

Rauchstopp-Kurse für türkei- stämmige Migrantinnen und Migranten in der Schweiz

Bericht zur Durchführung der Kurse

Domenic Schnoz
Corina Salis Gross
Serhan Cangatin

Teilbericht I zum Präventionsprojekt „Rauchstopp-Therapie bei
türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz“

Finanziert durch den Tabakpräventionsfond, Schweiz, Verfügung Nr.
06.002836_a

Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung
ISGF, Zürich
Nr. 263

Dezember 2008

INHALTSVERZEICHNIS

1.	AUSGANGSLAGE	2
2.	ZUGANG ZUR ZIELGRUPPE UND REKRUTIERUNG DES SAMPLES	4
3.	EINZELTHERAPIEN.....	7
	3.1. Sample	
	3.2. Ablauf der Einzeltherapien	7
	3.2.1. Session 1.....	8
	3.2.2. Session 2.....	8
	3.2.3. Session 3.....	8
	3.2.4. Session 4.....	8
	3.3. Erfahrungen und Ergebnisse	8
4.	GRUPPENTHERAPIEN.....	10
	4.1. Sample	
	4.2. Kursablauf.....	13
	4.2.1. Vorbereitungen.....	13
	4.2.2. 1. Intervention: Vorstellungsrunde und Administration	14
	4.2.3. 2. Intervention: „Kenne Deinen Feind“	16
	4.2.4. 3. Intervention: Letzte Vorbereitungen für den Rauchstopp	19
	4.2.5. 4. Intervention: Rauchstopptag	21
	4.2.6. 5. Intervention: Erste Erfahrungen als NichtraucherInnen	22
	4.2.7. 6. und 7. Intervention: Vertiefung Rückfallprävention	23
	4.2.8. 8. Intervention: Abschluss und Feier.....	24
5.	FAZIT	25
6.	BIBLIOGRAPHIE.....	27

1. Ausgangslage

Der vorliegende Bericht ist Teil des Schlussberichtes zum Projekt „Rauchstopp-Kurse für türkeistämmige Migrantinnen und Migranten in der Schweiz“, welches durch den Schweizerischen Tabakpräventionsfonds finanziert wurde. Er gibt Auskunft über die wichtigsten Ergebnisse zur Durchführung von zielgruppenspezifischen und sensitiv ausgerichteten Rauchstopp-Kursen für türkeistämmige MigrantInnen in der Schweiz. Als Grundlage dienen dem Bericht schriftliche Berichte des Kursleiters zu den einzelnen Kursen und Einzeltherapien, sowie ein themenzentriertes Interview mit dem Kursleiter zu den Erfahrungen und Erkenntnissen aus der Kursarbeit.

Der Aufbau und die Inhalte der Kurse und Einzeltherapien folgen der gängigen Struktur und den Hilfsmitteln, wie sie heute in den verschiedenen Angeboten verwendet werden. Sie sind sowohl national wie international alle sehr ähnlich aufgebaut und bedienen sich der analogen Inhalte, die jeweils etwas unterschiedlich aufgemacht sind. In einer ersten Phase zur Entwicklung der Rauchstopp-Kurse arbeiteten wir eng mit der Krebsliga Zürich zusammen. In unserem Kurs wurde die allgemeine Grundstruktur beibehalten (Vorbereitungsphase, Rauchstopp, Reflexion und Einüben der Verhaltensänderung/Umgang mit Rückfällen), jedoch die Inhalte und die Didaktik der Zielgruppe angepasst, sowie sprachlich und symbolisch auf die Referenzsysteme der Zielgruppe Bezug genommen. Zudem wurde aufsuchend gearbeitet und das edukative Ziel einer Verbesserung der *Health literacy*¹ bei der Zielgruppe verfolgt. Dabei wurde speziell auch das Einüben der interaktiven Gesundheitskompetenz fokussiert.

¹ Health literacy wird folgendermassen definiert: „Die Fähigkeit der/des Einzelnen, in verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken (BAG, 2007: 10)“. „Dabei lässt sich zwischen einer funktionalen, einer interaktiven und einer kritischen Ebene unterscheiden: Die funktionale Gesundheitskompetenz beinhaltet die Lese- und Schreibfähigkeiten, die einer Person den Zugang zu Information ermöglichen. Die interaktive Gesundheitskompetenz schliesst zusätzlich soziale Kompetenzen mit ein und ermöglicht es Personen, eigenverantwortlich mit ihrer Gesundheit umzugehen und ihre soziale Umwelt so einzubeziehen, dass diese für ihre Gesundheit förderlich ist. Die kritische Gesundheitskompetenz bezieht sich auf eine kritische Beurteilung der Informationen aus dem Gesundheitssystem und auf eine konstruktive Auseinandersetzung auch mit den politischen und wirtschaftlichen Aspekten des Gesundheitssystems“ (BAG 2007 zit. nach Pfluger et al. 2008).

Bei der Entwicklung der Kurse und Einzeltherapien war ursprünglich vorgesehen, mit mehreren KursleiterInnen zu arbeiten. Schliesslich wurden eine männliche und eine weibliche Person weitergebildet, um auch reine Frauengruppen (oder auch Männergruppen) und Einzeltherapien durchführen zu können. Im Verlauf der Informationsarbeit hat sich aber gezeigt, dass mit dem kleinen Sample von ca. 60 angezielten Personen und der aufsuchenden Arbeit der beiden LeiterInnen, der männliche Rauchstoppleiter rascher Beziehungen knüpfen konnte und auch die reine Frauengruppe deshalb explizit ihn als Kursleiter wünschte.

2. Zugang zur Zielgruppe und Rekrutierung des Samples

Im Projekt vorgesehen war die Rekrutierung von ca. 60 türkeistämmigen Personen, die an einer Teilnahme an den therapeutischen Interventionen interessiert sind. Diese sollten über die bestehenden Selbstorganisationen und Gruppierungen erschlossen werden. Um die Zielgruppe zu erreichen, bedienten sich die Projektverantwortlichen verschiedener Promotionsstrategien:

- 1) *Partizipative Entwicklung von Informationsmaterial:* In Zusammenarbeit mit dem Projekt „Tiryaki Kukla“ (vgl. Stevens et al. 2002) aus Grossbritannien kreierte der damals ebenfalls involvierte türkeistämmige Cartoonist für unser Projekt Handzettel (Flyer) und Poster, welche an die symbolischen Referenzsysteme der MigrantenInnen anschliessen.

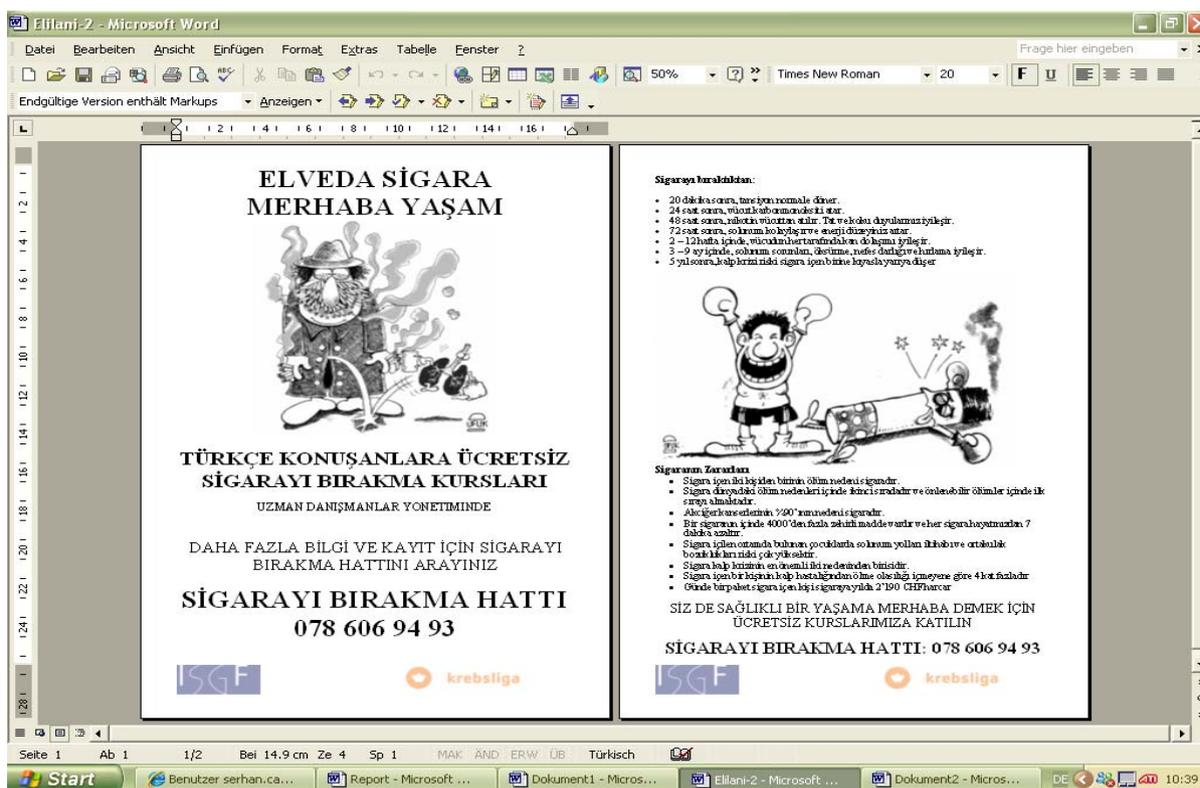


Abbildung 1

- 2) *Aufsuchende und beziehungsgeleitete Distribution des Informationsmaterials:* Die Poster und Handzettel wurden in einem ersten Schritt in Gemeinschaftszentren, Vereinen, *Ethnic-Businesses* (Imbissstände, Läden, Restaurants, Reisebüros etc.) und dem türkischen Konsulat verbreitet. Dabei waren der Kursleiter/die Kursleiterin und zusätzliche freiwillige Personen aus den Vereinen als Beziehungsträger der

