

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG VÀ LẠM DỤNG RƯỢU BIA Ở MỘT SỐ TỈNH CỦA VIỆT NAM

HOÀNG THỊ PHƯỢNG, VŨ THỊ MINH HẠNH
ĐÀM VIẾT CƯƠNG, NGUYỄN TRẦN HIỂN

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình hình sử dụng và lạm dụng rượu bia ở một số tỉnh của Việt Nam

Phương pháp: Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại 3 tỉnh: Sơn La, Thanh Hóa và Bà Rịa – Vũng Tàu với cỡ mẫu 1.190 hộ gia đình trong một quần thể nghiên cứu là 3.581 nhân khẩu, tuổi từ 15 trở lên.

Kết quả: Tỷ lệ sử dụng rượu bia ít nhất một lần/tuần trong mẫu nghiên cứu là 33,5%. Tỷ lệ lạm dụng rượu bia là 18,7% và có sự khác biệt rõ nét giữa các nhóm dân cư theo giới tính, tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, điều kiện kinh tế... Tuổi trung bình bắt đầu SDRB là 24 và có sự chênh lệch đáng kể giữa các vùng, các khu vực và hiện đang có xu hướng trẻ hóa rất rõ nét. Mức độ sử dụng rượu trung bình khá cao: 5,1 đơn vị rượu/bia/lần uống; 6,4 đơn vị/ngày và 26,1 đơn vị/tuần vượt xa ngưỡng sử dụng rượu an toàn của WHO. 95,7% người sử dụng uống thường uống rượu nấu thủ công; 95,7%. 87,9 người sử dụng bia thường uống bia do nhà máy sản xuất.

Kết luận: Cần thiết phải ban hành chính sách quốc gia về phòng chống lạm dụng rượu bia: hạn chế sản xuất, lưu thông, sử dụng và giải quyết hậu quả của lạm dụng rượu bia.

Từ khóa: Sử dụng rượu bia, lạm dụng rượu bia, tình hình sử dụng, lạm dụng rượu bia

SUMMARY

Objective: To evaluate situation of alcohol use and abuse in some provinces of Vietnam

Methodology: A cross-sectional study, using was conducted in 3 provinces. Among them, 1190 households with 3.581 people were investigated in Sonla, Thanh Hoa and Ba Ria – Vung Tau, representative for 3 areas: North – Middle – South of Vietnam.

Results: The proportion of taking alcohol was at least once per week among 33.5% of the studied population. 18.7% of participants were alcohol abusers and there was difference among participants by gender, education and occupation. Mean age at initial alcohol intake was 24 and there was significant differences among participants by study sites. Average consumption was high: mean consumption was 5.1 units/time, 6.4 units/day and 26.1 units/week. Majority of the alcohol takers reported taking home made alcohol (95.7%) while most of beer takers reported taking canned or bottled beer (87.9%).

Conclusion: It is necessary to develop a national policy for prevention and control of alcohol abuse and toward reducing production and consumption of alcohol as well as consequences related to alcohol abuse.

Key words: Alcohol use, Alcohol abuse, alcohol situation

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình hình sử dụng rượu bia (SDRB) và lạm dụng

rượu bia (LDRB) đang ngày càng gia tăng và trở thành vấn đề lớn về y tế công cộng ở hầu hết các quốc gia trên thế giới và ở Việt Nam. Tổ chức Y tế thế giới ước tính có khoảng 1/3 dân số trên toàn thế giới (hơn 2 tỷ người) có SDRB và 76,3 triệu người được chẩn đoán có rối loạn do SDRB [8]. Hàng năm, rượu bia và các vấn đề về rượu bia là nguyên nhân làm cho 1,8 triệu người chết, chiếm 3,2% trong tổng số tử vong toàn cầu, tương đương 58,3 triệu năm sống mất đi được hiệu chỉnh (DALYs)[6].

