

## Iwona Malinowska-Lipień, Grażyna Starzec, Teresa Gabryś, Tomasz Brzostek, Ewa Kawalec, Agata Reczek, Anna Gawor

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Ochrony Zdrowia *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

# Poziom wiedzy pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc na temat wpływu niktynizmu na rozwój choroby. Wyniki wstępne

The level of knowledge on smoking on the progression of disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Preliminary results

### Adres do korespondencji:

mgr Iwona Malinowska-Lipień  
Instytut Pielęgniarstwa  
i Położnictwa WOZ CM UJ  
Zakład Pielęgniarstwa  
Internistycznego  
ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków  
tel. (0 12) 430 32 19  
e-mail: imalin@poczta.onet.pl

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Przewlekła obturacyjna choroba płuc (COPD, *chronic obstructive pulmonary disease*) jest chorobą częstą. Szacuje się, że w Polsce choruje na nią około 2 mln ludzi. Choroba ta może trwać kilkadziesiąt lat. Zaczyna się zwykle około 30. roku życia. Rozwojowi COPD sprzyjają głównie palenie tytoniu, bierne narażenie na dym tytoniowy, a także narażenie zawodowe na szkodliwe dymy, pyły i gazy, zanieczyszczenie powietrza, infekcje układu oddechowego w dzieciństwie oraz czynniki osobnicze, takie jak: niedobór antytrypsyny  $\alpha$ -1 i zaburzenia rozwoju płuc w okresie życia płodowego.

**Cel.** Celem pracy była ocena:

- zakresu wiedzy chorych na COPD na temat szkodliwości palenia tytoniu i jego związku z rozwojem choroby;
- podejmowania przez chorych walki z nałogiem.

**Materiał i metody.** W badaniu wykorzystano kwestionariusz ankiety, który składał się z dwóch części i zawierał 37 pytań. Pierwsza część obejmowała pytania socjoekonomiczne, charakteryzujące badaną grupę pacjentów z COPD, natomiast druga – pytania dotyczące czasu trwania choroby, występowania indywidualnych czynników ryzyka, historii palenia tytoniu przez ankietowanych, źródeł i poziomu wiedzy badanych na temat COPD. Badaniem objęto grupę 30 pacjentów (4 kobiety, 26 mężczyzn) hospitalizowanych z powodu zaostrzenia COPD.

**Wyniki i wnioski.** Tylko jeden ankietowany nigdy nie palił. Pozostali ankietowani (97%) byli osobami palącymi w okresie rozpoznania COPD. Obecnie blisko 3/4 badanych pacjentów z COPD przestało palić papierosy. Głównym czynnikiem, który skłonił do zerwania z nałogiem, było zdiagnozowanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Mimo zaostrzeń choroby 23% ankietowanych nadal pali tytoń. Z analizy badań wynika, że prawie 2/3 respondentów wie, jakie znaczenie w rozwoju i przebiegu COPD ma palenie tytoniu. Przeważająca większość, bo 94% badanej populacji, ma świadomość uzależniającego działania nikotyny. Wszyscy pacjenci orientują się, jakie szkody powoduje palenie tytoniu w układzie oddechowym, krążenia i pokarmowym.

W przeprowadzonych badaniach wykazano, że większość respondentów dysponuje prawidłowymi informacjami o wpływie palenia tytoniu na rozwój i przebieg COPD. U większości palaczy rozpoznanie COPD łączyło się z zerwaniem z nałogiem palenia tytoniu. Jednak prawie co czwarty ankietowany palił pomimo rozpoznania COPD.

**Słowa kluczowe:** przewlekła obturacyjna choroba płuc (COPD), palenie, uzależnienie

**ABSTRACT**

**Background.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a frequent disease: around 2 million Poles suffer of the COPD. The disease usually begins at the age of 30 and can continue for several decades. Development of the COPD is mainly caused by an active smoking, passive exposure to tobacco smoke and also certain occupational exposition on harmful smokes, dusts, gases, air pollution, as well as the infection of the respiratory system in childhood and such other factors as: a deficient of the  $\alpha$ -1 antitrypsine and the development disorder of lungs during the embryonic life period.

