

Ghidul European al E.N.S.P. pentru tratamentul dependenței de tutun

Partea a doua Tratamentul dependenței de tutun

Curs 3

Intervenții standard în tratamentul dependenței de tutun

ÎN ATENȚIA TUTUROR PROFESIONȘTILOR ÎN SĂNĂTATE

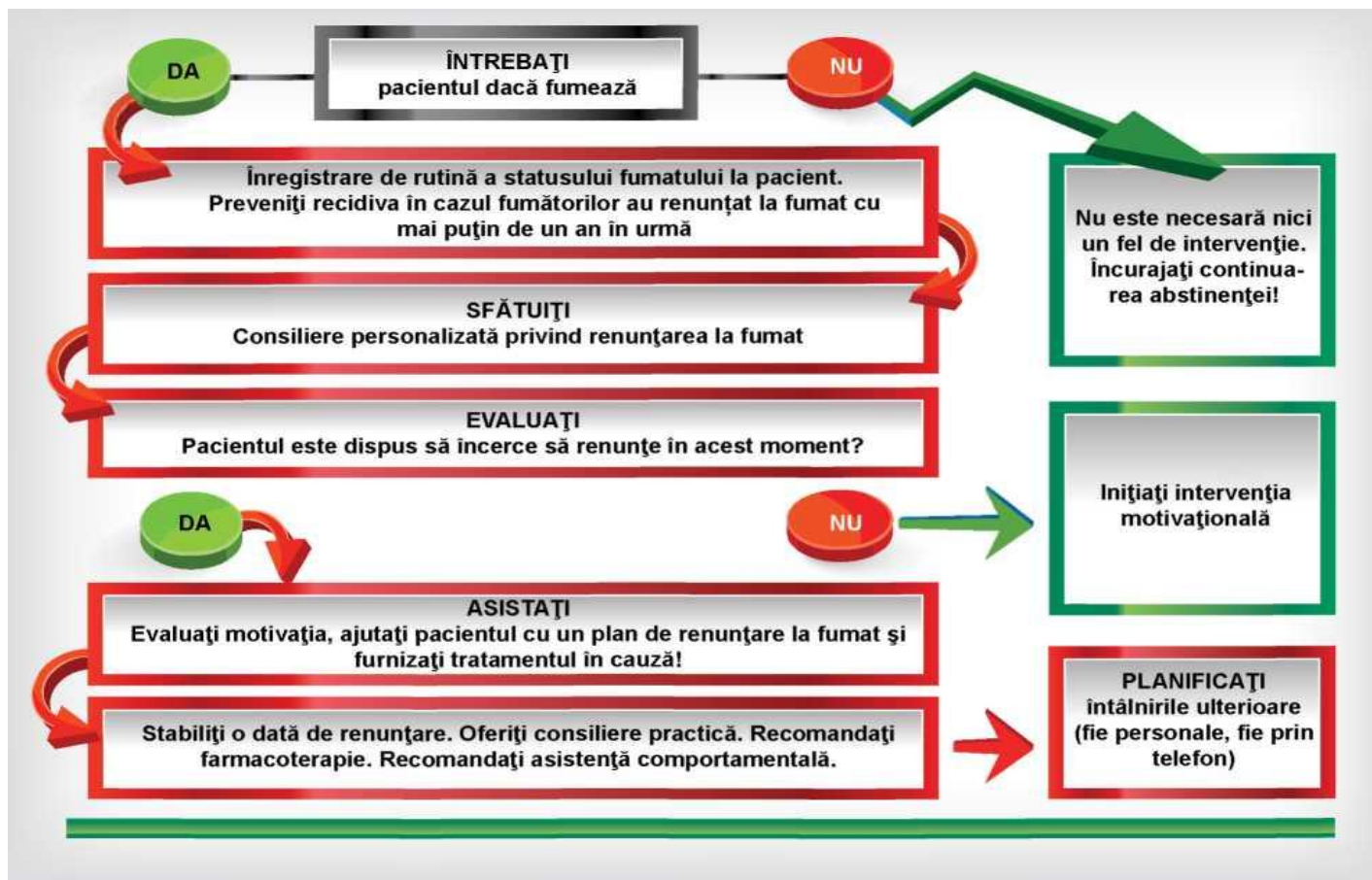
- Nu toți clinicienii asistă pacienții fumători în renunțarea la fumat, oferindu-le acestora tratamentul specific³ și doar **20% dintre fumători sunt pregătiți să renunțe la fumat în orice moment.**⁴
- Frecvent fumătorii nu apelează la tratamente dovedite științific, motiv pentru care aproximativ 90-95% din tentativele neasistate de a renunța la fumat se soldează cu un eșec.
- Nerespectarea medicației și a consilierii este o practică obișnuită, ceea ce reduce șansele de succes în renunțarea la fumat.
- Pacienții primesc de regulă doar în jur de 50% din totalul dozelor recomandate de medicamente și cel mai adesea participă la mai puțin de jumătate din ședințele de consiliere programate⁵.
- Tentativele neasistate de renunțare la fumat pot avea succes, iar medicii nu trebuie să descurajeze pacienții care prezintă voință puternică de a renunța la fumat pe cont propriu⁶
- Toți medicii trebuie să recomande încetarea fumatului fiecărui pacient care fumează, chiar dacă acesta nu este încă pregătit să renunțe la fumat⁷.