Ở Việt Nam, quá trình đổi mới và phát triển nền kinh tế đã giúp cho đời sống nhân dân ngày càng được nâng cao. Xu hướng SDRB trong sinh hoạt hàng ngày, trong những dịp lễ, hội, trong quan hệ công việc... đang ngày càng gia tăng. Tuy nhiên, các thông tin liên quan đến phạm vi, mức độ sử dụng và các vấn đề về rượu bia vẫn còn rất hạn chế.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá thực trạng sử dụng, lạm dụng rượu bia ở một số tỉnh của Việt Nam” với mục tiêu nhằm mô tả tình hình sử dụng, lạm dụng rượu bia ở một số tỉnh của Việt Nam.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

+ Toàn bộ người dân trong cộng đồng từ 15 tuổi trở lên

+ Người sử dụng rượu bia ít nhất 1 lần/tuần, tuổi ≥ 15

2. Địa bàn nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 3 tỉnh: Sơn La, Thanh Hóa và Bà Rịa – Vũng Tàu. Mỗi tỉnh chúng tôi chọn 01 huyện và 01 quận/thị xã, trong mỗi quận/huyện/thị xã chọn 2 xã/phường có điều kiện tự nhiên, kinh tế, xã hội không tương đồng.

Phương pháp nghiên cứu:

1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cứu mô tả cắt ngang (Cross-sectional study)

2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Công thức tính cỡ mẫu được sử dụng trong đề tài của chúng tôi là công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ với độ chính xác tuyệt đối.

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p \times q}{d^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu nghiên cứu (số hộ gia đình)

$Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị phân bố chuẩn đối với mức độ tin cậy alpha (ví dụ = 1,96 ở mức tin cậy 95%)

p: tỷ lệ hộ gia đình có người uống rượu 1 lần/tuần, theo Điều tra y tế quốc gia năm 2002, tỷ lệ này khoảng 53%

q = 1 – p = 1-0.53 = 0.47

d: sai số chấp nhận = 5%

Thay vào công thức, chúng tôi tính được N = 383, như vậy mẫu dự kiến của chúng tôi tại 3 tỉnh sẽ là 1

149 hộ gia đình (383 hộ x 3tỉnh). Nhưng để tránh sai số hệ thống, dung lượng mẫu đã được tăng đều cho mỗi tỉnh là 15 hộ gia đình và thực chất chúng tôi đã tiến hành điều tra 1.190 hộ gia đình.

3. Kỹ thuật chọn mẫu: Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn, mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Căn cứ vào dung lượng mẫu và điều kiện kinh phí, chúng tôi chọn 3 tỉnh đại diện cho 3 miền Bắc - Trung - Nam. Trong mỗi tỉnh, chọn 1 quận và 1 huyện/thị, đại diện cho khu vực thành thị và nông thôn. Trong mỗi quận/huyện/thị chọn 2 xã/phường. Trong mỗi xã/phường, chọn 4 thôn có đặc điểm kinh tế xã hội không tương đồng.

4. Phương pháp thu thập thông tin: Thông tin được thu thập thông qua bộ câu hỏi có cấu trúc đã được thiết kế sẵn nhằm tìm hiểu thông tin chung của HGD và người có SDRB trong hộ tuổi từ 15 trở lên. Điều tra viên được lựa chọn là các nhân viên y tế thôn/bản (4 người/xã/phường). Giám sát viên là các trưởng trạm y tế (01 người). Tất cả điều tra viên và giám sát viên đều được tập huấn rất kỹ bộ công cụ điều tra.

5. Thời gian nghiên cứu: Điều tra thực địa từ tháng 9 đến hết tháng 12/2005

6. Xử lý phân tích số liệu: Các số liệu điều tra được xử lý theo phương pháp toán thống kê trong y học sử dụng phần mềm EPI INFO 2000 và STATA phiên bản 9.0 xử lý các sai số (làm sạch số liệu), tập hợp và phân tích. So sánh hai tỷ lệ, hai trung bình sử dụng test t và X^2 và mô hình hồi quy logistic.

