

Wykrywanie problemów alkoholowych u osób w starszym wieku

Detection of alcohol problems among elderly people

Małgorzata Suwała, Andrzej Gerstenkorn

Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej UM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. W. Drygas

Summary

Although alcohol problems among elderly people are common, doctors hardly ever recognize them. There are numerous symptoms observed among people over 65 years old that may signal alcohol problems, but are incorrectly perceived as typical onsets of the ageing process. One of the reasons doctors avoid talking to their patients about alcohol use is the fact they feel incompetent as to the early detection of alcohol use disorders.

Aim. The purpose of the study is to present standardized tests aimed at alcohol use disorders detection among elderly people, interpretation of their results and alcohol interview guidelines.

Discussion. The alcohol use disorders among elderly people may have serious health consequences. Polish doctors seem to ignore the issue of alcohol use when interviewing both young people and those over 65 years old. The majority of elderly patients see their GPs on regular basis, which is a great opportunity to detect the alcohol problem and then to give proper treatment. The most popular standardized tests aimed at alcohol use disorders detection are: S-MAST-G Test, Quantity/Frequency Screen, CHARM Questionnaire, CAGE Test and its modifications.

Conclusions. Using the presented tests enables preliminary identification of at-risk drinkers, harmful drinkers and alcohol dependents as well as gives an opportunity to recognize people who need a thorough diagnosis or short intervention method. The usage of the presented tools has medical justification because of the fact that drinking alcohol causes serious health consequences and deteriorates the length and quality of life. It is also economical to apply such methods as the cost of screening is low.

Słowa kluczowe: badanie przesiewowe, alkohol, starzenie się

Key words: screening, alcohol, aging

Wstęp

Od kilkunastu lat w krajach Europy Zachodniej oraz USA obserwujemy postępujący proces starzenia się społeczeństw. Oczekuje się, że w USA w 2030 roku blisko co czwarty obywatel będzie osobą starszą, a w wielu krajach europejskich (we Włoszech, Niemczech, Belgii, Grecji, Portugalii, Wlk. Brytanii, Hiszpanii) już dziś osoby w wie-

ku 65 lat i więcej stanowią 18–20% populacji [1, 2]. Obecnie w Polsce odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wynosi ok. 13,5%, ale demografowie przewidują, że w 2020 r. wzrośnie on do 18,5% [2]. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa coraz bardziej aktualne stają się problemy zdrowotne osób w podeszłym wieku, w tym również te, które są związane z niewłaściwym modelem spożycia alkoholu. W USA przewiduje się, że do 2030 r. liczba osób starszych uzależnionych od alkoholu podwoi się [3]. Wiele dokumentów i wytycznych dotyczących profilaktyki uzależnień, w tym VIII Raport Specjalny dla Kongresu USA, zwraca uwagę, jak ważnym zadaniem dla lekarzy pierwszego kontaktu są działania (głównie prowadzenie badań przesiewowych), które pozwolą na wczesne wykrywanie zaburzeń związanych z piciem alkoholu, krótką interwencją mającą na celu zmianę dotychczasowych nieprawidłowych zachowań, a także pomoc osobom już uzależnionym [4]. Do podjęcia tego typu aktywności niezbędna jest znajomość prostych i szybkich narzędzi przesiewowych (testów diagnostycznych), pozwalających na wykrywanie zaburzeń związanych ze spożywaniem alkoholu.

Picie alkoholu – unikany temat w rozmowie z pacjentem

Picie ryzykowne, szkodliwe i uzależnienie od alkoholu, współwystępujące z paleniem tytoniu i nadużywaniem leków, to zaburzenia często występujące w populacji osób w podeszłym wieku. W USA szacuje się, że problemy ze spożywaniem alkoholu ma od 1% do 15% starszych wiekiem osób dorosłych, około 10% mężczyzn i 3–5% kobiet [5, 6].

W Polsce ciągle brakuje badań, które pozwoliłyby określić wielkość tego problemu. Polscy lekarze niemal całkowicie pomijają kwestię picia alkoholu w kontaktach z pacjentami. Wśród pacjentów korzystających w ciągu ostatniego roku z konsultacji lekarskich jedynie 6% zetknęło się z pytaniem lekarza o ilość spożywanego alkoholu [7]. Natomiast badanie Chodkiewicza i Pisarskiego [5] pokazuje, że szacunkowy procent pacjentów zgłaszających się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (poz) z problemami związanymi z uzależnieniem lub piciem szkodliwym alkoholu wynosi około 14,6%. Można jedynie przypuszczać, że z osobami starszymi lekarze jeszcze rzadziej rozmawiają o piciu alkoholu. Wiele objawów obserwowanych u osób po 65 roku życia, takich jak: zaburzenia poznawcze, niedożywienie, niedokrwistość, niepewny chód, częste przewracanie się, duże wahania nastroju i wiele innych, przypisywanych jest przez lekarzy „normalnemu” procesowi starzenia się, bez wiązania ich z prawdopodobnymi problemami alkoholowymi. Pomimo że objawy te mają często charakter bardzo subtelny, warto, aby lekarze, mając kontakt z osobą starszą, brali je zawsze pod uwagę.

