

# TRUMPŪJŲ INTERVENCIJŲ, SKIRTŲ RŪKANTIEMS ASMENIMS, IR RŪKYMO METIMO PAGALBOS PASLAUGŲ VEIKSMINGUMAS

Algimanta Karanevskytė-Buckiūnienė, Vincentas Liuima  
Higienos institutas

## Santrauka

**Tikslas** – apžvelgti atlikto trumpųjų intervencijų, skirtų rūkantiems asmenims, ir rūkymo metimo pagalbos paslaugų veiksmingumo vertinimo rezultatus.

**Tyrimo medžiaga ir metodai.** Tyrimų paieška buvo vykdoma duomenų bazėse *PubMed*, *Cochrane* ir *Medscape*. Paieškai atlikti naudoti raktiniai žodžiai arba jų junginiai. Paieškos metu rastiems bibliografiniams įrašams tvarkyti taikyta *Refworks* programa. Į apžvalgą įtraukti viso teksto 2011–2021 m. anglų kalba publikuoti moksliniai straipsniai, kuriuose analizuojamos trumposios intervencijos, skirtos rūkantiems asmenims, ir metimo rūkyti pagalbos paslaugos.

**Rezultatai.** Į vertinimą buvo įtraukta 30 publikacijų: 12 atsitiktinių imčių kontroliuojamų tyrimų, 15 sisteminių apžvalgų su metaanalize arba be jos ir 3 kohortinės studijos. Įtrauktuose tyrimuose ir sisteminiuose apžvalgose nagrinėtas intervencijų, skirtų padėti mesti rūkyti, veiksmingumas. Į vertinimą įtrauktų tyrimų ir sisteminių apžvalgų duomenys leidžia teigti, kad trumposios intervencijos, skirtos rūkantiems asmenims, ir rūkymo metimo pagalbos paslaugos yra veiksmingos. Trumposios intervencijos, konsultacijos, psichologinė pagalba, farmakoterapija, teikiama sveikatos priežiūros specialisto ar kito specialiai intervencijai teikti parengto specialisto, gali sėkmingai padėti rūkantiems asmenims atsakyti šio žalingo įpročio.

**Reikšminiai žodžiai:** rūkymas, trumpoji intervencija, veiksmingumas, rūkymo metimo pagalbos paslaugos, tabakas.

## ĮVADAS

Tabako vartojimas yra viena didžiausių visuomenės sveikatos problemų visame pasaulyje. Ilgalaikis tabako vartojimas sąlygoja didėjančias tiesiogines ir netiesiogines sveikatos priežiūros sistemos išlaidas, ligotumą, neįgalumą bei priešlaikinės mirties tikimybę [1]. Pasaulyje kasdien rūko vidutiniškai 22 proc. žmonių [2]. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, nuo tabako kasmet miršta daugiau nei 8 mln. gyventojų, įskaitant rūkančius ir nerūkančius asmenis [2]. Kaip rodo 2020 m. Eurobarometro atlikto tyrimo rezultatai, 23 proc. Europos Sąjungos (ES) gyventojų rūko kasdien, o Lietuvoje kasdien rūkė 28 proc. tyrimo dalyvių. Palyginimui, to paties tyrimo, atlikto 2017 m., duomenimis, ES kasdien rūkė 26 proc., o Lietuvoje – 29 proc. [3] asmenų. Panašius duomenis skelbia Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas (NTAKD). NTAKD užsakymu 2020 m. atlikto tyrimo duomenimis, rūkančių 18–74 m. asmenų skaičius mažėja: 2020 m. kasdien rūkė 25 proc., 2017 m. – 30 proc.

apklaustųjų. Vertinant atskirai vyrus ir moteris pastebima, kad rūkymo paplitimas labiau mažėja tarp vyrų. 2020 m. kasdien rūkė 38 proc. vyrų ir 15 proc. moterų, 2017 m. kasdien rūkančių vyrų buvo 46 proc., moterų – 17 proc. [4].

Statistikos departamento duomenimis, 2020 m. Lietuvoje buvo suvartojami 1 128 legalūs tabako gaminiai, tenkantys vienam 15 m. ir vyresniam gyventojui [5]. Rūkymas – daugybės vėžio formų, kraujotakos ir kvėpavimo sistemų ligų priežastis. Kaip rodo Statistikos departamento duomenys, 2020 m. su rūkymu susijusiais piktybiniais navikais susirgo 16 179 šalies gyventojai. 2019 m. tokių asmenų buvo 20 907, o 2017 m. – 25 219. Statistikos departamentas taip pat skelbia, kad 2020 m. naujų susirgimų su rūkymu susijusiomis ligomis registruota 477 474 (kvėpavimo sistemos) ir 243 251 (kraujotakos sistemos). Palyginimui, 2016 m. naujų susirgimų su rūkymu susijusiomis ligomis buvo registruota 654 248 (kvėpavimo sistemos) ir 232 810 (kraujotakos sistemos) [5]. Higienos instituto duomenimis, 2020 m. nuo su rūkymu susijusių piktybinių navikų mirė 1 702 asmenys. 2019 m., palyginti su 2018 m., nuo su rūkymu susijusių piktybinių navikų mirusių asmenų skaičius padidėjo 4 proc. (2019 m. – 1 914, 2018 m. – 1 836 asmenys).

**Adresas susirašinėti:** Algimanta  
Karanevskytė-Buckiūnienė  
Higienos institutas  
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius  
El. p. algimanta.buckiuniene@hi.lt

Dauguma, t. y. 1 555 asmenys (81,2 proc.), mirusiųjų nuo šių piktybinių navikų buvo vyrai [6]. Rūkymas 2003–2013 m. galėjo sąlygoti 14,8 proc. visų mirčių Lietuvoje, kasmet nusinešdamas daugiau nei 6 tūkst. gyvybių. Rūkymo sukelta ekonominė našta Lietuvoje (2013 m.) siekė beveik 953 mln. eurų, arba 2,7 proc. Lietuvos bendrojo vidaus produkto [7].

2005 m. kovo 16 d. Lietuvoje ratifikuota PSO Tabako kontrolės pagrindų konvencija. Konvencijos 14 straipsnyje numatoma, kad kiekviena šalis, atsižvelgdama į nacionalines aplinkybes ir prioritetus, rengia ir skleidžia tinkamas, išsamias, integruotas, mokslo įrodymais bei geriausia praktika pagrįstas rekomendacijas ir imasi veiksmingų priemonių, skatinančių nutraukti tabako vartojimą ir tinkamai gydyti priklausomybę nuo jo. PSO teigia, kad veiksmingiausi rūkymo mažinimo būdai yra tabako paklausos mažinimas reguliuojant kainą ir mokesčius, apsauga nuo priverstinio kvėpavimo tabako dūmais, tabako gaminių reklamos, pardavimo skatinimo ir rėmimo draudimas, pagalba norintiems mesti rūkyti, neteisėtos prekybos tabako gaminiais draudimas ir visuomenės informavimas apie tabako žalą [8]. Rūkymo metimo nauda žmogaus sveikatai neginčijama. PSO skelbia, kad metus rūkyti nauda sveikatai pasireiškia jau po 20 min., be to, sėkmingai metus rūkyti ilgą laiką (1 metai ir ilgiau) 50 proc. sumažėja koronarinės širdies ligos, insulto, onkologinių ligų rizika. Taip pat svarbu pabrėžti, kad asmuo, metęs rūkyti, pailgina savo tikėtiną gyvenimo trukmę, pvz., jei metama rūkyti būnant maždaug 30 m. amžiaus, gyvenimo trukmė gali pailgėti beveik 10 metų [9].

