

KÜSIMUS

Kas kasutada motiveerivat intervjuerimist või mitte tubaka- või nikotiinitoodetest loobumisel motivatsiooni ülesehitamiseks?	
POPULATION:	tubaka- või nikotiinitoodetest loobumisel motivatsiooni ülesehitamiseks
INTERVENTION:	motiveerivat intervjuerimist
COMPARISON:	mitte
MAIN OUTCOMES:	Suitsetamisest loobumise katsed (noorukid); Suitsetamisest loobumise katsed (sotsiaalmajanduslikult halval järjel olevad patsiendid); Suitsetamisest loobumise katsed (koduõendusteenust saavad patsiendid); Suitsetamisest loobumise nõustamisele pöördujate hulk (skisofreenia või skisoafektiivse häirega patsiendid); Motivatsiooni tõus suitsetamisest loobumisel; Suitsetamisest loobumise valmisoleku staadiumi muutus (noorukid); Suitsetamisest loobumise kavatsuse muutus (intention to quit); Farmakoteraapiat alustanud patsientide arv; Motivatsiooni tase: madala motivatsioonitasemega patsiendid; Suitsetamisest loobumise katsete (>24 t) arv: mittemotiveeritud patsiendid koos toetava pereliikmega; Valmisolek suitsetamisest loobumise katse sooritamiseks: naised postpartum perioodis;
SETTING:	Kas nende tubaka-või nikotiinitoodete kasutajate nõustamisel, kes ei ole motiveeritud loobumisega alustama, rakendada või mitte motiveerivat intervjuerimist motivatsiooni ülesehitamiseks?
PERSPECTIVE:	
BACKGROUND:	
CONFLICT OF INTERESTS:	

HINNANG

Problem Is the problem a priority?		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
○ No ○ Probably no ○ Probably yes ● Yes ○ Varies ○ Don't know	Suitsetamisest loobumise nõustamisel on oluline käsitleda ka neid <u>patsiente, kes hetkel ei ole veel motiveeritud suitsetamisest loobuma (1)</u>. Mittemotiveeritud patsientide puhul on oluline jõuda mõistmiseni, et suitsetamisest loobumise korral langeb ka risk haigestuda suitsetamisega seotud haigustesse ning väheneb suitsetamisest mõjutatud seisundite halvenemine. Olemasolevatest suitsetamisest loobumise ravijuhenditest annavad <u>mittemotiveeritud patsientide puhul motiveeriva intervjuerimise kasutamise osas</u> konkreetseid soovitusi ainult 3 ravijuhendit:	

	1) NCCN ravijuhendi (2) soovitusel tuleks rakendada motiveerivat intervjuerimist kõikidele patsientidele, sealhulgas ka neile, kes ei ole veel valmis suitsetamisest loobuma. 2) ACC ravijuhendi (1) soovitusel tuleks suitsetamisest loobumise osas mittemotiveeritud patsientide puhul rakendada motiveerivat intervjuerimist, sest see võib suurendada suitsetamisest loobumise katsete arvu. 3) ENSP ravijuhend (3) soovib mittemotiveeritud patsientide puhul kasutada suitsetamisest loobumise nõustamisel motiveerivat intervjuerimist nii noorukitel kui täiskasvanutel. Kokkuvõttes hindas töörühm antud kliinilist küsimust prioriteetseks, sest varasemates ravijuhendites on tagasihoidlikult käsitletud mittemotiveeritud patsiente ja nende nõustamist ning antud küsimus vajab seetõttu täpsustamist.	
--	---	--

Desirable Effects

How substantial are the desirable anticipated effects?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
○ Trivial ○ Small ● Moderate ○ Large ○ Varies ○ Don't know	Olemasolev tõendusmaterjal põhineb mitmetel randomiseeritud kontrollitud uuringutel (kriteeriumitele vastavaid süstemaatilisi ülevaateid lisaotsingu käigus välja ei tulnud): <i>Audrain-McGovern jt</i> randomiseeritud kontrollitud uuringu (4) eesmärgiks oli hinnata noorukitel motiveeriva intervjuerimise (MI) efektiivsust võrreldes struktureeritud lühinõustamisega (<i>structured brief advice, SBA</i>) suitsetamisest loobumisel. Uuringus osales kokku 355 noorukit (vanuses 14-18 eluaastat; 54% naissoost), kes suitsetasid keskmiselt 9,8 sigaretti päevas (SD 6,60) ning uuritavatel oli mõõdukas nikotiinisõltuvus (keskmine 4,26; SD 1,83; hinnati modifitseeritud Fagerströmi testi alusel).	