Występowanie problemów alkoholowych u osób w starszym wieku jest zjawiskiem istotnym przede wszystkim ze względu na możliwość pojawienia się u nich poważnych konsekwencji zdrowotnych. Większość pijących pacjentów często, a nawet regularnie, odwiedza gabinety lekarskie, w tym gabinet lekarza poz. Stwarza to bardzo dobrą okazję, po pierwsze – do rozpoznania, a następnie do udzielenia pomocy, odpowiedniej do natężenia i skali wykrytych problemów alkoholowych. Pomimo dużego rozpowszechnienia problemów alkoholowych wśród najstarszej kohorty dorosłych

pacjentów, często pozostają one nierozpoznane przez lekarzy. Lekarze w Polsce sami określili, z czego głównie wynikają ich trudności z rozpoznawaniem, jak również dalszym postępowaniem z pacjentem, u którego wykryto problem alkoholowy [5].

Oto najczęściej podawane przyczyny:

- utrwalone przekonanie, że zajmowanie się tego typu problemami nie dotyczy lekarzy internistów i nie należy do ich obowiązków, a wyłącznie do specjalistów z zakresu uzależnień;
- brak wiary w skuteczność krótkiej interwencji i leczenia;
- nieumiejętność wczesnego wykrywania problemów alkoholowych, w tym brak znajomości testów, wywiadów i procedur postępowania pozwalających na identyfikację osób z takimi problemami;
- brak czasu oraz przeświadczenie, że zastosowanie narzędzi wczesnego wykrywania uzależnienia i krótka interwencja wymagają dużego nakładu pracy i są czasochłonne.

Do tych barier należy dodać jeszcze, jasno wynikające z badań, małe kompetencje polskich lekarzy dotyczące zarówno rozpoznawania, jak i leczenia uzależnień, tak w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym [5,8]. W świetle przytoczonych wyników badań łatwo wnioskować, że zainteresowanie i znajomość metod wykrywania problemów alkoholowych u osób starszych są jeszcze mniejsze.

Cel pracy

Celem pracy jest prezentacja najpopularniejszych kwestionariuszy do wykrywania zaburzeń związanych ze spożywaniem alkoholu u osób w starszym wieku (65 lat i więcej) oraz omówienie zasad ich stosowania przez lekarzy.

Pacjent w starszym wieku a picie alkoholu

Pacjentów w starszym wieku, którzy mają problemy alkoholowe, można podzielić na dwie grupy. Do pierwszej grupy, stanowiącej około $\frac{2}{3}$ populacji z problemami alkoholowymi w wieku 65 lat i więcej, należą osoby nadużywające alkoholu od wczesnych lat młodości. Są to osoby, które dożyły tych lat, pomimo wieloletniego intensywnego picia alkoholu, będącego przyczyną wielu chorób, prowadzących głównie do przedwczesnych zgonów [9]. Osoby te rzadziej dożywają wieku podeszłego niż pijący mało lub abstynenci [10]. Rozpoznanie problemów alkoholowych w tej grupie pacjentów może być dla lekarza łatwiejsze, ponieważ większość z nich ma liczne problemy zdrowotne, takie jak marskość wątroby, otyłość, zaburzenia psychiczne oraz inne stany wynikające z nadużywania alkoholu. Utrudnieniem w tej grupie pacjentów może być okresowe nadużywanie alkoholu ze stosunkowo długimi okresami picia umiarkowanego lub nawet abstynencji [8]. Drugą, mniej liczną grupę pacjentów, stanowią osoby (około $\frac{1}{3}$ nadużywających alkoholu ludzi starszych) rozpoczynające intensywne picie po przekroczeniu progu starości. U pacjentów tych znacznie rzadziej obserwuje się klasyczne następstwa intensywnego picia alkoholu niż u pacjentów

młodszych (np. alkoholowego zapalenia wątroby), a ich problemy zdrowotne, wynikające z picia szkodliwego, są dobrze maskowane przez objawy procesu starzenia się. Trzeba zaznaczyć, że nadużywanie alkoholu rozpoczynające się w starszym wieku grozi bardziej kobietom niż mężczyznom [2, 8, 11].