NTAKD atliktame tyrime nors kartą gyvenime rūkusių asmenų buvo klausiama, ar jie yra mėginę mesti rūkyti. Dauguma (72,9 proc.) rūkusių ar rūkančių tyrimo dalyvių teigė mėginę mesti rūkyti: 26,4 proc. asmenų pavyko mesti rūkyti, 46,5 proc. apklaustųjų mėgino mesti, tačiau nesėkmingai. 11,8 proc. tyrimo dalyvių pripažino, kad norėtų pamėginti mesti rūkyti, nors to niekada nėra bandę. 15,4 proc. asmenų nemėgino mesti ir nesiruošia to daryti [10]. Eurobarometro 2020 m. tyrimo duomenimis, Lietuvoje 84 proc. apklaustųjų (ES – 76 proc.) metė ar bandė mesti rūkyti be pagalbos ir tik 1 proc. tyrimo dalyvių Lietuvoje pasinaudojo medicinine pagalba arba pagalbos mesti įstaigų paslaugomis (pvz., skambino į telefoninę metimo rūkyti liniją) (ES – 6 proc.) [3].

Ilgainiui rūkymas sukelia fizinę ir psichologinę priklausomybę, todėl metant rūkyti reikalinga kompleksinė pagalba. Remiantis mokslinių tyrimų duomenimis, išskiriama:

- I. Trumpoji intervencija (5A, 5R), skirta rūkančioms asmenims;
- II. Metimo rūkyti pagalba:
  - medikamentinė (pripažinto veiksmingumo vaistiniai preparatai);
  - psichologinė (teikiama įvairiais būdais, kaip antai grupinės, individualios psichologo konsultacijos, pagalba telefonu, pvz., PSO sukūrė dirbtinio intelekto slaugytoją Florence, kuri konsultuoja norinčius mesti rūkyti asmenis) [11–14].

PSO metantiems rūkyti žmonėms rekomenduoja tokias intervencijas: kognityvinė elgesio terapija, medikamentinė terapija, konsultacijos telefonu, 5A ir 5R modeliai [15–18]. Kognityvinė elgesio terapija yra tikslingas minčių ir elgesio keitimo metodas, kuriuo siekiama pašalinti simptomus ar geriau adaptuotis metant rūkyti. Medikamentiniam gydymui taikomas vareniklinas, bupropionas, pakaitinė nikotino terapija ir kt. 5A modelį (angl. *Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*) taiko pirminės sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojai, norintiems mesti rūkyti asmenims suteikdami trumpąją konsultaciją. 5R modeliu (angl. *Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition*) siekiama motyvuoti žmogų mesti rūkyti ir jis taikomas tiems asmenims, kurie nėra pasiruošę mesti rūkyti.

Siekiant įvertinti tabako vartojimo trumpųjų intervencijų ir pagalbos metantiems rūkyti paslaugų veiksmingumą, susipažinti su šių intervencijų ir paslaugų teikimo organizaciniais aspektais atlikta apžvalga.

## TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

**Mokslinių straipsnių paieška ir atranka.** Tyrimų paieška buvo vykdoma duomenų bazėse *PubMed*, *Cochrane* ir *Medscape*. Paieškai atlikti naudoti šie raktiniai žodžiai arba jų junginiai: *brief tobacco interventions, smoking cessation, counselling, effectiveness, 5A, 5R, primary care, dependence, healthcare, prevention, habit, motivation, treatment, smoking*. Paieškos metu rastiems bibliografiniams įrašams tvarkyti taikyta *Refworks* programa.

**Tyrimų duomenų rinkimas ir analizė.** Mokslinių straipsnių atranka pagal nustatytus atrankos kriterijus (1 lentelė) buvo atliekama dviem etapais. Pirmuoju etapu pašalinti straipsnių dublikatai. Publikacijos atitiktis įtraukimo kriterijams vertinta pagal pavadinimą ir santraukoje pateiktą informaciją. Jei iš santraukoje pateiktos informacijos neaišku, ar publikacija atitinka atrankos kriterijus, ji buvo įtraukiama į tolesnį atrankos etapą. Antruoju etapu vertinta viso teksto straipsnių atitiktis atrankos kriterijams. Abiem

etapais atmesti tie straipsniai, kurie neatitiko bent vieno iš įtraukimo kriterijų. Vertinant tabako vartojimo trumpųjų intervencijų ir pagalbos metantiems rūkyti paslaugų veiksmingumą, buvo renkama informacija apie patį tyrimą (autorius, publikavimo metai, šalis, tyrimo tipas) ir gautus rezultatus. Tyrimų duomenys analizuojami taikant aprašomąją analizę.

## REZULTATAI

**Įtrauktų mokslinių straipsnių apibūdinimas.** Į vertinimą buvo įtraukta 12 atsitiktinių imčių kontroliuojamųjų tyrimų, 15 sisteminių apžvalgų su metaanalize ar be jos ir 3 kohortinės studijos. Įtrauktuose tyrimuose ir sisteminiuose apžvalgose nagrinėtas intervencijų, skirtų padėti mesti rūkyti, veiksmingumas. Tyrimai atlikti Honkonge, Malaizijoje, Katarė, Jungtinėse Amerikos Valstijose, Kinijoje, Jungtinėje Karalystėje, Italijoje. Straipsniai publikuoti 2012–2021 m. Į vertinimą įtrauktos sisteminės apžvalgos buvo paskelbtos 2012–2021 m., jose nagrinėtos intervencijos, skirtos padėti mesti rūkyti. Mokslinių straipsnių atrankos schema pateikta 1 pav.

**Trumpųjų metimo rūkyti pagalbos intervencijų ir pagalbos metantiems rūkyti paslaugų veiksmingumas. 5A ir 5R intervencijos.** 5 tyrimuose nagrinėtos PSO rekomenduojamos 5A / 5R trumposios intervencijos. Vertinant 5R intervenciją, viename iš tyrimų analizuoti tiriamųjų asmenų bandymai mesti rūkyti, kurie truko bent 24 val. Nustatyta, kad 5R pagrįsta motyvacinė intervencija nepadidino šansų

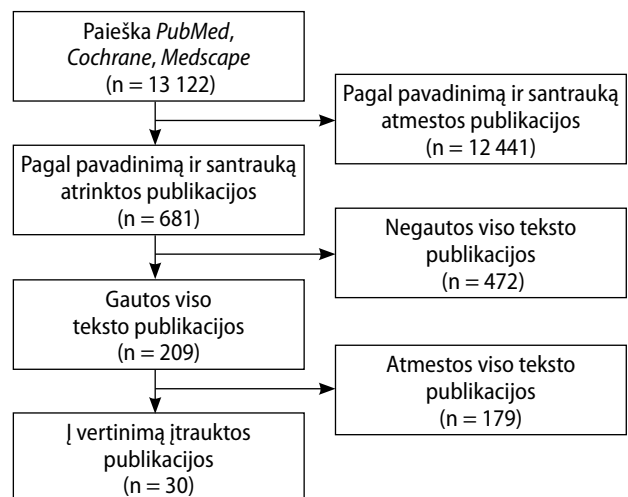
mesti rūkyti, lyginant su įprasta praktika, vertinant po 6 mėn., tačiau 5R intervencija šiek tiek padidino tyrimo dalyvių rūkymo abstinenciją po 6 mėn. (11 proc.; ŠS = 2,17; 95 proc. PI 0,99–4,77) ir statistiškai reikšmingai padidino tyrimo dalyvių rūkymo abstinenciją po 12 mėn. (10 proc.; ŠS = 2,80; 95 proc. PI 1,14–6,88) [20]. Kito tyrimo metu 5R intervencija taikyta kartu su pakaitine nikotino terapija (PNT), apskaičiuotas abstinencijos rodiklis siekė 17 proc. ir nustatytas statistiškai reikšmingas skirtumas, lyginant su kontroline grupe ( $p = 0,012$ ). Taip pat tyrimo metu identifiukuota, kad intervencijos grupėje vidutinis kasdien surūkomų cigarečių skaičius buvo gerokai mažesnis nei kontrolinėje grupėje (9,5 ir 13,1 cigaretės,  $p < 0,001$ ), rūkymo mažinimo (angl. *smoking reduction*) rodiklis intervencijos grupėje buvo statistiškai reikšmingai didesnis, lyginant su kontroline grupe (50,9 proc. ir 25,7 proc.;  $p < 0,001$ ) [21].

