

# ALKOHOLPROBLÉMA A HÁZIORVOSI RENDELŐK BETEGEI KÖZÖTT

Elekes Zsuzsanna

---

## ÖSSZEFOGLALÓ

A tanulmány az APC (Alcohol Dependence in Primary and Specialist Care in Europe – Alkoholfüggőség az Alap- és Szakellátásban) kutatás magyarországi eredményeit mutatja be. A kutatás eredményei szerint az alkoholprobléma, akár még súlyosabb formája is nem mindig válik ismertté a háziorvos számára, a beteg ritkán kér és kap segítséget a probléma kezelésére. A betegektől származó információk alapján a megkérdezettek 8,6%-ánál volt most vagy korábban diagnosztizálható az alkoholbetegség bármelyik formája. Ezen betegek csupán 30,7%-ánál diagnosztizált a háziorvos is valamilyen jelenlegi vagy korábbi alkoholproblémát. A betegkérdőívek alapján és a háziorvosok által alkoholproblémával diagnosztizált betegek szignifikánsan különböznek egymástól: a háziorvosok diagnózisa szerint alkoholbetegek nagyobb arányban találhatók az idősebb, elsősorban az 50 év feletti korosztályban, az inaktívak és munkanélküliek körében. Ugyanakkor a betegkérdőívek alapján úgy tűnik, hogy az alkoholbetegek között több a fiatal és a rendszeres munkával rendelkező.

Tárgyszavak: alkoholfüggőség, alkoholprobléma, háziorvosi praxis, alkohológiai ellátás

Elekes Zsuzsanna

Budapesti Corvinus Egyetem, Társadalomtudományi és Nemzetközi Kapcsolatok  
Kar Szociológia és Társadalompolitika Intézet

E-mail: zsuzsanna.elekes@uni-corvinus.hu

## BEVEZETÉS

Magyarországon 2012-ben a tiszta szeszben számolt egy főre jutó alkoholfogyasztás 9,5 liter volt a regisztrált adatok alapján (KSH 2014). Ez a mennyiség kiegészül az otthoni főzésből és az illegális kereskedelemről származó ital elfogyasztásával. A WHO Magyarországra vonatkozó becslése szerint a nem regisztrált fogyasztás 2003–2005 között 4 liter/fő volt, 2008–2010 között pedig 2 liter a 15 éves és idősebb népességre számolva (WHO 2014: 214). Bár a házi szeszfőzés 2010-ben történt legalizálása miatt az eladási statisztikák megbízhatósága megkérdőjelezhető, a feltehetően jelentősen alábecsült fogyasztási adatok is Európa és a világ élvonalába helyezik Magyarországot.

Hasonlóképpen Európa és a világ vezető országai közé tartozunk a túlzott alkoholfogyasztásra visszavezethető halálozásban is. A WHO számításai szerint 2009-ben az alkoholfogyasztásra visszavezethető halálozások száma 100 ezer főre számítva 114,42 volt Magyarországon. Ez a szám közel kétszerese az európai átlagnak, de jelentősen meghaladja a miénkhez hasonlóan magas alkoholfogyasztással jellemezhető Csehországot vagy Szlovákiát (OEFI – OAC 2013). Szintén a WHO-jelentésből tudjuk, hogy Magyarországon a túlzott alkoholfogyasztás miatti YLL (Years of Life Lost [elveszített életévek száma]) a legmagasabbak közé tartozik a világon (ötös skálán becsülve az 5-ös értéket kapta) (WHO 2014: 214).

A halálozási adatok alapján a Jellinek képlettel becsült alkoholisták száma 2012-ben 475 000 volt, ugyanebben az évben a kezelésben nyilvántartott alkoholbetegek száma 18 984 (KSH 2013). Azaz, az alkoholbetegek alig 4%-a került valamilyen kapcsolatba az egészségügyi szakellátással kifejezetten az alkoholprobléma miatt. És itt hangsúlyoznunk kell azt is, hogy a „megjelenés”, a „kezelésbe vétel” nem feltétlenül jelent tényleges kezelést is, hiszen az alkoholbetegek más betegekhez képest gyakrabban szakítják meg vagy hagyják abba idő előtt a kezelést.

Az, hogy az alkoholbetegek jelentős része kezelés nélkül marad – vagy legfeljebb csak az alkoholfogyasztásra visszavezethető egyéb betegségeivel fordul orvoshoz –, nem csupán magyar jelenség. Kutatási adatok bizonyítják, hogy szerte Európában a túlzott alkoholfogyasztás okozta megbetegedések (alkoholabúzus, alkoholfüggőség és egyéb problémák) jelentős része kezeletlenül marad. Különböző EU-becslések szerint az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák csupán kb. 10%-a részesül ellátásban. Ez pedig még a pszichiátriai betegek egyébként is alacsony kezelési arányától is elmarad (Rehm et al. 2012, 2013).

## A KUTATÁS CÉLJA

Az APC (Alcohol Dependence in Primary and Specialist Care in Europe [Alkoholfüggőség az Alap- és Szakellátásban]) kutatás<sup>1</sup> arra kereste a választ, hogy milyen mértékű a problémás alkoholfogyasztás a háziiorvosi ellátásban megjelenő betegek körében, milyen arányban fordulnak ezek a betegek alkoholproblémájukkal szakellátáshoz, mik azok az egyéni/szociális tényezők, amelyek segítik vagy gátolják a betegeket alkoholproblémájuk kezeltetésében, és melyek azok a tényezők, amelyek akár súlyos alkoholfüggés esetén is a kezelés elkerülését okozzák.

Ebben a tanulmányban a kutatás magyarországi eredményei közül a következő konkrét kutatási kérdéseket vizsgáljuk:

- milyen mértékű a problémás alkoholfogyasztás a háziiorvosi ellátásban tevékeny problémával megjelenő betegek körében;
- milyen mértékben ismeri fel a háziorvos a páciens alkoholproblémáját;
- milyen arányban kerülnek szakellátásba a betegek alkoholproblémájukkal.

## MÓDSZER

Az adatfelvételre 6 európai országban került sor 2013-ban. A résztvevő országok/régiók a következők voltak: Lengyelország (Lódzkie és Podkarpadckie régiók), Lettország, Magyarország, Németország (Szászország és Berlin), Olaszország (Friuli-Venetia Giulia és Toszkána) és Spanyolország (Katalónia). A kutatást a drezdai Technische Universität Dresden, Klinische Psychologie & Psychotherapie, valamint a katalán Hospital Clínic i Provincial di Barcelona munkatársai koordinálták. Az adatfelvétel egységes módszerek szerint, azonos kérdőívvel készült valamennyi résztvevő országban. A kutatás összesített nemzetközi eredményei megtalálhatóak a következő publikációkban: Rehm et al. 2015a, 2015b, Manthey et al. 2015a, Probst et al. 2015. Ez a tanulmány a Magyarországra vonatkozó eredményeket mutatja be.

<sup>1</sup> A kutatás egy nemzetközi kutatócsoport együttműködése keretében jött létre. A kutatócsoport vezetője Jürgen Rehm, módszertani szakértője Jakob Manthey, akiknek meghatározó szerepe volt a magyar adatfelvétel és adatbázis kialakításában is. A kutatócsoport további tagjai: Allaman Allamani, Henri-Jean Aubin, Roberto Della Vedova, Elekes Zsuzsanna, Ulrich Frick, Andrzej Jakubczyk, Nikoleta Kostogianni, Inga Landsmane, Laia Miquel, François Paille, Lars Pieper, Charlotte Probst, Francesca Scafuri, Kevin D. Shield, Sigita Snikere, Pierluigi Struzzo, Marcis Trapencieris, Fabio Voller, Hans-Ulrich Wittchen, Antoni Gual és Marcin Wojnar.

## A kérdés lebonyolítása

A magyarországi adatfelvétel 2013. szeptember – december között zajlott.

Az Országos Alapellátási Intézet segítségével, a náluk szereplő nyilvántartás alapján 56 háziorvosi praxist választottunk ki oly módon, hogy az ország mind a 7 régióját népességarányosan reprezentálja. A háziorvosokat előzetesen levélben értesítettük a kutatásról, és kértük az együttműködésüket. Az 56 háziorvos közül 10 utasította vissza a részvételt. Esetükben vagy ugyanabból a rendelőintézetből, vagy pedig ugyanarról a településről választottunk másik háziorvost. Praxisonként egy délelőtti és egy délutáni rendelésen megjelenő, 18–64 éves betegeket kértünk meg a kutatásban való részvételre. Háziorvosonként eltérő arányban, a betegek mintegy 10%-a utasította vissza a kérdésben való részvételt. A kérdésben való részvételre vállalkozó betegek háziorvosát is megkértük egy, a beteg főbb panaszaiival, betegségeivel kapcsolatos kérdőív kitöltésére. A végső minta elemszáma 2308 fő. Róluk minden esetben a háziorvos is kitöltötte az adatlapot.