Niezależnie jednak od tego, z której grupy wywodzi się pacjent, lekarz powinien zwracać baczną uwagę na objawy, czasami bardzo subtelne i mylące, które mogą zwiastować problemy alkoholowe. Tabela 1 prezentuje objawy, których występowanie u starszego pacjenta powinno skłonić do rozważenia podejrzenia zaburzeń związanych ze spożywaniem alkoholu [12, 13].

Tabela 1. Objawy, których występowanie może świadczyć o problemach alkoholowych pacjenta w starszym wieku

Sygnaly i objawy potencjalnych problemów z alkoholem u osób starszych	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ niepokój ▪ zawroty głowy, utraty świadomości ▪ pobudzenie lub depresja ▪ duża zmienność nastroju ▪ dezorientacja ▪ przewracanie się, siniaki, oparzenia ▪ problemy rodzinne ▪ problemy finansowe ▪ problemy z prawem ▪ nietrzymanie moczu/kału ▪ zwiększająca się tolerancja na alkohol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bóle głowy ▪ zaniki (utrata) pamięci ▪ występujące ostatnio trudności w podejmowaniu decyzji ▪ zaniedbania w higienie osobistej ▪ niedożywienie ▪ napady drgawkowe ▪ zaburzenia snu, bezsenność ▪ izolacja społeczna ▪ nietypowa reakcja na leki

Opracowanie własne na podstawie [12, 13]

Rozmowa na temat picia alkoholu (wywiad diagnostyczny) powinna być prowadzona przez lekarza ze wszystkimi pacjentami poszukującymi pomocy medycznej, a już na pewno z tymi, u których rozpoznano objawy mogące świadczyć o problemach alkoholowych. Trzeba pamiętać, aby w rozmowie ze starszym pacjentem na temat spożycia alkoholu kierować się poniżej wymienionymi zasadami, warunkującymi uzyskanie rzetelnych i prawdziwych informacji [8, 11, 12].

Należy:

- rozmowę na temat picia alkoholu rozpocząć od pytań otwartych o obecny stan zdrowia i tryb życia pacjenta;
- pytania zadawać w kontekście medycznym, to znaczy pytać o picie alkoholu jako o prawdopodobną przyczynę zaburzeń zdrowotnych i chorób;
- wykazywać szacunek i cierpliwość dla rozmówcy;
- przejawiać konsekwencję w uzyskaniu potrzebnych informacji;
- unikać konfrontacyjnego i zbyt stanowczego podejścia;
- wykazywać w podejściu do pacjenta delikatność i opiekuńczość, unikając jednak protekcjonalizmu;
- w przypadku podejrzenia występowania otępienia starczego lub zmian organicznych w mózgu konieczne jest przeprowadzenie krótkiego testu oceniającego stan

umysłowy pacjenta (np. SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire, lub MMS – Mini Mental Scale);

- stosować wystandaryzowane narzędzia (testy), pozwalające na szybkie rozpoznanie wstępne i precyzyjną interpretację uzyskanych wyników;
- upewnić się, czy rozmówca nie jest pod wpływem alkoholu i zapewnić go, że podane informacje są poufne i objęte gwarancją anonimowości;
- w szczególnych przypadkach można przeprowadzić wywiad z pacjentem w obecności bliskiego członka rodziny.

Testy do wykrywania zaburzeń związanych z piciem alkoholu u osób w wieku 65 lat i więcej

Kwestionariusze powszechnie stosowane do wykrywania problemów alkoholowych u osób dorosłych nie są odpowiednie dla osób starszych, głównie z dwóch powodów. Po pierwsze, diagnozują one problemy alkoholowe na podstawie występowania społecznych, prawnych lub zawodowych konsekwencji picia, które u osób w starszym wieku występują w znacznie mniejszym stopniu niż u osób młodszych [10]. Po drugie, pytania zawarte w testach dla osób dorosłych dotyczą najczęściej przeszłości, a nie uwzględniają ostatniego okresu życia (ostatniego roku).

Do najbardziej znanych standaryzowanych testów do wykrywania problemów związanych z piciem alkoholu u pacjentów powyżej 65 roku życia, pozbawionych powyższych wad, należą:

- Test S-MAST-G,
- Badania ilości/częstości picia (Quantity/Frequency Screen),
- Kwestionariusz CHARM,
- Test CAGE i jego modyfikacje.

Warto nadmienić, że wartość psychometryczna prezentowanych testów nie była sprawdzana w polskiej populacji ludzi starszych.