Information involviert. Mit dieser Strategie wollten die KursleiterInnen bereits als Identifikationsfigur wirken und die Freiwilligen fungierten bereits in dieser Phase als Multiplikatoren dieses Beziehungsangebotes. Dabei ergab sich ein Vorgehen nach dem Schneeballprinzip: Erste Verteiler fanden in Zürich statt, und anschliessend ergab sich rasch eine Ausdehnung auf die gesamte Deutschschweiz und die Romandie.

- 3) *Errichten einer Hotline*: Zusätzlich wurde eine 24-Stunden-Hotline eingerichtet, welche eine doppelte Funktion einnahm. Erstens diente sie InteressentInnen als Kontaktmöglichkeit und zweitens erfüllte sie während der Rauchstoppthherapie den Zweck einer Unterstützungsmassnahme ausserhalb der Therapiesitzungen.
- 4) *Kontaktaufnahme mit offiziellen türkischen Stellen*: Das türkische Konsulat wurde speziell eingebunden, um auch eine offizielle Unterstützung des Projektes von türkischer Seite zu erreichen. Die Kontaktaufnahme mit dem türkischen Konsulat in Zürich hatte ein sehr konstruktives Treffen mit dem Generalkonsul der Türkischen Republik, zur Folge. Die Projektidee stiess auf grosses Interesse seinerseits und resultierte, neben der Veröffentlichung des Materials in verschiedenen internen Departementen², u.a. in der Publikation auf der *homepage* des Konsulats. Vom Türkischen Konsulat erhielten die Projektverantwortlichen eine Liste von türkischsprachigen Vereinszentren, welche den Versand von Propagandamaterial an ca. 40 verschiedene Zentren erlaubte. Der versendet Brief enthielt eine Beschreibung der Kursstrukturen inklusive das Angebot, solche Kurse in den einzelnen Vereinszentren anzubieten. Das direkte Interesse (im Sinne von konkreten Anmeldungen) welches durch den schriftlichen Versand bei den Vereinen erzielt werden konnte, hielt sich jedoch in Grenzen.
- 5) *Informelle und persönliche Kontaktaufnahme mit Schlüsselpersonen*: Eine viel höhere Resonanz erzeugten die Projektverantwortlichen im Rahmen der direkten Kontaktaufnahme mit der Basis (*grass-rooted*). Mittels der vermittelten Kontakte (durch das Konsulat und die weiteren Netzwerke) wurden über informelle Treffen persönliche Beziehungen aufgebaut, und das Projektteam rekrutierte so in verschiedenen Vereinszentren eine bestimmte Person (*keyperson*), die an der Rauchstoppthherapie besonderes Interesse zeigte und die gleichzeitig einen massgeblichen Einfluss auf andere Vereinsmitglieder ausüben konnte. Auf diese Weise wurden zahlreiche RaucherInnen davon überzeugt, an der Intervention teilzunehmen. Die Kontaktpersonen agierten somit als RepräsentantInnen der Rauchstoppthherapie und erreichten relativ leicht diejenigen Personen, welche einer Teilnahme an den Interventionen grundsätzlich offen gegenüberstanden.
- 6) *Vorträge und Nutzung der türkischen und kurdischen Medien*: Der Kursleiter organisierte Informationsanlässe über die Schäden des Rauchens in türkisch- und kur-

² Im türkischen Konsulat existieren mehrere Departemente (Visa, Passbüro, Militärangelegenheiten, Zahlungsverkehr). Die Poster wurden jedem einzelnen dieser Departemente aufgehängt – zusätzlich ebenfalls im Warteraum und der Rezeption.

dischsprachigen Kulturzentren. In diesem Rahmen wurde jeweils eine tabak- und rauchstoppspezifische Präsentation durchgeführt, welche ein grosses Interesse unter den ZuhörerInnen generierte, was sich im Anschluss in zahlreichen Anfragen zu einer Teilnahme an einer Intervention bestätigte. Ausserdem wurden mittels des Radiosenders Radio LoRa (Lokales Radio in Zürich) im Rahmen eines türkischsprachigen Sendegefässes zwei Interviews mit dem Leiter der Rauchstoppkurse geführt. Zusätzlich wurde über ein Jahr hinweg monatlich eine entsprechende Werbemitteilung für die Rauchstoppkurse über dieses Sendegefäss gemacht. Über eine türkische Zeitung und Vereinszeitschriften (inkl. spezieller Frauenverein) wurden des Weiteren Artikel und Gratis-Annoncen geschaltet.

- 7) *Information der Regelversorgung:* Zusätzlich wurden acht türkischsprachige Allgemeinmediziner, die Schweizer Regionalgruppe des Deutsch-Türkischen Arbeitskreises für türkischsprachige PsychotherapeutInnen sowie 9 Sozialarbeiter in Zürich über die Kurse informiert. Diese Intervention zeigte jedoch keinen konkreten Effekt auf die Rekrutierung.
- 8) *Setting-Ansatz für die Durchführung der Kurse:* Um eine hohe Akzeptanz erzielen zu können, wurde den Organisationen und Gruppierungen eine grösstmögliche Entscheidungsfreiheit über die Kurstage und Kurszeiten überlassen. Um die Kurse in einem informellen und vertrauten Rahmen anzusiedeln wurden die Rauchstopptherapie-Interventionen schliesslich auf Wunsch der Kursteilnehmenden in den Räumlichkeiten der Vereine und Gruppierungen selber durchgeführt.

Durch dieses Paket von Massnahmen wurde das Thema Rauchen und Rauchstopp in verschiedenen Gemeinschaften aktuell und kreierte eine Eigendynamik, welche wiederum das Interesse an einer Teilnahme an den Rauchstopp-Kursen weckte. Diese Eigendynamik (Mund zu Mund Propaganda) hatte auch zur Folge, dass Anfragen für Kurse aus der ganzen Schweiz an uns gelangten, die wir jedoch nicht alle berücksichtigen konnten, da wir nur ein sample von insgesamt 60 Personen in die Gruppen- und Einzeltherapien einschliessen konnten. Dennoch entschlossen wir uns, uns nicht wie vorgesehen auf den Raum Zürich zu beschränken und berücksichtigten diejenigen Interessierten, welche sich zuerst meldeten. Diese Strategie hatte auch damit zu tun, dass wir den Vorlauf für die Rekrutierung im Sinne der Vertrauensbildung unterschätzt hatten und sich die zeitlichen Investitionen für die informellen und formellen Kontaktaufnahmen als aufwändiger als erwartet zeigten. So wollten wir die Kurse möglichst rasch durchführen, um zeitlich nicht zu stark in Verzug zu kommen. Schliesslich wurden in Zürich zwei, in Basel zwei und in Winterthur ebenfalls zwei Kurse durchgeführt. Die Einzelinterventionen fanden in Niederhasli (Ehepaar) und in Zürich (drei Personen) statt. Für Einzeltherapien entschieden sich also insgesamt nur 5 Personen. Alle wollten eigentlich an einer Gruppe teilnehmen und sie entschieden sich nur für eine Einzeltherapie, weil im Moment gerade keine Gruppe startete.

3. Einzeltherapien

3.1. Sample

Die Einzeltherapien wurden mit insgesamt 5 Personen durchgeführt³.

Alter (Frauen)	Alter (Männer)	Ort	Beziehungsstruktur	
	45 (13)	Stadt Zürich	Mitglied eines Kulturvereins mit Rauchstoppkurs	
53 (14)		Stadt Zürich	Mitglied eines Kulturvereins mit Rauchstoppkurs	
36 (28)		Stadt Zürich	Mitglied eines Kulturvereins mit Rauchstoppkurs	
	29 (26)	Niederhasli	Freundschaftliche Beziehung zum Kursleiter (Ehepartner von Probandin Nr. 27)	
24 (27)		Niederhasli	Freundschaftliche Beziehung zum Kursleiter (Ehepartnerin von Proband Nr. 26)	

3.2. Ablauf der Einzeltherapien

Die Struktur der Einzeltherapien war analog zu den Gruppentherapien aufgebaut, und auch die Unterlagen, die verwendet wurden, waren aus dem gleichen Manual. Es wurde jeweils wöchentlich eine Sitzung abgehalten, die ganze Therapie dauerte vier Wochen.

