

4. ROLUL PRACTICIANULUI DIN SECTORUL INGRIJIRILOR PRIMARE

Trebuie amintit din nou ca alcoolismul este una din cele mai prost abordate si prost tratate probleme de sanatate publica. In mod obisnuit se considera ca daunele date de consumarea alcoolului se petrec doar la acei ce prezinta sindrumul de dependenta. Aceasta idee este in parte gresita si genereaza o intarziere fatala in abordarea problemelor consumatorului abuziv de alcool. Cei dependenti de alcool reprezinta doar in jur de 5% din populatie si sunt doar cei ce apeleaza la servicii si tratamente medicale specializate¹. Restul consumatorilor de alcool pot avea diferite grade de risc conform cantitatii si frecventei consumului. Astfel, consumatorul cu risc crescut este acel individ care bea peste o limita obisnuita din cultura din care face parte si bea mai mult decat este nedaunator pentru o ocazie de consum. Trebuie notat ca multi consumatori trec dintr-o categorie la alta prin cresterea sau reducerea consumului de alcool in anumite perioade.

Se considera ca cel putin 20% din adultii care merg la un medic au avut o problema cu alcoolul², iar intre 12 si 30% din pacientii care se interneaza intr-un spital au fost decelati cu probleme date de alcool³. Cu toate acestea, problemele date de alcool sunt slab recunoscute de catre medici si prost tratate si de aceea exista o subevaluare a magnitudinii acestui fenomen chiar in sectorul medical^{4,5}.

Mai multi factori par sa afecteze modul in care medicii recunosc sau identifica problemele date de alcool la pacientii lor:

- multi medici subestimeaza prevalenta abuzului de alcool si astfel tind sa treaca cu vederea sau sa subdiagnosticeze problemele date de alcool, mai ales in cazul pacientilor de sex feminin^{6,7};
- s-a constatat ca detectia si diagnosticul alcoolismului mai putin sever depind de atitudinea, cunostintele si credintele evaluatorilor si in special a medicilor, multi dintre acestia avand doar o slaba cunoastere profesionala inca din facultate asupra acestor probleme; experienta lor se bazeaza mai mult pe diagnosticul si tratamentul alcoolicilor spitalizati⁸;
- medicii tind sa se focalizeze mai mult asupra consecintelor somatice a alcoolismului decat sa culeaga date despre modelul de consum al alcoolului si astfel ei trec pe langa

multi pacienti care ar fi susceptibili de a primi un tratament eficace inca din fazele incipiente ale alcoolismului⁹;

- medicii sunt tentati sa lanseze proceduri de identificare a alcoolismului doar la unele persoane in functie de caracteristicile lor demografice si de problemele de sanatate prezentate. Astfel, ei evita sa intrebe despre consumul de alcool tinerii, femeile sau persoanele cu un statut socio-economic inalt sau persoanele intr-o stare de sanatate aparenta buna¹⁰.

Din cele de mai sus rezulta ca daca se doreste reducerea problemelor date de alcool in populatia generala focusul trebuie orientat asupra depistarii problemelor usoare si moderate date de alcool inainte ca ele sa devina o problema serioasa de sanatate. Aceasta este tocmai rolul care ii este in mare parte dedicat sectorului ingrijirilor primare: sa faca detectia timpurie a persoanelor cu probleme usoare sau medii date de consumul de alcool si sa furnizeze o interventie precoce si adecvata in situatiile care o necesita.

In contextul schimbarilor care au avut loc in managementul persoanelor cu probleme de sanatate, cercetarile din ultimii ani au dezvoltat proceduri ieftine si eficace de identificarea si managementul consumului daunator de alcool sau a problemelor date de acesta. Aceste proceduri sunt stranse intr-un pachet de tehnici ce se numesc "detectia si interventia scurta". Asemenea tehnici au fost dezvoltate pentru a fi aplicate pe scara larga la grupele de populatie cu risc crescut la nivelul diferitelor esaloane ale sistemului sanitar, dar cu precadere in reseaua de ingrijire primare. Medicii din sectorul primar sunt plasati in pozitia cea mai favorabila de a face depistaj precoce a problemelor date de alcool, respective de identificare a subiectilor aflati "la risc" si de a furniza o consiliere scurta cunoscuta si ca interventie scurta.