S-MAST-G, czyli Krótki Alkoholowy Test Przesiewowy z Michigan – Wersja Geriatryczna (Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version). Badania z zastosowaniem klasycznego, składającego się z 24 pytań, testu MAST (z punktem odcięcia 5 i więcej punktów) udowodniły jego niską czułość (52%) w odniesieniu do osób starszych [14], głównie z powodu braku zdolności do wykrywania problemów alkoholowych występujących w ostatnim czasie. Po dodaniu do testu MAST trzech pytań – o picie alkoholu w ostatnim czasie (ostatni rok), w niedawnej przeszłości (ostatnie 5 lat) oraz dalszej przeszłości (dawniej niż 5 lat), powstał w 1998 roku test VAST (Veterans Alcoholism Screening Test) [15]. Nie cieszy się on jednak zbyt dużą popularnością, być może dlatego, że jest dość długi i pracochłonny, a jego wykonanie (27 pytań) zajmuje minimum 15–20 minut.

W 1991 roku na Uniwersytecie Michigan, na podstawie zawierającego 13 pytań testu S-MAST opracowanego przez M. Selzera, powstała geriatryczna wersja testu MAST pod skrótową nazwą test S-MAST-G [16]. Jest on obecnie uznany za najlepszy standaryzowany test do wczesnego wykrywania problemów alkoholowych u osób

w podeszłym wieku [17]. Charakteryzuje się dużą czułością i swoistością w wykrywaniu problemów alkoholowych osób starszych, pochodzących zarówno z populacji ogólnej, jak i pacjentów lekarzy poz, podopiecznych pielęgniarek środowiskowych czy mieszkańców domów opieki społecznej [14]. Pytania tego testu prezentuje tabela 2 [12, 16]. Interpretacja wyników testu jest następująca: dwie pozytywne odpowiedzi lub więcej (w skali od 0 do 10) oznaczają dodatni wynik testu, czyli podejrzenie występowania problemów alkoholowych [12, 15, 16]. Średni czas przeprowadzenia testu u osoby starszej wynosi 4 minuty [18].

Tabela 2. **S-MAST-G – Krótki Alkoholowy Test Przesiewowy z Michigan – Wersja Geriatryczna [Blow i wsp., 1992]**

1	Czy kiedy rozmawia P. z innymi ludźmi, mówi P., że pije mniej niż naprawdę ma to miejsce?
2.	Czy po kilku porcjach alkoholu czasami P. nie je lub opuszcza posiłek, bo nie czuje się P. głodny/a?
3.	Czy kilka porcji alkoholu pozwala P. zapanować nad drżeniem?
4.	Czy alkohol czasami utrudnia P. zapamiętywanie niektórych wydarzeń i momentów dnia lub nocy?
5.	Czy czasami pije P., aby odprężyć się lub ukoić nerwy?
6.	Czy kiedykolwiek pije P., aby oderwać się od problemów?
7.	Czy kiedykolwiek pił/a P. więcej niż zazwyczaj w obliczu straty życiowej, np. śmierci kogoś bliskiego?
8.	Czy lekarz lub pielęgniarka wyrazili zaniepokojenie ilością spożywanego przez P. alkoholu?
9.	Czy kiedykolwiek ustalił/a P. własne zasady, aby poradzić sobie z piciem?
10.	Czy kiedy czuje się P. samotny/a, picie alkoholu pomaga P.?

Badanie ilości/częstości picia (Quantity/Frequency Screen) to drugie po teście S-MAST-G rekomendowane, między innymi przez National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), narzędzie do wczesnego rozpoznawania problemów alkoholowych u starszego pacjenta. Tabela 3 prezentuje strukturę tego testu. Jest on znacznie krótszy (czas wykonania – 1 min.), a więc szybszy do wykonania w porównaniu z testem S-MAST-G. Interpretacja wyników tego testu jest następująca: osiem lub więcej porcji standardowych alkoholu w tygodniu lub dwie albo więcej porcji przy okazji picia okazjonalnego w ostatnim miesiącu stanowią podstawę do podejrzenia problemu alkoholowego [12].

Tabela 3. **Badanie ilości/częstości picia (wg NIAAA) Quantity/Frequency Screen**

1.	Czy pije P. alkohol?
2.	Średnio, ile dni w tygodniu pije P. alkohol?
3.	W dniu, w którym spożywa P. alkohol, ile porcji alkoholu pije P.?
4.	Ile alkoholu maksymalnie wypił/a P. przy okazji picia w ostatnim miesiącu?

