

## INTERVENTIONS IN ROMANIA TO REDUCE TOBACCO-RELATED MORBIDITY AND MORTALITY

**Barna Grigore, Researcher, PhD Candidate, "Babeş-Bolyai" University of Cluj-Napoca and Barna Katalin, Psychologist, MA**

*Abstract: In this paper we are describing tobacco using habits and the results of interventions to reduce tobacco-related mortality in USA and Hungary. Romania has underhanded designed and implemented intervention, so we want to present realistic options to reduce and stop the tobacco use in pre-adolescent population, were the concept and the option for smoking should be change. Tobacco control legislation has gained prominence at the European Union (EU) level and the rest of the world due to the serious medical effects of smoking. The concern about smoking has been heightened as evidence mounts about the cost of smoking and the effects of second-hand smoke. According to the 2008 Eurobarometer survey on tobacco summary report issued by the Directorate for Public Health and Risk Assessment of the European Commission, tobacco is the single largest cause of avoidable death, it accounts for over half a million deaths each year in the EU. A study conducted in 2004 in 5 high schools in Romania showed that 11.8% of students aged 15-17 years smoked occasionally and 24.5% reported constant smoking. The most recent comparable data for Romania is for 2009 and indicates that 33.7% of 15 years and over smoke.*

*Keywords: motivations for smoking, risks from smoking, tobacco control issues, designed and implemented interventions, tobacco cessation.*

### **Background motivațional pro și contra fumat**

În ultimele decenii fumatul a devenit o epidemie mondială, mai ales în rândul tinerilor. Ca să putem elabora intervenții reale trebuie să cunoaștem factorii care influențează debutul și persistența obiceiului. Dorim să prezentăm factori, atitudini și obiceiuri care influențează fumatul în diferite culturi și situații economice cum sunt Ungaria (Europa de Est) respectiv Canada, Anglia și SUA, țări în care relațiile culturale și factorii economici sunt foarte diferiți, cu toate acestea, în multe situații există factori comuni care stau la baza fumatului.

În Ungaria fumatul este un obicei bine tolerat și în momentul actual, cu toate că anumite măsuri luate de autorități au dus la localuri no smoking, adică la fumatul interzis în restaurante, baruri, cofetării.

Piko și colegii din Institutul de Psihiatrie al Universității din Szeged din Ungaria au investigat motivația fumătorilor în rândul copiilor între 13 și 18 ani. (n=300). Fenomenul fumatului se poate interpreta prin relațiile interpersonale ale indivizilor, deoarece experiența spune că pe lângă procedurile generale de prevenție, este nevoie și de mesaje personale care ajung la fumător.

Asta înseamnă ca mesajul personal trebuie să fie diferit pentru femei, diferit pentru bărbați, pentru fumătorii activi și pentru cei care nu au fumat niciodată. (Murray, Swan și Clarke, 1984; Bruvold, 1993). Statutul financiar mai bun al familiei, mesajul negativ despre fumat nonverbal și verbal al părinților este un fenomen care duce la reducerea fumatului. Adolescenții contemporani care fumează consolidează obiceiul fumatului în rândul celor fumători, respectiv cei care nu fumează au tendința de a începe fumatul mult mai ușor.

Motivația și performanța școlară sunt de asemenea fenomene care influențează obiceiul fumatului. Elevii, adolescenții care învață mai bine, sunt primiți mai bine în colectivitate și mai bine normelor școlare, fumează mai rar sau nici nu încep să fumeze. Acești adolescenți acceptă mai bine controlul pozitiv din partea adulților, ceea ce ne spune că relațiile apropiate cu părinții, cu profesorii, relațiile care permit o comunicare fără frică, fără anxietate inhibă debutul fumatului sau ar putea conduce la renunțarea fumatului. (Piko și colab., 2013)

Alți factori care stau la inhibarea acestui obicei la un pre-adolescent sau adolescent, este expunerea optim-minimă la stres, capacitățile bune de rezolvare a conflictelor, încrederea în sine sau comportamentul adecvat situațiilor (eficacitatea de sine) și controlul personal. (Tyas și Pederson, 1998).