3 tyrimuose nagrinėta 5A intervencija. Nustatyta, kad 5A intervencijos dalyviai turėjo 2,4 karto didesnę tikimybę pagerinti su rūkymu susijusias žinias (ŠA = 2,4; 95 proc. PI 1,32–4,36;  $p = 0,02$ ), 3 kartus – pakeisti požiūrį į rūkymą (ŠS = 3,07; 95 proc. PI 1,28–7,41;  $p = 0,03$ ), tačiau, lyginant su kontroline grupe, nenustatyta intervencijos ir kontrolinės grupės rūkymo dažnio skirtumų ( $p > 0,05$ ) [22]. Kitame tyrime nurodoma, kad statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta, kai buvo vertinami bandymai mesti rūkyti po 1 ir 4 mėn. atlikus 5A intervenciją, atitinkamai bandžiusių mesti rūkyti dalis intervencijos ir kontrolinėje grupėje sudarė 19,5 proc. ir 10 proc. ( $p = 0,09$ ), po 4 mėn. – 22,4 proc. ir 15,8 proc. ( $p = 0,37$ ) [23]. Trečiajame tyrime nurodoma, kad po 6 mėn. buvo stebėtas nežymus (SR = 1,04; 95 proc. PI 0,58–1,87) skirtumas tarp 5A intervencijos ir kontrolinės grupės

**1 lentelė.** Mokslinių straipsnių atrankos kriterijai

<b>Populiacija</b> (angl. <i>population</i> )	• Rūkantys asmenys.
<b>Intervencija</b> (angl. <i>intervention</i> )	• Trumposios intervencijos rūkantiems asmenims ir metimo rūkyti pagalbos paslaugos.
<b>Lyginamieji</b> (angl. <i>comparison</i> )	• Lyginamos kelios metimo rūkyti pagalbos intervencijos. • Lyginami rezultatai prieš intervenciją ir ją įgyvendinus.
<b>Rezultatai</b> (angl. <i>outcomes</i> )	• Intervencijos veiksmingumas (pvz., metimas rūkyti). • Poveikis su rūkymu susijusiam mirtingumui, ligotumui, išgyvenamumui, neįgalumui ir gyvenimo kokybei.
<b>Tyrimų (publikacijų) tipai*</b>	• Sisteminės apžvalgos su metaanalize arba be jos. • Klinikiniai atsitiktinių imčių tyrimai.
<b>Mokslinių publikacijų laikotarpis ir kalba</b>	• Viso teksto moksliniai straipsniai, publikuoti anglų kalba 2011–2021 m.
<b>Atmetimo kriterijai</b>	• Intervencijos, kurių nerekomenduoja PSO. • Tyrimai, publikacijos, kurių rengimą finansavo tabako pramonė.

\* Neradus lentelėje nurodyto tipo publikacijų, atlikta papildoma publikacijų (kohortinių studijų) paieška siekiant įvertinti trumpųjų metimo rūkyti pagalbos intervencijų ir pagalbos metantiems rūkyti paslaugų veiksmingumą ir poveikį mirtingumui, ligotumui, išgyvenamumui, neįgalumui ir gyvenimo kokybei.



**1 pav.** Publikacijų atranka pagal PRISMA schemą

(vertinant rūkymo nutraukimą), po 12 mėn. stebėti rezultatai buvo palankesni kontrolinei grupei (SR = 0,86; 95 proc. PI 0,50–1,47). Taip pat nustatyta, kad rūkymo metimo tikimybė po 6 ir 12 mėn. nuo intervencijos buvo didesnė intervencijos grupėje, tačiau statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (atitinkamai SR = 1,23; 95 proc. PI 0,64–2,35 ir SR = 1,10; 95 proc. PI 0,61–1,98) [24].

**Psichologinė pagalba.** 2 į vertinimą įtrauktose publikacijose nagrinėtas motyvacinis interviu (intervencija teikta 14–18 m. asmenims), priėmimo ir įsipareigojimo terapija (teikiama kartu su savivalbos medžiaga). Motyvacinio interviu dalyvių abstinencijos rodiklis po 3 mėn. siekė 3,3 proc., po 6 mėn. – 4,9 proc., lyginant su kontroline grupe, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ( $\chi^2 = 0,86$ ;  $p = 0,36$  ir  $\chi^2 = 0,40$ ;  $p = 0,53$ ) [25]. Tyrime, kuriame vertinta priėmimo ir įsipareigojimo terapija, nustatyta, kad 12 mėn. po intervencijos nebuvo statistiškai reikšmingų skirtumų, lyginant rūkymo metimo dažnį tarp intervencijos ir kontrolinės grupės (atitinkamai dažnis buvo 24,3 proc. ir 21,6 proc.; SR = 1,12; 95 proc. PI 0,62–2,05;  $p = 0,704$ ), tačiau vertinant tyrimo dalyvių pasirengimą mesti rūkyti ir psichologinį lankstumą (angl. *psychological flexibility*) po 12 mėn. nustatyti statistiškai reikšmingi skirtumai, palankesni intervencijos grupei (atitinkamai  $p = 0,014$  ir  $p = 0,022$ ) [26].

**Pagalba, teikiama telefonu.** Viename tyrime nagrinėtos telefonu teikiamos metimo rūkyti pagalbos intervencijos. Po 6 mėn. nuo šių intervencijų rūkymo nutraukimo (abstinencijos) rodikliai siekė 22,2 proc. (pagalba kalbant telefonu) ir 20,6 proc. (pagalba siunčiamų tekstinių žinučių forma), tačiau, lyginant su kontroline grupe, statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta ( $p = 0,32$  ir  $p = 0,40$ ) [27].

**Kompleksinės intervencijos.** 2014 m. publikuotame tyrime nagrinėta kompleksinė intervencija – konsultacijos ir pastiprinamieji skambučiai telefonu, papildomai buvo teikiama PNT. Intervencijos grupei skirti 4 papildomi pokalbiai telefonu, lyginant su kontroline grupe. Nustatyta, kad 3 mėn. po intervencijos kontrolinės grupės dalyviai rečiau metė rūkyti, lyginant su intervencijos grupe, tačiau skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas (atitinkamai 36,9 proc. ir 46,7 proc.; ŠS = 0,669; 95 proc. PI 0,395–1,133;  $p = 0,86$ ), tačiau 6 mėn. nuo intervencijos 71,7 proc. intervencijos dalyvių buvo sėkmingai metę rūkyti, lyginant su 48,6 proc. kontrolinėje grupėje (ŠS = 0,375; 95 proc. PI 0,217–0,645;  $p < 0,001$ ) [28]. Kitame tyrime nagrinėta vaistininke teikta intervencija, kurią papildė PNT.

Šiame tyrime nustatyta, kad intervencijos dalyvių rūkymo nutraukimo rodiklis po 12 mėn. nuo intervencijos buvo šiek tiek aukštesnis, lyginant su kontroline grupe, tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta (23,9 proc. ir 16,9 proc., skirtumas 7 proc.; 95 proc. PI 5,2–18,9;  $p = 0,257$ ) [29].

