

# ZWIĄZEK MIĘDZY NADUŻYWANIEM ALKOHOLU A WYNIKIEM W SKALI MMSE U OSÓB STARSZYCH (MIESZKAŃCÓW DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ)

*THE RELATION BETWEEN ABUSING ALCOHOL AND MMSE SCALE SCORE IN ELDERLY PEOPLE GROUP (RESIDENTS OF THE SOCIAL WELFARE HOME)*

Łukasz Bojkowski<sup>1,2</sup>, Karolina Chlebosz<sup>1</sup>, Alicja Urbaniak<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

<sup>2</sup> Uniwersytet SWPS, WZ w Poznaniu

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Starzenie się społeczeństwa to duży problem społeczny.

**Cel.** Celem prezentowanych badań było porównanie stopnia zaburzeń funkcji poznawczych określonych dla zespołu otępiennego.

**Materiał i metody.** Badania zostały przeprowadzone za pomocą standardowego testu nazywanego „Krótką Skalą Oceny Stanu Psychicznego” (ang. *Mini Mental State Examination* – MMSE) na 21-osobowej grupie pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS). Były to osoby w wieku senioralnym – zarówno te, u których zdiagnozowano problem alkoholowy, jak i osoby nienadużywające alkoholu.

**Wyniki.** Wykazano, że osoby starsze nadużywające alkoholu (N = 8) uzyskały w skali MMS średni wynik równy 25,25 punktu, natomiast osoby starsze nienadużywające alkoholu (N = 13) – 26,39 punktu.

**Wnioski.** Pomimo iż zauważono różnicę w uzyskanym wyniku pośród obu badanych grup, nie jest ona istotna statystycznie. Rezultat ten wskazuje na złożoność problemu, jakim są zmiany w funkcjonowaniu poznawczym spowodowane nadmiernym spożywaniem alkoholu. Zmiany uwarunkowane są również m.in. okresem jego spożywania (tygodnie, miesiące, lata) oraz momentem rozpoznania problemu, a w konsekwencji czasem leczenia.

**Słowa kluczowe:** zespół otępienny, alkohol, osoby starsze.

## ABSTRACT

**Introduction.** The aging population is a big social problem.

**Aim.** The aim of presented study was to compare the degree of cognitive disorders classified as dementia among 21 elderly people living in the Social Welfare Home.

**Material and methods.** The investigated group included both elderly with diagnosed alcohol problems (N = 8) and those who do not abuse alcohol (N = 13). Widely applied standard test: Mini Mental State Examination (MMSE) was used as a research tool.

**Results.** It has been shown that elderly people abusing alcohol received average score of 25.25 points, while those, who do not abuse alcohol 26.39 points.

**Conclusions.** Although the difference between both groups can be observed, it is not statistically significant. This result indicates the complexity of the problem that are changes in cognitive functioning caused by excessive alcohol consumption. These changes are also strongly influenced by other factors namely the period of alcohol consumption (weeks, months, years), the time when the problem was diagnosed and consequently the duration of treatment.

**Keywords:** cognitive disorders, alcohol, elderly people.

## Wstęp

Wraz ze starzeniem się społeczeństw coraz bardziej aktualne stają się problemy zdrowotne seniorów, w tym te będące konsekwencją uwidoczniania się u nich tak zwanych wielkich zespołów (problemów) geriatrycznych. Zaliczamy do nich między innymi: omdlenia, pogorszenie koordynacji wzrokowo-mięśniowej, zaburzenia równowagi i mobilności, upadki, depresję, otępienie, nietrzymanie moczu i stolca, pogorszenie funkcji narządu wzroku i słuchu, gibkości oraz zmiany w obrębie układu nerwowego, które powodują zwolnienie czasu reakcji, obniżenie wrażliwości odczuwania wibracji, dotyku czy temperatury [1–5]. Pro-

blemami trapiącymi seniorów są ponadto choroby układu sercowo-naczyniowego i kostno-stawowego [6] oraz zwiększona podatność na choroby przewlekłe [7, 8]. Starość człowieka cechuje także często rezygnacja z pełnych ról społecznych, osamotnienie czy brak motywacji, co prowadzi do wystąpienia bądź pogłębienia istniejących już procesów patologicznych [9], w tym problemu alkoholowego, mogącego być predyktorem zmian we wszystkich obszarach zdrowia. W konsekwencji wielu seniorów ponosi koszty związane z nieodpowiednim modelem spożycia alkoholu. Przyczyną sięgnięcia po tę używkę jest między innymi samotność, spowodowana na przykład śmiercią

współmałżonka lub brakiem zainteresowania ze strony żyjących krewnych [10].