Screeningul reprezinta modalitatea prin care se identifica indivizii cu probleme date de alcool sau cu consecintele acestui consum fata de ceilalti indivizi care nu au astfel de dificultati¹¹. El presupune o utilizare rapida a unei proceduri necostisitoare atat ca timp cat si ca modalitate de administrare. Scopul screeningului sau triajului este de a decela si trata aceasta problema intr-un stadiu precoce inainte de debutul unei boli sau tulburari diagnosticabile cand tratamentul ei este mult mai costisitor. In felul acesta screeningul se deosebeste de procedurile de evaluare care sunt destinate sa exploreze natura si marimea problemelor date de alcool si de diagnosticul clinic care este in mod

obisnuit un proces mai detaliat si intensiv cu scopul de a potrivi simptomele si semnele prezente la o categorie diagnostica si a face un plan de tratament.

Intr-o evaluare coerenta, secventiala, a alcoolismului, screeningul trebuie se reprezinte prima etapa, urmand ca evaluarea specifica, identificarea semnelor si simptomelor consumului de alcool si formularea diagnostica sa reprezinte etapa ulterioara, iar evaluarea individului in vederea decelarii consecintelor somatice si psihice ale consumului de alcool sa reprezinte etapa finala inaintea demersului therapeutic.

Desi medicii sunt obisnuiti cu culegerea istoriei problemelor medicale a pacientului - anamneza - folosirea instrumentelor si procedurilor standard de detectie nu trebuie ignorata fiind o modalitate foarte valoroasa pentru ca furnizeaza un mijloc consistent, structurat si disciplinat de a detecta indivizii aflati sub risc.

In domeniul alcoolismului exista trei mijloace de screening:

- a) teste de laborator clinic care detecteaza prezenta alcoolului in aerul respirat sau in sange sau modificarile fluidelor organismului sub influenta alcoolului (precum dozarea enzimei gama-glutamyl-transferazei);
- b) examinari clinice (precum marirea de volum a ficatului, tremorul limbii sau a mainilor, vascularizatia anormala a pielii si hiperemia conjunctivala);
- c) chestionare si scale de auto-evaluare.

Din cauza costului ridicat, primele doua metode au o raspandire limitata. Astfel, chestionarele si scalele de auto-apreciere raman principalele mijloace de screening. Acestea au avantajul de a avea un cost scazut, o acceptanta mare si posibilitatea de a fi aplicate de un personal cu un antrenament limitat. Studiile intreprinse au aratat ca aceste auto-raportari asupra consumului propriu de alcool si a problemelor date de acesta au un grad suficient de confidenta si acuratete, mai ales daca sunt culese intr-un mod adecvat¹².

De regula screeningul sau detectia se face in: i) sectorul ingrijirilor primare (medical de medicina generala, medical de familie; ii) camera de garda a serviciilor de urgenta, ambulanta, etc. iii) sectiile spitalicesti, iv) cabinetele ambulatorii de specialitate.

Se considera ca toate persoanele care cauta ajutor medical trebuie screenizate pentru probleme date de consumul de alcool. Daca sunt prezente probleme usoare sau medii, o interventie scurta trebuie sa fie oferita ca mai apoi sa se observe efectul ei. Daca sunt observate probleme severe, trebuie facuta indrumarea la tratamentul specializat.

Fiecare medic trebuie sa solicite oricarui adult sau adolescent sa descrie consumul lui de

alcool indiferent pentru ce probleme acestia s-au adresat medicului. Aceasta este o regula de buna practica clinica in toate tarile avansate.

