

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

Bericht zur Wirksamkeit der Kurse

Domenic Schnoz
Michael Schaub
Serhan Cangatin
Corina Salis Gross

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

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

INHALTSVERZEICHNIS

1. AUSGANGSLAGE	4
2. EVALUATIONSKONZEPT UND EINGESETZTE INSTRUMENTE	5
2.1. Fragebogen (t1 & t2)	5
2.2. Standortbestimmung	6
2.3. Nachbefragung (Follow-up) nach mindestens 6 Monaten	6
2.4. CO-Messungen	7
2.5. Leitfadengestützte Interviews (Fallstudien)	7
3. DATENANALYSE	8
3.1. Auswertung der quantitativen Daten	8
3.2. Auswertung der qualitativen Daten	9
4. RESULTATE	10
4.1. Struktur und soziodemographische Merkmale der Stichprobe	10
4.1.1. Alters- und Geschlechtsverteilung bei t1 (=61)	11
4.1.2. Muttersprache	11
4.1.3. Bildung	11
4.1.4. Zivilstand	12
4.1.5. Herkunft	13
4.1.6. Vorwiegender Wohnort	13
4.1.7. Sozio-ökonomischer Kontext	13
4.1.8. Vulnerabilität	14
4.2. Tabakabhängigkeit, Tabakkonsum und Rauchstoppmotivation bei t1 ..	16
4.2.1. Tabakabhängigkeit	16
4.2.2. Einstiegsalter	18
4.2.3. Aktuelles Rauchverhalten	18
4.2.4. Rauchstoppmotivation	19
4.2.5. Bisherige Rauchstoppversuche	19
5. WIRKSAMKEITSMESSUNGEN	21
5.1. Wirksamkeitsmessung: Nur Therapieerfolge (NichtraucherInnen) (n=29)	21
5.1.1. Therapieerfolg „NichtraucherIn“	21
5.1.2. Rauchstoppversuche von mindestens einem Tag Dauer	22
5.1.3. Bereitschaft auch in Zukunft rauchfrei zu bleiben	22
5.1.4. Gründe für den Rauchstopp	23
5.1.5. Veränderung der Einstellung	25

5.1.6. Wahrnehmung	26
5.1.7. Gratifikationserwartung	27
5.1.8. Alternativhandlungen.....	27
5.1.9. Soziales Umfeld	28
5.1.10. Einschätzung der Wirksamkeit der Intervention durch die ProbandInnen	29
5.1.11. Zufriedenheit mit Rauchstoppkurs.....	29
5.2. Wirksamkeitsmessung: Nur TherapieversagerInnen (RaucherInnen) (n=32)	30
5.2.1. Veränderung des Rauchverhaltens: Durchschnittliche Reduktion der gerauchten Zigaretten bei Therapieversagern (RaucherInnen).....	30
5.2.2. Entwicklung der CO-Messwerte	31
5.2.3. Rauchstoppversuche.....	33
5.2.4. Veränderung des Abhängigkeitsgrads: Fagerström-Test	33
5.2.5. Ebene Motivation: Gründe für das Rauchen (Vergleich t1-t2)	34
5.2.6. Gründe für das (Noch-) Rauchen (nur t2)	34
5.2.7. Subjektive Einschätzung der Wirksamkeit der Rauchstoppkurse und Weiterempfehlung	35
5.2.8. Akzeptanz der Rauchstoppkurse	35
5.2.9. Verbesserungsvorschläge der TherapieversagerInnen und Bewertung der Verständlichkeit des Fragebogens.....	36
5.3. Dropout-Analyse: Vergleich der Stichproben der Therapievollendungen mit Therapieabbrüchen	36
5.4. Wirksamkeitsmessung mittels Cox Regressionsanalyse	39
5.5. Zusätzliche Vergleiche der beiden Gruppen „Therapieerfolge“ und „TherapieversagerInnen“	42
5.5.1. Therapieform: Einzel- versus Gruppentherapie	42
5.5.2. Gruppentherapien im Vergleich bezogen auf Erfolg und Misserfolg	43
5.5.3. Substitute	45
5.5.4. Anzahl täglich gerauchter Zigaretten	46
6. FOLLOW-UP	48
7. WICHTIGSTE PUNKTE AUS DER WIRKSAMKEITSANALYSE.....	51
8. DISKUSSION.....	53
8.1. Wer nahm an den Rauchstoppkursen teil?	53
8.2. Wie ist der Erfolg des Kurses im Vergleich mit anderen Kursen zu bewerten?	53
8.3. Welche Faktoren führten zum Erfolg?.....	55
9. REFERENZEN.....	57

ANHANG.....	59
--------------------	-----------

1. Ausgangslage

Der vorliegende Bericht ist Teil des Schlussberichtes zum Projekt „Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz“, welches durch den Schweizerischen Tabakpräventionsfonds finanziert wurde. Er gibt Auskunft über die wichtigsten ermittelten Wirkungs-Ergebnisse der durchgeführten Rauchstoppthérapien, welche in Gruppen (56 Personen) sowie einzeln (5 Personen) erfolgten¹. Die Wirksamkeit der Therapie wurde in erster Linie auf das wichtigste Ziel einer Rauchstoppthherapie untersucht: Die Abstinenz von Tabakkonsum, respektive dessen Reduktion. Zusätzlich wurden folgende Variablen untersucht:

- Veränderung der Einstellung:
 - o Risikobewusstsein
 - o Suchtwirkung
 - o Subjektiver Stellenwert der Gründe für den Rauchstopp
- Wahrnehmung
 - o Erkennen der *peer-group*-Prozesse
 - o Realistische Einschätzung der Anzahl RaucherInnen im mittelbaren und unmittelbaren sozialen Umfeld.
- Gratifikationserwartungen und Alternativen:
 - o Substitute
 - o Soziales Umfeld
 - o Zufriedenheit mit Entscheid zum Rauchstopp
 - o Verfügen über Alternativhandlungen zum Rauchen

Die Messung des Faktors „Erkennung von *peer-group*-Prozessen“ erwies sich im Verlaufe der Untersuchung lediglich bei den TherapieversagerInnen (NochraucherInnen bei T2) als sinnvoll (vgl. dazu Wahrnehmung, Kap. 5.1.6.). Zusätzlich wurde noch der Faktor „Stellenwert der einzelnen Gründe, mit dem Rauchen aufhören zu wollen“ erhoben.

Auf die Durchführung einer Kovarianzanalyse zur Überprüfung der Fragestellung, ob türkeistämmige RaucherInnen auf die Therapie ansprechen, diese akzeptieren und als sinnvolle und wirksame Intervention zum Rauchstopp betrachten, wurde aufgrund der folgenden, sehr deutlichen Befunde aus dem vorliegenden Wirksamkeitsbericht verzichtet:

¹ Zur Durchführung der Rauchstopp-Therapien vgl. Schnoz, Salis Gross et al. (2008).

2. Evaluationskonzept und eingesetzte Instrumente

Die Grundlage der Wirkungsanalyse setzt sich aus verschiedenen Instrumenten zusammen: eine Prä-/Postbefragung mittels zwei Fragebögen (t1&t2), wobei bei t2 jeweils eine Version entwickelt wurde, die sich an die NichtraucherInnen und eine Version, welche sich an (Noch-)RaucherInnen richtete, eine Prä-/Poststandortbestimmung (wobei die erste der beiden bei Kursbeginn, die andere am 7. oder letzten Kursabend eingesetzt wurde), CO-Messungen an jedem Kursabend, Leitfadengestützte Interviews zur Kontextualisierung (Fallstudien) der Ergebnisse sowie eine telefonische Nachbefragung (*Follow-up*)².

Das Hauptziel der Therapieintervention bestand selbsterklärend darin, den Tabakkonsum zu stoppen oder mindestens zu reduzieren. Selbstverständlich wurden die Anstrengungen in erster Linie auf eine völlige Abstinenz hin ausgerichtet. Allerdings musste gleichzeitig davon ausgegangen werden, dass dieses Ziel nicht von allen TeilnehmerInnen erreicht werden würde. Vor dem Hintergrund schadensminimierender Überlegungen wurde bei diesen Personen zumindest auf eine Reduktion der Menge an konsumiertem Tabak hin abgezielt.

Da die Einzeltherapien nur sehr selten den Gruppentherapien vorgezogen wurden (und das meistens, weil gerade keine Gruppe zur Verfügung stand) und somit lediglich 5 davon zu Stande kamen, wurde auf eine detaillierte, separate Analyse entsprechend verzichtet³.

2.1. Fragebogen (t1 & t2)

Die Evaluation der Therapiewirksamkeit wurde mittels verschiedener Instrumente (vgl. Kap. 2.) gemessen, deren Kernstücke die beiden Fragebogen (t1 und t2) bildeten. Um die Qualität der erhobenen Daten zu erhöhen, wurde t2 faktisch in zwei leicht unterschiedlichen Versionen erstellt. Dabei wurden beide Versionen von t2 so konstruiert, dass sie auf den Erkenntnisgewinn bezüglich TherapieversagerInnen (noch RaucherInnen beim letzten Messzeitpunkt (t2)) respektive Therapieerfolgen (NichtraucherInnen beim letzten Messzeitpunkt (t2)) ausgerichtet waren. Die beiden Versionen konnten somit spezifisch auf den jeweiligen Rauchstatus der ProbandInnen ausgerichtet werden und erleichterten Ihnen damit die Beantwortung des Fragebogens, da Filterfragen so weit wie möglich vermieden wurden.

² Mindestens 6 Monate nach T2 wurde gefragt nach; aktuellem Rauchstatus (NichtraucherIn/RaucherIn) den Daten allfälliger Rückfälle bzw. nachträglicher Rauchstopps.

³ Eine deskriptive Beschreibung der Hauptergebnisse dieser Einzeltherapien findet sich im Unterkapitel Nr. 5.5. Zusätzliche Vergleiche der beiden Gruppen „Therapieerfolge“ und „TherapieversagerInnen“.

Der t1 Fragebogen wurde jeweils innerhalb der ersten Therapieintervention ausgefüllt. Um mindestens 3 Monate zwischen dem potentiellen Rauchstopppdatum und der letzten Messung zu gewährleisten, wurde t2 in der Regel ca. 4 Monate nach t1 ausgefüllt.

2.2. Standortbestimmung

Innerhalb der Kurse wurden Standortbestimmungen zu zwei verschiedenen Zeitpunkten (prä/post) durchgeführt. Mittels dieser Standortbestimmungen wurden die Veränderungen der Suchtwirkung, Gratifikationserwartungen sowie dem Wissen über die Anzahl möglicher Alternativen zum Rauchen gemessen. Da sich die Durchführung der Standortbestimmung aus unserer Sicht optimal eignete, um sie einige Wochen nach dem Rauchstopp durchzuführen, wurde sie jeweils in der 6. oder der 7. Therapiesitzung – je nach Prozessstand der Gruppentherapie – durchgeführt.

2.3. Nachbefragung (*Follow-up*) nach mindestens 6 Monaten

Ursprünglich war lediglich eine Zweiterhebung mittels des t2-Fragebogens, mindestens 3 Monate nach der Erhebung der Ausgangslage (t1), vorgesehen. Um differenzierte Daten zu erhalten, beschlossen wir zusätzlich eine telefonische Nachbefragung durch den türkischsprachigen Kursleiter durchzuführen. Ziel war es, den Raucherstatus der ProbandInnen mindestens ein halbes Jahr nach dem allfälligen Rauchstopp zu ermitteln. Somit konnte eine Nacherhebung gewährleistet werden, die Aussagen über eine wesentlich längere Zeitspanne hinweg ermöglichte, als dies ursprünglich geplant war. Die telefonische Nacherhebung wurde am 18.12.2008 durchgeführt und erreichte alle ProbandInnen, die den Kurs nicht vorzeitig abgebrochen hatten (insgesamt waren dies 56 Personen). Erfragt wurde der aktuelle Raucherstatus, das erste allfällige Rückfalldatum, das allfällige (nachträgliche) Rauchstopppdatum⁴, sowie die Anzahl aktueller, täglich gerauchter Zigaretten. Da der Rauchstoppleiter ein sehr gutes Vertrauensverhältnis zu den ProbandInnen aufgebaut hatte und die ProbandInnen untereinander auch soziale Kontrollfunktionen einnahmen, kann von einer entsprechend hohen Validität der erhobenen Daten ausgegangen werden⁵. Dennoch können umgekehrt allfällige Versuchsleitereffekte durch den Therapieleiter nicht ganz ausgeschlossen werden, da auf die Nachbefragung durch eine unabhängige türkischsprachige MitarbeiterIn verzichtet wurde.

⁴ Eine Person, die bei t2 als (Noch-) RaucherIn klassifiziert wurde, führte im Zeitraum zwischen t2 und der Nachbefragung einen Rauchstopp durch.

⁵ So gaben beispielsweise mehrere ProbandInnen ungefragt Auskunft über allfällige Rückfälle von Gruppenmitgliedern, die sich in allen Fällen mit den eigenen Angaben der Betroffenen deckten.

2.4. CO-Messungen

An jedem Kursabend wurde die Ausprägung des CO-Wertes in der Atemluft der ProbandInnen gemessen. Diese Messung wurde mit dem pico smokerlizer ® vorgenommen. Anhand dieser Messungen lässt sich feststellen, ob jemand aktiv Rauchende ist oder nicht (Lando et al., 1991 und Jarvis et al., 1987).

2.5. Leitfadengestützte Interviews (Fallstudien)

Der Kursleiter führte mit 15 ProbandInnen Fallstudien durch. Dazu wurde ein Leitfadengestütztes Interview geführt, akustisch aufgenommen und mit dem Verfahren des thematischen Kodierens zu Fallstudien verarbeitet (Flick 2005).

