

Актуальні положення консультування пацієнта з проблемою вживання алкоголю у практиці сімейного лікаря (на підставі європейського досвіду)

Л.С. Бабінець

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Вживання алкоголю призводить до багатьох розладів здоров'я і до інших проблем. Сімейний лікар і його медперсонал відіграють незамінну роль у ранньому виявленні небезпечного та шкідливого вживання алкоголю у своїх пацієнтів.

Метою дослідження є аналіз актуальних положень консультування пацієнта з проблемою вживання алкоголю у клінічній практиці сімейного лікаря, а також формування даної навички у процесі викладання на підставі Європейського клінічного протоколу (Хорватія) з ведення даної проблеми у первинній медичній практиці.

Ризики і наслідки вживання алкоголю є надзвичайно гострою проблемою для здоров'я через його поширеність і суворість. Управління такими проблемами вимагає цілісного підходу пацієнтів, сімей і всього суспільства, установ та організацій. У цьому дуже важливу роль відіграють усі лікарі, особливо сімейні лікарі зі своїми колективами, які є незамінними у профілактиці та, головним чином, у ранньому виявленні небезпечного і шкідливого вживання алкоголю. Кожен лікар незалежно від спеціальності повинен засвоїти основний підхід у вирішенні проблем із вживанням алкоголю.

Основними завданнями лікарів у цій ситуації є наступні: запитати, проаналізувати, надати пораду, отримати згоду і комплаєнс з пацієнтом, надати допомогу згідно з протоколом, а також організувати подальші дії.

Ключові слова: зловживання алкоголем, консультування хворих, анкетування, тактика малих втручань, практика сімейного лікаря.

Updated positions of consultancy of the patient with drinking alcohol problems in the family doctor's practice (based on european experience)

L.S. Babinets

Alcohol use causes many health disorders and other problems. The family physician and his/her staff play an indispensable role in the early detection of dangerous and harmful alcohol in their patients.

The purpose is to analyze the current provisions of counseling the patient on the problem of alcohol use in clinical practice by a family doctor, as well as to formulate this skill in the process of teaching based on a European (Croatian) protocol for managing this problem in primary medical practice.

The risks and consequences of drinking are an extremely big health problem because of its prevalence and severity. Managing such issues requires a holistic approach from patients, families and the entire community to its institutions and organizations. All physicians, especially family physicians with their staff, who play an essential role in the prevention and, in particular, the early detection of dangerous and harmful alcohol consumption, play a very important role in this. Every doctor, regardless of their specialty, must adopt a basic approach to dealing with alcohol problems.

The main tasks of physicians in this situation are the following: ask, evaluate, provide advice, obtain consent and compliance with the patient, provide protocol assistance, and follow-up.

Key words: alcohol abuse, counseling of patients, questioning, tactics of small interventions, practice of family doctor.

Актуальные положения консультирования пациента с проблемой употребления алкоголя в практике семейного врача (на основе европейского опыта)

Л.С. Бабінець

Употребление алкоголя приводит ко многим расстройствам здоровья и к другим проблемам. Семейный врач и его медперсонал играют незаменимую роль в раннем выявлении опасного и вредного употребления алкоголя у своих пациентов.

Целью исследования был анализ актуальных положений консультирования пациента с проблемой употребления алкоголя в клинической практике семейного врача, а также формирование данного навыка в процессе преподавания на основе Европейского клинического протокола (Хорватия) по ведению данной проблемы в первичной медицинской практике.

Риски и последствия употребления алкоголя являются чрезвычайно большой проблемой для здоровья из-за его распространенности и суровости. Управление такими проблемами требует целостного подхода пациентов, семей и всего общества, учреждений и организаций. Важную роль при этом играют все врачи, особенно семейные врачи со своими коллективами, которые являются незаменимыми в профилактике и, главным образом, в раннем выявлении опасного и вредного употребления алкоголя. Каждый врач независимо от специальности должен усвоить основной подход в решении проблем с употреблением алкоголя.

Основными задачами врачей в этой ситуации являются следующие: спросить, проанализировать, дать совет, получить согласие и комплаєнс с пациентом, оказать помощь в соответствии с протоколом, а также организовать дальнейшие действия.

Ключевые слова: злоупотребление алкоголем, консультирование больных, анкетирование, тактика малых вмешательств, практика семейного врача.