ABORDAREA STANDARD ÎN VEDEREA RENUNȚĂRII LA FUMAT

Există 5 strategii recomandate atunci când ne adresăm consumului de tutun în serviciile clinice. Cunoscută sub denumirea de “cei 5 A”, aceste strategii sunt:

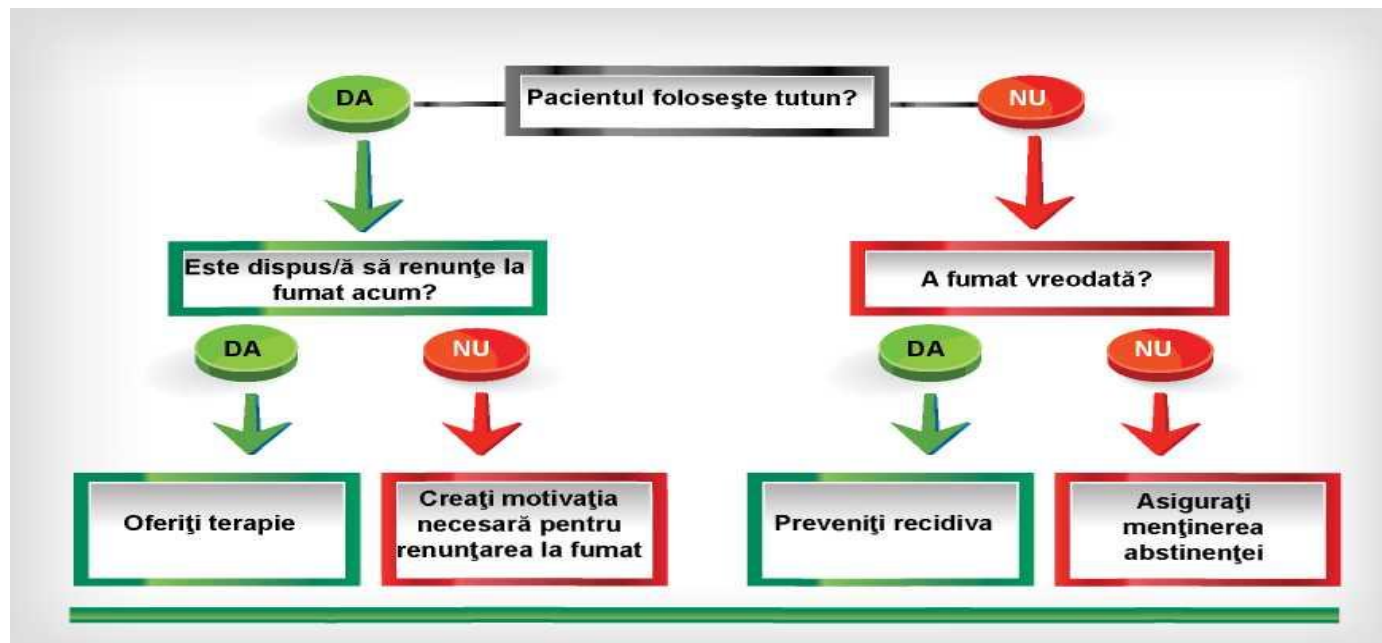
1. **Întreabă** toți pacienții despre statusul de fumător,
2. **Sfătuiește** toți pacienții să renunțe la fumat,
3. **Evaluează** disponibilitatea de a renunța,
4. **Asistă** pacientul pe parcursul unei tentative de renunțare la fumat, inclusiv prin furnizarea de consiliere comportamentală și prin prescrierea de medicații de primă linie pentru renunțarea la fumat
5. **Programează** urmărirea pacientului