2013 m. publikuotame tyrime nagrinėta kompleksinė intervencija, kurią sudarė rūkančiojo identifikavimas (trumpas patarimas), elgsenos keitimas ir farmakoterapija (PNT). Šios intervencijos rūkymo nutraukimo rodiklis po 4 sav. siekė 38 proc., lyginant su 17 proc. kontrolinėje grupėje, statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatyta (ŠS = 2,10; 95 proc. 0,96–4,61;  $p = 0,06$ ), po 6 mėn. – 19 proc. Po 6 mėn. rūkymo nutraukimo rodiklis intervencijos grupėje siekė 17 proc., kontrolinėje – 9 proc., statistiškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (ŠS = 1,53; 95 proc. PI 0,60–3,91;  $p = 0,37$ ) [30].

Į vertinimą įtrauktose sisteminėse apžvalgose nagrinėtos individualios, grupinės, trumposios, farmakoterapinės ir konsultavimo intervencijos. Sisteminių apžvalgų rezultatai leidžia teigti, jog yra įvairių veiksmingų intervencijų, galinčių padėti mesti rūkyti. Konsultacijos arba asmeninės konsultacijos (taip pat ir trumposios intervencijos) buvo veiksmingos 6 sisteminėse apžvalgose [31–36]. 2014 m. publikuotoje sisteminėje apžvalgoje nurodoma, kad grupinė terapija yra veiksminga intervencija [32], tačiau kitos apžvalgos autoriai manė, jog grupei žmonių teikiama intervencija nėra tokia veiksminga, kaip individuali konsultacija [32]. 2017 m. publikuotoje sisteminėje apžvalgoje teigiama, kad grupinė intervencija yra veiksmingesnė už savivalbos priemonės, tačiau trūksta įrodymų, leidžiančių palyginti grupinės ir individualios terapijos veiksmingumą [37]. 3 sisteminėse apžvalgose nagrinėtas farmakologinių intervencijų veiksmingumas, 2 publikacijose nustatyta, kad farmakologinės intervencijos gali būti reikšmingos siekiant mesti rūkyti [31, 34], o 1 publikacijoje nurodoma, jog farmakoterapija, taikoma kartu su individualia konsultacija, yra veiksminga intervencija [38]. 3 sisteminių apžvalgų autoriai nurodė, kad kompleksinės intervencijos yra veiksmingos siekiant mesti rūkyti [31, 34, 39] (2 lentelė).

**Metimo rūkyti poveikis sveikatai.** Į vertinimą buvo įtraukta 2021 m. sisteminė apžvalga, kurios tikslas – įvertinti metimo rūkyti pagalbos intervencijų, teikiamų burnos sveikatos priežiūros specialisto, veiksmingumą ir jų įtaką burnos sveikatai. Taikyta 5A intervencija, kartu su savivalbai skirta medžiaga ar pakaitine nikotino terapija. Nustatyta, kad intervencijų taikymas turėjo įtakos burnos sveikatai ir ji ženkliai pagerėjo:

**2 lentelė.** Įvertinimą įtrauktų sisteminių apžvalgų rezultatai

Autorius	Metai	Populiacija	Intervencijos
Cahill K	2014	Rūkantys darbuotojai (18 m. ir vyresni) N = 19 157	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grupinė terapija (ŠS = 1,71; 95 % PI 1,05–2,80).</li> <li>Konsultacijos (ŠS = 1,96; 95 % PI 1,51–2,54).</li> <li>Pakeitinė nikotino terapija (ŠS = 1,98; 95 % PI 1,26–3,11). Paslaugos, teikiamos kelių intervencijų metu (ŠS = 1,55; 95 % PI 1,13–2,13).</li> </ul>
Fans-hawe TR	2017	Asmenys iki 20 m., kurie rūko, kad rūko N = 13 000	<ul style="list-style-type: none"> <li>Individualios konsultacijos (SR = 1,35; 95 % PI 1,03–1,77).</li> <li>Konsultacija teikiama grupei žmonių (SR = 1,07; 95 % PI 0,83–1,39).</li> </ul>
Lancaster T	2017	18 m. ir vyresni asmenys, kurie rūko (išskyrus rūkančias nėščiasias) N = 19 000	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trumpoji intervencija (individuali konsultacija) yra veiksmingesnė nei trumpas patarimas mesti rūkyti (SR = 1,48; 95 % PI 1,34–1,64).</li> <li>Trumpoji intervencija (individuali konsultacija) yra veiksmingesnė nei savigalbai skirta medžiaga (lankstinukai ir kt.) (SR = 0,94; 95 % PI 0,45–1,98).</li> <li>Intensyviau teikiama trumpoji intervencija (individuali konsultacija) yra veiksmingesnė nei įprastai teikiama trumpoji intervencija (SR = 1,29; 95 % PI 1,09–1,53).</li> </ul>
Chen D	2015	Rūkantys asmenys, 50 m. ir vyresni	<ul style="list-style-type: none"> <li>Farmakologinės intervencijos (SR = 3,18; 95 % PI 1,89–5,36).</li> <li>Nefarmakologinės intervencijos (pvz., konsultavimas) (SR = 1,80; 95 % PI 1,67–1,94).</li> <li>Kompleksinės intervencijos (SR = 1,61; 95 % PI 1,41–1,84).</li> </ul>
Zulpkiply SH	2020	Rūkantys asmenys N = 3 513	Rūkyto metimo intervencija, kurioje dalyvauja bendruomenės sveikatos specialistas (angl. <i>community health worker</i> ) (ŠS = 1,95; 95 % PI 1,35–2,83).
Wray JM	2018	Visi rūkantys, vyresni nei 18 m. asmenys N = 12 975	Intervencijos, teikiamos sveikatos elgsenos specialisto (pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje) (ŠS = 1,78; p < 0,001).
Stead LF	2017	Rūkantys asmenys N = 15 973	Grupinė terapija (konsultacija) yra veiksmingesnė priemonė siekiant mesti rūkyti nei savigalba (ŠS = 1,88; 95 % PI 1,52–2,33).
Stead LF	2016	Rūkantys asmenys N = 25 000	Farmakoterapija, taikoma kartu su individualia konsultacija, yra veiksminga priemonė, padedanti mesti rūkyti (SR = 1,83; 95 % PI 1,68–1,98).
Cantera MC	2015	Rūkantys asmenys N = 10 204	Kompleksinės intervencijos leido pasiekti ilgalaikę abstinenciją – rodikliai svyravo nuo 7 % iki 40 %.
Carr AB	2012	Pacientai, teigiantys, kad jie rūko arba kito-kiu būdu vartoja nikotiną N = 21 070	Intervencijos, taikomos burnos sveikatos priežiūros specialistų, gali padidinti tikimybę mesti rūkyti / kramtyti tabaką (ŠS = 1,71; 95 % PI 1,44–2,03).
Carson-Chahoud KV	2019	18 m. ir vyresni N = 1 774	Intervencijos, teikiamos vaistinėse, yra veiksminga pagalbos norintiems mesti rūkyti asmenims priemonė (SR = 2,30; 95 % PI 1,33–3,97).
Rice VH	2017	Visi rūkantys, vyresni nei 18 m. asmenys N = 20 000	Intervencijos, teikiamos slaugytojų ar kitų sveikatos priežiūros specialistų, yra veiksmingos (SR = 1,29; 95 % PI 1,21–1,38).

sumažėjo dantenų kraujavimas (MD = 4,10; 95 proc. PI –2,87–11,07), burnos sausumas (MD = 0,40; 95 proc. PI –0,35–1,15) ir pagerėjo gyvenimo kokybė, susijusi su burnos sveikata (angl. *oral health quality of life measure*, OHQoL-UK) (MD = 1,40; 95 proc. PI –5,90–8,70). Taip pat nustatyta, kad burnos sveikatos priežiūros specialistų teikiamos intervencijos gali padidinti tikimybę mesti rūkyti [40].