**Aim.** The aim of the paper was to evaluate:

- the level of COPD-affected patients' knowledge on the subject of harmfulness of smoking and the latter's influence on the development of the disease;
- patients' attempt to quit the addiction.

**Material and methods.** The study employed a questionnaire consisting of two parts and containing 37 questions. The first part contained socioeconomic questions characterizing the examined group of COPD-diagnosed patients, while the second part included questions relating to the length of duration of the disease, occurrence of individual risk factors, the respondents' smoking record, their sources and level of knowledge concerning COPD. The survey comprised a group of 30 patients (4 women and 26 men) hospitalized as a result of an aggravation of the COPD.

**Results and conclusions.** Only one of the respondents had never smoked. The remaining respondents, i.e. 97%, were smokers at the moment of COPD diagnosis. At present, approximately 3/4 of the surveyed COPD-diagnosed patients have ceased smoking. The primary factor which induced them to abandon the habit was the diagnosis of the Chronic Obstructive Pulmonary Disease. However, despite disease exacerbation 23% of the respondents still smoke. The analysis of the survey indicates that nearly 2/3 of the respondents possess knowledge with regard to the significance of smoking in the development and the course of COPD. Moreover, the majority of the surveyed population, i.e. 94%, is aware of the addictive impact of nicotine. All the patients realize the harm caused by smoking in respiratory, cardiovascular and alimentary system.

The conducted study demonstrated that the majority of the respondents possessed correct information concerning the effects of smoking on the development and the course of COPD. For the majority of the smokers, the diagnosis of COPD entailed discontinuance of the smoking addiction. However, almost every fourth of the respondents smoke in spite of the diagnosis of the COPD.

**Key words:** chronic obstructive pulmonary disease (COPD), smoking, dependence

**Wstęp**

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (COPD, *chronic obstructive pulmonary disease*) charakteryzuje się słabo odwracalnym, postępującym zmniejszeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, które rozwija się u osób mających zwykle objawy kliniczne przewlekłego zapalenia oskrzeli i/lub rozedmę płuc. W badaniu spirometrycznym stosunek natężonej pierwszosekundowej objętości wydechowej/natężonej pojemności życiowej ( $FEV_1/FVC$ , *forced expiratory volume in one second/forced vital capacity*) jest mniejszy niż 70%. Zmniejszenie przepływu powietrza jest związane ze zmianami zapalnymi głównie w obrębie obwodowych dróg oddechowych, które się zwężają, a płuca ulegają patologicznej przebudowie. Zmiany te są wynikiem reakcji płuc na dym tytoniowy, pyły i gazy [1]. W świecie obserwuje się postępujący wzrost zachorowalności, chorobowości i śmiertelności z powodu COPD. Ze względu na szerzenie się nałogu palenia tytoniu oraz wzrost zanieczyszczenia środowiska szacuje się, że w 2020 roku COPD stanie się trzecią co do częstości przyczyną zgonów na świecie

(obecnie jest szóstą) [2]. W Polsce na COPD choruje około 2 mln ludzi. To druga pod względem frekwencji, po nadciśnieniu tętniczym, przewlekła choroba. Przewlekła obturacyjna choroba płuc zajmuje w naszym kraju czwarte miejsce wśród przyczyn zgonów [3].

Choroba ta ma przewlekły przebieg, latami rozwija się podstępnie — prawie bezobjawowo. Pierwszym objawem jest zwykle kaszel występujący w godzinach rannych. Większość chorych odpluwa niewielką (1–2 ml) ilość śluzowej wydzieliny oskrzelowej. W bardziej zaawansowanych okresach choroby kaszel występuje w czasie całego dnia, a nawet w nocy. Późnym objawem choroby jest duszność, która początkowo występuje podczas wysiłku fizycznego. W zaawansowanych stadiach choroby pojawiają się powikłania pod postacią niewydolności oddechowej i niewydolności krążenia (serce płucne) [4, 5]. Komplikacje te są głównymi przyczynami zgonu chorych na COPD. W badaniu przedmiotowym głównymi objawami są rozedma, beczkowata klatka piersiowa, sciszenie szmerów oddechowych, a u niektórych chorych świsty i furczenia. W późnym okresie choroby dołączają się sinica centralna i obrzęki obwodowe [6].