A kérdőívek kitöltése a betegek írásos bejegyzésével, a kutatásetikai szabályok szerint és az anonimitás teljes biztosításával történt. A kérdés lebonyolításához támogató levelet kaptunk az Országos Alapellátási Intézet Igazgatójától és a Magyar Addiktológiai Társaság elnökétől, aki egyben országos addiktológiai szakfelügyelő is volt a kérdés idején. A kérdés lebonyolítását, módszertanát a Budapesti Corvinus Egyetem Társadalomtudományi Karának Etikai Bizottsága véleményezte, és azt támogatóan jóváhagyta.

## Mérési eszközök

A betegekkel kitöltött kérdőív főleg standardizált kérdésblokkokat tartalmazott. Az alkoholproblémát a CIDI (Composit International Diagnostic Interview) kérdéssorával mértük, amely használata meglehetősen elterjedt a normál népesség körében végzett vizsgálatok során.<sup>2</sup> A CIDI az alkoholfogyasztás gyakoriságára és mennyiségére vonatkozóan kérdez, valamint operacionalizálja a DSM IV. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. kiadás)

---

<sup>2</sup> A CIDI mellett több más mérőeszköz is használatos a nemzetközi gyakorlatban. Ilyen pl. az AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), a RAPS (Rapid Alcohol Problem Screen) vagy a CAGE, amely az alkoholfüggőséget méri. Nemzetközi összehasonlító vizsgálatokban elsősorban a CIDI-t és az AUDIT-ot alkalmazzák. A CIDI előnye az AUDIT-tal szemben, hogy a CIDI teljes körűen lefedi az abúzus/káros használat és a függőség tüneteit, míg az AUDIT inkább a probléma kezdeti tüneteire koncentrál. A CIDI mellett szól az is, hogy az eszköz validálása nemcsak klinikai mintán, hanem normál népesség körében is megtörtént (Bloomfield et al. 2013).

alkoholabúzus és dependencia kritériumait (American Psychiatric Association 2000).<sup>3</sup>

A CIDI-re kapott válaszok értelmezésekor alkoholfüggés (alcohol dependence, AD) diagnosztizálható akkor, ha a kérdésekre kapott válaszok alapján a DSM IV. alkoholfüggésre vonatkozó diagnosztikai kritériumai közül legalább három azonosítható. Amennyiben a válaszok alapján a DSM IV. kritériumai közül egy vagy kettő teljesül, akkor alkohol-visszaélésről (alcohol abuse, AU) beszélhetünk. A CIDI ugyanakkor megfeleltethető az újabb, DSM V. diagnosztikai rendszerrel is. A DSM V. már nem az alkoholabúzus vagy alkoholdependencia diagnózisát írja le, hanem az alkoholfogyasztási problémát (alcohol use disorder, AUD). Amennyiben a CIDI-re adott válaszok alapján a DSM V. legalább két kritériuma teljesül, akkor az alkoholfogyasztási probléma (AUD) diagnosztizálható.

Az APC kutatás során a CIDI kérdéssort egyaránt megkérdeztük az eddigi életre és az előző 12 hónapra vonatkozóan, így a különböző (AD, AU, AUD) diagnózisokat is megnéztük ezekre az időszakokra. (A CIDI kérdéseit a melléklet tartalmazza.) A különféle egészségügyi szolgáltatások igénybevételét egy, az Egyesült Királyságban korábban használt kérdőív néhány kérdésével vizsgáltuk (UKATT Research Team 2005). A kérdőív kitért még a betegek aktuális mentális állapotára, amit a Kessler Psychological Distress Skálával (K10) mértünk (Kessler et al. 2003), valamint a fogyatékoság és egyéb korlátozottság mérésére, amihez a World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0-t használtuk (Üstün et al. 2010a, 2010b). Ez utóbbi két problémával a mostani elemzés nem foglalkozik. Végül a kérdőív kiegészült a társadalmi-demográfiai státus mérését szolgáló néhány jellemzővel.

A háziorvosok által kitöltött kérdőív tartalmazott néhány demográfiai kérdést, az egészségi állapotra, problémákra vonatkozó fontosabb jellemzőket – mint például a vérnyomás, a cukor – és az orvoshoz fordulás okát tudakolta.

A beteg alkohol-státusát illetően az alábbi kérdések megválaszolására kértük az orvosokat:

- Szokott-e a beteg alkoholt fogyasztani.<sup>4</sup>
- Vannak-e klinikai jelei az alkohol okozta zavaroknak (AUD).
- Alkoholfüggés vagy klinikai jelei gyaníthatóak-e (AD).
- Ha nincs függés, az alkoholabúzus diagnosztizálható-e (AA).

<sup>3</sup> Az alkoholfogyasztást a betegkérdőívben legalább egy egységnyi ital (2 dl sör, vagy 1 dl bor, vagy 0,2 dl tömény ital) elfogyasztásaként definiáltuk.

<sup>4</sup> Az orvosok számára nem definiáltuk, mit tekintünk alkoholfogyasztásnak. Ennek eldöntését az orvosra bíztuk.

- Korábban diagnosztizált-e a betegnél
  - alkoholabúzust,
  - alkoholfüggést,
  - alkohol okozta zavarokat.
- Történt-e valamilyen kezelés az alkoholproblémával kapcsolatosan.

Fontos hangsúlyozni, hogy a házi orvosokat arra kértük, a kérdőívet a betegekhez vonatkozó meglévő ismereteik alapján töltsék ki az után, hogy már találkoztak a beteggel. Tehát a kérdések megválaszolásához nem kértünk semmilyen előzetes, külön vizsgálatot. Ez egyben azt is jelenti, hogy a házi orvos választás befolyásolhatta saját, esetleg szubjektív problémaérzékelése is. A kutatás részletes módszertani leírása megtalálható: Rehm et al. 2015, Manthey et al. 2015b.

## EREDMÉNYEK

### A megkérdezett betegek társadalmi-demográfiai jellemzői

A Magyarországon megkérdezett 2308 beteg 38,5%-a férfi, 61,5%-a nő. A férfiak átlagéletkora 41,92 év, a nőké 43,56 (szórás: 14,088 és 13,373).

A házi orvosi praxis régióját tekintve a férfiak aránya magasabb volt Észak-Magyarországon, Észak-Alföldön és Nyugat-Dunántúlon. A legfiatalabb betegpopulációt Észak-Alföldön, a legidősebb népettséget az átlagérték alapján Nyugat-Dunántúlon, a medián érték alapján pedig Közép-Dunántúlon találtuk.<sup>5</sup>

Településtípus szerint a nők aránya a legmagasabb Budapesten, a legacsonyabb pedig a községekben volt. Életkor alapján a legidősebb betegeket Budapesten, a legfiatalabbakat pedig megyeszékhelyeken kérdeztük meg (1. táblázat).

A betegek 58,7%-a házasságban vagy párkapcsolatban él. Soha nem élt házasságban a férfiak 27,3%-a és a nők 16,6%-a. Külön él vagy elvált 14,7%, özvegy 5,9%. A nemenkénti arányok a házasságban vagy párkapcsolatban élők tekintetében hasonlóak (férfiak: 59%, nők 58,6%). A házasságot eddig nem kötötték aránya a férfiaknál, az özvegyek és elváltak aránya a nőknél magasabb.

---

<sup>5</sup> A KSH által használt tervezési régiók szerinti besorolás a következő: *Közép-Magyarország*: Budapest és Pest megye; *Közép-Dunántúl*: Fejér megye, Komárom megye, Veszprém megye; *Nyugat-Dunántúl*: Győr-Sopron megye, Vas megye, Zala megye; *Dél-Dunántúl*: Baranya megye, Somogy megye, Tolna megye; *Észak-Magyarország*: Borsod-Abaúj-Zemplén megye, Heves megye, Nógrád megye; *Észak-Alföld*: Hajdú-Bihar megye, Jász-Nagykun-Szolnok megye, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye; *Dél-Alföld*: Bács-Kiskun megye, Békés megye, Csongrád megye.