³ In der Rubrik Alter der folgenden Tabelle ist in Klammer jeweils auch die Probandennummer aufgeführt

3.2.1. Session 1

The Session starts with a brief description of the course and general information about ISGF and TPF. Then we talk about the ingredients of the cigarette, how nicotine becomes addiction and NRT products. I also show the video "Puppet the Addict". After that, I explain the cigarette protocols and we fill the t1 and "Standortbestimmung". I ask the participant smoke consciously. The first session takes about 45 minutes to an hour.

3.2.2. Session 2

Session 2 is the Quit Day. The participant brings the NRT product that s/he wants to use (if they want to use). I give more information about the product and how to use it. I show the 7 minute video "smoking kills". We talk about nicotine withdrawal symptoms and how to cope with them. We also talk about the difficulties of the first week without smoking. We discuss alternatives to smoking. I explain that the duration of the craving is about 5 minutes. If the participant skips that time with an alternative occupation, s/he would be OK for about one to two hours. I give the supporting documents to the participant to read later. At the end of the day the participant smokes her/his last cigarette with the "smoke holding" technique. The second session takes about 45 minutes.

3.2.3. Session 3

Session 3 starts with the feedback from the participant regarding how s/he coped with not smoking. The participant explains what alternatives s/he found instead of smoking. We talk about the risk of relapse and how to prevent relapse. We also talk about the difficulties waiting for the participant for the next couple of weeks. The session takes about 30 minutes.

3.2.4. Session 4

Session 4 is the last session. We talk about the participant`s experiences and how s/he cope with nicotine withdrawal symptoms. Relapse and relapse prevention is another issue. The session takes about 30 minutes.

3.3. Erfahrungen und Ergebnisse

Der Leiter berichtet über den Vorteil, mehr Zeit für die Bedürfnisse der Einzelpersonen gehabt zu haben, jedoch auch über folgenden paradoxen Effekt: Zwar war so eine offene-

res Sprechen über Schwierigkeiten (auch schambesetzte) möglich, jedoch standen so keine direkten Beispiele anderer Betroffener zur Verfügung. Die Ergebnisse zeigen, dass eine positive Wirkung dieser Einzeltherapien vorhanden war: 4 Personen sind seither Nichtraucher und eine Person ist Raucher geblieben, hat jedoch den Zigarettenkonsum reduziert.

4. Gruppentherapien

4.1. Sample

Die Rauchstopptherapien wurden insgesamt mit 6 verschiedenen Gruppen durchgeführt. Die Gruppenzusammensetzung gestaltete sich wie folgt⁴:

Gruppe 1

Alter (Frauen)	Alter (Männer)	Ort	Beziehungsstruktur	
32(01), 34(02), 42(06)	24(05), 43(04), 47(03)	Stadt Zürich	02,03,04 = <i>strong ties</i> (Vereinsmitglieder, Freunde) 05,06 = <i>medium ties</i> (ArbeitskollegInnen)	

Gruppe 2

Alter (Frauen)	Alter (Männer)	Ort	Beziehungsstruktur	
20(08), 30(10), 35(07)	33(12), 36(09), 40(11)	Stadt Basel	Alle = <i>strong ties</i> (Vereinsmitglieder, Freunde) 10,11 = Ehepaar 8,12 = Lebenspartner	

⁴ In der Rubrik Alter der folgenden Tabelle ist in Klammer jeweils auch die Probandennummer aufgeführt.

Gruppe 3

Alter (Frauen)	Alter (Männer)	Ort	Beziehungsstruktur	Bemerkung
27(23) 30(21) 48(20)	22(18) 29(17) 33(19) 34(24) 42(25) 49(16)	Stadt Zürich	Alle = <i>strong ties</i> (Vereinsmitglieder, Freunde) 20&22 = Ehepaar 17&21 = Kinder von 20&22 16 = Vorgesetzter von 18	22 und war bereits vor Kursbeginn NichtraucherInnen und wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

Gruppe 4

Alter (Frauen)	Alter (Männer)	Ort	Beziehungsstruktur	
42(33) 46(37) 50(38)	42(32,36) 43(29) 45(30) 46(31,34) 49(39) 54(35)	Winterthur	Alle = <i>strong ties</i> (Vereinsmitglieder, Freunde) 32&33 = Ehepaar	

Gruppe 5

Alter (Frauen)	Alter (Männer)	Ort	Beziehungsstruktur	
40(51)	29(52) 37(43) 41(40,44) 43(46) 44(48,50) 49(41,49) 52(42) 54(45) 60(47)	Stadt Basel	Alle = <i>strong ties</i> (Vereinsmitglieder, Freunde)	

Gruppe 6

Alter (Frauen)	Alter (Männer)	Ort	Beziehungsstruktur	
38(53) 40(54,64) 43(57,60,63), 44(58,62) 45(56) 53(61), 57(55)		Winterthur	Alle = <i>strong ties</i> (Vereinsmitglieder, Freunde)	59 und war be- reits vor Kursbe- ginn Nichtraucherin und wur- den aus der Ana- lyse ausge- schlossen.

Die Gruppen werden im Folgenden im Hinblick auf Ihre Zusammensetzung betreffend Altersklassen, das Geschlechterverhältnis und die Beziehungsstrukturen beschrieben:

Alle Gruppen waren im Hinblick auf die **Altersklassen** relativ homogen. In einer Gruppe waren die Eltern und Ihre beiden Erwachsenen Kinder anwesend. Diese weitgehende Homogenität hat sich bewährt, da dadurch die Gespräche nicht durch Respektsbeziehungen gestört wurden. Eine totale Homogenität betreffend Altersklassen konnte jedoch nicht eingehalten werden, da die Gruppen selber die Präferenz der *peer group* vor die Altersklasse stellten.

Im Hinblick auf das **Geschlechterverhältnis** ergibt sich ein ähnliches Bild. Die Gruppen waren in der Regel gemischt, jedoch mit einem überwiegenden Männeranteil. In einer Gruppe waren gleich viele Männer wie Frauen und eine Gruppe war eine reine Frauengruppe. Wiederum spiegelt sich in dieser Zusammensetzung die erste Priorität der Gruppen: Sie strukturierten die Gruppen nach dem *peer group* Prinzip auf der Basis Ihrer Vereine. Dabei handelte es sich um religiöse Vereine, Kulturvereine und politische Gruppierungen sowie um einen reinen Frauenverein, der sich von der sozioökonomischen Position und im Hinblick auf die Vulnerabilität etwas von den anderen Gruppen unterscheidet, da es sich dabei um etwas besser gestellte Frauen aus dem kemalistisch-modernistischen Milieu handelte. Interessant ist, dass die Frauengruppe explizit den männlichen Kursleiter wählte (da sie ihn über eine Informationsveranstaltung kennen gelernt hatten), obwohl auch eine Frau als Leiterin zur Verfügung gestanden hätte. Offenbar stellte der erste persönliche Kontakt hier bereits die Weichenstellung für die Präferenz.

Beziehungsstrukturen: Die Gruppen waren fast ausnahmslos aus Personen zusammengesetzt, die sich bereits im Vorfeld gut kannten, die sich in den meisten Fällen als Freunde bezeichnen (insgesamt nahmen ausserdem 4 Paare an den Interventionen teil) und die innerhalb der Vereinsstrukturen als *peers* bezeichnet werden können. Diese star-

ken persönlichen Beziehungen (*strong ties*⁵) dürften vermutlich einen nicht zu unterschätzenden Vorteil in der erfolgreichen Teilnahme an den Rauchstoppkursen eingenommen haben (vgl. Schnoz, Schaub et al. 2008). Wie an anderer Stelle ausgeführt (vgl. Pfluger et al. 2008), weist auch eine neue internationale Studie zur Allgemeinbevölkerung der USA von Christakis & Fowler (2008) auf die enge Korrelation zwischen erfolgreichem Rauchstopp und sogenannten „*strong ties*“ und „*peer support*“ hin. Die Daten aus dieser Studie zeigen, dass sich in lokalen Netzwerken eigentliche Rauchstopp-Kaskaden bilden. Dies bedeutet, dass der Rauchstopp-Entscheid in der Regel nicht individuell, sondern kollektiv vollzogen wird und zwar von Personen, die mit einander in direktem Kontakt stehen. Für den Ausstieg sind vor allem die sozialen Normen zentral, die in diesen Netzwerken zirkulieren (ebd.). Ausstiegsprogramme sind entsprechend erfolgreicher, wenn sie mit *peer support* arbeiten. Dabei ist entscheidend, dass dieser *peer support* so angelegt ist, dass die Regeln des persönlichen Netzwerkes verändert (ebd.). Die Langzeitergebnisse legen den Schluss nahe, dass sich auf Grund der Kaskaden-Effekte auch Investitionen für Interventionen in kleineren Gruppen der Gesamtbevölkerung lohnen (ebd.). Der erzielte Normenwandel in kleinen Netzwerken kann somit einen grossen Einfluss auf weitere Personen haben, die mit diesem kleinen Netzwerk sozial verbunden sind. Zusammenfassend kann man sagen, dass ein eigentlicher Normenwandel durch die gezielte Verbreitung von neuen Normen in kleinen Netzwerken gestartet werden kann, die dann eine Eigendynamik entwickeln und den Wandel multiplizieren.