We współczesnych publikacjach wskazuje się, że główną przyczyną COPD jest wdychanie dymu tytoniowego. Dym tytoniowy powoduje między innymi uwalnianie czynników chemotaktycznych z makrofagów oskrzelowych, powodujących zatrzymywanie w płucach granulocytów obojętnochłonnych. Wypalenie jednego papierosa sprawia, że liczba granulocytów w płucach zwiększa się dziesięciokrotnie. Rozpad granulocytów w ścianach pęcherzyków płucnych i drobnych oskrzelach powoduje uwolnienie z nich znacznej ilości enzymów proteolitycznych, głównie elastazy. Elastaza niszczy włókna sprężyste płuc, prowadząc do rozwoju rozedmy płuc, oraz powoduje metaplastję nabłonka oskrzeli, zanik rzęsek i przerost gruczołów śluzowych oskrzeli [7].

Zaprzestanie palenia jest jedynym sposobem zapobiegania postępowi choroby. W badaniach przeprowadzonych wśród chorych z wczesną postacią COPD wykazano, że trwałe zaprzestanie palenia tytoniu powodowało spowolnienie rocznego spadku FEV<sub>1</sub> do poziomu obserwowanego u ludzi zdrowych [8]. Dlatego pielęgniarka i lekarz opiekujący się chorym na COPD nadal palącym papierosy powinni przede wszystkim pomóc choremu w wyeliminowaniu tego czynnika patogennego COPD, a równocześnie podejmować inne działania lecznicze.

### Cel pracy

Celem pracy była ocena:

- zakresu wiedzy chorych na COPD na temat szkodliwości palenia i jego związku z rozwojem choroby;
- podejmowania przez chorych walki z nałogiem.

### Materiał i metody

W badaniu wykorzystano kwestionariusz ankiety, który składał się z dwóch części i łącznie zawierał 37 pytań. Pierwsza część (7 pytań) zawierała pytania charakteryzujące badaną grupę pacjentów z COPD pod kątem socjoekonomicznym (wiek, płeć, wykonywany zawód itp.), natomiast pytania w drugiej części (30 pytań, z których 2 były otwarte) dotyczyły czasu trwania choroby, okoliczności zachorowania, historii palenia tytoniu przez ankietowanych, źródeł i poziomu wiedzy badanych na temat COPD; analizowano również wskaźnik intensywności palenia HSI (*heaviness of smoking index*) [9].

Ankieta była anonimowa. Udział w badaniu był dobrowolny. W trakcie przeprowadzania ankiety pacjenci mieli możliwość skonsultowania się z osobą zbierającą wywiad (pielęgniarką niezatrudnioną na oddziale).

Badaniem objęto grupę 30 pacjentów (4 kobiety i 26 mężczyzn) hospitalizowanych z powodu zaostrzenia COPD.

### Wyniki

Średnia wieku badanej grupy wynosiła 63 lata. Czas trwania COPD wśród respondentów wynosił od 6 miesięcy do ponad 25 lat, średnio 12 lat. Ponad połowa ankietowanych, to jest 57% badanej populacji, to osoby będące w związkach małżeńskich. Jedną trzecią stanowiły osoby owdowiałe. Przeważająca liczba respondentów, bo aż 84% badanej populacji, posiadała wykształcenie podstawowe lub zawodowe. Tylko 16% badanych to osoby z wykształceniem średnim lub wyższym. Połowa ankietowanych pacjentów (50%) to mieszkańcy wsi, 33% mieszkało w dużych miastach, a pozostałych 17% ankietowanych w małych miasteczkach. Zdecydowana część respondentów, to jest 90% populacji (27 osób), wykonywała pracę fizyczną. Miejscem pracy tych osób były gospodarstwa rolne lub zakłady, najczęściej budowlane, hutnicze, ślusarskie lub hydrauliczne. Tylko 10% badanej populacji pracowało umysłowo w charakterze kierownika, urzędnika lub handlowca. Tylko 10% badanej grupy było nadal czynnych zawodowo, jedna osoba czasowo przerwała pracę. Zdecydowana większość ankietowanych pacjentów (87%), wykonujących niegdyś głównie pracę fizyczną, już nie pracuje zawodowo.