Dużym utrapieniem seniorów są także zaburzenia w funkcjonowaniu poznawczym, które mają najczęściej charakter przewlekły lub postępujący, a których zakres występowania m.in. w zespołach otępiennych wśród populacji osób starszych szacuje się na około 10%. Zaburzeniu w tych zespołach ulegają wyższe funkcje korowe, w tym takie zdolności, jak: orientacja, myślenie, pamięć, liczenie, zdolność uczenia się, rozumienie czy ocena [11]. Częstość występowania przypadków zaburzeń funkcji poznawczych spowodowanych otępieniem szacuje się w krajach europejskich (w populacji osób mających 65 lat i więcej) na 10,8% [12]. W Polsce mimo nielicznych danych liczba osób dotkniętych problemem otępienia to 450–500 tysięcy (z czego od 300 do 350 tysięcy osób ma chorobę Alzheimera) [13, 14]. Niniejsze statystyki wyglądają jednak jeszcze gorzej, gdy przyjrzymy się wynikom badań przeprowadzonych w tak zwanych środowiskach specyficznych (np. wśród mieszkańców domów opieki). Badania te szacują bowiem, że częstość występowania otępienia wśród pensjonariuszy kształtuje się na poziomie nawet 60–80% [15–17].

W naszej pracy skoncentrowaliśmy się na problematyce związanej z występowaniem zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym osób starszych, w tym zwłaszcza tych borykających się ze stwierdzoną chorobą alkoholową. Celami niniejszej pracy były zatem opis problemu oraz porównanie stopnia zaburzeń funkcji poznawczych u osób starszych niepijących i tych nadużywających alkoholu, żyjących w instytucji opiekuńczej (tutaj w Domu Pomocy Społecznej).

### **Problem alkoholowy seniorów i zaburzenia funkcji poznawczych w ujęciu teoretycznym**

Mimo iż w skali światowej dokładne dane epidemiologiczne są bardzo trudne do ustalenia, szacuje się, że około dwóch trzecich kobiet i 80% mężczyzn spożywa napoje alkoholowe [18]. Wiele z tych osób spożywa jednak alkohol w nadmiarze – w sposób niekontrolowany i szkodliwy dla organizmu – co może prowadzić do tzw. choroby alkoholowej. Problem ten nie dotyczy jednak tylko osób młodych czy w średnim wieku, ale także seniorów. Jak ukazują bowiem badania, obecnie tylko na terenie Stanów Zjednoczonych problemy z ryzykownym spożyciem alkoholu ma od 1 do 15% osób w wieku starszym (w tym około 3–5% kobiet i około 10% mężczyzn) [19, 20]. Co więcej – naukowcy wskazują, że do roku 2030 liczba osób w podeszłym wieku walczących z tym nałogiem podwoi się [21, 22]. Sytuacja ta jest zatem bardzo istotnym problemem społecznym, gdyż

szkodliwe nadużywanie alkoholu współwystępuje często z takimi czynnościami zaliczanymi do grupy tak zwanych zachowań ryzykownych, jak palenie tytoniu, nadużywanie leków niezapisanych przez lekarza (co występuje nader często w populacji osób starszych [23]) czy innych substancji psychoaktywnych. Wśród zmian psychicznych warunkowanych ryzykownym spożywaniem alkoholu wskazuje się między innymi na te powiązane z ostrym zatruciem oraz będące rezultatem nadużywania przez wiele lat [24]. Niekontrolowane picie alkoholu może prowadzić ponadto do objawów związanych z zaburzeniami poznawczymi, które są charakterystyczne także dla zespołów otępiennych [25, 26].