Uuritavad randomiseeriti stratifitseerides suitsetamisest loobumise kaalumiseelse faasi alusel motiveeriva intervjuerimise (n=177) või SBA gruppi (n=178). Mittemotiveeritud patsientide nõustamisel kasutati SBA grupis "5R" põhimõtteid, lisaks anti uuritavatele eneseabimaterjale. MI grupis kestis sekkumine 30-45 minutit ning SBA grupis 15 minutit. Mõlema grupi uuritavad kohtusid oma nõustajaga 5 sessioonil 12 nädala jooksul (4.-5. sessioon võisid uuritava eelistustest tulenevalt toimuda ka telefoni teel) ning uuritavate järelkontroll ja lõplik hindamine toimusid 24. nädalal.

Uuringus hinnati noorukite valmisolekut suitsetamisest loobumiseks (vastava küsimustiku alusel jagati uuritavad kaalumiseelsesse-, kaalumis-, ettevalmistus-, tegutsemis- ning säilitusstaadiumisse) ja uuringu üheks esmaseks tulemusnäitajateks oli ka suitsetamisest loobumise katsed.

Kokkuvõttes selgus uuringu tulemuste alusel, et 12. nädalal raporteeris 66% uuritavatest ning 24. nädalal 74% uuritavatest suitsetamisest loobumise katsest.

Motiveeriva intervjuerimise gruppi kuulunud noorukid olid võrreldes struktureeritud lühinõustamist saanud noorukitega 60% võrra vähem valmis proovima suitsetamisest loobuma (OR 0.41 [CI 0.17– 0.97]).

Borrelli jt randomiseeritud kontrollitud uuringu (5) eesmärgiks oli hinnata koduõdede poolt proaktiivselt läbiviidava motiveeriva intervjuerimise efektiivsust suitsetamisest loobumisel patsientide puhul, kes on sageli kõrge riskiga suitsetajad ning ei pruugi enamasti ise abi otsida (või ei ole nende jaoks vastav teenus kättesaadav). Uuringu üheks sekundaarseks tulemusnäitajaks oli suitsetamisest loobumise katsed.

Uuringus randomiseeriti 98 koduõde vastavalt motiveeriva võimestamise (*Motivational Enhancement (ME)*; motiveeriv intervjuerimine + CO tagasiside; n=46) või standartse hoolduse gruppi (Standart Care, SC; eneseabimaterjalid ja "5A" põhimõtted nõustamisel; n=52).

ME grupi sekkumine koosnes kolmest visiidist ning ühest järelkontrolliks vajalikust telefonikõnest, SC grupis viidi sekkumine läbi ühel visiidil. Mõlema grupi puhul integreeriti sekkumine tavapärase regulaarse külastusega: ME grupis hõlmas suitsetamisest loobumise nõustamine 20-30 minutit ning SC grupis 5-15 minutit. Patsiente jälgiti 12 kuu jooksul.

Uuringus osales kokku 273 patsienti, kes kasutasid juba varasemalt koduõendusteenust (54% naissoost; keskmine vanus 57 aastat; suitsetasid vähemalt 3 sigaretti päevas). Igal koduõel oli uuringus nõustamiseks keskmiselt 4 patsienti (arv varieerus 1-13 patsiendi vahel). Uuringus osalejate hulgas oli erinevate diagnoosidega patsiente: kopsuhaigused (38.3%), hüpertensioon (34.9%), kardiovaskulaarne haigus (41.7%), diabeet (28.1%), muud kasvajak (11.9%), depressioon (12.3%), muud vaimsed häired (13.4%).

Uuritavate motivatsiooni suitsetamisest loobumiseks hinnati vastava 10-küsimuselise skaala alusel (*Contemplation Ladder*). Uuritavates umbes 36 protsendil ei olnud uuringu alguses plaani suitsetamisest loobuda, ülejäänud mõtlesid tulevikus suitsetamisest loobumisele.

Kokkuvõttes selgus uuringu tulemuste alusel, et motiveeriva võimestamise grupis raporteerisid uuritavad enam suitsetamisest loobumise katseid nii 2. kui ka 12. kuul teostatud järelkontrollis: 2. kuul -> ME = 57.1%; SC = 43.1%, OR = 1.7; 95% CI 1.01–3.0; 12. kuul -> ME = 75.8%, SC = 54.8%, OR = 2.5; 95% CI 1.2–5.4); P<0.05.

Steinberg jt randomiseeritud kontrollitud uuringu (6) eesmärgiks oli hinnata skisofreenia või skisoafektiivse häirega patsientidel motiveeriva intervjuerimise efektiivsust motiveerimaks neid suitsetamisest loobuma (ning pöörduma selleks spetsialisti poole edasiseks käsitlemiseks).