Tylko jeden ankietowany nigdy nie palił. Prawie wszyscy ankietowani, to jest 97%, byli czynnymi palaczami w czasie, gdy rozpoznano u nich COPD. Obecnie blisko 3/4 badanych pacjentów z COPD przestało palić papierosy. Głównym czynnikiem, który skłonił do zerwania z nałogiem, było zdiagnozowanie choroby. Połowa obecnie niepalących osób nie miała znaczących trudności z zaprzestaniem palenia, udało się to już przy pierwszej próbie. Pozostali doświadczyli większych problemów, czego dowodem jest znacząca liczba podejmowanych prób rzucenia nałogu palenia tytoniu (do 6 prób). W początkowym okresie niepalenia aż 76% badanych odczuwało silny głód nikotynowy, który pogarszał samopoczucie i często przyczyniał się do powrotu do nałogu. W tym okresie na rozdrażnienie uskarżało się 69% ankietowanych, a na bezsenność 48%. Objawy występujące u pacjentów w pierwszych dniach zaprzestania palenia przedstawiono w tabeli 1. Jednej czwartej (23%) ankietowanych nie udało się zerwać z nałogiem palenia i mimo zaostrzeń choroby osoby te nadal są czynnymi palaczami.

Nasze wyniki wskazują, że ankietowani dobrze znają metody wspomagające walkę z nałogiem palenia papierosów. W opinii 83% ankietowanych najczęściej stosowaną metodą jest natychmiastowe zaprzestanie palenia. Jedna czwarta ankietowanych wspomagająco stosowała nikotynową terapię zastępczą, najczęściej w postaci gumy nikotynowej. Wśród osób palących nadal okres palenia mieścił się w przedziale 30–50 lat. Wszystkie te osoby palą papierosy codziennie. Ponad połowa z nich, to jest 57%, wypala około 20 papierosów dziennie,

**Tabela 1. Objawy występujące u pacjentów w pierwszych dniach zaprzestania palenia**

**Table 1. Symptoms occurring in first days after smoking cessation**

Objawy	Liczba pacjentów	Wartość (%)
Psychiczny głód nikotynowy	22	76
Drażliwość	20	69
Zaburzenia snu	14	48
Niepokój	11	38
Zwiększone łaknienie	11	38
Napięcie psychiczne	6	21
Trudności w koncentracji	5	17
Obniżenie nastroju	3	10

Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ pacjenci podawali więcej niż jedną odpowiedź.

a 14% wypala co dzień ponad 20 sztuk. W analizie zdolności powstrzymania się od palenia tytoniu podczas hospitalizacji wykazano, że spośród 7 aktualnie palących tylko 1 osoba potrafiła się powstrzymać od palenia w czasie pobytu w szpitalu. Pozostałe 6 osób kontynuowało palenie w trakcie leczenia szpitalnego, co przemawia za silnym uzależnieniem fizycznym i brakiem wystarczającej motywacji do zerwania z nałogiem.

Ponad połowa badanej populacji, to jest 53%, była narażona na bierne palenie. Znaczna większość respondentów, bo 87%, było zgodnych, że palenie jest główną przyczyną ich choroby. Szkodliwe warunki pracy, jako przyczynę zachorowania na COPD, podała ponad połowa respondentów, to jest 57%. Czynniki genetyczne przyczyniły się do wystąpienia COPD w opinii 17% badanych.

Wpływ palenia tytoniu na samopoczucie ankietowanych był zróżnicowany. Ponad połowa pacjentów (55%), którzy palą lub niegdyś palili tytoń, twierdziła, że palenie nasilało duszność, natomiast 38% respondentów po wypaleniu papierosa odczuwało zmęczenie. Przyjemność z palenia papierosów czerpało 48% badanych. Palenie przynosiło ulgę lub uspokojenie 49% badanych, a w opinii 41% ułatwiało odkrztuszanie porannej wydzieliny. Dla 80% ankietowanych, którzy palą lub niegdyś palili tytoń, palenie było nawykiem.