7. Vấn đề đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này được sự đồng ý của Bộ Y tế (Dự án thành phần chính sách y tế thuộc Chương trình Hợp tác y tế Việt Nam- Thụy Điển), Viện Chiến lược và chính sách y tế, các địa phương trong mẫu nghiên cứu và các đối tượng nghiên cứu. Các thông tin được đảm bảo bí mật, trung thực và chính xác.

8. Một số thuật ngữ, khái niệm trong nghiên cứu:

Rượu là một hợp chất đặc biệt có tên gọi hoá học là ethyl alcohol (ethanol) được tạo ra chủ yếu nhờ quá trình lên men tinh bột và đường có trong nhiều loại hoa quả và ngũ cốc.

SDRB trong nghiên cứu này được định nghĩa là người có ít nhất một lần sử dụng rượu hoặc bia trong tuần vừa qua tại thời điểm điều tra.

LDRB được xác định theo quy chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới: Nam uống trên 3 đơn vị rượu/ngày (*Một đơn vị rượu tương đương 10gram rượu nguyên chất chứa trong dung dịch uống – pure unit of alcohol = 01 cốc chuẩn. 1 cốc chuẩn tương đương: 1 lon bia 330ml 5%, 1 cốc rượu vang 125ml nồng độ 11%, 1 ly rượu vang mạnh 75ml nồng độ 20%, 1 chén rượu mạnh 30ml nồng độ 30%*) hoặc 21 đơn vị rượu/tuần; nữ uống trên 2 đơn vị/ngày hoặc 14 đơn vị/tuần [3].

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Tình hình SDRB trong cộng đồng

1.1. Tình hình SDRB trong cộng đồng

Kết quả nghiên cứu ban đầu cho thấy có 1.203 lượt người có SDRB ít nhất một lần/tuần, chiếm

33,5% trong tổng mẫu nghiên cứu (3.581 nhân khẩu từ 15 tuổi trở lên). Tỷ lệ hộ gia đình (HGD) có người SDRB ít nhất một lần/tuần là 68,4% cao hơn so với kết quả của điều tra y tế quốc gia năm 2002 [1].

Bảng 1 cho thấy rõ sự khác biệt về mô hình SDRB theo các nhóm điều kiện kinh tế xã hội khác nhau trong quần thể mẫu nghiên cứu như: giới tính, tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, mức sống hộ gia đình và khu vực địa lý. Có tới gần 50% và trên 21% nam giới SDR hoặc bia trong khi kết quả này ở nữ chỉ chiếm chưa tới 1% ($P<0,001$). Độ tuổi từ 35-60 có xu hướng SDRB nhiều hơn so với nhóm tuổi trẻ, nhưng tuổi càng cao (>60 tuổi) thì mức độ SDRB lại giảm đi ($P<0,001$). Dân tộc thiểu số có tỷ lệ SDR gấp 1,5 so với người Kinh, nhưng ngược lại dân tộc Kinh lại có xu hướng SDB nhiều hơn (gấp 4 lần) ($P<0,01$). Nhóm cán bộ nhà nước và hưu trí có tỷ lệ SDR và SRB cao nhất trong các nhóm nghề ($P<0,05$). Nhóm không nghề cũng chiếm tỷ lệ SDR khá cao trong cộng đồng (15,79%). Một điểm đáng chú ý là càng những người có trình độ học vấn cao lại có xu hướng sử dụng cả rượu và bia càng cao (44,94% người SDR, 77,67% SDB có trình độ trên đại học và 23% SDR và 77,67% SDB ở bậc đại học) ($P<0,01$). Mô hình SDR không có sự khác biệt rõ nét khi so sánh mức sống HGD với nhau, nhưng SDB thì nhóm người giàu/khá sử dụng gấp 4 lần ở nhóm nghèo ($P<0,01$).