Fig.: Algoritmul celor “5A” pentru acordarea tratamentului de renunțare la fumat



ANALIZA DISPONIBILITĂȚII PACIENTULUI DE A RENUNȚA LA FUMAT

- Profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să se preocupe de toți fumătorii, fie ei motivați sau nu: toți pacienții trebuie să beneficieze de asistență medicală în vederea renunțării la fumat.
- În practica curentă, se întâlnesc frecvent patru situații, în funcție de statusul fumatului și de stadiul motivațional, așa cum se poate vedea în Figura de mai jos



Mai jos este descrisă cate o soluție adecvată pentru fiecare dintre cele patru situații:

1. Consumatorilor de tutun care doresc să renunțe la fumat la momentul evaluării este recomandat să li se ofere imediat farmacoterapie și consiliere cognitiv-comportamentală.
2. În cazul consumatorilor de tutun care nu doresc să renunțe la fumat la momentul evaluării, este recomandată folosirea strategiei interviului motivațional, pentru încurajarea în vederea renunțării/promovarea motivării pro-renunțare/grăbirea unei decizii în favoarea renunțării la fumat cât mai repede posibil.

O meta-analiză a 14 studii randomizate arată că:

- Interviul motivațional a dus la o creștere cu cca. 30% a ratei de renunțare într-un interval de șase luni.
- Rata de renunțare în cadrul a două studii care au implicat medici consilieri (ce au primit, în general, mai mult de două ore de instructaj) a fost de cca. 8% cu interviul motivațional, față de 2% cu sfatul minimal sau asistența uzuală
- Rata de renunțare a fost mai mare dacă:
 - Fumătorii au beneficiat de două sau mai multe ședințe de consiliere, comparativ cu situațiile în care au beneficiat de o singură ședință.
 - Ședințele au fost mai lungi de 20 de minute.

STRATEGIA CELOR “5 R”

Strategia celor “5 R”, așa cum este ea aplicată în cazul unui fumător care nu este dispus să renunțe imediat la fumat, constă în:

- *Relevanță*: În timpul discuției cu pacientul, medicul ar trebui să încerce să răspundă la întrebarea: „De ce este importantă renunțarea la fumat pentru dumneavoastră, pe plan personal?”
- *Riscuri*: Medicul ar trebui să încerce să identifice potențialele riscuri personalizate legate de sănătatea fumătorului respectiv și să clasifice atât riscurile imediate (agravări ale BPOC), cât și riscurile pe termen lung (infertilitate, cancer).
- *Recompense*: Medicul ar trebui să-i prezinte pacientului beneficiile personale ale renunțării la fumat.
- *Piedici* (engl. - *Road-blocks*): Medicul ar trebui să-i ceară pacientului să identifice barierele sau obstacolele care ar putea sta în calea succesului unei tentative de renunțare la fumat.
- *Repetiție*: Intervențiile în vederea renunțării la fumat ar trebui să fie făcute în mod repetat, ori de câte ori medicul constată că pacientul nu este dispus/pregătit să se lase de fumat.

În cadrul intervențiilor care au drept scop creșterea motivației de a renunța la fumat¹⁰ se recurge, de regulă, la metode de interviu motivațional, precum:

- Exprimarea empatiei prin întrebări deschise care analizează atitudinea față de fumat („Cât de importantă considerați că este renunțarea la fumat pentru dumneavoastră, personal?”)
- Folosirea tehnicii ascultării reflexive („Așadar, sunteți de părere că fumatul vă ajută să vă mențineți greutatea ac-tuală?”)
- Recunoașterea dreptului pacientului de a respinge schimbarea („Înțeleg că încă nu sunteți pregătit să renunțați la fumat. Atunci când veți fi dispus să faceți o încercare, voi fi aici să vă ajut.”)
- Evidențierea discrepanțelor dintre comportamentul actual al pacientului și propriul său sistem de valori personale („Spuneți că familia valorează foarte mult pentru dumneavoastră. Cum credeți că îi afectează pe soție și pe copii faptul că dumneavoastră fumați?”)
- Construirea angajamentului față de schimbare („Noi vă vom ajuta să evitați un atac de cord, precum cel suferit de tatăl dumneavoastră.”)
- Atitudine empatică („Sunteți îngrijorat de eventualele simptome de sevraj?”)
- Cererea permisiunii de a oferi informații („Sunteți de acord să învățați împreună cu mine câteva strategii comportamentale care vă vor ajuta să depășiți situațiile ce vă determină să fumați?”)
- Oferirea de soluții simple, ca pași mici către abțință: un număr de telefon (o linie telefonică dedicată, netaxabilă, pliante cu metode de a-și schimba comportamentul adictiv etc)

