

Autor(id): Kas kõigi tubaka-või nikotiinitoodete kasutajate nõustamisel rakendada või mitte loobumise käigus motiveerivat intervjuerimist tubaka-või nikotiinitoodetest loobumise määra tõstmiseks?
Küsimus: Kas kõigi tubaka või nikotiintoodete kasutajate nõustamisel rakendada või mitte loobumise käigus motiveerivat infetvjuerimist tubaka või nikotiintoodetest loobumise määra tõstmiseks?
Kontekst: Kas kõigi tubaka-või nikotiinitoodete kasutajate nõustamisel rakendada või mitte loobumise käigus motiveerivat intervjuerimist tubaka-või nikotiinitoodetest loobumise määra tõstmiseks?
Bibliograafia:

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	motiveeritav intervjuerimine	mitte	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
Suitsetamisest loobumise määr - MI koos muu SC terpaaiaga versus SC üksi (järelkontroll: keskmine 6 kuud)												
12 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,a	randomiseeritud uuringud	väike ^b	suur ^{c,d}	väike	väike	puudub	399/2134 (18.7%)	306/2033 (15.1%)	suhteline risk (RR) 1.07 (0.85 kuni 1.36)	11 rohkem / 1,000 (23 vähem kuni 54 rohkem)	⊕⊕⊕⊖ KESKMINE	
Suitsetamisest loobumise määr (motiveeritud patsiendid) - MI + SC versus SC (järelkontroll: vahemik 12 nädalat kuni 6 kuud) ^{cef}												
3 10,11,13,14,g	randomiseeritud uuringud	suur ^h	väike ⁱ	väike	väike	puudub	211/499 (42.3%)	116/356 (32.6%)	suhteline risk (RR) 1.30 (1.10 kuni 1.54)	98 rohkem / 1,000 (33 rohkem kuni 176 rohkem)	⊕⊕⊕⊖ KESKMINE	
Suitsetamisest loobumise määr (mittemotiveeritud patsiendid) - MI + SC versus SC (järelkontroll: 26 nädalat) ^j												
1 9,13,k	randomiseeritud uuringud	suur ^l	väike	väike	väga suur ^m	puudub	20/225 (8.9%)	29/233 (12.4%)	suhteline risk (RR) 0.70 (0.36 kuni 1.37)	37 vähem / 1,000 (80 vähem kuni 46 rohkem)	⊕⊖⊖⊖ VÄGA MADAL	
Suitsetamisest loobumise määr (motivatsiooni taset pole teada) - MI + SC versus SC												
8 1,2,3,4,5,6,7,8,13,15,n	randomiseeritud uuringud	suur ^b	suur ^o	väike	suur ^m	puudub	168/1410 (11.9%)	161/1444 (11.1%)	suhteline risk (RR) 1.04 (0.69 kuni 1.55)	4 rohkem / 1,000 (35 vähem kuni 61 rohkem)	⊕⊖⊖⊖ VÄGA MADAL	
Suitsetamisest loobumise määr (motiveeritud pt) - intensiivne MI vs madala intensiivsusega MI (no face-to-face) (järelkontroll: vahemik 12 nädalat kuni 12 kuud) ^{pq}												
2 13,16,17,r	randomiseeritud uuringud	suur ^{l,s}	suur ^t	väike	väike	puudub	307/1561 (19.7%)	296/1879 (15.8%)	suhteline risk (RR) 1.25 (1.08 kuni 1.44)	39 rohkem / 1,000 (13 rohkem kuni 69 rohkem)	⊕⊕⊖⊖ MADAL	
Suitsetamisest loobumise määr (motivatsiooni taset ei ole teada) - intensiivne MI vs madala intensiivsusega MI (järelkontroll: vahemik 6 kuud kuni 24 kuud) ^{uvw}												
3 13,18,19,20,x	randomiseeritud uuringud	suur ^{l,y}	suur ^t	väike	väike	puudub	243/1088 (22.3%)	202/1092 (18.5%)	suhteline risk (RR) 1.21 (1.03 kuni 1.43)	39 rohkem / 1,000 (6 rohkem kuni 80 rohkem)	⊕⊕⊖⊖ MADAL	
Suitsetamisest loobumise määr (motiveeritud/teadmata motivatsiooni tasemega) - intensiivne MI vs madala intensiivsusega MI												
5 12,13,16,19,20,21,z	randomiseeritud uuringud	suur ^l	väike	väike	väike	puudub	550/2649 (20.8%)	498/2971 (16.8%)	suhteline risk (RR) 1.23 (1.11 kuni 1.37)	39 rohkem / 1,000 (18 rohkem kuni 62 rohkem)	⊕⊕⊕⊖ KESKMINE	
Abstinentis - intensiivne nõustamine MI komponentidega +farmakoteraapia vs ainult farmakoteraapia (järelkontroll: vahemik 6 kuud kuni 12 kuud) ^{aa}												
65 ²²	randomiseeritud uuringud	väike	väike	suur ^{ab}	väike	puudub	2932/15058 (19.5%)	2088/12367 (16.9%)	suhteline risk (RR) 1.13 (1.07 kuni 1.20)	22 rohkem / 1,000 (12 rohkem kuni 34 rohkem)	⊕⊕⊕⊖ KESKMINE	