3. Datenanalyse

3.1. Auswertung der quantitativen Daten

Die Daten der quantitativen Erhebung stammen allesamt aus den Fragebögen t1 und t2 sowie den Standortbestimmungen, die je zu zwei verschiedenen Messzeitpunkten eingesetzt wurden. t1 wurde innerhalb der ersten Therapiesitzung, t2 mindestens 4 Monate später ausgefüllt. Die Funktion des t2-Fragebogens war die Gewährleistung eines minimalen *Follow-ups*, der in der Regel 3 Monate nach dem geplanten Rauchstopppdatum durchgeführt wurde. Die Standortbestimmung war Teil des Kurskonzeptes und wurde erstmalig ebenfalls innerhalb der ersten Therapiesitzung und in der 6. oder 7. Therapiesitzung wiederholt durchgeführt. Die durch diese Instrumente erhobenen Daten wurden einer Reihe von Tests unterzogen (mittels SPSS V.14). In erster Linie wurden relevante Schlüsselvariablen, wie soziodemographische Eckdaten, die Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag, der gemessene Abhängigkeitsgrad (*HONC* nach DiFranza et al. (2002)) einer Häufigkeits- bzw. Mittelwertanalyse unterzogen und deskriptiv ausgewertet. In einem zweiten Schritt wurde anschliessend die eigentliche Wirksamkeitsmessung vorgenommen. Das hauptsächliche Augenmerk wurde dabei auf die Gruppe der Therapieerfolge gelegt. Einzelne Variablen, die von besonderem Interesse waren wurden jedoch auch bei den TherapieversagerInnen einer genaueren Analyse unterzogen. Diese Tests wurden mittels *paired samples t-tests* durchgeführt, falls die Normalverteilung durch den *One-sample Kolmogorov-Smirnov Test* bestätigt werden konnte. Um mögliche signifikante Einflüsse auf den Therapieerfolg zu messen wurde das gesamte Sample einer *Cox Regressionsanalyse* unterzogen⁶. Signifikante Co-Variablen wurden im Anschluss dazu, mittels *independent sample t-tests* auf signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen der Therapieerfolge und der TherapieversagerInnen hin untersucht. Als Teil der Wirkungsmessung wurde ebenfalls eine Dropout-Analyse durchgeführt, die allerdings – auf Grund der geringen Anzahl von lediglich 5 Fällen – ein rein deskriptives Format einnehmen musste. Zum Schluss wurden die Therapieerfolge und TherapieversagerInnen mittels deskriptiver Kreuz-Tabellen auf augenfällige Unterschiede in Bezug auf verschiedene Faktoren hin untersucht, deren Relevanz sich während des Analyseprozesses aufdrängte (Anzahl täglich gerauchter Zigaretten bei t1), Art der Therapie (Gruppe vs. Einzel), Verwendung von Substituten, Art der Gruppe (Gruppe 1-6)) (vgl. Kap. 5.6.).

⁶ Für eine Auflistung der detaillierten Co-Variablen, siehe Unterkapitel 5.4. „Wirksamkeitsmessung mittels Cox Regressionsanalyse“.

3.2. Auswertung der qualitativen Daten

Die qualitativen Daten, welche aus den Erfahrungen und Erkenntnissen aus den Therapien in Form von schriftlichen Berichten des Rauchstoppleiters und eines themenzentrierten Interviews mit demselben (vgl. auch Schnoz, Salis Gross et al. 2008), sowie den leitfadengestützten Fallstudien stammten wurden nach Methode der *grounded theory* (Strauss & Corbin 1996) ausgewertet. Die dadurch erzielten Erkenntnisse wurden, wo sinnvoll, in die Analyse der quantitativen Daten miteinbezogen, um die Ergebnisse zu kontextualisieren. Eine vollständige Übersicht der Fallanalysen, findet sich im Anhang des vorliegenden Berichts.

4. Resultate

4.1. Struktur und soziodemographische Merkmale der Stichprobe

Zwischen dem 5. Mai 2007 und dem 5. Mai 2008 wurden insgesamt 63 Personen in die Rauchstopptherapie aufgenommen. Eben so viele ProbandInnen füllten einen t1-Fragebogen aus. Da zwei dieser Personen allerdings bereits vor dem Rauchstoppkurs mit dem Rauchen aufgehört hatten und den Kurs lediglich als Unterstützung für die Rückfallprävention nutzten, wurden diese beiden aus der Wirksamkeitsanalyse ausgeschlossen⁷. Somit ist $n=61$ und nicht 63. Die Anzahl der t2-Fragebögen, welche mindestens vier Monate nach dem jeweiligen ersten Workshop ausgefüllt wurden, beliefen sich auf 58. Bei der Planung wurde von vier gender- und altersspezifischen Teilgruppen, mit je ca. 10 TeilnehmerInnen ausgegangen (jüngere Männer, ältere Männer; jüngere Frauen, ältere Frauen). Zusätzlich wurde mit 20 zusätzlichen Personen gerechnet, die an einer Einzeltherapie teilnehmen. Da die überwiegende Mehrheit der ProbandInnen aber die Teilnahme an einer Gruppentherapie bevorzugten, wurden mit lediglich 5 Personen eine Einzeltherapie durchgeführt, während die restlichen 58 Probanden (ausgewertet wurden aber nur 56, da 2 Personen wie gesagt von Anfang an aus dem Sample ausgeschlossen werden mussten) einer Gruppentherapie zugeteilt wurden⁸. Somit ergaben sich 6 verschiedene Gruppen. Bis auf die Letzte waren sämtliche Gruppen im Hinblick auf Geschlecht und Altersunterschied durchmischt, weil diese Form von den Organisationen sowie den TeilnehmerInnen bevorzugt wurde.

Anhand der Fallanalysen wurde dies mehrfach bestätigt. Die Durchmischung verschiedener Altersgruppen und unterschiedlicher Geschlechter wurde offenbar als bereichernd erlebt. Es bringe mehr Abwechslung und mache die Gruppen allgemein hin interessanter (vgl. dazu z.B. Fallanalyse 5). Selbst die letzte Gruppe, welche nur aus weiblichen Probandinnen bestand, wäre nach eigenen Angaben der Teilnehmerinnen bereit gewesen,

⁷ Beide Personen blieben während des Untersuchungszeitraums (bis und mit *Follow up*) rauchfrei.

⁸ Die Fallanalysen unterstrichen die Präferenz der Gruppenform zusätzlich. Häufig genannt wurden die Gruppendynamiken, welche sich positiv auf die eigene Motivation auswirkten. Die Bildung einer Gruppenidentität war für viele TeilnehmerInnen offenbar sehr wichtig. Zusätzlich übte die Gruppe oftmals auch eine wichtige soziale Kontrollfunktion aus („When you are alone you can always find excuses not to quit, but in a group this is different. You are judged by other people as well.“ Fallanalyse 4). Dies war umso hilfreicher, als dass die meisten Personen in den Gruppen bereits eng miteinander verknüpft waren (*strong ties*) Mit der Gruppe wurde Unterstützung und Hilfe verbunden und es wurde darüber hinaus als kurzweiliger als die Einzeltherapie erlebt.

die Therapie in einer gemischten Gruppe zu absolvieren. Diese reine Frauengruppe kam zu Stande, weil sie über eine Frauenorganisation rekrutiert wurde.

4.1.1. Alters- und Geschlechtsverteilung bei t1 (=61)

Die männlichen Teilnehmer waren in der Stichprobe mit 55.6 % Anteil im Gegensatz zu den Weiblichen leicht übervertreten. Das Durchschnittsalter lag bei den Frauen bei 40.7 und bei den Männern mit 42 Jahren leicht darüber. Die Altersstruktur ist im Geschlechtervergleich bei einer Streuung von 8.9 Jahren (Frauen) bzw. 8.7 Jahren (Männer) im Mittel relativ heterogen (Frauen im Mittel: 40.0; Männer im Mittel 41.7).

	N	Anteil in %	Mittelwert in Jahren	Min.	Max.	SD
Weiblich	27	44.3	40.0	20	57	8.96
Männlich	34	55.7	41.7	22	60	8.73
Gesamt	61	100	40.9	20	60	8.80

4.1.2. Muttersprache

Die überwiegende Mehrheit von 47 Personen (77.8%) des Samples hatte Türkisch zur Muttersprache, während die übrigen 14 Personen Kurdisch angab (23.0%).

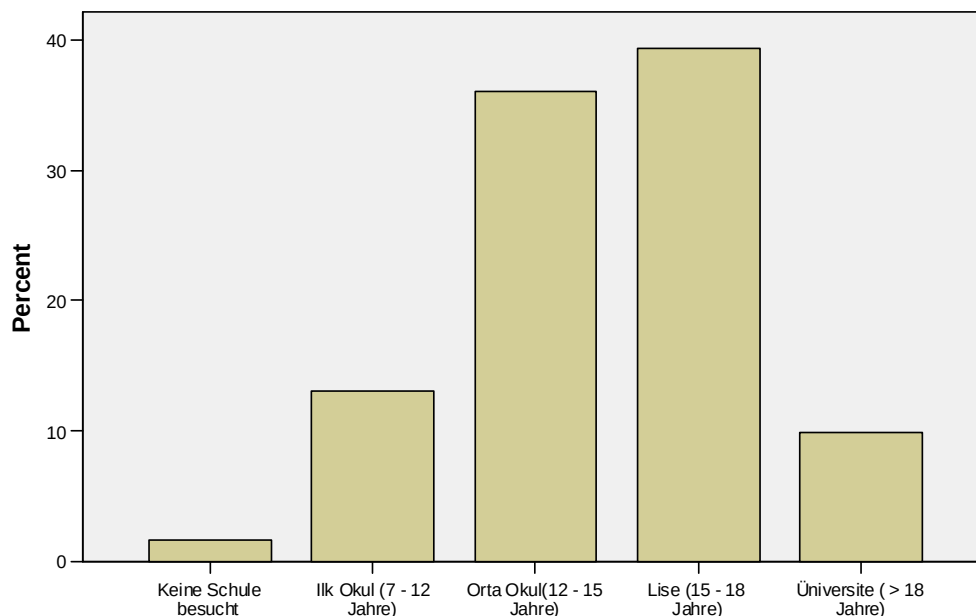
4.1.3. Bildung

Das Bildungssystem in der Türkei ist schwer mit dem Schweizerischen zu vergleichen, da der Aufbau anderen Kriterien folgt. Es ist stufenförmig aufgebaut und weitgehend durchlässig.⁹ Im Folgenden wird der Bildungsstand des Samples kurz beschrieben, um einen groben, bildungsspezifischen Umriss des Samples zu skizzieren.

Eine Person weist überhaupt keinen Schulabschluss aus und 8 Personen besuchten lediglich die *Ilk Okul* (5 Jahre) was ungefähr einer 6-jährigen Primarschule entspricht. Die *Orta Okul* bildet die Weiterführung der *Ilk Okul* und dauert 3 Jahre. Ein solcher Schulabschluss kann als niedrig bis mittel bezeichnet werden. Die weiterführende Schule nach dem *Orta Okul* wird als Lise (3 Jahre) bezeichnet. Ein solcher Abschluss bildet die

⁹ Für eine Darstellung des türkischen Bildungssystems vgl. www.lehrer-info.net/kompetenz-portal/cat/17/aid/75/title/Schulsystem_Tuerkei

Höchster Schulabschluss



Voraussetzung für die Zulassung zu einer Universität (normalerweise 4 Jahre) in der Türkei. Der Bildungsstand nach dem *Lise* kann allerdings nicht direkt mit einer schweizerischen Maturität verglichen werden. Die Universitäre Ausbildung bildet den höchst möglichen Schulabschluss. Laut dem World Bank Turkey Report (2006) betrug die durchschnittliche Bildungsdauer in der Türkei im Jahre 2005 7 Jahre (Beysel 2006). Circa 85% der TeilnehmerInnen hatten eine Bildung genossen, die 7 Jahre überschritt, damit ist das vorliegende Sample – verglichen mit der Population im Herkunftsland – überdurchschnittlich gebildet.

Kommentar [FZ1]: Diese Referenz fehlt in der Bibliographie

4.1.4. Zivilstand

67.2% der Probanden ist verheiratet. 10 Personen bezeichnen sich als ledig und 8 geben an geschieden zu sein. Getrennt lebend sind 2 Personen und gleich viele leben in einer festen Partnerschaft.

Fasst man die Personen welche in einer Partnerschaft (mit oder ohne verheiratetem Status) leben zu einer Kategorie zusammen, ergibt sich eine Summe von 41 Personen, was ca. zwei Dritteln der gesamten Stichprobe entspricht. Mit der analogen Methodik für die

andere Gruppe (ledig, geschieden, getrennt) ergaben sich 20 Personen (32.8%) die nicht in einer festen Partnerschaft leben.

In Anbetracht der zahlreichen Personen, die sich in einer Partnerschaft befanden, stellte sich den AutorInnen die Frage, wie viele Paare effektiv zusammen im Kurs anwesend waren und von welcher Person die Motivation ausgegangen war, an der Therapie teil zu nehmen. Insgesamt waren drei Paare gemeinsam in Kursen anwesend. Zwei davon waren im Kurs in Basel und ein Paar in Zürich. In den ersten beiden Fällen überzeugte die Frau den Mann, an der Rauchstopptherapie teil zu nehmen.

4.1.5. Herkunft

Ungefähr 64% der ProbandInnen stammen ursprünglich aus dem östlichen und dem süd-östlichen Teil der Türkei. Diese Teile sind hauptsächlich auch kurdische Gebiete. 10 Personen stammen aus den 4 grössten Städten der Türkei (Istanbul, Ankara, Izmir und Adana).