4.2. Kursablauf

Die Interventionsblöcke werden im Folgenden beschrieben und die gewonnen Erkenntnisse im Hinblick auf zentrale Elemente für eine Weiterführung sowie hinsichtlich des Adaptationsbedarfs verwertet (Vgl. auch Schnoz, Schaub et al. 2008).

4.2.1. Vorbereitungen

Für die ProbandInnen wurden im Vorfeld des ersten Therapietages persönliche Ordner erstellt. Das Titelblatt zierte ein siegreicher Boxer, welcher über eine geschlagene Zigarette triumphiert. Die Zeichnung wurde wieder vom türkischsprachigen Cartoonisten entworfen und erzielte bei den TeilnehmerInnen eine grosse Akzeptanz. Neben dem Namen des jeweiligen Probanden wurde auch derjenige des entsprechenden Vereins aufgeführt, wel-

⁵ Als *strong ties* werden in der Netzwerkforschung folgende Beziehungen benannt: „...the strength of a tie is a (probably linear) combination of the amount of time, the emotional intensity, the intimacy (mutual confiding), and the reciprocal services which characterize the tie. Each of these is somewhat independent of the other, though the set is obviously highly intercorrelated.“ (Granovetter 1973:1361, zit. nach Moret & Dahinden 2008))

cher die Infrastruktur zur Verfügung stellte. Auf diese Weise wurde eine Personalisierung der Unterlagen angestrebt. Diese kleinen aber feinen Details stiessen bei den ProbandInnen auf besonderen Anklang und unterstützten nach der Einschätzung des Kursleiters deren *compliance*.

4.2.2. 1. Intervention: Vorstellungsrunde und Administration

Schwerpunkte: Vorstellungsrunde Einführung in das Projekt und Ausfüllen des Fragebogen t1

Der Therapiebeginn begann mit einer kurzen Vorstellung des Rauchstopptherapeuten, der beteiligten Institutionen und Organisationen (Tabakpräventionsfonds, des ISGF/Krebsliga Zürich) sowie des Projektes im Allgemeinen. Um mit traditionellen, autoritären Rollenmustern von Lehrpersonen zu brechen definierte sich der Rauchstoppleiter explizit nicht als Lehrer und bat die TeilnehmerInnen, ihn auch nicht als solchen zu verstehen. Vielmehr stellte er sich als Unterstützer im Bestreben Rauchfreiheit zu erlangen vor. Da der genossene Bildungsstil von vielen türkischsprachigen TeilnehmerInnen durch eine ausgesprochen autoritäre Form gekennzeichnet war⁶, wurde es vom Therapeuten als immanent wichtig betrachtet, diese Vorstellung von Anfang an aus dem Weg zu räumen, da durch sie eine passive und rein rezipierende Haltung der ProbandInnen impliziert würde, die sich in folgendem fiktiven Zitat besonders gut veranschaulichen lässt: „*Jetzt bin ich in diesen Kurs gekommen und der Leiter macht jetzt, dass ich mit dem Rauchen aufhören werde.*“ Um die partizipative Struktur des Therapieablaufs zu unterstreichen und die interaktive *health literacy* zu fördern, wurde dies explizit von Therapeuten angesprochen und erklärt. Mit dem Hinweis, er sei kein Magier sondern ein Helfer für die Personen, welche in ihren Bestrebungen unterstützt werden wollen, schuf er nach eigenem Empfinden auch einen erleichterten Zugang zur Gruppe. Ausserdem legte er damit die Strukturen für einen Kursverlauf, der für einen wirksamen Rauchstopp die persönliche Motivation und die Entscheidungsfreiheit der TeilnehmerInnen ins Zentrum rückte. Der Rauchstopp wurde als Kampf dargestellt, bei dem es wichtige Taktiken zu kennen gelte, um die Erfolgsrate optimal zu steigern. Als erste dieser Taktiken stellte der Therapeut die Selbstkontrollblätter vor. Die ProbandInnen wurden darauf hingewiesen, dass die Führung dieser Kontrollblätter kein Obligatorium sei, aber dass es eine gute Hilfe darstelle, um sich das eigene Rauchverhalten bewusst zu machen. Um den freiwilligen Charakter hervor zu heben und die Verantwortung für das Vorhaben rauchfrei zu werden an die ProbandInnen zu übertragen, betonte der Rauchstoppleiter, dass er nicht von ihnen verlange sofort mit dem Rauchen aufzuhören, aber sie bitte, sich in Zukunft beim Rauchen nur noch auf das Rauchen als eigentliche Tätigkeit zu konzentrieren und keiner anderen Handlung (wie Auto-

⁶ Zum autoritären und rezeptiven Bildungsstil in der Türkei vgl. auch http://www.lehrer-info.net/kompetenz-portal.php/cat/17/aid/75/title/Schulsystem_Turkei

fahren, Lesen, etc.) parallel nach zu kommen. Die TeilnehmerInnen sollten sich bewusst werden, wieso, wann und in welcher Situation sie rauchen. Die Führung des Selbstkontrollblattes wurde dabei von den meisten ProbandInnen als sehr hilfreich empfunden.

In der ersten Therapiesitzung wurden ausserdem die allgemeinen Kurstipps verteilt, die erste Standortbestimmung durchgeführt und schliesslich das Kohlenmonoxid (CO)-Messgerät erklärt und die Werte von allen ProbandInnen gemessen. Das Messgerät erweckte bei den ProbandInnen grosse Neugierde und beeindruckte die meisten TeilnehmerInnen durch seine Unbestechlichkeit. Scherzhaft wurde es von einigen ProbandInnen auch als „Lügendetektor“ bezeichnet, da damit das Rauchverhalten innerhalb der letzten ein bis zwei Tage gemessen werden kann. Vor allem im späteren Verlauf der Therapie erwies sich das CO-Messgerät als grosse Motivationshilfe, die gesetzten Ziele zu erreichen. So fand zwischen den meisten ProbandInnen ein regelrechter Wettbewerb statt, wer die tiefsten CO-Werte erzielt und damit wer seine Rauchstopppziele erreicht und durchzuhalten vermochte.

Die gesamte Therapie wurde metaphorisch als Besteigung des Weges zur „Yayla“ (analog zum schweizerischen „Maiensäss“) beschrieben, den es gemeinsam zu meistern gilt. Zusätzlich wurde eine Videoaufnahme der türkisch-britischen Theaterintervention „*Tiryaki Kukla*“ (Die süchtige Puppe) gezeigt (vgl. Stevens et al. 2002). Diese Präventionsintervention lehnt an eine alte Tradition des türkischen Puppenspiels an und stiess bei den ProbandInnen auf grosse Akzeptanz.

Die erste Therapieintervention war des Weiteren zu einem beachtlichen Teil mit dem Ausfüllen des t1-Fragebogens belegt. Durchschnittlich nahm diese – für die Evaluation unverzichtbare – Tätigkeit ca. 30 Minuten in Anspruch. Die fehlende *literacy*, welche bei einigen ProbandInnen festgestellt werden musste, zeigte sich vor allem darin, dass die Aufgabe den Fragebogen t1 auszufüllen von den ProbandInnen als aufwändig empfunden wurde. Ausserdem war es wichtig, das Ausfüllen durch den Rauchstoppleiter zu begleiten und wo nötig Verständnisschwierigkeiten auszuräumen.

Im späteren Verlauf wurde – vermutlich ebenfalls aus Gründen der mangelnde *literacy* – die Form der vorherrschenden Informationsvermittlung in schriftlicher Form kritisch von den ProbandInnen bewertet. Viel mehr wünschten sie sich zusätzliche oder alternative audiovisuelle Medien für die Vermittlung von sucht- oder tabakspezifischen Informationen. Diesem Wunsch wurde sukzessive nachgekommen und die Kursverläufe in späteren Kursen entsprechend mit mehr audiovisuellen Inhalten angereichert.

Die Durchführung von (Rauch-) Pausen wurde den individuellen Gruppenbedürfnissen angepasst. Einige Gruppen entschieden sich zu Beginn für Pausen, andere dagegen. Der Einsatz eines ekelerzeugenden Konfitürenglases mit den Zigarettenstummeln wurde aus dem Kursmanual gestrichen, da es von den TeilnehmerInnen nicht akzeptiert wurde.