Вживання алкоголю призводить до багатьох розладів здоров'я і до інших проблем. Оскільки багато людей вживають алкоголь, сімейному лікареві у своїй практиці доводиться часто розглядати можливість того, що скарги пацієнта пов'язані з вживанням алкоголю. Сімейний лікар і його

медперсонал відіграють незамінну роль у ранньому виявленні небезпечного та шкідливого вживання алкоголю у своїх пацієнтів [3].

Актуальність проблеми базується на значному вживанні алкоголю у різних країнах, зокрема в Словенії, де воно стано-

вить 16–18 л чистого алкоголю на рік на одного мешканця від 15 років і старше (11 л зареєстрованого і 5–7 л незареєстрованого алкоголю, тобто того, що виробляють люди самостійно вдома) [7]. У перерахунку на вино це становить споживання 80–150 л вина на рік на одного мешканця від 15 років і старше. Лише 3–5% чоловіків і 7–8% жінок утримуються від вживання алкоголю. За оцінюванням експертів, у Словенії приблизно 170 тис. алкогользалежних осіб. Летальність від цирозу печінки внаслідок такого вживання алкоголю висока (38,9 на 100 тис. жителів), фіксують велику кількість самогубств [7, 8]. Також високе споживання алкоголю в Хорватії: 15,1 л чистого алкоголю на рік на жителя від 15 років і старше (12,6 л зареєстрованих і 2,5 л незареєстрованих алкогольних напоїв, які виробляють люди вдома) [4]. Щодо виду алкогольних напоїв, то хорвати найчастіше п'ють вино (47%), тоді як 37% здебільшого вживають пиво, а 15% п'ють міцні спиртні напої.

Тенденція споживання алкоголю зменшилась порівняно з 90-ми роками минулого століття, але вона була стабільною у першому десятилітті цього століття [5, 8]. Останніми роками розрахунковий показник дорожньо-транспортних пригод, спричинених споживанням алкоголю серед осіб старше 15 років, становив 25,6 на 100 тис. жителів для чоловіків і 6,0 на 100 тис. для жінок. За даними ВООЗ, станом на сьогодні алкогольні напої вживають понад 90% населення Землі, 50% – вживають їх щомісяця. Щоденно алкоголь вживають 10% чоловіків і 5% жінок [10].

Серед причин смерті населення алкоголізм стоїть на третьому місці (у США – це причина смерті 13 тис. осіб щороку) [4]. В Україні щороку приходить 14 л алкоголю на людину (неофіційно – до 50–60 л). Пацієнти приховують від лікарів зловживання алкоголем, і у них діагностують патологію внутрішніх органів неалкогольної етіології. Водночас відомо, що не менше 40–50% усіх гепатитів, хронічних панкреатитів й інших органних уражень у хворих на лікуванні в терапевтичних і гастроентерологічних відділеннях мають алкогольну етіологію [10]. Тому важливо формувати навичку вміння у лікарів первинної медичної допомоги встановлювати роль алкогольного фактора у проблемах пацієнтів, а також алгоритму консультування хворих з проблем зловживання алкоголю.

Мета дослідження: аналіз актуальних положень консультування пацієнта з проблемою вживання алкоголю у клінічній практиці сімейного лікаря, а також формування даної навички у процесі викладання на підставі Європейського клінічного протоколу (Хорватія) з ведення даної проблеми у первинній медичній практиці.

Важливим аспектом даної проблеми є правильне розуміння визначення дефініції людини, яка вживає алкоголь. Кількість споживаного алкоголю можна виміряти в одиницях або стандартних напоях. В одній одиниці міститься приблизно 10 г чистого спирту, що дорівнює 1 дл вина (при міцності 12%), або 2,5 дл пива (при 5% міцності), або один невеликий келих 0,3 дл коньяку (при міцності 30–40%), або 2–2,5 дл сидру, що містить алкоголь. Одна одиниця алкоголю (10 г чистого спирту) однакова в більшості європейських країн, тоді як у Великобританії – 8 г, у США – 14 г.

Кількість алкоголю в деяких напоях:

- 1 пляшка пива з приблизно 5% алкоголю (0,5 л) = 2 одиниці алкоголю;
- 1 бляшанка пива з приблизно 5% алкоголю (0,33 л) = 1,3 одиниці алкоголю;
- 1 банка спиртних напоїв 4–7% спирту (0,33 л) = 1,2–2,0 одиниці спирту;
- 5 пляшок «безалкогольного» пива з 0,5% спирту (2,5 л) = 1 одиниця алкоголю;
- 1 пляшка вина з приблизно 11–12% алкоголю (7 дл) = 7 одиниць алкоголю [2].