Bảng 1: Tình hình SDRB theo các đặc trưng nhân khẩu học và kinh tế

Chỉ tiêu	Uống rượu		Uống bia	
	N	%	N	%
Giới tính				
Nam ^a	799	45.27	378	21.42
Nữ	15	***0.83	11	***0.61
Tuổi				
15-24 ^a	38	4.1	19	2.05
25-34	147	***20.59	82	***11.48
35-44	278	***33.86	149	***18.15
45-60	291	***34.52	118	***14.00
>60	60	***21.66	21	7.58
Dân tộc				
Kinh ^a	611	20.73	367	12.45
Thiểu số	203	32.07	22	*3.48
Trình độ học vấn				
Không biết chữ ^a	22	23.4	2	2.13
Tiểu học	153	22.17	30	4.35
Phổ thông cơ sở	344	24.17	96	6.91
Phổ thông trung học	145	17.84	120	***14.76
Trung cấp/cao đẳng/đại học	146	24.91	135	***23.04
Trên đại học	4	***44.94	6	***77.67
Nghề nghiệp				
Nông dân ^a	327	31.14	57	5.43
Cán bộ NN	152	25.46	146	***24.46
Làm cho DN+BB+thủ công	200	23.47	135	*15.85
Hưu trí/mất sức	94	36.02	35	*13.41

Học sinh	14	***2.27	6	0.97
Không nghề	15	*15.79	5	3.88
Mức sống HGD				
Khá/giàu ^a	258	22.28	193	16.67
Trung bình	474	22.02	180	8.36
Nghèo	82	30.37	16	*5.93
Khu vực địa lý				
Sơn La ^a	365	30.85	81	6.85
Thanh Hóa	207	*18.25	159	14.02
Bà Rịa Vũng Tàu	242	*19.15	149	11.79
<i>Ghi chú: Tổng số người >=15 tuổi trong mẫu NC: 3.581 người; ^aLà nhóm so sánh; *P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001</i>				

1.2. Mức độ SDRB

Mô hình uống rượu càng được thể hiện rõ khi phân tích mức độ SDRB theo từng lần uống, theo ngày và theo tuần. Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ sử dụng trung bình/lần uống là 5,1 chén rượu, 2,44 cốc bia; theo ngày là 6,4 chén rượu và 2,98 cốc bia; theo tuần là 26,11 chén rượu và 11,04 cốc bia. Theo quy chuẩn của WHO thì mức độ sử dụng rượu trong nghiên cứu này khá cao và vượt xa ngưỡng an toàn của WHO, nhưng đối với bia thì trong ngưỡng giới hạn cho phép. Số liệu này cho thấy tình trạng LDR ở nước ta đang diễn ra với mức độ khá nghiêm trọng, trên thực tế có thể còn vượt xa so với mức uống trung bình kể trên.

1.3. Tuổi bắt đầu SDRB

Theo kết quả nghiên cứu, tuổi trung bình bắt đầu sử dụng rượu là 24 và bia là 28,3 và có sự khác nhau tùy theo từng địa bàn. Tuổi bắt đầu uống rượu thường sớm hơn so với tuổi bắt đầu uống bia. Sơn La tuổi trung bình bắt đầu thấp nhất 21,1 và 27,1; tiếp đến là Bà Rịa - Vũng Tàu: 24,1 và 25,4; cao nhất là ở Thanh Hoá: 28,7 và 31,3. Tuy nhiên, ở Sơn La và Bà Rịa - Vũng Tàu có đối tượng bắt đầu SDRB rất sớm từ 10 và 14 tuổi. Các nghiên cứu được tiến hành tại một số địa phương khác trước đây cũng cho kết quả tương tự về tuổi bắt đầu SDRB. Chẳng hạn nghiên cứu tại 2 xã của huyện Thường Tín, tỉnh Hà Tây của Viện Sức khỏe tâm thần trung ương cũng cho thấy tuổi bắt đầu sử dụng rượu tập trung tỷ lệ cao trong nhóm từ 25-34[7]. Nghiên cứu của Ủy ban các vấn đề xã hội của Quốc hội cũng có kết quả là 25% bắt đầu uống rượu từ 18 tuổi[4].