Abstinentis - intensiivne nõustamine MI komponentidega +farmakoteraapia vs vähem intensiivne nõustamine + farmakoteraapia (järelkontroll: vahemik 6 kuud kuni 12 kuud)^{ac}

65 ²²	randomiseeritud uuringud	väike	väike	suur ^{ab}	väike	puudub	2291/11630 (19.7%)	2006/11701 (17.1%)	suhteline risk (RR) 1.15 (1.08 kuni 1.22)	26 rohkem / 1,000 (14 rohkem kuni 38 rohkem)	⊕⊕⊕⊖ KESKMINE	
------------------	--------------------------	-------	-------	--------------------	-------	--------	--------------------	--------------------	---	---	------------------	--

CI: usaldusintervall; **RR:** riskimäär

Selgitused

a. Tõendusmaterjal pärineb Lindson jt 2019.aasta süstemaatilisel ülevaatest, kus metaanalüüsi kaasati 12 RCT (N = 4167) : Bastian 2013, Battaglia 2016, Bock 2008, Bock 2014, Cook 2016, Demétrio Faustino-Silva 2018, Lewis 1998, Louwagie 2014, Marshall 2016, McClure 2005, Teyyaw 2009, Vidrine 2019
b. Bastian 2013 ja Bock 2014- suur väljalangenute protsent
c. Lewis jt 1998 uuritavateks (N=185) hospitaliseeritud patsiendid, motiveeritud suitsetamisest loobuma. Nikot.sõltuvus (keskmine FTND) kontrollrühmas 6.6, sekkumiserühmas 6.9 Kontrollrühmas 2 min konsultatsioon, sekkumiserühmas MI+ kongitiivkäitumuslik sekkumine + platseebo plaastrid. Kestvus 10 -15 min sessioonid ~24 näd
d. Mõdukas heterogeensus (I2=47%) tulemustes võib olla põhjustatud sekkumiste erinevast intensiivsusest
e. Demétrio Faustino-Silva. N=329 täiskasvanud suitsetajad; ei ole mainitud nikot.sõltuvust, kuid patsiendid olid motiveeritud loobuma suitsetamisest. MI intensiivsust ei ole mainitud. Sekkumine: 90 min 1 kord nädalas 4 nädala jooksul struktureeritud programm, kus ka MI sees + muu sekkumine (bupropioon/varinekliin/nikotiinasendusravi)
f. Vidrine jt 2019. Täiskasvanud suitsetajad (N = 624), motiveeritud loobuma suitsetamisest; nikotiini sõltuvus keskmine FTND =5.59. Kontrollrühmas kiir nõustamine, eneseabi materjalid, 10-nädalaks NRT plaastrid; 1 interventsiooni rühmas: kiir nõustamine, eneseabi materjalid, NRT plaastrid. SMS 1x päevas 12 nädala jooksul; 2 interventsiooni rühmas - samad sekkumised nagu 1.interventsioonirühmas + aktiivne nõustamine tel.teel ca 10 min 12 näd jooksul
g. Tõendusmaterjal pärineb Lindson jt 2019.aasta Cochrane i ülevaatest, kus metaanalüüsi kaasati 3 RCT: Demétrio Faustino-Silva 2018, Lewis 1998, Vidrine 2019
h. Nihke risk esineb püüdukiult esitatud info tõttu uuritavate randomiseerumise, uuringurühmadesse paigutamise strateegia ning uurijate pimendamise kohta
i. Lewis jt 1998 uuritavateks on hospitaliseeritud patsiendid, kes on huvitatud suitsetamisest loobuma
j. Tõendusmaterjal pärineb ühest juhuslikustatud uuringust (4 sekkumiserühma). 1 rühm- esimene MI sessioon 20 min, edasi 10 min iga 2 nädala tagant 3 korda nädalas VS mitte midagi; 2 rühm - käitumuslik nõustamine sarnase skeemiga VS mitte midagi; 3 rühm - nikotiiniäts VS mitte midagi; 4 rühm - nikotiiniplaaster VS mitte midagi. Osalejad (N=517)- täiskasvanud suitsetajad kes pole motiveeritud loobuma suitsetamisest, keskmine vanus: 47; niktot.sõltuvus keskmine FTND = 4.8
k. Cook jt 2016 1 uuring
l. Kahes uuringus kasutati tulemuste mõõtmiseks patsientide endi raporteeritud suitsude arvu või abstinentsi (biokeemilist tõestust ei olnud).