Kwestionariusz CHARM opracowany w 1991 roku przez Sumnicha jest wartościowym narzędziem [8]. Nazwa testu to akronim słowa „wdzięk” lub „czar”, co dodatkowo ma zwracać uwagę lekarzom na konieczność łagodnego i delikatnego („z wdziękiem”) podejścia do osób starszych poddawanych testowi. Celem kwestionariusza jest uzyskanie od osoby badanej następujących informacji: czy występuje/

występowała u niej potrzeba zmniejszenia ilości wypijanego alkoholu, jaki jest model, schemat picia, czy kiedykolwiek ktokolwiek zwracał uwagę, interesował się jej pić, jakie są powody picia – czy alkohol jest środkiem „na zapomnienie” i czy zdarza się wypić go więcej niż się zamierzało (tab. 4). Uzyskanie trzech lub więcej odpowiedzi twierdzących na postawione pytania upoważnia do podejrzenia problemów alkoholowych.

Tabela 4. **Kwestionariusz CHARM**

KWESTIONARIUSZ CHARM (WDZIEK, CZAR)		
C	Cut down – redukcja	Ograniczenia, najbardziej intensywny okres picia alkoholu w życiu
H	How – w jaki sposób	Zwyczaje i osobiste reguły kierujące pić
A	Anyone – ktokolwiek	Zdenerwowanie reakcją innych osób na picie alkoholu
R	Relieve – ulga, zapomnienie	Powody picia: bezsenność, zaburzenia o charakterze społecznym lub emocjonalnym (depresja, samotność)
M	More – więcej	Picie więcej niż się zamierzało

CHARM umożliwia dokonanie klinicznie użytecznej oceny poziomu nadużywania alkoholu (może być również wykorzystywany do określenia problemów z przyjmowaniem leków przez osoby starsze). Szczegółowe pytania Kwestionariusza CHARM przedstawiono w tab. 5 [8, 19].

Tabela 5. **Kwestionariusz CHARM [Sumnitch, 1991]**

C	Redukcja Ograniczenie	1. Czy kiedykolwiek próbował/a P. zredukować spożywaną ilość alkoholu lub przestać pić zupełnie? W którym okresie życia pił/a P. najwięcej? Czy uważa P., że ostatnio powinien/powinna P. zredukować spożycie alkoholu?
H	Model Zwyczaje	2. Jaki jest schemat picia w P. przypadku? Jakie ma P. zwyczaje, zasady podczas picia alkoholu? Czy P. sposób picia alkoholu uległ w ostatnich trzech miesiącach (w ostatnim roku) zmianie?
A	Ktokolwiek	3. Czy ktokolwiek zainteresował się faktem, że nadużywa P. alkoholu? Ludzie różnie myślą o picu alkoholu; co P. rodzina i przyjaciele (znajomi) myślą o picu alkoholu przez P.? Czy miał P. kiedykolwiek kłopoty zdrowotne, z powodu których lekarz poprosił P. o zredukowanie ilości spożywanego alkoholu?
R	Zapomnienie Ulga	4. Czy kiedykolwiek pił P. alkohol, żeby zapomnieć o swoich kłopotach? (poszukiwanie zaburzeń o charakterze społecznym lub emocjonalnym – depresja, samotność) Z jakich powodów najczęściej sięga P. po alkohol? Czy zdarza się, że pije P. alkohol, gdy jest P. źle lub czuje się samotnie? Czy ma P. kłopoty ze spaniem? Co robi P., aby łatwiej zasnąć?
M	Więcej	5. Czy kiedykolwiek wypił/a P. więcej alkoholu niż zamierzał/a? W jakiej to było sytuacji? W jakiej sytuacji wypiłby/łaby P. więcej alkoholu niż wcześniej P. planował/a?

Test CAGE, znany od 1984 roku i powszechnie stosowany w USA, ma wiele zalet – jest prosty, łatwy do zapamiętania, szybki w zastosowaniu, bo składa się tylko z czterech krótkich pytań (wypełnienie testu zajmuje niespełna jedną minutę) (tab. 6), ale ma stosunkowo małą czułość (52%) w wykrywaniu problemów alkoholowych u osób starszych [14]. Głównie z tego powodu NIAAA zaleca, aby w wypadku posługiwania się testem CAGE u pacjentów powyżej 65 roku życia uzupełniać go wywiadem na temat ilości i częstości spożywania alkoholu w ostatnim okresie (ostatnim roku) [12, 19]. Test CAGE jest skuteczny w identyfikowaniu poważnych problemów alkoholo-

wych osób starszych, wliczając nadużywanie i uzależnienie, choć należy zaznaczyć, że jego skuteczność w wykrywaniu tych problemów u kobiet jest mniejsza w porównaniu z mężczyznami [2, 17, 20, 21]. Interpretacja wyników testu CAGE jest następująca: udzielenie dwóch lub więcej odpowiedzi twierdzących jest podstawą do podejrzenia uzależnienia od alkoholu [15].

