

Tõendusmaterjali kokkuvõte – kliiniline küsimus 4

Kas kõigil ülekaalulistel või rasvunud lastel (kaasates pereliikmed) ja täiskasvanutel kasutada eluviisi nõustamisel parema tulemuse saavutamiseks toitumis- ja liikumissoovituste andmist või:

- toitumis- ja liikumissoovituste andmist koos käitumuslike sekkumistega (enesehindamine ja jälgimine, eesmärkide seadmine ja tegevusplaani koostamine, kognitiivne ümberstruktureerimine, muutuste juhtimine, stiimulite kontroll, probleemilahendusstrateegiad, tagasilanguse ennetamine) või
- toitumis- ja liikumissoovituste andmist koos motiveeriva intervjuerimisega või
- toitumis- ja liikumissoovituste andmist koos psühhosotsiaalse toetusega?

Tulemusnäitajad: kaalulangus (sh lühiajaline kaalulangus alla 12 kuu, stabiilne kaalulangus 12 kuud või kauem); saavutatud kehakaalu säilitamine (kuni 12 kuud, 12 kuud – 3 aastat, 3–5 aastat, üle 5 aasta); suure diabeediriski korral diabeeti haigestumise vähenemine; eluviisi muutus; vööümbermõõdu vähenemine; kardiovaskulaarse riski vähenemine; KMI vähenemine; elukvaliteet; depressiooni sümptomite vähenemine; patsiendi rahulolu; funktsionaalse võimekuse paranemine; eluviisi nõustamise sekkumise/meetodi katkestamine; vere glükoosi taseme muutus; vere lipiidide taseme muutus; ravikulu

Tõenduse kokkuvõte

Eraldi on esitatud GRADE tabelid käitumuslike sekkumisi (lk 1-16), motiveerivat intervjuerimist (lk 16-26), psühhosotsiaalset toetust (lk 26-27) ning sekkumiste võrdlusi (lk 28-30) käsitlevate uuringute kohta.

Käitumuslikud sekkumised

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			

KMI ja vööümberrõõm (järelkontroll: vahemik 5 kuud kuni 6 kuud)^{1a}

1	randomiseeritud uuringud	suur ^b	väike	väike	väike	puudub	Kontrollgrupis suurenes KMI mõlema soo puhul, sekkumisgrupis KMI vähenes. Kuigi meeste grupis olid muutused suuremas kui naiste grupis, sugude vahelist interaktsiooni ei leitud ($p = 0,31$, $\eta^2 = 0,01$). Samad tulemused saadi vööümberrõõmdu puhul. Võrreldes algse vööümberrõõmduga, oli gruppide vahelised erinevused järelkontrollis statistiliselt olulised $F(1, 95) = 10,06$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,010$. Sugudevaheline interaktsioon ei olnud märkimisväärne ($p = 0,41$, $\eta^2 = 0,01$). Kontrollgrupis suurenes vööümberrõõmdu vahesel määral nii meestel kui naistel, seevastu sekkumisgrupis vööümberrõõmdu vähenes. ^c	⊕⊕⊕○ KESKMINE	CRITICAL
---	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------	--------	--	------------------	----------

Kehakaalu langus madala vs keskmise vs kõrge intensiivsusega käitumise muutmise strateegiad vs tavasekkumine (järelkontroll: 2 aastat)^{2d}

1	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	suur ^e	puudub	Kahe aasta keskmine algse kehakaalu langus oli 2.9% (95% Credible Interval=1.7–4.3), 3.5% (2.0–4.8), 6.7% (5.3–7.9) ja 6.8% (5.5–8.1) kontroll-, madala, keskmise ja kõrge intensiivsusega gruppides. Osalejate osakaal, kes saavutasid kehakaalu languse $\geq 5\%$ kahe aasta möödudes, oli statistiliselt oluliselt kõrgem keskmise intensiivsusega (58%) ja kõrge intensiivsusega (58%) sekkumiste tingimustes, võrreldes madala intensiivsusega (43%) ja kontrollgrupi (40%) tingimustes (posterior probability $> .996$). ^f	⊕⊕⊕○ KESKMINE	CRITICAL
---	--------------------------	-------	-------	-------	-------------------	--------	---	------------------	----------

Kehakaalu langus, veebipõhine programm vs standard-care (tavasekkumine) (järelkontroll: 12 nädalat)^{3g}

1	randomiseeritud uuringud	suur ⁿ	väike	väike	suur ⁿ	puudub	101 uuritavat randomiseeriti kas sekkumise (n = 51) või kontrollgruppi (tavasekkumine) (n = 50). Kokku 85 uuritavat (84% uuringut alustanud osalejatest) lõpetasid järelkontrolli hindamise 3kuu möödumisel. Keskmine (SD) kehakaalu langus sekkumisgrupi uuritavatel oli $-2,281 \pm 3,21$ kg, võrreldes keskmise kehakaalu tõusuga $0,28 \pm 1,87$ kg tavasekkumise grupis (keskmise erinevus $-2,56$ kg; 95% CI $-3,60, -1,53$). Sekkumisgrupi uuritavad kaotasid suurema osakaalu algsest kehakaalust ($-2,6\% \pm 3,3\%$) võrreldes kontrollgruppi (tavasekkumine) uuritavatega ($0,39\% \pm 2,16\%$) (keskmise erinevus $-3,04\%$; 95% $-4,26, -1,83$). Enam kui neljandik sekkumisgrupi uuritavatest (25.6%) ja mitte keegi kontrollgruppi uuritavates langetas $>5\%$ nende algsest kehakaalust 12-nädalase jälgimisperioodi lõpuks. ⁱ	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
---	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------------------	--------	--	---------------	----------

KMI muutus, veebipõhine programm vs standard-care (järelkontroll: 12 nädalat)^{3g}

1	randomiseeritud uuringud	suur ⁿ	väike	väike	suur ⁿ	puudub	Suurem KMI vähenemine sekkumise grupis ($-0,94 \pm 1,16$ kg/ m ²), võrreldes tavasekkumise grupiga ($0,13 \pm 0,75$ kg/m ² ; keskmine erinevus $-1,07$ kg/ m ² ; 95% CI $-1,49, -0,64$). ⁱ	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
---	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------------------	--------	--	---------------	----------

Vööümbmõõt, veebipõhine programm vs standard-care (järelkontroll: 12 nädalat)^{3g}

1	randomiseeritud uuringud	suur ⁿ	väike	väike	suur ⁿ	puudub	Ei leitud erinevusi gruppide vahel vööümbmõõdu muutusel (keskmise erinevus: $-1,87$ cm; 95% CI $-3,97, 0,23$). ⁱ	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
---	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------------------	--------	--	---------------	----------

Kehakaalu langus, käitumuslik nõustamine vs standard-care (järelkontroll: 2 aastat)^{4j}

1	randomiseeritud uuringud	suur ^k	väike	väike	väike	puudub	Keskmine (\pm SE) kehakaalu langus 12 kuu möödudes oli 2,3 (0,6), 3,4 (0,6) ja 7,1 (0,6) kg vastavalt tavasekkumise, lühikese eluviisi nõustamise, laiendatud eluviisi nõustamise gruppides. Kehakaalu langus erines oluliselt laiendatud eluviisi nõustamise ja tavasekkumise gruppides sellel hetkel, samuti kahe eluviisi nõustamise grupi vahel. 24 kuu möödumisel, esines kehakaalu mõningane tõus kõikides gruppides, kuigi kehakaalu langus säilis statistiliselt oluliselt suuremana laiendatud eluviisi nõustamise grupis võrrelduna tavasekkumise grupiga ($p < 0,05$). ¹	⊕⊕⊕○ KESKMINE	CRITICAL
---	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------	--------	---	------------------	----------

Lipiidide taseme muutus (järelkontroll: 2 aastat)^{4j}

1	randomiseeritud uuringud	suur ^k	väike	väike	väike	puudub	Uuritavatel, kes said laiendatud eluviisi nõustamist, oli ka suurem paranemine triglütseriidide tasemes ühel või enamal hindamisel võrreldes teiste gruppidega. Oluline triglütseriidide taseme vähenemine (≥ 20 mg/dl) oli jälgitav aja jooksul kõikides gruppides, kuid 24 kuu möödudes ei erinenud tulemused oluliselt gruppide vahel.	⊕⊕⊕○ KESKMINE	IMPORTANT
---	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------	--------	---	------------------	-----------

Kehakaalu langus, eneseregulatsiooni oskused vs standard-care (järelkontroll: 12 nädalat)^{5m}

1	randomiseeritud uuringud	suur ^{e,n}	väike	väike	suur ^e	puudub	Mõlemas grupis oli oluline kehakaalu (kg) langus aja jooksul K=0,52, F (8,35) = 4,74, $p = 0,000$ (gp 2 = 0,52). Siiski ei leitud olulist grupi või interaktsiooni efekti. Uuringu tulemused näitavad, et eneseregulatsiooni oskuste treenimine võib olla sama efektiivne kui toitumise ja kehalise aktiivsuse nõustamine kehakaalu langetamise ja seotud tulemusnäitajate osas. ^o	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
---	--------------------------	---------------------	-------	-------	-------------------	--------	---	---------------	----------

KMI muutus, eneseregulatsiooni oskused vs standard-care (järelkontroll: 12 nädalat)^{5m}

1	randomiseeritud uuringud	suur ^{e,n}	väike	väike	suur ^e	puudub	Mõlemas grupis oli oluline KMI langus aja jooksul K = 0,52, F (8,35) = 4,74, $p = 0,000$ (gp 2 = 0, 52). Siiski ei leitud olulist grupi või interaktsiooni efekti.	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
---	--------------------------	---------------------	-------	-------	-------------------	--------	--	---------------	----------

Psühholoogilised vahendid, eneseregulatsiooni oskused vs standard-care (järelkontroll: 12 nädalat)^{5m}

1	randomiseeritud uuringud	suur ^{e,n}	väike	väike	suur ^e	puudub	Mõlemas grupis leiti aja jooksul olevat oluline efekt enesetõhususe, tajutud eneseregulatsiooni õnnestumise ja füüsilise enesekindluse osas ($K = 0,52$, $F(6,39) = 3,22$, $p = 0,01$ (gp 2 = 0,33)). Teisi olulisi mõjusid või interaktsioone ei leitud.	⊕⊕○○ MADAL	IMPORTANT
---	--------------------------	---------------------	-------	-------	-------------------	--------	--	---------------	-----------

Kehakaalu langus, käitumise muutuse teooria (järelkontroll: 12 kuud)^{6p9}

1	randomiseeritud uuringud	väga suur ^r	väike	suur ^r	väike	puudub	Kehakaal standard-sekkumise grupis vähenes 0,02 kg kolme kuu möödudes ja püsis konstantsena kuue kuu möödudes. Kehakaal TRIMM grupis vähenes 2,6 kg kolme kuu möödudes ja oli kokku keskmiselt vähenenud 3,7 kg kuue kuu möödudes. Keskmine gruppidevaheline erinevus kehakaalus võrreldes algsega oli -2,5 kg (95% CI, -4,3 kuni -0,6; $P < 0,001$) kolme kuu möödudes ja -3,4 kg (95% CI, -5,2 kuni -1,7; $P = 0,001$) kuue kuu möödudes. ^s	⊕○○○ VÄGA MADAL	IMPORTANT
---	--------------------------	------------------------	-------	-------------------	-------	--------	--	-----------------------	-----------

Patsiendi rahulolu sekkumisega, käitumise muutuse teooria (järelkontroll: 12 kuud)⁶

1	randomiseeritud uuringud	väga suur ^r	väike	suur ^r	väike	puudub	Nii sekkumise kui kontrollgrupi uuritavad vastasid keskmiselt kõrgema skooriga kui 4 igale küsimusele, v.a küsimused tegeliku kehakaalu languse (sekkumine) kohta (sekkumine=3,9, kontroll=3,7; P=0,4) ja kehalise aktiivsuse (sekkumine=3,9, kontroll=4,0; P = 0,9). Peaaegu kõik uuritavad vastasid, et nad soovitsid programmi oma sõbrale (95% sekkumise ja 97% kontrollgrupis). Küsimusel, kas nad on proovinud teisi kehakaalu langetamise programme enne uuringut ja kuidas nad seda võrdlevad (1="palju halvem"; 5="palju parem"), seitse sekkumise grupi uuritavat ütlesid, et on enne proovinud teisi programme ja andsid TRIMM programmile keskmise skoori 4,3. 16 kontrollgrupi uuritavat andsid standardsekkumisele keskmise skoori 3,6. Sekkumise grupi uuritavate hinnangul olid sõnumid meeldivad ("pleasant") keskmise skoor 4,3 (5-palliline Likert skaala). Peaaegu kõik (93%) andsid teada, et tekstisõnumite saamise jätkumine oleks neile abiks. ^t	⊕○○○ VÄGA MADAL	NOT IMPORTANT
---	--------------------------	------------------------	-------	-------------------	-------	--------	---	-----------------------	------------------

