba spola nihal.

Medtem ko se delež žensk, ki prvič iščejo zdravstveno pomoč zaradi kanabisa, od leta 1996 povečuje, je pri prvih iskanjih pomoči zaradi heroina z letom 1997 opazen trend upadanja (88,0%), ki v letu 2002 doseže najnižje deleže (65,9%) prvih iskalk zdravstvene pomoči zaradi heroina.

Trajanje redne uporabe (v mesecih) heroina kot glavne droge je pri ženskah v povprečju 19 mesecev, pri moških pa 23 mesecev.

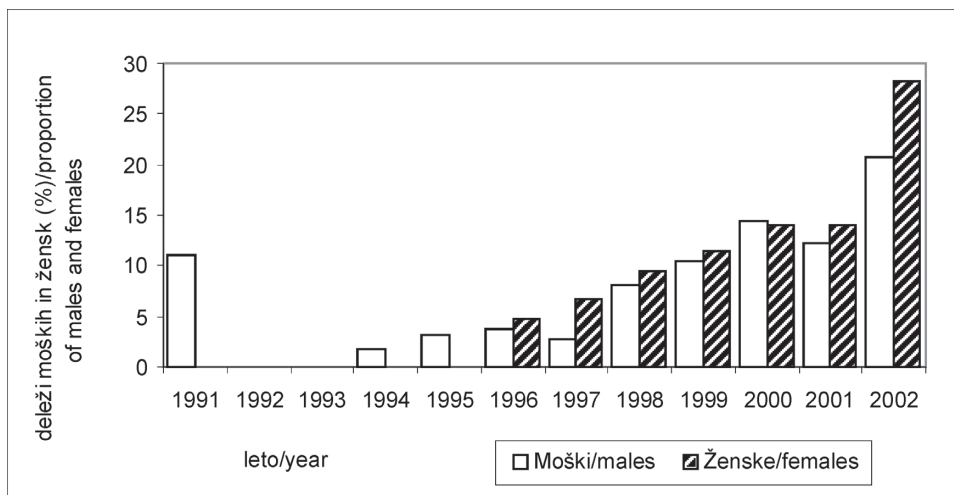
Prvo zdravljenje zaradi težav s kokainom kot glavne droge se po posameznih letih pojavlja neenakomerno. V večini gre samo za nekaj posameznih primerov, vendar je bolj pogosto pri ženskah.

V zadnjih letih je povečanje povpraševanja po prvem zdravljenju zaradi kanabisa na evropski ravni opazno tudi v Sloveniji. Od leta 1996 do 2002 je opazen



Slika 6. Evidenca obravnave uživalcev drog po uporabi kokaina kot glavne droge po spolu v obdobju od 1991 do leta 2002, prve obravnave, Slovenija.

Figure 6. Data on drug treatment demand, gender distribution of users of cocaine as the main drug, 1991-2002, New Clients, Slovenia.



Slika 7. Evidenca obravnave uživalcev drog po uporabi kanabisa kot glavne droge po spolu v obdobju od 1991 do leta 2002, prve obravnave, Slovenija.

Figure 7. Data on drug treatment demand, gender distribution of users of cannabis as the main drug, 1991-2002, New Clients, Slovenia.

naraščajoč delež žensk, ki prvič prihajajo v centre zaradi težav s kanabisom kot primarno drogo (Slika 7). Delež moških prvih iskalcev pomoči v centrih zaradi kanabisa v obdobju od 1991 do 2002 niha (porast v obdobju 1997 do 2000).

Uporaba kanabisa kot primarne droge pred prvim vstopom v program je pri moških 24 mesecev, pri ženskah pa 16 mesecev. Od prve uporabe kanabisa do vstopa v program v povprečju pri ženski traja 3 leta, pri moškem pa 3,2 leta.

Če podatke primerjamo z moško populacijo, ugotovimo, da je glavna droga zaradi katere moški iščejo pomoč v centrih tako kot pri ženskah, heroin. V nekoliko manjši meri moški iščejo pomoč zaradi kanabisa, prisotne pa so druge prepovedane droge, ki pri ženskah niso tako pogoste (npr. LSD).