In cele ce urmeaza se va prezenta o procedura tipica de screening a consumului de alcool. Astfel, exista mai multi pasi caracteristici ai acestei proceduri si parcurgerea lor intocmai asigura acuratetea depistajului.

1. Primul pas este identificarea consumului de alcool: “Consumati bauturi alcoolice?” Subiectul poate ocoli raspunsul sau poate nega si intervievatorul poate reformula intrebarea sau insista. Un raspuns pozitiv face sa se treaca la al urmatorul pas.

2. Determinarea cantitatii/frecventei consumului. Pentru determinarea standardizata a consumului s-a construit unitatea internationala standard de consum numita si “drink”. Conventional un drink este definit de 12 g. de alcool pur. Aceasta este echivalent cu o sticla de bere de 330 ml, cu un pahar de vin de 200 ml sau cu un paharel (40 ml) de bautura spirtoasa de 40°. Intrebarile indicate ar fi: “In medie in cate zile din saptamana consumati bauturi alcoolice?” si “Intr-o zi cand consumati, cata cantitate consumati in medie?” urmand ca aceasta cantitate sa o transformati apoi in “drink-uri”.

Aceasta etapa a screeningului permite sa se determine persoanele aflate la risc.

Dupa Institutul de Alcoolism al Statelor Unite (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), o persoana aflata “la risc” de a dezvolta problemele date de consumul de alcool este:

- un barbat care bea mai mult de 14 drinkuri/saptamana sau mai mult de 4 drinkuri intr-o ocazie;
- o femeie care consuma mai mult de 7 drinkuri/saptamana sau mai mult de 3 drinkuri intr-o ocazie;
- o persoana in varsta care bea mai mult de 7 drinkuri/saptamana sau mai mult de 1 drink intr-o ocazie.

3. Daca se vrea sa se deceleze cu finete problemele date de consumul de alcool trebuie sa se apaleze la chestionarele sau instrumentele de screening. In capitolul de fata vom prezenta chestionarele CAGE si AUDIT.

Chestionarul CAGE a aparut in 1974¹³ si este cel mai folosit test in practica medicala curenta pentru screeningul alcoolismului. Numele lui vine de la cele patru intrebari ale testului care contin cuvintele “*Cut down*” (a reduce), “*Annoyed*” (suparat),

“*Guilty*” (vinovat) si “*Eye opener*” (deschizatorul de ochi, adica ai nevoie de a bautura de dimineata ca sa te trezesti) si care sunt cele patru arii explorate de test.

CAGE este un test creion-hartie si subiectul trebuie sa aleaga singur un raspuns intre “da” si “nu”. Doua sa mai multe raspunsuri afirmative indica ca pacientul are riscul de a avea probleme date de consumul de alcool si necesita un ajutor. Testul este indicat mai ales in reseaua medicala primara, in cabinetul de medicina generala pentru ca este foarte usor de aplicat, completarea lui ia in jur de 1-2 minute.

Testul CAGE

- (C) Ati simtit vreodata ca ar trebui sa reduceri bautul?
- (A) Au fost oameni suparati pe Dvs din cauza bautului?
- (G) V-ati simtit vreodata vinovat din cauza bautului?
- (E) Ati luat vreodata o bautura de dimineata ca sa calmati nervii sau sa va treaca mahmureala?

In urma unui studiu multinational, Organizatia Mondiala a Sanatatii a construit si recomandat un instrument de decelare a problemelor date de alcool format din doua parti: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) si The Clinical Screening Procedure^{14, 15}. Testul AUDIT este prezentata in anexa.

Chestionarul AUDIT este compus din 10 intrebari: intrebarile 1-3 masoara consumul de alcool, intrebarile 4-6 comportamentul de consum, 7-8 reactiile adverse si 9-10 problemele date de alcool. Fiecare intrebare permite evaluarea ei pe o scara Likert cu 4 puncte (de la 0 la 4) si scorul total al testului poate sa se intinda de la 0 la 40. Pentru scorul prag de 8 a fost gasit maximum de senzitivitate si specificitate, ceea ce inseamna ca dincolo de acest scor se poate vorbi de un individ avand un consum de alcool daunator.