4.2.3. 2. Intervention: „Kenne Deinen Feind“

Schwerpunkte: Informationsvermittlung (Wirkung des Nikotins, der Ersatzprodukte, grundlegende biomedizinische Prozesse, die durch das Rauchen beeinflusst werden), Instrumente der Selbstkontrolle und „Kenne Deinen Feind“

Der zweite Therapietag wurde vom Therapeuten als der eigentliche Kurs- bzw. Therapiebeginn vorgestellt. Die zweite Intervention stand vor allem unter dem Zeichen der Vermittlung und Diskussion über die Inhaltsstoffe der Zigarette. Dieses Thema weckte ein starkes Interesse unter den TeilnehmerInnen. In diesem Zusammenhang wurden ebenfalls Nikotinersatzprodukte vorgestellt und auch diese stiessen meist auf grosses Interesse.

Die grösste Hürde im Zusammenhang mit der Benutzung von Nikotinersatzprodukten ergab sich für die ProbandInnen aus der Tatsache, dass diese Produkte nicht kostenlos – zumindest für eine bestimmte Zeit – angeboten werden. Auffällig war ausserdem, dass mehrere Personen angaben, bereits einmal Nikotinersatzprodukte ausprobiert zu haben, jedoch hätten diese nicht geholfen. Bei der näheren Beschäftigung mit der Problematik zeigte sich bei fast allen Fällen, dass die Produkte (hauptsächlich Nikotinkaugummi) nicht sachgemäss von den ProbandInnen verwendet worden waren. Dies führte die ProbandInnen zum vermeintlichen Schluss, dass die Nikotinersatzprodukte unnütz seien. Der Rauchstoppleiter erklärte die korrekte Verwendung der Produkte und löste damit einen grossen Aha-Effekt bei den Betroffenen aus. Diese Erkenntnis veranschaulicht plastisch, dass auf Grund der mangelhaften *health literacy* professionelle Unterstützung bei Rauchstoppinterventionen von Nöten ist, um optimale Erfolgchancen zu generieren.

Die Informationen über die Inhaltsstoffe der Zigaretten, lösten unter den Probanden in den meisten Fällen Überraschung und Verwunderung aus. Der Eindruck, welcher bei einigen ProbandInnen hinterlassen wurde war so stark, dass sie bereits zu diesem Zeitpunkt bekundeten, mit dem Rauchen aufhören zu wollen. Im Zusammenhang mit den Inhaltsstoffen wurden vor allem plastische Beispiele von den ProbandInnen als besonders eindrücklich empfunden: So kannten beispielsweise viele das Gift „Blausäure“ aus Berichten über die Vergasung von Opfern des Naziregimes im 2. Weltkrieg oder als Inhaltsstoff von Rattengift und zeigten sich schockiert über die Information, dass mit Zigarettenrauch bis zu 4000 verschiedene, gesundheitsschädigende Stoffe inhaliert werden – u.a. Blausäure. Über Nikotin als ein Stoff, „*der irgendwie macht, dass man Rauchen will*“ waren viele ProbandInnen vage informiert, auch als abhängig erkannten sich einige an. Über keine oder sehr bescheidene Kenntnisse verfügten die TeilnehmerInnen aber in Bezug auf die Wirkungsweise von Nikotin auf das Belohnungszentrum im Gehirn. Diese Mechanismen wurden vom Therapeuten erklärt und mittels Metaphern erläutert. Diese Art der Wissensvermittlung erwies sich als sehr gut verständlich für die ProbandInnen. Um die Vermittlung möglichst lebhaft zu gestalten, wurde das Nikotin als Feind beschrieben, welcher Kontrolle über die Gehirnzellen erlangen will, welche für die Belohnung zuständig sind. Das Nikotin nimmt demnach die Gehirnzellen gefangen und bringt sie dazu, nur noch Belohnungsgefühle senden zu können, wenn sie durch Nikotinzufuhr entsprechend animiert werden.

Weiter erklärte der Rauchstoppleiter, dass Nikotinersatzprodukte wie Champix oder Zyan eine Art Glaskuppel über die Gehirnzellen stülpten und das Nikotin aus den Zigaretten an diesen Kuppeln abpralle. Bei den Nikotinpräparaten hingegen würden die Zellen weiterhin mit Nikotin versorgt, aber ohne die schädlichen Nebenwirkungen des Tabakrauchs. Diese Art der Informationsvermittlung stiess bei den TeilnehmerInnen auf grosse Akzeptanz.

Gänzlich neu war für die TeilnehmerInnen die Rolle des Kohlenmonoxids. Um die Wirkungsweise anschaulich zu vermitteln erklärte der Leiter, dass der Sauerstoff den Treibstoff des Körpers darstelle und das Kohlenmonoxid die Aufnahme dieses Treibstoffs im Körper vermindere. Aus diesem Grund würden beispielsweise Kurzatmigkeit und das Gefühl der Energielosigkeit durch das Rauchen unterstützt. Speziell dieser letzte Punkt des verringerten Treibstoffgehalts des Körpers durch das Rauchen, motivierte die TeilnehmerInnen zusätzlich, mit dem Tabakkonsum aufzuhören. Ebenfalls sehr eindrücklich wirkten Informationen über die „Lüge“ welche die Zigarette im Gehirn auslöse. So wurde beispielsweise erklärt, dass Raucherin/der Raucher sich schneller gestresst fühle, weil der absinkende Gehalt an Nikotin im Körper eine Stressreaktion hervorrufe. Durch das Zuführen von Nikotin würde dieser Stress temporär reduziert, was die Raucherin/der Raucher dann als entspannend empfinde. Eine Nichtraucherin/ein Nichtraucher habe jedoch grundsätzlich einen niedrigeren Stresslevel, weil sie/er die Nikotinsucht des Körpers nicht „füttern“ müsse. Der Stresslevel wurde, zur Verständniserleichterung dabei anhand einer Skala von 1 bis 10 veranschaulicht.

Solche visuell untermalten Inhalte wurden stets mittels praktischen Alltagsbeispielen angereichert und bewusst auf einem leicht verständlichen Niveau gehalten. Die Informationen stiessen auf diese Weise auf Interesse der ProbandInnen und wurden sehr gut verstanden und akzeptiert. Es zeigte sich dabei wiederholt, dass das Wissen über die Abhängigkeitsmechanismen des Rauchens, sowie über die spezifischen Folgen des Rauchens weitgehend, oder zumindest grösstenteils unbekannt war.

Zusammenfassend lies sich vor allem festhalten, dass die Vermittlung der Informationen auf einer einfachen, bildlichen und oft metaphorisch angereicherten, mit Beispielen ausgeschmückten Ebene erfolgen musste, um die intendierte Resonanz bei den Rezipienten zu erzielen. Die schauspielerische Erfahrung⁷ des Rauchstoppleiters war hier nach seinem eigenen Eindruck sehr hilfreich.

Neben der Informationsvermittlung wurden im Rahmen der zweiten Intervention die ersten Erfahrungen mit dem Selbstkontrollblatt gesammelt und in der Gruppe diskutiert. Diejenigen Personen, welche es benützten berichteten rückblickend in der Regel davon, dass die Führung des Kontrollblattes unterstützend darin wirkte, bewusster und vor allem weniger zu Rauchen. Die Verpackungsmethode (Selbstkontrollblatt um die Zigarettenschachtel wickeln) wurde dabei allerdings unterschiedlich empfunden. Einigen ProbandInnen half

⁷ Der Rauchstoppleiter fungierte als einer der beiden Protagonisten in der Rauchstopp-Intervention „Tyriaki Kukla“ in Grossbritannien(vgl. Stevens et al. 2002).

es, ihren Tabakkonsum zu reduzieren, weil die Zigarettenpackung zuerst ausgepackt und danach noch der Eintrag ins Kontrollblatt getätigt werden musste. Andere wiederum benutzten das Kontrollblatt zwar regelmässig, aber ohne es als Verpackungsmaterial zu verwenden und wieder andere gaben zu, sich zu schämen, ihre Zigaretten jedes Mal auszuwickeln, bzw. einen Eintrag ins Selbstkontrollblatt zu schreiben.

Das Arbeitsblatt zum Thema „*Auslöser, und Funktion des Rauchens*“ erwies sich für die vorliegende Zielgruppe als ungeeignet. Grundsätzlich wurde es als zu theoretisch empfunden und in Folge dessen wurde vom Therapeuten auf dessen Verwendung weitgehend verzichtet. Es zeigte sich, dass das Selbstkontrollblatt von den ProbandInnen mehrheitlich bevorzugt wurde, um sich mit der Thematik auseinander zu setzen. Anhand dieses Beispiels liess sich sehr gut erkennen, dass die Motivation, an der Therapie aktiv zu partizipieren und sich mit den eigenen Abhängigkeitsmechanismen auseinander zu setzen vor allem dann vorherrschte, wenn die Vermittlungstechnik den Bedürfnissen der TeilnehmerInnen entsprach und aktives Handeln mit einbezog.