CONSUMATORII DE TUTUN CARE AU OPRIT FUMATUL RECENT

- Dat fiind că pacienții care au oprit fumatul recent sunt încă vulnerabili și pot recidiva oricând, în special în primele 3-6 luni de la terminarea tratamentului, este recomandat ca medicul să îi întrebe sistematic, la fiecare vizită
 - “Încă mai simțiți nevoia imperioasă de a fuma?”
 - “Cît de greu vă este să va abțineți de la fumat?”
- Pacienții cu risc major de recidivă ar trebui să fie asistați mai intens, inclusiv recomandându-le să repete tratamentul, dacă acest lucru este considerat util.
- Pentru cei care au reușit să renunțe recent la fumat este recomandată încurajarea menținerii abstenenței și monitorizarea cu atenție a oricărui potențial risc de recidivă.
- Toți pacienții care s-au lăsat recent de fumat trebuie să beneficieze de o perioadă de urmărire și de asistență calificată în vederea menținerii statusului de nefumători.

EFICIENȚA TRATAMENTULUI PENTRU CONSUMUL ȘI DEPENDENȚA DE TUTUN (ASISTAREA)

Tratamente care combină consilierea și medicația

- Combinația de consiliere și medicație este mai eficientă în renunțarea la fumat comparativ cu doar medicația și respectiv cu doar consilierea. De aceea, de câte ori este posibil și adecvat, ar trebui să se ofere pacienților care încearcă să renunțe la fumat formula combinată medicație și consiliere
- Există o relație puternică între numărul de sesiuni de consiliere adăugate medicației și probabilitatea de succes a renunțării la fumat
- Pe cât posibil, clinicienii trebuie să ofere sesiuni multiple de consiliere adăugate la medicație, pacienților lor care tentează renunțarea la fumat

SPRIJIN ÎN FOLLOW-UP (PROGRAMARE)

- Intervențiile intensive sunt cele mai eficiente și ar trebui folosite pe cât de des posibil.
- Clinicienii trebuie să încurajeze toți pacienții să folosească medicamente eficiente pentru tratarea dependenței nicotinică.
- Clinicienii ar trebui să le furnizeze tuturor fumătorilor dispuși să renunțe la fumat tratament sub forma unui minim de patru ședințe de consiliere de tip față în față.
- Combinația dintre consiliere și farmacoterapie în tratarea dependenței de nicotină este mai eficientă pentru renunțarea la tutun decât oricare dintre cele două metode luate separat. Tocmai de aceea este recomandată asocierea celor două metode ori de câte ori acest lucru este posibil .
- Când nu este posibilă folosirea tratamentului farmacologic, este în continuare recomandat să se apeleze la terapia non-medicamentoasă, astfel încât toți fumătorii să primească asistență terapeutică, dat fiind că tratamentul dependenței de tutun și-a dovedit eficiența.

TIPURI DE INTERVENȚII ÎN VEDEREA RENUNȚĂRII LA FUMAT

1. **Sfatul minimal** - Acest tip de intervenție durează maximum 3-5 minute (ca intervenție de nivelul 1) – și este recomandată în asistența medicală primară, pentru medicii de familie, medicii stomatologi, toate categoriile de specialiști.
2. **Tratamentul dependenței tabagice de către medicul generalist:** Orice medic de familie care tratează boli cronice precum diabet, hipertensiune arterială, etc. trebuie să poată trata și dependența de tutun, abordând-o la fel ca pe orice altă boală cronică, aflată în evidența sa.
3. **Intervenții individuale specializate pentru renunțarea la fumat:** Ca intervenție de nivel 2, consumatorii de tutun ar trebui să primească tratament individual specializat de la propriul lor medic, asistentă sau psiholog, care ar trebui să fie formați în acest domeniu
4. **Intervenții de grup specializate pentru renunțarea la fumat:** Numeroase programe de renunțare la fumat includ strategii de grup bazate pe metode educaționale și un mai bun acces la tratament și suport psihologic.