1. táblázat: A megkérdezett betegek nemenkénti megoszlása és átlagéletkora a háziiorvosi praxis régiója és településtípusa szerint

Gender and average age of patients by regions and settlement types of GP praxis

	Férfi, %	Nő, %	Összesen, %	Életkor (év)		
				átlag	szórás	medián
Régió						
Közép-Magyarország	35,8	64,2	28,2	42,25	13,413	42,03
Közép-Dunántúl	34,5	65,5	14,3	43,34	14,613	47,07
Nyugat-Dunántúl	41,7	58,3	5,2	44,28	11,279	45,00
Dél-Dunántúl	37,9	62,1	12,6	42,46	13,742	42,65
Észak-Magyarország	46,1	53,9	14,3	43,96	13,744	44,58
Észak-Alföld	41,0	59,0	12,6	40,64	13,090	39,16
Dél-Alföld	37,2	62,8	12,9	43,84	14,158	44,10
Településtípus						
Budapest	35,5	64,5	21,2	41,89	13,367	41,23
Megyeszékhely	38,7	61,3	26,8	43,74	13,762	44,16
Egyéb város	39,2	60,8	26,0	42,50	14,147	43,19
Község	40,2	59,8	26,0	43,36	13,303	44,04
Összesen	38,5	61,5	100,0	42,93	13,673	43,20
(N)	(889)	(1419)	(2308)			

Az iskolában eltöltött évek átlagos száma 12,33, nemenként nem találunk szignifikáns eltérést. Ugyanakkor régióként és településtípusonként szignifikánsak az eltérések: a legtöbb iskolában töltött évről Dél-Alföldön, illetve a megyeszékhelyeken megkérdezett betegek számoltak be, a legkevesebbről pedig a községi praxisokban, illetve Közép- és Dél-Dunántúlon.

A betegek 59,2%-a dolgozik alkalmazottként vagy önállóként. A férfiaknál az arány magasabb (65,5%), mint a nőknél (55,3%). Az inaktív megkérdezettek jelentős része nyugdíjas (18,4%), illetve tanuló (6,6%). Munkanélküli a betegek 10,1%-a (nők: 11,0%, férfiak: 8,8%).

A megkérdezett betegek körében a legnagyobb arányú foglalkoztatottságot és egyben a legkisebb arányú munkanélküliséget a nyugat-dunántúli régióban találtuk. Átlag feletti a foglalkoztatottság az észak-magyarországi régióban is. Dél-Alföldön alacsony a betegek foglalkoztatottsági aránya, de alacsony a mun-

kanéklüliek aránya is. Ebben a régióban a nyugdíjasok aránya volt kiugróan magas (24,5%, szemben a teljes mintát jellemző 18,4%-os aránnyal).

A betegek szubjektív anyagi helyzetét egy háromfokú skálán mértük. Ennek alapján a betegek 75,8%-a átlagosnak, 22,1%-a átlag alattinak, a többi 2,1% pedig átlag felettinek értékelte anyagi helyzetét. A nemenkénti különbségek nem szignifikánsak. Az életkor növekedésével nő az anyagi helyzetet átlag alattinak, és csökken az átlag felettinek ítélok aránya. A régiókat tekintve az anyagi helyzetüket átlag alattinak ítélok aránya kiugróan magas (44,8%) a dél-dunántúli praxisokban megkérdezettek körében, és kiugróan alacsony (17,8%) a budapesti praxisok betegei között (2. táblázat).

2. táblázat: A megkérdezett betegek főbb társadalmi-demográfiai jellemzői nemenként (%)  
Main socio-demographic characteristics of patients by gender (%)

	Férfi	Nő	Összesen
<b>Párkapcsolat</b>			
házasságban él	45,6	45,0	45,2
párkapcsolatban él	13,4	13,6	13,5
soha nem élt házasságban, párkapcsolatban	27,3	16,6	20,7
elvált vagy külön él	11,7	16,5	14,7
özvegy	2,0	8,3	5,9
<b>Foglalkoztatottság</b>			
alkalmazott vagy önálló	65,6	55,3	59,2
háztartásbeli	0,0	2,7	1,6
tanuló	8,2	5,6	6,6
nyugdíjas	16,1	19,8	18,4
munkanélküli (egészségügyi okból)	2,1	2,0	2,1
munkanélküli (egyéb okból)	6,7	8,9	8,1
egyéb	1,3	5,7	4,0
<b>Szubjektív anyagi helyzet</b>			
átlag feletti	2,6	1,8	2,1
átlagos	77,1	75,0	75,8
átlag alatti	20,3	23,2	22,1
Iskolában eltöltött évek száma (átlag)	11,78	11,93	11,87
(N)	(889)	(1419)	(2308)



## A háziorvosi konzultáció oka

A megkérdezett betegek egyharmada valamilyen akut betegség miatt jelent meg házi orvosánál a kérdés időpontjában. Az akut betegségek a fiatalabb korcsoportokra voltak inkább jellemzőek. Kontroll vagy laborvizsgálat miatt, illetve valamilyen krónikus betegséggel a megkérdezettek több, mint egyötöde fordult házi orvosához. Mindkét orvoshoz fordulási ok jellemzőbb volt az idősebb korcsoportokra. A prevenció és a beutalás egyaránt ritkán szerepelt az orvoshoz fordulás indokaként. A betegek 10,2%-ánál jelölt az orvos valamilyen egyéb okot, ez leggyakrabban receptírás vagy alkalmassági vizsgálat volt (3. táblázat).

3. táblázat: A konzultáció oka az orvos feljegyzése alapján (az összes beteg százalékában)  
Reasons of consultation by GP's answers (proportion of total number of patients)

	Kontroll/ labor- vizsgálat	Akut betegség	Prevenció	Krónikus betegség	Beutalás	Egyéb
Nem						
férfi	19,2	34,5	6,1	24,2	8,7	10,1
nő	22,3	33,5	6,1	20,8	6,8	10,2
Korcsoport						
18–29	12,9	54,6	8,6	5,1	8,0	9,8
30–39	19,1	43,0	5,9	12,7	5,9	10,0
40–49	22,5	33,3	8,1	20,2	8,5	10,7
50–64	26,2	17,5	3,7	37,9	7,6	10,2
Összesen	21,1	33,9	6,1	22,1	7,5	10,2
(N)	(488)	(782)	(141)	(510)	(174)	(235)

Megjegyzés: A konzultáció okaként több válasz megadása is lehetséges volt.

Az orvosok által kitöltött kérdőív alapján a betegek legnagyobb arányban magas vérnyomás panasszal jelentek meg a háziorvosi rendelőben. Igaz ez a férfiakra és a nőkre, valamint a legfiatalabb – 18–29 éves – korosztály kivételével valamennyi korcsoportra. Gyakoribb problémák között szerepelnek a légzőszervi betegségek, a magas koleszterinszint és a cukorbetegség. Férfiak és nők között jelentős különbség nincs az egyes betegségek előfordulása tekintetében. Az idősebb korcsoportokban a legtöbb egészségügyi probléma nagyobb arányban jelenik meg. Kivételt csupán a vírusfertőzések jelentenek, amelyek legna-

gyobb arányban a 18–29 évesek között fordultak elő, valamint a légzőszervi megbetegedések, amelyek minden korosztályban meglehetősen nagy arányban szerepelnek az orvos által megállapított diagnózisok között.

## Alkoholfogyasztás a betegtől kapott válaszok alapján (CIDI)

### A fogyasztás jellemzői

A megkérdezett 18–64 éves betegpopuláció háromnegyed része fogyasztott az életében legalább egyszer alkoholt. Az előző évben alkoholt fogyasztók aránya 62%, a napi rendszerességgel ivók aránya 4,2%. Az egy átlagos fogyasztási alkalommal elfogyasztott standard ital<sup>6</sup> átlagos száma 4,3 italegység/fogyasztó, ami átlagosan 41,5 grammnyi etanolt tartalmazó alkoholos itálnak felel meg alkalmanként.

A megkérdezettek 12,9%-a számolt be legalább egyszeri nagyivásról<sup>7</sup> a kérdést megelőző hónapban.

Az egész életre vonatkozóan a CIDI kérdéseiből legalább egyre pozitív (előfordult legalább egyszer az életben) választ kaptunk a megkérdezett betegek 11,3%-ától. Az előző évre vonatkozóan a betegek 6%-a számolt be legalább egy alkoholproblémát jelző tünetről. Mindkét időintervallumban a legtöbbször által jelzett szimptóma a „próbált kevesebbet inni vagy teljesen felhagyni az ivással” volt.

A CIDI alapján a DSM IV. kritériumainak megfelelő alkoholabúzus (AU) diagnosztizálható volt a betegek 8,3%-ánál az életben, 4,6%-nál pedig az előző évben. Az alkoholfüggés (AD) az eddigi élet során a betegek 4,9%-ánál, az előző évben pedig 3,3%-ánál volt diagnosztizálható. A DSM V. kritériumai szerinti alkoholprobléma (AUD) az AU arányaihoz hasonló arányban fordult elő: a megkérdezettek 8,6%-ánál az eddigi életben, 4,9%-ánál pedig a megelőző 12 hónapban (4. táblázat).

Az alkoholfogyasztás minden mutatója szignifikánsan magasabb a férfiaknál. A férfiak több mint 8%-a minden nap iszik alkoholt, és az egy átlagos alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége gyakorlatilag megegyezik a nagyivás mennyiségével. Tehát ha egy férfi iszik, akkor átlagosan legalább 60 gramm etanolt fogyaszt el, ami messze meghaladja a WHO által elfogadhatónak tartott maximum 40 grammnyi etanolt. A férfiak 20%-a legalább egy, a CIDI diagnosztikai kérdéssorral mért alkoholproblémát már megtapasztalt az élete során. Az eddigi életre vonatkozó válaszok alapján a férfiak 17%-ánál volt diagnosztizálható alkoholprobléma

---

<sup>6</sup> Egy standard ital (kb. 10 gramm etanol) = 2 dl sör vagy 1 dl bor vagy 1 dl pezsgő vagy 1 dl vermut vagy 2 cl tömény ital vagy 2 cl likőr.