Chestionarul AUDIT este construit astfel incat sa poata fi folosit usor de un personal cu diferite nivele profesionale (medici de diferite specialitati, surori medicale, asistenti sociali, psihologi, sociologi, etc) si in diferite locuri ale ingrijirii medicale primare (cabinete de consultatie, camera de garda, la domiciliul pacientului, in scoli, la locul de munca, etc) sau ca test de auto-evaluare in sala de asteptare a cabinetelor medicale.

Chestionarul poate fi usor incorporat in mai multe genuri de examinari de sanatate:

- Anamneza unei consultatii medicale;
- Triaj general de sanatate in vederea completarii unor formulare sau fise de sanatate, etc;
- Conversatii cu scop profilactic;
- Consiliere privind stilul de viata sau managementul problemelor familiale;
- Test de auto-evaluare, etc.

Foarte rar se intampla ca acest chestionar sa fie privit de subiecti ca ofensator sau ingrijorator. Experienta investigatorilor din mai multe tari indica ca intrebarile AUDIT genereaza raspunsuri confidente indiferent de cultura, varsta sau sex.

La putinii pacienti care refuza sa vorbeasca de consumul lor de alcool sau sa admita ca acest consum le dauneaza, sau la cei care sunt sub influenta alcoolului in timpul consultatiei, este bine sa se amane administrarea testului pentru o intalnire viitoare. Se pot obtine informatii despre consumul de alcool prin folosirea intrebarilor testului la rudele, sotia/sotul sau colegii subiectului in cauza.

Pacientii tind sa raspunda foarte onest atunci cand:

- Interviu este prietenos si neamenintator; incerca sa aplici testul in cele mai potrivite conditii;
- Scopul testului este clar legat de diagnostic sau de evaluarea globala a starii de sanatate a pacientului;
- Pacientul nu este sub influenta alcoolului in timpul screeningului; se impune atunci amanarea aplicarii testului;
- Informatia obtinuta este confidentiala;
- Intrebarile sunt puse astfel incat sa fie usor de inteles.

Se recomanda ca testul sa fie incorporat in anamneza pacientului si intrebarile testului sa devina parte integranta din rutina examenului clinic. Rezultatele testului (scorul general si partial la cele trei grupe de intrebari: consum de alcool, sindrom de dependenta si problemele date de alcool) trebuie coroborate cu alte examinari si teste paraclinice. Aceasta depinde de cooperarea pacientului, de antrenamentul examinatorului si de resursele disponibile pentru alte examinari. Astfel, se va cauta si semnele fizice ale consumului abuziv de alcool precum hiperemia conjunctivala, vascularizatia anormala a

pieleii, în special a pometilor fetii, tremorul mainilor și tremorul limbii, hepatomegalia și valorile enzimei gamma-glutamil transferaza (GGT).

Atunci când testul este încorporat în anamneza pacientului aceasta se poate face:

- Fie punând întrebările disparat, între ele alternând alte întrebări sau comentarii, astfel încât subiectului să nu realizeze că este supus unui test standardizat despre consumul lui de alcool;
- Fie făcând o introducere a testului prin informarea pacientului asupra scopului, rezultatelor obținute și rolului lui.

Indiferent de modul de aplicare, se păstrează în față foaia testului și se înregistrează cu grijă răspunsurile și scorul pentru a putea ca la sfârșitul testului să se calculeze scorul total.

Un scor general de 8 sau mai mult indică un consum dăunător de alcool la subiectul testat. O interpretare mai nuanțată se poate face prin analiza scorurilor la diferite întrebări. Astfel, un scor mare la primele trei întrebări, în absența scorurilor ridicate la restul întrebărilor, decelează un "consum hazardos de alcool", scoruri mari la întrebările 4, 5 și 6 sugerează prezența unui sindrom de dependență la alcool, iar scoruri mari la restul întrebărilor sugerează un consum dăunător de alcool.