Kehakaalu langus, intensiivne eluviisi nõustamine – eesmärkide seadmine, enesejälgimine, stiimulite kontroll (järelkontroll: 12 nädalat)^{7u}

1	randomiseeritud uuringud	suur ^e	väike	väike	väike	puudub	12. nädalal ILI grupis oli keskmine kehakaalu langus 5,58 ± 5,60 kg (5,37 ± 5,31%), mis oli oluliselt suurem kui AC grupis saavutatud (2,8 ± 4,96 kg, 2,62 ± 4,34%, p=0,002). See vastas kehakaalu languse edumaale 2,77 kg (95% CI: 1,01 kuni 4,54 kg) või 2.75% võrra (5% CI: 1,13% kuni 4,37%) ILI grupis. Suhtelise riski analüüs tõi välja, et ILI grupi uuritavatel oli 1,8 korda (95% CI: 1,15 kuni 2,93) suurem tõenäosuse saavutada ≥5% kehakaalu languse eesmärk võrreldes AC grupiga. ^v	⊕⊕⊕○ KESKMINE	CRITICAL
---	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------	--------	---	------------------	----------

Kehakaalu langus, kognitiiv-käitumuslik teraapia vs dieet vs standard-care (järelkontroll: 12 kuud)^{8w}

1	randomiseeritud uuringud	väga suur ^x	väike	väike	väike	puudub	Kaalumuutus 3kuud, 6kuud, 12kuud algsest (keskmine (s.e.)): FBI -1,9 (0,5) -2,8 (0,7) -2,9 (0,9) IDT -2,6 (0,4) -2,6 (0,5) -1,8 (0,8) BO -1,4 (0,5) -1,0 (0,6) -0,5 (0,9). Statistiliselt oluline erinevus gruppide vahel aja jooksul oli jälgitav kehakaalu muutumisel (Wald F6 =2,13, P =0,05). Kehakaalu muutust võrreldi algse kehakaalu ja FBI grupiga. Statistiliselt olulised erinevused kehakaalu muutusel leiti BO ja FBI grupi vahel kolme kuu möödudes (P=0,05) ja 12 kuu möödudes (P=0,005). Kehakaalu muutus IDT grupis ei erinenud FBI grupist ühelgi ajahetkel. ^y	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
---	--------------------------	------------------------	-------	-------	-------	--------	---	---------------	----------

KMI muutus, kognitiiv-käitumuslik teraapia vs dieet vs standard-care (järelkontroll: 12 kuud)^{8w}

1	randomiseeritud uuringud	väga suur ^x	väike	väike	väike	puudub	Kaalumuutus 3kuud, 6kuud, 12kuud algsest mõõdetust (mean (s.e.)): KMI (kg/m ²) FBI -0,7 (0,2) -1,0 (0,2) -1,0 (0,3) IDT -0,9 (0,1) -0,9 (0,2) -0,6 (0,3) BO -0,5 (0,2) -0,4 (0,2) 0,2 (0,3) erinevus KMI muutuses gruppide vahel, mis jõudis statistiliselt olulisuse tulemuseni (Wald F6 =2,1, P =0,06).	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
---	--------------------------	------------------------	-------	-------	-------	--------	---	---------------	----------

Vööübermõõt, kognitiiv-käitumuslik teraapia vs dieet vs standard-care (järelkontroll: 12 kuud)^{8w}

1	randomiseeritud uuringud	väga suur ^x	väike	väike	väike	puudub	Muutus 3kuud, 6kuud, 12kuud algsest mõõdetust (keskmine (s.e.)): vööübermõõt (cm) FBI -3,5 (0,6) -4,3 (0,9) -5,8 (1,2) IDT -4,6 (0,9) -4,8 (1,1) -4,5 (1,1) BO -3,5 (0,9) -4,6 (1,5) -3,1 (1,0). Vööübermõõdu muutus ei erinenud gruppide vahel 12 kuu jooksul. Kõikidel uuritavatel oli vööübermõõt oluliselt väiksem kui algsest mõõdetuna igas jälgimisperioodi punktis (P<0,001).	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
---	--------------------------	------------------------	-------	-------	-------	--------	---	---------------	----------

Tervise ja heaolu skaalad, kognitiiv-käitumuslik teraapia vs dieet vs standard-care (järelkontroll: 12 kuud)^{8w}

1	randomiseeritud uuringud	väga suur ^x	väike	väike	väike	puudub	Alghetk, 3 kuud, 6 kuud, 12 kuud: FBI 30,7 (0,6) 32,2 (0,8) 30,8 (1,0) 33,0 (0,8) IDT 30,5 (0,6) 31,7 (0,6) 31,6 (0,6) 32,9 (0,6) BO 30,6 (0,8) 29,6 (1,0) 29,5 (0,9) 29,4 (1,2) tervise seisund ega üldine heaolu ei erinenud gruppide vahel aja jooksul. Oluline erinevus oli jälgitav enesetõhususe skooris gruppide vahel kogu 12 kuu jooksul (Wald F6 =2,57, P = 0,021). Keskmine enesetõhususe skoor BO grupis erines oluliselt FBI grupi tulemusest 3 kuu (P = 0,014) ja 12 kuu möödudes (P = 0,006).	⊕⊕○○ MADAL	NOT IMPORTANT
---	--------------------------	------------------------	-------	-------	-------	--------	---	---------------	---------------

Kehakaalu langus, tavapärane käitumuslik nõustamine (traditional behavioral counseling), alternatiivne käitumuslik nõustamine (alternative behavioral counseling) vs tavasekkumine (järelkontroll: vahemik 6 kuud kuni ?)^{10ad}

12	randomiseeritud uuringud	suur ^{ae}	suur ^{af}	väike	väike	puudub	Keskmine 6 kuu kehakaalu muutus (võrreldes algsega) sekkumise grupis oli vahemikus -0,3 kuni -6,6 kg, ja vahemikus +0,9 kuni -2,0 kg kontrollgrupis. Kehakaalu langus mõlemas grupis üldiselt vähenes pikema jälgimisperioodil (12–24 kuud). Sekkumised, mis määrasid nii vähendatud energiasisaldusega dieeti (nt, ≥ 500 kcal/päevas defitsiit) kui ka suuremat kehalist aktiivsust (nt ≥ 150 minuti/nädalas jalutamist), koos tavapärase käitumusliku teraapiaga, tõid üldiselt kaasa suurema kehakaalu languse kui sekkumised, milles kõik need 3 komponenti ei olnud korraga esindatud. Varasemates uuringutes, enam ravisekkumisi, otsekontakti või telefoni teel koolitatud töötaja poolt, olid seotud suurema keskmise kehakaalu langusega ja suurema tõenäosusega langetada $\geq 5\%$ algsest kehakaalust. ^{ag}	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
----	--------------------------	--------------------	--------------------	-------	-------	--------	---	---------------	----------

KMI, käitumuslikud sekkumised (järelkontroll: vahe mik 6 kuud kuni 12 kuud)^{9z}

14	randomiseeritud uuringud	suur ^{aa}	suur ^{ab}	väike	väike	puudub	6 ja 12 kuu jälgimisel, olid sekkumise grupid 0,3-3,3 kg/m ² kergemad kui kontrollgrupp kehakaalu langetamise tulemusena ja kehakaalu tõusu ennetamise osas. Meta-analüüs kinnitas, et laiaulatusliku kehakaalu käsitlemise programmis, olid mõõduka kuni kõrge intensiivsusega sekkumised homogeensete, statistiliselt paremate tulemustega (I ² = 0%), kehakaalu tulemusnäitajatele (standardiseeritud keskmine erinevus (SMD): -1,01 [95% CI: -1,24 kuni -0,78]) võrrelduna väga madala intensiivsusega sekkumistega (SMD: -0,39 [95% CI: -0,66 kuni -0,11]). Paralleelanalüüsid uuringutes näitasid, et KMI muutus, arvatud kaalutud keskmise erinevusena, näitas sama mustrit tulemustes, kuid suurema statistilise heterogeensusega (I ² = 64%). Ühes laiaulatuslikus mõõduka kuni kõrge intensiivsusega uuringus lisati 12 kuud jälgimisperiodi, kasu säilis. Tuleb märkida, et standardiseeritud efekt põhines kolme laiaulatusliku, väga madala intensiivsusega (<10 tunni) sekkumiste ühildamisel, mis näitasid homogeenset (I ² = 0%), statistiliselt olulist lühiajalist kasu (P=0,006). Üksikuuringus 6 lisa jälgimiskuuga, kasu ei püsinud 0,20. Kaks neist uuringutest olid läbi viidud esmatasandil. Kuigi andmed on vähesed ja neid peab tõlgendama ettevaatusega, soovivad need, et esmatasandil põhinevad sekkumised madala intensiivsusega võivad potentsiaalselt parandada KMI mõõdukal tasemele vähemalt lühiajaliselt ^{ac}	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
----	--------------------------	--------------------	--------------------	-------	-------	--------	--	---------------	----------

Kardiovaskulaarse riski vähenemine (järelkontroll: vahemik 2 kuud kuni 120 kuud)^{11ah}

22	randomiseeritud uuringud	väga suur ^{ai}	suur ^{aj}	väike	väike	puudub	<p>Kehalise aktiivsuse sekkumised - multisport ja aeroobsed harjutused vähendasid süstoolset RR (mõõdukas tõendatus). Süstoolne RR (129 +/- 4 mm Hg) (1 RCT 67 uuritavat), efekti suurus -0,77 (-1,26 kuni -0,27), nihete risk, mõõdukas kvaliteet, nõustamisel baseeruvad sekkumised (võrreldes tavasekkumisega). Nõustamisel põhinevad sekkumised võrreldes tavasekkumisega oluliselt vähendasid süstoolset RR (väga madal tõendatuse kvaliteet). Süstoolne RR (115,3 +/- 4.2 mm Hg) (308 uuritavat, 2 RCTd), efekti suurus -3,74 (-8,04 kuni 0,56), väga madal kvaliteet diastoolne RR (68,3 +/- 1,4 mm Hg) (uuritavaid 308, 2RCTd), efekti suurus -3,68 (-5,48 kuni -1.88), mõõdukas kvaliteet.</p> <p>Kombineeritud lähenemine toitumise muutmisest, kehalisest aktiivsusest ja nõustamiset oluliselt vähendas süstoolset ja diastoolset RR. Süstoolne RR (115,8 +/- 4,8 mm Hg) (uuritavaid 618, 5RCTd), efekti suurus -3,64 (-5,74 kuni -1,55), madal kvaliteet. Diastoolne RR (67,6 +/- 3,9 mm Hg) (uuritavaid 618, 5RCTd), efekti suurus -2,11 (-3.68 kuni -0,54), madal kvaliteet^{ak}</p>	⊕○○○ VÄGA MADAL	IMPORTANT
----	--------------------------	-------------------------	--------------------	-------	-------	--------	---	-----------------------	-----------