1.4. Loại rượu bia thường sử dụng

Kết quả nghiên cứu cho thấy có thể rượu nấu thủ công vừa là thói quen trong tiêu dùng, vừa là “khoái khẩu” của phần đông những người sử dụng rượu. Có tới 95,7% những người uống rượu cho biết họ thường sử dụng rượu nấu thủ công và cũng có đến 93,4% khẳng định họ thích uống loại rượu này nhất. Các loại rượu do nhà máy sản xuất hoặc rượu ngoại nhập có tỷ lệ thường sử dụng rất thấp. Nguyên nhân của tình trạng này có lẽ bắt nguồn từ tập quán nấu và sử dụng rượu tự nấu lâu đời ở hầu hết mọi địa phương. Không chỉ thế, rượu tự nấu thường có giá thành rẻ và luôn sẵn có ở mọi nơi, mọi lúc nên người tiêu dùng dễ dàng tiếp cận hơn (cả về khả năng tài chính cũng như khoảng cách địa lý).

2. Tình hình LDRB trong cộng đồng

Kết quả ở Bảng 2 cũng cho thấy sự khác biệt rất rõ về mô hình LDRB giữa các nhóm dân cư khác nhau. Tỷ

lệ LDRB trong toàn mẫu là 18,7%, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Viện Sức khỏe tâm thần trung ương (10,4%) và của một số nước như Mỹ (12%), Pháp (16%)[7]. Nam giới luôn chiếm ưu thế lạm dụng cả rượu và bia (31,61% LDR và 5,5% LDB) trong khi nữ LDR chỉ có 0,61% và LDB là 0,22%. Nhóm tuổi cao hơn có xu hướng LDR và LDB nhiều hơn so với nhóm tuổi trẻ, trừ nhóm tuổi >60 lại có tỷ lệ LDRB giảm hơn so với các nhóm trẻ tuổi. Có sự khác biệt lớn về tỷ lệ LDR giữa dân tộc kinh và dân tộc thiểu số (gấp trên 2 lần, có ý nghĩa thống kê với P<0,001). Tỷ lệ uống bia ở người kinh gấp 3 lần so với người dân tộc thiểu số, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nông dân có tỷ lệ LDR cao nhất và có sự khác biệt đáng kể khi so sánh nhóm này với các nhóm nghề còn lại, trừ nhóm hưu trí và mất sức. Ở mô hình LDB thì cán bộ nhà nước và nhóm không nghề chiếm tỷ lệ LDB cao nhất, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa các nhóm với nhau. Nhóm người nghèo có tỷ lệ LDR cao nhất, nhưng nhóm người khá/giàu lại có tỷ lệ LDB cao nhất trong mẫu, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ LDR và LDB có sự chênh lệch đáng kể giữa các vùng. Sơn La là địa phương có tỷ lệ LDR cao nhất: 20,88%, đặc biệt là khu vực nông thôn, song tỷ lệ LDB lại thấp nhất (0,5%). Thanh Hóa là địa phương có tỷ lệ LDR thấp nhất và có ý nghĩa khi so sánh với tỉnh Sơn La (P<0,001). Với mô hình LDB thì không có sự khác biệt giữa các tỉnh.

Bảng 2: Tình hình LDRB theo các đặc trưng nhân khẩu học và kinh tế

Chỉ tiêu	Lạm dụng rượu		Lạm dụng bia	
	N	%	N	%
Giới tính				
Nam ^a	558	***31.61	97	***5.5
Nữ	11	0.61	4	0.22
Tuổi				
15-24 ^a	26	2.81	6	0.65
25-34	108	****15.13	21	2.94
35-44	207	***25.21	43	***5.24
45-60	197	***23.39	28	***3.32
>60	31	11.19	3	1.08
Dân tộc				
Kinh ^a	395	13.4	100	3.39
Thiểu số	174	***27.49	1	0.16
Trình độ học vấn				
Không biết chữ ^a	18	19.15	0	0
Tiểu học	135	19.57	19	2.75
Phổ thông cơ sở	249	17.93	22	1.58
Phổ thông trung học	86	*10.58	31	3.81
Trung cấp/cao đẳng/đại học	79	13.48	28	4.78
Trên đại học	7	22.22	1	*11.11
Nghề nghiệp				
Nông dân ^a	266	25.33	16	1.52
Cán bộ NN	87	*14.57	34	5.7
Làm cho DN+BB+thủ công	136	*15.96	38	4.46
Hưu trí/mất sức	53	20.31	5	1.92
Học sinh	7	***1.14	3	0.49
Không nghề	11	*14.47	4	5.26
Mức sống HGD				