2013 m. publikuotoje sisteminėje apžvalgoje teigiama, kad trumpas sveikatos priežiūros specialistų teikiamas patarimas mesti rūkyti lėmė reikšmingą metimo rūkyti dažnio padidėjimą. Į sisteminę apžvalgą buvo įtrauktas tyrimas, kuriame nagrinėtas metimo rūkyti poveikis mirtingumui. Tyrime statistškai reikšmingų mirtingumo skirtumų tarp tyrimo ir kontrolinės grupės po 20 m. stebėjimo nenustatyta [41].

JAV atlikto kontroliuojamų imčių tyrimo metu nustatyta, kad individualus patarimas rūkyti po 20 m. lėmė 7 proc. mažesnę mirtingumą, 13 proc. mažiau mirtinos koronarinės širdies ligos atvejų, taip pat 11 proc. mažiau plaučių vėžio atvejų, lyginant intervencijos ir kontrolinę grupes [42].

Kitame JAV atliktame tyrime nagrinėtas dalyvavimo prenatalinėje metimo rūkyti intervencijoje poveikis sveikatai. Nustatyta, kad dalyvavimas intervencijoje lėmė mažesnę mažo gimimo svorio (RR = 0,86; 95 proc. PI 0,75–0,97), priešlaikinio gimdymo (RR = 0,76; 95 proc. PI 0,65–0,88) ir naujagimių intensyviosios terapijos poreikio riziką (RR = 0,76; 95 proc. PI 0,66–0,88), lyginant su bendrąja populiacija [43].

2020 m. publikuotame tyrime nagrinėtas dalyvavimo rūkyto metimo programoje poveikis žmonių sveikatai. Vykdam programą JAV pirminės ir socialiai remtinų asmenų sveikatos priežiūros įstaigose nustatyta, kad sėkmingas rūkyto nutraukimas gali lemti 0,07 papildomų kokybiško gyvenimo metų (angl. *quality-adjusted life-years*) arba 27 kokybiško gyvenimo dienas (p < 0,05), taip pat sėkmingas metimas rūkyti lemtų 0,18 išsaugotų gyvenimo metų (angl. *life years gained*) arba 67 išsaugotas dienas vienam asmeniui (p < 0,05) [44].

Korėjoje atliktame tyrime nagrinėta, ar trumpoji metimo rūkyti intervencija turėjo įtakos onkologine liga sergančių asmenų išgyvenamumo rodikliams. Nustatyta, kad abstinencijos rodiklis po 6 mėn. nuo intervencijos buvo 59,1 proc., o vidutinio išgyvenamumo be progresavimo (angl. *progression-free survival*) ir bendro išgyvenamumo (angl. *overall survival*) rodikliai buvo geresni pacientų, kurie dalyvavo intervencijoje, tačiau statistškai reikšmingų skirtumų nenustatyta (atitinkamai p = 0,158, p = 0,183) [45].

**Trumpųjų metimo rūkyti pagalbos intervencijų ir pagalbos metantiems rūkyti teikimo organizaciniai aspektai.** 2 iš 11 į apžvalgą įtrauktų atsitiktinių imčių kontroliuojamų tyrimų nebuvo nurodyti specialistai, teikę metimo rūkyti intervencijas [24, 28]. Dažniausiai intervencijas teikė tam specialiai parengti (apmokyti) specialistai (konsultantai) [21, 22, 26, 29, 31], taip pat gydymo įstaigose apmokytos slaugytojos [25, 28], vaistininkai [30] bei specialiai parengti komandos lyderiai (kai intervencija buvo vykdoma darbovietėje) [23]. 5 publikacijose aprašytos intervencijos buvo teikiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigose [24, 25, 27, 29, 31], 1 – vaistinėse [30], 1 – darbovietėse (gamyklose) [23]. Į vertinimą įtrauktos 4 sisteminės apžvalgos, kuriose nagrinėtas intervencijų veiksmingumas atsižvelgiant į jų teikėją. Sisteminių apžvalgų duomenimis, bendruomenės sveikatos [36], sveikatos elgsenos [37], burnos sveikatos priežiūros [46], slaugytojų ar kitų sveikatos priežiūros specialistų [47] teikiamos metimo rūkyti intervencijos yra veiksmingos. 2019 m. publikuotoje sisteminėje apžvalgoje taip pat teigiama, kad intervencijos, teikiamos vaistinėse, yra veiksminga pagalbos priemonė metant rūkyti [48] (3 lentelė).

## REZULTATŲ APTARIMAS

Į vertinimą įtrauktų tyrimų ir sisteminių apžvalgų duomenys leidžia teigti, kad trumposios intervencijos, skirtos rūkantiems asmenims, ir rūkymo metimo pagalbos paslaugos yra veiksmingos. Trumposios intervencijos, konsultacijos, psichologinė pagalba, farmakoterapija, teikiama sveikatos priežiūros specialisto ar kito, specialiai intervencijai vykdyti parengto specialisto, gali sėkmingai padėti rūkantiems žmonėms atsisakyti šio žalingo įpročio. Nors į apžvalgą įtrauktuose atsitiktinių imčių kontroliuojamuose tyrimuose nenustatyta reikšmingų skirtumų, vienareikšmiškai parodančių trumpųjų intervencijų, skirtų rūkantiems asmenims, ir rūkymo metimo pagalbos paslaugų veiksmingumą, reikėtų įvertinti tai, kad beveik visuose tyrimuose intervencijų rezultatai buvo lyginami su kontroline grupe, kuriai buvo teikiama bent minimali pagalba (pvz., suteikiama savigalbos priemonė metant rūkyti, taikoma jau įprasta praktika, suteikiamas trumpas patarimas mesti rūkyti). Tiek visos tyrimuose nagrinėtos intervencijos, tiek jų rūkymo nutraukimo ar bandymo nutraukti rūkymą rodikliai skyrėsi, tačiau visų publikacijų autoriai nurodė, kad nagrinėtos intervencijos gali padėti asmenims mesti rūkyti. PSO duomenimis, be metimo

rūkyti pagalbos, tik 4 proc. visų mėginimų mesti rūkyti būna sėkmingi, o atitinkamos pagalbos teikimas / intervencijų taikymas gali padvigubinti sėkmingų rūkymo metimo atvejų dalį [49]. Minimalios intervencijos efektyvumas išbandytas Lietuvoje vykdytame tyrime, kurio metu šeimos gydytojas taikė minimalios intervencijos principus. Nustatyta, kad po 6 mėn. neberūkė 15 proc. tiriamosios grupės ir 10 proc. kontrolinės grupės pacientų [50]. Mūsų atliktame vertinime intervencijų rezultatai galėjo skirtis ir dėl to, kad ne visų tyrimų populiaciją sudarė asmenys, norintys mesti rūkyti.

Nekyla abejonų, kad sėkmingas rūkymo metimas lemia geresnę sveikatos būklę, pagerina gyvenimo kokybę, pailgina vidutinę tikėtiną gyvenimo trukmę [51]. Atliekant vertinimą surinkti duomenys leidžia teigti, kad sėkmingai metus rūkyti pagerėja asmens sveikatos būklė.