KMI (järelkontroll: vahemik 2 kuud kuni 120 kuud)^{11ah}

86	randomiseeritud uuringud	väga suur ^{ai}	suur ^{aj}	väike	väike	puudub	<p>Füüsilise aktiivsuse sekkumised: KMI z-skoor (2,4 +/- 0,2), efekti suurus -0,17 (-0,38 kuni 0,03), väga madal. KMI (27,1 +/- 1,1 kg/m²), efekti suurus -0,43 (-3,48 kuni 2,63), madal. Toitumise sekkumised: madala süsivesiktusesisaldusega dieedi võrdlus standardse madala rasvasisaldusega dieediga ei näidanud statistiliselt olulist erinevust KMI muutuses või KMI z-skoori muutuses (mõõdukas tõenduse kvaliteet). KMI (34,1 +/- 0,8 kg/m²), efekti suurus 0,57 (-1,44 kuni 2,58), mõõdukas. KMI z-skoor (3,24 +/- 1), efekti suurus -0,06 (-0,15 kuni 0,02), mõõdukad nõustamisel põhinevad sekkumised (võrreldes tavasekkumisega) langetasid oluliselt KMI-d (madala kvaliteediga tõendus). KMI (27,9 0,7- 3,8 kg/m²), efekti suurus -0,86 (-1,59 kuni -0,14), madal. KMI z-skoor (2,6 +/- 0,4), efekti suurus -0,06 (-0,16 kuni 0,03), madal. Kombineeritud lähenemised: kombineeritud lähenemine nõustamisest ja kehalisest aktiivsusest oluliselt vähendas KMI (madala kvaliteediga tõendus). Kombineeritud lähenemine toitumise muutmisest ja füüsilisest aktiivsusest võrrelduna ainult dieedi pidamisega ei näidanud statistiliselt olulist erinevust KMI-s (madala kvaliteediga tõendus). Kombineeritud lähenemine toitumise muutmisest, kehalisest aktiivsusest, käitumuslikust teraapiast ja nõustamisest vähendas oluliselt KMI-d. Peredele keskenduvad sekkumised, k.a vanemale ja lapsele suunatud, ei toonud kaas olulist erinevust KMI muutuses (madala kvaliteediga tõendus). Harjutused ja dieet vs ainult dieet - KMI (25,1 +/- 0,7 kg/m²), 0,11 (-0,4 kuni 0,62), madal. Harjutused ja nõustamine vs kontrollgrupp - KMI (19,5 +/- 1,2 kg/m²), efekti suurus -0,32 (-0,64 kuni -0,001), väga madal. Kombineeritud dieet, kehaline aktiivsus, nõustamine ja käitumuslik teraapia vs kontrollgrupp - KMI z-skoor ((1,96 +/- 0,2), efekti suurus -0,105 (-0,193 kuni -0,018), madal. KMI (21,1 +/- 7-5kg/m²), efekti suurus -1,1 (-1,86 kuni -0,35), madal. Peredele keskenduvad (vanem-laps) vs ainult vanem - KMI z-skoor (2,2 +/- 0,1), efekti suurus 0 (-0,10 kuni 0,09), madal.^{al,am,an}</p>	<p>⊕○○○ VÄGA MADAL</p>	CRITICAL
----	--------------------------	-------------------------	--------------------	-------	-------	--------	--	--------------------------------	----------

Vööübermõõt (järelkontroll: vahemik 2 kuud kuni 120 kuud)^{11ab}

8	randomiseeritud uuringud	väga suur ^{ai}	suur ^{aj}	väike	väike	puudub	Koolitamisel (nõustamisel) põhinevad sekkumised (võrreldes tavasekkumisega) vähendasid oluliselt vööübermõõtu (madal tõenduse kvaliteet). Nõustamisel põhinevad sekkumised – vööübermõõt (79,7 +/- 8cm), efekti suurus -3.21 (-6,34 kuni -0,07), madal ^{ao}	⊕○○○ VÄGA MADAL	IMPORTANT
---	--------------------------	-------------------------	--------------------	-------	-------	--------	--	-----------------------	-----------

CI: usaldusintervall

Selgitused

a. 96 uuritavat

b. väike valim, lühike jälgimisaeg, sekkumisgrupis oli rohkem mehi

c. Eksperimentaalne vs tavasekkumine. Sekkumisgrupp sai füüsilise aktiivsuse nõustamist vastavalt “Patient-centered Assessment and Counseling for Exercise” protokollile (muutuste staadiumid). Vastavalt muutuse staadiumile, anti sekkumisgrupile (koostöös patsiendiga) nõu füüsilise aktiivsuse suurendamiseks. Kontrollgrupil hindamist läbi ei viidud, neile anti tavapärasel nõu esmasel kohtumisel.

d. 612 uuritavat. Kehakaalu protsentuaalne muutus baaskaalust (nn Month 0). Sekkumiseks oli koolitamine kitumise muutmise strateegiates, sh eesmärkide seadmine, enesejälgimine, stiimulite kontroll, kognitiivne restruktureerimine ja probleemide lahendamine, võrrelduna tavasekkumisega (usual-care).

e. väike valim

f. Kontrollgrupile anti toitumise alast koolitust ilma käitumise muutmise strateegiate koolituseta. Sekkumisgrupp: menüü+liikumine+käitumise muutmise strateegiad. Faas 1 sisaldas iganädalasi kohtumisi (8 kohtumist - LOW, 16 kohtumist - MOD, and 24 kohtumist - HIGH). Faas 2 eesmärgiks oli saavutatud muutuste säilitamine ja toimus kahanevas mahus, kasutades kombinatsiooni telefoni teel ja näost-näkkude kohtumistest (et suurendada motivatsiooni, seades konkreetseid eesmärgid kaalulangetamisel) ja andes motiveerivaid vahendeid (nt veepudelid, mütsid, särgid jne)

g. 101 uuritavat

h. ainult 85 patsienti, rohkem langes välja mehi

i. Veebipõhine programm, mille eesmärgiks on enesejälgimine. Esmalt pannakse koos patsiendiga paika 4 väikest eesmärki (liikumise, toitumise vms). Programmi eesmärgiks on eesmärkide saavutamine ja enese jälgimine (NB! rahaline tasu sisselogimiste eest). Lisaks programmis foorum, retseptid ja mentoriga (registered dietitian) kontakteerumise võimalus. Lisaks mentori poolt 2x20min näost-näkkude MI-d ja 2 telefoni teel. Kontrollgrupile anti materjalid (usual care participants a copy of the the “Aim for a Healthy Weight” materials).

j. 390 uuritavat

k. Tavasekkumise grupis olid uuritavad statistiliselt oluliselt raskemad ja suurema vööübermõõduga kui ühes sekkumisgrupis (Enhanced Brief LC group) ($p < 0.05$), aga ei erinenud oluliselt teise sekkumisgrupi osalejatest (Brief LC group). Paastuglukoosi tasemed olid samuti tavasekkumise grupil statistiliselt oluliselt kõrgemad võrrelduna ühe sekkumisgrupiga (Enhanced Brief LC ($p < 0.05$)).

l. 1) Tavasekkumise grupi osalised kohtusid perearstiga (primary care practitioner – PCP). Kord kolme kuu jooksul ja said umbes 5–7 minutit nõustamist kaalulangetamise osas. 2) Sekkumisgrupp “Brief Lifestyle Counseling” (Brief LC) sai lisaks iga kolme kuu tagant perearstiga kohtumisele ka iga kuust 10–15 min käitumise nõustamist, mida viis läbi toetava personali liige (enamasti assistent – medical assistant), kes oli koolitatud tegema elustiili nõustamist. 3)

Sekkumisgrupp “Enhanced Brief Lifestyle Counseling” (Enhanced Brief LC), said sama sekkumise, mis “Brief Lifestyle Counseling” sekkumisgrupp ja sellele lisaks kas medikamentoosset ravi (sibutramine või orlistat) või toidukordade asendamist.

m. 55 uuritavat

n. suur väljalangevus - 34%

o. Enesereguleerimise oskuste koolitus hõlmas 6 võtmelemendi oskuse arendamist – edasilükatud premeerimine (delay gratification), mõtete kontroll (thought control), eesmärkide seadmine (goal setting), enesejälgimine (self-monitoring), teadvelolek (mindfulness), hakkama saamine (coping skills). Toitumise ja liikumise osas nõustamist ei tehtud. Nõustamist viidi läbi parima teadaoleva tõenduse põhjal toitumise ja liikumise valikutest kaalulangetamiseks ja säilitamiseks.

p. Sekkumisgrupile koostati personaalsed automaatsed SMS-id, mis baseerusid järgneval: teooria põhine käitumise muutmise strateegiad (sh kognitiivne, käitumuslik ja emotsioonidele suunatud sisu). Käitumise muutmise teooria (sh health belief mudel), transteoreetiline mudel ja eneseregulatsiooni teooria. Programmi 8 faasi koostati eelneva põhjal.

q. 124 uuritavat

r. väike valim, suur väljalangevus. Uuritavad ainult Afroameeriklased, 85% uuritavatest naised.

s. Osalejad said esmase kliinilise hindamise, mis koosnes 20minutilise üks-ühele kohtumisest toitumisenõustajaga (dietitian). Toitumisenõustaja koostas kaalulangetamise plaani igale osalejale. Osalejatel paluti tulla järelkontrolli 3, 6 ja 12 kuu möödudes. 3kuu möödumisel viidi läbi individuaalne biomeetriline hindamine ja anti lisaks õppematerjale. 6kuu kontrollis anti õppematerjale ja tagasisidet toitumisenõustaja poolt. Viimane kaalumine viidi läbi 12 kuu kontrollis. Sekkumisgrupp sai sama sekkumise ja materjalid kui tavasekkumise grupp, aga sellele lisaks ka automatiseeritud 6kuulise tekstisõnumite programmi, mille osalejad koostasid endale ise programmi alguses (koosnes kolmest enda jaoks kõige tähtsamast eesmärgist 8 etteantud valiku hulgast).

t. Osalejatelt küsiti 5-punktilise Likert skaala alusel (1 = “ei nõustu üldse”; 5 = “nõustun täielikult”) kas sekkumine aitas neil muuta toitumiskäitumist, suurendada liikumisharjumusi, tõsta teadlikkust, mäletada oma eesmärke ja ka tegelikult kaalu kaotada.

u. 140 uuritavat

v. Võrdlusgrupp sai ainult ühe kliinilise nõustamise sessiooni, mille käigus osalejad said printitud materjalid ettekirjutatud dieedi ja füüsilise liikumise kohta. Käitumuslikku tuge see grupp ei saanud. Sekkumisgrupi osalejad said elustiili sekkumise (dieet, liikumine, käitumuslikud tehnikad et nad püsiksid programmis) muudetud kujul (lühem kestvus, teine lähenemine toitumisele), mis baseerus USPSTF’s 5-A programmil. (assess, advise, agree, assist) .

w. 191 uuritavat

x. Suur väljakukkumise protsent BO (booklet only) grupis, ainult 37% algsetest osalejatest lõpetas. Samuti oli uuringus statistiliselt olulised erinevused vanuselises ja soolises jaotuvuses, KMI-s ja keharasvaprotsendis nende osalejate vahel, kes lõpetasid uuringu, kellel oli osa andmetest puudu või kes langesid uuringust välja (valim pole esinduslik).

y. Sekkumisgrupp 1 – grupil baseeruv kognitiivne käitumuslik teraapia, Fat Booters Incorporated – (FBI) ja sekkumisgrupp 2 – individuaalne toitumise teraapia (individualised dietetic treatment (IDT)) ja kontrollgrupp (said ainult infomaterjalid). Sekkumisgrupid kohtusid iganädalaselt 8 nädalat järjest igakuise järelkontrolliga (6kuud) ja viimane kontroll 12 kuu möödudes. FBI käis elustiili nõustamise grupis, kasutades 3faasilist disaini – teadmiste ja oskuste arendamne, kognitiivne käitumisteraapia, tagasilanguse ennetamine fookusega enesetadlikkuse, enesetõhususe ja oskuste saavutamine (self-concept, self-efficacy, skills). Toitumise ja liikumise osas oli info saadaval, aga selle kasutamist ja järgimist said osalejad ise valida. While information was available about diet and exercise, it was up to individuals if they acted on this information in making changes to their lifestyle. IDT grupp kohtus iganädalaselt toitumisenõustajaga 8 nädalat järjest. Kontrollgrupile anti toitumisalased materjalid.

z. 1099 rasvunud või ülekaalus last ja noorukit vanuses 4–18 aastat.

aa. Enamik uuringuid mis kasutasid randomiseerimist ei suutnud näidata, kas uuritavate jaotamine gruppidesse oli pime ja ka seda, kas need kes viisid läbi järelkontrolli olid pimendatud sekkumise osas. Enamik uuringuid olid väiksed; ainult 3 uuringut omasid sekkumisgruppe, kus oli >40 osaleja järelkontrollis. Kuigi mitu uuringut teatasid väljalangemise määrast $\geq 90\%$, väljalangemine 3 uuringus oli $< 70\%$.

ab. kaasatud uuringud olid üsna erinevad, kõik suunitletud käitumise muutmisele, aga kasutatud tehnikad erinesid

ac. Uuringud kas “Focused interventions” või “Comprehensive programs”, erinesid intensiivsuse poolest – kõrge, keskmine, madal, väga madal. Uuringu. Sekkumisgrupp – toitumisnõustamine, organiseeritud füüsiline aktiivsus, käitumise muutmise põhimõtted dieedi ja füüsilise aktiivsuse muutmiseks; sekkumine oli suunatud perekonnale või lapsevanemale; vaimse tervise toetus dieedi ja füüsilise aktiivsuse jaoks. Kontrollgrupp – mitte mingit sekkumist või tavasekkumisen; üks nõustamise sessioon; sotsiaalne tugi, lõdvestumine, tujude jälgimine, ainult informatsioon; ootel; toitumise nõustamine; lühinõustamine.