m. Tõendusmaterjal pärineb ühest uuringust. Usaldusvahemik väga lai, sekkumisega võib kaasnedä nii oluline kasu kui ka kahju, uuritavate arv väike.
n. Bastian 2013, Battaglia 2016, Bock 2008, Bock 2014, Louwagie 2014, Marshall 2016, McClure 2005, Teyyaw 2009
o. Kõrge heterogeensus, I2=64.47%
p. Hollis 2007, N=4614, nikotiinsõltuvuse raskus ei ole määratud; MI valdavalt tel.teel. 3 intensiivsuse -taset: 1. üksik kiire konsultatsioon (15-min) , 15-min telef kõne + vajalikud infomaterjalid + eneseabi materjalid 2. mõdukas konsulteerimine (40-min)+ 1 kiire motiveeritav küsitlus, eneseabi materjalid 3. Intensiivne MI (nagu mõdukas, + ≤ 4 lisaks telef. vestlustel). Intensity: brief: one off; moderate: 1-2 weekly; intensive: 4 calls over 3 months
q. Vidrine 2019, N=624, mõõdetud nikotiinsõltuvuse raskus -> keskmine FTND =5.59 punkti. Kontroll: kiire suits. loobumise konsulteerimine, eneseabi materjalid + info, 10-nädalaks NRT plaastrid. Interventsioon 1: nagu kontroll + SMS-id 12-näd jooksul (1 kuni 5 SMS/päevas). Interventsioon 2: nagi interv. 1 + aktiivne konsulteerimine telef. teel. Telef kõne 10-15 min 12 nädala jooksul. Abstinentsi kontrollitud sulje kotiniini testiga
r. Hollis 2007, Vidrine 2019
s. Hollis 2007
t. erinevad sekkumised ehk uuringutes "intensiivsust" tõlgendatud erinevalt
u. Rosenhow 2014 (N=165, lak sõltuvusega suitsetajad) Interventsiooni rühm: 45 min põhjalikku nõustamist ja MI + korduvad Mi sessioonid. Kontroll: lühinõustamine 15 min + korduvad lühikesed MI sessioonid. Abstinentsi kontrollitud CO määramisega väljahingatavad õhus (≤ 10 ppm)
v. Sherman 2016 (N=1619 haiglaravi patsiendid). Nikot. sõltuvus mõõdetud CPD abil või arvestatud aega esimese sigarettiini (42% -> 5 min). Interventsioon: MI nõustamine + 8 näd NRT, kui see oli vajalik. Üks sessioon kestis 15- 20-min, edasi 6 sarnast 10-15 min sessiooni järgmise 42 näd jooksul. Kontroll - 10-15min lühinõustamine, vajadusel NRT. Abstinentsi ei ole kontrollitud.
w. Ellerbeck 2009 (N= 726), uuritavate keskmine CPD 23.7. Interventsioon: kõrge intensiivsusega MI, õpetus, telef. konsultatsioonid, personaliseeritud programm suitsetamisest loobumiseks, ca 6 telef kontakti 6 kuu jooksul. Kontroll: mõõduka intensiivsusega MI, ainult 2 telef kontakti. Abstinents kontrollitud sulje kotiniiniga.
x. Ellerbeck 2009, Rohsenow 2014, Sherman 2016
y. Sherman 2016
z. Ellerbeck 2009, Hollis 2007, Rohsenow 2014, Sherman 2016,Vidrine 2019
aa. Sekkumiserühmas pakuti uuritavatele intensiivset nõustamist (sh proaktiivne nõustamine tel teel või individuaalne nõustamine MI või käitumusliku teraapia komponentidega) lisaks farmakoteraapiale; kontrollrühmas said uuritavad ainult farmakoteraapiat (puudus kontakt raviarstiga või tugipersonaaliga)
ab. Sekkumiserühmas rakendati patsientidele k.a kognitiivkäitumuslikku teraapiat
ac. Sekkumiserühma patsiendid said kõrge intensiivsusega nõustamist (MI või käitumuslik teraapia) lisaks farmakoteraapiale; sekkumiserühma patsiendid said vähem intensiivset nõustamist (brief advice) lisaks farmakoteraapiale); kontaktide arv teenupakkujaga võrdne sekkumis- ja kontrollrühmas)