4.1.6. Vorwiegender Wohnort

Obwohl die Muttersprache bei allen TeilnehmerInnen türkisch oder kurdisch ist, haben 47.5% den grössten Teil ihres Lebens in der Schweiz verbracht. Im Gegensatz dazu haben 52.5% der ProbandInnen die meiste Zeit ihres Lebens in der Türkei verbracht. Die meisten Personen waren als junge ArbeiterInnen in die Schweiz gekommen, sind deren Nachkommen oder suchten nach dem Militärputsch vom 12. September 1980 politisches Asyl in der Schweiz.

4.1.7. Sozio-ökonomischer Kontext

Mit dem Sampling der vorliegenden ProbandInnen wurde ein breites Spektrum von türkeistämmigen MigrantInnen erreicht. Bei der Darstellung der momentanen Tätigkeit, welcher nachgegangen wird und der jeweiligen Einkommensquelle unterschieden wir die reine Frauengruppe (11 Personen) vom restlichen Sample (50 Personen). Bei der Frauengruppe gaben 9 Teilnehmerinnen als Tätigkeit Hausfrau an und die anderen beiden Personen nannten je einmal nicht selbständig und selbständig erwerbstätig an. Entsprechend war bei dieser Gruppe auch die Einkommensquelle bei 9 Personen durch die Familie bzw. den Ehemann, bei den anderen beiden durch ihre Tätigkeit gekennzeichnet.

Bei den restlichen 50 ProbandInnen gaben 13 Personen an arbeitslos oder in gekündigter Stellung zu sein, was rund einem Viertel (25.5%) dieser Personengruppe entspricht¹⁰. 6 Personen gaben „StudentIn/Lehrling/SchülerIn“ an, 10 „qualifizierte ArbeiterIn“, eine Person „HilfsarbeiterIn“, 16 „nicht selbständig erwerbend“, zwei „selbständig erwerbend“ und zwei Befragte nannten „Hausfrau“ als momentane Tätigkeit. Bezüglich der Quelle des Einkommens gaben 27 Personen „Lohnarbeit“, zwei „selbständiger Erwerb“, eine Person „Familie/Verwandschaft“, 12 „Fürsorge, Sozialamt, Hilfswerk“ 7 „andere Zuwendungen (Renten, IV, etc.)“ und je eine Person nannte „andere Quellen“ und „möchte mich nicht dazu äussern“.

4.1.8. Vulnerabilität

Das vorliegende Sample war von einem grossen Anteil an Personen (57.4%) geprägt, bei welchen von einer hohen psychosozialen Vulnerabilität ausgegangen werden kann. Viele von ihnen sind in psychologischer und/oder psychiatrischer Behandlung, kamen als Flüchtlinge in die Schweiz oder wurden in Ihrem Heimatland gefoltert und/oder misshandelt (meist, weil sie sich in regierungskritischen politischen Kreisen bewegten). Auf Grund des hohen Anteils an vulnerablen Personen im vorliegenden Sample kann davon ausgegangen werden, dass es im Vergleich mit anderen Samples bei Rauchstoppkursen einer überdurchschnittlich hohen Mehrfachbelastung unterliegt. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die TeilnehmerInnen – ohne eine spezifische, diesem Umstand Rechnung tragende Intervention – eine wesentlich geringere Chance für einen erfolgreichen Rauchstopp hatten, als RaucherInnen ohne eine solche zusätzliche Belastung.

Vulnerable Personen (n=38)	Prob.Nr.
In psychologischer/psychiatrischer Behandlung	01, 20, 38, 49, 55, 64
In Gefangenschaft gewesen	04, 09, 11, 12, 48
Politisch aktiv gewesen und Opfer von Folter und/oder Misshandlung	04, 09, 11, 12, 13, 14, 16, 24, 25, 42, 44, 46, 48, 52
Lebt als anerkannter Flüchtling in der Schweiz	02, 04, 09, 11, 12, 13, 14, 16, 24, 25, 29, 42, 44, 46, 48, 52
IV-BezügerIn	01, 29, 36, 46, 47, 49, 50, 64
Arbeitslos	04, 05, 06, 07, 10, 17, 23, 30, 39, 40, 41, 45, 48, 51, 52, 53
Alleinstehende Mutter	06, 53
SozialgeldbezügerIn	02, 05, 06, 53

¹⁰ bzw. 21.3% des gesamten Samples

Nicht vulnerable Personen (n=23)

In der Schweiz aufgewachsen	08, 27, 32
Ehepartner arbeitet	33, 54, 57, 58, 60, 62, 63
Arbeitet	03, 08, 18, 19, 21, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 35, 37, 43, 56, 61

4.2. Tabakabhängigkeit, Tabakkonsum und Rauchstoppmotivation bei t1

4.2.1. Tabakabhängigkeit

4.2.1.1. HONC

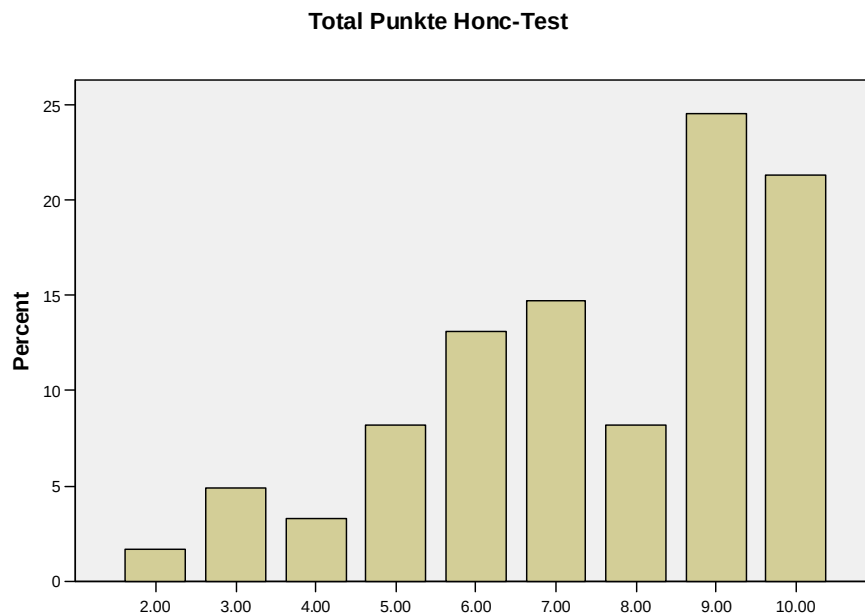
Die *Hooked on Nicotine Checklist* nach DiFranza et al. (2002) umfasst 10 Items, die dichotom codiert sind (zutreffend vs. nicht zutreffend). Der *HONC*-Test misst dabei körperliche sowie physische Abhängigkeitssymptome. Beispiele für die Fragen der *HONC* sind: "Hast du jemals versucht aufzuhören, aber konntest es nicht schaffen?" oder "Fällt es dir schwer, an Orten oder in bestimmten Situationen, wo man eigentlich nicht rauchen darf, auf das Rauchen zu verzichten?". Jedes als zutreffend angekreuzte Item signalisiert Tabakabhängigkeit mit zunehmender Stärke (DiFranza et al., 2002). Die *HONC* misst somit ein Kontinuum von Abhängigkeit auf einer 10-Punkteskala, wobei in der Regel folgende Cut-off-Punkte angewandt werden:

- 0 Punkte: keine Abhängigkeit
- 1 bis 2 Punkte: beginnende Abhängigkeit
- ab 3 Punkten: Abhängigkeit mit zunehmender Stärke

Die durchschnittlich ermittelte Punktezahl bei der *HONC* belief sich auf rund 7.5 (SD=2.17, $p<0.05$) Punkte und die Punktezahlen waren gemäss dem *One-sample Kolmogorov-Smirnov* Test normal verteilt. Besonders interessant dabei ist, dass die 45.9% des Samples die Punktezahl 9 oder die maximale Punktezahl von 10 aufweist. Diese Ergebnisse zeigen, dass der Abhängigkeitsgrad eine hohe Ausprägung bei der untersuchten Stichprobe annimmt.

Zum Vergleich dieser Werte sei hier auf eine Untersuchung von Wellmann et al. (2005) verwiesen: Die ProbandInnen rauchten dort durchschnittlich 17.5 Zigaretten pro Tag und erreichten einen durchschnittlichen Wert von 7.1 Punkten auf der *HONC*.

Kommentar [FZ2]: Dieser Text fehlt in der Bibliographie



4.2.1.2. Fagerström

Neben der Graduierung der Nikotinabhängigkeit kann man aus dem Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit auch die Chancen für eine erfolgreiche Nikotinentwöhnung herauslesen. Nach Bleich et al. (2002) ist der Test bei Männern ein guter Prädiktor für den kurz- und mittelfristigen Abstinenzserfolg. Bei den Frauen hingegen ist nach Bleich et al. (2002) der Cotininspiegel zu Therapiebeginn aussagekräftiger im Hinblick auf die Chance eines Entwöhnungserfolges. Da der Fagerström-Test erst im Verlaufe der ersten Therapie-durchläufe in die Evaluation integriert wurde, konnten 20 ProbandInnen nicht bei diesem Test mit eingeschlossen werden. Aus diesem Grund widerspiegeln die Tabellen lediglich die Ergebnisse von 42 Personen. Der durchschnittliche Wert dieser 42 Personen im Fagerström-Test belief sich auf rund 5 Punkte ($SD=2.31$), was per Definition einer mittleren Abhängigkeit entspricht.

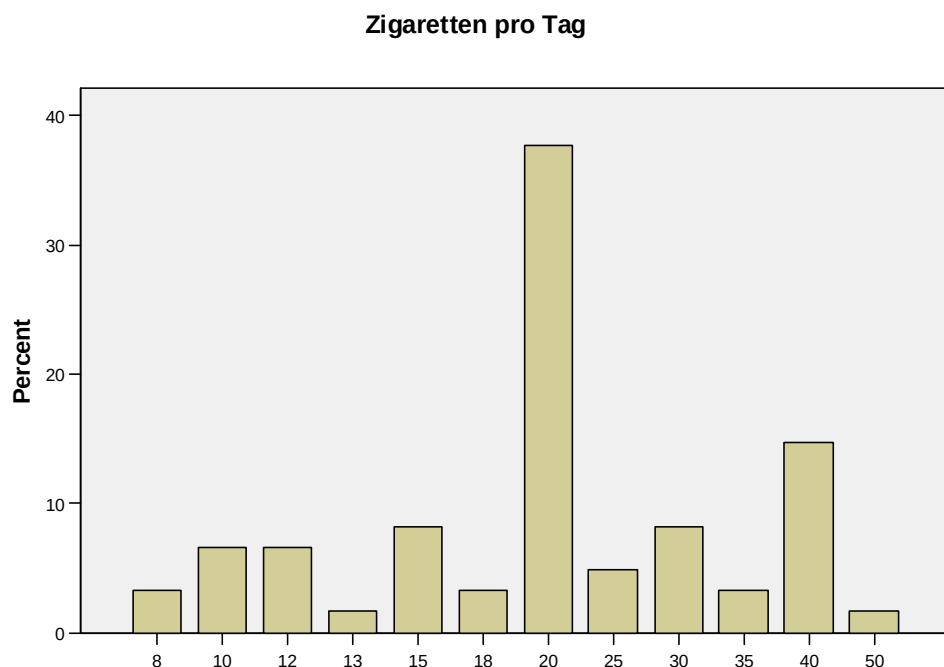
Die Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit eine Abstinenz zu erzielen wurde allerdings im vorliegenden Sample auf Grund der hohen Anzahl fehlender Angaben bei t1 (20 Missings, weil dieses Instrument erst im Verlaufe der Erhebungsphase ergänzend eingeführt wurde) nicht gemessen.

4.2.2. Einstiegsalter

Beim ersten Mal Rauchen war die jüngste Person 5 Jahre, die Älteste 25 Jahre alt. Der ermittelte Durchschnitt liegt bei 15.6 Jahren. Die Standardabweichung lag bei rund 4 Jahren. Das Alter in dem regelmässig angefangen wurde zu Rauchen wurde zwischen 10 und 27 Jahren angegeben und betrug durchschnittlich 18.8 Jahre.

4.2.3. Aktuelles Rauchverhalten

Die durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag beträgt über das gesamte Sample verteilt rund 24 Zigaretten ($SD = 10.70$). Das Maximum liegt bei 50, das Minimum bei 8 Zigaretten täglich. Ein Blick auf die spezifische Verteilung zeigt, dass lediglich 29.5% der ProbandInnen weniger als 20 Zigaretten am Tag rauchen. Der Rest der Stichprobe raucht 20 oder mehr Zigaretten am Tag, was ein Hinweis für einen grossen Anteil an starken RaucherInnen im Sample darstellt. Zum Vergleich seien hier die neusten Zahlen aus der repräsentativen Erhebung in der Schweizer Wohnbevölkerung zitiert: Im Jahr 2007 betrug der Durchschnitt an täglich gerauchten Zigaretten unter den täglich Rauchenden 15 Zigaretten (Keller et al. 2008). Dieser Vergleich veranschaulicht deutlich, dass es sich beim vorliegenden Sample im Durchschnitt um starke RaucherInnen handelte.



4.2.4. Rauchstoppmotivation

4.2.4.1. Transtheoretisches Modell – Aufhörbereitschaft nach dem Phasenmodell

Die Aufhörbereitschaft (Phasenbestimmung gemäss Transtheoretischem Modell TTM Nach Prochaska et al. 1998) im Zeitvergleich ergab, dass 63.9% innerhalb der nächsten 30 Tage aufhören wollten und 29.5% dies in den kommenden 6 Monaten beabsichtigten. Lediglich 4 Personen (6.6%) fassten dieses Ziel nicht innerhalb der nächsten 6 Monate ins Auge.

4.2.4.2. Aufhörbereitschaft

Mit 82% strebte die überwältigende Mehrheit bei t1 eine absolute Abstinenz an. 2 (3.3%) Personen wollten ihren Tabakkonsum auf die Hälfte reduzieren und 8 Personen wünschten sich, nur noch gelegentlich zu Rauchen (13.1%).