CONSILIEREA COMPORTAMENTALĂ

Există două tehnici eficiente de consiliere care se adresează pacienților consumatori de tutun

1. Consiliere cognitiv-comportamentală
2. Interviul motivațional

Suportul psihologic pentru renunțarea la fumat

Suportul psihologic este oferit printr-o abordare sistematizată și sistematizată

Fig: Pacientul se analizează pe sine însuși

Dependența de tutun de care sufăr îmi creează:

avantaje pe termen lung și scurt

dezavantaje pe termen lung și scurt

Fig: Pacientul anticipează influența dependenței de tutun asupra obiectivelor pe care și-a propus să le atingă în viață

În cinci ani de acum, voi avea ... ani

Ce mi-ar plăcea să fiu și să fac?

Ce se va întâmpla dacă nu renunț la fumat?

Dacă pacientul încă mai fumează, dar a început și tratamentul farmacologic, sunt recomandate următoarele măsuri:

- să-și anunțe toți prietenii, membrii familiei etc. în legătură cu intenția sa de a renunța la fumat;
- să noteze pe o foaie de hârtie motivele pentru care dorește să renunțe la fumat, conform principiului *verba volant, scripta manent*, și să pună respectiva foaie de hârtie într-un loc unde să o poată vedea frecvent - pe ușa de la frigider, în baie, pe monitorul computerului etc.;
- să se gândească cu ce e cel mai bine să înlocuiască gestul fumatului: poate fi un pahar de apă, ceai, cafea etc. - și să-l bea puțin câte puțin; alte variante pot fi, de asemenea, utile în amânarea fumatului: mingiuțe anti-stres, gumă de mestecat sau biscuiți/morcovi etc.
- să numească o persoană de sprijin - persoana pe care pacientul se obligă să o contacteze prin telefon înainte de a reîncepe să fumeze;
- să-și imagineze un tip de reacție pentru situațiile în care apare dorința de a consuma tutun: bea apă, iese la plimbare etc.
- să-și schimbe stilul de viață, obiceiurile sau spațiul asociate până nu demult cu fumatul.

Tabel: Elemente comune ale intervențiilor de suport în timpul tratamentului

COMPONENTA DE SUPORT A TRATAMENTULUI	EXEMPLE
Încurajați pacientul în încercarea sa de a renunța la fumat.	<ul style="list-style-type: none"> • Menționați că acum sunt disponibile tratamente eficiente împotriva dependenței de fumat și că jumătate din cei care au fumat la un moment dat au reușit să renunțe. • Exprimați-vă încrederea în capacitatea pacientului de a renunța.
Exprimați-vă compasiunea și preocuparea.	<ul style="list-style-type: none"> • Întrebați-l pe pacient ce simte în legătură cu renunțarea. • Exprimați-vă direct preocuparea și dorința de a ajuta ori de câte ori este nevoie. • Întrebați-l pe pacient despre temerile sale și ambivalența sa cu privire la renunțare.
Încurajați pacientul să vorbească despre procesul de renunțare.	Interesați-vă despre: motivele pentru care pacientul vrea să renunțe la fumat, temerile și preocupările legate de renunțare, succesele obținute sau dificultățile întâlnite de-a lungul procesului.

RECOMANDĂRI

Suportul psihologic în vederea renunțării la fumat trebuie să fie integrat în tratamentul medical al pacientului dependent de nicotină (nivel de dovadă A).

TERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ(TCC)

■ Principiile TCC:

- Inițierea unei relații de colaborare între medic și pacient
- Evitarea conflictelor
- Ascultarea activă - care se referă la reformularea spuselor pacientului
- Valorificarea succesului
- Crearea unor abilități de apreciere pozitivă cu privire la beneficiile renunțării la fumat.

Acest tratament își propune să schimbe comportamentele inadaptable ale indivizilor și să-i decondiționeze, orientându-i către comportamente adaptate. Folosirea TCC în centrele de renunțare la fumat îi ajută pe fumători să învețe să devină conștienți de comportamentul lor în ceea ce privește fumatul și să se auto-evalueze.

EFICACITATEA TCC

O meta-analiză a 64 de studii ce vizau eficiența și ratele estimate de abținere pentru diferite tipuri de terapii de consiliere și comportamentale a dovedit creșteri semnificative la nivel statistic în ceea ce privește ratele de abținere, comparativ cu situațiile în care pacientul nu participa la aceste forme de tratament (Vezi tabelul următor).