Uuringus osales kokku 78 inimest (skisofreenia või skisoafektiivse häire diagnoositud; suitsetasid vähemalt 10 sigaretti päevas), kes randomiseeriti 3 gruppi: motiveeriva intervjuerimise (üks 40-minutiline sessioon), standartse psühhoharidusliku nõustamise (üks 40-minutiline diskussioon suitsetamisest loobumise kasulikkusest ja tervisemõjudest; nõustamise stiil oli üldiselt õpetav, kuid samas ka julgustav) või minimaalse sekkumisega kontrollgruppi (5-minutilise kestvusega neutraalsed standartsed nõuanded ja edasisuunamine).

Kõigi kolme grupi patsientidele soovitati suitsetamisest loobuda ning suunati sekkumise järgselt suitsetamisest loobumiseks spetsialisti vastuvõtule.

	Lisaks on oluline välja tuua, et motiveeriva intervjuerimise grupi uuritavatest 75% olid esialgse hindamisel suitsetamisest loobumise kaalumiseelses faasis. Sekkumise järgselt efekti hindamiseks küsiti 1 nädala ja 1 kuu möödumisel patsientidelt, kas nad on pöördunud suitsetamisest loobumiseks spetsialisti vastuvõtule (patsiendi "jaatava" vastuse kontrollimiseks ja kinnitamiseks pöörduti kohaliku spetsialisti poole). Kokkuvõttes selgus uuringu tulemusel, et motiveerivat intervjuerimist saanud osalejate hulgast pöördus kõige suurem hulk uuritavaid suitsetamisest loobumiseks spetsialisti vastuvõtule, võrreldes standartse psühhoharidusliku ja minimaalse nõustamise kontrollgrupiga vastavalt 32%, 11% ja 0%. Lisaks selgus, et motiveeriva intervjuerimise grupis osales spetsialistile pöördumise järgselt (1 kuu jooksul) ka kõige enam uuritavaid esimesel suitsetamisest loobumise nõustamisel (vastavalt 28%, 9% ja 0%); $p<0.05$. <i>Gantiva jt</i> randomiseeritud kontrollitud uuringu (7) eesmärgiks oli hinnata motiveeriva intervjuerimise efektiivsust patsientide motivatsiooni tõstmisel suitsetamisest loobumiseks. Uuringus osales kokku 53 uuritavat (28 meest, keskmine vanus 23.64 aastat ning 26 naist, keskmine vanus 22.84 aastat; suitsetasid vähemalt aasta jooksul ning keskmiselt rohkem kui 10 sigaretti päevas), kes ei olnud valmis suitsetamisest loobuma (vastavalt <i>University of Rhode Island Change Assessment (URICA)</i> hinnangule oli kaalumiseelses faasis 15 meest ja 20 naist ning kaalumisfaasis 13 meest ja 6 naist). Uuritavad jagati 3 gruppi: motiveeriva intervjuerimise (n=18), ettekirjutusi tegeva nõustamise (<i>Prescriptive Advice, PA</i>; n=18) ning kontrollrühma (n=17; ühe liikme info eemaldati liigsete psühholoogiliste artefaktide tõttu). Ettekirjutusi tegeva nõustamise grupis rakendati direktiivset lähenemist ehk nõustaja püstitas eesmärgid ja põhjused suitsetamisest loobumiseks ning andis uuritavale juhiseid.	
--	--	--

	Sekkumisi rakendati baashindamise järgselt kahe nädala möödumisel: <i>MI</i> ja <i>PA</i> sessioonid kestsid 20 minutit, kontrollrühma patsientidele sekkumist ei määratud. Uuritavaid hinnati vahetult nõustamise järgselt uuesti motivatsiooni tõusu ja muutuse staadiumi hindamiseks ning kasutati selleks <i>URICA</i> meetodil põhinevaid kahte skaalat. Kokkuvõttes selgus uuringu tulemusel, et motiveeriva intervjuerimise gruppi kuuluvad uuritavad raporteerisid sekkumise järgselt suitsetamisest loobumisel motivatsiooni tõusu suuremal määral, võrreldes ettekirjutusi tegeva nõustamise ja kontrollgrupiga. Kontrollgrupi uuritavatest ei liikunud ükski inimene kaalumiseelsest või kaalumisfaasist edasi järgmisele astmele (2 osalejat liikusid kaalumisfaasist hoopiski kaalumiseelmesse faasi). Motiveeriva intervjuerimise grupi uuritavatest 61,1% liikus kaalumiseelsest või kaalumisfaasist ettevalmistusfaasi. Ettekirjutusi tegeva nõustamise grupis liikus ainult 16,6% uuritavatest ettevalmistusfaasi. Gruppidevaheline faaside muutus oli märkimisväärne, sest $p < 0.0001$; ka <i>MI</i> ja <i>PA</i> grupi vaheline muutus oli oluline, sest $p < 0.015$. <i>Patten jt.</i> randomiseeritud kontrollitud uuringu (8) eesmärgiks oli hinnata sekkumise ehk <i>brief office intervention (BOI)</i> järgselt uuritavate suitsetamisest loobumise valmisoleku muutust. <i>BOI</i> sisaldab motiveerivat intervjuerimist ning kognitiiv-käitumuslikke tehnikaid. Uuringusse kaasati 69 suitsetavat noorukit (34 neidu ja 35 noormeest; keskmine vanus 15.8 aastat; 86% olid kaukaaslased), kes randomiseeriti varasemalt ühe suurema kliinilise uuringu (9) raames <i>BOI</i> gruppi. <i>BOI</i> näol on tegemist noorukitele disainitud sekkumisega, mille raames saavad uuritavad nelja nädala jooksul iganädalaselt individuaalse nõustamissessiooni (kokku neli sessiooni 0.-3. nädalal; esimene sessioon 30-40 minutit, iga järgnev ühe sessiooni kestvus 10-20 minutit). Iga sessiooni järgselt hinnati uuritavate valmisolekut suitsetamisest loobumiseks, kasutades muutuse staadiumi algortimi	
--	---	--