<sup>7</sup> Legalább 60 gramm etanol elfogyasztása egy alkalommal (kb. 1,5 liter sör vagy 6 dl bor vagy 2 dl tömény ital).

(AUD) és 9,8%-nál alkoholfüggés. A kérdezést megelőző évre vonatkozó arányok is magasak, AUD diagnosztizálható volt a férfiak 10,1%-ánál, függés pedig 7,9%-nál.

Az alkoholfogyasztás mutatóinak korcsoportonkénti megoszlása csupán az éves prevalencia érték és a napi rendszeres alkoholfogyasztás arányában mutat szignifikáns eltéréseket. A fiatalok között nagyobb arányú az előző évben alkoholt fogyasztók aránya, viszont a napi rendszeres alkoholfogyasztás a legidősebbek között a legelterjedtebb.

4. táblázat: Az alkoholfogyasztás főbb mutatói a betegektől kapott válaszok alapján (%)  
Main indicators of alcohol consumption on the basis of patients' answers (%)

Az alkoholfogyasztás főbb mutatói	Férfi	Nő	18-29 éves	30-49 éves	50-64 éves	Összesen
Életprevalencia	90,0	68,6	80,0	75,8	76,2	76,8
Éves prevalencia	79,6	51,0	70,6	62,7	56,3	62,0
Legalább havi rendszerességgel iszik	61,0	24,8	43,6	38,5	36,3	38,7
Minden nap iszik	8,2	1,6	1,6	3,8	6,0	4,2
Egy átlagos fogyasztási alkalommal elfogyasztott standard italok átlagos száma/fő	6,83	2,74	5,88	4,45	3,28	4,31
Egy átlagos fogyasztási alkalommal elfogyasztott etanol mennyisége gramm/főben	64,37	27,23	53,66	43,63	32,30	41,51
Nagyivás az előző hónapban	25,0	5,6	19,6	11,8	10,5	12,9
Legalább egy alkohollal kapcsolatos probléma az életben – CIDI	20,1	5,8	10,2	11,7	11,5	11,3
Legalább egy alkohollal kapcsolatos probléma az előző évben –CIDI	11,7	2,4	6,5	6,3	5,3	6,0
Alkoholfüggés az életben	9,8	1,8	2,7	5,6	5,3	4,9
Alkoholfüggés az előző évben	7,9	0,9	2,0	3,9	3,5	3,3
Alkoholabúzus az életben	16,7	3,1	7,0	8,3	9,2	8,3
Alkoholabúzus az előző évben	9,6	1,5	4,3	5,0	4,3	4,6
AUD az életben	17,1	3,3	7,2	8,6	9,5	8,6
AUD az előző évben	10,1	1,6	4,5	5,3	4,5	4,9

## Alkoholfogyasztás különböző társadalmi csoportokban

A házasságban, párkapcsolatban élők körében ritkább és kisebb mennyiségű az alkoholfogyasztás, átlag alatti arányban fordulnak elő a függés vagy az AUD tünete. A különbség minden mutató esetében szignifikáns ( $p < 0,05$ ) a párkapcsolatban élők és a párkapcsolatban nem élők között (5. táblázat).

Az iskolában töltött évek száma alapján az alacsonyabb iskolai végzettségűek között a fogyasztás előző évi prevalencia értéke kisebb, viszont nagyobb arányban fordulnak elő körükben az AD és AUD diagnózisok. Az iskolai végzettség szignifikáns kapcsolatban azonban csupán az alkoholfogyasztás éves prevalenciájával van, a többi mutató esetében a kapcsolat nem szignifikáns.

A foglalkoztatottsági státusz/aktivitás valamennyi vizsgált alkoholmutatóval szignifikáns kapcsolatban van ( $p < 0,05$ ). A foglalkoztatottak/önállók körében az alkoholfogyasztás éves prevalencia értéke valamelyest magasabb az átlagnál, az AD és AUD tünetek ritkábban fordulnak elő náluk, mint a minta egészében. A munkanélküliek esetében az egy alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége és az előző évben alkoholt fogyasztók aránya is csekély mértékben meghaladja a mintaátlagot, az AD és AUD diagnosztizáltak aránya azonban több mint kétszer akkora, mint a minta egészében.

Az inaktívak közül az AD diagnózis a nyugdíjasok, az AUD diagnózis pedig a diákok körében fordul elő az átlagot meghaladó arányban. Míg azonban a diákoknál feltehetően a jelenlegi nagy mennyiségű alkoholfogyasztás következményei fejeződnek ki a diagnózisban, addig a nyugdíjasok esetében azt feltételezhetjük, hogy a korábbi alkoholfogyasztás hatása fejeződik ki, mert aktuális fogyasztásuk mind mennyiségben, mind pedig gyakoriságban elmarad a minta egészétől.

A háziorvosi körzet régiója alapján kiugróan veszélyeztetettnek látszik az észak-magyarországi régió, ahol a legmagasabb az egy alkalommal elfogyasztott alkohol átlagos mennyisége, és messze a legmagasabb az AD és AUD diagnosztizáltak aránya is. Átlag feletti AD és AUD beteget találtunk Dél-Dunántúlon is, ahol az alkoholt fogyasztók aránya és a fogyasztott mennyiség is magasabb az országos átlagnál.

Településtípusok alapján Budapesten a legnagyobb a fogyasztók aránya és az átlagosan elfogyasztott mennyiség is. Ugyanakkor csak az AUD diagnosztizáltak aránya magasabb az országos átlagnál, az AD diagnosztizáltak aránya elmarad attól. Figyelemre méltó, hogy míg egyéb városokban a fogyasztott mennyiség és a fogyasztók aránya is alig haladja meg a teljes minta átlagát, addig az AD és AUD diagnosztizáltak aránya is ezen a településtípuson a legmagasabb. Minden vizsgált alkoholmutató a községi praxisokban megkérdezett betegek körében a legalacsonyabb.

5. táblázat: Az alkoholfogyasztás főbb mutatói társadalmi-demográfiai helyzet szerint  
 Main indicators of alcohol consumption by socio-demographic status

	Alkohol- fogyasztás éves prevalenciája, %	Egy alkalommal elfogyasztott standard ital/fő	AD az előző évben, %	AUD az előző évben, %
Családi állapot				
Házaspár, együtt élő	60,2	3,7	2,7	3,6
Nem házas, nem együtt élő	64,5	5,2	4,3	6,6
Iskolai végzettség				
Max. 8 osztály	51,4	4,0	4,7	6,9
9–12 osztály	62,9	4,3	3,6	5,1
13+ osztály	64,9	4,4	2,4	3,6
Foglalkoztatottság				
Alkalmazott vagy önálló	65,4	4,3	2,3	3,8
Inaktív, egyéb	54,5	3,8	4,0	5,1
Munkanélküli	64,5	5,8	7,3	10,3
Szubjektív anyagi helyzet				
Átlag alatti	60,4	4,5	6,5	8,4
Átlagos	62,4	4,3	2,5	3,9
Átlag feletti	64,6	4,8	0,0	2,1
Régió				
Közép-Magyarország	67,5	4,7	2,8	5,1
Közép-Dunántúl	58,7	4,2	1,8	2,4
Nyugat-Dunántúl	60,8	3,4	1,7	1,7
Dél-Dunántúl	66,6	4,8	4,5	6,2
Észak-Magyarország	69,9	6,0	9,4	11,2
Észak-Alföld	52,1	3,0	1,7	3,1
Dél-Alföld	50,3	3,0	0,7	1,7
Településtípus				
Budapest	71,6	5,3	3,1	5,5
Megyeszékhely	59,5	3,9	3,4	4,2
Egyéb város	63,3	4,4	4,2	6,0
Község	55,3	3,8	2,7	3,8
Összesen	62,0	4,3	3,3	4,9

## Alkoholprobléma a háziorvosok diagnózisa alapján

A felkeresett háziorvosok 18,9%-a véli úgy, hogy az általunk megkérdezett beteg fogyaszt alkoholt, további 13,5%-uk nem tudja megítélni. Az orvosok véleménye szerint a náluk megjelent betegek 67,6%-a nem szokott alkoholt fogyasztani. Az orvosok által alkoholt fogyasztónak ítélt betegek aránya messze alacsonyabb annál, amit a betegekkel készített interjúk alapján becsülhetünk (6. táblázat).<sup>8</sup>

Az orvosok kicsit több beteg esetében jeleztek jelenlegi függést, és nem különbözött jelentősen az általuk jelzett AUD előfordulási aránya sem attól, ahogyan azt a betegek CIDI-re adott válaszai alapján mértük. Ugyanakkor az egész életre vonatkozóan, a beteg-kérdőívekhez képest kevesebb esetben volt ismeretük korábbi alkoholfüggésről vagy AUD-ről. Lényegesebb különbséget találtunk az alkoholabúzus előfordulási arányában az orvosi és a betegkérdőívek alapján. Míg az orvosok az alkoholabúzus előfordulását az eddigi életben 3,0%-ra, jelenleg pedig 1,9%-ra becsülték, addig a betegekkel kitöltött kérdőívek alapján az abúzus életprevalenciája 8,3%, az előző évi prevalencia pedig 4,6%.