Z analizy badań wynika, że prawie 2/3 respondentów wie, jakie znaczenie ma palenie tytoniu w rozwoju i przebiegu COPD. Przeważająca większość (94%) badanej populacji ma świadomość uzależniającego działania nikotyny. Wszyscy pacjenci orientują się, jakie szkody w poszczególnych układach (oddechowym, krążenia, pokarmowym) powoduje palenie tytoniu. Wszyscy ankietowani uznali dym tytoniowy za czynnik zagrażający

**Tabela 2. Wpływ palenia tytoniu na organizm osoby palącej w opinii respondentów**

**Table 2. Respondents opinion on smoking influence on health**

Oddziaływanie dymu tytoniowego	Liczba pacjentów	Wartość (%)
Zaspokaja głód nikotynowy	19	63
Wywołuje nudności	12	40
Zmniejsza napięcie i odpręża	11	37
Zmniejsza łaknienie	11	37
Powoduje zawroty i bóle głowy	9	30
Powoduje osłabienie i złe samopoczucie	15	50
Poprawia koncentrację	7	23
Aktywizuje do działania	3	10
Pogarsza zmysły węchu i smaku	3	10

Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ pacjenci podawali więcej niż jedną odpowiedź.

**Tabela 3. Wiedza respondentów na temat związku czynnego palenia z wystąpieniem chorób**

**Table 3. Respondents knowledge on correlation between active smoking and diseases**

Konsekwencje palenia tytoniu	Liczba pacjentów	Wartość (%)
Przewlekła obturacyjna choroba płuc	27	90
Rak płuca	22	73
Choroba niedokrwienna serca	21	70
Cukrzyca	9	30
Zaćma	4	13
Udar mózgu	3	10

Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ pacjenci podawali więcej niż jedną odpowiedź.

zdrowiu. W opinii 63% badanych dym tytoniowy przede wszystkim zaspokaja głód nikotynowy (tab. 2). Wymiernym wyznacznikiem określenia zakresu wiedzy respondentów na temat wpływu nikotynizmu na COPD jest poznanie ich poglądów na temat konsekwencji palenia tytoniu. Z danych przedstawionych w tabeli 3 wynika, że ankietowani pacjenci z COPD wiedzą, jakie jest oddziaływanie dymu tytoniowego na organizm. Jako zdrowotne konsekwencje palenia przeważająca większość (90% badanej populacji) wskazała na pierwszym miejscu COPD, 3/4 zachorowalność na raka płuca, a 70% chorobę niedokrwienną serca. Jedna trzecia responden-

tów błędnie twierdziła, że papierosy „light” powodują mniejsze ryzyko zachorowania na COPD, natomiast 40% badanych przyznało, że nie ma wiedzy na ten temat. Jako podstawowe źródło informacji na temat COPD 90% pacjentów wskazało lekarza i/lub pielęgniarkę, 57% korzystało ze środków masowego przekazu. Ponad połowa respondentów (59%) oczekuje pomocy ze strony lekarza i pielęgniarki, licząc na zmotywowanie do zaprzestania palenia.

## Dyskusja

W przeprowadzonych badaniach potwierdzono, że przewlekła obturacyjna choroba płuc jest najczęstszą chorobą u osób palących tytoń, a grupami wysokiego ryzyka są także bierni palacze, osoby przebywające z racji swojego zawodu w zanieczyszczonych i zadymionych pomieszczeniach oraz osoby obciążone czynnikami genetycznymi. Zatem ignorowanie niebezpieczeństwa związanego z paleniem tytoniu należy uznać za wyraz braku troski o zdrowie. W analizie wyników badań wykazano, że obecny poziom wiedzy większości ankietowanych pacjentów z COPD na temat wpływu nikotynizmu na rozwój ich choroby jest wysoki.