Według słowników psychologicznych otępienie (łac. *dementia*) jest zaburzeniem wieku podeszłego, które występuje u około 10% osób, które przekroczyły 80. rok życia, i 20% w wieku bliżej 90 lat [27]. Jego objawy związane są ze zmianami „w ośrodkowym układzie nerwowym na skutek procesu starzenia, chorób degeneracyjnych układu nerwowego, uszkodzeń mózgu różnego pochodzenia” [28]. Często towarzyszą mu zmiany stanu emocjonalnego i psychicznego, jak depresja, pobudzenie, apatia, labilność emocjonalna czy agresja [28]. Z kolei międzynarodowa klasyfikacja chorób, urazów i przyczyn zgonów (ICD-10) definiuje otępienie jako zespół spowodowanych przewlekłą lub postępującą chorobą mózgu objawów, przebiegających z zaburzeniem wyższych funkcji korowych (poznawczych), w tym między innymi zdolności orientacji, pamięci, rozumienia, myślenia, liczenia, zdolności do uczenia się, porozumiewania się, funkcji językowych, zdolności porównywania, umiejętności oceny i dokonywania wyborów. Ważną cechą klasyfikacji niniejszych zaburzeń jest fakt, iż muszą one trwać minimum 6 miesięcy i nie mogą mieć wyłącznie związku z zaburzeniami świadomości (majaczeniem czy delirium) [29]. Celem rozpoznania zaburzeń otępiennych stwierdza się upośledzenie sprawności intelektualnej przynajmniej w zakresie dwóch ww. funkcji poznawczych (zawsze występują zaburzenia pamięci), będących przyczyną obniżenia jakości funkcjonowania osoby chorej w życiu codziennym [30]. Symptomy te są jednak bardzo często definiowane przez lekarzy (bez uwzględnienia innych możliwych przyczyn) jako standardowe objawy starzenia się organizmu [19, 31, 32], co prowadzi do błędnych diagnoz i nierozpoznania problemu.

W celu oceny stopnia zaburzeń funkcji poznawczych wykorzystuje się najczęściej opublikowany w 1975 r. test MMSe (ang. *Mini Mental State Examination*) autorstwa Folsteina i wsp. [33], który jest narzędziem badawczym służącym do oceny stopnia otępienia. W Polsce test ten, będący kliniczną metodą oceny ogólnego poziomu funk-

cjonowania poznawczego pacjenta [34], nazywany jest najczęściej „Krótką Skalą Oceny Stanu Psychicznego” lub „Testem Upośledzenia Funkcji Poznawczych”. Ocenia on zdolności człowieka w takich obszarach, jak: zapamiętywanie trzech wyrazów, orientacja w czasie i miejscu, liczenie, uwaga, nazywanie dwóch przedmiotów, wykonywanie poleceń słownych i pisanych, przypomnienie oraz umiejętność kopiowania figury geometrycznej (w tym przypadku dwóch przecinających się pięciokątów) [33]. Maksymalny możliwy do uzyskania wynik w teście to 30 punktów. Za normę uznaje się wynik równy 28 punktów i więcej [33, 35]. Uzyskanie od 24 do 27 punktów wskazuje na zaburzenia procesów poznawczych bez otępienia, a otrzymanie poniżej 24 punktów w skali testu może sugerować obecność procesu otępiennego i wskazuje na konieczność podjęcia dalszych badań diagnostycznych w niniejszym zakresie [33]. Wynik od 19 do 23 punktów sugeruje otępienie łagodne, od 11 do 18 punktów – otępienie umiarkowane, a od 0 do 10 punktów – otępienie głębokie.

Jak można zauważyć m.in. na podstawie powyższych doniesień teoretycznych, zarówno problem alkoholowy, jak i zaburzenia funkcji poznawczych (objawiające się tak w wyniku wieloletniego nadużywania substancji alkoholowych, jak i w zespole otępiennym) są jednymi z problemów samotnych kobiet i mężczyzn w wieku 65 lat i starszych. Chcąc zweryfikować siłę związku pomiędzy ryzykownym spożywaniem alkoholu a określoną jakością funkcjonowania osób starzejących się i starszych w wieku 65 lat i więcej, przeprowadzono kolejne badanie.

### Metodologia badań własnych

Ogólnym celem pracy było porównanie ze sobą stopnia zaburzeń funkcji poznawczych określonych dla zespołu otępiennego wśród pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS). Przebadano osoby w wieku senioralnym, u których zdiagnozowano problem alkoholowy oraz nienadużywające alkoholu.