6. táblázat: Az alkoholprobléma főbb mutatói a háziorvos véleménye szerint (%)

Main indicators of alcohol related problems by the opinion of GPs (%)

Az alkoholfogyasztás főbb mutatói	Férfi	Nő	Összesen
Az előző évben alkoholt fogyasztók aránya	31,6	10,9	18,9
Alkoholfüggés (AD) az életben	7,6	2,0	4,2
Alkoholfüggés (AD) az előző évben	7,5	2,0	4,1
Alkoholabúzus (AU) az életben	5,1	1,8	3,0
Alkoholabúzus (AU) az előző évben	3,0	1,3	1,9
AUD az életben	8,5	2,5	4,9
AUD az előző évben	8,3	2,5	4,7

A megkérdezett betegek összesen 4,9%-áról vélte úgy a kezelőorvosa, hogy korábban az élete során volt bármilyen diagnosztizálható alkoholproblémája (AUD, AD vagy AA). Az előző évre vonatkozóan a megfelelő arány 4,7%. Három beteg kivételével, minden esetben egybe esett a jelenlegi diagnózis a korábbi életre vonatkozó feltételezéssel, azaz ugyanazokról vélekedtek úgy, hogy koráb-

<sup>8</sup> Az adatok értelmezéséhez figyelembe kell venni, hogy ennél a kérdésnél az orvosokra bíztuk annak eldöntését, hogy mit tekint „alkoholfogyasztás”-nak. Tehát a kapott válasz nemcsak az orvosoknak a betegük alkoholfogyasztásával kapcsolatos tudását, hanem az alkoholfogyasztás orvosok által történt értelmezését is jelzi.

ban volt alkohollal kapcsolatos problémájuk, akiknek a jelenlegi problémájukról is tudtak. Ez egyben azt is jelenti, hogy olyan betegről nem tudtak az orvosok, akik korábban alkoholbetegek voltak, de már nem azok.

A betegkérdőívek CIDI kérdéssora alapján a megkérdezettek 8,6%-ánál volt most vagy korábban diagnosztizálható az alkoholbetegség bármelyik formája (AD, AUD, AA). Az előző évre vonatkozó arány 4,4%. Azaz, a háziorvosnak az eddigi életre vonatkozóan sokkal kevesebb beteg alkoholproblémájáról volt tudomása, mint ahogy azt a CIDI alapján feltételezhetjük. Az előző évre vonatkozóan a háziorvosoktól kapott adatok alig különböznek a CIDI-n alapuló becslésektől.

A CIDI alapján készített diagnózis gyakran más betegeknél jelzi az alkoholproblémát, mint a háziorvosok diagnózisa. A CIDI alapján most vagy korábban alkoholproblémával rendelkező betegek 30,7%-ánál regisztráltak a háziorvosok is valamilyen alkoholproblémát. Ennél nagyobb arányban jelezték az orvosok az alkoholproblémát azon megkérdezetteknél, akiknél a CIDI a megelőző évre vonatkozóan jelzett diagnosztizálható alkoholtünetet. Legnagyobb arányban az alkoholfüggést diagnosztizálták a háziorvosok, ez sem érte el azonban a CIDI által diagnosztizált alkoholfüggők felét. Összesen 51 olyan beteg volt a mintában (a megkérdezettek 2,2%-a), ahol a CIDI nem jelzett semmilyen alkoholtünetet, viszont a háziorvos tudott volt vagy jelenlegi alkoholproblémáról (7. táblázat).

7. táblázat: A betegkérdőívek CIDI kérdései alapján AD, AA vagy AUD problémával diagnosztizált betegek megoszlása a háziorvosi AD, AU, AUD diagnózis szerint (%)

*Distribution of CIDI diagnosed patients as AD, AU or AUD by GP diagnosis (%)*

	Orvos diagnosztizált valamilyen alkohol- problémát	Orvos nem diagnosztizált alkohol- problémát	Összesen	(N)
CIDI alapján volt az élete során AA, AD, AUD	30,7	69,3	100,0	(199)
CIDI alapján volt az előző évben AA, AD, AUD	42,9	57,1	100,0	(112)
CIDI alapján AD az előző évben	48,1	51,9	100,0	(77)
CIDI alapján AUD az előző évben	42,9	57,1	100,0	(112)
CIDI alapján AA az előző évben	45,3	54,7	100,0	(106)

Megjegyzés: minden sorban  $p < 0,05$ .

## A háziorvosi és a CIDI diagnózist befolyásoló társadalmi-demográfiai tényezők önálló hatása

A keresztábla-elemzések azt mutatták, hogy a CIDI és a háziorvos által alkoholproblémával diagnosztizált betegek szignifikánsan különböznek egymástól életkor, foglalkoztatottsági státus, valamint a háziorvosi rendelő régiója és településtípusa szerint. A CIDI alapján alkoholproblémával bíró betegek közül a háziorvosok nagyobb arányban diagnosztizálták alkoholbetegnek az idősebb, elsősorban az 50 év feletti korosztályt, az inaktívakat és munkanélkülieket. Ugyanakkor a fiatalokat alig (2,1%-ban) diagnosztizáltak, de átlag alatti (33,3%) a rendszeres munkával rendelkezők aránya is a háziorvos által diagnosztizáltak között. Holott a betegkérdőívek alapján AD, AUD vagy AA tünetekkel diagnosztizált betegek 19,6%-a 18–29 éves, 46,4%-a alkalmazott vagy önálló.

Régiók és településtípusok szerint szintén szignifikáns különbséget találunk az orvosi és CIDI diagnózisok között. Elsősorban Közép-Magyarországon és Dél-Dunántúlon becsülik alul a háziorvosok az alkoholprobléma elterjedtségét, míg Észak-Magyarországon és az Észak-Alföldön az orvosi diagnózisok aránya jelentősebben meghaladja a CIDI által alkoholproblémával jellemezhető betegek arányát.

Településtípus szerint elsősorban Budapesten és az egyéb városokban marad rejtve nagyobb arányban az orvosok számára a betegek alkoholproblémája, míg községekben és megyeszékhelyeken inkább felülbecslik a háziorvosok az alkoholprobléma mértékét.

A társadalmi-demográfiai tényezők önálló hatásának vizsgálatára bináris logisztikus regresszió elemzést végeztünk. Két modellt készítettünk: az egyikben azt vizsgáltuk, hogy a megkérdezett betegek CIDI-re adott válaszai alapján problémás alkoholfogyasztói csoportba kerülés esélyét mennyire befolyásolják a vizsgált társadalmi-demográfiai változók, a másik modellben pedig azt vizsgáltuk, hogy ezek a tényezők mennyire befolyásolják a háziorvost a problémás alkoholfogyasztóvá minősítésben.

A CIDI és a háziorvosi diagnózis alapján egyaránt szignifikáns hatással van a problémás fogyasztók csoportjába kerülésre a megkérdezett beteg neme. Mindkét esetben lényegesen kisebb eséllyel válnak problémás alkoholfogyasztóvá a nők, mint a férfiak. Ez nem tér el más hazai és nemzetközi kutatások eredményeitől, melyek szerint az alkoholbetegek között sokkal nagyobb a férfiak aránya, mint a nőké (Elekes 2011, 2012). Mivel a CIDI-t tekinthetjük egy objektív (legalábbis minősítéstől és a női alkoholizmus rejtésétől mentes) mérőeszköznek, azt feltételezhetjük, hogy a megvizsgált betegpopulációban a problémás alkoholfogyasztás a nők körében valóban sokkal ritkábban fordul elő, mint a férfiaknál.



A korcsoport mindkét besorolás alapján szignifikáns hatással van a problémás fogyasztás kialakulására. Itt azonban eltérés figyelhető meg az orvosi és a CIDI besorolás között. Az orvosok diagnózisa szerint az idősebb és különösen az 50 év feletti korcsoport esetében sokkal nagyobb a valószínűsége annak, hogy kialakul az alkoholprobléma valamilyen formája, mint a fiatal, 18–29 éves korcsoportnál. Az orvosi minősítés szerint az 50–64 évesek több mint nyolcszoros eséllyel válnak problémás fogyasztóvá, mint a 18–29 évesek. A CIDI ugyanakkor sokkal kisebb esélykülönbségeket jelez a korcsoportok között, és ez alapján a legveszélyeztetettebbnek a középkorúak – a 30–49 évesek – tekinthetők, de az ő esélyük is a problémás fogyasztóvá válásra csak alig kétszerese a fiatalokénak.