Babor și Higgins-Biddle (2001)¹⁶ recomandă folosirea a 4 zone de risc în interpretarea rezultatelor testului AUDIT.

Zona de risc	scor AUDIT	interventie
Zona I	0 – 7	educatie privitor la efectele nocive ale alcoolului
Zona II	8 – 15	furnizarea de informatii si consiliere simpla
Zona III	16 – 19	consiliere scurta si monitorizare
Zona IV	20 – 40	indrumare la specialist

Odata subiectul depistat "pozitiv" la testul AUDIT, el trebuie să fie examinat asupra prezentei semnelor fizice de "alcoolism" citate mai sus. Indiferent de scopul consultației, context sau gradul de cooperare a pacientului, el va fi informat de rezultatul acestei examinări și, în cazul ideal, se va face decizia diagnostică și terapeutică împreună:

- Dacă doar testul AUDIT este "pozitiv" (scor \geq 8) iar semne clinice de alcoolism sunt absente, cel mai bine este să se continue cu intervenția scurtă în aceeași sedință clinică

sau viitoare; daca refuza sau neaga prezenta problemelor date de alcool se va cauta o discutie cu partenerul (sot/sotie) sau o discutie cu cuplul intreg;

- Daca sunt prezente si semnele clinice de alcoolism, subiectul este indrumat la specialist pentru un diagnostic de specialitate si tratament adecvat; indrumarea trebuie sa fie precisa si fara echivoc; se va urmari daca aceasta indrumare a fost urmata de subiect sau ne aflam in fata unui refuz; refuzul poate fi rezolvat printr-o interventie in familie.

Abilitatea de a identifica problemele cu alcoolul printr-o tehnica simpla si rapida creeaza premisele unor interventii preventive scurte si eficiente facute in aceeasi sedinta cu aplicarea instrumentului de detectie si, uneori, in sedinte ulterioare.

Aceste interventii au mai multe caracteristici:

- 1) sunt **scurte** si de **mica intensitate** constand din 5 pana la 60 minute de consiliere si educatie in 1 pana la 4 sedinte;
- 2) au intentia sa furnizeze o **interventie precoce**, inainte sau foarte aproape de debutul unei probleme legate de alcool;
- 3) aceste interventii au caracter **instructional** si **motivational**, construite sa se adreseze mai degraba comportamentului specific de consum de alcool, decat ca atare cu instrumentul de screening si mai putin sa aiba caracterul unei analize psihologice sau a unor tehnici de tratament;
- 4) in timpul acestei interventii subiectul are un **rol activ in alegerea propriului scop** al interventiei: reducerea consumului, abstinenta, imbunatatirea relatiilor la serviciu, familie, comunitate, etc.

Aceasta tehnica a fost preconizata si utilizata de Organizatia Mondiala a Sanatatii (OMS) si implementarea ei a aratat o imbunatatire cu 20% a subiectilor care au fost identificati precoce si au suferit o interventie scurta comparativ cu restul subiectilor. 63% din barbatii care au suferit o interventie scurta au redus cu 25% consumul lor de alcool. Remarcabil este si costul scazut al acestei proceduri si timpul consumat, aproximativ 5 minute. Controlati dupa 3 luni pana la un an, subiectii in cauza inca prezentau rezultate bune cu privire la reducerea consumului de alcool¹⁷.

O analiza secundara facuta pe aproximativ 2000 bautori de alcool in cantitate mare a aratat ca s-a obtinut prin aceasta metoda o reducere neta a consumului la 21% din subiectii barbati si 8% la subiectii de sex feminin¹⁸.