	(esimene hindamine toimus 1. sessiooni järgselt ehk 0. nädalal; puuduoleva informatsiooni korral märgiti dünaamikas staadiumi muutus püsivana eelneval tasemel). Esimese nõustamise sessiooni järgselt raporteeris aga 32 inimest ehk 48% uuritavatest kaalumiseelsesse või kaalumisfaasi kuulumist. Interventsiooni eelsel hindamisel selgus, et 75% uuritavatest sooviks väga suitsetamisest püsivalt loobuda ning 25% uuritavatest viitas soovile samuti teatud määral suitsetamisest loobuda (keegi ei raporteerinud otseselt soovi mitte loobuda). Muutuse staadiumit ei hinnatud aga interventsiooni rakendamisele eelnevalt. Lisaks toimus viimane staadiumi hindamine 4. sessiooni järgselt, järelvisiidil uuringu 36. nädalal hindamist ei tehtud. Kokkuvõttes selgus uuringu tulemusel, et 1. sessiooni <i>brief office intervention</i>'i järgselt (nädala möödumisel) oli paranenud 25% uuritavate (n=17) suitsetamisest loobumise muutuse staadium (p<0.001), 2 nädala möödumisel aga 36% uuritavate (n=24) (p<0.001) ning 3 nädala möödumisel 40% ehk 27 inimese staadium (p<0.001). <i>Steinberg jt</i> randomiseeritud kontrollitud pilootuuringu (10) eesmärgiks oli hinnata suitsetamisest loobumise katseid sotsiaalmajanduslikult halvemal järjel olevate inimeste hulgas. Uuringus osales kokku 57 igapäevast suitsetajat (uuritavad leiti kohalikust supiköögist; 50.9% uuritavatel ei olnud keskkooliharidust; vanus 19-65 aastat; keskmine vanus 47 eluaastat; suitsetasid keskmiselt 12.3 sigaretti päevas), kes randomiseeriti 3 gruppi: lühike motiveeriva intervjuerimise (<i>brief MI</i>; n=19; 30-minutiline nõustamine; nõustamise järgselt pakuti uuritavale ka spetsialistile pöördumiseks vajalik kirjalik informatsioon), nikotiinasendusravi (<i>NRT</i>; n=18; 10-minutiline nõustamine, mille jooksul selgitati patsiendile nikotiinasendusravi olemus ning anti kaasa tasuta kahe nädala tarbeks 21mg nikotiiniplaastrid ja 4mg -losengid; lisaks anti kirjalikku infot spetsialistile pöördumise kohta) või ainult spetsialistile suunamise rühm (<i>Referral-Only</i>; n=20; uuritavad said kirjaliku informatsiooni suitsetamisest loobumise kabineti kohta). Baashindamisel oli uuritavate valmisolek suitsetamisest loobumiseks keskmiselt pigem madal (<i>Miller et al, 2008 Change Questionnaire</i>'i kasutades 4.1 punkti 10-palli skaalal).	
--	--	--