Tabel: Elemente comune ale consilierii practice (rezolvarea problemelor/dezvoltarea competențelor)

COMPONENTA TRATAMENTULUI	EXEMPLE
<p>Recunoașterea situațiilor care prezintă pericol – identificarea evenimentelor, stări interioare sau activități care sporesc riscul fumatului sau recidivei</p>	<p>Efecte negative și stres. Timp petrecut în preajma altor consumatori de tutun. Consumul de alcool. Confruntarea cu nevoia de a fuma. Urme ale consumului de țigări și disponibilitatea țigărilor.</p>
<p>Dezvoltarea abilităților de a face față tentațiilor – identificarea și exersarea abilităților de a face față tentațiilor și de a rezolva probleme. De obicei, aceste abilități sunt menite să ajute pacientul să facă față situațiilor periculoase.</p>	<p>Învățați să anticipați și să evitați tentațiile și modul în care se declanșează situațiile. Învățați strategii cognitive care vor reduce dispozițiile negative. Faceți modificări în stilul de viață care pot reduce stresul, pot îmbunătăți calitatea vieții și pot reduce expunerea la urme ale consumului de tutun. Deprindeți activități cognitive și comportamentale pentru a putea face față nevoii de a fuma (distragerea atenției; schimbarea rutinei).</p>
<p>Furnizarea de informații de bază – Furnizarea de informații fundamentale despre fumat și despre succesul în abandonarea lui</p>	<p>Faptul că orice tentativă de a fuma (chiar și un singur fum de țigară) crește probabilitatea unei recidive totale. Simptomele sevrajului culminează, de regulă, în termen de 1-2 săptămâni după renunțare, dar pot persista timp de mai multe luni. Aceste simptome includ o dispoziție proastă, nevoia de a fuma și dificultăți de concentrare. Natura fumatului de a crea dependență.</p>

CUM SE MANAGERIAZA DEPENDENȚA COMPORTAMENTALA DE FUMAT

Recomandări

- ✓ TCC trebuie să fie luată în calcul în planificarea tuturor tipurilor de intervenții medicale pentru oprirea fumatului, fiind o metodă eficientă, care contribuie la creșterea ratei de succes a eforturilor de renunțare la fumat (nivel de dovadă B).

- ✓ Există două tipuri de terapii de consiliere cognitiv-comportamentală care duc la rate crescute de abținere
 - 1. oferirea de consiliere practică pentru fumători (abilități de rezolvare a problemelor/dezvoltarea competențelor
 - 2. oferirea de susținere și încurajare ca parte a tratamentului (nivel de dovadă B).

- ✓ Aceste elemente de consiliere trebuie să fie incluse în intervențiile privind renunțarea la fumat (nivel de dovadă B).

INTERVIUL MOTIVAȚIONAL (IM)

- Interviu motivațional este o metodă concepută de psihologul american William R. Miller în anii '80, în timp ce trata pacienți cu probleme legate de abuzul de alcool.
- Miller a arătat că ascultarea empatică poate duce la o reducere a cantității de alcool consumate de un client
 - Consilierul va înțelege nevoile pacientului și se va comporta ca un egal al acestuia.
 - Consilierul va susține încrederea în sine a pacientului, dovedind încredere în abilitatea pacientului de a se schimba.
 - Consilierul va da dovadă de apreciere față de eforturile pacientului.

Caracteristicile Interviului Motivațional:

- *Cereți permisiunea.*
- *Acceptați ambivalența*
- *Întrebări deschise.*
- *Discursul pro-schimbare.*
- *Manifestați un discurs și un comportament pozitive.*
- *Faceți un sumar a ceea ce s-a spus.*

Interviul Motivațional în practica clinică

- *Intervenția rapidă (IR)*
- *Importanța schimbării*
- *Încrederea în sine*

Dovezi privind eficacitatea

Interviul motivațional sau variantele acestuia, folosite la scară largă ca tehnici de consiliere pot fi eficiente în asistarea pacienților pentru renunțare la fumat (nivel de dovadă B)

FORMATUL INTERVENȚIILOR

Formatul intervenției terapeutice de renunțare la fumat a fost testat în mai multe variante, incluzând aici:

- 1. Consiliere individuală:** Consilierea individuală anti-fumat este mai eficientă decât consilierea simplă.
- 2. Renunțarea la fumat cu ajutorul liniilor telefonice:** Există dovezi solide despre eficiența intervenției de consiliere telefonică proactivă în renunțarea la fumat (Nivel de dovadă A).
 - S-a dovedit important un număr de minimum două ședințe de consiliere telefonică pentru creșterea ratelor de renunțare
 - Nu dispunem de date clare asupra beneficiilor creșterii numărului de apeluri la mai mult de două. (Nivel de dovadă B)
- 3. Consilierea de grup:** Este eficientă pentru renunțarea la fumat.
 - Consilierea de grup este eficientă în renunțarea la fumat. Includerea suportului social este utilă în cadrul unei intervenții de grup. Tipurile de componente cognitive-comportamentale ale intervențiilor incluse în consilierea de grup nu îi influențează eficacitatea. (nivel de dovada A)
 - Consilierea de grup are o eficacitate similară consilierii individuale și se recomandă chestionarea preferințelor pacientului pentru a determina ce metodă i se potrivește. (nivel de dovadă B).
- 4. Internet:** Poate fi accesat de majoritatea persoanelor fumătoare. Sunt necesare viitoare studii.

Tabel: Medicație de primă linie pentru renunțarea la fumat (adaptat după Fiore M.C.)

TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL DEPENDENȚEI DE TUTUN		
MEDICAMENT	DOZAJ	INSTRUCȚIUNI
BUPROPION	zilele 1-3: 150 mg în fiecare dimineață; ziua 4-final: 150 mg x 2/zi (cel puțin la 8 ore) pentru restul tratamentului	Se începe cu 1-2 săptămâni înainte de data renunțării; Se utilizează timp de 2-6 luni
GUMĂ NICOTINICĂ	2 mg – pacientul fumează ≤ 24 țigări/zi 4 mg – pacientul fumează ≥ 25 țigări/zi. Doza unanim recomandată este de 8-12 gume mestecate/zi	Se utilizează timp de până la 12 săptămâni
INHALATOR CU NICOTINĂ	6-16 cartușe/zi, un cartuș poate furniza 4 mg de nicotină de-a lungul a 80 de inhalări	Se folosește timp de până la 6 luni; se pliază la capăt
TABLETE CU NICOTINĂ	doze de 1, 2 sau 4 mg; o tabletă la fiecare 1-2 ore inițial, apoi 2 mg dacă pacientul fumează la 30 min. sau mai mult după trezire ori 4 mg dacă pacientul fumează la <30 min. după trezire	Se folosește timp de 3-6 luni
SPRAY NAZAL CU NICOTINĂ	0,5 mg / nară inițial 1-2 doze/oră limite: 8-40 doze/zi	Se folosește timp de 3-6 luni
PLASTURE CU NICOTINĂ	7, 14, 21 mg/24 de ore (sau 10/15/25 mg / 16 ore Dacă pacientul fumează 10 țigări/zi, 21 mg/zi timp de 4 săptămâni, apoi 14 mg/zi timp de 2 săptămâni, apoi 7 mg/zi timp de 2 săptămâni; Dacă pacientul fumează <10 țigări/zi, începeți cu 14 mg/zi timp de 6 săptămâni, apoi 7 mg/zi timp de 2 săptămâni	Se va folosi un plasture nou în fiecare dimineață, timp de 8-12 săptămâni

TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL DEPENDENȚEI DE TUTUN

MEDICAMENT	DOZAJ	INSTRUCȚIUNI
VARENICLINĂ	zilele 1-3: 0,5 mg în fiecare dimineață; zilele 4-7: 0,5 mg de două ori pe zi; ziua 8-final: 1 mg de două ori pe zi	Se va începe cu o săptămână înainte de data renunțării; Se folosește timp de 3-6 luni
TERAPII COMBinate: numai combinația de bupropion SR + plasture nicotinic a fost aprobată de FDA pentru renunțarea la fumat		
PLASTURE NICOTINIC + BUPROPION	Se vor urma instrucțiunile individuale pentru medicamentele de mai sus	Se vor urma instrucțiunile individuale pentru medicamentele de mai sus
PLASTURE NICOTINIC + INHALATOR	Se vor urma instrucțiunile individuale pentru medicamentele de mai sus	Se vor urma instrucțiunile individuale pentru medicamentele de mai sus
PLASTURE NICOTINIC + TABLETE		
PLASTURE NICOTINIC + GUMĂ		