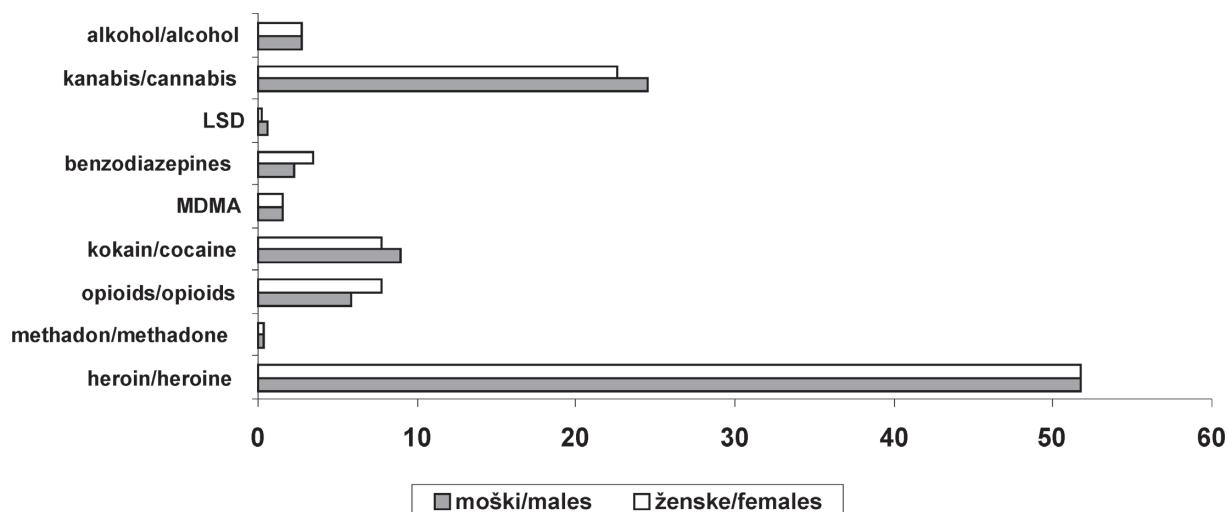
Glede na podatke evidence obravnave uživalcev drog je bilo od leta 1991 do 2002 po metodologiji EMCDDA, kjer se upoštevajo zgolj osebe, ki so prvič vstopile v program in osebe, ki so ponovno vstopile v program po prekinitvi, daljši od treh mesecev (niso pa vključene osebe, ki so v programu neprekinjeno), evidentiranih 2627 žensk in 9231 moških. Slika 8 prikazuje posamezne droge, ki so jih osebe uživale (glavna droga, dodatne droge) glede na spol v povprečju od leta 1991 do 2002. Pri ženskah se pogosteje pojavlja heroin, drugi opiodi in benzodiazepini, medtem ko je razmerje med spoloma pri uporabi alkohola kot dodatne droge ter ekstazija (1,5%) enako.

V letu 2003 (Slika 9) je bilo takšnih oseb 1485 (358 žensk in 1127 moških). V primerjavi s povprečjem od leta 1991 do 2002 zaznavamo porast uporabe ekstazija pri ženskah na 4,2% in pri moških na 5,3% ter porast uporabe alkohola kot dodatne droge pri ženskah v primerjavi z moškimi.

Zaključek

Kljub naraščanju uporabe prepovedanih drog pri ženskah je prevalenca uporabe teh drog pri moških še vedno višja. Ženske so pri uporabi prepovedanih drog izpostavljene dodatnemu tveganju zaradi specifičnih posledic, kot so manjša plodnost in rodnost, amenorea in nenačrtovana (nezaželena) nosečnost, poškodba ploda med nosečnostjo, itd. (29).

Na podlagi omenjenega prispevka se pojavlja več vprašanj. Še vedno ni povsem jasno, katere so širše družbene in ostale posebnosti oziroma vzroki, da ženske redkeje uživajo prepovedane droge kot moški, in zakaj je v Sloveniji v primerjavi z ostalimi zahodnoevropskimi državami EU povprečna starost žensk bistveno nižja ob vstopu v zdravstveni program zdravljenja. Tudi učinki posameznih prepovedanih drog na ženske v primerjavi z moškimi niso še povsem razjasnjeni. Več raziskav pa dokazuje, da gre za večjo biološko občutljivost pri ženskah kot pri moških.



Slika 8. Evidenca obravnave uživalcev drog, uporaba posameznih drog (glavna in dodatne droge) pri novih iskalcih pomoči in ponovno obravnavanih v obdobju od 1991 do 2002, Slovenija.