ad. 3,893 uuritavat, vahemikus 50-665 uuringu kohta. Leitud uuringud jaotati 2 gruppi: 1. Traditsiooniline käitumisnõustamine (N=5) – kõik kolm komponenti täielikust elustiilinõustamisest ja 2. Alternatiivne käitumisnõustamine (N=7) – seitse uuringut innustasid patsiente muutma komponente oma dieedis, aga ei kirjutanud ette otseselt vähendatud kalorsusega dieeti (defitsiit ≥ 500 kcal/päevas). 6 uuringut nendest seitsmest ei pakkunud algselt käitumisnõustamist, mis on soovitatud Obesity Guidelines'ide poolt, vaid algselt kaasasid juhiseid, mida edastati motiveeriva intervjuu või muutuste staadiumite teooria abil (nt transteoreetiline mudel).

ae. oluliselt rohkem naisi uuringutes

af. 6 uuringut ei pakkunud algselt käitumise nõustamist, mis on soovitatud Obesity Guidelines'ide poolt, vaid algselt kaasasid juhiseid, mida edastati motiveeriva intervjuu või muutuste staadiumite teooria abil (nt transteoreetiline mudel)

ag. Osalejad said käitumuslikku kaalulangetamise nõustamist (elustiili sekkumine), mis koosnes dieedist, füüsilisest aktiivsusest ja käitumuslikest strateegiatest (kõik 3 komponenti).

ah. süstemaatiliste ülevaadete süstemaatiline ülevaade, uuritavaid 183 - 10748, ülekaalulised või rasvunud lapsed (>2 aasta vanused) ja noorukid.

ai. süstemaatilised ülevaated olid hea kvaliteediga (AMSTAR skoor 8-11), aga nende poolt kaasatud RCT-d pigem väga madal kuni keskmise kvaliteediga (kõrge kvaliteediga ainult medikamentoossed sekkumised). RCT-de osas välja toodud kvaliteediprobleemid – randomiseerimine, pimendamine ja uuringust väljalangemine.

aj. hõlmatud uuringud olid heterogeensed

ak. RCT-d, mis käsitlesid füüsilist aktiivsust: sekkumine >8 nädalat füüsilist aktiivsust (enamasti aeroobne), aga mitte osana multikomponentsest teraapiast, mis hõlmab kombinatsiooni aeroobsest ja psühholoogilisest teraapiast vs kontrollgrupp, mis ei saanud mingit tüüpi füüsilise liikumise, toitumise, hariduse või toitumise piiramist puuduvat sekkumist. Haridus: koolides toimuvates programmides läbiviidav programm – käitumuslikud strateegiad füüsilise aktiivsuse suurendamiseks, vähendamaks passiivset käitumist ja parandada toitumisharjumusi vs tavasekkumine või üldse mitte mingit sekkumist. Kombineeritud sekkumist käsitlevad RCT-d – kombineeritud dieet, füüsiline aktiivsus, haridus, käitumuslik teraapia, valgusfoori (või selle modifikatsioon) dieet või hüpokalorsusega dieet või kalorite piiramine või jälgitud füüsiline aktiivsus.

al. Füüsiline aktiivsus: Any physical activity program/Exercise-only (no diet intervention) vs Less-intensive program or no intervention or usual care or placebo. Toitumisel põhinev: dieet, mis varieerib makrotoitainete sisaldust, et parandada kehakaalu; madala süsivesikute sisaldusega dieet või kõrgendatud valgusisaldusega dieet vs standardne madala rasvasisaldusega dieet või standardne valgudieet. Haridusel põhinev: haridust edastati kooliprogrammides; käitumuslikud strateegiad et suurendada füüsilist aktiivsust, vähendada passiivsust ja parandada toitumisharjumusi vs ei mingit sekkumist.

am. Kombineeritud lähenemine: kombineeritud dieet, füüsiline aktiivsus, haridus, käitumuslik teraapia. Valgusfoori (või selle modifikatsioon) dieet või hüpokalorsusega dieet või hüpokalorsusega dieet või kalorite piiramine või jälgitud füüsiline aktiivsus kestvusega vahemikus 20 min/kuus kuni 6h/nädalas vs kontroll. Compared effectiveness of dietary intervention programs and diet plus exercise or exercise-only intervention; RCTs included 120–270 min/wk physical activity, aerobic exercise and resistance training for 6–24 weeks plus diet intervention vs Diet only: hypocaloric diet (900–1200 kcal/ d) with regular individual or group face-to-face visits with dietitian or nutritionist.

an. Family based (parent–child): weekly, biweekly, monthly sessions of 40–120 min, aimed at dietary modification (healthy eating, reduced exposure to obesogenic foods, designated meal times, \$1 family meal/d, allocated individual portions), increased physical activity, decreased sedentary activity, behavioral change skills, parenting skills; dietary change addressed via Traffic Light diet; behavioral change skills included self-monitoring, positive reinforcement, stimulus control, preplanning, and modeling; treatment model and etiology of obesity also addressed vs Parent only: similar sessions but with parents only attending. Combined diet, physical activity, education, behavioral therapy vs control

ao. Hariduslik: kolliprogrammid, ülekaaluliste ja rasvunud inimestele; käitumuslikud strateegiad füüsilise aktiivsuse suurendamiseks, vähendada passiivsust, parandada toitumisharjumusi vs ei mingit sekkumist või tavasekkumine.

1. Massimo Bolognesi, M.D, Claudio R. Nigg, Ph.D, Massimo Massarini, M.D, Sonia Lippke, Ph.D. Reducing Obesity Indicators Through Brief Physical Activity Counseling (PACE) in Italian Primary Care Settings. *Ann Behav Med*; 2006.

2. Michael G. Perri, Marian C. Limacher², Kristina von Castel-Roberts¹, Michael J. Daniels³, Patricia E. Durning, David M. Janicke, Linda B. Bobroff, Tiffany A. Radcliff, Vanessa A. Milsom, Chanmin Kim, A. Daniel Martin. Comparative Effectiveness of Three Doses of Weight Loss Counseling: Two-Year Findings from the Rural LITE Trial. *Obesity* ; 2014.

3. Gary G. Bennett, Sharon J. Herring, Elaine Puleo, Evelyn K. Stein, Karen M. Emmons, Matthew W. Gillman. Web-based Weight Loss in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. 2010.

4. Marion L. Vetter, Thomas A. Wadden, Jesse Chittams, Lisa Diewald, Eva Panigrahi, Sheri Volger, David B. Sarwer, René H. Moore for POWER-UP Research Group. Effect of Lifestyle Intervention on Cardiometabolic Risk Factors: Results of the POWER-UP Trial. *Int J Obes*; 2013.

5. Ntoumanis, Heather, C., McKee, •, Nikos. Developing self-regulation for dietary temptations: intervention effects on physical, self-regulatory and psychological outcomes. *J Behav Med*; 2014.

6. Michael Lin, BS,^a Zayan Mahmooth, MSPH,^b Nicket Dedhia, BA,^c Robin Frutchey, MA, LCPC,^b Catherine E. Mercado, MD,^d David H. Epstein, PhD,^e Kenzie L. Preston, PhD,^e Michael C. Gibbons, MD, MPH,^b Janice V. Bowie, PhD, MPH,^b Alain B. Labrique, PhD, MHS,^b Lawrence J. Cheskin, MD. Tailored, Interactive Text Messages for Enhancing Weight Loss Among African American Adults: The TRIMM Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Medicine*; 2015.

7. Alghamdi, Riyadh, Q.. A randomized controlled trial of a 12-week intensive lifestyle intervention program at a primary care obesity clinic for adults in western Saudi Arabia. *Saudi Med J* ; 2017.

8. S Ash, M Reeves, J Bauer, T Dover, A Vivanti, C Leong, T O'Moore Sullivan, S Capra. A randomised control trial comparing lifestyle groups, individual counselling and written information in the management of weight and health outcomes over 12 months. *International Journal of Obesity*; 2006.

9. Evelyn P. Whitlock, MD, MPH, Elizabeth A. O'Connor, PhD, Selvi B. Williams, MD, MPH, Tracy L. Beil, MS, and Kevin W. Lutz, MFA. Effectiveness of Weight Management Interventions in Children: A Targeted Systematic Review for the USPSTF. 2009.

10. Thomas A. Wadden, Meghan L. Butryn, Patricia S. Hong, Adam G. Tsai. Behavioral Treatment of Obesity in Patients Encountered in Primary Care Settings: A Systematic Review. 2014;

11. Tamim Rajjo, Khaled Mohammed, Mouaz Alsawas, Ahmed T. Ahmed, Wigdan Farah, Noor Asi, Jehad Almasri, Larry J. Prokop, Mohammad Hassan Murad. Treatment of Pediatric Obesity: An Umbrella Systematic Review. 2017.

Motiveeriv intervjuerimine

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse e bakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			
Kehakoostis, MI+kognitiiv-käitumuslik sekkumine vs usual care (järelkontroll: vahemik 1 kuud kuni 12 kuud)^{1a}									
4	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	suur ^b	puudub	Meta-analüüs integreeritud MI-CBT vs tavasekkumine antropomeetriste näitajate muutuse osas näitas mõõduka kvaliteediga tõendus statistiliselt mitteolulise eeldusega integreeritud sekkumiste suhtes MI-CBT (SMD, -0,12, 95% CI, -0,24 kuni 0,01, p = 0,07). ^c	⊕⊕⊕○ KESKMINE	IMPORTANT

KMI, motiveeriv intervjuu vs tavapärase soovitusete andmine (järelkontroll: vahe mik 3 kuud kuni 3 aastat)²

6	randomiseeritud uuringud	väike	väike	suur ^d	suur ^b	puudub	<p>1. uuritavaid 97 (47 MI, 50 standard), efekti suurus- 0,60, p= 0,250 (95% CI -0,42 kuni 1,62)</p> <p>2. uuritavaid 16, efekti suurus 4,70, p= 0,063 (95% CI -0,26 kuni 9,66)</p> <p>3. uuritavaid 147 (59 MI, 88 kontrol), efekti suurus 0,48, p= 0,624 (95% CI -1,43 kuni 2,38)</p> <p>4. uuritavaid 550, efekti suurus 0,80, p= 0,001 (95% CI 0,32 kuni 1,28)</p> <p>5. uuritavaid 296, efekti suurus 0,30, p= 0,602 (95% CI -0,83 kuni 1,43)</p> <p>6. uuritavaid 34, efekti suurus 0,46, p= 0,836 (95% CI -3,90 kuni 4,82)</p> <p>Metaanalüüsi tulem: uuritavaid 1140, efekti suurus 0,72, p= 0,0001 (95% CI 0,33 kuni 1,11) e,f</p>	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
---	--------------------------	-------	-------	-------------------	-------------------	--------	---	---------------	----------

KMI, motiveeriv intervjuu vs tavasekkumine (järelkontroll: vahe mik 3 kuud kuni 13 kuud)³

18	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	suur ^b	puudub	1185 uuritavat, KMI, efekt hinnanguline keskmine erinevus -0.27 (95% CI -0.98 kuni 0.44); 72 uuritavat, BMI protsentil, efekt hinnanguline keskmine erinevus -1.07% (95% CI -3.63 kuni 1.48); 628 uuritavat BMI z-skoor, efekt hinnanguline keskmine erinevus -0.00 (95% CI -0.09 kuni 0.09). Leiti keskmine statistiliselt mitteoluline KMI ja KMI protsentili vähenemine. Ei leidunud mingit märgatavat efekti KMI z-skoorile. MI üksi ei tundunud olevat efektiivne ülekaaluliste ja rasvunud noorte ravis, kuid valimi suurus ja uuringus kasutatud sekkumise suurus, edasiandmise viis ja kestus tegid tulemuste tõlgendamise keeruliseks. Suuremad, pikema kestvusega uuringuid on vaja MI efektiivsuse hindamiseks kehakaalu käsitlemisel noortel. ^g	⊕⊕⊕○ KESKMINE	CRITICAL
----	--------------------------	-------	-------	-------	-------------------	--------	--	------------------	----------

Vööümbmõõt, motiveeriv intervjuu vs tavasekkumine (järelkontroll: vahe mik 4 kuud kuni 13 kuud)³