4.2.4.3. Bereitschaft zum jetzigen Zeitpunkt aufzuhören (Häufigkeiten)

Anhand des Stoppthermometers wird ersichtlich, dass die Bereitschaft, bereits zu Kursbeginn aufhören zu Rauchen bei 62.3% in der Mitte der Skala oder darunter lag. Die Bereitschaft bereits bei Kursbeginn sofort mit dem Rauchen aufzuhören, war folglich nur bei wenigen Personen stark ausgeprägt. Durchschnittlich betrug der Wert (auf der Skala von 1 bis 10¹¹) 4.92 Punkten (SD = 2.36).

4.2.5. Bisherige Rauchstoppversuche

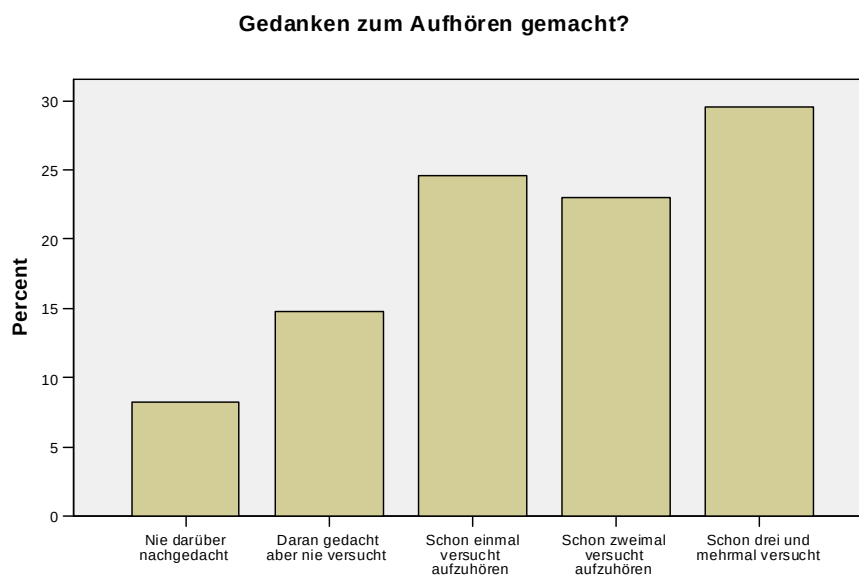
4.2.5.1. Gedanken zum Aufhören gemacht & Aufhörversuche

Mit 91.8% der Probanden, welche die Therapie starteten, haben fast alle Personen zumindest schon einmal übers Aufhören nachgedacht. Rund 14.8% der ProbandInnen gab an, dies getan, aber noch nie einen Aufhörversuch gestartet zu haben. Rund drei Viertel der befragten TeilnehmerInnen haben schon mindestens einen Aufhörversuch hinter sich.

¹¹ Das entsprechende Instrument zur Messung der Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören wurde im Rahmen des Tabak-Projekts KIM4U (Neuenschwander et al. 2007) entwickelt und erfolgreich verwendet und als „Stoppthermometer“ benannt. Je höher die Ausprägung, desto höher die Bereitschaft.

Knapp ein Viertel (23.0%) hat dies bereits zweimal versucht und 29.5% haben bereits 3 und mehr Aufhörversuche hinter sich. Diese Zahlen veranschaulichen, dass der Hauptanteil der ProbandInnen bereits erfolglos versucht hatte, sich das Rauchen abzugewöhnen.

Betrachtet man die NichtraucherInnenquote bei t2, hatten Personen, die vor Kursbeginn bereits 2 Aufhörversuche gestartet hatten, die besten Erfolgsquoten. 64.3% dieser ProbandInnen waren bei t2 rauchfrei. Am zweitbesten schnitten diejenigen ab, welche bereits 3 und mehr Aufhörversuche hinter sich hatten. Bei diesen waren 50% beim Messzeitpunkt t2 rauchfrei. Betrachtet man die Verteilung lediglich unter den NichtraucherInnen bei t2, schnitten die ProbandInnen mit 2 Aufhörversuchen bei t1 gleich gut ab, wie diejenigen mit mehr als 2 Aufhörversuchen (beide 31%). NichtraucherInnen mit einem Versuch, entsprachen 24.1%, solche mit einem Gedanken an das Aufhören mit dem Rauchen, aber ohne Aufhörversuch entsprachen 10.3% und diejenigen ProbandInnen unseres samples, welche zuvor noch nie über einen Rauchstopp nachgedacht hatten entsprachen 3.4%.

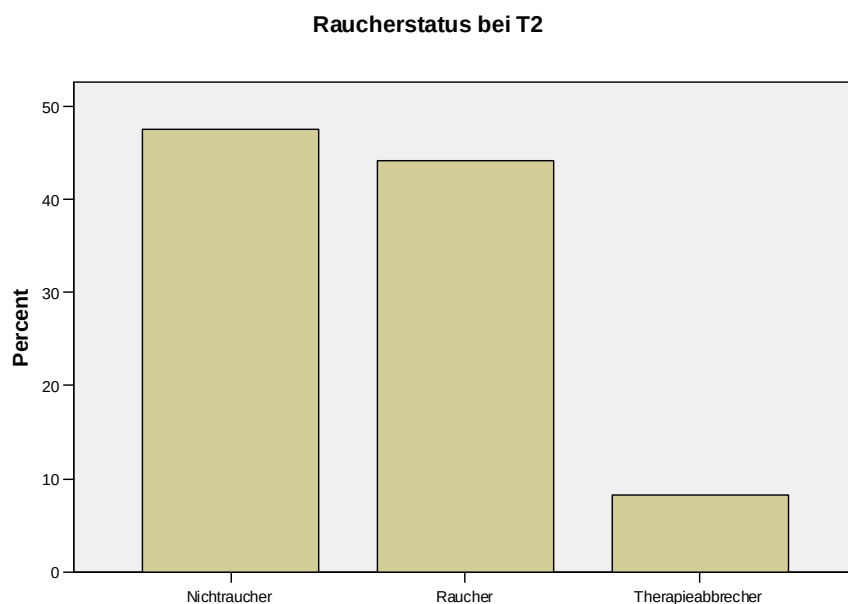


5. Wirksamkeitsmessungen

5.1. Wirksamkeitsmessung: Nur Therapieerfolge (NichtraucherInnen) (n=29)

5.1.1. Therapieerfolg „NichtraucherIn“

Obwohl die Wirksamkeit an verschiedenen Kriterien gemessen wurde, liegt das Hauptgewicht, welches über Erfolg und Misserfolg entscheidet selbstverständlich bei der Rate der Personen, die auch beim Erhebungszeitpunkt von T2, also durchschnittlich rund 4 Monate nach Therapiebeginn, NichtraucherInnen waren (n=29). Das Ziel Personen in ein tabakfreies Leben zu begleiten, konnte mit einer überraschend hohen Anzahl von 29 TeilnehmerInnen erreicht werden. Insgesamt schafften somit 47.5% den Rauchausstieg und – viel wichtiger – sie konnten diesen zusätzlich auch bis zum letzten Messzeitpunkt aufrecht erhalten. Die TherapieabbrecherInnen werden der Übersicht halber in folgender Tabelle separat ausgewiesen. Da davon ausgegangen werden muss, dass TherapieabbrecherInnen weiterhin rauchen, wurden diese bei übergreifenden Analysen beim Messzeitpunkt von t2 hypothetisch als RaucherInnen gezählt.

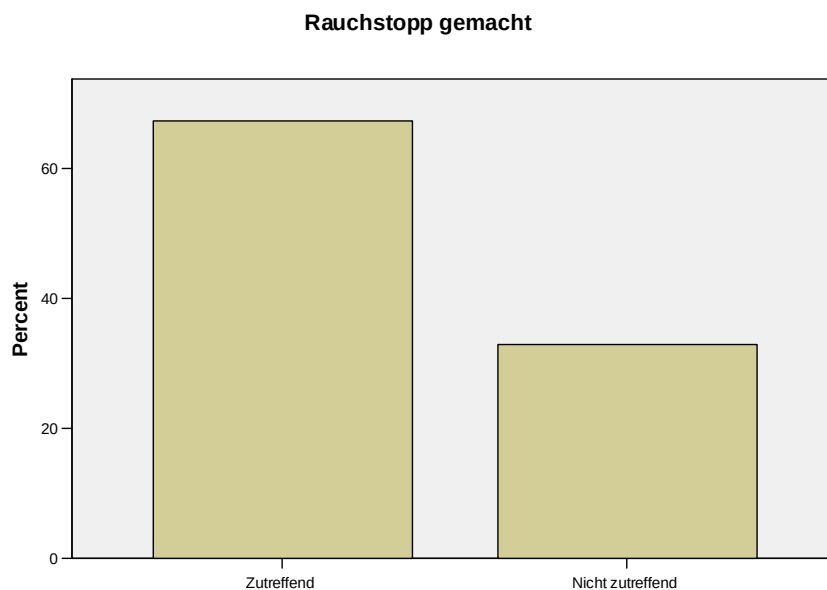


5.1.2. Rauchstoppversuche von mindestens einem Tag Dauer

Insgesamt haben innerhalb der Therapieintervention 41 (67.2%) Personen einen Rauchstoppversuch von mindestens einem Tag Dauer¹² gemacht. 20 Personen (32.8%) haben dies hingegen nicht durchgeführt. Durchschnittlich dauerte die Zeit zwischen Rauchstopp-tag und Rückfall bzw. (bei den Therapieerfolgen) t2 79.9 Tage (SD=38.70).

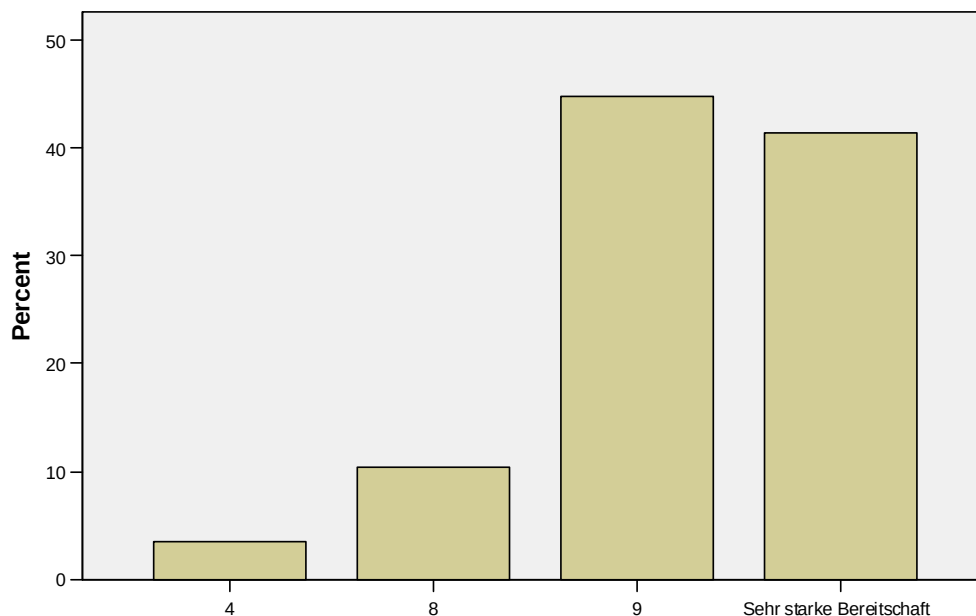
5.1.3. Bereitschaft auch in Zukunft rauchfrei zu bleiben

Besonders erfreulich ist die Tatsache, dass eine Rate von 86.2% der Personen mit Therapieerfolg auf der Skale von „1“ bis „10“ eine „9“ oder eine „10“ angaben, wenn sie nach der Bereitschaft gefragt wurden, auch in Zukunft nicht zu rauchen. Dies ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass diese Population auch Monate nach dem Rauchstopp eine starke Motivation aufweist, dauerhaft tabakabstinent zu bleiben.



¹² Die Dauer von min. einem Tag wurde verwendet, um Angaben von Rauchstoppversuchen, die am selben Tag wieder abgebrochen wurden herausfiltern zu können.

Bereitschaft zukünftig nicht mehr zu rauchen



5.1.4. Gründe für den Rauchstopp

5.1.4.1. NichtraucherInnen

Im Rahmen der Wirksamkeitsmessung wurde untersucht, wie sich die Ausprägungen der einzelnen Gründe mit dem Rauchen aufzuhören zwischen t1 und t2 verändert hatten. Eine signifikante Veränderung innerhalb der einzelnen Gründe ergab sich lediglich bei vier Items:

1. *„Rauchen kostet viel Geld.“* Die Priorität dieses Grundes verringerte sich um rund 1 Punkt von 3.82 (SD=1.25) auf 2.82 (SD=1.22). Dies entspricht (gerundet) einer Veränderung von der Ausprägung „trifft mehrheitlich zu“ auf „trifft mehr oder weniger zu“ ($t=4.05$, $df=27$, $p<0.001$).
2. *„Rauchen schädigt die Gesundheit anderer Leute.“* Dieser Grund nahm in der Prioritätsliste ebenfalls ab und zwar von auf um 0.66 Punkte von 3.97 (SD=1.32) („trifft mehrheitlich zu“) auf 3.31 (SD=1.23) (3 = „trifft mehr oder weniger zu“) ($t=4.05$, $df=28$, $p<0.05$).