Viited

1. Teyyaw TO, Colby SM,Tidey JW,Kahler CW,Rohsenow DJ,Barnett NP,et al. Contingency management and motivational enhancement: a randomized clinical trial for college studentsmokers. . Nicotine & Tobacco Research ; 2009.
2. McClure J, Westbrook E,Wetter DW,Curry S). Proactive cessation treatment in a managed care setting. . Society for Behavioral Medicine 10th Annual Meeting; 2005.
3. Marshall HM, Courtney DA,Passmore LH,McCaul EM,Yang IA,Bowman RV,et al.. Brief tailored smoking cessation counseling in a lung cancer screening population is feasible: a pilotrandomized controlled trial.. Nicotine & Tobacco Research; 2016.
4. Louwagie GM, Okuyemi KS,Olalekan AA.. Efficacy of briefmotivational interviewing on smoking cessation at tuberculosisclinics in Tshwane, South Africa: a randomized controlled trial.. Addiction ; 2014.
5. Bock BC, Papandonatos GD,De Dios MA,Abrams DB,Azam MM,Fagan M,et al.. Tobacco cessation among low-income smokers: motivational enhancement and nicotine patchtreatment. . Nicotine & Tobacco Research ; 2014.
6. Bock BC, Becker BM,Niaura RS,Partridge R,Fava JL,Trask P.. Smoking cessation among patients in an emergency chest painobservation unit: outcomes of the Chest Pain Smoking Study(CPSS). . Bock BC, Becker BM, Niaura RS, Partridge R, Fava JL, Trask P.Smoking cessation among patients in an emergency chest painobservation unit: outcomes of the Chest Pain Smoking Study(CPSS). . Nicotine & Tobacco Research 2008;10(10):1523-31;.
7. Battaglia C, Peterson J,Whitfield E,Min S-J,Benson SL,Maddox TM,et al.. Integrating motivational interviewing into ahome telehealth program for veterans with posttraumatic stressdisorder who smoke: a randomized controlled trial. . Journal of Clinical Psychology ; 2016.
8. Bastian LA, Fish LJ,Peterson BL,Biddle AK,Garst J,Lyna P,etal. A. Assessment of the impact of adjunctive proactive telephonecounseling to promote smoking cessation among lung cancerpatients' social networks.. American Journal of Health Promotion; 2013.
9. Cook JW, Collins LM,Fiore MC,Smith SS,Fraser D,Bolt DM,et al.. Comparative eCectiveness of motivation phase intervention components for use with smokers unwilling to quit: a factorial screening experiment.. Addiction ; 2016.
10. Lewis SF, Piasecki TM,Fiore MC,Anderson JE,Baker TB.. Transdermal nicotine replacement for hospitalized patients: a randomized clinical trial. . Preventive Medicine ; 1998.