Din investigațiile făcute de Piko și partenerii săi la Szeged rezultă, că dintre adolescenții între 13 și 18 ani, 24.1% nu au fumat niciodată, iar 33% dintre ei numai a încercat fumatul fără ca acesta să devină un obicei. Cei 42.7% rămași fumează alternativ: 24.6% din când în când, iar 18.1% regulat.

Procentele care reflectă frecvența fumatului: 5.0% fumează una sau două țigări pe zi, 10.4% între două și zece țigări pe zi, iar 2.7% fumează zilnic câte 10-20 de țigări.

Factorii care au un efect semnificativ în favorizarea fumatului sunt frecvența fumatului în rândul prietenilor apropiați ( $r = 0.52$ ) și situația în care amândoi părinți sunt fumători ( $r = 0.312$ ).

Dacă părinții fumează, acceptă mai ușor faptul că adolescentul fumează o țigară. Astfel devenim spectatorii unei reacții în lanț: dacă părinții acceptă mai ușor faptul că copilul lor fumează, adolescentul la rândul lui va fuma mai des și va alege prieteni care sunt și ei fumători. Deci motivația fumatului este consolidată din două direcții.

Piko și colegii descriu cinci tipuri de atitudini în legătură cu fumatul:

1. cei care se opun total fumatului – „mă simt rău de la fumul de țigară, nu vreau să deprind de nicotină.” Ei se simt destul de puternici ca să nu se apuce niciodată de fumat, și sunt de părere că fumătorii ar trebuie să ceară acordul nefumătorilor pentru a fuma. Trebuie menționat însă faptul că și acest tip de atitudine recunoaște faptul că fumatul este un gest al adulților.
2. cei care accentuează avantajele fumatului, reflectă păreri ca „sunt mai popular în rândul prietenilor dacă fumez, relaționez mai ușor cu alții, mă relaxează, îmi ameliorează foamea”
3. cei care se îngrijorează din motive diferite, legate de sănătate, legate de apucatul de fumat – „dacă fumez n-o să fiu sănătos, n-o să am prieteni (trebuie să ies la o țigară și nu mai stau cu ei)”
4. cei care accentuează consecințele negative ale fumatului, și sunt de părere că tinerii ai căror părinți fumează se apucă mult mai ușor de fumat, iar fumatul atenuează rezultatele sportive și sentimentul de a se simți sănătos
5. cei care ireal consideră că fumatul este un obicei și că nu are rost să ne gândim la consecințele ei, nici de consecințele fumatului pasiv

Susanszky, Szanto și Kopp (2007) au investigat motivația renunțatului la fumat. Din investigația făcută pe un eșantion de 3701 de persoane reiese că cei mai mulți care renunță la fumat o fac din prevenție sau din apariția primelor semne ale unei boli.

Cauza	A renunțat la fumat N (%)	Se gândește să renunțe N(%)
Din cauza unei boli	204 (26,9)	98 (18,7)
Pentru prevenirea unei boli	289 (38,1)	209 (39,8)
Impactului social	162 (21,3)	85 (16,2)
Probleme financiare	104 (13,7)	133 (25,3)