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, stop.smoking@wales.nhs.uk
2. Gratziou C., Review of current smoking cessation guidelines, *Eur.Respir.Mon.*,2008, 42, 35 43 3
3. Shiffman S, Brockwell SE, Pillitteri JL, Gitchell JG, Use of smoking-cessation treatments in the United States, *Am J Prev Med* 2008;34:102-11
4. National Cancer Institute, Cancer trends progress report — 2009/2010 update, <http://progressreport.cancer.gov>
5. Shiffman S, Sweeney CT, Ferguson SG, Sembower MA, Gitchell JG, Relationship between adherence to daily nicotine patch use and treatment efficacy: secondary analysis of a 10-week randomized, doubleblind, placebo-controlled clinical trial simulating over-the-counter use in adult smokers. *Clin Ther* 2008;30:1852-8
6. Pierce JP, Cummins SE, White MM, Humphrey A, Messer K, Quitlines and nicotine replacement for smoking cessation: do we need to change policy? *Annu Rev Public Health.* 2012 Apr;33:341-56.
7. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4
8. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation, *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 1:CD006936
9. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008
10. Fagerstrom K.O., Assessment of the patient, in *Smoking Cessation European Respiratory Monograph*, 2008, 42, 44 50, ISSN 1025 448x
11. Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? *Tob Control* 2005; 14: 425–428
12. West R, Sohal T., ‘Catastrophic’ pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ* 2006; 332: 458–460
13. Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes smokingcessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up, *Addiction* 2003; 98:1395-402
14. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis, *BMJ* 2009; 338:b1024
15. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD000165
16. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2:CD001292 17 CDC: Cigarette smoking among adults—United States, 1995.
17. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997; 46: 1217–20
18. Andreas S.,Hering T., Muhlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H.,Smoking Cessation in Chronic Obstructive Disease an Effective Medical Intervention, *Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(16): 276–82
19. Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, *N Engl J Med* 2011;365:1222-31
20. Batra A. Treatment of Tobacco dependence, *Deutsches Ärzteblatt International* 2011; 108(33): 555–64)
21. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, et al., A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies, *Arch Gen Psychiatry* 2009;66: 1253-62. [Erratum, *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:77
22. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al., Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:47-55
23. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ. et al., Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapy in primary care clinics. *Arch Intern Med* 2009; 169:2148-55
24. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker’s Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro
25. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study, *Prev Med* 2004;38:412-20
26. Peters EN, Hughes JR. The day-to-day process of stopping or reducing smoking: a prospective study of self-changers. *Nicotine Tob Res* 2009;11:1083-92. [Erratum, *Nicotine Tobacco Res* 2010;12:77.]
27. Fagerstrom K.O., How to communicate with the smoking patient, *Eur.Respir.Mon.*,2008, 42, 57 60
28. Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T, Pabiniak C. Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1998;339: 673-9
29. Lindholm C, Adsit R, Bain P, et al. A demonstration project for using the electronic health record to identify and treat tobacco users, *WMJ* 010;109:335-40
30. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial, *Addiction* 2005;100:1012 20 31 World Health Organization (WHO), Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003
31. West R., Mc Neill A., Britton J., Bauld L., Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., Should smokers be offered assistance with stopping? *Addiction*, 105, 1867–1869

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2005, Issue 2. Art. No: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
2. www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427
3. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
4. Mardle T., Merrett S, Wright J., Percival F, Lockhart I., Real world evaluation of three models of NHS smoking cessation service in England *BMC Research Notes* 2012;5:9.
5. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011. www.stop.smoking@wales.nhs.uk
6. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
7. 2 Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quit lines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Final Edition, September 2004.
8. 3 Tzelepis F, Paul CL, Walsh RA, McElduff P, Knight J. Proactive telephone counseling for smoking cessation: meta-analyses by recruitment channel and methodological quality. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(12):922-41.
9. 4 Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.
10. Batra A. Treatment of Tobacco dependence, *Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int.* 2011;108(33):555-64.
11. Sullivan et al., State of the Art Reviews: Smoking Cessation: A Review of Treatment Considerations, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2007;1:201-213.
12. Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – How to quit smoking-recommendations, treatment methods, Tei Publishing House, București 2003.
13. Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. *Am J Prev Med* 2000;18:305-311.
14. West R., New Approaches to Smoking Cessation, http://www.ttmed.com/respiratory/print.cfm?ID_Dis=8&ID_Cou=23&ID_Art=1598 16/09/2006
15. Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, *N Engl J Med.* 2011;365:1222-31.
16. Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., Le traitement de la dépendance au tabac, *Guide Pratique* 2009.
17. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system, *Thorax* 1998;53:Suppl 5:S1-S19.
18. NICE advice on the best way to quit smoking February 2008 National Institute for Clinical and Health Excellence, www.nice.org.uk.
19. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2005, Issue 2. Art. No: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.