Dabartinis įrodymais pagrįstas gydymas metant rūkyti apima keletą elgsenos keitimo būdų, tokių kaip individualus, grupinis ir telefoninis konsultavimas, taip pat patvirtintas farmakoterapijas. Įrodyta, kad šie gydymo būdai yra veiksmingi, kai jie teikiami asmens sveikatos priežiūros įstaigose ar kitur (pvz., vaistinėse ar darbovietėse). Įrodymai pagrindžia, kad bendras elgsenos intervencijų ir farmakoterapijos taikymas lemia didžiausią poveikį rūkymo metimui [52]. 2017 m. Lietuvoje atliktame vertinime siekta atrinkti efektyvias ir įrodymais pagrįstas intervencines priemones, kurias gali naudoti gydytojai, motyvuodami pacientus mesti rūkyti. Autorių nuomone, gydytojams siūloma taikyti minimalios intervencijos būdą 5A. Jeigu pacientas yra motyvuotas mesti rūkyti, reikia taikyti medikamentinio gydymo ir elgesio terapijos derinį, kitu atveju – stiprinti paciento motyvaciją, naudojant 5R taisyklę (kalbėti apie rūkymo aktualumą, rizikas, kurias kelia rūkymas, ekonominę naudą, gaunamą metus rūkyti, ir kt.), taip pat taikytinas ir motyvacinis interviu, tačiau tam reikalingi apmokyti gydytojai, psichologai, psichoterapeutai [53]. 2015 m. Higienos instituto atliktas vertinimas atskleidė, kad telefonu teikiamos reaktyvios ir proaktyvios konsultacijos yra veiksmingos norintiems mesti rūkyti asmenims, o masinės informavimo priemonės, PNT priemonės bei sveikatos priežiūros specialistų siuntimai gali padidinti norinčių mesti rūkyti asmenų kreipimosi į telefoninę pagalbos liniją skaičių [54]. Telefoninė pagalbos linija yra veiksminga pagalbos norintiems mesti rūkyti asmenims priemonė ir, tikėtina, būtų ekonomiškai naudinga prevencinė priemonė, padedanti mažinti rūkymo paplitimą Lietuvoje. Įdiegus tokią intervenciją, per

**3 lentelė.** Tyrimuose nagrinėtų intervencijų organizaciniai aspektai

Autorius	Metai	Intervencija	Vykdytojas	Forma	Vieta	Trukmė
Klem-perer EM	2017	Trumpoji motyvacinė konsultacija, paremta 5R protokolu	Konsultantas (baigęs 13 val. mokymus)	Nuotolinė intervencija, teikiama telefonu (3 skambučiai – 0, 2, 4 savaitės).	–	4 savaitės
		Mažinimo (angl. <i>reduction</i> ) intervencija, kurios metu raginama mažinti surūkomų cigarečių skaičių		Nuotolinė intervencija, teikiama telefonu (3 skambučiai – 0, 2, 4 savaitės).	–	4 savaitės
Lam TH	2012	Rūkymo mažinimo (5R) + pakaitinė nikotino terapija	Apmokytas konsultantas	Rūkymo mažinimo konsultavimas ir aiškūs nurodymai (tiesiogiai arba telefonu) + PNT; po 1 savaitės. Rūkymo mažinimo konsultavimas ir aiškūs nurodymai (tiesiogiai arba telefonu) + 3 savaitės PNT; po 1 mėn. mažinimo konsultavimas ir aiškūs nurodymai (tiesiogiai arba telefonu) + 4 savaitės PNT.	–	1 mėnuo
		Patarimas dėl rūkymo mažinimo		Rūkymo mažinimo konsultavimas (tiesiogiai arba telefonu) + PNT; po 1 savaitės. Rūkymo mažinimo konsultavimas (tiesiogiai arba telefonu) + 3 savaitės PNT; po 1 mėn. mažinimo konsultavimas (tiesiogiai arba telefonu) + 4 savaitės PNT.	–	1 mėnuo
Chai W	2018	5A intervencija	Komandos lyderis, parengtas teikti grupinę intervenciją (6–8 asmenims)	Grupinė intervencija.	Darbovietė (gamykla)	15–20 min.
Utap MS	2019	Trumpoji intervencija, pagrįsta 5A modeliu + savivalbos priemonė	Tyrėjai	Tiesiogiai taikyta 5A intervencija. Savivalbos priemonė apėmė informaciją apie rūkymo žalą, rūkymo metimo naudą, patarimus, kaip mesti rūkyti, ir pagalbos metant rūkyti kontaktai.	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga	–
Castello LM	2021	5A intervencija	Slaugytoja (specialiai apmokyta, 4 val. trukmės kursai), prižiūrinti pacientą	Tiesiogiai taikyta 5A intervencija.	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga	–
Colby SM	2012	Motyvacinis interviu	15 intervencijos vykdytojų: bakalauro ar magistro laipsnis, ne mažiau kaip 1 m. klinikinių tyrimų patirtis. Mokymai: motyvacinis interviu, mokomųjų vaizdo įrašų peržiūra ir 40 val. interaktyvių mokymų	Laikomasi motyvacinio interviu principo. Dalyviams teikiamas įvertinimas, pokyčių planas. Pirmosios sesijos trukmė – 45 min. Po 1 savaitės susisiekiama su tyrimo dalyviais, atnaujintas pokyčių planas. Telefoninio pokalbio trukmė – 15–20 min. Dalyviams taip pat duodamas lankstinukas su informacija apie rūkymo metimą ir pagalbos metant rūkyti kontaktus.	–	1 sav.
Mak YW	2020	Priėmimo ir įsipareigojimo terapija + savivalbos medžiaga	Patyręs sveikatos konsultantas, mokantis priėmimo ir įsipareigojimo terapijos principų, taikomų metant rūkyti	Taikyta priėmimo ir įsipareigojimo terapija – 1 tiesioginė sesija + nuotolinė sesija po savaitės + nuotolinė sesija po 1 mėn. (vienos sesijos trukmė – 15–20 min.). Savivalbos medžiaga – pateikiama informacija, kaip sumažinti norą rūkyti, taip pat kur gauti pagalbą metant rūkyti.	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga	1 mėnuo
			Specialiai apmokyta slaugytoja	Nuotolinė intervencija – 5 min. trukmės konsultacija, remiantis AWARD (angl. <i>Ask, Warn, Advice, Refer, Do it again</i> ).	–	5 min.
Chan SSC	2015	TEL grupė – 5 min. konsultacija naudojantis AWARD protokolu SMS grupė gavo 8 tekstinius pranešimus	Nenurodoma	Nuotolinė intervencija – siunčiamos 8 tekstinės žinutės su informacija, aktualia metant rūkyti.	–	4 savaitės
			Klinikų ekspertai – konsultantai, kurie buvo rūkymo nutraukimo paslaugų teikimo specialistai	Intervencijos dalyviai iš viso gavo 7 tiesiogines konsultacijas (problemų sprendimas ir parama metant rūkyti, trukmė 20–30 min.) bei 7 telefoninius skambučius (skatinimas tęsti bandymą mesti rūkyti, informacija apie rūkymo žalą, rūkymo nutraukimo naudą, trukmė 10–15 min.) per 3 mėn. Taip pat tiriamiesiems buvo paskirta 2 savaitių PNT. Duota savivalbos priemonė, lankstinukai, padedantys metant rūkyti.	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga	3 mėn.
El Hajj MS	2017	4 sesijos „akis į akį“	Vaistininkas (baigęs 2 dienų / 16 valandų kursus)	Pirmojoje konsultacijoje aptariama rūkymo metimo nauda, elgsenos keitimo strategija, skiriama PNT (30 min.). Antroji konsultacija – 1 savaitė po nustatytos rūkymo metimo datos (jei tiriamasis nerūkė – atsakoma į jo klausimus, jei rūkė – atliekamas vertinimas, nustatomos iškilusios kliūtys, jei tiriamasis netoleravo PNT, siunčiama į kliniką, teikiančią pagalbą metant rūkyti) (20 min.). Trečioji konsultacija dar po 2 savaitių – PNT papildymas. Ketvirtoji konsultacija dar po 4 savaitių – kognityvinė elgsenos strategija siekiant išvengti atkryčio.	Vaistinės	7 savaitės ir ilgiau
Murray RL	2013	Rūkymo identifikavimas + elgsenos keitimas + farmakoterapija	3 specialiai parengti rūkymo nutraukimo specialistai (angl. <i>Smoking cessation practitioners</i> )	Trumpas patarimas – rūkymo metimo nauda, prieinama pagalba, noro gauti pagalbą vertinimas. Konsultacijos: pirmoji 20–30 min. trukmės, antroji ir kitos – 10 min. Iš asmens sveikatos priežiūros įstaigos išrašomiems pacientams pasiūloma kreiptis į vietinį rūkymo metimo paslaugų teikėją.	Asmens sveikatos priežiūros įstaiga	–

metus mūsų šalyje prarasto produktyvumo kaštus dėl rūkymo sąlygojamų pirmalaikių mirčių būtų galima sumažinti apie 13 proc. [55].