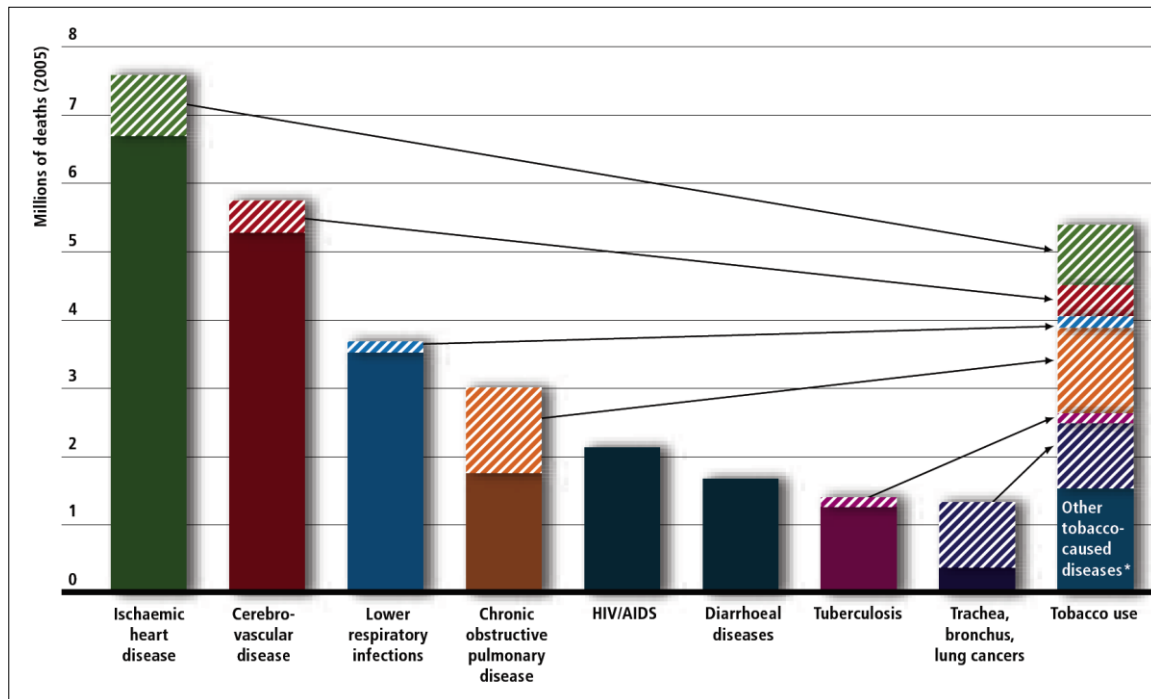
**Tabelul 1. Cauzele renunțării la fumat, Susanszky, Szanto și Kopp (2007)**

Cu totul că scumpirea tutunului a cauzat nemulțumire în rândul fumătorilor, aspectul financiar este un fenomen motivațional numai în rândul celor care deja s-au gândit să renunțe, pe când motivul cel mai solid în această încercare pare ar fi prevenția unei boli sau apariția acestuia, adică abordarea viață-moarte. Autorii precizează că consumul de tutun este factorul primordial care duce la pierderea anilor de sănătate (disability adjusted life years=anii petrecuți în sănătate, pierduți din cauza morții subtile sau din cauza unei boli), 25,5% în rândul bărbaților și 15,2% în rândul femeilor din anii pierduți pot fi atribuiți fumatului.

### **Efecte nocive ale fumatului**

Un studiu publicat de Pleasance și colaboratorii să în 2009 spune că la fiecare 15 țigări fumate ADN-ul suferă modificări. Studiile scot la iveală din ce în ce mai multe efectele nocive ale tutunului. Astfel, în încercarea lor de a găsi noi metode de a trata cancerul, cercetătorii britanici au condus un amplu studiu pentru a vedea care sunt consecințele fumatului asupra ADN. La sfârșitul cercetărilor englezii au concluzionat că substanțele chimice din țigări provoacă peste 23.000 de mutații ale ADN-ului. Tot în urma cercetărilor făcute, specialiștii britanici au afirmat că majoritatea tipurilor de cancer care apar din cauza fumatului, și în special cancerul pulmonar, se datorează mai degrabă combinațiilor dintre aceste mutații, decât acțiunii unei singure gene modificate. Deoarece cancerul apare ca urmare a erorilor din codul genetic, oamenii de știință încearcă să afle care sunt genele care cauzează maladia pentru a dezvolta tratamentele necesare împotriva cancerului. În ceea ce privește cancerul pulmonar, cel mai întâlnit în rândul fumătorilor, este o reproducere necontrolată a celulelor la nivelul plămânilor, care formează excrescențe sau tumori canceroase. Aceasta formă de boală este cel mai răspândit tip de cancer la nivel mondial, cauzând și cel mai mare număr de decese.

OMS (WHO, Organizația Mondială a Sănătății) prezintă cele șase factori cauzate de consumul de tutun care conduc la mortalitate (The 6 of the Worlds 8 Leading Causes of Death, 2009):



**Tabelul 2. Bolile care sunt principalele cauze ale mortalității în rândul fumătorilor, OMS, 2009**

Bolile care duc global la mortalitate sunt:

1. bolile cardiace ischemice (peste 7,5 milioane de oameni anual)
2. bolile cerebrovasculare (peste 5,5 milioane de oameni anual)
3. infecțiile respiratorii (peste 3,5 milioane de oameni anual)
4. bolile obstructive pulmonare cronice
5. HIV / AIDS
6. bolile diareice (mai ales la copii, al doilea factor de mortalitate și morbiditate)
7. tuberculoză
8. cancer traheal, bronhial și cancer de plămân

Din aceste boli cel mai mare procent de mortalitate în rândul celor care fumează cauzează:

- I. bolile obstructive pulmonare cronice (BPOC)

Majoritatea persoanelor care suferă de BPOC sunt fumători sau au fost fumători în trecut. Orice formă de fumat poate cauza apariția BPOC.