A családi állapot – a házasságban/párkapcsolatban élés – mindkét besorolás alapján szignifikánsan csökkenti a problémás fogyasztóvá válás esélyét. Azaz más, korábbi kutatásokhoz hasonlóan a mostani eredmények is a párkapcsolat egyértelmű védő hatását mutatják (Elekes 2009, 2012).

A megkérdezettek iskolai végzettsége sem a háziorvos, sem pedig a CIDI alapján nem befolyásolja szignifikánsan az alkoholprobléma kialakulását. Hasonlóképpen, a szubjektív besorolás alapján mért anyagi helyzet is csak globálisan hat a problémás alkoholfogyasztásra, de a kapott eredmények alapján nem mondhatjuk azt, hogy az átlag alatti, átlag feletti vagy átlagos anyagi helyzet önmagában szignifikáns hatással lenne a problémás fogyasztásra. Ez pedig a kisszámú korábbi hazai kutatás közül azoknak az eredményeit támasztja alá, melyek szerint az alkoholprobléma nem köthető egyértelműen társadalmi pozícióhoz, legalábbis nem olyan pozícióhoz, amit az iskolai végzettséggel és anyagi helyzettel mérni tudunk (Elekes 2009, 2012). Ugyanakkor mind az orvosi, mind pedig a CIDI besorolás alapján is a foglalkoztatottsági aktivitás hatása egyértelmű. Ennek alapján az alkoholproblémával szemben az aktív keresők a leginkább védettek, akár alkalmazottak, akár önfoglalkoztatottak. Az orvosi és a CIDI besorolás alapján is a munkanélkülieknek közel két és félszer nagyobb az esélyük a problémás fogyasztóvá válásra, mint a foglalkoztatottaknak. Az orvosi vélemények alapján az inaktívknál a legnagyobb az esélye az alkoholprobléma kialakulásának, ugyanakkor a CIDI besorolás szerint az inaktívak kisebb valószínűséggel válnak problémás fogyasztóvá, mint a munkanélküliek.

A felkeresett háziorvosi körzet régiója szintén szignifikáns hatással van az alkoholprobléma kialakulására, mind a háziorvosi, mind pedig a CIDI besorolás alapján. Ennek alapján kiemelkedően érintettnek tűnik az észak-magyarországi régió, ahol az orvosi vélemények alapján hatszoros, a CIDI alapján pedig több mint háromszoros a valószínűsége annak, hogy az ott élők (ott kezelték) problémás alkoholfogyasztók legyenek, mint a közép-magyarországi régióban.

Végül, a háziiorvosi praxis településének típusa a CIDI alapján egyáltalán nem befolyásolja az alkoholprobléma kialakulásának az esélyét, és a háziorvos besorolása alapján is csak enyhe globális hatást tudtunk kimutatni (8. táblázat).

*8. táblázat: Az alkoholprobléma diagnosztizálásának esélyét növelő társadalmi-demográfiai tényezők a háziorvos és a betegek által kitöltött CIDI alapján (logisztikus regressziós modellek esélyhányadosai)*

*Odds ratio of different socio-demographic factors influencing alcohol related problems' diagnosis of GP and CIDI (results of logistic regression models)*

	Jelenlegi/előző évi AD, AUD, AU probléma a háziorvos szerint		Jelenlegi/előző évi AD, AUD, AU probléma a CIDI szerint	
	exp (B)	p	exp (B)	p
Neme (ref: férfi)				
nő	0,206	0,000	0,109	0,000
Korcsoport (ref: 18–29)				
30–49	7,660	0,000	2,187	0,011
50–64	8,029	0,000	1,266	0,455
Családi állapot (ref: nem házas)				
házas	0,612	0,026	0,544	0,006
Iskolai végzettség (ref: max. 8 osztály)				
9–12 osztály	0,826	0,480	0,727	0,271
13+ osztály	0,634	0,165	0,662	0,219
Foglalkoztatottság (ref: foglalkoztatott vagy önálló)				
inaktív, egyéb	3,019	0,000	1,977	0,012
munkanélküli	2,410	0,006	2,422	0,004
Szubjektív anyagi helyzet (ref: átlag feletti )				
átlagos	1,597	0,658	1,591	0,656
átlag alatti	4,232	0,178	3,101	0,285

ALKOHOLPROBLÉMA A HÁZIORVOSI RENDELŐK BETEGEI KÖZÖTT

	Jelenlegi/előző évi AD, AUD, AU probléma a háziorvos szerint		Jelenlegi/előző évi AD, AUD, AU probléma a CIDI szerint	
	exp (B)	p	exp (B)	p
Régió				
(ref: Közép-Magyarország)				
Közép-Dunántúl	1,344	0,722	0,793	0,688
Nyugat-Dunántúl	1,935	0,480	0,760	0,757
Dél-Dunántúl	2,135	0,340	1,772	0,280
Észak-Magyarország	6,008	0,019	3,391	0,013
Észak-Alföld	3,275	0,133	0,966	0,952
Dél-Alföld	2,230	0,313	0,475	0,248
Településtípus				
(ref: Budapest)				
Megyeszékhely	0,563	0,477	0,438	0,143
Egyéb város	0,261	0,081	0,732	0,521
Község	0,439	0,299	0,384	0,081
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,232		0,227	

## Segítségkérés az alkoholprobléma kezelésére

A CIDI alapján diagnosztizálható alkoholproblémát jelző betegek alig egynegyede kért eddigi élet során bármilyen segítséget a problémája megoldására. Az előző évi alkoholproblémáról beszámoló betegek közül az előző évben segítséget kérők aránya valamelyest magasabb: 30,1%. Ez azonban ritkán jelent valamilyen szakszerű segítséget: a diagnosztizált betegek összesen 14,3%-a fordult szakemberhez, elsősorban a háziorvosához. Alkoholproblémára szakosodott szakellátás vagy egyéb szakember alig fordul elő az említések között. A diagnosztizált betegek 17%-a családtól vagy baráttól kért segítséget. Nagyon kicsi azon betegek aránya, akik családtól és szakembertől egyaránt kértek segítséget.

A betegkérdőívek alapján az alkoholproblémával diagnosztizáltaknak csupán 11,6%-a kapott ténylegesen is segítséget. A segítség konkrét formáját nagyon kevesen jelölték meg: többnyire szóbeli tanácsadást említettek válaszként.

A betegektől kapott válaszok alapján még kisebb arányban kértek segítséget alkoholproblémájukra azok, akiknél az orvos diagnosztizált valami-

lyen alkoholproblémát. Ugyanakkor az orvos véleménye szerint e betegek 34,9%-a korábban, 40,6%-a pedig jelenleg kezelés alatt áll alkoholproblémája miatt. A háziorvos szerint kezelésben lévő betegek 27%-a kap valamilyen pszichoszociális ellátást, 14,6%-a gyógyszeres kezelést, 7,3%-uk pedig mindkét terápiában részesül. A háziorvosi kérdőív szerint alkoholprobléma miatt kezelésben lévő betegek közel felének terápiajáról a háziorvos nem tudott/akart információt adni (9. táblázat).

9. táblázat: Szakmai segítséget kérők/kapók aránya a megkérdezettek és az orvosok válaszai alapján a CIDI, illetve az orvosok által diagnosztizált problémás alkoholfogyasztókon belül (%)  
Ratio of patients asking/receiving professional help by GP and CIDI diagnoses (%)

	CIDI		Orvos által regisztrált	
	AD, AUD, AU probléma az életben	AD, AUD, AU probléma az előző évben	AD, AUD, AU probléma most vagy régen	alkohol-probléma az elmúlt 12 hónapban
Kért segítséget az életben – beteg szerint	27,3	24,1	15,0	14,3
Kért segítséget az elmúlt évben – beteg szerint	22,1	30,1	18,8	18,3
Kapott segítséget az elmúlt évben – beteg szerint	8,0	11,6	10,7	10,1
Kezelésben volt – orvos szerint	13,6	22,3	34,8	34,9
Kezelésben van – orvos szerint	14,7	22,7	39,4	40,6
(N)	(199)	(112)	(112)	(101)

## KÖVETKEZTETÉSEK

A betegek által kitöltött kérdőívek alapján a megkérdezettek 62%-a fogyasztott alkoholt a megelőző évben, 4,2%-uk minden nap iszik. Az egy fogyasztási alkalomra jutó alkohol mennyisége 41,51 gramm/fő.