Interventia scurta presupune o continua monitorizare a individului pentru a stabili deznodamantul interventiei si, in caz de nereusita, sa se trimita la tratamentul specializat. Principalul beneficiu, chiar in cazul esecului interventiei scurte, este de a evidentia subiectului problemele si geneza lor, de a-l ajuta sa constientizeze magnitudinea si riscurile acestora.

Exista mai multe varietati de interventii scurte, in functie de autori. Printre acestea se mentioneaza:

- persuasiunea de a reduce consumul,
- informarea ca nivelul consumului depaseste acceptabilul, nivelul de siguranta sau nivelul uzual al populatiei,
- exagerarea consecintelor adverse care deja exista sau sunt probabil sa apara,
- aducerea la cunostinta a rezultatelor enzimaticice periodice,
- date obiective si continue asupra consumului de alcool.
- supravegherea mutuala a problemelor, etc.

Aceste elemente sau altele pot fi combinate in multe feluri intr-un pachet de interventie ce poate fi oferit populatiei tinta. Pachetul trebuie sa fie congruent cu activitatea normala a locului unde se va aplica, sa dureze de la cateva minute la o ora si sa nu depaseasca mai mult de 3-5 sedinte (dupa autor).

Tot in cadrul acestei interventii pentru problemele de alcool pot fi atacate si alte probleme, precum de stilul de viata, ritualurile familiale, etc.

Dupa Fleming si Manwell (1999)¹⁹ interventia scurta este bine sa fie etalata in cinci etape esentiale:

- 1) evaluarea si feedbackul direct care consta in aplicarea unei metode de screening al consumului de alcool si descoperirea prezentei unei/unor probleme legate de acest consum in sfera somatica sau comportamentala;
- 2) negocierea si formularea unui scop prin care pacientul si medical stabilieste un deznodamant mutual acceptabil, de exemplu reducerea consumului de alcool sub pragul consumului la risc;
- 3) aplicarea de tehnici de modificare a comportamentului de consum prin care medicul ajuta subiectul sa identifice situatiile de risc de consum si sa stabileasca tehnicile de coping prin care se vor evita sau neutraliza acesti "triggeri" ce declanseaza comportamentul de consum; uneori este bine ca pacientul sa-si tina un "jurnal" al

consumului si a situatiilor care declanseaza consumul si modul de management al acestora;

4) Biblioterapie directionata spre subiect prin care terapeutul furnizeaza pacientului materiale informative referitor la riscurile consumului abuziv de alcool si asupra metodelor si exercitiilor prin care subiectul isi poate creste rezilienta in fata consumului;

5) Urmarirea si reintarirea prin care se asigura o eficacitate pe termen lung a interventiei scurte stabilindu-se un mod de legatura suportiva de lungu durata intre terapeut si client, de exemplu, converstatii telefonice sau vizite scurte.

Autorii recomanda standardizarea acestei metode si incorporarea acestor componente in vizite standard de 5-10 minute. Combinarea acestor vizite cu convorbiri telefonice de urmarire creste eficacitatea acestei interventii scurte.

Exista si o alta categorie de interventii care sunt diferite de interventiile scurte si deriva din tratamentul formal al alcoolismului; ele sunt "terapiile scurte". Exemple de terapii scurte:

- terapia scurta ce implica instructajul subiectului in metode comportamentale specifice pentru reducerea bautului;
- abstinenta prin automonitorizare;
- identificarea situatiile de inalt risc;
- proceduri de evitare a situatiilor de baut sau de abuz, etc.

Terapia de scurta durata este vazuta ca o etapa intermediara intre interventia scurta si tratamentul specializat. Acesta din urma este o terapie care cere un antrenament specific celor ce-l aplica. El constituie "urmatorul pas logic" dupa interventia scurta. Dupa cum s-a mai spus, populatia tinta este o populatie cu probleme de severitate mai mare date de alcool.