Jednak większość respondentów do zerwania z nałogiem zmusiła zła sytuacja zdrowotna. O rozbieżności pomiędzy wiedzą a zachowaniem świadczy smutny fakt, że jakkolwiek 90% badanych jako konsekwencję palenia wskazało na pierwszym miejscu COPD, to aż 23% respondentów nadal pali — mimo pogarszającego się stanu zdrowia, zmuszającego do hospitalizacji. Rozbieżność ta może sugerować niewystarczający poziom motywacji wewnętrznej badanych.

Uważa się, że deficyt wiedzy w zakresie zabezpieczenia zdrowia przed chorobami oraz brak poczucia osobistej odpowiedzialności za zdrowie leżą u podstaw nałogu palenia tytoniu [2, 7]. Istnieje więc konieczność ciągłego uświadamiania społeczeństwa o destruktywnym wpływie nikotynizmu na zdrowie człowieka oraz o konsekwencjach tego nałogu. Na tym polu pielęgniarka może odegrać istotną rolę — jako osoba edukująca, motywująca i wspierająca chorego w decyzji o zaprzestaniu palenia.

Miller i Sanchez [10] określili 6 kluczowych składników krótkiej interwencji zwiększającej efektywność działań zapobiegających szkodom zdrowotnym u osób palących, ujmując je w akronim FRAMES: 1) dostarczenie pacjentowi informacji zwrotnych na temat zagrożenia jego zdrowia (*feedback*); 2) podkreślenie odpowiedzialności

pacjenta za zmianę jego zachowań (*responsibility*); 3) udzielenie porad dotyczących ograniczenia lub zaprzestania palenia (*advice*); 4) przedstawienie strategii obejmujących sposoby planowania ograniczenia palenia (*menu of strategies*); 5) okazywanie empatii w postaci ciepłego i rozumiejącego stylu interwencji (*empathy*); 6) uwzględnienie poczucia własnej skuteczności pacjenta poprzez zachęcanie go do zmiany, która ma być oparta na jego zasobach i wierze, że jest on w stanie zmienić styl życia (*self-efficacy*).

## Wnioski

1. W badaniach wykazano, że większość respondentów dysponuje prawidłowymi informacjami o wpływie palenia tytoniu na wystąpienie i progresję COPD.
2. Zdiagnozowanie COPD spowodowało zerwanie z nałogiem palenia przez większość badanych.
3. Brak motywacji wewnętrznej jest prawdopodobnie przyczyną, która sprawia, że 23% respondentów pali mimo hospitalizacji z powodu zaostrzenia COPD.

## Piśmiennictwo

1. Kozielski J. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Fizjopneumologicznego rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Medycyna po Dyplomie. Wydanie specjalne, luty 2003: 6.
2. Zieliński J. Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Górnictwo Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2001: 4–93.
3. Doherty D., Thomas P.S., Yates D. Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Wyd. pol. pod red. R. Chazana.  $\alpha$ -medica press, Bielsko-Biała 2001: 6–12.
4. Pierchała W. Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Zasady postępowania lekarza rodzinnego. Boehringer Ingelheim Pharma i Śląska Akademia Medyczna, Warszawa 2001.
5. Postma D.S., Kerstjens H.A. Characteristics of airway hyperresponsiveness in asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1998; 158: 92–187.
6. Kuś J. Przewlekła obturacyjna choroba płuc. W: Rowińska-Zakrzewska E., Kuś J. (red.). Choroby układu oddechowego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997: 152–153.
7. Zieliński J. POChP — niedoceniany problem społeczno-medyczny. Służba zdrowia. 8–12 czerwca 2000, nr 46–47 (2939–2940).
8. Anthonisen N.R., Connett J.E., Kiley J.P. i wsp. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV<sub>1</sub>. The Lung Health Study. JAMA 1994; 272 (19): 1497–1505.
9. Garstenkom A., Suwała M. Wykrywanie uzależnienia od nikotyny w podstawowej opiece zdrowotnej. Medycyna Rodzinna 2003; 3–4: 108–111.
10. Miller W.R., Sanchez V.C. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. W: Howard G. (red.). Issues in Alcohol Use and Misuse in Young Adults. University of Notre Dame Press, Notre Dame 1993.