3. „*Rauchen ist vielerorts verboten.*“ Die Ausprägungen innerhalb dieses Items nahmen ebenfalls um einen Punkt ab und zwar von 2.1 (SD=1.59) auf 1.1 Punkte (SD=0.42 wobei 2 = „trifft etwas zu“ und 1 = „trifft gar nicht zu“ (t=3.38, df=27, p<0.01).
4. „*Wegen den Kindern / weil jemand im eigenen Haushalt schwanger ist*“ veränderte sich von 1.96 (SD=1.71) auf 1 (SD=0.00) Punkt (1 = „trifft gar nicht zu“, 2 = „trifft etwas zu“) (t=2.98, df=27, p<0.01).

Diese Abnahmen muten auf den ersten Blick etwas seltsam an. Vermutlich erklären sie sich damit, dass sich die Ausprägungen bei den Hauptgründen (siehe nächster Abschnitt) bei T2 vielfach verdichteten und damit eine Verschiebung von den oben aufgeführten Gründen zu den Hauptgründen hin stattgefunden hat.

Die Hauptgründe, wieso mit dem Rauchen aufgehört wurde, haben sich offensichtlich nur marginal verändert zwischen t1 und t2, betrachtet man die Priorisierung innerhalb der einzelnen Ausprägungen. Die wichtigsten Gründe, das Rauchen einzustellen setzen sich folgendermassen zusammen¹³:

- 1. Priorität bei t1: Schlechter Atem (t1:89.6%, t2:75.9%)
- 2. Priorität bei t1: Unangenehmer Geruch (t1:86.2%; t2:92.6%) Erhebliche Gesundheitsschäden (t1:86.2%; t2:93.1%), störe mich an Abhängigkeit (t1:86.2%, t2:86.2%)
- 3. Priorität bei t1: Schädigt Gesundheit anderer (t1:68.9%, t2:37.9%)
- 1. Priorität bei t2: Erhebliche Gesundheitsschäden (t1:86.2%, t2:93.1)
- 2. Priorität bei t2: Störe mich an Abhängigkeit (t1:86.2%, t2:86.2%)
- 3. Priorität bei t2: Schlechten Atem (t1:89.6%, t2:75.9%)

Besonders interessant ist hier die Verschiebung der ersten Priorität bei t1, welche eine hauptsächlich hygienische Komponente betrifft zu einer gesundheitsbezogenen Priorisierung nach der Intervention (t2). Dies könnte als ein Zeichen für eine verbesserte Gesundheitskompetenz (*health literacy*¹⁴) interpretiert werden.

¹³ Dieser Wert setzt sich aus den kumulativen Prozentsätzen der beiden Ausprägungen „trifft voll zu“ und „trifft mehrheitlich zu“ zusammen.

¹⁴ *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,

5.1.5. Veränderung der Einstellung

Gemäss Forschungsplan war vorgesehen, die Veränderung der Einstellung mittels der beiden Fragebögen t1 und t2 und ergänzend mittels qualitativer Interviews (Fallanalysen) zu messen. Insbesondere sollten dabei die Variablen Risikobewusstsein und Suchtwirkung untersucht werden. Einzelne Variablen wurden aus therapieorientierten Gründen während der Therapie gemessen, da durch die Ausführung der Standortbestimmung auch ein selbstreflexiver Gewinn vermutet wurde. Aus diesem Grund entstammen die Wirksamkeitsmessungen von Suchtwirkung, einer einzelnen Gratifikationserwartung (glücklich sein, nicht Rauchen zu müssen), Zufriedenheit mit dem Entscheid des Rauchstopps dem Instrument der „Standortbestimmung“.

Die Fallanalysen unterstrichen teilweise sehr anschaulich, wie sich die Einstellung dem Rauchen gegenüber bei den ProbandInnen im Verlaufe des Kurses veränderte (*„Definitively. I thought that I would never be able to stop smoking. During the course I broke this false belief. I realized that it was easier than I had thought.“* Fallanalyse 6). Die Gruppentherapien trugen aus subjektiver Wahrnehmung von ProbandInnen massgeblich dazu bei, ihr Selbstvertrauen zu stärken – und damit die Motivation mit dem Rauchen aufzuhören.

5.1.5.1. Risikobewusstsein

Die Risikoperzeption veränderte sich nicht signifikant. Verwunderlich ist dies allerdings nicht, in Anbetracht der hohen Anzahl, die bei t1 bereits das Rauchen als riskanteste Bedrohung – verglichen mit Grippe, Verkehrsunfällen und Tuberkulose – erkannten (89.3% des gesamten Samples bei t1 nannte Rauchen als riskantesten Faktor).

Im Gegensatz zur geringen Veränderung der Risikowahrnehmung durch die quantitative Erhebung, wurde in den Fallanalysen offenkundig, dass viele Probanden nur sehr bedingt über die genauen Inhaltsstoffe der Zigaretten und deren Auswirkungen auf den Körper Bescheid wussten. Mehrfach wurde in den Fallanalysen erwähnt, dass man durch den Kurs wichtige Informationen erhalten habe, die u.a. die Sorge um die eigene Gesundheit verstärkten und somit motivierten einen Rauchstopp durchzuführen. In diesem Zusammenhang erwähnten auch mehrere ProbandInnen, dass sie der Zigarette gegenüber einen Ekel entwickelten, nachdem sie entsprechende Informationen durch den Kursleiter erhalten hatten (vgl. z.B. Fallanalyse 10).

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).

5.1.5.2. Suchtwirkung

Um mehr als 3 Skalenpunkte hat sich dieser Wert (und damit das Bewusstsein über die Stärke des eigenen Verlangens zu Rauchen) signifikant verändert von 1.82 (SD=0.81) (2=„trifft selten oder wenig zu“) auf 4.90 (SD=0.31) (5=„trifft immer oder bestimmt zu“) ($t=-18.70$, $df=28$, $p<0.001$). War das Bewusstsein über die Stärke des eigenen Verlangens zu Rauchen bei Kursbeginn noch sehr gering ausgeprägt, stieg es folglich bei den Therapieerfolgen auf annähernd das mögliche Maximum an.

Die Fallanalysen veranschaulichten mehrfach, dass den ProbandInnen durch die Kurse häufig deutlich gemacht wurde, dass sie abhängig sind. Diese Einsicht wurde von einigen Personen als äusserst wichtig erachtet, um den Entschluss fassen zu können, einen Rauchstopp in Angriff zu nehmen.

5.1.6. Wahrnehmung

5.1.6.1. Erkennen der *peer-group*-Prozesse (nur TherapieversagerInnen bzw. RaucherInnen)

Die Erkennung von *peer-group*-Prozessen wurde gemessen mittels der Items „weil FreundInnen oder KollegInnen von mir rauchen“ und „weil Personen, die mit mir zusammenwohnen rauchen“, „damit meine KollegInnen/FreundInnen/Verwandte nicht alleine rauchen müssen“ und „weil ich nicht nein sagen kann, wenn mir eine Zigarette angeboten wird“ welche als Subkategorien der vermuteten Gründe zu rauchen fungierten. Zwar nahm die Ausprägung in allen vier Subkategorien leicht zu, allerdings nirgends in signifikantem Ausmass. Ein Hinweis darauf, dass die *peer-group*-Prozesse von einigen TherapieversagerInnen erkannt werden könnte die Tatsache darstellen, dass 29.6% der Noch-RaucherInnen angaben, noch zu rauchen, weil „meine FreundInnen/KollegInnen rauchen noch“.

5.1.6.2. Realistische Einschätzung der Anzahl RaucherInnen im unmittelbaren und mittelbaren Umfeld

Die übermässige Einschätzung der rauchenden *peers* ist ein vielfach beobachtetes Phänomen. Um durchschnittlich knapp eine Person aus den wichtigsten 10 Personen im Umfeld, hat die Wahrnehmung rauchender *peers* in der eigenen Umgebung abgenommen. Diese Abnahme ist allerdings nicht als signifikant zu bewerten.

5.1.7. Gratifikationserwartung

Die Gratifikationserwartung wurde anhand verschiedener Variablen gemessen. Dazu gehört die Ausprägung „Habe mehr Energie ohne Rauchen“ bei der Begründung mit dem Rauchen aufhören zu wollen (t1) bzw. mit dem Rauchen aufgehört zu haben (t2). Des Weiteren wurden in diesem Zusammenhang mit dem Instrument „Standortbestimmung“ die Ausprägungen der Items „Ich bin glücklich, wenn ich nicht Rauchen muss“ sowie „Ich bin zufrieden mit meiner Entscheidung und meinem Einsatz für den Rauchstopp“ gemessen.

5.1.7.1. Mehr Energie haben

Nicht signifikant hat sich die Gratifikationserwartung verändert, bezogen auf die Erwartung, mehr Energie zu haben, also sich körperlich leistungsfähiger zu fühlen, ohne das Rauchen.

5.1.7.2. Glücklich nicht Rauchen zu müssen

Wie bereits bei der vorangehenden Gratifikationserwartung hat sich auch diese Ausprägung („Ich bin glücklich, wenn ich nicht rauchen muss“) nicht signifikant verändert zwischen den beiden Standortbestimmungszeitpunkten. Allerdings war der Wert bereits bei der ersten Standortbestimmung sehr hoch (4.57) (4= „trifft häufig oder stark zu, 5= „trifft immer oder bestimmt zu“), so dass eine nennenswerte Steigerung kaum mehr möglich war.

5.1.7.3. Zufriedenheit mit Entscheidung und Einsatz für den Rauchstopp

Die Zufriedenheit über die Entscheidung einen Rauchstopp zu unternehmen stieg zwischen den Standortbestimmungen im Durchschnitt um 1.72 Punkte an. Dies entspricht einer deutlichen Zunahme der Zufriedenheit. Lag diese bei der ersten Standortbestimmung noch bei 2.79 (SD=0.90), erreichte der Durchschnittswert bei der zweiten Standortbestimmung 4.52 Punkte (SD=0.78), was nicht weit vom Maximalwert von 5 entfernt liegt ($t=-7.60$, $df=28$, $p<0.001$).

5.1.8. Alternativhandlungen

Ursprünglich war geplant, die Strategien zur Stressbewältigung im Prä-Postvergleich zu untersuchen. Dies hätte insbesondere mit Hilfe von Entspannungsübungen (Jakobsen) sowie von alternativmedizinischen Produkten (in Anlehnung an die Methode der Rauchstoppkurse der Krebsliga) erfolgen sollen. Da beide Hilfsmittel auf äusserst geringe Resonanz bei den TeilnehmerInnen stiessen, musste von diesem Vorhaben abgesehen werden.

5.1.8.1. Ideen wodurch Rauchen ersetzt werden könnte

Die NichtraucherInnen weisen einen hochsignifikanten Zuwachs an Ideen zu Alternativhandlungen bei der zweiten Standortbestimmung auf. Während der Durchschnitt der Werte bei der ersten Messung noch bei 1.83 (SD=0.76) (2 = „trifft selten oder wenig zu“), stieg dieser bis zum Zeitpunkt der zweiten Standortbestimmung auf 4.55 Punkte (SD=0.51) (4 = „trifft häufig oder stark zu“, 5 = „trifft immer oder bestimmt zu“) ($t=-15.29$, $df=28$, $p<0.001$).

5.1.8.2. Gelingen, die eignen Vorsätze bezüglich des Rauchens einzuhalten

Einen signifikanten Unterschied wurde auch bei der Aussage erreicht „es gelingt mir leicht, meine Vorsätze bezüglich Rauchen einzuhalten“. Zwischen der ersten und der zweiten Standortbestimmung erhöhte sich der Durchschnittswert von 2.21 (SD=1.05) auf 4.21 (SD=0.9) um exakt 2 Punkte ($t=-6.81$, $df=28$, $p<0.001$).

5.1.9. Soziales Umfeld

Bei den Therapieerfolgen ist das soziale Umfeld bei 96.6% das selbe geblieben. Dies ist ein Hinweis darauf, dass sich keine Veränderungen im sozialen Umfeld ergeben weil das Rauchen aufgegeben wird.

Mit 55.2% gab mehr als die Hälfte der Therapieerfolge beim Messzeitpunkt t2 (rund 4 Monate nach t1) an, dass in ihrem privaten sozialen Umfeld weniger geraucht wird, also noch vor 4 Monaten. Dieses Ergebnis könnte ein wichtiger Hinweis dafür sein, dass die Entscheidung zum Rauchstopp auch die *strong ties*, also Personen zu denen enge soziale Verbindungen bestehen positiv beeinflusst. Besonders hilfreich scheint es zu sein, gemeinsam in mit seinen engen Beziehungen in die Rauchstoppkurse zu gehen, da dadurch einerseits gegenseitige Unterstützung aber auch ein nicht zu unterschätzendes Mass an sozialer Kontrolle ermöglicht wird. Zusätzlich unterstrichen wird diese Vermutung durch die Analyse der Fallstudien. So meinte eine der befragten ProbandInnen:

„It was very good to quit with all the people who are close to me. So, the support was not only in the course but at home and at the association as well. We could support and control each other better.“ (Fallanalyse 7).

Noch drastischer formulierte es der Proband in der Fallstudie 9:

„Deciding this in a group is very helpful. This was a common decision and I had to obey it.“

Es ist aus den oben beschriebenen Veranschaulichungen naheliegend zu vermuten, dass durch die Entwöhnung einzelner Personen in engen Gemeinschaften – wie bei der vorlie-

genden Zielgruppe der Fall – eine Art Dominoeffekt ausgelöst werden könnte (vgl. dazu Christakis & Fowler 2008).

Die restlichen 44.8% nehmen die Rauchprävalenz in ihrem privaten Umfeld als unverändert wahr.

5.1.10. Einschätzung der Wirksamkeit der Intervention durch die ProbandInnen

Alle ProbandInnen gaben an, dass die Intervention insgesamt gesehen, sehr hilfreich für sie gewesen war. Bezogen auf den Versuch mit dem Rauchen aufzuhören, bewerteten 96.6% der Befragten den Kurs als sehr hilfreich.