Розглянемо клінічну ситуацію, коли 29-річний бухгалтер звернувся до лікаря через головний біль і легкий біль у животі. Під час консультації він зауважив, що ці проблеми турбують його станом на сьогодні, а причиною цього було швидше за все вживання алкоголю з друзями напередодні на вечірці. Взагалі-то він вважає себе здоровим, хоча кілька разів виникали подібні проблеми, коли він зловживав алкоголем.

Розглядаючи проблему зловживання алкоголю пацієнтами, важливо чітко диференціювати різні його градації. Відповідно до кількості споживаного алкоголю, звичок пиття та наслідків вживання алкоголю розрізняють наступні стани:

- абстиненція (синдром відміни),
- споживання з низьким рівнем ризику,
- небезпечне вживання,
- шкідливе вживання,
- алкоголізм або алкогольна залежність [1, 3].

Оцінюючи клінічну картину, необхідно це фіксувати у медичній документації. У медичній документації пацієнта, окрім інших даних (маса тіла, артеріальний тиск тощо), також повинні бути дані про споживання алкоголю («стан вживання»). Вони повинні оновлюватися раз на рік або принаймні раз на два роки. Багато людей не знають про те, що вживання алкоголю несе ризики, хоча насправді вони або члени їхніх сімей іноді роблять щось для того, щоб зменшити ризик (наприклад, вони забирають кермо машини від того, хто п'яний, або викликають таксі) [3, 9]. Навіть ті, хто вже має проблеми через вживання алкоголю, можуть залишатися непоміченими, оскільки їм вдається приховати свої труднощі. Пацієнти, які є «класичними алкоголіками» (з алкогольним видомом, з виявленими пошкодженнями органів тіла, порушеними стосунками тощо) – лише невелика частина усієї кількості проблемних алкоголіків [2].

Консультація – найпростіший спосіб отримати дані про вживання алкоголю. Виявлення статусу вживання алкоголю часто перешкоджає пацієнту приховувати правду, оскільки люди мають особливе ставлення до споживання алкоголю – для них це свого роду «емоційно-моральна» категорія. Ті, хто не мають проблем через алкоголь (і більшість людей, що належать до категорії «небезпечне вживання алкоголю»), зазвичай дають точні дані. Якщо пацієнт відчуває, що вживання алкоголю здається надмірним, або якщо вважає, що вживає більше алкоголю, ніж це доцільно, він часто намагається називати менше, більш «прийнятну» для нас кількість порівняно з тим, що він насправді споживав. Такого приховування можна уникнути, коли сімейний лікар виявляє співчуття, не дає моральних суджень і не чинить тиск на пацієнта [6]. Найкраще запитати про вживання алкоголю під час отримання даних про інші життєві звички (куріння, фізичні навантаження, дієта, кава), оскільки це завадить пацієнту запідозрити, чому саме ми запитуємо про алкоголь. Лікар може просто сказати: «Більшість людей п'є інколи. Ви коли-небудь вживаєте алкогольні напої, такі, як вино, пиво чи коньяк?» Якщо відповідь пацієнта є позитивною, то нам слід спробувати дізнатися про кількість, частоту та його/її схему вживання. Отже, ми можемо визначити, чи перевищує пацієнт кількість вживаного алкоголю з низьким рівнем ризику. Пізніше в рамках консультації ми дізнаємось, чи є у пацієнта небезпечне вживання, чи в нього вже є проблеми (шкідливе вживання) або навіть алкоголізм [8, 9].

Для діагностики зловживання алкоголю використовують опитувальники (анкети). Пацієнту можна запропонувати заповнити коротку анкету про його вживання алкоголю. Анкета складається з трьох запитань (анкета AUDIT-C). Також можна використовувати більш довгу версію, повний АУДИТ, що містить десять запитань [1, 5].

Оцінювання отриманих відповідей є підставою для визначення того, чи не перевищує рівень вживання алко-

лю низького рівня ризику. Після цього потрібні подальші консультації, щоб визначити, чи це небезпечно чи шкідливе вживання, вже навіть алкоголізм. У минулому опитувальник CAGE використовували для визначення ймовірності алкогольної залежності, іноді для ідентифікації осіб, які вважали, що вони потребують втручання, але це не підходить для ідентифікації осіб з небезпечним вживанням алкоголю [1, 9].