	Uuritavate järelkontroll interventsioonide järgselt teostati 1 kuu möödumisel (kokku analüüsiti 53 uuritava andmeid, sest osad uuritavad ei pöördunud järelkontrolliks; <i>MI</i> grupis 18, <i>NRT</i> grupis 18 ning <i>Referral-Only</i> rühmas 17 inimest). Kokkuvõttes selgus uuringu tulemusel, et sekkumiste järgselt ei esinenud kolme grupi vahel erinevust uuritavate valmisolekus suitsetamisest loobuda. Lisaks selgus, et uuritavatest 40.4% raporteeris suitsetamisest loobumise katsest. Kolmes grupis oli aga loobumiskatsete osakaal järgmine: <i>brief MI</i> grupis 27.8%, <i>Referral-Only</i> grupis 35.3% ning <i>NRT</i> grupis 58.8%; $\chi^2(2) = 3.77$, $p=0.15$ ehk gruppide vaheline erinevus ei olnud statistiliselt oluline. <i>Pardavila-Belio jt.</i> randomiseeritud kontrollitud uuringu (11) üheks eesmärgiks oli hinnata sekkumise mõju uuritavate suitsetamisest loobumise kavatsuse muutusele. Uuringus osales kokku 255 tudengit, kes randomiseeriti interventsioon- ($n=133$) ja kontrollgruppi ($n=122$). Kontrollgrupi uuritavatele rakendati lühinõustamist 5-10 minuti jooksul ning pakuti lisaks eneseabimaterjale (soovitati suitsetamisest loobuda). Interventsioongrupi uuritavatele rakendati mitmekomponendilist sekkumist, mis põhines <i>Theory of Triadic Influence'il</i> (<i>TTI</i>; keskendub kolmele peamisele mediaatorile: enesetõhusus, uskumused ning kavatsus loobuda) programmil (sisaldades ühte 50-minutist motiveerivat intervjuerimist õe poolt läbiviiduna ning internetipõhiseid eneseabimaterjale; järelkontroll hõlmas suhtlust e-maili teel ja grupiteraapiat). Uuritavate järelhindamine toimus 6 kuu järel (järelkontrolli läbis 88% uuritavatest; hindamisele ei ilmunud 19 inimest sekkumiserühmast ja 11 kontrollgrupi uuritavat). Kokkuvõttes selgus uuringu tulemuste alusel ($n=225$), et interventsioongrupis oli 6 kuu möödumisel oluliselt suurem muutus suitsetamisest loobumise kavatsuse keskmises skooris (võrreldes kontrollgrupi skoori muutusega): RR 2.41% (95% CI 1.22 - 4.75; $p=0.011$).	
--	---	--

	<i>Catley jt</i> 2016. aasta juhuslikustatud uuringus (12) (n=255) leiti, et MI saanud patsientide rühmas raporteeris 6 kuud peale uuringusse kaasamist suitsetamisest loobumise ravimite kasutamist keskmiselt 15% rohkem uuritavaid võrreldes kontrollrühmaga, kus patsiendid said ainult lühinõustamist (95% CI 3-26%). Antud uuringusse kaasati madala motivatsioonitasemega patsiendid. Uuringu sekkumisrühma patsientidele rakendati motiveerivat intervjuerimist, mille käigus käsitleti uuritavate ambivalentsust suitsetamise suhtes, tegeleti "muutuste kõne" esilekutsumisega (vaidlemist vältides). Suitsetamisest loobumisest huvitatud uuritavate puhul tegeles nõustaja "muutuste jutu" ja uuritava pühendumuse tugevdamisega. Kontrollrühma patsientidele rakendati 5-minutilist nõustamist, mille käigus rakendati ainult "5A" komponente: selge soovitus loobuda suitsetamisest, erinevate sümptomite seostamine suitsetamisega, küsimus suitsetamisest loobumise valmiduse kohta, konkreetse suitsetamisest loobumise kuupäeva kokkuleppimine. Samas uuringus leiti, et 3 kuud peale uuringusse kaasamist raporteerisid MI saanud patsiendid kõrgema suitsetamisest loobumise motivatsiooni taseme võrreldes lühinõustamist saanud patsientidega (MD ehk mean difference = 1.1, 95% CI=0.2, 2, p=0.019), kuid terviseõpetust (health education) saanud uuritavate motivatsiooni tase oli veelgi kõrgem võrreldes lühinõustamist saanud patsientide rühmaga (MD=2.0, 95% CI=1.1, 3.0, p<0.001). Motivatsiooni hinnati enesehinnangulise küsimustiku abil, mis sisaldas 3 punkti: motivatsioon loobuda suitsetamisest (0-10 palli), motivatsioon loobuda suitsetamisest järgmise kahe nädala jooksul ja mõtisklusredel (Contemplation Ladder - 0 punkti ehk ei ole mõelnud loobumisest kuni 10 punktini ehk alustasin loobumisega). Terviseõpetust saanud patsientide rühmas kasutati nõustamisel "5R" komponente, seega sisuliselt tõestab uuring, et MI komponentide rakendamine "5R" kujul tõstab mittemotiveeritud suitsetajate motivatsiooni taset suitsetamisest loobumisega alustada. <i>Huang jt</i> 2015. aasta juhuslikustatud uuringus (13) näidati "5R" põhimõtete läbiviidud nõustamise efektiivsust madala motivatsiooni tasemega suitsetajatel. Sekkumisrühma patsiendid koos oma paarilisega said nõustamist "5R" põhimõtete alusel ning kontrollrühma patsientidele	
--	---	--