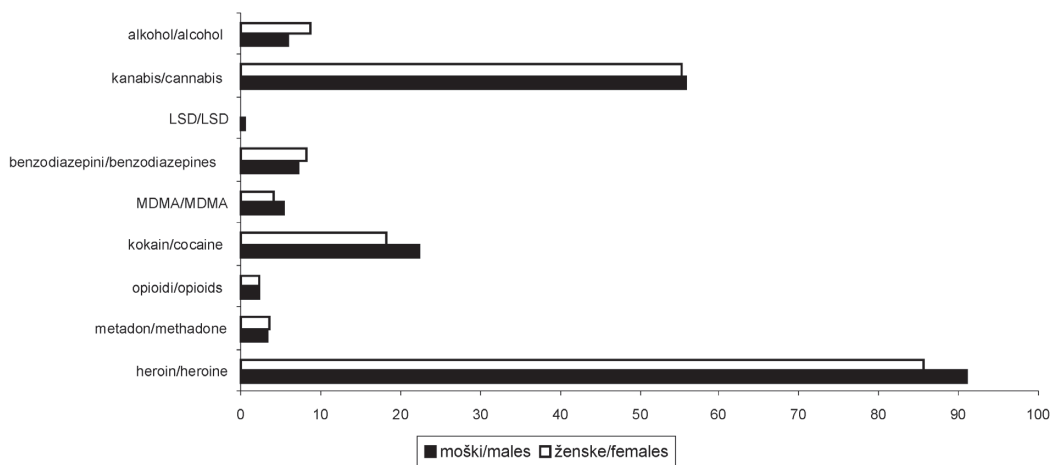
Figure 8. Data on drug treatment demand, drug use by gender (all drugs), all clients, 1991 - 2002, Slovenia.

Opombe/Notes:

* opiodi – štejejo vsi ostali opiodi/opiates - all other opiates included

* metadon se upošteva samo takrat, ko ni predpisan/methadon included when not prescribed as medication

* alkohol se upošteva le kot dodatna droga/alcohol included only as a secondary or additional drug



Slika 9. Evidenca obravnave uživalcev drog, uporaba posameznih drog pri novih iskalcih pomoči in ponovno obravnavanih, 2003**, Slovenija.

Figure 9. Data on drug treatment demand, drug use by gender (all drugs), all clients, 2003**, Slovenia.

Opombe/Notes:

** brez podatkov enega CPZOPD/** no data for one CPTDA

* opiodi – štejejo vsi ostali opiodi/opiates - all other opiates included

* metadon se upošteva samo takrat, ko ni predpisan/methadon included when not prescribed as medication

* alkohol se upošteva le kot dodatna droga/alcohol included only as a secondary or additional drug

Poznamo različne zasvoljive PAS. Obravnava bolnikov, uporabnikov različnih drog, se med seboj razlikuje. Obravnava in zdravljenje sta odvisna tudi od značilnosti posameznika. Določena oblika zdravljenja ni vedno primerna za vse posameznike. Za uspešno obravnavo je pomembna tudi dostopnost in prilagodljivost potrebam posameznika in ne samo izključno njegovemu problematičnemu uživanju drog (za večjo učinkovitost je potrebno dopolnjevanje medicinskega, psihološkega, socialnega pristopa). Prilagodljivost terapevtskega načrta potrebam bolnika in dolžina obravnave sta kritična dejavnika uspešnejše obravnave. Obravnava žensk pa mora upoštevati poleg njenih posebnih potreb in vlog (nosečnost, materinstvo) tudi njen status, saj je kot uživalka drog v primerjavi z moškim ožigosana v večji meri.

Zahvala

Avtorice se zahvaljujejo mag. Nolimal Dušanu, dr. med, za dolgoletna prizadevanja pri vzpostavljanju informacijskega sistema v CPZOPD, ki ga je pomagal graditi skupaj s sodelavci IVZ RS ter zaposlenimi v centrih.