- II. cancer traheal, cancer bronhial și cancer de plămân
- III. bolile cardiace ischemice
- IV. bolile cerebrovasculare
- V. infecțiile respiratorii și tuberculoza

Statisticile de mortalitate din 2004 privind adulții peste 30 de ani, pornește de la estimarea globală de 5 milioane de decese pe an prin consum de tutun sau prin fumat pasiv, adică 12 % din totalul deceselor, în general mai mulți bărbați decât femei.

Regiunea OMS	Bărbați (%)	Femei (%)	Total (%)
Africa	5	1	3
America	17	15	16
Est Mediteraneană	12	2	7
Europa	25	7	16
Asia de Sud-Est	14	5	10
Pacificul de Vest	14	11	13
<b>Global</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>12</b>

**Tabelul 3. Decese atribuite fumatului pe genuri, inter-regiuni OMS, 2004.**

Dintre regiunile OMS, în frunte se află UE cu 16% , 25% mortalitate la bărbați și 7% la femei, și America tot cu 16%, dar cu 17% la bărbați și 15 % la femei. Aceste date sunt interesante și din punctul de vedere că România s-a integrat în Europa de la 1 ianuarie 2007, iar Ungaria din 2004.

Cercetările referitoare la consumul de tutun se desfășoară pe două mari segmente, un segment care măsoară dependența fizică și toleranța față de consumul de tutun, iar celălalt conform DSM IV dependența de substanță, ca și formă de dependență.

Iată Scala pentru Toleranță Fagerstrom (FTS), (Urban, 2007):

- Când fumați prima țigară dimineața când vă sculați?
- Vă pare greu să vă abțineți de fumat în locuri în care acesta nu este permis? (ex. biserică, bibliotecă, cinema, avion, etc.)
- Dacă ar trebui să renunțați la fumat, care dintre formele de fumat v-ar fi mai greu de lăsat?
- Câte țigări fumați pe zi?
- Fumați mai des în primele două ore după sculare, decât în restul zilei?
- Fumați când sunteți atât de bolnav, încât nu puteți să vă sculați din pat?
- Inhalați la plămân fumul de țigară?
- Ce fel de marcă de tutun folosiți?

Componentele dependenței de nicotină pe baza DSM-IV, (Urban, 2007):

- Toleranță față de nicotină
- Simptomele de renunțare (stare de spirit depresiv, tulburări de somn, senzația de neliniște, etc.)
- Consumul excesiv de nicotină, mai mult decât intenționat
- Încercarea de a renunța la fumat fără succes
- Neglijarea activităților sociale și a celor personale în favoarea fumatului
- Consumul de tutun chiar în circumstanțe când acesta devine evident nociv
- Aprovizionarea produselor cu nicotină în orice circumstanțe

### Intervenții pentru a renunța la consumul de tutun

În 2008 OMS introduce șase măsuri pentru controlul consumului de tutun (engl.: MPOWER = a împuternici):

Monitorizarea folosirii tutunului și a politicilor de prevenție (**M**)

Protecția populației de fumul de tutun (**P**)

A oferi asistență în renunțarea folosirii tutunului (**O**)

A oferi informații despre pericolele consumului de tutun (**W**=warning)

Aplicarea benzilor de publicitate pentru interzicerea fumatului sau de informare despre cancer, alte boli pe pachetele de țigări (**E**, enforce= aplicare)

Scumpirea taxelor pentru țigări (**R**, raising=scumpire)

Departamentul pentru Sănătate și Servicii publice al Guvernului SUA elaborează planuri de acțiune începând din anii 2000. Chiar în ediția a doua (2005) au fost depuse strategiile de acțiune care funcționează și în momentul actual la baza acțiunilor de renunțare la fumat.