7	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	suur ^b	puudub	633 uuritavat, hinnanguline MD (95% CI) = 0.56 cm (-1.07 kuni 2.19). Ei olnud märgatavat mõju vööümbmõõdule. ^g	⊕⊕⊕○ KESKMINE	CRITICAL
---	--------------------------	-------	-------	-------	-------------------	--------	---	------------------	----------

Lipiidide taseme muutus, motiveeriv intervjuu vs tavasekkumine (järelkontroll: vahemik 7 kuud kuni 13 kuud)³

3	randomiseeritud uuringud	väike	suur ^h	väike	suur ^b	puudub	401 uuritavat, triglütseriidid (fasting) - hinnanguline MD (95% CI) = 0.00 mmol/L (-0.31 kuni 0.31). Ei leitud märgatavat efekti triglütseriidide muutusele ^g	⊕⊕○○ MADAL	IMPORTANT
---	--------------------------	-------	-------------------	-------	-------------------	--------	--	---------------	-----------

Glükoos (fasting), motiveeriv intervjuu vs tavasekkumine (järelkontroll: vahemik 6 kuud kuni 13 kuud)

3	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	suur ^b	puudub	Hinnanguline MD (95% CI) = 0.11 mmol/L (0.01 kuni 0.21). Ei leitud märgatavat efekti glükoosi taseme muutusele ^g	⊕⊕⊕○ KESKMINE	IMPORTANT
---	--------------------------	-------	-------	-------	-------------------	--------	---	------------------	-----------

Kehakaalu langus, motiveeriv intervjuu vs tavasekkumine (järelkontroll: vahemik 3 kuud kuni 18 kuud)⁴ⁱ

8	randomiseeritud uuringud	väike	suur ^j	väike	väike	puudub	1448 uuritavat - 801 uuritavat, kes said MI ja 651 kontrollgrupis. SMD MI efektil kehakaalu langusele oli -0.51 (95% CI -1.04, 0.01; P = 0.053. WMD kehakaalu langusele sekkumise ja kontrollgrupis oli statistiliselt oluline -1.47 kg (95% CI -2.05, -0.88; P < 0.01; I ² = 54.7%). Kasutades stratifitseeritud analüüsi, uuringutes, kus kehakaalu langus oli esmane tulemusnäitaja, oli jälgitav suurem kehakaalu langus kui nendes uuringutes, kus kehakaalu langus ei olnud peamine tulemusnäitaja (SMD = -0.83 [95% CI -1.91, 0.25] vs. -0.13 [95% CI -0.29, 0.21] vastavalt ^{k,1}	⊕⊕⊕○ KESKMINE	CRITICAL
---	--------------------------	-------	-------------------	-------	-------	--------	---	------------------	----------

KMI, motiveeriv intervjuu vs tavasekkumine (järelkontroll: vahe mik 3 kuud kuni 18 kuud)⁴ⁱ

10	randomiseeritud uuringud	väike	suur ^j	väike	väike	puudub	Kokku 1448 uuritavat kaasati 11 uuringus, mis raporteerisid kesmist kehakaalu muutust. 801 uuritavat said MI-d ja 651 olid kontrollgrupis. KMI analüüsil, WMD oli -0.25 kg m ⁻² (95% CI -0.50, 0.01; P = 0.058; I2 = 24.5%). ^{k,l}	⊕⊕⊕○ KESKMINE	CRITICAL
----	--------------------------	-------	-------------------	-------	-------	--------	--	------------------	----------

Kehakaal, MI vs standard care (järelkontroll: 18 kuud)⁵

1	randomiseeritud uuringud	väga suur ^m	väike	väike	väike	puudub	Valim (n=334), sekkumise grupis 203, kontrollgrupis 131 uuritavat, uuringu lõppedes 121 ja 90 vastavalt. Kehakaal: sekkumine alguses 93.64 (SE 15.93), 6.kuul 93.02 (SE 15.55), 18.kuul 94.12 (SE 15.66), Kontrollgrupis alguses 91.38 (SE 16.88), 6.kuul 91.51 (SE 17.41), 18.kuul 92.75 (SE 17.37). Aeg x grupi interaktsioon 1.95, efekti suurus 0.013 ⁿ	⊕⊕○○ MADAL	
---	--------------------------	------------------------	-------	-------	-------	--------	--	---------------	--

KMI, MI vs standard care (järelkontroll: 18 kuud)⁵

1	randomiseeritud uuringud	väga suur ^m	väike	väike	väike	puudub	Valim (n=334), sekkumise grupis 203, kontrollgrupis 131 uuritavat, uuringu lõppedes 121 ja 90 vastavalt. Oli statistiliselt oluline KMI muutus rasvunud patsientidel algse ja 6. kuu järel (p = .010, d = 0.26), kuid ei leitud erinevust algse ja 18 kuu järel. Vastupidiselt oli oluline KMI suurenemine minimaalse sekkumise grupis 18 kuu jälgimisel võrreldes algsest hinnatuga (p = .015, d = 0.30) ja 6 kuu jälgimisel (p = .037, d = 0.26). Biomeditsiinilistes tulemustes, oli oluline KMI suurenemine algsest hinnatud ja 18 kuu vahel (p= .001, d = 0.16) ning 6 kuu ja 18 kuu vahel (p= .007, d = 0.21) jälgimisel minimaalse sekkumise grupis. Ei leidunud olulisi erinevusi KMI muutusel jälgimisperioodi jooksul MI sekkumise grupis. ⁿ	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
---	--------------------------	------------------------	-------	-------	-------	--------	---	---------------	----------

KMI z-skoorid, MI vs behavioural weight loss treatment (TEENS) (järelkontroll: 6 kuud)⁶

1	randomiseeritud uuringud	suur ^o	väike	väike	suur ^p	puudub	Vanus 11–18 aastat, MI, n=58, kontrollgrupp n=41. BMI z-skoor: sekkumise grupp alguses 2.41 +/- 0.32; kolmandal kuul 2.37 +/- 0.34; kuuendal kuul 2.38 +/- 0.34. Kontrollgrupis alguses 2.39 +/- 0.29; kolmandal kuul 2.36 +/- 0.29; kuuendal kuul 2.36 +/- 0.27. Mõelma grupi uuritavatel oli oluline KMI z-skoori vähenemine kolmandal kuul (P < 0.05). See paranemine säilis kuuendal kuul, peale MI kontakti puudumist (P < 0.05). Peamine tulemus oli, et MI, rakendades lisaks noorutkie rasvumise käitlemise peamiselt afroameeriklastel, madala sissetulekuga, ei viinud tulemuste erinevuseni KMI z-skoori muutumisel erinevates tingimustes. ⁹	⊕⊕○○ MADAL	IMPORTANT
---	--------------------------	-------------------	-------	-------	-------------------	--------	---	---------------	-----------

KMI z-skoorid, MI+sotsiaalsete oskuste treening vs sotsiaalsete oskuste treening (järelkontroll: 6 kuud)⁷

1	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	suur ^p	puudub	Uuritavaid 20+20, lõplikus analüüsis 20 (interv)+18 (kontroll), vanus 10–18 aastat. Kuid ei leitud olulisi grupidevahelisi erinevusi, MI grupi uuritavad osalesid enam sessioonidel. Kokkuvõttes näitasid mõlemad grupid uuritavad olulist enesetõhususe paranemist, ja trend oli KMI z-skoori vähenemiseks. KMI z-skoor alguses kontrollgrupis - 2.64 +/- 0.73; sekkumise grupis - 2.51 +/- 0.47, P=0.49. KMI z-skoor kuue kuu möödudes kontrollgrupis - 2.41 +/- 0.78; sekkumise grupis 2.46 +/- 0.47 P=0.84 ^r	⊕⊕⊕○ KESKMINE	IMPORTANT
---	--------------------------	-------	-------	-------	-------------------	--------	---	------------------	-----------

Vööübermõõt, MI+ sotsiaalsete oskuste treening vs sotsiaalsete oskuste treening (järelkontroll: 6 kuud)⁷

1	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	suur ^p	puudub	Uuritavaid 20+20, lõplikus analüüsis 20 (interv)+18 (kontroll), vanuses 10–18 aastat. Vööübermõõt alguses (cm) kontrollgrupis - 95.7 +/- 11.4, sekkumise grupis - 92.8 +/- 6.6, P=0.33. Vööübermõõt kuue kuu möödudes (cm) kontrollgrupis - 93.6 +/- 10.9; sekkumise grupis 94.35 +/- 7.5, P=0.82 ^r	⊕⊕⊕○ KESKMINE	IMPORTANT
---	--------------------------	-------	-------	-------	-------------------	--------	--	------------------	-----------

CI: usaldusintervall

Selgitused

a. Süstemaatiline ülevaade ja meta-analüüs. 10 uuringut, millest 4 tulemiks kehakoostise muutus. 10 uuringut sisaldasid integreeritud MI-CBT (kognitiivne käitumuslik teraapia) sekkumist, mis mõõtsid füüsilist aktiivsust kui sekkumise tulemit ja 4 uuringut käsitlesid MI-CBT sekkumist kehakoostise muutumise osas.

b. suured usaldusvahemikud

c. 4 uuringut, 979 osalejat: Motiveeriv intervjuu ja kognitiivne käitumuslik teraapia (487 uuritavat), tavasekkumine (492 uuritavat). Kehakoostise mõõtmised tähendasid kehakaalu ja vööübermõõtu. Motiveeriva intervjuu kõige tavapärasemad meetodid olid MI mikrooskused (avatud vastustega küsimused, kinnitused, tagasisidestamine,