Przed przystąpieniem do badań wyodrębniono hipotezę badawczą, która zakłada, że osoby starsze ze stwierdzonym problemem alkoholowym mogą ze względu na długoletnie nadużywanie alkoholu uzyskać gorsze wyniki w teście MMSe niż osoby starsze, ale niepijące.

W badanej grupie znalazło się łącznie 21 mieszkańców jednego z domów pomocy społecznej, znajdującego na terenie miasta Poznania. Były to osoby obojga płci, w wieku od 65 do 92 lat (średnia wieku = 72,2 roku; mediana = 68 lat; odchylenie standardowe = 8,62). U uczestników badania z grupy eksperymentalnej psycholog zdiagnozował problem alkoholowy (N = 8; średnia wieku = 67,8 roku; min. = 65 lat; maks. = 75 lat; mediana = 66,5 roku; SD = 3,66), zaś w grupie kontrolnej zebrano osoby nienadużywające alkoholu (N = 13; średnia wieku = 74,9 roku; min. = 65 lat; maks. = 92 lata; mediana = 73 lata; SD = 9,73). Badania były przeprowadzane w bezpośredniej obecności ich autora – magistra psychologii klinicznej.

Za narzędzie badawcze posłużyła polska adaptacja „Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego” (MMSe) autorstwa Folsteina i wsp. [33], która jest klinicznym badaniem przesiewowym w kierunku zaburzeń funkcji poznawczych, oceniającym zdolności arytmetyczne oraz procesy przechowywania informacji w pamięci. MMSe jest skutecznym i powszechnie akceptowanym narzędziem badawczym stosowanym do oceny stopnia zaburzeń poznawczych u osób w podeszłym wieku [36, 37].

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 10.0 PL, StatSoft Polska. Do opisu zebranych danych wykorzystano statystykę opisową, natomiast do porównania dwugrupowego użyto testu t dla grup niezależnych. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek  $p < 0,05$ .

### Wyniki

W pierwszej kolejności przeanalizowano wyniki uzyskane w „Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego” przez mieszkańców DPS ze stwierdzoną przez specjalistę chorobą alkoholową oraz nienadużywających alkoholu (**Tabela 1**).

Jak wykazało przeprowadzone badanie, osoby starsze nadużywające alkoholu (N = 8) uzyskały w skali MMSe średni wynik równy 25,25 punktu, w tym najniższy z nich wyniósł 19 punktów (wskazuje na łagodne otępienie), a najwyższy – 29 punktów (brak otępienia). Odchylenie standardowe (SD) otrzymanych wyników wyniosło ok. 3,62.

**Tabela 1.** Statystyka opisowa wyników w skali MMSe osób w wieku starzenia się i starości nadużywających alkoholu oraz niepijących

| Grupa badana            | N  | M     | Min.  | Maks. | SD      |
|-------------------------|----|-------|-------|-------|---------|
| Osoby starsze pijące    | 8  | 25,25 | 19,00 | 29,00 | 3,61544 |
| Osoby starsze niepijące | 13 | 26,39 | 15,00 | 30,00 | 5,18875 |

M – średnia; Min. – minimum; Maks. – maksimum; SD – odchylenie standardowe

Dalej wykazano, że osoby starsze nienadużywające alkoholu ( $N = 13$ ) uzyskały w skali MMSe średni wynik równy 26,39 punktu. Najniższy z nich wyniósł 15 punktów (oznaczający otępienie w stopniu umiarkowanym), a najwyższy – 30 punktów (brak zaburzeń funkcji poznawczych). Odchylenie standardowe (SD) wyniosło ok. 5,19.

Następnie poddano analizie porównawczej wyniki uzyskane w „Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego” przez osoby w wieku 65 lat i starsze – mieszkańców domu opieki społecznej, u których stwierdzono chorobę alkoholową ( $N = 8$ ), jak i tych nienadużywających napojów alkoholowych ( $N = 13$ ) (Tabela 2).

Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 2, nie stwierdzono istotnej różnicy statystycznej w wyniku punktowym uzyskiwanym przez dwie badane grupy – grupę eksperymentalną i grupę kontrolną (Rycina 1).