În această strategie de acțiune au fost identificate trei niveluri de influență în renunțatul la fumat:

A. *nivelul individual sau intrapersonal*: credința despre sănătate, posibilitățile de schimbare, comportamentul planificat în procesul renunțare, precauția față de fumat

B. *nivelul interpersonal*: opinii, gânduri legate de fumat care influențează individul din partea mediului înconjurător, adoptarea noilor obiceiuri care influențează individul și mediul înconjurător, credințele și influențele reciproce individ-mediul social

C. *nivelul comunitar*: inițiative care servesc comunitatea și populația, identitatea colectivă non-fumat, a crește prioritățile obiceiului fumatului ca și problemă de sănătate în rândul comunităților, a ajuta membrii comunității de a schimba obiceiurile de fumat, a întări procedurile legale și cele economice legate de fumat, a descuraja fumatul la nivelul populației.

Abordarea multi-funcțională prezentată a devenit foarte eficientă în anii trecuți. Programele de control în procesul de renunțare la fumat folosesc strategii multiple pentru a descuraja fumatul.

Glanz, Rimer și Lewis stabilesc în 2002 un adevăr care a devenit baza strategiilor în renunțatul la fumat la locurile de muncă, respectiv faptul că angajații renunță mult mai ușor la fumat, dacă politica firmei nu permite consumul de tutun în timpul orelor de lucru.

Foley (2010, 2013) prezintă intervențiile grupului de cercetare ale Institutului Fogarty pentru Sănătate, care au fost deja implementate în mai multe țări din SUA.

Intervențiile care au avut efect asupra reducerii consumului de tutun sunt:

- aplicarea pe țigări a unor benzi de informare cu informații și imagini negative
- schimbarea protocolului departamentelor de urgență: respirație – puls – tensiune - temperatură + **consum de tutun**
- programe gratuite pentru cei care doresc să renunțe la fumat (sponsorizat de clinici și guvern pentru persoane fără asigurare)
- informarea consecutivă a populației despre efectele nocive ale consumului de tutun, începând din vârstă fragedă (grădinițe, școli primare)
- politici pentru clinici „fumatul interzis - no smoking”

- personal clinic voluntar în programele de renunțare
- consultanță în renunțarea consumului de tutun din partea clinicilor, specialiștilor pe diferite niveluri
- tratament pentru înlocuirea nicotinei (Bupropion, Wellbutin, Chantix )

Rezultate în SUA în procente:

- politici „no smoking” aplicate de clinici (98%)
- încurajarea furnizorilor de sănătate și a personalului clinic de a oferi consultanță pacienților pentru a renunța la fumat (78%)
- a oferi materiale autodidactice (70%)
- farmacoterapie pentru a renunța (ex. Bupropion) (60%)
- terapie gratuită pentru înlocuirea nicotinei (35%)
- a afișa materiale de publicitate despre efectele nocive ale fumatului în sălile de așteptare și în saloanele bolnavilor (35%)
- evaluarea furnizorilor de sănătate care oferă informații despre renunțarea la fumat (30%)
- personal desemnat sau voluntari pentru a ajuta pacienții în renunțarea la fumat (26%)
- training pentru specialiștii în domeniul renunțării la fumat (22%)

### **Reducerea consumului de tutun influențând populația cu vârsta de 13-14 ani**

Inițial ideea noastră ar fi să influențăm tinerii înainte să ajungă să încerce fumatul. Elevii din clasele VII-VIII sunt cei mai deschiși la consumul de tutun, fiindcă la vârsta aceasta începe o socializare mai amplă în rândul tinerilor. Astfel credem în schimbarea mentalității acestor tineri în sensul în care ei ajung să nu accepte fumatul, doar pentru că este la modă sau pentru a avea mai mulți prieteni sau a pentru a alunga plictiseala. Dorim ca acești tineri să devină conștienți de pericolele consumului de tutun.