5.1.11. Zufriedenheit mit Rauchstoppkurs

Ebenfalls 96.6% waren sehr zufrieden mit dem Rauchstoppkurs und alle würden den Kurs „ganz sicher“ weiterempfehlen.

5.2. Wirksamkeitsmessung: Nur TherapieversagerInnen (RaucherInnen) (n=32)

Im folgenden Kapitel werden diejenigen Personen im Detail beleuchtet, welche bei der Messung t2 nicht abstinent waren. Insbesondere wird dabei untersucht, ob sich in einzelnen Bereichen signifikante Veränderungen im Gegensatz zur Messung bei t1 eingestellt haben. Diesbezüglich folgende Spezifika untersucht:

- Rauchverhalten
- Gründe für das Rauchen

5.2.1. Veränderung des Rauchverhaltens: Durchschnittliche Reduktion der gerauchten Zigaretten bei Therapieversagern (RaucherInnen)

Obwohl nicht die Abstinenz erreicht werden konnte, ergab sich selbst bei den TherapieversagerInnen, also den RaucherInnen bei t2, eine signifikante Reduktion der täglich gerauchten Anzahl Zigaretten. Insgesamt fand zwischen t1 und t2 durchschnittlich eine Reduktion von 24.04 ppm (SD=10.70) auf 18.90 ppm (SD=9.06) statt¹⁵. Somit wurden bei t2 im Mittel 5.15 Zigaretten weniger pro Tag geraucht, als dies noch beim ersten Messzeitpunkt (t1) bei den TherapieversagerInnen der Fall war ($t=2.99$, $df=26$, $p<0.05$). Die in Abbildung 1 aufgeführten CO-Messwerte belegen diese Reduktion – zumindest bis und mit der letzten Therapieintervention¹⁶ – zusätzlich.

Betrachtet man ausschliesslich, diejenigen Personen (n=11), welche angaben, keinen Rauchstopp- aber einen Reduktionsversuch durchgeführt zu haben, ergab sich eine signifikante Reduktion. Durchschnittlich rauchten diese Personen bei t1 25.6 (SD=9.72) Zigaretten und reduzierten ihren Konsum bis zum Zeitpunkt t2 auf rund 19.0 (SD=7.82) Zigaretten pro Tag. Dies entspricht einer durchschnittlichen Reduktion von 6.6 Zigaretten ($t=2.25$, $df=10$, $p<0.05$). Von den 11 Personen, welche lediglich versuchten zu reduzieren waren 5 Männer (45.5%) und 6 Frauen (54.5%). Bezogen auf alle noch Rauchenden bei t2, versuchten etwas mehr Frauen (40% der noch Rauchenden bei t2) als Männer (29.4% der noch Rauchenden) lediglich zu reduzieren.

Vergleicht man die angegebene Anzahl Zigaretten bei t1 mit jener bei t2 unter den TherapieversagerInnen direkt, wird allerdings ersichtlich, dass faktisch 17 Personen ihren Zigarettenkonsum reduziert haben. Dies entspricht 53.1% der TherapieversagerInnen. Darunter fallen auch Personen, deren Rauchstopp von kurzer Dauer war, die aber immerhin weniger Zigaretten bei t2 rauchten. Vergleicht man die Reduktion der Anzahl Zigaretten

¹⁵ Dieser Durchschnittswert bezieht sich auf die 56 TherapievollenderInnen, da die fünf TherapieabbrecherInnen keine t2 mehr ausfüllten und damit eine Vergleichsbasis zwischen t1 und t2 hinfällig wurde.

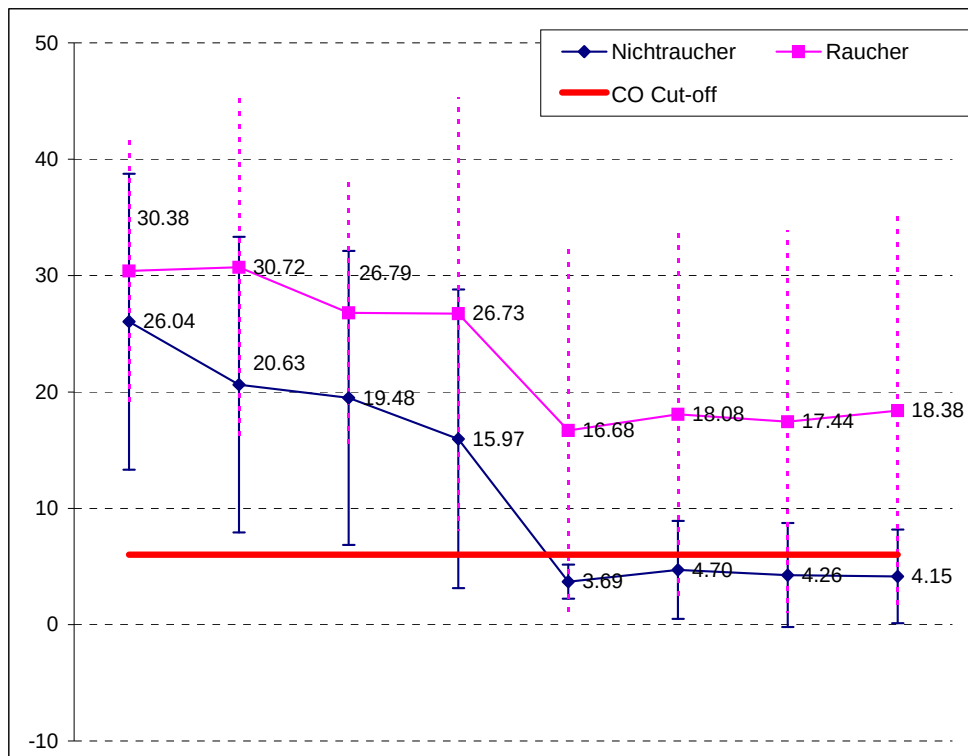
¹⁶ Die CO-Messungen fanden lediglich im Rahmen der Rauchstopptherapie statt, wurden jedoch aus organisatorischen Gründen beim t2 nicht wiederholt.

bei diesen Personen, ergibt sich eine Reduktion von 10.4 Zigaretten ($t=6.49$, $df=16$, $p<0.001$). Ein erfolgloser Rauchstoppversuch resultierte folglich zumindest oft in einer faktischen Reduktion des Tabakkonsums.

5.2.2. Entwicklung der CO-Messwerte

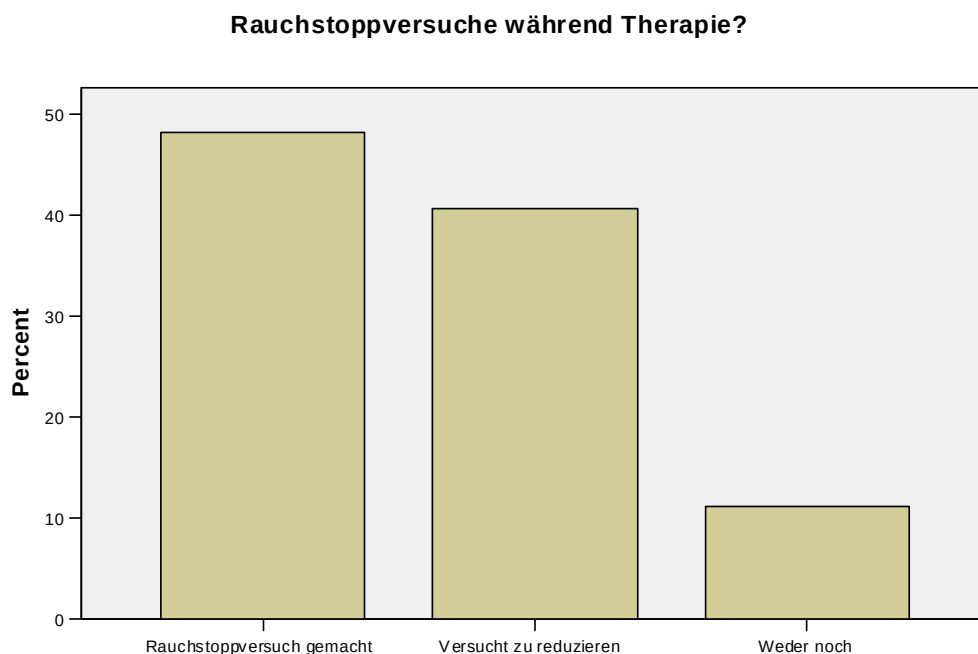
Mittels der CO-Messwerte (ppm) wurde der jeweilige Kohlenmonoxidwert in der Atemluft der ProbandInnen bei den einzelnen Therapiekursen gemessen. Der Rauchstopp fand in der Regel nach der 4. Therapieintervention statt. Die Kurve in der Abbildung 1 zeigt an Hand des Mittelwertes der CO-Konzentration in der Atemluft deutlich, wie die NichtraucherInnen ihren niedrigen Stand zu halten vermochten (Schwankung zwischen 3.69 ppm und 4.15ppm). Laut Angaben des Herstellers (bedfontScinetif Ltd) des eingesetzten Messgerätes (pico smokerlizer ®) weist ein ppm-Wert zwischen 0 und 6 eine NichtraucherIn aus, zwischen 7 und 10 ppm gilt als „Gefahrenbereich“ und Werte darüber weisen auf eine RaucherIn hin. Die Abbildung 1 zeigt folglich die Aufrechterhaltung der Nichtraucherens ab der Rauchstoppintervention. Interessanterweise sank der Durchschnitt der ppm-Werte auch bei den RaucherInnen nach der Rauchstoppintervention um durchschnittlich rund 10 ppm. Diese Reduktion ist auf die Reduktion der täglich gerauchten Zigaretten (durchschnittlich 5 Zigaretten) zurückzuführen, wie sie auch in der Angabe bei t2 von den Rauchern auftritt (vgl. dazu Abbildung 1).

Abbildung 1



y-Achse: ppm CO, x-Achse: Zeitintervalle 1. Intervention bis 8. Intervention

5.2.3. Rauchstoppversuche



Mit 48.1% der TherapieversagerInnen bei t2 hat fast die Hälfte dieses Samples mindestens einen Aufhörversuch seit Therapiebeginn gestartet. Keinen Rauchstoppversuch unternommen, aber versucht die Anzahl gerauchter Zigaretten zu reduzieren haben 40.7% der Befragten RaucherInnen bei t2 angegeben. Keine Änderungsversuche, also weder einen Rauchstopp- noch einen Reduktionsversuch haben lediglich 3 der befragten 27 RaucherInnen bei t2 angegeben. Die entspricht 11.1%.

5.2.4. Veränderung des Abhängigkeitsgrads: Fagerström-Test

Da im Anfangssample bei t1 nur 43 Personen den Fagerström-Test absolvierten und von diesen 43 Personen lediglich 19 als RaucherInnen bei t2 den Test absolvierten, kann der Vergleich (paired samples test) ausschliesslich mit diesen 19 Personen durchgeführt werden. Die Reduktion der durchschnittlichen Punktezahl von 5.6 auf 5.1 erwies sich allerdings als nicht signifikant. Auf Grund dieser Ergebnisse kann die verringerte Anzahl an gerauchten Zigaretten (zumindest beim Sample, dass den Fagerström-Test absolvierte) nicht mit einer geringeren Abhängigkeit assoziiert werden.

5.2.5. Ebene Motivation: Gründe für das Rauchen (Vergleich t1-t2)

Die Frage, wieso geraucht wird ist besonders bei den TherapieversagerInnen von Interesse, weil bei ihnen der Rauchstoppversuch offenbar nicht erfolgreich verlief. Ein Vergleich der Ergebnisse für die Motivation zu Rauchen von t1 und t2 zeigt, dass folgende Gründe aus subjektiver Sicht von besonderer Relevanz sind¹⁷:

- 1. Priorität bei beiden: Abhängigkeit (t1:51.8%, t2:88.8%)
- 2. Priorität bei t1: Lust/Genuss (t1:48.1%, t2:66.6%)
- 2. Priorität bei t2: Stress/Probleme/Frust (t1:36.0%, t2:81.5%)
- 3. Priorität bei t1 und t2: Langeweile (t1: 37.0%, t2:77.8%) und (nur bei t1) Beruhigung/Entspannung (t1:37.0%, t2:74.1%)

Die Gründe für das Rauchen bei t1 und t2, unterschieden sich bei den Therapieversagern nur in wenigen Punkten signifikant von einander. Beim Grund „aus Langeweile“ wurde allerdings eine signifikante Zunahme der Mittelwerte von 3.35 (SD=1.62) auf 4.38 (SD=0.64) um fast einen Punkt (0.9) verzeichnet was einem Wechsel von „trifft mehr oder weniger zu“ zu „trifft mehrheitlich zu“ ($t=-3.34$; $df=25$; $p<0.01$) gleichkommt.

Dasselbe trifft mit einem Unterschied der Mittelwerte um 0.96 Punkte zu für die Variable „wegen Stress, Problemen, Frust“ (von 3.12 (SD=1.48) auf 4.08 (SD=0.63)) und mit einer Veränderung um 0.81 Punkte (von 3.15 (SD=1.38) auf 3.96 (SD=.066)) ebenfalls auf „Beruhigung“ „Entspannung“ zu.

Die grösste Veränderung fand aber eindeutig beim Grund „aus Abhängigkeit“ statt. Hier wurde der Durchschnitt von 3.35 (SD=1.62) auf 4.4 (SD=0.64) Punkte erreicht. Dies könnte auf das verbesserte Wissen über die Abhängigkeitsmechanismen zurück zu führen sein, welches im Rahmen der Therapie vermittelt wurde. Denkbar wäre aber auch, dass die Betroffenen sich ihre Abhängigkeit verstärkt bewusst sind, nachdem sie mit einem Rauchstoppversuch innerhalb der Gruppe gescheitert sind.