Išnagrinėjus į vertinimą įtrauktas publikacijas galima sakyti, kad rūkymo metimo intervencijas sėkmingai gali teikti tam specialiai parengti asmenys (pvz., slaugytojos, bendruomenės sveikatos specialistai, socialiniai darbuotojai, psichologai, vaistininkai, burnos sveikatos priežiūros specialistai ir pan.). Tačiau remiantis gautais duomenimis negalima palyginti įvairių specialistų teikiamų paslaugų veiksmingumo. 2019 m. publikuotos metaanalizės autoriai mano, kad šiuo atveju labai svarbus akademinų institucijų vaidmuo – biomedicinos mokslų srityje reikalingas mokymas apie rūkymo prevencijos ir nutraukimo intervencijas, ateityje tai leistų plačiau ir sėkmingiau taikyti aukščiau minėtas intervencijas [56].

Diegti rūkymo nutraukimo intervencijas skatina ir PSO – 2019 m. dokumente vienas svarbiausių veiksmų, siekiant mažinti rūkymo mastą, – kokybiškų rūkymo nutraukimo intervencijų pasiūla ir prieinamumas. PSO siūlo diegti elgsenos (trumpieji patarimai, telefoninė pagalba, pagalba tekstinėmis žinutėmis, elgsenos keitimo palaikymas, rūkymo metimo klinikos) ir farmakologines (PNT) intervencijas. PSO duomenimis, trumpųjų intervencijų ir telefoninės pagalbos rentabilumas gali

būti prilyginamas krūties vėžio ankstyvosios diagnostikos programos poveikiui [19].

## APIBENDRINIMAS

Turimi įrodymai leidžia teigti, kad trumposios intervencijos, skirtos rūkantiems asmenims, ir rūkymo metimo pagalbos paslaugos yra veiksmingos. Plačiai prieinamos kompleksinės paslaugos, apimančios trumpąsias intervencijas, psichologinę pagalbą, taip pat ir farmakoterapiją, yra veiksmingesnės, kai jos teikiamos kartu ir gali padidinti rūkymo metimo tikimybę. Trumpųjų intervencijų, skirtų rūkantiems asmenims, ir rūkymo metimo pagalbos paslaugų įgyvendinimas gali lemti sumažėjusį tabako gaminių vartojimo paplitimą ir tausoti žmonių sveikatą, jos gali būti sėkmingai teikiamos sveikatos priežiūros įstaigose ir kitoje tam tinkamoje aplinkoje (pvz., vaistinėse, darbovietėse). Trumposios intervencijos, skirtos rūkantiems asmenims, yra neatskiriama rūkymo metimo pagalbos paslaugų dalis, tokias intervencijas gali teikti specialiai parengtas sveikatos priežiūros darbuotojas ar kitas (pvz., psichologas, vaistininkas, socialinis darbuotojas, konsultantas) specialistas.

*Straipsnis gautas 2022-03-15, priimtas 2022-05-03*

## Literatūra

- World Health Organization. European tobacco use, report, 2019. Prieiga per internetą: <[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf)>.
- World Population Review. Smoking Rates by Country, 2021. Prieiga per internetą: <<https://worldpopulationreview.com/country-rankings/smoking-rates-by-country>>.
- Special Eurobarometer 506. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes, 2020. Prieiga per internetą: <[https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/euromarometro%20tyrimas%20tabakas%20ir%20el\\_%20c\\_%202020.pdf](https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/euromarometro%20tyrimas%20tabakas%20ir%20el_%20c_%202020.pdf)>.
- Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Psichoaktyviosios medžiagos: tendencijos ir pokyčiai, 2021. Prieiga per internetą: <[https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/Psichoaktyviosios\\_medziagos\\_tendencijos\\_ir\\_pokyciai\\_2021.pdf](https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/Psichoaktyviosios_medziagos_tendencijos_ir_pokyciai_2021.pdf)>.
- Statistikos departamentas. Rodiklių duomenų bazė. Lietuvoje vartojami legalūs tabako gaminiai. Prieiga per internetą: <[https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize#/>](https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize#/).
- Higienos institutas. Sveikatos statistika. Mirusių asmenų skaičius pagal diagnozių grupes. Prieiga per internetą: <[https://stat.hi.lt/default.aspx?report\\_id=244](https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=244)>.
- Liutkutė-Gumarov V. Rūkymo socialinės ir ekonominės žalos vertinimas Lietuvoje: daktaro disertacija. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2019. Prieiga per internetą: <<https://www.lsmuni.lt/media/dynamic/files/18418/disertacijaliutkute-gumarov.pdf>>.
- 2003 m. gegužės 21 d. Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencija. Žin., 2004, Nr. 152-5538.
- Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. World Health Organization. Prieiga per internetą: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf)>.
- Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimas Lietuvoje 2004–2016 metais, ataskaita. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Prieiga per internetą: <[https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/GPS%20ataskaita%202004\\_2016.pdf](https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/GPS%20ataskaita%202004_2016.pdf)>.
- Lindson-Hawley N, Hartmann-Boyce J, Fanshawe TR, Begh R, Farley A, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. Cochrane Database Syst Rev. 2016;10(10).
- West R, Raw M, McNeill A, Stead L, Aveyard P, Bitton J, et al. Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. Addiction. 2015;110(9):1388–403.
- Wray JM, Funderburk JS, Acker JD, Wray LO, Maisto SA. A meta-analysis of brief tobacco interventions for use in integrated primary care. Nicotine & Tobacco Research. 2018;20(20):1418–1426.
- World Health Organization. WHO's digital health worker who can help you quit tobacco. Prieiga per internetą: <<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/digital-health/news/news/2021/2/meet-florence-whos-digital-health-worker-who-can-help-you-quit-tobacco>>.
- World Health Organization. A guide for tobacco users to quit. Prieiga per internetą: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112833/9789241506939\\_eng.pdf;jsessionid=41ECC088BA2F9FBCA00FBD08555C3C7E?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112833/9789241506939_eng.pdf;jsessionid=41ECC088BA2F9FBCA00FBD08555C3C7E?sequence=1)>.
- World Health Organization. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. Prieiga per internetą: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953\\_eng.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112835/9789241506953_eng.pdf;sequence=1)>.
- WorldHealthOrganization. Training for tobacco quitline counsellors: telephone counselling. Prieiga per internetą: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113145/9789241507264\\_eng.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113145/9789241507264_eng.pdf;sequence=1)>.