#### **A. Intervenții pentru prevenție**

##### **a) Prevenția în școli**

Educație de sănătate din partea profesorilor, de exemplu psihologi, profesori care nu fumează

Aceste informații ar viza stabilirea unui obicei la o persoană, informații despre efectul nociv al tutunului și prezentarea unor statistici referitoare la posibilele boli care pot fi cauzate de consumul de tutun

Interzicerea fumatului de către conducerea școlii într-un perimetru de 30 m în jurul școlii

Elevii mai în vârstă care nu fumează au un rol decisiv pentru elevii mai mici – informații de la acești tineri precum: De ce e bine să nu fumezi? Ce poți face dacă nu fumezi?

Stabilirea unui cort de informare în școli cu pliante despre pericolele fumatului

Realizarea unui clip web-based pentru a oferi elevilor informații despre fumat – poate fi împărtășit pe siteurile de socializare

A organiza concurs despre pericolele fumatului în rândul claselor VII-VIII în care grupele alcătuite din 4-5 elevi pe baza informațiilor (pliante, clipuri, statistici) concurează între ele (câștigătorii sunt premiați)

A înregistra un CD, DVD cu informațiile necesare pentru prevenție și pentru renunțare, care poate fi distribuit în rândul tinerilor

### **b) Prevenție prin părinți**

- A oferi pliante părinților pe care copiii le duc acasă
- Training, consultanță pentru părinți (chiar și pentru fumători) despre ce să le spună copiilor ca aceștia să nu fumeze

### **c) Prevenție prin comunitate**

- Banner afișat la intrarea școlii
- Informații care vin din partea personalului sanitar din școli: medic și asistentă
- Clip informativ despre fumat care poate fi împărtășit pe siteurile de socializare
- Media locală – Radio – emisiune despre pericolele fumatului, viața fără fum, respectiv posibilități și metode de renunțare

### **B) Intervenții pentru renunțare**

- Programe de grup pentru renunțare în clasele VII-VIII. Scopul acestuia ar fi dezvoltarea unor competențe în rezolvarea conflictelor care reduc stresul zilnic, reducând și consumul de tutun
- Stabilirea unui cort de informare în școli cu pliante despre metode concrete de renunțare la fumat
- A încuraja personalul medical să participe la pregătirea unui clip despre pericolele și posibilitățile de renunțare la fumat.
  - a) Clip de 4-5 minute în care un stomatolog, un pediatru, o asistentă transmit informațiile necesare – acesta poate fi împărtășit pe siteurile de socializare
  - b) Profesorii de informatică în școli pot pune pe calculatoarele școlii clipul și o poză sugestivă pentru ca aceasta să fie văzută de elevi de câte ori deschid calculatorul

Aplicarea acestor opțiuni de intervenții necesită un efort minimal (bazate pe experiența Institutului Fogarty în intervenții similare) și pot reduce procentul celor care doresc să încerce să fumeze, pentru că informațiile sunt predate de specialiști, cadre didactice, respectiv personalul sanitar.

Pe de altă parte încercăm să oferim informații tangibile, care pot fi oricând disponibile și de cei care nu folosesc mijloace de comunicare bazate pe web (pliant, banner, afiș pe peretele școlii, radio) și de cei care folosesc aceste mijloace (clip pe site de socializare, instalat pe calculatorul școlii).

### **Concluzii. De ce este nevoie de intervenție pentru a reduce fumatul în rândul adolescenților?**

Un sondaj realizat recent în județele Harghita-Covasna-Mureș pe un eșantion reprezentativ de 1200 de elevi din clasele VII-VIII, arată că 48% din adolescenți au încercat fumatul: 31% au fumat numai o dată, 9% au fumat sau fumează foarte rar, 4% zilnic între 0,5 și 2,5 țigări iar 4% zilnic peste 2,5 țigări (Barna G., 2014)



Fogarasi-Grenczer și Paulik arată într-un studiu din 2014 că 15,8 ani este vârsta medie la care se fumează prima țigară de, și 16,9 ani vârsta medie la care fumatul devine un obicei. Este foarte important să avem intervenții reale, care pot fi folosite de ambele genuri, de toți adolescenții pentru a reduce tentația fumatului, respectiv pentru a ajuta real copiii cu informații bine conturate despre cum pot renunța la fumat. O altă idee ar fi consilierea individuală a adolescenților în zilele anti-fumat, în perioada zilelor în care specialiștii se vor deplasa la școli și în cadrul emisiunilor radio locale.