Tabela 6. Test CAGE [Ewing, 1984]

C	Cut-down – ograniczenie	Czy zdarzyło się P. myśleć, że pije P. za dużo?
A	Annoyed by others – zirytowany	Czy ludzie irytowali, złościli P. krytycznymi uwagami na temat P. picia alkoholu?
G	Guilty – winny	Czy zdarzyło się P. czuć źle lub mieć poczucie winy z powodu picia?
E	Eye opener – pusty, rozpoczynający dzień	Czy zdarzyło się P. rozpocząć dzień od picia alkoholu, aby uspokoić nerwy lub zlikwidować kaca?

Duże nadzieje wiązane są z zastosowaniem w populacji osób starszych testu AUDIT. Test ten, identyfikujący zaburzenia związane z piciem alkoholu (szczególnie picie ryzykowne i szkodliwe), opracowany pierwotnie do stosowania w poz, zawierający między innymi pytania o ilość i częstotliwość picia alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy od dnia badania, podlega obecnie ewaluacji w grupie osób powyżej 65 roku życia [21].

W odniesieniu do osób starszych, u których nie rozpoznano uzależnienia, ale istnieje podejrzenie, że piją alkohol ryzykownie lub szkodliwie, lekarz powinien zastosować metodę krótkiej interwencji [22, 23]. Polega ona głównie na przekazaniu im ogólnych wiadomości o niekorzystnym wpływie alkoholu (szczególnie przy jego nadużywaniu lub przekraczaniu rozsądnego limitu określonego dla osób w tym wieku) na funkcjonowanie organizmu. Grupie pacjentów, którzy przyjmują codziennie leki (czasami w dużej ilości) lub są w złym stanie zdrowia, należy zwrócić uwagę, że nie powinni pić alkoholu wcale. Lekarz powinien koniecznie poinformować pacjenta o interakcjach, jakie zachodzą między alkoholem a lekami mającymi działanie uspokajające. Krótka interwencja nie powinna trwać dłużej niż pięć minut i dobrze, jeżeli jest poparta wręceniem pacjentowi materiałów typu ulotki, broszury na omawiane tematy. Pacjenci, w tym także starsi wiekiem, dobrze reagują na metodę krótkiej interwencji, co przekłada się na ograniczenie ilości spożywanego przez nich alkoholu [5, 7].

Podsumowanie

Wykorzystanie przez lekarza lub średni personel medyczny zaprezentowanych testów pozwala na wstępną identyfikację osób pijących ryzykownie, szkodliwie lub uzależnionych od alkoholu oraz daje możliwość wyłonienia osób potrzebujących dalszej, pogłębionej diagnozy w ośrodkach specjalistycznych. Stosowanie tych narzędzi jest uzasadnione ze względu na poważne i liczne skutki picia alkoholu przez ludzi starszych, wpływające zarówno na jakość, jak i długość ich życia. Jednocześnie rozpowszechnienie problemów alkoholowych wśród osób po 65 roku życia jest na tyle duże, że uzasadnia koszty związane z prowadzeniem badań przesiewowych.

Определение проблем алкогольной зависимости у лиц преклонного возраста

Содержание

Несмотря на то, что проблемы злоупотребления алкоголем у лиц преклонного возраста довольно частые, то, однако, остаются вне поля зрения врачей. Много симптомов, наблюдаемых

у лиц после 65 года жизни, могут сигнализировать нарушения, связанные с применением алкоголя, а неверно приписываемых натуральному процессу старения. Одной из причин отказа врача от вопросов, при исследовании пациента, связанных с применением алкоголя. Иногда это связано с малыми компетенциями врача, относящиеся к симптомам нарушений, связанных с алкоголизмом.

Задание. Авторы предприняли пробы представления стандартных тестов для определения нарушений, связанных с приемом алкоголя, интерпретации их результатов и основ проведения распроса относящегося, м.и., к применению алкоголя в группе людей преклонного возраста.

Результаты. Нарушения связанные со злоупотреблением алкоголя лицами преклонного возраста, могут вести за собой серьезные расстройства состояния здоровья. Польские врачи полностью исключают вопросы употребления алкоголя в контактах с пациентами, как молодыми, так и старыми, т.е. после 65 года жизни. Большинство пациентов преклонного возраста регулярно посещают медицинские кабинеты, что создает хорошую ситуацию для определения, а потом и для предложения определенной помощи лицам с алкогольными проблемами. К наиболее известным стандартным тестам для определения нарушений, связанных с употреблением алкоголя людьми старшего возраста принадлежат: Тест S-MAST-G; Определение количества / частоты питья алкоголя; Глоссарий CHARM; Тест CAG-E и его модификации.