Khá/giàu ^a	170	14.68	43	3.71
Trung bình	333	15.47	54	2.51
Nghèo	66	24.44	4	1.48
Khu vực				
Sơn La ^a	247	20.88	6	0.51
Thanh Hóa	108	*9.52	38	3.35
Bà Rịa - Vũng Tàu	214	16.93	57	4.51
<i>Ghi chú: Tổng số người >=15 tuổi trong mẫu NC: 3.581 người; ^aLà nhóm so sánh; *P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001</i>				

KẾT LUẬN

+ Tỷ lệ sử dụng rượu bia là 33,5%, LDRB là 18,7% trong cộng đồng mẫu nghiên cứu, trong đó nam chiếm tỷ lệ SDRB và LDRB khá cao. Tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, dân tộc, khu vực địa lý có ảnh hưởng rất rõ đối với mô hình sử dụng, lạm dụng rượu bia.

+ Mức độ sử dụng rượu trung bình khá cao trong cộng đồng: 5,1 đơn vị rượu/lần uống (one sitting), 6,4 đơn vị/ngày và 26,1 đơn vị/tuần; vượt khá xa ngưỡng sử dụng rượu an toàn theo quy định của WHO.

+ Tuổi bắt đầu sử dụng rượu bia trung bình trong toàn mẫu là 24, sớm nhất là 10 tuổi và hiện đang có xu hướng trẻ hóa ở hầu hết các địa phương trong địa bàn nghiên cứu.

+ Đại bộ phận những người sử dụng rượu thường uống rượu nấu thủ công (95,7%), điều này cho thấy phạm vi ảnh hưởng rộng lớn của rượu nấu thủ công đối với người tiêu dùng ở nước ta cũng như sự cần thiết của việc kiểm soát về số lượng, đặc biệt là chất lượng đối với mặt hàng này.

Kết quả của nghiên cứu trên sẽ là cơ sở cho việc xây dựng chiến lược quốc gia về phòng chống tác hại của việc LDRB từ đó hạn chế những hậu quả do việc lạm dụng rượu bia đối với cá nhân, gia đình, cộng đồng và toàn xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2003), Tổng cục Thống kê, "Báo cáo điều tra y tế quốc gia 2001-2002". Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tr 89-93
2. Bộ Y tế, Tổng cục thống kê, UNICEF, WHO (2005), Báo cáo điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam, Nhà xuất bản thống kê Hà Nội
3. Miller et al. (2003), *Module 20 - Standards Drinks*, International Center for Alcohol Policies (ICAP), Geneva, World Health Organisation
4. Nguyễn Văn Tiên (2002), "LDRB, một số kết quả nghiên cứu từ cộng đồng", Báo cáo kỹ yếu Hội thảo chính sách phòng chống LDRB do Ủy ban các vấn đề xã hội của Quốc hội tổ chức vào tháng 12/2002 tại Hà Nội.
5. Nguyễn Viết Thiêm và cộng sự (2004), "Lạm dụng rượu và sức khỏe tâm thần", Hội thảo quốc gia về chăm sóc sức khỏe tâm thần và phòng chống tự tử tổ chức tại Huế. Bộ Y tế Việt Nam
6. The World Health Report (2002) - *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, World Health Organization, 2002
7. Viện Sức khỏe tâm thần trung ương (1994), Các báo cáo về dịch tễ lâm sàng lạm dụng rượu và nghiện rượu tại Việt Nam, Viện Sức khỏe tâm thần trung ương.
8. World Health Organization (2004) - *Department of Mental Health and Substance Abuse - Global Status*