	rakendati nõustamist koos paarilisega ainult "5A" põhimõtete alusel. Üle 24 tunni kestnud suitsetamisest loobumise katsete arv oli kõrgem "5R" põhimõtetel nõustamist saanud rühmas (MD 5.57, 95% CI 4.6 - 6.5). <i>Jimenez-Muro jt.</i> 2013.aasta juhuslikustatud uuringusse (14) kaasati 412 sünnitusjärgses perioodis naist. Uuringu tulemusena leiti, et 3 <i>MI</i> telefonikõnet saanud naised raporteerisid 3 kuud pärast uuringusse kaasamist kõrgemat valmisolekut suitsetamisest loobumiseks võrreldes naistega, kellele ei rakendatud <i>MI</i> sekkumisena: 90.7% vs 18.3% ($p<0.001$).	
--	---	--

Undesirable Effects

How substantial are the undesirable anticipated effects?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
☐ Large ☐ Moderate ☐ Small ☒ Trivial ☐ Varies ☐ Don't know	Olemasolevas tõendusmaterjalis ei ole sekkumise kahjulikke mõjusid välja toodud.	

Certainty of evidence

What is the overall certainty of the evidence of effects?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
-----------	---------------------------	------------------------

○ Very low ○ Low ● Moderate ○ High ○ No included studies	Olemasoleva tõendusmaterjali tõendatuse aste varieerus väga madalast kuni kõrge, enamike tulemusnäitajate puhul oli tegemist keskmise tõendatuse astmega. Uuringutes esines sekkumiste kattuvusi (näiteks ühes uuringus (12) vastandati terviseõpetust (<i>health education</i>) motiveerivale intervjuerimisele, kuigi mõlemad sekkumised sisaldasid <i>MI</i> komponente; nimelt nõustati terviseõpetuse rühma kuuluvaid patsiente "5R" põhimõtete alusel). Teistes uuringutes vastandati näiteks ka "5A ja 5R" põhimõtetele üles ehitatud sekkumisi. Kokkuvõttes esines uuringutes <u>suur kliiniline heterogeensus</u>, tingituna sekkumiste erinevast interpretatsioonist uuringute läbiviijate poolt ja uuritavate mitmekesisusest, mistõttu hindan tõendatuse astme keskmiseks.	
--	---	--

Values

Is there important uncertainty about or variability in how much people value the main outcomes?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
○ Important uncertainty or variability ● Possibly important uncertainty or variability ○ Probably no important uncertainty or variability ○ No important uncertainty or variability	<i>Borelli et al, 2005</i> randomiseeritud kontrollitud uuringus on toodud välja, et vanemad ja raskemas seisundis suitsetavad patsiendid ei pruugi hinnata suitsetamisest loobumist oluliseks (5). Varasemates uuringutes on leitud, et antud patsiendid usuvad, et suitsetamisest loobumine ei paranda enam nende tervislikku seisundit (15) ning samuti ei pruugi nad tajuda riski suitsetamisega seotud haiguste ees (16). Kokkuvõttes võib seega järeldada, et patsientide hulgas on võimalik oluline varieeruvus põhilise tulemusnäitaja väärtustamise osas.	

Balance of effects

Does the balance between desirable and undesirable effects favor the intervention or the comparison?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
-----------	---------------------------	------------------------

○ Favors the comparison ○ Probably favors the comparison ○ Does not favor either the intervention or the comparison ● Probably favors the intervention ○ Favors the intervention ○ Varies ○ Don't know	Kokkuvõttes on olemasoleva tõendusmaterjali alusel tõenäoliselt pigem eelistatud sekkumine.	
--	--	--

Resources required

How large are the resource requirements (costs)?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
○ Large costs ● Moderate costs ○ Negligible costs and savings ○ Moderate savings ○ Large savings ○ Varies ○ Don't know	<i>Rasu et al, 2020</i> uuringu üheks eesmärgiks oli hinnata mittemotiveeritud patsientide (n=255) puhul suitsetamisest loobumise katsete hulga suurendamisel motiveeriva intervjuerimise (MI) kasutamise kulu ning kulu-tõhusust võrreldes terviseõpetuse (<i>health education, HE</i>) ning lühinõustamisega (<i>brief advice, BA</i>) (17). <i>MI, HE ja BA</i> gruppidesse randomiseeriti vastavalt 102, 102 ning 51 inimest. Uuritavad said <i>MI</i> ja <i>HE</i> grupis sekkumisena <u>neli 24-minutilist nõustamissessiooni 18- nädala jooksul</u> (2 neist telefoni teel); <i>BA</i> grupis said uuritavad <u>5-minutilise</u> nõustamise. Järelkontrollis 24. nädalal hinnati <u>suitsetamisest loobumise katsete</u> (>24h kestvusega) hulka. <u>Uuringu tulemusel selgus</u>, et ühe uuritava kohta maksis sekkumise läbiviimise kogu ajaline kulu <i>MI, HE ja BA</i> gruppides vastavalt \$46.63, \$42.87 ja \$2.4.	