A betegektől kapott válaszokhoz képest a háziorvosok sokkal kisebb arányban jelezték a betegek alkoholfogyasztását: az előző évi prevalencia a háziorvosok válaszai alapján csupán 18,9%. Ez adódhat abból, hogy az orvosok nem ismerik az általuk kezelt betegek alkoholfogyasztási szokásait (ezt az orvosoktól kapott „nem tudom” válaszok nagy aránya is alátámasztja), de jelentheti azt is, hogy az ivás kapcsán az orvosok gyakran a mértéktelenebb alkoholfogyasztásra gondolnak. Más kutatásokból tudjuk, hogy ez az értelmezés nemcsak az orvosokra, hanem a társadalom többségére jellemző (Thickett et al. 2013).

Összehasonlítva mostani adatainkat az utolsó rendelkezésre álló országos kutatás (ELEF 2009) eredményeivel azt látjuk, hogy az előző év fogyasztására vonatkozó adat közel azonos az ELEF és a jelen kutatásban megkérdezettekől kapott válaszok alapján, viszont a háziorvosok az ELEF-hez képest is jóval kisebb mértékűre becsülik az alkoholfogyasztást betegeik körében. A mostani kutatás betegkérdőíveivel összehasonlítva, az ELEF kutatásban valamelyest magasabb (8,4%) volt a napi rendszerességgel ivók aránya, viszont alacsonyabb volt az elfogyasztott egy főre jutó mennyiség (11,98 cl/fő az előző hétre vonatkozóan).

A betegek CIDI kérdéssorra adott válaszai alapján a DSM V. kritériumainak megfelelő alkoholprobléma (AUD) 4,9%-uknál volt diagnosztizálható a megelőző évben. A DSM IV. kritériumainak megfelelő alkoholabúzus (AU) 4,6%-uknál, alkoholfüggés (AD) pedig 3,3%-uknál derült ki.

A háziorvosok a betegkérdőívekhez hasonló arányban jelezték az előző évi AUD előfordulást, viszont a CIDI-hez képest több esetben jeleztek AD előfordulást, és ritkábban számoltak be AU diagnózisról. Az orvosok diagnózisai a beteg egész életére vonatkozóan rendre elmaradnak a betegek válaszai alapján becsült értékektől. Azaz, azt feltételezhetjük, hogy a betegek korábbi, de mára megszűnt alkoholproblémáiról a háziorvosok kevesebb ismerettel rendelkeznek.

A problémás ivók arányát az ELEF 4,3%-ra becsülte. Ez az érték közelíti a mostani kutatás betegektől és orvosoktól kapott AUD eredményeit, valamint az orvosoktól származó AD és a betegektől származó AU értékeket. Az ELEF problémás ivókra vonatkozó adata jelentősen meghaladja az orvosok AU becslését, és a betegek válaszai alapján becsült AD értéket (Elekes 2012).

Bár a betegek CIDI-re adott válaszai alapján készült, alkoholproblémára vonatkozó becslések több mutató esetében hasonló értékeket mutatnak, mint az

orvosok diagnózisai alapján kapott arányok, a CIDI becslés és az orvosi diagnózis sok esetben nem egyezik: a CIDI által most vagy korábban kimutatott bármilyen alkoholproblémát (AD, AUD, AU) a betegek csupán 30,7%-ánál diagnosztizálta a háziorvos is a jelenlegi vagy korábbi időszakra vonatkozóan. Valamelyest kedvezőbb az arány az előző évre vonatkozó adatok esetében, de így is csak a CIDI által problémás fogyasztónak jelzett betegek 42,9%-ánál diagnosztizált a háziorvos is alkoholproblémát.

Amennyiben a jelen kutatás problémás alkoholfogyasztóinak definiálásakor a CIDI-t és a háziorvosi diagnózist is figyelembe vesszük, akkor az előző évi alkoholprobléma (AD, AUD, AU) arányát 7,5%-ra becsülhetjük a háziorvosi rendeléseken megjelent betegek körében. Ez jelentősen meghaladja az ELEF megfelelő becslését. Ennek alapján azt feltételezhetjük, hogy a háziorvosi rendelőkben megjelent betegek körében az alkoholprobléma jóval elterjedtebb, mint a teljes népességben.

Néhány társadalmi-demográfiai mutató mentén jellegzetes különbségek is megfigyelhetők a CIDI által, illetve a háziorvos által diagnosztizált problémás alkoholfogyasztó betegek között. A háziorvosok nagyobb arányban jeleznek alkoholproblémát az idősebbek között, az alacsonyabb iskolai végzettségű, inaktív vagy munkanélküli betegek között. Régióként szintén szignifikáns különbségek mutathatók ki a háziorvosi és a CIDI diagnózis alapján: az észak-magyarországi és a dél-dunántúli praxisok háziorvosai sokkal nagyobb arányban diagnosztizálják a CIDI-vel egyezően az alkoholproblémát, mint más területeken élő kollégáik.

A regresszióelemzés szintén azt mutatta, hogy a háziorvosok nagyobb eséllyel diagnosztizálják az alkoholprobléma valamely formáját az idősebb korcsoportokban, az inaktívak körében, valamint az észak-magyarországi régióban. A nem és a családi állapot szignifikáns hatása mutatható ki mindkét diagnózis alapján: a férfiak és az egyedül élők egyaránt nagyobb valószínűséggel válnak problémás alkoholfogyasztóvá. Ugyanakkor figyelemre méltó eredmények tartjuk, hogy sem az iskolai végzettség, sem pedig a szubjektív anyagi helyzet hatása nem mutatható ki egyik diagnózis alapján sem.

Az eddig leírtak nem tekinthetők magyar sajátosságnak. A kutatásban résztvevő országok egészét jellemző adatok is arra utalnak, hogy bár a CIDI és a háziorvosi diagnózis nagyjából hasonló arányban jelzi az alkoholprobléma elterjedtségét, a két diagnózis az esetek alig egyötödében egyezik meg. Ugyanakkor a kutatásban résztvevő 6 ország összesített adatai alapján az volt megállapítható, hogy a háziorvosok közel kétszer akkora arányban diagnosztizálják az alkoholproblémát, mint ahogy az a normál populációs kutatások alapján feltételez-

hető (Rehm et al. 2015a). A magyar eredmények ettől eltérőek. Bár a háziiorvosi diagnózis nálunk is meghaladja az ELEF adatai alapján mért problémás alkoholfogyasztók arányát, a különbség elhanyagolható.

Hasonlóan a magyar eredményekhez, a nemzetközi adatok is azt mutatják, hogy a háziorvosok nagyobb arányban diagnosztizálják az alkoholprobléma valamilyen formáját idősebb, alacsonyabb iskolai végzettségű munkanélküli betegeknél, mint ahogy azt a CIDI diagnózisa alapján feltételezhetnénk. A nemzetközi kutatócsoport egyik magyarázata ezzel kapcsolatban az volt, hogy a CIDI kevésbé alkalmas az idősebb korcsoportok alkoholproblémáinak diagnosztizálására abból következően, hogy elsősorban az alkoholfogyasztás fiatalokra jellemző pszichés következményeire koncentrált, és kevésbé méri a túlzott ivás szomatikus következményeit, amelyeket elsősorban a háziorvosok észlelik. Ugyanakkor nem zárhatjuk ki azt sem, hogy a háziiorvosi diagnózisra hatással vannak a „tipikus alkoholistát” leíró sztereotípiák, amelyek az alkoholproblémát az idős, alacsony iskolai végzettségű, szegény társadalmi csoportokhoz kötik (Elekes 2013). Véleményünk szerint ezt támasztja alá, hogy az inaktivitás és munkanélküliség önálló hatása is sokkal erősebb a háziiorvosi, mint a CIDI diagnózis esetében. Mindez ugyanakkor azt is jelenti, hogy a fiatalkori alkoholprobléma gyakran rejtve marad a háziorvosok számára.

Az alkoholproblémával diagnosztizált betegek jelentős része senkitől sem kér segítséget a problémája kezelésére. Ezt tapasztaltuk a magyar betegek körében, de erre a következtetésre jutottunk a nemzetközi adatok feldolgozásakor is. A résztvevő országok egészét tekintve az előző évi AUD diagnosztizáltak 80%-a, és az egész életre vonatkozóan AUD diagnosztizáltak 77%-a soha nem kért semmilyen szakmai segítséget (Probst et al. 2015). A leggyakrabban elhangzott indokok valamennyi országban hasonlóak: az „egyedül is megbirkózom vele”, „nem okoz gondot”, azaz a probléma tudatosulásának a hiánya, a segítségkérés szükségességének fel nem ismerése volt. Szakmai segítségként is elsősorban a háziorvost említették, alkoholprobléma kezelésére szakosodott szakmai vagy önszervező szervezetek alig kerültek említésre. Ez mindenképpen a háziorvosok szerepének a fontosságára hívja fel a figyelmet. Ugyanakkor feltételezhetjük azt is, hogy Magyarországon a szakellátó hálózat rendkívüli szűkössége is hozzájárul ahhoz, hogy a betegek többsége teljesen ellátatlan marad.