Um den ProbandInnen genug Zeit zu geben, sich Nikotinersatzprodukte – insbesondere auch solche, die rezeptpflichtig sind – besorgen zu können, wurde der Rauchstopp in der Regel auf den 4 Kurstag verlegt. Ein weiterer Grund war indessen aber auch die Tatsache, dass der grosse Teil des ersten Kurstages für administrative Aufgaben verwendet werden musste.

Da die Kosten für Nikotinersatzprodukte viele ProbandInnen abschreckte, wurde eine Kostenrechnung erstellt, die aufzeigen sollte, dass durch den Verzicht auf den Kauf von Zigaretten viel Geld gespart wird, welches teilweise in Nikotinersatzprodukte investiert wurde. Diese, an sich plausible Kosten-Nutzen-Rechnung wurde jedoch von vielen ProbandInnen nicht als alltagstauglich empfunden. Dies war vornehmlich auf zwei verschiedene Gründe zurückzuführen:

1. war die einmalige Zahlung für Nikotinersatzprodukte wesentlich höher als jene für eine Packung Zigaretten und
2. gaben mehrere TeilnehmerInnen an, dass sie nichts von dem Geld verlieren wollten, welches sie durch den Rauchstopp einsparen konnten.

Schliesslich wurde vom Raustoppleiter erklärt, welche Veränderungen durch einen Rauchstopp in den ersten Tagen, Wochen und später Monaten zu erwarten sind. Vor dem Ende des zweiten Kursabends wurde den TeilnehmerInnen der Test „Wieso rauche ich?“ als Hausaufgabe mitgegeben.

4.2.4. 3. Intervention: Letzte Vorbereitungen für den Rauchstopp

Schwerpunkte: Informationsvermittlung (Nikotinersatzprodukte), detaillierte Besprechung der ersten möglichen Entzugssymptome

Die Grundlage der dritten Intervention bildete die minutiöse Vorbereitung des Rauchstopps und der zu erwartenden Entzugssymptome. Um letzteren möglichst effizient entgegenwirken zu können, wurde die sachgemässe Anwendung von verschiedenen Nikotinersatzprodukten im Detail besprochen und erklärt. Die TeilnehmerInnen wurden darauf vorbereitet, dass die ersten drei Wochen, das stärkste Durchhaltevermögen erforderten und wie man sich optimal darauf vorbereiten kann. Durch die Informationsvermittlung der zu erwartenden Symptomatiken und praktischen Tipps (z.B. dass heftige „Lust-Attacken“ (*craving*) zu Rauchen, meist innert weniger Minuten abklingen) wurde den RaucherInnen der Eindruck vermittelt, dass die Entzugssymptome, ganz normal seien und sich nach einiger Zeit verflüchtigen werden. Besonders hilfreich waren alltagsnahe Ratschläge für die ProbandInnen. Beispielsweise wurde den RaucherInnen geraten, falls das Bedürfnis Zigaretten zu kaufen übermächtig werde, sich diese nicht in der nächstgelegenen Verkaufsstelle zu besorgen, sondern ein Stück weiter zu gehen. Dieser Ratsschlag verhalf z.B. einem Probanden später dazu eine starke Rückfallgefährdung mit knapper Not zu überwinden, da er sich immer wieder entschloss, noch einen Laden weiter zu warten, bis er schliesslich sein Verlangen nach einer Zigarette unter Kontrolle bringen konnte.

Um die Entscheidung für den Rauchstopp zu stärken bzw. diese zu begünstigen, wurde das Thema Selbst- und Fremdwahrnehmung mit in den Kurs einbezogen. Auf einem Foto wurde eine Frau gezeigt, die raucht und dieses Bild wurde eingehend besprochen. Es schreckte die meisten ProbandInnen (vor allem die Frauen) eher ab, da man den Kopf der Frau vor lauter Rauchschwaden fast nicht erkennen konnte. Danach wurde ein Bild aus der Ich-Perspektive der rauchenden Frau gezeigt, auf dem man die Hand mit der Zigarette erkennen konnte. Auf einem weiteren Bild wurde anschliessend die selbe Frau (aus Fremdperspektive) präsentiert, jedoch rauchfrei. Dieses Foto wurde von den TeilnehmerInnen in der Regel als viel attraktiver und sympathischer wahrgenommen und konnte somit helfen ein neues Rollenverständnis als zukünftige NichtraucherIn zu vermitteln. Diese Verfahren – und die daraus entstandene Diskussion – schien insbesondere die Frauen in den Gruppen positiv anzusprechen und zu motivieren, aber auch die meisten Männer reagierten positiv auf den Bildervergleich.

Um die *health literacy* bezüglich des Tabakkonsums weiter zu verbessern, wurden Unterlagen besprochen, die Auswirkungen des Tabaks auf verschiedene innere Organe thematisierten. Hier zeigte sich wiederholt, dass die ProbandInnen weder über das biomedizinische anatomische Basiswissen⁸ noch über viele Folgeschäden des Zigarettenkonsums

⁸ Insbesondere die klare Trennung in Leber und Lunge wurde von den Teilnehmenden oft nicht vollzogen. Dies hat damit zu tun, dass in den Laienkonzepten und auch sprachlich im Türki-

Bescheid wussten. In der Regel, war ein vages Wissen über die Schädlichkeit für die Lunge, sowie das Herz-Kreislauf-System vorhanden. Auswirkungen auf andere Organe (Gehirn, Bauchspeicheldrüse, etc.) waren aber grösstenteils neu für die KursteilnehmerInnen.

Am dritten Kurstag wurden ausserdem viele schriftliche Informationen verteilt, die den ProbandInnen helfen sollten, die besprochenen Inhalte in Ruhe und bei Bedarf zu repetieren – insbesondere in sog. „*schwachen Momenten*“. Besonders wichtig war für die ProbandInnen ausserdem, dass sie über die, möglichen, auftretenden Symptome unterrichtet wurden und darüber, wie lange diese in der Regel anhalten. In der damit verbundenen Diskussion erklärten viele TeilnehmerInnen, dass sie bei früheren Rauchstoppversuchen, wieder angefangen hatten zu rauchen, weil sie nicht wussten, dass diese Symptome normal und vor allem lediglich vorübergehend sind. Als sehr hilfreich wurde von den ProbandInnen eine Liste beurteilt, die Auskunft über verschiedene Entzugssymptomatiken gab, welcher Prozentsatz darunter erwartungsgemäss leidet und wie lange diese in der Regel anhalten. Dies veranschaulicht sehr deutlich, wie wichtig die Vermittlung einer entsprechenden *health literacy* an die Untersuchungsgruppe ist, um deren Chancen auf einen erfolgreichen Rauchstopp zu erhöhen.

Als besonders erheiternd wurde eine kleine schauspielerische Einlage des Rauchstoppleiters empfunden, in welcher er die Lust nach einer Zigarette – symbolisch als Monster – mimte. Diese komme dann wenn man es am wenigsten erwarte und versuche der Nichtraucherin/dem Nichtraucher einzulüsteren, dass sie/er rauchen solle. Dieses „*Monster*“ komme immer wieder, allerdings in wachsenden Abständen, je länger man rauchfrei bleibe. Diese Theatereinlage des Monsters, welches dem Nichtraucher/der Nichtraucherin von hinten eindringliche einflüstert, er/sie wolle eine Zigarette rauchen, lockerte den Kurs auf. Wiederum wurde hier auf das türkische Puppenspiel Bezug genommen, und damit auf eine ein breit akzeptiertes Medium, das ursprünglich dazu diente, gesellschaftskritische oder normative Informationen in der breiten Bevölkerung zu verbreiten.

Auf Grund der vielfach geäusserten Bedürfnisse, mehr audiovisuelle Hilfsmaterialien im Kurs zu verwenden, wurden die Interventionen laufend durch neues Material aufgewertet, welches im Zusammenhang mit weiterführenden Recherchen ausfindig gemacht werden konnte. Ab der dritten Gruppe wurde diesbezüglich eine türkische Adaption des Antitabakvideos „*Smoking kills*“⁹ gezeigt, welches einer britischen Präventionskampagne entstammt. Bei den meisten ProbandInnen löste es grosse Betroffenheit aus und schien gemäss dem Kursleiter ihren Entschluss, mit dem Rauchen aufzuhören, merklich zu verstärken.

schen Leber (*karaciger*) und Lunge (*akciger*) zum selben Organkomplex gehören und zusammen mit dem Herz (*kalp*) auch undifferenziert als „ciger“ bezeichnet werden, um die lebenswichtigen Teile des Körpers zu benennen. Damit sind dann v.a. in bildungsfernen Schichten die lebenswichtigsten Organe bezeichnet ohne weiter zu differenzieren. (vgl. dazu auch Salis Gross et al. 1997)

⁹ <http://www.youtube.com/watch?v=R2Lztfzr-Zo&feature=related>

4.2.5. 4. Intervention: Rauchstopptag

Schwerpunkte: Rauchstopp, positive Konnotation (kein Verzicht auf Tabak, sondern der Beginn eines neuen Lebens), Grundsätzliches zur Rückfallprävention