Certainty of evidence of required resources

What is the certainty of the evidence of resource requirements (costs)?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
-----------	---------------------------	-------------------------

● Very low ○ Low ○ Moderate ○ High ○ No included studies	Mittemotiveeritud patsientide suitsetamisest loobumise nõustamisel motiveeriva intervjuerimise kasutamise puhul tekkivate kulude kohta on <u>tõendusmaterjali hulk minimaalne</u> , mistõttu hindan kokkuvõttes tõendatuse astme väga madalaks .	
--	---	--

Cost effectiveness

Does the cost-effectiveness of the intervention favor the intervention or the comparison?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
○ Favors the comparison ○ Probably favors the comparison ○ Does not favor either the intervention or the comparison ● Probably favors the intervention ○ Favors the intervention ○ Varies ○ No included studies	<i>Rasu et al, 2020</i> uuringus on välja toodud ühe suitsetamisest loobumise katse kulu-tõhususe suhe (uuringu 24. nädalal) vastavalt <i>MI, HE ja BA</i> gruppide alusel: \$380, \$272 ja \$209 (17). Lisaks tehti kokku 4 eraldiseisvat tundlikkuse analüüsi iga lisandunud loobumiskatse kohta. Kokkuvõttes selgus antud uuringu tulemusel, et eelpool mainitud kolmest sekkumisest (<i>MI, HE, BA</i>) oli terviseõpetus (<i>HE</i>) kõige kulu-tõhusam.	

Equity

What would be the impact on health equity?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
○ Reduced ○ Probably reduced ○ Probably no impact ○ Probably increased ○ Increased ○ Varies ● Don't know	Olemasolevas tõendusmaterjalis ei ole otseselt sekkumise mõju ebavõrdusele ega võrdsusele käsitletud .	

Acceptability

Is the intervention acceptable to key interest-holders?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
☐ No ☐ Probably no ☐ Probably yes ☒ Yes ☐ Varies ☐ Don't know	<i>Patten et al, 2008</i> uuringus (8) andis viimase 4. sessiooni <i>brief office intervention</i>'i järgselt noorukitest tagasisidet 58% (sekkumine sisaldas motiveerivat intervjuerimist ning kognitiiv-käitumuslikke tehnikaid). Uuringus osalenud <u>noorukite tagasiside oli üldiselt positiivne ning ükski osaleja ei toonud välja sekkumise mittekasulikke aspekte</u>. Tagasisides mainiti, et töötamine nõustajaga motiveeris uuritavaid pühenduma suitsetamisest loobumisele. Kokkuvõttes võib seega järeldada, et sekkumine on aktsepteeritav.	

Feasibility

Is the intervention feasible to implement?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
☐ No ☐ Probably no ☐ Probably yes ☒ Yes ☐ Varies ☐ Don't know	Eespool välja toodud tõendusmaterjali alusel selgub, et sekkumine on rakendatav. <i>Patten et al, 2008</i> randomiseeritud kontrollitud uuringus (8) on lisaks välja toodud, et <i>brief office intervention</i>'i läbiviimine <u>noorukitel</u> (sekkumine sisaldas motiveerivat intervjuerimist ning kognitiiv-käitumuslikke tehnikaid) on varasema suurema kliinilise uuringu alusel (9) <u>läbiviidav</u>, sest antud uuringus osalesid noorukid 4 sessioonist keskmiselt 3.2 sessioonil ning 57% uuritavatest osales kõikidel nõustamistel; samas uuringus on välja toodud, et 87% uuritavatest täitsid ka kodused ülesanded vähemalt osaliselt. Kokkuvõttes võib seega järeldada, et motiveeriva intervjuerimise rakendamine suitsetamisest loobumisel motivatsiooni ülesehitamiseks mittemotiveeritud patsientidel on läbiviidav lisaks täiskasvanutele ka noorukitel.	