Крім того, проводять ретельні клінічні обстеження або деякі тести, які виявляють зміни, які можуть бути наслідком споживання алкоголю. Жодні дослідження не виявляють пошкодження внаслідок вживання алкоголю, вони можуть лише вказувати на можливість цього: наприклад, збільшена печінка, червоне обличчя, судинні павучки, тремор, жирова інфільтрація печінки, гастрит, підвищена гама-GT та/або MCV. Консультація, експертиза та можливі подальші тести повинні підтвердити, чи виникло пошкодження саме внаслідок вживання алкоголю чи існує інша причина, щоб точно встановити справжню причину проблем [2, 9].

У даному клінічному прикладі лікар повинен запитати пацієнта про можливі інші проблеми, які могли б спричинити наявні скарги або ускладнення внаслідок вживання алкоголю (наприклад, можливі травми голови під впливом алкоголю). Потім потрібно запитати, скільки алкоголю вживає пацієнт у звичайні дні. Після цього необхідно клінічно оглянути голову і життів пацієнта.

Наш пацієнт зазначив, що не має інших проблем, не отримав травм, а також відсутнє блювання. У нього нормальне випорожнення без мелени. Він каже, що зазвичай п'є одну-дві пляшки пива на день та дещо більше – у вихідні. Він вважає, що п'є менше, ніж колеги, а також, що вживає алкоголю рідко (два-три рази на рік). Клінічне обстеження виявило деяку болючість в епігастрії, без інших відхилень у клінічному статусі. Висновок полягає в тому, що проблеми пацієнта були наслідком вживання алкоголю напередодні ввечері, рівень вживання є ризикованим і навіть деколи шкідливим, що й стало причиною його нинішніх проблем.

Терапевтичний підхід до такого пацієнта в Європі називають «малим втручанням» [6]. Сімейний лікар відіграє важливу незамінну роль у зменшенні проблем, спричинених вживанням алкоголю. Він може охопити велику кількість людей і порівняно простими заходами запобігти або зменшити шкоду, заподіяну небезпечним чи шкідливим вживанням алкоголю. Відповідна консультація з пацієнтами може допомогти 10–20% пацієнтів зменшити вживання алкоголю. Дуже рідко пацієнт ініціативно може відвідувати сімейного лікаря, кажучи, що він хоче поради або допомоги щодо вживання алкоголю. У більшості випадків сімейний лікар дізнається про це випадково, якщо він регулярно запитує про звички вживання, або якщо він вважає, що вживання алкоголю може бути причиною проблем пацієнта. Тому сімейному лікарю доводиться обстежувати пацієнта щодо зв'язку скарг, з якими він прийшов, із споживанням алкоголю [3, 6].

У разі абстиненції (утримання пацієнта від вживання алкоголю) не потрібно застосовувати жодних заходів (якщо тільки це не є неправдиве твердження пацієнта, який приховує проблему вживання); те саме стосується вживання з низьким рівнем ризику [10].

Якщо ми маємо справу з небезпечним вживанням алкоголю, спочатку повідомляємо пацієнту, що вживання ним алкоголю перевищує рівень низького ризику, і що це може призвести до проблем. Необхідно пояснити обмеження рівня вживання низького ризику пацієнтові, якщо він цього не знав. При цьому лікар не повинен моралізувати і переконувати пацієнта. Спроби загрози рідко бувають успішними. Набагато краще порадити пацієнту, що лікаря турбують питні звички пацієнта, і він серйозно рекомендує дотримуватися меж вживання алкоголю з низьким рівнем ризику. Проста порада зменшити

вживання дуже часто сама по собі не є ефективною. Зазвичай необхідні кілька цільових консультацій, які допоможуть пацієнту. Мета такого консультування – підвищити обізнаність пацієнта про ризики і допомогти йому/їй у прийнятті рішення самостійно змінити таку поведінку [1].