Azok, akik valakitől mégis segítséget kértek, elsősorban barátokhoz, hozzátartozókhoz fordultak, szakellátást alig vettek igénybe. Ennek oka lehet a szakellátó hálózat szűkössége, a kezelés okozta stigmatizációtól való félelem, vagy az alkoholprobléma súlyosságának fel nem ismerése.

**IRODALOM**

- American Psychiatric Association 2000: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington. <http://psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. Letöltve: 2015. 04. 10.
- Bloomfield, Kim – Hope, Ann – Kraus, Ludwig 2013: SMART: Standardized Measurement of Alcohol Related Troubles. Alcohol survey measures for Europe: A literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20(5), 348–360.
- ELEF 2009: Európai lakossági egészségfelmérés. <http://www.ksh.hu/elef/archiv/2009/index.html>.
- Elekes Zsuzsanna 2009: *Egy változó kor változó ifjúsága – A fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon, ESPAD 2007*. NDI – L'Harmattan.
- Elekes Zsuzsanna 2011: Azonos szerepek azonos szenvedélyek? A fiatalok egészségkárosító magatartásaiban végbement változásokról. In Nagy Ildikó – Pongrácz Tiborné (szerk.): *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*. TÁRKI – Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Budapest, 265–282.
- Elekes Zsuzsanna 2012: Alkoholfogyasztás Magyarországon az ELEF 2009 adatai alapján. In Gárdos Éva (szerk.): *Európai Lakossági Egészségfelmérés 3. Tanulmányok II*. KSH, Budapest, 73–90.
- Elekes Zsuzsanna 2013: *Beteg, bűnöző, szegény vagy csak fiatal? Addiktív viselkedések megjelenése a médiában*. Előadás a Magyar Addiktológia Társaság kongresszusán. 2013. november 21–23., Siófok.
- Kessler, Ronald C. – Barker, Peggy R. – Colpe, Lisa J. – Epstein, Joan F. – Gfroener, Joseph C. – Hiripi, Eva – Howes, Mary J. – Normand, Sharon-Lise – Manderscheid, Ronald W. – Walters, Ellin E. – Zaslowsky, Alan M. 2003: Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184–189.
- KSH 2013: *Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2012*. KSH, Budapest.
- KSH 2014: *A társadalmi haladás mutatószámrendszere*. KSH, Budapest. <http://www.ksh.hu/thm/tablak.html>. Letöltve: 2015. 08. 31.
- Manthey, Jakob – Gual, Antoni – Jakubczyk, Andrzej – Pieper, Lars – Probst, Charlotte – Struzzo, Pierluigi – Trapencieris, Marcis – Wojnar, Marcin – Rehm, Jürgen 2015a: Alcohol use disorders in Europe: a comparison of general population and primary health care prevalence rates. *Journal of Substance Use*. Megjelenés alatt.
- Manthey, Jacob – Probst, Charlotte – Hanschmidt, Franz – Rehm, Jürgen 2015b: Identification of smokers, drinkers and risky drinkers by general practitioners. *Drug and Alcohol Dependence*. Megjelenés alatt. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.06.017
- OEFI – OAC 2013: Országos Egészségfejlesztési Intézet, Országos Addiktológiai Centrum: *Alkoholpolitikai szakpolitikai program*. Kézirat.
- Probst, Charlotte – Manthey, Jakob – Martinez, Alicia – Rehm, Jürgen 2015: Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(32). doi: 10.1186/s13011-015-0028-z.



- Rehm, Jürgen – Schield, Kevin D. – Rehm, Maximilien X. – Gmel, Gerrit Jr. – Frick, Ulrich 2012: *Alcohol Consumption, Alcohol Dependence, and Attributable Burden of Disease in Europe: Potential Gains from Effective Interventions for Alcohol Dependence*. Centre for Addiction and Mental Health, Toronto.
- Rehm, Jürgen – Schield, Kevin D. – Gmel, Gerrit – Rehm, Maximilien X. – Frick, Ulrich 2013: Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*, 23(2), 89–97.
- Rehm, Jürgen – Allamani, Allaman – Della Vedova, Roberto – Elekes, Zsuzsanna – Jakubczyk, Andrzej – Landsmane, Inga – Manthey, Jakob – Moreno-España, José – Pieper, Lars – Probst, Charlotte – Snikere, Sigita – Struzzo, Pierluigi – Voller, Fabio – Wittchen, Hans-Ulrich – Gual, Antoni – Wojnar, Marcin 2015a: General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries. *The Annals of Family Medicine*, 13(1), 28–32. <http://www.annfammed.org/content/13/1/28.long>.
- Rehm, Jürgen – Allamani, Allaman – Elekes, Zsuzsanna – Jakubczyk, Andrzej – Manthey, Jakob – Probst, Charlotte – Struzzo, Pierluigi – Della Vedova, Roberto – Gual, Antoni – Wojnar, Marcin 2015b: Alcohol dependence and treatment utilization in Europe – a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Family Practice*, 16(90). doi: 10.1186/s12875-015-0308-8. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/16/90>.
- Thickett, Antoni – Elekes, Zsuzsanna – Allaste, Alina – Kaha, Kaja – Moskalewicz, Jacek – Kobin, Maarja – Thom, Betsy 2013: The meaning and use of drinking terms: Contrasts and commonalities across four European countries. SMART: Standardized Measurement of Alcohol Related Troubles. *Drugs: education, prevention and policy*, 20(5), 375–382.
- UKATT Research Team 2005: Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *British Medical Journal*, 10(331), 544.
- Üstün, Bedirha T. – Chatterji, Somnath – Kostanjsek, Nenad – Rehm, Jürgen – Kennedy, Cille – Epping-Jordan, Joanne 2010a: Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(11), 815–823.
- Üstün, Bedirha T. – Kostanjsek, Nenad – Chatterji, Somnath – Rehm, Jürgen 2010b: *Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization, Geneva.
- WHO 2014: *Global status report on alcohol and health*. World Health Organization, Geneva.

## MELLÉKLET

### Az APC kutatásban használt CIDI-kérdések<sup>9</sup>

Melyik problémát, élményt tapasztalta meg az eddigi életében és az elmúlt 12 hónapban?

1. Többet kellett innia, mint korábban, hogy ugyanazt a hatást elérje.
2. Kisebb hatása volt az alkoholnak, mint korábban.
3. Erős sóvárgást, vágyat érzett az alkohol iránt.
4. Rendszeresen előfordult, hogy gyakrabban vagy hosszabb ideig ivott, mint azt eredetileg tervezte.
5. Nehéz volt abbahagyni az ivást, mielőtt berúgott volna.
6. Próbált kevesebb alkoholt inni vagy teljesen felhagyni az ivással.
7. Egészségügyi problémái (remegés, izzadás, ingerlékenység) voltak, amikor a szokásosnál kevesebbet ivott vagy nem ivott egyáltalán.
8. Azért ivott alkoholt, hogy ezeket az egészségügyi problémákat elkerülje.
9. Sok időt töltött az ivással vagy a hatásának kiheverésével.
10. Fontos tevékenységekre kevesebb időt fordított vagy teljesen abbahagyta azokat (lehet munka és szabadidős tevékenység is).
11. Testi betegségei (májbetegség, gyomorpanaszok) vagy pszichés, lelki problémái (depresszió, szorongás) alakultak ki az alkoholfogyasztás miatt.

---

<sup>9</sup> A CIDI-nek ismert több itemből álló kérdéssora is, ebben a kutatásban a rövidebb változatot használtuk.

## **ALCOHOL PROBLEM AMONG PRIMARY HEALTH CARE PATIENTS. HUNGARIAN RESULTS OF THE APC (ALCOHOL DEPENDENCE IN PRIMARY AND SPECIALIST CARE IN EUROPE) STUDY**

### **ABSTRACT**

The paper presents the Hungarian results of the APC (Alcohol Dependence in Primary and Specialist Care in Europe) study. The survey was conducted in 6 European countries with the purpose of researching the spread of alcohol related problems among patients of primary health care.

Within the frame of the Hungarian data collection we interviewed 2308 patients in 56 primary care centres about their drinking habits, drinking related problems and about asking help for their problems. We also asked doctors of PC centres to fill in a short questionnaire about the health status of the interviewed patient.

As a result we have found that the doctors do not always have information about the alcohol status of the patient, and patients do rarely ask for and rarely receive help for the alcohol problem. On the basis of information received from patients 8,6% have had some alcohol related problems, while only 30.7% of them had also been diagnosed by the doctor. Patients diagnosed as alcohol abusers or alcohol addicts by the doctor or on the basis of their own answers significantly differ by their age, activity and the region of the primary care centre. Doctors more frequently diagnose elderly, unemployed and inactive patients as problematic alcohol user.

Only one fourth of patients diagnosed as problematic alcohol user asked for help for the problem and only 14.3% of them asked for professional help.