Die meisten Personen hörten – zumindest vorübergehend – mit dem Rauchen auf (vgl. Schnoz, Schaub et al 2008). Der Rauchstopp wurde in der Regel gemeinsam durchgeführt, stark ritualisiert und mit einem feierlichen Ambiente verbunden. Vielfach erwies sich die „Rauchhaltemethode“¹⁰ als sehr hilfreich. Der Moment des Rauchstopps wurde gemeinsam und symbolisch als zweiter Geburtstag gefeiert und die TeilnehmerInnen dazu ermahnt, diesen Tag als einen sehr Speziellen in Erinnerung zu behalten. Der Rauchstoppleiter wünschte allen ein „*happy birthday*“ und vermittelte ihnen, dass sie nun – metaphorisch – den Kampf gegen die Nikotinsucht beginnen, und den sie wahrscheinlich gewinnen werden. Besonders betont wurde dabei, dass man sich auch an den kurzfristigen Erfolgen freuen und sich dafür belohnen sollte. Dazu wurde z.B. ausdrücklich empfohlen, dass eingesparte Geld bei Seite zu legen und sich damit etwas zu gönnen – z.B. ein gutes Essen. Bedacht sollte allerdings werden, dass die erste Woche nach dem Rauchstopp noch nicht bedeute den Kampf gewonnen, aber eine Schlacht für sich entschieden zu haben. Dieser Bezug stiess bei den ProbandInnen auf grosse Akzeptanz, da die meisten unter ihnen den Umgang mit ihrer Sucht in der Tat als mentalen Kampf erlebten. Ebenfalls auf grosse Resonanz stiess der Appell des Rauchstoppleiters, stolz auf sich sein zu dürfen, dass man den Rauchstopp geschafft hatte. Besonders hilfreich war die Unterstützung von einzelnen Personen, welche sich bereits vor dem Rauchstopp zur Tabakabstinenz durchringen konnten. Solche ProbandInnen wurden von den anderen als Vorbilder akzeptiert und stärkten ihre Entschlossenheit „*es auch zu schaffen*“ zusätzlich. Des Weiteren wurde der allfällige Umgang mit Rückfällen thematisiert. Dabei wurde vor allem der Grundsatz vermittelt, dass ein solcher nicht das Ende der Rauchfreiheit bedeuten müsse und vielmehr als Chance erkannt werden könne.

Der Rauchstoppleiter griff ausserdem gängige Verdrängungsstrategien, die bei RaucherInnen häufig sind auf und entblösste deren Schwachstellen. Besonders populär war dabei die Vorstellung, ein paar Jahre länger zu leben, wenn man nicht rauche, diese paar Jahre aber nicht so wichtig seien, da man bis dahin längst alt sei. Der Rauchstoppleiter vermittelte eindringlich, dass es nicht um die Quantität der Lebensjahre gehe, sondern um deren Qualität. Die Wahrscheinlichkeit die letzten Jahre seines Lebens geniessen und ausfüllen zu können, statt diese mit einem langjährigen Kampf z.B. gegen Lungenkrebs zu „*verschwenden*“ stiess bei den TeilnehmerInnen auf Resonanz und steigerte ihre Akzeptanz für ein rauchfreies Leben. Weiter wurde der Mythos des bekannten alten Mannes, der sein Leben lang geraucht habe und trotzdem über 90 Jahre alt wurde angesprochen und entlarvt. Der Rauchstoppleiter erklärte, dass wohl jeder eine solche Person kenne,

¹⁰ Dabei wird der Rauch der (letzten) Zigarette im Mund behalten, was in den meisten Fällen ein starkes Ekelgefühl auslöst.

dass man als RaucherIn aber eben diese Geschichten besonders gut im Gedächtnis behalte und den 45-jährigen Familienvater, welcher an einem Herzinfarkt (auf Grund des Rauchens) starb, mental verdränge. Dies sei typisch für die Verharmlosungsstrategien (kognitive Dissonanz) die mit einer Sucht einhergehe. Ausserdem sei das zweite Beispiel statistisch gesehen viel häufiger, als ersteres. Das aktive Aufgreifen solcher Alltagsmythen und deren Konfrontation mit der Realität bewirkte bei den meisten ProbandInnen eine positive Resonanz und löste lebhaftere Diskussionen aus.

Bevor die ProbandInnen in ihre erste rauchfreie Woche entlassen wurden, wurden sie noch einmal an die Hotline erinnert, bei der sie in „schwachen Momenten“ jederzeit Rat suchen könnten und bei einigen Kursen wurde zusätzlich das „Patensystem“ eingeführt. Der Nichtraucherpate stiess allerdings – entgegen der ursprünglichen Erwartungen durch die Projektverantwortlichen – auf sehr geringe Akzeptanz. Als Grund dafür wurde vor allem der Umstand identifiziert, dass ein Pate eine autoritäre Respektsfigur für die ProbandInnen symbolisierte. Weil der Kursleiter gleichzeitig jedoch explizit die Selbstverantwortung und den *peer support* als didaktische Mittel einsetzte, erzeugte dies einen Widerspruch, der in der Inakzeptanz dieses Patenmodells mündete. Es wurde in der Folge weggelassen um das edukative Ziel einer Verstärkung der interaktiven *health literacy* (im Sinne der Übernahme von Selbstverantwortung) zu verfolgen.

4.2.6. 5. Intervention: Erste Erfahrungen als NichtraucherInnen

Schwerpunkte: Erfahrungsaustausch, Belobigung, weitere Alternativen

Von der fünften bis siebten bzw. achten Intervention an, lag der Schwerpunkt der Therapiesitzungen hauptsächlich in der Unterstützung der einzelnen TeilnehmerInnen, ihren Rauchstopp erfolgreich aufrecht zu erhalten bzw. noch Rauchende bei Vorbereitung zu einem allfälligen Rauchstopp zu unterstützen. Der Ablauf der Interventionen umfasste weitere Aushändigung von Informationsmaterial über das Rauchen bzw. eine hilfreiche Rückfallprävention, bestand aber in erster Linie aus einer Gruppendiskussion über den Umgang mit dem Rauchstopp bzw. dessen Vorbereitung in der Praxis.

Der Schwerpunkt des 5. Kurstages stand selbstverständlich unter dem Gesichtspunkt der ersten Erfahrungen als NichtraucherInnen. Da jede Person von ihren Erlebnissen erzählte und dies teilweise in Diskussionen mündete, wurde ein beträchtlicher Teil der Kursdauer für diesen Erfahrungsaustausch verwendet. Besonders populär war im Rahmen dieses Austausches die Messung der Kohlenmonoxidwerte. Tiefe Werte wurden mit einem ausgedehnten Applaus honoriert. Durch die Besprechung von erlittenen Rückfällen bzw. Fast-Rückfällen wurden Erfahrungen ausgetauscht. Vielfach wurde erwähnt, dass spezifische Alltagshilfen eine grosse Wirkung erzielt hätten. Allen voran wurde besonders der Ratschlag positiv erlebt, bei einer „Lust-Attacke“ dem ersten *craving* nicht nachzugeben, weil es sich innert weniger Minuten wieder abschwächen wird. Viele ProbandInnen gaben an, dies früher nicht gewusst zu haben und genau in diesen Momenten wieder mit dem

Rauchen angefangen zu haben. Ebenfalls habe es geholfen, nicht in den ersten Laden zu gehen, wenn man sich trotz aller Vorsätze Zigaretten kaufen wollte. Besonders hilfreich sei weiter auch die korrekte Anwendung von Nikotinsubstituten (allen voran Kaugummis) gewesen (vgl. Schnoz, Schaub et al. 2008).

Grosses Interesse erzielte ausserdem die Thematik der gesunden Ernährung. Viele der ProbandInnen – Frauen wie Männer – fürchteten sehr stark, durch den Rauchstopp an Körpergewicht zu gewinnen. Die schematische Darstellung der Ernährungspyramide, der Ratschlag ein paar Haltestellen früher aus dem Bus/Tram zu steigen, sich allgemein mehr zu bewegen und gesund zu ernähren wurden von den ProbandInnen gut akzeptiert und stiessen auf reges Interesse. Insbesondere schien der Hinweis wichtig, nicht gleichzeitig eine Diät und einen Rauchstopp vollziehen zu wollen, da dies eine doppelte Belastung für die einzelne Person darstellen würde. Da das Interesse an einer gesunden und ausgewogenen Ernährung überraschend hoch ausfiel, wäre möglicherweise das Hinzuziehen einer ErnährungsberaterIn für dieses Kursmodul eine bereichernde Ergänzung.

Alternative Medizin als Thema stiess auf sehr geringes Interesse und wurde auf Wunsch der meisten ProbandInnen nur selten und oberflächlich behandelt. Auf noch geringere Resonanz stiess die Technik des Jakobsen, weshalb es aus dem Programm entfernt wurde.