- kokkuvõtted) ja lisaks tagasiside, kinnitused ja empaatia. Kognitiivse käitumisteraapia elemendid olid käsitletud uuringutes: probleemilahendamine, eesmärkide seadmine, tegevuste planeerimine, tagasilanguse ennetamine, edusammude tagasiside ja takistuste identifitseerimine.
- d. erinevate uuringute patsientide profiilid ei vasta väga täpselt meie sihtrühmale
- e. Tulemuste mõõtmine - 1. KMI langus = 27 kuni 26; 2. KMI langus = 34.7 to <30; 3. KMI = -0.5; 4. KMI langus = 1.5; 5. KMI vähenemine; 6. KMI vähenemine = 0.5
- f. 94% (68/72) RCT-dest kasutasid individuaalseid intervjuusid. Ülejäänud 4st uuringust kolm kasutasid grupiteraapiat ja üks kasutas telefoni-intervjuud, aga need ei näidanud efekti. Kohtumised uuritavatega olid käsitletud uuringutes keskmiselt 60 minutit (vahemik = 10–120 min). Nendest uuringutest, mis kasutasid 60minutilist kohtumist 81% näitasid efekti. 11-st uuringust, mis kasutasid 20minutilist kohtumist, 64% näitasid efekti. Efekti omamise tõenäosus suurenes koos kohtumiste arvu kasvuga. Seega näidati efekti 40% uuringutes, kus oli üks sekkumine, aga 87% uuringutes, kus oli 5 või enam kohtumist. Pikem järelkontrolli periood suurendas efekti olemasolu tõenäosust. Seega 36% uuringutest, kus jälgimise aeg oli 3kuud, omas efekti ja 81% uuringutest, kus järelkontrolli aeg oli 12kuud või pikem, omasid efekti.
- g. vanuses 12–19. Kõik 17 uuringut keskendusid elustiili muutustele ja kasutasid üldist harimist toitumise ja füüsilise aktiivsuse osas MI-l põhinevatel sessioonidel. 15 uuringut sisaldasid mõlemat – toitumise ja füüsilise aktiivsuse alane haridus, nendest 2 sisaldasid ka treeningu komponenti. 2 uuringut keskendusid füüsilise aktiivsuse haridusele, üks uuring lisas ka treeningu komponenti. 3 uuringut 16st asendas MI kognitiivse käitumusliku teraapiaga ja 11 uuringut hõlmas ka lapsevanemaid. 9 uuringut 16st näitas statistiliselt olulisi paranemisi toitumiskäitumises ja füüsilises aktiivsuses. Kõrge varieeruvus MI sessioonide arvus.
- h. kaasatud uuringud ei olnud homogeensed
- i. Uuringute kvaliteet vastavalt Jadad et al. skoorile oli keskmine kuni madal. 9 uuringut kirjeldas gruppidesse jaotamise meetodikat ja 8 uuringut kirjeldas pimendamist. Võimalikud nihke allikad – uurijad ei olnud pimendatud, ei järgitud “intention-to-treat” analüüsi, randomiseerimine polnud kirjeldatud. Kõik uuringud kirjeldasid adekvaatselt väljakukkumist, v.a üks.
- j. suur heterogeensus uuringute vahel – koondatud andmete heterogeensus ($I^2 = 95.0\%$; $P < 0.001$).
- k. kontrollgrupp: Perearst (GP) tavasekkumine vs 16-sessiooni käitumuslikku kaalulangetusprogrammi/standard toitumisnõustamine vs 42 sessiooni käitumuslikku kaalulangetusprogrammi ja tähelepanu kontrolli /ainult testi tulemused/ käitumusliku kaalulangetusprogramm koos astmelise mudeliga (stepped care)/toitumisnõustaja ilma MI väljaõppeta/printitud materjalid/ 8 sessiooni juhendatud eneseabi käitumuslikku teraapiat.
- l. sekkumisgrupp – üks näost-näku nõustamise sessioon, millele järgnes 5-15 min telefoni sessioon iga 4 nädala tagant. Eesmärgiks oli toitumise, alkoholi tarbimise, suitsetamise ja füüsilise aktiivsuse muutmise/6 45-min individuaalset nõustamist/Motiveeriv intervjuu toitumise, alkoholi tarbimise, suitsetamise ja füüsilise aktiivsuse muutmiseks/3 individuaalset motiveeriva intervjuu sessiooni (lisaks käitumuslikule teraapiale)/Kohandatud MI kasutamiseks mitte-spetsialistide poolt 3 sessiooni jooksul. Toitumise nõustamine igal visiidil/5 45-min MI sessiooni iag 3 kuu järel (kõik osalejad said 42-sessiooni kaalukontrolli programmi)/4 üks-ühele sessiooni, kestvusega keskmiselt 42 min, võimalusega saada 5 lisa tundi kohtumist/20 käitumusliku kaalulangetusprogrammi sessiooni lõpetamisel need, kes ei saavutanud püstitatud kaalu eesmäärke (langetus 10%) randomiseeriti MI või mitte-MI gruppi. 45-60-min individuaalset üks-ühele sessiooni kuniks seatud eesmärk saavutati.
- m. uuringus osalenud olid statistiliselt oluliselt vanemad ja tervemad valitud kohordist, lisaks suur väljalangevus
- n. 18–65 aastased, esmatasandi patsiendid randomiseeriti sekkumisgruppi (standard toitumise ja liikumise info pluss kuni 5 näost-näku MI sessiooni, mida viis läbi füüsilise aktiivsuse spetsialist ja registreeritud toitumisnõustaja 6kuu jooksul) või minimaalse sekkumise gruppi (standard info ainult).
- o. väike valim, ebavõrdne väljalangemine, peamiselt Afro-Ameeriklased.
- p. väike valim
- q. TEENS oli 6kuuline toetatud käitumuslik kaalulangetusprogramm (akadeemilises tervisekeskuses). Noorukid said iganädalasi sessioone toitumisnõustajaga või käitumisspetsialistiga (behaviour support specialist) (üle nädala), juhendatud treening 3 korda nädalas. Noorukitel soovitati ka lisaks liikuda (complementary YMCA memberships were provided). Lapsevanemad osalesid grupisessioonidel, ilma noorukiteta. MI väärtused lisati lisaks TEENS programmile. MI grupi noorukid osalesid 30minutilistel sessioonidel esimesel ja 10ndal TEENS projekti nädalal.
- r. 40 uuritavat (vanuses 10–18 aastat) randomiseeriti kontrollgruppi (sotsiaalsete oskuste treening) või sekkumisgruppi (MI). Mõlemad grupid said individuaalset teraapiat (30 min/kuus) lisaks tavasekkumisele (toitumise ja liikumise nõustamine). Pre- and post- (6kuu järelkontroll) mõõtmised sisaldasid enesetõhususe mõtmist ja antropomeetrikat.

Viited

1. Stephen Barrett, Stephen Begg, Paul O'Halloran and Michael Kingsley. Integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analyses. *BMC Public Health*; 2018.
2. Sune Rubak, Anneli Sandbæk, Torsten Lauritzen and Bo Christensen. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*; 2005.
3. Monique K. Vallabhan, DNP, FNP-BC, MSN, RN, a Elizabeth Y. Jimenez, PhD, RD, LD, a, b Jacob L. Nash, MSLIS, c Diana Gonzales-Pacheco, DCN, RD, d Kathryn E. Coakley, PhD, RD, d Shelly R. Noe, DNP, PMHNP-BC, RN, e Conni J. DeBlieck, DNP, MSN, RN, e Linda C. Summers, PhD, FNP-BC, PFNP-BC, RN, e Sarah W. Feldstein-Ewing, PhD, f Alberta S. Kong, MD, MPH. Motivational Interviewing to Treat Adolescents With Obesity: A Meta-analysis. *Pediatrics*; 2018.
4. M. J. Armstrong¹, T. A. Mottershead², P. E. Ronksley³, R. J. Sigal^{1,3,4,5}, T. S. Campbell⁶ and B. R. Hemmelgarn. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials *sbr_892 709..723*. 2011.
5. Sarah J Hardcastle^{1*}†, Adrian H Taylor², Martin P Bailey¹, Robert A Harley¹ and Martin S Hagger. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*; 2013.
6. M. K. Bean¹, K. S. Ingersoll², P. Powell¹, M. Stern^{1,3}†, R. K. Evans⁴, E. P. Wickham III^{1,5} and S. E. Mazzeo. Impact of motivational interviewing on outcomes of an adolescent obesity treatment: results from the MI Values randomized controlled pilot trial. 2018.
7. Beverly Walpole, 1,4 PHD, Elizabeth Dettmer, 3,4 PHD, Barbara A. Morrongiello, 1 PHD, Brian W. McCrindle, 2,4,5,7 MD, and Jill Hamilton. Motivational Interviewing to Enhance Self-Efficacy and Promote Weight Loss in Overweight and Obese Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Psychology*; 2013.

Psühhosotsiaalne toetus

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			

Glükoositaseme veres, psühhosotsiaalne toetus vs tavasekkumine (järelkontroll: vahemik 1 kuud kuni 12 kuud)¹

8	randomiseeritud uuringud	väike	suur ^a	suur ^b	väike	puudub	314 uuritavat. Ei leitud tõestust, et psühhoteeraapiad parandaksid vere glükoositaset. Standardiseeritud efekti suurus (95% CI) -0,11 (-0,65 kuni 0,42), mis oli umbkaudu 0,20 mmol/L (-1,34 kuni 0,91) suurune erinevus absoluutühikutest. Chi ² heterogeensuse test oli statistiliselt oluline (p<0,005), kuid fikseeritud standardiseeritud erinevuse skoor ei erinenud palju juhusliku efekti hinnagust (-0,12 [-0,34 kuni 0,10]) ^c	⊕⊕○○ MADAL	IMPORTANT
---	--------------------------	-------	-------------------	-------------------	-------	--------	---	---------------	-----------

Kehakaalu langus, psühhosotsiaalne toetus vs tavasekkumine (järelkontroll: vahemik 1 kuud kuni 12 kuud)¹

9	randomiseeritud uuringud	väike	väike	suur ^b	väike	puudub	455 uuritavat, standardiseeritud efekti suurus (95% CI) 0,37 (-0,18 kuni 0,93). Juhuslike efektidega mudeli alusel olid psühhoteeraapiad seotud statistiliselt mitteolulise kehakaalu suurenemisega, ühendatud standardiseeritud efekti suurus oli 0,37 (-0,18 kuni 0,93). ^c	⊕⊕⊕○ KESKMINE	CRITICAL
---	--------------------------	-------	-------	-------------------	-------	--------	---	------------------	----------

Depressiooni vähenemine, psühhosotsiaalne toetus vs tavasekkumine (järelkontroll: vahe mik 1 kuud kuni 12 kuud)¹

4	randomiseeritud uuringud	väike	väike	suur ^b	väike	puudub	Psühhoterapiad olid efektiivsed psühholoogilise distressi vähendamisel. Juhuslike efektidega mudeli alusel, ühendatud standardiseeritud efekt psühholoogilisele distressile oli (95% CI) 0,58 (-0,95 kuni -0,20) patsientide vahel, kes olid psühhoterapia või kontrollgrupis. Heterogeensust ei leitud (p=0,11) ^c	⊕⊕⊕○ KESKMINE	IMPORTANT
---	--------------------------	-------	-------	-------------------	-------	--------	---	------------------	-----------

CI: usaldusintervall

Selgitused

a. Heterogeensus oli statistiliselt oluline (p<0,005)

b. patsiendid olid teist tüüpi diabeetikud

c. Täiskasvanud (18 aastat ja vanemad) patsiendid teist tüüpi. Need olid – toetav või nõustav teraapia, kognitiivne käitumuslik teraapia, lühiajaline psühhodünaamiline psühhoterapia ja *interpersonal psychotherapy*. Uuringud, mis ei kirjeldanud oam sekkumist kaasati juhul kui nad kasutasid üht või mitut psühholoogilist tehnikat, mida sai nendes kategooriatesse liigitada. Tehnikad nagu lõdvestumine, aktiivsuse planeerimine, probleemide lahendamine, eesmärkide seadmine, *contract setting*, kognitiivne restruktureerimine ja stressi manageerimine, klassifitseeriti kui kognitiivne käitumuslik teraapia. Tehnikad nagu motiveeriv intervjuerimine ja mitte-otsene nõustamine klassifitseeriti nõustamise mudeli alla. Kontrollgrupp defineeriti kui tavasekkumine, haridus, ootelist või tähelepanu kontroll.

Viited

1. Khalida Ismail, Kirsty Winkley, Sophia Rabe-Hesketh. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. Lancet; 2004.

Sekkumiste võrdlus (lisaotsing MI ja teised sekkumised)

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			
KMI vähenemine (järelkontroll: 6 kuud)¹									
1	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	väike	puudub	Kontrollgrupp - KMI algsest (mediaan) (kg/m ²) 29.7 +/- 5.0, Kontrollgrupp - 30.3 +/- 2.9 (p=0.84). Peale 6 kuud - Sekkumisgrupp - KMI 6. kuud (mediaan) (kg/m ²) 29.5 +/- 5.2, sekkumisgrupp - 30.1 +/- 2.6 (p=0.69). ^{a,b}	⊕⊕⊕⊕ KÕRGE	CRITICAL
Vööübermõõdu vähenemine (järelkontroll: 6 kuud)¹									
1	randomiseeritud uuringud	väike	väike	väike	väike	puudub	Vööübermõõdu alguses (cm) Kontrollgrupp - 95.7 +/- 11.4, Sekkumisgrupp - 92.8 +/- 6.6 (p=0.33). Vööübermõõdu 6. kuul (cm) kontrollgrupp - 93.6 +/- 10.9, sekkumisgrupp - 94.35 +/- 7.5 (p=0.82). ^{a,b}	⊕⊕⊕⊕ KÕRGE	CRITICAL

KMI vähenemine (järelkontroll: 16 nädalat)²

1	randomiseeritud uuringud	väike	väike	suur ^c	väike	puudub	KMI vähenemine oli mõlemas grupis identne - MI grupp keskmine -1.0 (SD 1.5), käitumuslik kehakaalu langetamise programm keskmine -1.1 (SD 2.0), näidates, et võib-olla ei ole MI kasu suurem kui see, mida saavutatakse kutuüriiselt kohandatud grupiprogrammiga. ^{d,e}	⊕⊕⊕○ KESKMINE	CRITICAL
---	--------------------------	-------	-------	-------------------	-------	--------	--	------------------	----------

CI: usaldusintervall**Selgitused**

a. Sotsiaalsete oskuste koolitus, mille eesmärk oli õpetada noortele sotsiaalseid oskusi (nt kuidas vanematega läbirääkimisi pidada, kuidas kontrollida emotsioone, kuidas leida sõpru). Sotsiaalsete oskuste spetsialisti ülesanne oli anda pigem nõu kui kliendi käest ideid saada. Klientidele anti eesmärgid, mille suunas töötada, ilma tema valmisolekut muutusteks arvestamata. MI sekkumisgrupi osalejad kohtusid kliinilise psühholoogia arstitudengiga, kes oli koolitatud MI-s. Spetsialistid püüdsid suunata kliente, et nad tõstaksid oma teadlikkust ebatervislike käitumisharjumust osas, et hinnata, kas nende praegune käitumine on kooskõlas nende enda väärtustega, ja proovida ette kujutada kuidas muutus neid aitaks. Klientide kõhkluste kõrvaldamiseks või vastuseisu muutmiseks kasutasid spetsialistid erinevaid meetodeid (agenda setting, decisional balances, scale questions) olles samal ajal empaatilised ja autonoomsust toetavad.