Co prawda osoby niepijące uzyskały średni wynik wyższy ( $M = 26,39$ ) niż osoby zmagające się z chorobą alkoholową ( $M = 25,25$ ), jednak różnica ta nie jest istotna statystycznie na poziomie  $\text{min. } p < 0,05$  ( $t = -0,541$ ;  $p = 0,595$ ). Na wynik badania mogła mieć wpływ mała liczba przebadanych osób. Jest to jednak uwarunkowane możliwościami organizacyjnymi osób przeprowadzających niniejsze badanie.

## Podsumowanie

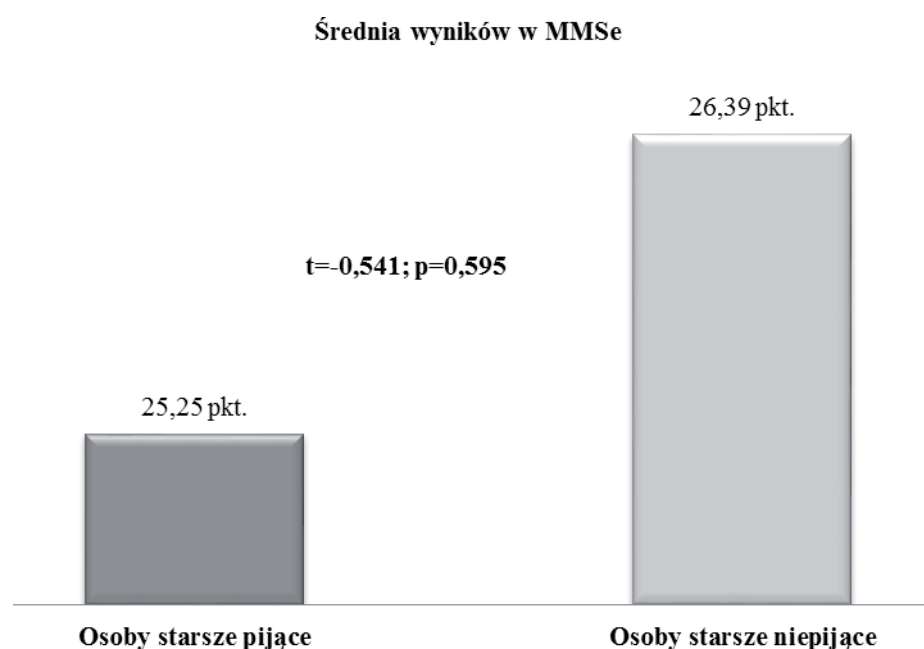
W związku ze stałym wydłużaniem się długości życia człowieka, jak i mając na uwadze stopniowe zmniejszanie się liczby ludności Polski, należy przyjąć, że osoby w wieku starzenia się i starości wraz u wpływającym czasem będą stanowiły coraz większy odsetek społeczeństwa [38]. Problem starzenia się społeczeństw nie dotyczy jednak tylko Polski, bowiem już w 2002 roku w wielu krajach europejskich – między innymi w Niemczech, Włoszech, Grecji, Hiszpanii, Belgii, Wielkiej Brytanii czy Portugalii – odsetek osób starszych stanowił od 18 do 20% ogółu obywateli wymienionych wyżej krajów [22]. Większość z nich staje zatem na progu tak zwanej demograficznej starości [22], której przyczyn można doszukiwać się między innymi w rozwoju współczesnej medycyny, techniki, poprawy warunków bytowych [39] oraz ogólnego postępu cywilizacyjnego [40]. W związku z powyższym szczególną uwagę należy skierować na problemy seniorów. Etiologii tych problemów można doszukiwać się w stylu życia oraz postępującym starzeniu się organizmu.

Celem niniejszej pracy było porównanie stopnia zaburzeń funkcji poznawczych charakterystycznych dla zespołu otępiennego wśród dwóch grup osób starszych,

**Tabela 2.** Analiza porównawcza wyników w skali MMSe osób starszych nienadużywających i nadużywających alkoholu

| Grupa badana            | M     | t        | df | p       | N  | SD      |
|-------------------------|-------|----------|----|---------|----|---------|
| Osoby starsze pijące    | 25,25 | -0,54054 | 19 | 0,59510 | 8  | 3,61544 |
| Osoby starsze niepijące | 26,39 |          |    |         | 13 | 5,18875 |

M – średnia; t – wartość w teście t-Studenta; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna; SD – odchylenie standardowe



**Rycina 1.** Graficzne przedstawienie uzyskanych przez badane podgrupy wyników

pensjonariuszy poznańskiego Domu Pomocy Społecznej. Jedną grupę stanowiły osoby nadużywające alkoholu (seniorzy ze stwierdzoną przez specjalistę chorobą alkoholową), drugą – osoby starsze niepijące (brak stwierdzonej choroby alkoholowej). Za narzędzie badawcze posłużyła polska adaptacja „Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego” (MMSe) autorstwa Folsteina i wsp. [33].