4.2.7. 6. und 7. Intervention: Vertiefung Rückfallprävention

Schwerpunkte: Erfahrungsaustausch, Verstärkter Fokus auf Rückfallprävention, Entzugserscheinungen, Rauchstopp- Horoskope

In diesen beiden Kursen drehte sich fast alles um das Thema Rückfallsprävention. In diesem Zusammenhang wurden thematisch auch die damit verbundenen Entzugssymptome behandelt. Im Gegensatz zu den Symptomen der ersten rauchfreien Woche, waren die Aktuellen nicht mehr so vorherrschend. Wichtig war es dabei aber umso mehr, die Motivation Rauchfreiheit auch dann aufrecht zu erhalten, nachdem die erste Euphorie über den gelungenen Stopp langsam verfliegen war. Die meisten (rauchfreien) ProbandInnen zeigten sich sehr begeistert über das Leben ohne Tabak und welchen Gewinn es für sie mit sich brachte. Die Informationsvermittlung trat von nun an in den Hintergrund und das Feld wurde persönlichen Erfahrungsberichten der ProbandInnen und daraus entstehenden Diskussionen geöffnet. Türkische Horoskope, die für Rauchstoppversuche entworfen wurden und die einen rein humoristischen Anspruch verfolgten, wurden in der Gruppe behandelt und trugen zur Auflockerung und unbefangenen Atmosphäre bei. Im Rahmen der 7. Intervention wurde ausserdem die Standortbestimmung zum zweiten Mal getätigt, um sich die eigenen Fortschritte zu veranschaulichen (vg. Schnoz, Schaub et al. 2008).

4.2.8. 8. Intervention: Abschluss und Feier

Schwerpunkte: Ausblick auf ein rauchfreies Leben und Feier, Erinnerung an Treffen zwecks Ausfüllens des t2

Der letzte Kurstag stand ganz im Zeichen des Feierns. Es wurde ein kleines Fest organisiert, um zu bekräftigen, dass es eine enorme Errungenschaft darstellte, sich das Rauchen abgewöhnt zu haben (oder zumindest dieses merklich reduziert zu haben). Man gratulierte sich gegenseitig und sprach sich Mut und Entschlossenheit zu, die Entscheidung zum Rauchstopp auch weiterhin aufrecht zu erhalten (oder im Falle der NichtraucherInnen, diesen bald in Angriff zu nehmen). Die Atmosphäre des letzten Kursabends war sehr locker und es wurde angeregt erzählt und diskutiert – nicht nur, aber häufig über den Rauchstopp, bzw. ein rauchfreies Leben. Die ProbandInnen wurden nochmals daran erinnert, auch in zukünftigen Momenten der Not, die Hotline jederzeit benutzen zu dürfen und dass der Rauchstoppleiter auch weiterhin als Kontaktperson in Sachen Rauchstopp bestehen bleibt. Schliesslich wurde das Treffen in einigen Wochen zwecks gemeinsamem Ausfüllen des t2s angesprochen und – wo möglich – bereits organisiert.

5. Fazit

Im Folgenden werden die wichtigsten Punkte aufgeführt, welche sich aus den Erfahrungen und Ergebnissen aus den durchgeführten Rauchstopp-Therapien für die Machbarkeit und eine allfällige Weiterführung der Kurse und Einzelberatungen ergeben:

- *Zugang und Rekrutierung der Zielgruppe:* Am Wirksamsten für die direkte Rekrutierung für die Rauchstopp-Angebote haben sich die Sprache und die persönliche aufsuchende Arbeit der KursleiterInnen in Kombination mit Informationsveranstaltungen zur Schädlichkeit des Rauchens in den Vereinen/Gruppierungen der Zielgruppe bewährt. So wurden die Anbieter als kompetente und vertrauenswürdige Ansprechpartner wahrgenommen. Weiter hat sich der direkte Einbezug von Schlüsselpersonen innerhalb dieser Vereine/Gruppierungen bewährt, indem diese Bekannte und Freunde direkt anfragten. Das Streuen von Informationsmaterial diente wohl zur Bekanntmachung des Angebotes, hatte aber nur punktuellen direkten Einfluss auf die Rekrutierung. Wichtig für die Vertrauensbildung war weiter die Strategie, auf Wunsch die Therapien im jeweiligen Vereins/Gruppen-*setting* durchzuführen.
- *Verhältnisprävention:* Die Vereine führten aufgrund der Intervention zum Teil rauchfreie Kurslokale oder mindestens rauchfreie Räume in den Lokalen ein. Auch in dieser Hinsicht hat sich der *setting*-Ansatz bewährt.
- *Gruppentherapien:* Gruppentherapien wurden im Vergleich zu den Einzeltherapien von der Zielgruppe eindeutig favorisiert.
- *Zusammensetzung der Gruppen:* Zumindest für die erste Generation der türkischen MigrantInnen bewährten sich gemäss den Erfahrungen des Kursleiters vor allem relativ homogene Gruppen im Hinblick auf die Zusammensetzung nach Altersklassen, Gender und vor allem nach dem Kriterium von starken Beziehungen. Letzteres Kriterium förderte das Vertrauen und ermöglichte eine enge soziale Kontrolle.
- *Kursmanual:* Das entwickelte Manual hat sich bewährt, in Zukunft sollte auf Wunsch der Teilnehmenden jedoch eher noch mehr mit (audio-) visuellen Materialien gearbeitet werden, da die Lesekompetenz in bildungsferneren Schichten relativ schwach ist.
- *Selbstverantwortliches Lernen:* Der Kurs verfolgte explizit das Ziel, mit dem von den Teilnehmenden in der Türkei genossenen autoritären und passiv-rezeptiven Bildungsstil zu brechen und das Erlernen von aktiver und partizipativer Lernkompetenz zu fördern, um damit die Voraussetzung für den Ausstieg aus der Abhängigkeit zu schaffen. Das Einüben dieser neuen Lernerfahrung ist nach der Einschätzung des Kursleiters eines der zentralsten Elemente für die Wirksamkeit der

Kurse im Hinblick auf Rauchstopp und auf das Erlernen von interaktiver Gesundheitskompetenz.

- *Verbesserung der health literacy*: Die Verbesserung der health literacy zeigte sich im Wissenszuwachs im Bereich Anatomie und den Auswirkungen von Tabakkonsum (Abhängigkeit), in der Identitätsbildung als NichtraucherIn und im Erlernen von interaktiver Gesundheitskompetenz.
- *Kosten*: Die Rauchstopp-Therapien wurden gratis angeboten, nachdem sich gezeigt hatte, dass eine Kostenbeteiligung von den meisten Kursteilnehmern als zu grosse Zugangsbarriere bezeichnet wurde. Nach Einschätzung des Kursleiters ist jedoch ein anderer Aspekt noch wichtiger: Die Erwartungshaltung bei Gratiskursen ist bei den Teilnehmenden deutlich verändert worden, indem sie sich nun selber für den Kurserfolg verantwortlich fühlten, während eine Kostenbeteiligung eher die passive Haltung fördert, dass nun der Kursleiter für den Erfolg zuständig ist. Im Hinblick auf die angestrebte Verbesserung der interaktiven Gesundheitskompetenz hat sich demnach das Gratisangebot bewährt.
- *Aktuelle Nachfrage*: Die Nachfrage nach weiteren Kursen besteht in Form von 15 konkreten Anfragen von weiteren Vereinen und Gruppierungen.
- *Machbarkeit und Weiterführung der Kurse*: Die Kurse können nun mit den bestehenden Unterlagen und im aufgelegten Modus weitergeführt werden, falls sich ein Anbieter der Regelversorgung für die Übernahme interessiert. Hauptkriterium dürften die Kosten für ein Gratisangebot sein, welche sich jedoch im Wesentlichen auf die Kosten für die Kursleitung beschränken.

6. Bibliographie

Christakis NA, Fowler JH. (2008). The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med.* 358(21):2249-58.

Granovetter M. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78 (6): 1360-1380.

Moret J. & Dahinden J. (2008). Les réseaux de migration dans les politiques de santé publique et d'intégration. Rapport final - draft version du 14 mai 2008. Neuchâtel: MAPS.

Pfluger T, Biedermann A, Salis Gross C. (2008). Transkulturelle Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Grundlagen und Empfehlungen. Schlussbericht an den Schweizerischen Tabakpräventionsfonds. Herzogenbuchsee: Public Health Services.

Salis Gross C, Moser C, Zuppinger B, Hatz C. (1997). Die Arzt-Patienten Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die ärztliche Praxis. *Schweizerische Rundschau für Medizin (PRAXIS)*, Sondernummer "Migration und Gesundheit", 86:887-894.

Schnoz D, Schaub M, Cangatin S, Salis Gross C. (2008). Rauchstopp-Kurse für türkeistämmige Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Bericht zur Wirksamkeit der Kurse. Teilbericht II zum Präventionsprojekt „Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz“. Zürich: ISGF (Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Nr. 263).

Stevens W, Thorogood M, Kayikki S. (2002). Cost-effectiveness of a community anti-smoking campaign targeted at a high risk group in London. *Health Promotion International*, 17:43-50.