Выводы. Использование врачом, предложенных выше тестов, позволяет на предварительную идентификацию лиц, пьющих с риском пагубного влияния алкоголя, а также дает возможность выделения лиц, требующих углубленного диагноза, так и лиц, которым необходимо применить метод короткой интервенции. Использование представленных пособий является необходимым как с медицинской точки зрения, так и с общим состоянием здоровья лиц, употребляющих алкоголь людьми преклонного возраста. Связано это также с комфортом жизни пьющих их продолжительности жизни, а также и экономическими проблемами связанными с обнищанием.

Entdeckung der Alkoholprobleme bei älteren Personen

Zusammenfassung

Obwohl die Probleme mit Alkohol bei Personen im hohen Alter häufig sind, werden sie oft von den Ärzten nicht diagnostiziert. Viele Symptome, die bei Personen nach dem 65. Lebensjahr bemerkt werden, können auf die Störungen hinweisen, die mit dem Alkoholkonsum verbunden sind und werden falsch dem natürlichen Alterungsprozess zugeordnet. Eine von den Ursachen dafür, dass die Ärzte nicht gern im Gespräch mit dem Patienten nach dem Alkoholtrinken fragen, sind geringe Kompetenzen zur Entdeckung der Störungen, die mit dem Alkoholkonsum verbunden sind.

Ziel. Das Ziel der Studie ist die Besprechung der standardisierten Tests zur Entdeckung der Störungen, die mit dem Alkoholkonsum verbunden sind, zur Interpretation ihrer Ergebnisse und Grundlagen der Alkoholanamnese in der Gruppe der Personen im hohen Alter.

Besprechung. Die mit dem Alkoholkonsum verbundenen Störungen bei den älteren Personen können ernste gesundheitliche Probleme mit sich ziehen. Die polnischen Ärzte legen die Fragen des Alkoholkonsums bei den Beziehungen mit den Patienten fast völlig beiseite - sowohl mit den jüngeren als auch mit diesen nach dem 65. Lebensjahr. Die meisten älteren Patienten besucht regelmäßig ärztliche Praktiken, was eine gute Gelegenheit bildet, eine entsprechende Hilfe den Personen mit dem Alkoholproblem zu leisten. Zu den meist bekannten standardisierten Tests zur Entdeckung der Störungen, die mit dem Alkoholtrinken bei älteren Personen verbunden sind, gehören: Test S-MAGT-G, Untersuchung zur Menge/Häufigkeit des Trinkens, Fragebogen CHARM, CAGE - Test und seine Modifizierungen.

Schlussfolgerungen. Die Benutzung durch den Arzt der genannten Tests lässt die risikant, schädlich trinkenden oder alkoholsüchtigen Personen identifizieren und gibt die Möglichkeit, die Personen auszusondern, die eine vertiefte Diagnose erfordern, und auch solche, die eine kurzfristige Intervention brauchen. Die Anwendung der besprochenen Werkzeuge ist sowohl aus der medizinischen

als auch aus der ökonomischen Hinsicht begründet - wegen der ernsthaften gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums durch ältere Personen, die sowohl auf die Qualität als auch auf die Länge ihres Lebens einen Einfluss haben und auf die niedrigen Kosten von Screening.

La détection des problèmes liés avec l'alcool chez les personnes âgées

Résumé

Bien que les problèmes liés avec l'alcool chez les personnes âgées soient assez fréquents, les médecins ne les reconnaissent pas. Plusieurs symptômes observés chez les personnes âgées plus de 65 ans peuvent signaler les troubles résultant de l'abus de l'alcool pourtant ils sont traités comme résultant de l'âge des patients. L'incompétence des médecins dans le domaine de la détection des problèmes liés avec l'alcool est souvent la raison de l'éloignement de ces problèmes pendant l'entretien avec les patients.

Objectif. Ce travail vise à présenter : testes standardisés qui détectent les troubles liés avec l'abus de l'alcool, interprétation de leurs résultats, interviews concernant les problèmes avec l'alcool.

Discussion. Les troubles liés avec l'alcool chez les personnes âgées peuvent causer de graves conséquences pour leur santé. Les médecins polonais ignorent complètement ces problèmes pendant les interviews avec les patients – plus jeunes ainsi que plus âgés (plus de 65 ans). La plupart des patients plus âgés visite régulièrement les médecins et cela donne la bonne occasion de détecter ces problèmes.