18. World Health Organization. Developing and improving national toll-free tobacco quit line services: a World Health Organization manual. Prieiga per internetą: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44738/9789241502481\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44738/9789241502481_eng.pdf?sequence=1)>.
19. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2019. Offer Help to Quit Tobacco Use. Prieiga per internetą: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>>.
20. Klemperer EM, Hughes JR, Solomon LJ, Callas PW, Fingar JR. Motivational, reduction and usual care interventions for smokers who are not ready to quit: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2017;112(1):146–155.
21. Lam TH, Chan SS, Abdullah AS, Wong VT, Chan AY, Hedley AJ. Smoking reduction intervention for smokers not willing to quit smoking: a randomised controlled trial. *Hong Kong Med J*. 2012;18(4):3.
22. Chai W, Zou G, Shi J. Evaluation of the effectiveness of a WHO-5A model based comprehensive tobacco control program among migrant workers in Guangdong, China: a pilot study. *BMC Public Health*. 2018;18:296.
23. Utap MS, Tan CPL, Su AT. Effectiveness of a brief intervention for smoking cessation using the 5A model with self-help materials and using selfhelp materials alone: a randomised controlled trial. *Malays Fam Physician*. 2019;14(2):2–9.
24. Castello LM, Airoidi C, Baldrighi M, Bortoluzzi S, Cammarata LM, Franchetti Pardo L, et al. Effectiveness and feasibility of smoking counselling: a randomized controlled trial in an Italian emergency department. *Eur J Public Health*. 2022;32(1):119–125.
25. Colby SM, Nargiso J, Tevyaw TO, Barnett NP, Metrik J, Lewander W, et al. Enhanced motivational interviewing versus brief advice for adolescent smoking cessation: results from a randomized clinical trial. *Addict Behav*. 2012;37(7):817–823.
26. Mak YW, Leung DYP, Loke AY. Effectiveness of an individual acceptance and commitment therapy for smoking cessation, delivered face-to-face and by telephone to adults recruited in primary health care settings: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1719.
27. Chan SS, Wong DC, Cheung YT, Leung DY, Lau L, Lai V, Lam TH. A block randomized controlled trial of a brief smoking cessation counselling and advice through shortmessage service on participants who joined the Quit to Win Contest in Hong Kong. *Health Educ Res*. 2015;30(4):609–621.
28. Blebil AQ, Sulaiman SA, Hassali MA, Dujaili JA, Zin AM. Impact of additional counselling sessions through phone calls on smoking cessation outcomes among smokers in Penang State, Malaysia. *BMC Public Health*. 2014;14:460.
29. El Hajj MS, Kheir N, Al Mulla AM, Shami R, Fanous N, Mahfoud ZR. Effectiveness of a pharmacist-delivered smoking cessation program in the State of Qatar: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2017;17:215.
30. Murray RL, Leonardi-Bee J, Marsh J, Jayes L, Li J, Parrott S, Britton J. Systematic identification and treatment of smokers by hospital based cessation practitioners in a secondary care setting: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;347.
31. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2.
32. Fanshawe TR, Halliwell W, Lindson N, Aveyard P, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;11(11):17.
33. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3(3).
34. Chen D, Wu LT. Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2015;154:14–24.
35. Zulkiply SH, Ramli LF, Faisal ZAM, Tabassum B, Abdul Manaf R. Effectiveness of community health workers involvement in smoking cessation programme: a systematic review. *PLoS One*. 2020;15(11).
36. Wray JM, Funderburk JS, Acker JD, Wray LO, Maisto SA. A meta-analysis of brief tobacco interventions for use in integrated primary care. *Nicotine Tob Res*. 2018;20(12):1418–1426.
37. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3(3):31.
38. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;24:3.
39. Martín Cantera C, Puigdomènech E, Ballvé JL, Arias OL, Clemente L, Casas R, et al. Effectiveness of multicomponent interventions in primary healthcare settings to promote continuous smoking cessation in adults: a systematic review. *BMJ Open*. 2015;5(10).
40. Holliday R, Hong B, McColl E, Livingstone-Banks J, Preshaw PM. Interventions for tobacco cessation delivered by dental professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;2(2).
41. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(5).
42. Rose G, Colwell L. Randomised controlled trial of anti-smoking advice: final (20 year) results. *J Epidemiol Community Health*. 1992;46:75–77.
43. Polinski KJ, Wolfe R, Peterson A, Juhl A, Perraiillon MC, Levinson AH, Crume TL. Impact of an incentive-based prenatal smoking cessation program for low-income women in Colorado. *Public Health Nurs*. 2020;37(1):39–49.
44. Datta SK, Dennis PA, Davis JM. Health benefits and economic advantages associated with increased utilization of a smoking cessation program. *J Comp Eff Res*. 2020;9(11):817–828.
45. Park HY, Choe YR, Oh IJ, Kim MS, Kho BG, Shin HJ, et al. Efficacy of an inpatient smoking cessation program at a single regional cancer center: a prospective observational study. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(6).
46. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;6.
47. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;12(12).
48. Carson-Chahhoud KV, Livingstone-Banks J, Sharrad KJ, Kopsaftis Z, Brinn MP, To-A-Nan R, Bond CM. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(10).
49. U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Benefits of Quitting. Prieiga per internetą: <[https://www.cdc.gov/tobacco/quit\\_smoking/how\\_to\\_quit/benefits/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/how_to_quit/benefits/index.htm)>.
50. Vėryga A, Klumbienė J, Petkevičienė J, Žemaitienė N. Tabako kontrolė ir pagalba metantiems rūkyti. Mokomoji knyga. Kauno medicinos universitetas, 2008. Prieiga per internetą: <[https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/Pagalba\\_metantiems\\_rukytiA5\\_indd.pdf](https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/Pagalba_metantiems_rukytiA5_indd.pdf)>.
51. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). Guidelines for Treating Tobacco Dependence, 2016. Prieiga per internetą: <<http://elearning-ensp.eu/assets/English%20version.pdf>>.
52. United States Public Health Service Office of the Surgeon General; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2020. Prieiga per internetą: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32255575/>>.
53. Bieliauskas A, Andrejevaitė V. Kaip gydytojas gali motyvuoti pacientą mesti rūkyti? Visuomenės sveikata. 2017;4(79).
54. Janonienė R, Povilanskienė R, Petraitytė I, Radzevičiūtė I. Telefonu teikiama konsultacijos metantiems rūkyti. Visuomenės sveikatos technologijos vertinimo baigiamoji ataskaita. Higienos institutas, 2015.
55. Petraitytė I, Janonienė R. Mesti rūkyti norintiems asmenims telefonu teikiamų konsultacijų ekonominis vertinimas Lietuvoje. Visuomenės sveikata. 2015;4(71).
56. Hyndman K, Thomas RE, Schira HR, Bradley J, Chachula K, Patterson SK, Compton SM. The effectiveness of tobacco dependence education in health professional students' practice: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21):4158.

# Effectiveness of brief tobacco interventions and smoking cessation services

Algimanta Karanevskytė-Buckiūnienė, Vincentas Liuima  
Institute of Hygiene

## Summary

**The aim.** To review the results of an evaluation of the effectiveness of short-term interventions for smokers and smoking cessation support services.

**Material and methods.** Scientific publications were searched in PubMed, Cochrane and Medscape. The following keywords were used: brief tobacco interventions, smoking cessation, counseling, effectiveness, 5A, 5R, primary care, dependence, healthcare, prevention, habit, motivation, treatment and smoking. Publications published in 2011 until 2021 in the English language were included in the review.

**Results.** The evaluation included 30 publications: 12 randomized controlled trials, 15 systematic reviews with / without meta-analysis, and 3 cohort studies. The included studies and systematic reviews examined the effectiveness of interventions to help quit smoking.

**Conclusions.** Data from studies and systematic reviews included in the evaluation suggest that brief

smoking cessation interventions and support services are effective. Brief interventions, counseling, pharmacotherapy provided by a health care professional or other professional specially trained to provide an intervention, can be effective.

**Keywords:** smoking, brief intervention, effectiveness, smoking cessation support services, tobacco.

**Correspondence to** Algimanta  
Karanevskytė-Buckiūnienė  
Institute of Hygiene  
Didžioji str. 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania  
E-mail: algimanta.buckiuniene@hi.lt

*Received 15 March 2022,  
accepted 3 May 2022*