b. 10-18 aastased lapsed, primaarseks väljundiks võeti enesetõhusus, sest just sellele on suunitletud MI. 2 gruppi, mõlemad said tavasekkumise ja lisaks siis kas sotsiaalsete oskuste treeningu (nö kontrollgrupp) või MI. Mõlemas grupis esialgselt 20 isikut. Ülekaalus või rasvunud noored, kes külastasid Toronto lastehaiglat (Ontario). Tulemused ei näidanud statistiliselt olulist erinevust kahe grupi vahel ei algselt ega 6kuu möödudes peale sekkumist. Aga MI grupp näitas võrreldes kontrollgrupiga rohkem osavõtlikust (attendance). 20 osalejat MI grupis, 75% klientidest käisid 5 või 6 sessioonil, võrrelduna 40% kontrollidest, $p=0.054$. Et teada saada, kas kohalkäimine ennustas muutusi esmastes või sekundaarsetes tulemites, lisati “attendance” (kategorilise väärtusena) lineaarsesse regressiooni mudelisse koos esmaste ja sekundaarsete tulemitega. Tulemused näitasid, et kohalkäimine ei olnud oluline muutuste ennustaja.

c. spetsiifiline uuritavate grupp, ainult naised

d. 44 ülekaalulist (keskmine KMI = 39.4, SD = 7.1) Afro-Ameerika naist randomiseeriti 16nädalasse käitumuslikku kaalulangetusprogrammi koos 4 MI sessiooniga, või sama käitumuslik programm pluss 4 tervise teemalist hariduslikku sessiooni. 16nädalane käitumuslik kaalulangetusprogramm rõhus lõplikule, jätkusuutlikule elustiili muutustele, kasutades eesmärkide seadmist ja enesjälgimist. Programm koosnes 90minutilistest iganädalastest sessioonidest 12–14-s gruppides. MI grupi liikmed said 30-min individuaalse MI sessiooni kliinilise psühholoogia tudengiga. Esmane sessioon keskendus motivatsiooni tõstmisele ja pühendumisele, et püsida programmis ning käitumise muutmisele arutades eelnevaid kogemusi ja selgitada seoseid väärtuste ja motivatsiooni vahel. Ülejäänud 3 sessiooni keskendusid käitumisele (probleemsed toidud, takistused füüsiliseks aktiivsuseks).

e. 44 ülekaalulist (keskmine KMI = 39.4, SD = 7.1) Afro-Ameerika naist randomiseeriti 16nädalasse käitumuslikku kaalulangetusprogrammi koos 4 MI sessiooniga, või sama käitumuslik programm pluss 4 tervise teemalist hariduslikku sessiooni. 16nädalane käitumuslik kaalulangetusprogramm rõhus lõplikule,

jätksuutlikule elustiili muutustele, kasutades eesmärkide seadmist ja enesjälgimist. Programm koosnes 90minutilistest iganädalastest sessioonidest 12–14-s gruppides. MI grupi liikmed said 30-min individuaalse MI sessiooni kliinilise psühholoogia tudengiga. Esmane sessioon keskendus motivatsiooni tõstmisele ja pühendumisele, et püsida programmis ning käitumise muutmisele arutades eelnevaid kogemusi ja selgitada seoseid väärtuste ja motivatsiooni vahel. Ülejäänud 3 sessiooni keskendusid käitumisele (probleemsed toidud, takistused füüsiliseks aktiivsuseks).

Viited

1. Beverly Walpole, Elizabeth Dettmer, Barbara A. Morrongiello, Brian W. McCrindle, and Jill Hamilton. Motivational Interviewing to Enhance Self-Efficacy and Promote Weight Loss in Overweight and Obese Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Psychology*; 2013.
2. Christie A. Befort, Nicole Nollen, Edward F. Ellerbeck, Debra K. Sullivan, Janet L. Thomas, Jasjit S. Ahluwalia. Motivational interviewing fails to improve outcomes of a behavioral weight loss program for obese African American women: a pilot randomized trial. *J Behav Med* ; 2008.

Teiste ravijuhendite soovitused

USA ravijuhend (OBES_AACE_ACE_2016) annab tugeva soovitusena, et ülekaaluliste ja rasvunud patsientide (lapsed ja täiskasvanud) raviks peab olema kättesaadav struktureeritud eluviisi sekkumiste programm, mis on loodud kehakaalu langetamiseks ning koosneb tevriskliku toitumise plaanist, kehalisest aktiivsusest ja käitumuslikkusest sekkumistest.

Need peaksid suurendama patsiendi soostumust järgida vähendatud energiassaldusega toitumise plaani ja suurendada kehalist aktiivsust. Käitumuslikud sekkumised võivad sisaldada enese kehakaalu jälgimist, toitumist ja kehalist aktiivsust, selgete ja mõistlike eesmärkide püstitamist, nõustamist seoses rasvumise, toitumise ja kehalise aktiivsusega, individuaalseid ja grupikohtumisi, stiimulite kontrolli, probleemide lahendamise lähenemisi, stressi vähendamist, kognitiivset restruktureerimist, motiveerivat intervjuerimist, psühholoogilist nõustamist ja sotsiaalse toetuse mobiliseerimist (samuti tugev soovitus, kõrge tõendatuse tasemega).

Käitumuslike sekkumise peaks intensiivistama, kui patsient ei saavuta 2,5% kehakaalu langust esimese kuu jooksul, kuna varajane kehakaalu langus on võtmetegur pikaajalise kehakaalu languse saavutamiseks.

Teine **USA ravijuhend (OBES_AHA/ACC/TOS_2013)** soovib samuti laiaulatusliku eluviisi nõustamise/sekkumise programmi kasutamist ülekaalulistel ja rasvunud patsientidel (täiskasvanud), sh dieet, kehaline aktiivsus ja käitumuslik teraapia), et aidata kaasa kehakaalu langetamisel või saavutatud kehakaalu säilitamisele. See peaks sisaldama mõõdukalt vähendatud energiassaldusega dieeti, suurendatud kehalise aktiivsuse programmi ja käitumuslike strateegiate kasutamist dieedi ja aktiivsuse soovitusetega soostumise suurendamiseks. Käitumuslik teraapia sisaldab regulaarset enesejärgmist tootumise, kehalise aktiivsuse ja kehakaalu osas. Kõigi kolme komponendiga programm annab keskmise kehakaalu kaotuse 8 kg kuu jooksul, kui toimub saeg (alguses kord nädalas) kohapealne sekkumine, mida viib läbi välja õppinud töötaja grupi- või individuaalse sessioonina. Selline kehakaalu langus on suurem kui vaid tavasekkumise (nt piiratud soovitusete või infomaterjalide andmine) kasutamisel.

Uuringute tulemustel ei ole madala kuni mõõduka intensiivsusega eluviisi nõustamine, mida tehakse vaid esmatasandil, olnud efektiivne. Ülekaalulistest või rasvunud patsientidest, kes osalevad kõrge intensiivsusega laiaulatuslikes eluviisi nõustamise programmides on uuringute põhjal 35-60% säilitanud saavutatud 5% kehakaalu languse 2 aasta jooksul.

Austraalia ravijuhendi (OBES_AUS_2013) kohaselt peaksid kõik kehakaalu käsitlemise programmid sisaldama eluviisi muutmist, kuid arvestada tuleb inimese võimet muuta oma käitumist, samuti tuleb arvestada programmi kättesaadavust.

Soovitatakse kaasata kehakaalu käsitlemise programmi enesejuhtimise lähenemine (soovitus C).

Pikaajaline kehakaalu käsitlemine võib olla edukam, kuid see hõlmab enesejuhtimise lähenemist, jätkuvat kontakti tervishoiutöötajaga ja käitumuslike strateegiaid motivatsiooni säilitamiseks. Enesejuhtimise strateegiad võivad sisaldada: tervisliku eluviisi säilitamist, määramaks, kuidas toime tulla isudega, eemärkide seadmist ja ülevaatamist ja regulaarset enda kaalumist.

Lapsed

Käitumuslike sekkumiste kasutamine multikomponentse sekkumise osana on uuringute põhjal olnud efektiivne. Perele suunatud eluviisi nõustamised, mis hõlmavad sagedasi kontakte tervishoiutöötajaga, võivad olla efektiivsed kehakaalu langetamisel lastel ja noortel.

Multikomponentse eluviisi nõustamine on seotud heade tulemuste, ei ole raporteeritud kõrvaltoimeid lastel ega noortel. Lisasekkumised võivad olla vajalikud peale puberteediiga rasvunud noortel, kellel on rasvumisega seotud kaasuvaid haigusi.

Kanada laste ülekaalulisuse ennetamise ja käsitlemise ravijuhendis (OBES_CTFPHC_L_2015) soovitatakse esmatasandi arstil pakkuda vi suunata patsient struktureeritud käitumusliku sekkumise saamiseks eesmärgiga tervislikuks kehakaalu käsitlemiseks (nõrk soovitus, mõõdukas tõendatuse tase). Käitumuslikud sekkumised on n'idanud olevat efektiivsed KMI vähendamisel ülekaalulistel või rasvunud lastel ja noorukitel, ning peaksid olema eelistatud, sest nende kasu-kahju suhe on parem kui medikamentoossetel sekkumistel. Kõige efektiivsemad käitumuslikud sekkumised on need, mida osutatakse septisaalsete multidistsiplinaarsete meeskondade poolt, grupisessioonidena ja kaasasid perekonda.

Kanada ülekaaluliste ja rasvunud täiskasvanute käsitlemise juhendi (OBES_CTFPHC_TK_2015) Soovitused põhinevad peamiselt kahel süstemaatilisel ülevaatel. Nendes koondatud RCTd nõrgad – valikunihe (nt ainult kõrge KMI-ga osalejad jne).

Käitumuslik sekkumine peaks olema eelistatud valik, sest kasu-kahju suhe on parem kui medikamentoossetel sekkumistel. Eluviisi sekkumine (käitumuslikud teraapiad, toitumise ja kehalise aktiivsuse programmid ja toetus) on esmaseks raviks enamikule ülekaalulistele või rasvunud patsientidele.

Ülekaalulistele või rasvunud patsientidele peaks arst pakkuma või neid suunama struktureeritud käitumuslikule sekkumisele, eesmärgiga kehakaalu langetamiseks. (nõrk soovitus, mõõduka kvaliteediga tõendus).

Endokrinoloogide ühingu laste rasvumise hindamise, ravi ja ennetamise ravijuhendis (OBES_EC_L_2017) soovitatakse laiapõhjalist käitumist muutvat sekkumist rasvumise ennetamiseks.

NICE ravijuhend (OBES_NICE_2014) soovitab nii täiskasvanutele kui lastele käitumuslike sekkumisi, mida peab toetama sobiva väljaõppega professionaal.

Täiskasvanutel peaks need sisaldama enese käitumise ja edusammused jälgimist, stiimulite kontrolli, söömise agelsutamist, sotsiaalse toetuse kindlustamist, probleemide lahendamist, kognitiivset restruktureerimist (mõtete muutmine), muutuste kinnitamist, tagslinaguse nnetamiise strateegiaid.

Lastel peaksid käitumuslikud sekkumised vastavalt sobivusele sisaldama: stiimulite kontrolli, enese jälgimist, eesmärkide seadmist, auhinidu eesmärkide saavutamiseks, probleemide lahendamist.

Käitumuslikud sekkumised on leitud olevad edukad kehakaalu langetamisel enamikes uuringutes, grupipõhised sekkumised on paremad kui kui individuaalsed sekkumised. Kognitiivsed sekkumised on head, motiveeriv intervjuerimine on näidanud olevat kasulik lisasekkumisena. Mitte olnud efektiivne 12 kuu möödudes (vanade uuringute tulemused).

USA kaitseministeeriumi veteranide ravijuhendis (VA_DOD_2014) (täiskasvanud patsiendid) soovitab laiapõhjalist eluviisi sekkumist kas individuaalselt või grupis pakutavana. Programm peaks sisaldama käitumuslikku, dieedi ja kehalise aktiivsuse komponenti, mis koos on väga efektiivsed.