Literatura:

- Hodgkinson, L. Drug Abuse. Ward Lock Book, 1995.
- Zaviršek D. Ženske, odvisnost in problem dvojne stigme. Časopis za kritiko znanosti. Ljubljana 1992; XX (146-147): 51.
- Wetherington C.L., Roman B. A. Drug Addiction Research and the Health of Women. National Institute on Drug Abuse NIH Publications, 1998.
- Klipatrick, D.G. Victimization and Posttraumatic stress disorder. V: Drug Addiction Research and the Health of Women. National Institute on Drug Abuse. NIH Publications, 1998: 77-80.
- Blumenthal S.J. Women and Substance Abuse. V: Drug Addiction Research and the Health of Women. National Institute on Drug Abuse. NIH Publications, 1998:16.
- Turner C, Russel N, Brown W. Prevalence of illicit drug use in young Australian women, patterns of use and associated risk factors. Addiction 2003; 98: 1419-26.
- Kandel, R.S. The History of Drug Abuse and women in the United States. V: Drug Addiction Research and the Health of Women. National Institute on Drug Abuse. NIH Publications, 1998: 25-26.
- Leshner, I. A.Welcome from the National Institute on Drug Abuse. V: Drug Addiction Research and the Health of Women. National Institute on Drug Abuse. NIH Publications, 1998: 4.
- Wallen, J. Researcher/sex issues. V: Drug Addiction Research and the Health of Women. National Institute on Drug Abuse. NIH Publications, 1998: 55-56.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003). Annual Report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. EMCDDA: Lisbon.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003). Annual Report on the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union, EMCDDA: Lisbon.
- REITOX National Reports-Outpatient Treatment Centres. Pridobljeno 28.4.2004 s spletne strani www.emcdda.eu.int.
- Nolimal D. Epidemiološko spremljanje rabe nedovoljenih drog v Sloveniji v letu 1999: Ocena stanja in načrti za prihodnost. Odvisnosti 2000; 28-32.
- Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (2000). Ur. L. RS 65/00. Ljubljana.
- Zakon o varstvu osebnih podatkov RS (1999). Ur. L. RS 59/99. Ljubljana.
- McCallum T. Drug Use by Young Females. Health Education Unit, The University of Sydney, 1998.
- Research Report Series. Drug Abuse and Addiction. Pridobljeno 23.1.2004 s spletne strani <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports>.
- COMPA. Regarding Methadone Treatment: A Review. 1997, ZDA.
- Tagliamonte A, Meloni D. Le basi biologiche della tossicodipendenza. In: Maremmani I, Guelfi GP. Metadone. Le ragioni per l'uso. Pisa: Pacini Editore 1996: 23-9.
- Zolesi O, Maremmani I. Principi clinici per l'utilizzo del metadone nella tossicodipendente da eroina durante la gravidanza. In: Maremmani I, Guelfi GP. Metadone. Le ragioni per l'uso. Pisa: Pacini Editore 1996: 55-60.
- Gitlow S. Stimulans. In: Gitlow S. Substance Use Disorder. Practical Guides in Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001: 119-127.
- Greer G, Tolbert R. Subjective reports of the effects of MDMA in a clinical setting. J Psychoact Drugs 1986; 18: 319.
- McCann UD, Mertl M, Eligulashvili V, Ricaurte GA. Cognitive performance in (+/-) 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "ecstasy") users: a controlled study. Psychopharmacology (Berl) 1999; 143: 417-25.
- Peroutka SJ, Newman H, Harris H. Subjective effects of 3,4 - methylenedioxymethamphetamine in recreational users. Neuropsychopharmacology 1988; 4: 273-7.
- Greer G, Tolbert R. Subjective reports of the effects of MDMA in a clinical setting. J Psychoact Drugs 1986; 18: 319.
- Boyd CJ, McCabe SE, d'Arcy H. Ecstasy use among college undergraduates: gender, race and sexual identity. Journal of Substance Abuse Treatment 2003; 24: 209-15.
- Rodgers J, Buchanan T, Scholey AB, Heffernan TM, Ling J, Parrot AC. Patterns of drug use and the influence of gender on self-reports of memory ability in ecstasy users: a web based study. Journal of Psychopharmacology 2003; 17 (4): 389-96.
- Lovrečič M, Vegnuti M, Drobne M, Belec M. Evidenca obravnave uživalcev drog v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog 2003. Ljubljana: Informacijska enota za prepovedane droge. Inštitut za varovanje zdravja RS, 2003.
- Sydow v K, Lieb R, Pfister H, Höfler M, Wittche H.U. Use, abuse and dependence of ecstasy and related drugs in adolescents and young adults-a transient phenomena? Results from a longitudinal community study. Drug and Alcohol Dependence 2002; 66: 147-59.