Les testes standardisés les plus connus qui examinent les troubles liés avec l'alcool sont les suivants : Teste S-MAST-G, Quantity/Frequency Screen, Questionnaire CHARM, Teste CAGE et ses modifications

Conclusions. L'emploi de ces testes facilitent l'identification préliminaire des personnes qui boivent trop, qui abusent de l'alcool. On peut donc les diagnostiquer et leur ordonner la thérapie convenable. L'usage de ces testes est juste du point de vue médical – vu les graves conséquences pour la santé des patients abusant de l'alcool, pour leur qualité de vie et la durée de leur vie – et encore du point de vue économiques: les frais du dépistage ne sont pas élevés.

Piśmiennictwo

1. Blow FC, Barry KL. *Use and misuse of alcohol among older women*. Alcohol Res. Health 2002; 26: 308–315.
2. World population prospects: the 2006 revision population database. <http://esa.un.org/unpp>
3. Gunter TD, Arndt S. *Maximizing treatment of substance abuse in the elderly*. Behav. Health Manag. 2004; 3.
4. *VIII Raport Specjalny dla Kongresu USA. Alkohol i zdrowie*. Warszawa: PARPA; 1995.
5. Chodkiewicz J, Pisarski A. *Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej a problematyka uzależnień – doniesienie z badań*. Ter. Uzależn. i Współuzależn. 2000; 3: 23–26.
6. Dufour MC, Archer L, Gordis E. *Alcohol and the elderly*. Clin. Geriatr. Med. 1992; 18 (1): 127–141.
7. Jastrun E. *Wzorce konsumpcji alkoholu w Polsce*. Świat Probl. 2006; 4: 4–7.
8. Fleming MF. *Postępowanie z określonymi grupami populacji. Profilaktyka szkód zdrowotnych związanych z używaniem alkoholu*. W: Święcki, red. *Rozpoznawanie i leczenie pacjentów z problemami alkoholowymi w podstawowej opiece zdrowotnej*. Warszawa: PARPA; 1995.
9. Thun MJ, Peto R, Lopez AD i in. *Alcoholism consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults*. New Engl. J. Med. 1997; 337 (24): 1705–1714.
10. *Alcohol and aging*. Alcohol alert No 2-1988, NIAAA. <http://www.niaaa.nih.gov>
11. Adams WL, Barry KL, Fleming MF. *Screening for problem drinking in older primary care patients*. JAMA 1996; 276: 1964–1967.

12. Barry KL, Oslin D, Blow FC. *Prevention and management of alcohol problems in older adults*. New York: Springer Publishing; 2001.
13. *Older adults and alcohol problems. NIAAA social work education module 10c*. <http://www.niaaa.nih.gov/>.
14. Jones TV, Lindsey BA, Yount P i in. *Alcoholism screening questionnaires: are they valid in elderly medical outpatients?* J. Gen. Intern. Med. 1993; 8: 674–678.
15. Magruder-Habib K, Stevens HA, Alling WC. *Relative performance of the MAST, VAST and CAGE versus DMS-III-R criteria for alcohol dependence*. J. Clin. Epidemiol. 1993; 46 (5): 435–441.
16. Blow FC. *Michigan alcoholism screening test – geriatric version (MAST-G)*. Ann Arbor: University of Michigan. Alcohol Res. Center 1991.
17. Blow FC. *Substance abuse among older adults*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No 26. Rockville, MD: U.S. Department of Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, 1998.
18. Connors GJ, Volk RJ. *Self-report screening for alcohol problems among adults*. Retrieved 11/20/2004, from <http://www.niaaa.nih.gov/publications/arh26-4/308-315.htm>
19. *Screening for alcohol problems in social work setting*. NIAAA social work education. module4. <http://www.pubs.niaaa.nih.gov/publications/Social/Module4Screening/Module4.htm>
20. Buschbaum DG, Buchanan RG, Welsh J i in. *Screening for drinking disorders in the elderly using the CAGE questionnaire*. J. Am. Geriatr. Soc. 1992; 40: 662–665.
21. Alcohol alert No. 56-2002, NIAAA. <http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa56.htm>
22. Blow FC, Barry KL. *Older patients with at-risk and problem drinking patterns. New developments in brief interventions*. J. Geriatr. Psychiatry Neurol. 2000; 13 (3): 115–123.
23. Fleming MF, Manwell LB, Barry KL i in. *Brief physician advice for alcohol problems in older adults. A randomized community-based trial*. J. Fam. Pract. 1999; 48 (5): 378–384.

Adres: Andrzej Gerstenkorn
90-752 Łódź, ul. Żeligowskiego 7/9

Otrzymano: 21.09.2006
Zrecenzowano: 28.02.2007
Przyjęto do druku: 15.05.2007