У випадках шкідливого вживання алкоголю консультація має аналогічне спрямування – без моралізації, примушування чи переконання, тим самим запобігаючи опір пацієнта. Пацієнт повинен отримати відчуття, що ми хочемо допомогти йому та дбаємо про нього. Коли пацієнт зрозуміє, що причина його скарг може бути пов'язана з алкоголем, це перший крок, який полегшить рішення щодо зменшення кількості споживаного алкоголю або навіть припинення вживання алкоголю. Іноді корисно, щоб він склав власний план поступового зменшення вживання алкоголю, і сімейний лікар може надати професійну підтримку під час періодичних консультацій. При шкідливому вживанні алкоголю важливо враховувати, що у пацієнта вже можуть виникнути проблеми в сім'ї і на роботі, і що він також повинен вирішувати ці проблеми [3].

Плануючи втручання у справу пацієнта з алкогольною залежністю (а також зі шкідливим вживанням алкоголю), корисно оцінити загальний збиток, тобто оцінити загальну ступінь тяжкості алкогольної залежності. Комплексний стандартизований індекс тяжкості наркоманії – Europe ASI використовується для оцінювання тяжкості алкогольної та наркотичної залежності. Схема поділу проблем, зазначена в анкеті, корисна для сімейного лікаря. Проблеми поділяються на:

- фізичний стан здоров'я,
- економічний стан,
- проблеми внаслідок вживання алкоголю,
- проблеми внаслідок зловживання наркотиками (та зловживання іншими психоактивними речовинами),
- правовий статус,
- сімейні/соціальні відносини,
- психіатричний/психологічний статус.

Такий поділ дає повне уявлення про шкоду, заподіяну внаслідок вживання алкоголю, та пропонує рекомендації щодо елементів, які слід враховувати під час планування втручання. Водночас це забезпечує індивідуалізований підхід до втручання, відповідний індивідуальним потребам (наприклад, одному пацієнту знадобиться більше психологічної допомоги та допомоги у відновленні соціальних відносин, а іншому потрібна більша допомога у лікуванні проблем з фізичним здоров'ям), що виникають внаслідок тривалого вживання алкоголю [8, 9].

Якщо сімейний лікар виявить, що пацієнт має звикання до алкоголю, необхідно відповідне лікування алкоголізму, оскільки мало людей, які можуть впоратися з такою проблемою (хворобою) без професійної допомоги. Без участі партнера або сім'ї пацієнта (можливо, навіть роботодавця) сімейний лікар навряд чи матиме успіх, якщо тільки пацієнт не попросить допомоги у лікуванні алкоголізму. В останньому випадку лікар пояснить можливості лікування в наших умовах (амбулаторні групи лікування психіатричної служби, госпіталізація та приєднання до терапевтичної групи психіатричного відділення, клуби анонімних алкоголіків (AA) та інші форми групового лікування). Якщо пацієнт не замислюється про лікування, але його поточні проблеми пов'язані із вживанням, лікар повинен сказати це чітко, але без тиску чи звинувачення, однозначно і ненав'язливо. Зазвичай алкоголік заперечує, що проблеми виникли внаслідок вживання алкоголю, оскільки для поведінки алкоголика характерні різні захисні реакції, покликани переконати оточуючих людей, що він не має проблем внаслідок вживання алкоголю. Добре, якщо лікар висловлює стурбованість здоров'ям пацієнта, і якщо він належним чином зазначає, що лікування наркоманії – це шлях до успішного вирішення проблем пацієнта. У таких пацієнтів використовують техніку активного слухання та консультування. Як правило, не слід очі-

кувати швидкого рішення. Тому пацієнта не слід «примувати» до лікування. Рішення має розвиватися в думках пацієнта, іноді протягом декількох років, особливо якщо сім'я залежного від алкоголю/наркотиків (або може бути і керівництво на роботі) не підтримує рішуче рішення про лікування. Це принесе велику користь, якщо пацієнт погоджується на спільну дискусію зі своїм партнером (пацієнта не слід переконувати і не примувати до цього), що може бути ключовим фактором і значною мірою сприяти прийняттю рішення алкоголіка щодо лікування [3, 6].

У разі алкогольної інтоксикації лікар повинен оцінити ступінь отруєння. У ситуації, що загрожує життю, необхідна екстрена процедура, яка може включати промивання шлунка та управління основними життєвими функціями. Поки не знайдено способу зниження концентрації алкоголю в крові, яке було б швидше, ніж через печінку (не існує методів чи речовин для швидкої елімінації алкоголю) [9].