OTSUSTE KOKKUVÕTE

	JUDGEMENT						
PROBLEM	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know
DESIRABLE EFFECTS	Trivial	Small	Moderate	Large		Varies	Don't know

	JUDGEMENT						
UNDESIRABLE EFFECTS	Large	Moderate	Small	Trivial		Varies	Don't know
CERTAINTY OF EVIDENCE	Very low	Low	Moderate	High			No included studies
VALUES	Important uncertainty or variability	Possibly important uncertainty or variability	Probably no important uncertainty or variability	No important uncertainty or variability			
BALANCE OF EFFECTS	Favors the comparison	Probably favors the comparison	Does not favor either the intervention or the comparison	Probably favors the intervention	Favors the intervention	Varies	Don't know
RESOURCES REQUIRED	Large costs	Moderate costs	Negligible costs and savings	Moderate savings	Large savings	Varies	Don't know
CERTAINTY OF EVIDENCE OF REQUIRED RESOURCES	Very low	Low	Moderate	High			No included studies
COST EFFECTIVENESS	Favors the comparison	Probably favors the comparison	Does not favor either the intervention or the comparison	Probably favors the intervention	Favors the intervention	Varies	No included studies
EQUITY	Reduced	Probably reduced	Probably no impact	Probably increased	Increased	Varies	Don't know
ACCEPTABILITY	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know
FEASIBILITY	No	Probably no	Probably yes	Yes		Varies	Don't know

VIIDETE KOKKUVÕTE

1. NICE, . Stop smoking interventions and services.2018.
2. NCCN, . Smoking Cessation, Version 1.2016.
3. ENSP, . Guidelines for Treating Tobacco Dependence.2018.
4. Audrain-McGovern J, Stevens S,Murray PJ,Kinsman S,Zuckoff A,Pletcher J,Moss D,Baumritter A,Kalkhuis-Beam S,Carlson E,Rodriguez D,Wileyto EP. The efficacy of motivational interviewing versus brief advice for adolescent smoking behavior change.Pediatrics; 2011.
5. Borrelli B, Novak S,Hecht J,Emmons K,Papandonatos G,Abrams D. Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: outcomes from project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking).Prev Med; 2005.
6. Steinberg ML, Ziedonis DM,Krejci JA,Brandon TH. Motivational interviewing with personalized feedback: a brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence.J Consult Clin Psychol; 2004.
7. Gantiva C, Guerra P,Vila J. From appetitive to aversive: motivational interviewing reverses the modulation of the startle reflex by tobacco cues in smokers not ready to quit.Behav Res Ther; 2015.
8. Patten CA, Decker PA,Dornelas EA,Barbagallo J,Rock E,Offord KP,Hurt RD,Pingree S. Changes in readiness to quit and self-efficacy among adolescents receiving a brief office intervention for smoking cessation.Psychol Health Med; 2008.
9. Patten CA, Croghan IT,Meis TM,Decker PA,Pingree S,Colligan RC,Dornelas EA,Offord KP,Boberg EW,Baumberger RK,Hurt RD,Gustafson DH. Randomized clinical trial of an Internet-based versus brief office intervention for adolescent smoking cessation.Patient Educ Couns; 2006.
10. Steinberg ML, Rosen RL,Versella MV,Borges A,Leyro TM. A Pilot Randomized Clinical Trial of Brief Interventions to Encourage Quit Attempts in Smokers From Socioeconomic Disadvantage.Nicotine Tob Res; 2020.
11. Pardavila-Belio MI, Canga-Armayor A Duaso MJ Pueyo-Garrigues S Pueyo-Garrigues M Canga-Armayor N. Understanding how a smoking cessation intervention changes beliefs, self-efficacy, and intention to quit: a secondary analysis of a pragmatic randomized controlled trial.Transl Behav Med; 2019.
12. Catley D, Goggin K,Harris KJ,et al. A Randomized Trial of Motivational Interviewing: Cessation Induction Among Smokers With Low Desire to Quit.Am J Prev Med; 2016.
13. Huang FF, Jiao NN,Zhang LY,Lei Y,Zhang JP. Effects of a family-assisted smoking cessation intervention based on motivational interviewing among low-motivated smokers in China.Patient Educ Couns; 2015.
14. Jimenez-Muro A, Nerín I Samper P Marqueta A Beamonte A Gargallo P Oros D Rodríguez G. A proactive smoking cessation intervention in postpartum women.Midwifery; 2013.
15. Orleans CT, Rimer BK,Cristinzio S,Keintz MK,Fleisher L. A national survey of older smokers: treatment needs of a growing population.Health Psychol; 1991.
16. USDepartmentofHealthandHumanServices, . Report of the Surgeon General. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction.US Department of Health and Human Services, Washington, DC; 1989.
17. Rasu RS, Thelen J,Agbor Bawa W,Goggin K,Bradley-Ewing A,Catley D. Motivational Interviewing to Encourage Quit Attempts Among Smokers Not Ready to Quit: A Trial-Based Economic Analysis.Nicotine Tob Res; 2020.