5.2.6. Gründe für das (Noch-) Rauchen (nur t2)

Auf die Frage hin, wieso immer noch geraucht wird, gaben knapp 30% ihr soziales Umfeld als „trifft voll zu“ oder als „trifft mehrheitlich zu“ an. Eine überwältigende Mehrheit (85.2%¹⁸) gibt an, vor allem noch zu Rauchen, weil sie das Aufhören immer wieder hinausgeschoben haben. Dies signalisiert zwar den Vorsatz gefasst zu haben, jedoch diesen nicht in die Tat umgesetzt zu haben, weil man sich nicht zur tatsächlichen Handlung

¹⁷ Die folgenden Prozentwerte beziehen sich jeweils auf die Kumulation der Angaben „trifft mehrheitlich zu“ und „trifft zu“.

¹⁸ Dieser Wert setzt sich aus den kumulativen Prozentsätzen der beiden Ausprägungen „trifft voll zu“ und „trifft mehrheitlich zu“ zusammen.

durchringen konnte. Knapp 30%¹⁹ gaben als Grund an, dass es sehr schwer sei und sie nicht wüssten, wie sie es schaffen sollten, mit dem Rauchen aufzuhören. Fast 60%²⁰ erklärten hingegen, dass sie nicht aufhören wollten. Diese Angabe wirft die Frage auf, wie sehr sich die RaucherInnen ihrer Tabakabhängigkeit wirklich bewusst sind bzw. dazu stehen wollen oder können. Denkbar wäre auch, dass es für manche ProbandInnen einfacher ist, sich einzureden, dass sie gar nicht aufhören wollen sondern einfach keine Lust dazu zu haben. Auf diese Weise wird die eigene Entscheidungsfreiheit nicht durch die Abhängigkeit in Frage gestellt und muss kein Kontrollverlust eingestanden werden.

5.2.7. Subjektive Einschätzung der Wirksamkeit der Rauchstoppkurse und Weiterempfehlung

5.2.7.1. Insgesamt

Obwohl die RaucherInnen, welche die Therapie zwar abschlossen und den t2 ausfüllten, nicht bis zum Messzeitpunkt t2 mit dem Rauchen aufgehört hatten, gaben 85.2% an, dass der Kurs insgesamt sehr hilfreich (33.3%) oder eher hilfreich (51.9%) für sie gewesen sei. 92.6% der KursteilnehmerInnen, gaben an, den Kurs weiterzuempfehlen.

5.2.7.2. Bezogen aufs Rauchen

Von den 15 Personen, welche bei der Frage in t2, ob der Kurs beim Raustoppversuch hilfreich war, eine Antwort gaben, bewerteten 66.7% den Kurs als eher hilfreich beim Rauchstoppversuch und 13.3% bezeichneten den Einfluss des Kurses sogar als sehr hilfreich. Lediglich eine Person fand den Kurs eher nicht hilfreich und 2 Personen gaben bei der Frage „weder noch“ an. 2 Personen machten bei dieser Frage eine Angabe, ohne dass sie einen Rauchstoppversuch in Angriff nahmen. Eine der beiden Personen bewertete den Kurs aber trotzdem als eher hilfreich, wenn sie sich dazu hätten entschliessen können, den Stoppversuch wirklich umzusetzen, die andere Person bewertete den Kurs in dieser Hinsicht als „weder noch“.

5.2.8. Akzeptanz der Rauchstoppkurse

Vo den Personen, welche die Rauchstoppkurse absolviert hatten, gab lediglich eine Person an, unzufrieden gewesen zu sein. 96.3% der ProbandInnen waren hingegen zufriede-

¹⁹ Vgl. dazu Fussnote Nr.18.

²⁰ Vgl. dazu Fussnote Nr.18.

den oder sehr zufrieden. Die Akzeptanz des Rauchstoppkurses ist folglich als aus hoch zu bezeichnen.

5.2.9. Verbesserungsvorschläge der TherapieversagerInnen und Bewertung der Verständlichkeit des Fragebogens

Insgesamt machten 10 der 27 „Noch-Rauchenden“ Angaben bei der offen formulierten Frage nach Verbesserungsvorschlägen. Allerdings betrafen nur 6 Antworten auch wirkliche Verbesserungsvorschläge. Bei diesen stach vor allem der Wunsch nach mehr audiovisuellen Hilfsmitteln für die Wissensvermittlung im Kurs und die kostenlose Abgabe von NRT-Produkten hervor (je zwei explizite Vorschläge). Die restlichen beiden Nennungen betrafen den Wunsch, dass der Kursleiter in der näheren Umgebung wohnt sowie den Vorschlag nach mehr Kontrolle und mehr Kurseinheiten (insgesamt und pro Woche). In den qualitativen Interviews äusserten ausserdem mehrere ProbandInnen den Wunsch weiterer Treffen der TeilnehmerInnen über das Kursende hinaus.

Die Verständlichkeit des t2-Fragebogens für Noch-Rauchende wurde von 24 von 27 Personen als „ziemlich gut“ (29.6%) oder „sehr gut verständlich“ (63.0%) bewertet

5.3. Dropout-Analyse: Vergleich der Stichproben der Therapievollendungen mit Therapieabbrüchen

Von den 61 Personen brachen lediglich 5 die Therapie vor der letzten Intervention ab, was einer Abbruchrate von 8.2% entspricht. Mit diesen Personen konnte folglich kein t2-Fragebogen erhoben werden. Die Gründe für die vorzeitigen Therapieabbrüche waren sehr unterschiedlich. Im Folgenden werden die Gründe aufgelistet, welche von den Therapieabbrüchen angegeben wurden:

- Zu weit entfernter Wohnort (1 Person)
- Keine Angabe (2 Person)
- Grosse Schwierigkeiten, mit dem Rauchen aufzuhören (1 Person)
- Betrachtete sich als nicht bereit, mit dem Rauchen aufzuhören und wollte daher die anderen KursteilnehmerInnen nicht entmutigen (1 Person).

Die statistische Aussagekraft ist bei Vergleichen der TherapievollenderInnen mit den TherapieabbrechernInnen sehr gering, da es sich beim Sample der Ersteren um lediglich 5 Fälle handelt. Somit lassen sich allfällige Unterschiede zwischen den beiden Teilstichproben auf Grund der kleinen Stichprobe nicht auf Signifikanz überprüfen.

Im Bewusstsein dieser Einschränkung wurde bei einzelnen Schlüsselvariablen dennoch ein einfacher Vergleich der jeweiligen Häufigkeiten der einzelnen Dimensionen angestellt. Beschreibungen dieser Resultate bleiben aus oben beschriebenen Gründen selbstver-

ständig auf einer rein deskriptiven Ebene. Im Folgenden werden die beiden Teilstichproben auf folgende Variablen bei t1 hin untersucht.

- Geschlecht
- Muttersprache
- Aufhörbereitschaft (transtheoretisches Modell)
- Risikowahrnehmung
- Anzahl täglich konsumierter Zigaretten
- Sich an der eigenen Abhängigkeit zu stören als Grund für die Aufhörbereitschaft
- Vorsatz des zukünftigen Umgangs mit Tabak
- Aktuelle Aufhörbereitschaft

5.3.1.1. Geschlecht

Die Frauenquote ist bei den Therapieabbrüchen mit 80.0% deutlich höher als beim Sample der Therapievollendungen (41.1%). Möglicherweise spielte das Geschlecht eine Rolle für die Wahrscheinlichkeit, die Therapie vorzeitig abubrechen, die geringe Stichprobe lässt diesbezüglich aber keine aussagekräftigen Signifikanztests zu. Die Tatsache, dass bei der reinen Frauengruppe niemand abgebrochen hatte würde dieser Vermutung allerdings widersprechen. Denkbar wären allenfalls auch subtile psychosoziale Mechanismen, welche das Risiko eines Therapieabbruchs bei Frauen in gemischten Gruppen erhöhen könnten.

5.3.1.2. Muttersprache

Mit 77.8% bei den Therapieabbrüchen und, 80.0% bei den TherapievollenderInnen liegt der Anteil derer, die bei t1 angaben, Türkisch (und nicht Kurdisch) als Muttersprache zu haben fast gleich hoch. Auch hier unterscheidet sich das Dropout-Sample nicht massgeblich vom Rest der ProbandInnen

5.3.1.3. Transtheoretisches Modell

Die Aufhörbereitschaft scheint nicht mit dem Dropout in Verbindung zu stehen. Da bei den TherapieabrecherInnen 60.0% der Dropouts angaben innerhalb der nächsten 30 Tage mit dem Rauchen aufhören zu wollen und nur 40.0% innerhalb der nächsten 6 Monate aufhören wollte. Bei den TherapievollenderInnen gaben 63.3% an in den nächsten 30 Tagen mit dem Rauchen aufhören zu wollen und 28.6%, dies innerhalb der nächsten 6 Monate tun zu wollen.

5.3.1.4. Risikowahrnehmung

Möglicherweise war bei den Personen, welche die Therapie abbrachen das Risikobewusstsein für die Gefahren des Rauchens weniger ausgeprägt als bei den TherapievollenderInnen. So gaben lediglich 40% der Dropouts das Rauchen als das riskanteste Unterfangen (verglichen mit Strassenverkehrsunfällen, Grippe und Tuberkulose) an. Im restlichen Sample der TherapievollenderInnen lag dieser Anteil mit 89.3% bedeutend höher.

5.3.1.5. Zigaretten pro Tag

Die durchschnittliche Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag unterscheidet sich ebenfalls nicht nennenswert zwischen den beiden Gruppen (Therapieabbrüchen und TherapievollenderInnen). Durchschnittlich rauchten bei t1 die TherapieabbrecherInnen 23 (SD=4.47) Zigaretten täglich, während dies bei den Vollendern 22.82 (SD=10.51) Zigaretten waren.

5.3.1.6. Grund fürs Aufhören: Sich an der Abhängigkeit stören

Bis auf eine Person, gab das gesamte Dropout-Sample an, sich an der eigenen Abhängigkeit von Zigaretten zu stören (gemessen an der Ausprägung „trifft voll zu“). Dies entspricht 80.0% des Dropout-Samples. Hingegen gaben dies nur 66.1% der TherapievollenderInnen an.

5.3.1.7. Vorsatz des zukünftigen Umgangs mit Tabak

Mit 80.0% bei den Therapieabbrüchen und, 82.8% bei den TherapievollenderInnen liegt der Anteil derer, die bei t1 angaben, überhaupt nicht mehr Rauchen zu wollen fast gleich hoch. Auch hier unterscheidet sich das Dropout-Sample nicht massgeblich vom Rest der ProbandInnen

5.3.1.8. Aufhörbereitschaft zum jetzigen Zeitpunkt

Die Bereitschaft (0= überhaupt nicht bereit, 10= absolut bereit) zum jetzigen Zeitpunkt aufzuhören lag beim TherapieabbrecherInnen-Sample mit 4 Punkten (SD=1.00) durchschnittlich 1 Punkt unter dem Durchschnitt des restlichen Samples (TherapievollenderInnen) (SD=2.44). Dies könnte unter Umständen einen Hinweis auf die erhöhte Abbruchwahrscheinlichkeit liefern. Auf Grund der kleinen Stichprobe lässt sich diese Vermutung jedoch nicht auf Signifikanz überprüfen.

5.4. Wirksamkeitsmessung mittels Cox Regressionsanalyse

Zur genaueren Analyse der möglichen Einflüsse auf ein Therapieversagen wurde eine Cox Regressionsanalyse durchgeführt, um zu prüfen, ob sich die Therapieerfolge von den TherapieversagerInnen nachweislich in ihren Voraussetzungen unterscheiden haben. Da die alles überragende Variable, anhand derer ein Therapieerfolg gemessen wird, die Tabakabstinenz ist, wurde diese als Zielvariable definiert. Als Zeiteinheit wurde die Anzahl Tage gewählt, welche eine ProbandIn tabakabstinent blieb. Diese setzte sich bei den Therapieerfolgen aus der Differenz zwischen dem Messzeitpunkt T2 und dem Datum des Rauchstopps und bei den TherapieversagerInnen aus der Differenz des allfälligen Rauchstopptages und des Datums des erneuten Rauchbeginns zusammen²¹. Als Co-variablen wurden die Folgenden definiert:

- Geschlecht (t1sex)
- Alter (t1alter)
- Gesamtpunktezahl im HONC-Test (t1htot)
- Durchschnittliche Anzahl täglich gerauchter Zigaretten (t1freqzigi)
- Mit Rauchern zusammen wohnend oder nicht (wohnt_mit_RaucherIn) (1= wohnt nicht mit RaucherIn, 2= wohnt mit mindestens einer RaucherIn zusammen)
- Bereitschaft mit dem Rauchen aufzuhören (t1stopphthermo)
- Lebenssituation: In einer festen Partnerschaft lebend oder alleine (Partnerschaft) (1= allein, 2= in einer Partnerschaft)
- Land in dem der grösste Teil des Lebens verbracht wurde (wogelebt)
- Individuelle Zielsetzung der Therapie (Abstinenz, Reduktion, keine Veränderung) (stoppjetzt, stoppjetzt(2), stoppjetzt(3))
- Abhängigkeit als Grund des eigenen Rauchens (1= „trifft gar nicht zu“ bis 5 „trifft voll zu“) (t1vermuth, t1vermuth(1), t1vermuth(2), t1vermuth(3), t1vermuth(4), t1vermuth(5)). Diese Variable wurde folgendermassen recodiert: Neue Variable „t1sucht“, die Ausprägungen „4“ = „trifft mehrheitlich zu“ und „5“ „trifft voll zu“ wurden zusammen genommen und als zutreffend recodiert, „1“ und „2“ als unzutreffend und „3“ wurde belassen.
- Substitut: Ob zur Unterstützung des Rauchstopps ein Nikotinersatz benutzt wurde oder nicht (Substitut_allgemein).
- Bildung: Höchster Schulabschluss (t1bildung) (1= keine Schulbildung, 5= höchste Schulbildung).