Jak wykazały nasze badania, pomiędzy osobami niepijącymi a spożywającymi alkohol w sposób szkodliwy nie odnotowano istotnych różnic statystycznych w uzyskanym wyniku w skali MMSe. Nie oznacza to oczywiście, że alkohol nie wpływa bezpośrednio na funkcjonowanie poznawcze osób go nadużywających. Stopień zmian w funkcjonowaniu poznawczym, których źródło leży w problemie alkoholowymi, uwarunkowany jest bowiem m.in. tak okresem jego spożywania (tygodnie, miesiące, lata), jak i momentem rozpoznania problemu, a co za tym idzie – czasem leczenia. Zaznaczamy także, iż wpływ na wynik badania mogła mieć mała liczba przebadanych osób – wyniki nie odzwierciedlają więc rangi problemu w odniesieniu do większej grupy populacyjnej. Stąd też niniejsze opracowanie nie rości sobie praw do holistycznego zaprezentowania problemów spowodowanych chorobą alkoholową i zespołami otępiennymi wśród osób starszych, tym bardziej że są to problemy globalne, dotyczące coraz większych grup osób, mające negatywne konsekwencje dla codziennego funkcjonowania osób starszych [15–17, 41, 42].

## Oświadczenia

### Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

### Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

## Piśmiennictwo

1. Galus K, Kocemba J. Podręcznik Geriatrii. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 1999.
2. Gryglewska B, Skalska A, Żak M. Choroby układu ruchu. W: Kocemba J, Grodzicki T (red.). Zarys gerontologii klinicznej. Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ, Kraków, 2000, 66–83.
3. Biercewicz M. Specyfika pracy pielęgniarki na oddziale geriatrii. W: Biercewicz M (red.). Pielęgniarstwo w geriatrii. Borgis, Warszawa, 2006.
4. Drużbicki M, Wrzosek K, Przysada G i wsp. Ocena równowagi i chodu osób starszych uczestniczących w zajęciach ruchowych w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Young Sport Science Of Ukraine*. 2010;4:53–59.
5. Wnuk B, Walusiak M, Durmała J i wsp. Wpływ fizjoterapii rozszerzonej o różne formy treningu chodu na bieżni ruchomej na sprawność funkcjonalną osób starszych zagrożonych upadkiem. *Fizjoterapia*. 2010;8(2):3–9.
6. Simpson JM. Elderly people at risk of falling: the role of muscle weakness. *Physiother*. 1993;79:12–18.
7. Hryniewiecki L. Żywnienie ludzi w wieku starszym i podeszłym. *Nowa Klinika*. 1998;12:1244–1249.
8. Wiśniewska-Roszkowska K. Starość jako zadanie. IWPAW, Warszawa, 2001.
9. Jabłoński L, Wysokińska-Miszczuk J. Podstawy gerontologii i wybrane zagadnienia z geriatrii. Czelej, Lublin, 2000.
10. Grabowska E, Sporadyk M. Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zachowań żywieniowych starszych mieszkańców Krakowa. *Gerontol Pol*. 2003;11:35–37.
11. World Health Organization. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10: klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne (tłumaczenie polskie). 1997.
12. Barcikowska M. Otępienie w podeszłym wieku. W: Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.). Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Via Medica, Gdańsk, 2006.
13. Rossa G. Rozpowszechnienie otępienia typu Alzheimera i otępienia naczyniowego na terenie miasta i gminy Świebodzin. *Psychiatr Pol*. 1997;31:121–134.
14. Gabryelewicz T. Rozpowszechnienie zespołów otępiennych wśród mieszkańców warszawskiej dzielnicy Mokotów w wieku 65–84 lat. *Psychiatr Pol*. 1999;3:353–366.
15. Hofman A, Rocca WA, Brayne C i wsp. The prevalence of dementia in Europe: A collaborative study of 1980–1990 findings. EURODEM Prevalence Research Group. *Int J Epidemiol*. 1991;3:736–748.
16. Jorm AF, Jolley D. The incidence of dementia: a meta-analysis. *Neurology*. 1998;51(3):728–733.
17. Matthews FE, Denning T. Prevalence of dementia in institutional care. *Lancet*. 2002;360:225–226.
18. Giles TD, Sander EG. Alcohol – a cardiovascular drug? *Am J Geriatr Cardiol*. 2005;14:154–158.
19. Dufour MC, Archer L, Gordis E. Alcohol and the elderly. *Clin Geriatr Med*. 1992;18(1):127–141.
20. Chodkiewicz J, Pisarski A. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej a problematyka uzależnień – doniesienie z badań. *Terapia Uzależnień i Współuzależnień*. 2000;3:23–26.
21. Gunter TD, Arndt S. Maximizing treatment of substance abuse in the elderly. *Behav Health Manag*. 2004;3.
22. Blow FC, Barry KL. Use and misuse of alcohol among older women. *Alcohol Res Health*. 2002;26:308–315.
23. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. PWN, Warszawa; 2007.
24. Woronowicz BT. Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Media Rodzina & Wydawnictwo Edukacyjne PAR-PAMEDIA, Warszawa; 2009.
25. Lindeman RD, Wayne SJ, Baumgartner RN, Garry PJ. Cognitive function in drinkers compared to abstainers in the New Mexico elder health survey. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60:1065–1070.
26. Panza F, Capurso C, D’Introno A i wsp. Alcohol drinking, cognitive functions in older age, predementia, and dementia syndromes. *J Alzheimers Dis*. 2009;17:7–31.
27. Colman AM. Słownik psychologii. PWN, Warszawa, 2009; 485.
28. Pałczyński J. Otępienie. W: Siuta J (red.n.). Słownik psychologii. Krakowskie Wydawnictwo Naukowe, Kraków, 2009; 175.
29. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. WHO, Geneva, 1992.
30. World Health Organization. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10: klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowa-