Medicii din sectorul ingrijirilor primare sunt pozitionati cel mai bine pentru a face detectie precoce si interventie scurta si rapida. Cu toate acestea din varii motive situatia nu este inca satisfacatoare. Conform rezultatelor a doua anchete desfasurate printre medicii de familie si pacientii lor, 94% din medicii de familie ignora sau subdiagnosticeaza pacientii cu probleme date de alcool, 88% din ei au afirmat ca ei intreaba pacientii despre consumul lor dar numai 13% folosesc un instrument de screening si numai 19,9% se considera capabili de a identifica alcoolismul; 54,8% din pacienti au afirmat ca ei cred ca medicii lor nu stiu cum sa detecteze alcoolismului²⁰.

Capitolul de fata incearca sa aduca un minim de informatii si date structurate necesare inglobarii detectiei si interventiei alcoolismului in practica curenta a medicului si altor practicieni din sectorul ingrijirilor primare.

ANEXA: TESTUL AUDIT

Plasati numarul raspunsului corect in casuta

- 1. CAT DE DES BETI O BAUTURA CONTINAND ALCOOL?**
- (0) niciodata (3) 2 la 3 ori pe saptamana
 (1) lunar sau mai rar (4) 4 sau mai multe ori pe saptamana
 (2) 2 la 4 ori pe luna
- 2. CATE UNITATI DE ALCOOL (DRINK-URI) CONSUMATI INTR-0 ZI OBISNUITA, ATUNCI CAND BETI?**
- (0) 1 sau 2 (2) 5 sau 6 (4) 10 sau mai mult
 (1) 3 sau 4 (3) 7 sau 9
- 3. CAT DE DES BETI 6 SAU MAI MULTE UNITATI (DRINK) DE ALCOOL INTR-0 SINGURA DATA?**
- (0) niciodata (2) lunar (4) zilnic sau aproape zilnic
 (1) lunar sau mai rar (3) saptamanal
- 4. CAT DE DES ATI CONSTATAT IN ULTIMUL AN CA NU PUTETI SA VA OPRITI DIN BAUT O DATA CE ATI INCEPUT?**
- (0) niciodata (2) lunar (4) zilnic sau aproape zilnic
 (1) lunar sau mai rar (3) saptamanal

10. O RUDA, UN PRIETEN, UN DOCTOR SAU O ALTA PERSOANA DIN DOMENIUL SANITAR A FOST INGRIJORATA DE BAUTUL DVS. SAU V-A SFATUIT SA-L REDUCETI?

- (0) nu
 (2) da, dar nu in ultimul an
 (4) da, in ultimul an

Inregistrati scorul total : / __ / __ /

TABELE DE CONVERSIE A CONTITATILOR DE BAUTURI ALCOOLICE IN UNITATI INTERNETIONALE "DRINK"

TABEL DE CONVERSIE PENTRU BERE

Unitatea	Factor Standard	Numar de unitati								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tap 250 ml	0,7	1	2	2	3	4	4	5	6	6
Halba 500 ml	1,5	2	3	4	6	8	9	11	12	14
Sticla 330 ml	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sticla 500 ml	1,5	2	3	5	6	8	9	11	12	14

TABEL DE CONVERSIE PENTRU VIN

Unitatea	Factor Standard	Numar de unitati								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pahar 200 ml	1,7	2	3	5	7	8	10	12	13	15
Sticla 500 ml	4,2	4	8	13	17	21	25	29	34	34
Sticla 750 ml	6	6	12	18	24	30	36	42	48	54
Sticla 1000 ml	8,5	9	17	26	34	43	51	60	68	77

TABEL DE CONVERSIE PENTRU SPIRTOASE

Unitatea	Factor Standard	Numar de unitati									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Pahar 50 ml	1,7	2	3	5	7	8	10	12	13	15	
Pahar 100 ml	3,4	3	7	10	14	17	21	24	28	31	
Sticla 250 ml	8,5	8	17	25	34	42	51	59	68	76	
Sticla 500 ml	17	17	24	51	68	85	98	98	98	98	
Sticla 700 ml	23,8	24	47	70	98	98	98	98	98	98	

Calculul numarului de drink-uri se face inmultind numarul de pahare sau sticle baute de bautura respectiva cu factorul standard si produsul va reprezenta numarul de unitati internationale (drink) consumate. Numarul de pahare sau sticle consumate este reprezentat in aceste tabele prin numarul de "unitati" consumate.