Otsingute strateegia

Kuupäev	08.01.2019
Otsingu läbiviija	Keiu Paapsi
Andmebaas	PubMed
Otsistrateegia (päring)	1. Toitumis- ja liikumissoovitused koos käitumuslike sekkumistega vs standard (((("Overweight"[Majr:noexp] OR overweight[Title/Abstract] OR "Obesity"[Majr:noexp] OR obesity[Title/Abstract] OR obes*[Title/Abstract]))) AND (((((((((nutrition*[Title/Abstract] OR diet[Title/Abstract] OR dieta*[Title/Abstract]))) OR ((weight[Title/Abstract] AND (management[Title/Abstract] OR loss[Title/Abstract] OR change[Title/Abstract] OR reduction[Title/Abstract] OR excess[Title/Abstract] OR unhealthy[Title/Abstract]))) OR "Weight Reduction Programs"[Mesh]) OR "Weight Loss"[Mesh])) OR (((((physical[Title/Abstract] AND (activity[Title/Abstract] OR training[Title/Abstract] OR education[Title/Abstract] OR fitness[Title/Abstract] OR therapy[Title/Abstract]))) OR (exercise[Title/Abstract] AND (program*[Title/Abstract] OR intervention[Title/Abstract] OR resistance[Title/Abstract]))) OR "Exercise"[Mesh]) OR "Physical Fitness"[Mesh:noexp]))) AND ((recommendation[Title/Abstract] OR recommended[Title/Abstract] OR prescribe[Title/Abstract] OR prescription[Title/Abstract] OR prescribing[Title/Abstract] OR counsel*[Title/Abstract] OR "Counseling"[Mesh:noexp] OR

	education[Title/Abstract]))) AND ("Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh] OR cognitive restructuring[Title/Abstract] OR cognitive behavior therapy[Title/Abstract] OR cognitive behavior intervention[Title/Abstract] OR cognitive therapy[Title/Abstract] OR "Behavior Therapy"[Mesh:NoExp] OR "Behavior Control"[Mesh:NoExp] OR "Problem Solving"[Mesh:NoExp] OR "Self-Control"[Mesh] OR "Self Efficacy"[Mesh] OR "Goals"[Mesh]))) AND (((("Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR meta analy*[Title/Abstract] OR metanaly*[Title/Abstract] OR metaanaly*[Title/Abstract] OR systematic[sb])) OR ((Randomized Controlled Trial[PT] OR Randomized Controlled Trials[MeSH] OR randomized controlled trial*[tiab] OR randomized control trial*[tiab] OR (Clinical Trial[PT] AND (Random Allocation[MeSH] OR random*[tiab] OR Double-blind Method[MeSH] OR double blind*[tiab]))))))
Tulemuste arv	294
Andmebaasi filtrid	Ei kasutanud
Ajaline piirang (ilmumisaeg)	Ei kasutanud
Muud piirangud	Uuringukavand - meta-analyses, metaanalyses, systematic review, RCT
Märkused	

Kaasatakse neile kriteeriumitele vastavad allikad:

- Käsitluusalasse kuuluv valim
- Piisav valimi suurus
- Küsimuses käsitletud meetodite võrdluse olemasolu

Välja jäetakse neile kriteeriumitele vastavad allikad:

- Ebasobiv valim
- Väike valim
- Võrdlusgruppide puudumine

Sirveotsinguga (*hand search*) leitud artikleid: -

Välja jäetud allikaid peale pealkirja/sisukokkuvõttega tutvumist: 257

Täistekstide põhjal raportist välja jäetud allikad: 26 (võrdluse puudumine)

Kuupäev	08.01.2019
Otsingu läbiviija	Keiu Paapsi
Andmebaas	PubMed
Otsistrateegia (päring)	2. toitumis- ja liikumissoovituste andmist koos motiveeriva intervjuerimisega ((((("Overweight"[Majr:noexp] OR overweight[Title/Abstract] OR "Obesity"[Majr:noexp] OR obesity[Title/Abstract] OR obes*[Title/Abstract]))) AND (((((((((((nutrition*[Title/Abstract] OR

	diet[Title/Abstract] OR dieta*[Title/Abstract])) OR ((weight[Title/Abstract] AND (management[Title/Abstract] OR loss[Title/Abstract] OR change[Title/Abstract] OR reduction[Title/Abstract] OR excess[Title/Abstract] OR unhealthy[Title/Abstract]))) OR "Weight Reduction Programs"[Mesh] OR "Weight Loss"[Mesh]) OR (((((physical[Title/Abstract] AND (activity[Title/Abstract] OR training[Title/Abstract] OR education[Title/Abstract] OR fitness[Title/Abstract] OR therapy[Title/Abstract])) OR (exercise[Title/Abstract] AND (program*[Title/Abstract] OR intervention[Title/Abstract] OR resistance[Title/Abstract])) OR "Exercise"[Mesh]) OR "Physical Fitness"[Mesh:noexp])) AND ((recommendation[Title/Abstract] OR recommended[Title/Abstract] OR prescribe[Title/Abstract] OR prescription[Title/Abstract] OR prescribing[Title/Abstract] OR counsel*[Title/Abstract] OR "Counseling"[Mesh:noexp] OR education[Title/Abstract]))) AND (("Motivational Interviewing"[Mesh:NoExp]) OR (motivational interview* OR "motivational interview* techniques")))) AND (((("Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR meta analy*[Title/Abstract] OR metanaly*[Title/Abstract] OR metaanaly*[Title/Abstract] OR systematic[sb])) OR ((Randomized Controlled Trial[PT] OR Randomized Controlled Trials[MeSH] OR randomized controlled trial*[tiab] OR randomized control trial*[tiab] OR (Clinical Trial[PT] AND (Random Allocation[MeSH] OR random*[tiab] OR Double-blind Method[MeSH] OR double blind*[tiab]))))))
Tulemuste arv	67
Andmebaasi filtrid	Ei kasutanud
Ajaline piirang (ilmumisaeg)	Ei kasutanud
Muud piirangud	Uuringukavand - meta-analyses, metaanalyses, systematic review, RCT
Märkused	

Kaasatakse neile kriteeriumitele vastavad allikad:

- Käsitlusalasse kuuluv valim
- Piisav valimi suurus
- Küsimuses käsitletud meetodite võrdluse olemasolu

Välja jäetakse neile kriteeriumitele vastavad allikad:

- Ebasobiv valim
- Väike valim
- Võrdlusgruppide puudumine

Sirveotsinguga (*hand search*) leitud artikleid: -

Välja jäetud allikaid peale pealkirja/sisukokkuvõttega tutvumist: 56

Täistekstide põhjal raportist välja jäetud allikad: 4 (võrdluse puudumine)

Kuupäev	08.01.2019
Otsingu läbiviija	Keiu Paapsi
Andmebaas	PubMed
Otsistrateegia (päring)	<p>3. toitumis- ja liikumissoovituste andmist koos psühhosotsiaalse toetusega</p> <p>(((((("Overweight"[Majr:noexp] OR overweight[Title/Abstract] OR "Obesity"[Majr:noexp] OR obesity[Title/Abstract] OR obes*[Title/Abstract]))) AND (((((((((nutrition*[Title/Abstract] OR diet[Title/Abstract] OR dieta*[Title/Abstract]))) OR ((weight[Title/Abstract] AND (management[Title/Abstract] OR loss[Title/Abstract] OR change[Title/Abstract] OR reduction[Title/Abstract] OR excess[Title/Abstract] OR unhealthy[Title/Abstract]))) OR "Weight Reduction Programs"[Mesh]) OR "Weight Loss"[Mesh])) OR (((((physical[Title/Abstract] AND (activity[Title/Abstract] OR training[Title/Abstract] OR education[Title/Abstract] OR fitness[Title/Abstract] OR therapy[Title/Abstract]))) OR (exercise[Title/Abstract] AND (program*[Title/Abstract] OR intervention[Title/Abstract] OR resistance[Title/Abstract]))) OR "Exercise"[Mesh]) OR "Physical Fitness"[Mesh:noexp]))) AND ((recommendation[Title/Abstract] OR recommended[Title/Abstract] OR prescribe[Title/Abstract] OR prescription[Title/Abstract] OR prescribing[Title/Abstract] OR counsel*[Title/Abstract] OR "Counseling"[Mesh:noexp] OR education[Title/Abstract]))) AND ((social support[Title/Abstract] OR psychological support[Title/Abstract] OR "Psychosocial Support Systems"[Mesh:NoExp] OR "Social Support"[Mesh:NoExp]))) AND (((("Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR meta analy*[Title/Abstract] OR metanaly*[Title/Abstract] OR metaanaly*[Title/Abstract] OR systematic[sb])) OR ((Randomized Controlled Trial[PT] OR Randomized Controlled Trials[MeSH] OR randomized controlled trial*[tiab] OR randomized control trial*[tiab] OR (Clinical Trial[PT] AND (Random Allocation[MeSH] OR random*[tiab] OR Double-blind Method[MeSH] OR double blind*[tiab]))))))))</p>
Tulemuste arv	85
Andmebaasi filtrid	Ei kasutanud
Ajaline piirang (ilmumisaeg)	Ei kasutanud
Muud piirangud	Uuringukavand - meta-analyses, metaanalyses, systematic review, RCT
Märkused	

Kaasatakse neile kriteeriumitele vastavad allikad:

- Käsitlusalasse kuuluv valim
- Piisav valimi suurus
- Küsimuses käsitletud meetodite võrdluse olemasolu

Välja jäetakse neile kriteeriumitele vastavad allikad:

- Ebasobiv valim
- Väike valim
- Võrdlusgruppide puudumine

Sirveotsinguga (*hand search*) leitud artikleid: -

Välja jäetud allikaid peale pealkirja/sisukokkuvõttega tutvumist: 68

Täistekstide põhjal raportist välja jäetud allikad: 16 (võrdluse puudumine)

Kuupäev	18.02.2019
Otsingu läbiviija	Keiu Paapsi
Andmebaas	PubMed
Otsistrateegia (päring)	4. sekkumine +standard vs MI+standard (((("Overweight"[Majr:noexp] OR overweight[Title/Abstract] OR "Obesity"[Majr:noexp] OR obesity[Title/Abstract] OR obes*[Title/Abstract]))) AND (((((((((nutrition*[Title/Abstract] OR diet[Title/Abstract] OR dieta*[Title/Abstract]))) OR ((weight[Title/Abstract] AND (management[Title/Abstract] OR loss[Title/Abstract] OR change[Title/Abstract] OR reduction[Title/Abstract] OR excess[Title/Abstract] OR unhealthy[Title/Abstract]))) OR "Weight Reduction Programs"[Mesh] OR "Weight Loss"[Mesh])) OR (((((physical[Title/Abstract] AND (activity[Title/Abstract] OR training[Title/Abstract] OR education[Title/Abstract] OR fitness[Title/Abstract] OR therapy[Title/Abstract]))) OR (exercise[Title/Abstract] AND (program*[Title/Abstract] OR intervention[Title/Abstract] OR resistance[Title/Abstract]))) OR "Exercise"[Mesh] OR "Physical Fitness"[Mesh:noexp]))) AND ((recommendation[Title/Abstract] OR recommended[Title/Abstract] OR prescribe[Title/Abstract] OR prescription[Title/Abstract] OR prescribing[Title/Abstract] OR counsel*[Title/Abstract] OR "Counseling"[Mesh:noexp] OR education[Title/Abstract]))) AND (("Motivational Interviewing"[Mesh:NoExp] OR (motivational interview* OR "motivational interview* techniques")) AND ("Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh] OR cognitive restructuring[Title/Abstract] OR cognitive behavior therapy[Title/Abstract] OR cognitive behavior intervention[Title/Abstract] OR cognitive therapy[Title/Abstract] OR "Behavior Therapy"[Mesh:NoExp] OR "Behavior Control"[Mesh:NoExp] OR "Problem Solving"[Mesh:NoExp] OR "Self-Control"[Mesh] OR "Self Efficacy"[Mesh] OR "Goals"[Mesh]))
Tulemuste arv	25
Andmebaasi filtrid	Ei kasutanud
Ajaline piirang (ilmumisaeg)	Ei kasutanud
Muud piirangud	Uuringukavand - meta-analyses, metaanalyses, systematic review, RCT
Märkused	

Kaasatakse neile kriteeriumitele vastavad allikad:

- Käsitluualasse kuuluv valim
- Piisav valimi suurus
- Küsimuses käsitletud meetodite võrdluse olemasolu

Välja jäetakse neile kriteeriumitele vastavad allikad:

- Ebasobiv valim
- Väike valim
- Võrdlusgruppide puudumine

Sirveotsinguga (*hand search*) leitud artikleid: -

Välja jäetud allikaid peale pealkirja/sisukokkuvõttega tutvumist: 3

Täistekstide põhjal raportist välja jäetud allikad: 20 (võrdluse puudumine)