У разі «алкогольного похмілля» також не існує ефективних речовин, які могли б швидко полегшити проблеми. Добре пити багато води та соків. Аналгетик (парацетамол) полегшить біль, у разі сильної нудоти може допомогти протиблювотний засіб, інакше потрібно почекати, поки труднощі закінчаться. Такого пацієнта потрібно попередити, що він не здатний керувати автомобілем, поки є ці симптоми [9, 10].

У всіх випадках лікар діятиме правильно, якщо попередить всіх осіб, які вживають алкоголь і беруть активну участь у дорожньому русі, що вживання алкоголю та керування є несумісними.

У даному клінічному випадку сімейний лікар висловлює свою думку, що проблеми справді є наслідком надмірного вжи-

вання алкоголю напередодні ввечері. Він пропонує одну-дві таблетки парацетамолу проти головного болю і пити більше води, ніж зазвичай. Він повідомляє пацієнтові, що його звичайне вживання алкоголю перевищує межі низького ризику споживання алкоголю і просить пацієнта висловити свою думку з цього приводу. Після консультацій пацієнт не впевнений, чи буде він менше пити, але він буде думати про це.

Лікар призначає пацієнту подальше спостереження і консультації щодо можливого зменшення вживання алкоголю через 2–3 тиж і каже, що він, безумовно, буде готовий поговорити про це будь-коли, якщо пацієнт цього захоче [3].

ВИСНОВКИ

Ризики і наслідки вживання алкоголю є надзвичайно гострою проблемою для здоров'я через його поширеність і суворість. Управління такими проблемами вимагає цілісного підходу пацієнтів, сімей і всього суспільства, установ та організацій. У цьому дуже важливу роль відіграють усі лікарі, особливо сімейні лікарі зі своїми колективами, які є незамінними у профілактиці та, головним чином, у ранньому виявленні небезпечного і шкідливого вживання алкоголю. Кожен лікар незалежно від спеціальності повинен засвоїти основний підхід у вирішенні проблем зі вживанням алкоголю.

Основні завдання лікарів у цій ситуації наступні: запитати, проаналізувати, надати пораду, отримати згоду і комплаєнс з пацієнтом, надати допомогу згідно з протоколом, а також організувати подальші дії.

У перспективі подальших розробок – оцінювання ролі міжнародних опитувальників стану зловживання пацієнта алкоголем для відпрацювання наступної лікарської тактики.

Сведения об авторе

Бабинец Лилия Степановна – Кафедра первичної медико-санітарної допомоги и общей практики-семейной медицины Тернопольского национального медицинского университета имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, 46005, г. Тернополь, ул. Микулинецкая, 115/44; тел.: (067) 352-07-43. E-mail: lilyababinets@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Addiction Severity Index – Europe ASI. Available at: <http://www.enotes.com/addiction-severity-index-asi-reference/addiction-severity-index-asi> (13.12.2012).
2. American Society of Addiction medicine. Definition of addiction. Available at: <http://www.asam.org/research-treatment/definition-of-addiction> (13.12.2012).
3. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care: Clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona: Department of health of the government of Catalonia, 2005.
4. Baklaić Ž, Dečković Vukres V, Kuzman M. eds. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2010. godinu (Croatian health service year book 2010). Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2011.
5. Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro MG. AUDIT – the alcohol use disorders identification test. Geneva: WHO, 2001.
6. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar ED. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; 2: 164.
7. Kovše K. Poraba alkohola in kazalci škodljive rabe alkohola v Sloveniji v letu 2007 (Alcohol Consumption and Indicators of Harmful Use of Alcohol in Slovenia in 2007). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS (Institute of Health Protection of Slovenia), 2009. Available at: www.ivz.si (13.12.2012).
8. Kolšek M. Pijte alkohola (Alcohol drinking). In: Švab I, Rotar-Pavlič D (Eds.). Družinska medicina (Family Medicine). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine (Association of Family Physicians), 2012: 101-12.
9. Tiljak H. Bolesti ovisnosti (Addiction diseases). In: Budak A et al. Obiteljnska medicina. Udžbenik za studente i priručnik za liječnike. 3. i dop. izd. (Family medicine. Textbook for students and manual for doctors. 3rd edit.). Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2000: 187-92.
10. WHO Global Report. Management of substance abuse. Country profiles 2011. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profi_les/hrv.pdf Country (13.12.2012).

Стаття постуила в редакцію 12.01.2020