nia w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne (tłumaczenie polskie). 1998.

31. Świącki P. Następstwa zdrowotne picia alkoholu. *Terapia*. 2001;5:32–35.
32. Gurnack AM, Hoffman NG. Elderly alcohol misuse. *Int J Addiction*. 1992;27(7):869–878.
33. Folstein M, Folstein S, McHugh P. „Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189–198.
34. Borkowska A. Neuropsychologiczne i neurobiologiczne aspekty pamięci operacyjnej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*. 2006;1:31–42.
35. Kotapka-Minc S, Szczudlik A. Otepienie. W: Barcikowska M, Bień B, Bidzan L i wsp. (red.). *Rozpoznawanie i leczenie otepień. Rekomendacje Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otepień (IGERO 2006)*. Czelej, Lublin, 2006, 11–22.
36. Kafonek S, Ettinger WH, Roca R, Kittner S, Taylor N, German PS. Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. *J Am Geriatr Soc*. 1998;37:29–34.
37. Tangalos EG, Smith GE, Ivnik RJ i wsp. The Mini-Mental State Examination in general medical practice: clinical utility and acceptance. *Mayo Clin Proc*. 1996;71:829–837.
38. Główny Urząd Statystyczny. *Prognozy demograficzne*. W: GUS. *Rocznik demograficzny 2010*. Warszawa, 2010, 167.
39. Bień B. Społeczno-środowiskowe uwarunkowania starzenia się populacji. *Zdrowie Publiczne*. 1997;10:273.
40. Muszlik M, Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. *Gerontologia Polska*. 2006;14:4185–4189.
41. Liberto JG, Oslin DW, Ruskin PE. Alcoholism in older persons: A review of the literature. *Hosp Community Psychiatry*. 1992;43:975–984.
42. Menninger JA. Assessment and treatment of alcoholism and substance-related disorders in the elderly. *Bull. Menninger Clin*. 2002;66:166–184.

---

Zaakceptowano do edycji: 2015-12-10  
Zaakceptowano do publikacji: 2015-12-23

**Adres do korespondencji:**

Łukasz Bojkowski  
ul. Piotra Skargi 30c/11  
62-060 Stęszew  
e-mail: lukasz.bojkowski@wp.pl