Bibliografie:

- ¹ Higgins-Biddle JC, Babor TF (1996): Reducing Risky Drinking. A report on early identification and management of alcohol problems through screening and brief intervention, The Alcohol Research Center, University of Connecticut Health Center for The Robert Wood Johnson Foundation.
- ² Cleary PD, Miller M, Bush BT et al (1988): Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population, *Am.J.Med.*85:466-471.
- ³ Moore RD, Bone LR, Geller G et al (1989): Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients, *JAMA*, 261:403-407.
- ⁴ Clement S (1986): The identification of alcohol-related problems by general practitioners, *Brit.J.Addiction*, 81:257-264.
- ⁵ Moore RD, Malitz FE (1986): Underdiagnosis of alcoholism by residents in an ambulatory medical practice, *J.Med.Educ.*,61:46-52.
- ⁶ Linn LS, Yager J (1989): Factors associated with physician recognition and treatment of alcoholism, *Western J.Med.*,150:468-472.
- ⁷ Bucholz KK (1992): Alcohol abuse and dependence from a psychiatric epidemiologic perspective, *Alcohol Health & Res. World*, 16:197-208.
- ⁸ Geller G, Levine DM, Mamon JA et al (1989): Knowledge, attitudes, and reported practices of medical students and house staff regarding the diagnosis and treatment of alcoholism, *JAMA*, 26:3115-3120.
- ⁹ Buchsbaum DG, Buchanan RG, Poses RM et al (1992): Physician detection of drinking problems in patients attending a general medicine practice, *J.Gen.Int.Med.*7:517-521.
- ¹⁰ Deitz D, Rohde F, Bertolucci D, Dufour M (1994): Prevalence of screening for alcohol use by physicians during routine physical examinations, *Alcohol Hlth.& Res.World*, 18:162-168.
- ¹¹ Babor TF, Kadden R (1985): Screening for alcohol problems: Conceptual issues and practical considerations, in: Chang N & Chao HM (Eds.): *Early Identification of Alcohol Abuse*, Washington DC: NIAAA Monograph 17, US Department of Health and Human Services.
- ¹² Babor TF, Brown J, DelBroca FK (1990): Validity of self-report in applied research on addictive behaviors: Fact or fiction, *Behav.Assess.*15:5-31.

¹³ Mayfield D, McLeod G, Hall P (1974): The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument, *Am.J.Psychiatry*, ,131:1121-1123.

¹⁴ Saunders JB, Aasland OG (1987): World Health Organization Collaborative Project on the Identification and Treatment of Person with Harmful Alcohol Consumption. Report on Phase I: Development of a Screening Instrument, Geneva, WHO.

¹⁵ Babor TF, De La Fuente JR, Saunders JB, Grant M (1989): AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care, Geneva, World Health Organization.

¹⁶ Babor TF, Higgins-Biddle JC (2001): Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care, World Health Organization, Geneva.

¹⁷ Babor TF, Grant M: Programme on Substance Abuse (1992): Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems. Report on Phase II: A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care, Geneva: World Health Organization.

¹⁸ Higgins-Biddle JC, Babor TF (1996): Reducing Risky Drinking. A report on early identification and management of alcohol problems through screening and brief intervention, The Alcohol Research Center, University of Connecticut Health Center for The Robert Wood Johnson Foundation.

¹⁹ Fleming M, Manwell LB (1999): A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers, *Alcohol Research & Health*, ,23:128-137.

²⁰ Fleming MF (2004/2005): Screening and brief intervention in primary care settings, *Alcohol Research & Health*, Vol.28, 57-62