11. Demétrio Faustino-Silva D, Melnick R,Keller Celeste R.. Efficacy of motivational interviewing in smoking groups in primary health care: a randomized clinical trial. . International Journal of Behavioral Medicine ; 2018.
12. low-incomepopulation.. Cost-effectiveness,analysis,of,smokingcessation,interventions,using,cell,phones,in,a. Cost-effectiveness analysis of smokingcessation interventions using cell phones in a low-incomepopulation. . Tobacco Control ; 2019.
13. Lindson N, Thompson TP,Ferrey A,Lambert JD,Aveyard P.. Motivational interviewing for smoking cessation . Cochrane Database Syst Rev.; 2019.
14. Daly AT, Deshmukh AA,Vidrine DJ,Prokhorov AV,Frank SG,Tahay PD,et al.. Cost-eCectiveness analysis of smoking cessation interventions using cell phones in a low-income population. . Tobacco Control ; 2019.
15. Bock BC, Becker BM,Niaura RS, Partridge R,Fava JL,Trask P.. Smoking cessation among patients in an emergency chest painobservation unit: outcomes of the Chest Pain Smoking Study(CPSS). . Nicotine & Tobacco Research 2008; 2008.
16. Hollis JF, McAfee TA,Fellows JL,Zbikowski SM,S Stark M,Riedlinger K.. The effectiveness and cost effectiveness oftelephone counselling and the nicotine patch in a state tobaccoquitline. . Tobacco Control ; 2007.
17. Daly AT, Deshmukh AA,Vidrine DJ,Prokhorov AV,Frank SG,Tahay PD,et al.. Cost-effectiveness analysis of smokingcessation interventions using cell phones in a low-incomepopulation. . Tobacco Control; 2019.
18. Ellerbeck EF, Mahnken JD,Cupertino AP,Cox LS,Greiner KA,Mussulman LM,et al.. Effect of varying levels of diseaseamangement on smoking cessation.. Annals of Internal Medicine; 2009.
19. Rohsenow DJ, Martin RA,Monti PM,Colby SM,Day AM,Abrams DB,et al.. Motivational interviewing versus brief advicefor cigarette smokers in residential alcohol treatment. . Journal of Substance Abuse Treatment ; 2014.
20. Sherman SE, Link AR,Rogers ES,Krebs P,Ladapo JA,Shelley DR,et al.. Smoking-cessation interventions for urbanhospital patients: a randomized comparative effectiveness trial.. American Journal of Preventive Medicine ; 2016.
21. Ellerbeck EF, Mahnken JD,Cupertino AP,Cox LS,Greiner KA,Mussulman LM,et al.. Effect of varying levels of diseaseamangement on smoking cessation. . Annals of Internal Medicine; 2009.
22. Hartmann-Boyce J, Hong B,Livingstone-Banks J,Wheat H,Fanshawe TR. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev; 2019.