## BIBLIOGRAFIE:

- Dalum P, Schaalma H, Kok G (2011). The development of an adolescent smoking cessation intervention--an Intervention Mapping approach to planning. *Health Educ Res.* 2012 Feb;27(1):172-81. doi: 10.1093/her/cyr044. Epub 2011 Jul 5.
- Erin D. Pleasance, Philip J. Stephens, Sarah O'Meara, David J. McBride, Alison Meynert și colab. (2009). A small-cell lung cancer genome with complex signatures of tobacco exposure *Nature* 463, 184-190 doi:10.1038/nature08629 (<http://www.nature.com/nature/journal/v463/n7278/full/nature08629.html>)
- Fogarasi-Grenczer A., Urban R., Paulik E., Balazs P. (2014). Some Results Of Pregnant Research – Usability In Intervention. Paper presented in Designing and Implementing Interventions to Reduce Tobacco-Related Morbidity and Mortality, University of Medicine and Pharmacy, Tîrgu-Mureș, România April 2-3, 2014, Tîrgu Mureș
- Foley K., Sutfin E. L. (2008). Availability of Tobacco Cessation in Free Clinics. *NCMed Journal*, July-Aug., 2008, Volume 69, Number 4. (<http://www.ncmedicaljournal.com/wp-content/uploads/NCMJ/Jul-Aug-08/Foley.pdf>)
- Glanz K, Rimer B.K., Lewis F.M. (2002). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3rd Edition). San Francisco, Calif.: Jossey-Bass
- Hayden Check E. (2014). Anti-tobacco efforts have saved millions of lives around the globe, *Nature News* doi:10.1038/nature.2014.14461 ([http://www.nature.com/search/executeSearch?sp-q=tobacco%2C+23.000&sp-p=all&pag-start=1&sp-c=25&sp-m=0&sp-s=&siteCode=nature&sp-q-9\[NATURE\]=1&sp-advanced=true](http://www.nature.com/search/executeSearch?sp-q=tobacco%2C+23.000&sp-p=all&pag-start=1&sp-c=25&sp-m=0&sp-s=&siteCode=nature&sp-q-9[NATURE]=1&sp-advanced=true))
- Murray M., Swan, A.V., Clarke G. (1984). Long term effect of a school based antismoking programme. In: *J. Epidem. Commun. Hlth*, 38: 247-252.
- Piko și colab. (2012). Smoking in adolescence and youth: from attitudes to behaviour. *Addictive Behaviors*. ([http://www.behsci.sote.hu/nok/w\\_dcikk3.htm](http://www.behsci.sote.hu/nok/w_dcikk3.htm))
- Tyas S.L., Pederson L.L. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature: In: *Tobac. Contr.*, 7: 407-420.
- U.S. Department Of Health And Human Services (2012). Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA. : Dept. 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; Washington, D.C. : For sale by the Supt. of Docs., U.S. G.P.O., 2012. p. 900

U.S. Department Of Health And Human Services, National Institutes of Health (2005). Theory at a Glance. A Guide For Health Promotion Practice (Second Edition)

Urbán, R.. (2007). Addicția de nicotină, in: Demetrovics Zs. coord: Bazele adictologiei (lb. Maghiară, A nikotinaddikció in: Demetrovics Zs. szerk: Az addiktológia alapjai) I.. 107-131. ELTE Eötvös. Budapesta

Vajer P., Urbán R., Tombor I., Stauder A. and Kalabay L. (2011). Psychometric Properties and Construct Validity of the Brief Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives in an Internet-Based Sample of Treatment-Seeking Hungarian Smokers *Nicotine & Tobacco Research*, 13., 273-281. (<http://szemegpszich.elte.hu/letoltesek/urban-robert-letolthetopublikacioi/>) WHO: Tobacco The problem 2009.

[http://www.who.int/nmh/publications/fact\\_sheet\\_tobacco\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_tobacco_en.pdf)

[http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Patient\\_Romanian.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Patient_Romanian.pdf)

<http://www.insp.gov.ro/cnepss/wp-content/uploads/2012/09/Analiza-de-situatie-WNTD-2012.pdf>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/>

[http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/fact\\_sheet\\_mortality\\_report.pdf](http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/fact_sheet_mortality_report.pdf)