²¹ Falls es nicht zu einem Rauchstopp kam, wurden entsprechend 0 Tage angenommen.

Omnibus Tests of Model Coefficients^{a,b}

-2 Log Likelihood	Overall (score)			Change From Previous Step			Change From Previous Block		
	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.	Chi-square	df	Sig.
111.274	16.215	12	.182	22.512	12	.032	22.512	12	.032

a. Beginning Block Number 0, initial Log Likelihood function: -2 Log likelihood: 133.787

b. Beginning Block Number 1. Method = Enter

Variables in the Equation^b

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)
t1sex	.869	.660	1.731	1	.188	2.385
t1alter	-.122	.049	6.208	1	.013	.885
t1htot	-.392	.226	3.014	1	.083	.676
t1stopptermo	-.237	.140	2.845	1	.092	.789
Partnerschaft	-1.883	.854	4.864	1	.027	.152
wogelebt	-.220	.527	.174	1	.677	.803
t1stopppetzt			.027	1 ^a	.869	
t1stopppetzt(2)	-.233	1.411	.027	1	.869	.792
t1sucht	.494	.252	3.846	1	.050	1.638
t1freqzigi	.083	.040	4.334	1	.037	1.086
Substitut_allgemein	-1.782	.829	4.617	1	.032	.168
wohnt_mit_raucher	-.673	.721	.871	1	.351	.510
t1bildung	-.161	.376	.184	1	.668	.851

a. Degree of freedom reduced because of constant or linearly dependent covariates

b. Constant or Linearly Dependent Covariates t1stopppetzt(1) = 0 ;

Die Cox Regressionsanalyse ergab verschiedene signifikante Werte ($p \leq 0.05$) für einige der gemessenen Co-Variablen. Im folgenden sind diese Werte ihrem Signifikanzniveau entsprechend geordnet, beginnend mit der Co-Variable mit der höchsten Signifikanz:

- Alter: Ein höheres Alter wirkte tendenziell protektiv auf die Wahrscheinlichkeit in die Kategorie der TherapieversagerInnen zu fallen ($p < 0.01$). Allerdings war dieser Einfluss offenbar nicht sehr ausgeprägt ($\text{Exp}(B) = 0.885$).
- Partnerschaft: Das Leben in einer Partnerschaft wirkte ebenfalls protektiv im Sinne der Wahrscheinlichkeit auf eine erfolgreiche Rauchentwöhnung ($p < 0.05$) ($\text{Exp}(B) = 0.152$).
- Substitut: Die Erfolgswahrscheinlichkeit NichtraucherIn zu werden war bei Personen, die Nikotinersatz einnahmen stark erhöht ($\text{Exp}(B) = 0.168$, $p < 0.05$). Die Verwendung von Nikotinersatzprodukten wirkte folglich stark protektiv auf ein allfälliges Therapieversagen.

- Tägliche Anzahl Zigaretten: Die Anzahl gerauchter Zigaretten bei t1 war signifikant mit der Wahrscheinlichkeit NichtraucherIn zu werden verbunden ($p < 0.05$). Allerdings ist die Richtung des Einflusses nicht schlüssig feststellbar, da nahe beim Wert 1 liegend ($\text{Exp}(B) = 1.086$).
- Die Erfolgswahrscheinlichkeit NichtraucherIn zu werden war bei jenen Personen signifikant verringert, die bei t1 angaben aus Abhängigkeit heraus zu rauchen ($p < 0.05$). Das Risiko beim Messzeitpunkt t2 eine TherapieversagerIn zu sein bzw. immer noch zu rauchen war bei diesen Personen rund 1.7mal höher ($\text{Exp}(B) = 1.638$).

Um die Abhängigkeit der (bei der Cox Regressionsanalyse) signifikanten Variablen einer näheren Überprüfung zu unterziehen wurden diese mittels *Independent Samples Test* analysiert. Die folgende Tabelle gibt Aufschluss über die Ergebnisse dieser Analyse.

Variable	Rauchstatus	N	Mittelwert	SD	t-Wert	Signifikanz
Alter	NichtraucherIn	29	40.66	7.73	-0.209	n.s.
	RaucherIn	32	41.13	9.79		
Partnerschaft	NichtraucherIn	29	1.72	0.46	0.818	n.s.
	RaucherIn	32	1.63	0.49		
Zigarettenkonsum	NichtraucherIn	29	21.69	10.40	-0.837	n.s.
	RaucherIn	32	23.88	9.93		
Substitut	NichtraucherIn	29	1.38	0.49	-5.67	$p < 0.001$
	RaucherIn	32	1.94	0.25		
Rauchen aus Sucht	NichtraucherIn	26	4.08	2.23	0.24	n.s.
	RaucherIn	29	3.93	2.28		

5.5. Zusätzliche Vergleiche der beiden Gruppen „Therapieerfolge“ und „TherapieversagerInnen“

Folgende zusätzliche Vergleiche beschränken sich auf eine deskriptive Form der Faktoren Gruppenzuteilung, Gruppen- oder Einzeltherapie sowie auf eine eingehende Betrachtung der Nikotinsubstitution. Diese Elemente drängten sich im Verlaufe der Untersuchung als Gegenstände einer genaueren Betrachtungsweise auf.

5.5.1. Therapieform: Einzel- versus Gruppentherapie

Die TeilnehmerInnen favorisierten klar die Gruppentherapie. Die Einzeltherapien scheinen aber nicht weniger erfolgsversprechend zu sein, als die Gruppentherapien. Vier von fünf ProbandInnen, die eine Einzeltherapie absolvierten waren beim Messzeitpunkt von t2 NichtraucherInnen und blieben es auch bis zur telefonischen Nachbefragung im Dezember 2008.

Kreuztabelle 1: Therapieform

Therapieform Therapieform * Rauchstatus Raucherstatus bei T2 Crosstabulation

				Rauchstatus Raucherstatus bei T2		Total
				1 Nichtraucher	2 Raucher	
Therapieform Therapieform	1.00 Gruppe	Count	25	31	56	
		% within Therapieform Therapieform	44.6%	55.4%	100.0%	
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2	86.2%	96.9%	91.8%	
		% of Total	41.0%	50.8%	91.8%	
	2.00 Einzel	Count	4	1	5	
		% within Therapieform Therapieform	80.0%	20.0%	100.0%	
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2	13.8%	3.1%	8.2%	
		% of Total	6.6%	1.6%	8.2%	
Total	Count	29	32	61		
	% within Therapieform Therapieform	47.5%	52.5%	100.0%		
	% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2	100.0%	100.0%	100.0%		
	% of Total	47.5%	52.5%	100.0%		

5.5.2. Gruppentherapien im Vergleich bezogen auf Erfolg und Misserfolg

Die Gruppentherapien umfassten insgesamt 58 Personen, wovon allerdings zwei Personen nicht in die Analysen miteinbezogen wurden, weil sie bereits vor Therapiebeginn rauchfrei waren. Somit werden 56 Personen gezählt. 5 davon brachen die Therapie nach kurzer Zeit wieder ab und wurden hypothetisch als RaucherInnen verbucht. 5 weitere Personen nahmen eine Einzeltherapie in Anspruch und tauchen deshalb nicht in der unten aufgeführten Tabelle auf. Bei der näheren Betrachtung der Gruppenresultate zeichnen sich keine hervorstechenden Trends auf. Eine Ausnahme davon bildet der Umstand, dass in lediglich 2 von 6 Gruppen die Rate der Therapieerfolge höher als jene der Misserfolge ausfiel (Gruppen 4 und 5).

Kreuztabelle 2: Gruppe

Gruppe Gruppenzuteilung * Rauchstatus Raucherstatus bei T2 Crosstabulation

			Rauchstatus Raucherstatus bei T2		Total
			1 Nichtraucher	2 Raucher	
Gruppe Gruppenzuteilung	1.00	Count	2	4	6
		% within Gruppe Gruppenzuteilung	33.3%	66.7%	100.0%
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2	8.0%	12.9%	10.7%
		% of Total	3.6%	7.1%	10.7%
	2.00	Count	2	4	6
		% within Gruppe Gruppenzuteilung	33.3%	66.7%	100.0%
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2	8.0%	12.9%	10.7%
		% of Total	3.6%	7.1%	10.7%
	3.00	Count	5	4	9
		% within Gruppe Gruppenzuteilung	55.6%	44.4%	100.0%
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2	20.0%	12.9%	16.1%
		% of Total	8.9%	7.1%	16.1%
	4.00	Count	4	7	11
		% within Gruppe Gruppenzuteilung	36.4%	63.6%	100.0%
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2	16.0%	22.6%	19.6%
		% of Total	7.1%	12.5%	19.6%
	5.00	Count	6	7	13
		% within Gruppe Gruppenzuteilung	46.2%	53.8%	100.0%
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2	24.0%	22.6%	23.2%
		% of Total	10.7%	12.5%	23.2%
	6.00	Count	6	5	11
		% within Gruppe Gruppenzuteilung	54.5%	45.5%	100.0%
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2	24.0%	16.1%	19.6%
		% of Total	10.7%	8.9%	19.6%
Total		Count	25	31	56
		% within Gruppe Gruppenzuteilung	44.6%	55.4%	100.0%
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	44.6%	55.4%	100.0%

5.5.3. Substitute

Substitutionsmittel für Nikotin können den Erfolg eines Rauchstoppversuchs um 50-70% erhöhen, unabhängig vom entsprechenden Setting (Stead et al. 2008). Der positive Einfluss von Nikotinersatzprodukten konnte auch in der oben beschriebenen Cox Regressionsanalyse nachgewiesen werden. Keine der ProbandInnen aus dem Sample „Therapieerfolge“ benutzte mehr als ein Substitut gleichzeitig. Die höchste Prävalenz wurde mit Nikotinkaugummi erzielt. So benutzten 12 Personen (41.4%) der Therapieerfolge Nikotinkaugummi. Des Weiteren griffen 3 Personen (10.3%) auf Nikotinhautpflaster, zwei auf das Medikament Zyban® und eine Person auf Champix® zurück. Insgesamt benutzten also 18 der 31 Therapieerfolge Nikotinsubstitute, während diese bei den TherapieversagerInnen lediglich 2 waren (1x Sublinguale Tabletten (Nicorette Microtabs®), 1x Nikotinkaugummi). Anders ausgedrückt waren von den 20 Personen, die Substitute benutzten bei t2 18 immer noch NichtraucherInnen und lediglich 2 RaucherInnen. Von den 27 TherapieversagerInnen (RaucherInnen), die einen t2 ausgefüllt haben, versuchten 13 Personen einen Rauchstopp während der Therapie. Lediglich eine Person davon unterstützten ihren Versuch zusätzlich mit Nikotinkaugummi und eine weitere tat dies mit sublingualen Tabletten (Nicorette Microtabs®). Diese Ergebnisse bestätigen die erhöhte Erfolgschance bei Rauchstoppversuchen, die durch Nikotinsubstitute ergänzt werden.

Mehrere ProbandInnen verzichteten laut Fallstudien auf die Verwendung von Nikotinprodukten, weil sie sich das Geld dafür ersparen wollten. Mehrfach wurde in dieser Hinsicht erwähnt, dass man die Nikotinprodukte benutzen würde, wären diese kostenfrei (zumindest für eine bestimmte Zeit, damit man sich von deren Wirksamkeit überzeugen könnte). Dies legt die Vermutung nahe, dass die Erfolgsquote durch die kostenlose Abgabe von entsprechenden Produkten möglicherweise zusätzlich erhöht hätte werden können.

Kreuztabelle 3: Substitut

Substitut_allgemein Substitut benützt * Rauchstatus Raucherstatus bei T2 Crosstabulation				Rauchstatus Raucherstatus bei T2		Total
				1 Nichtraucher	2 Raucher	
Substitut_allgemein Substitut benützt	1.00 Zutreffend	Count		18	2	20
		% within Substitut_allgemein Substitut benützt		90.0%	10.0%	100.0%
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2		62.1%	6.3%	32.8%
		% of Total		29.5%	3.3%	32.8%
	2.00 Nicht zutreffend	Count		11	30	41
		% within Substitut_allgemein Substitut benützt		26.8%	73.2%	100.0%
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2		37.9%	93.8%	67.2%
		% of Total		18.0%	49.2%	67.2%
Total		Count		29	32	61
		% within Substitut_allgemein Substitut benützt		47.5%	52.5%	100.0%
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2		100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total		47.5%	52.5%	100.0%

5.5.4. Anzahl täglich gerauchter Zigaretten

Die Kreuztabelle zu den täglich gerauchten Zigaretten vor der Therapie zeigt deutlich, dass in der Gruppe der ProbandInnen mit einer Konsumfrequenz die 20 Zigaretten täglich überschritt massgeblich weniger oft einen Therapieerfolg bei t2 aufwiesen. Während in den anderen beiden Kategorien (täglich bis 10 und täglich bis 20 Zigaretten) die Hälfte bzw. 57.1% Therapieerfolge zu verzeichnen hatten, war dies bei den starken RaucherInnen (über 20 Zigaretten) nur in 30% der TeilnehmerInnen der Fall.

Kreuztabelle 4: Zigarettenanzahl (zigi_kat)

zigi_kat Tägl. Anz. Zig (kat) * Rauchstatus Raucherstatus bei T2 Crosstabulation

				Rauchstatus Raucherstatus bei T2		
				1 Nichtraucher	2 Raucher	
zigi_kat Tägl. Anz. Zig (kat)	1.00	Count	3	3	6	
		% within zigi_kat Tägl. Anz. Zig (kat)	50.0%	50.0%	100.0%	
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2	10.3%	9.4%	9.8%	
		% of Total	4.9%	4.9%	9.8%	
	2.00	Count	20	15	35	
		% within zigi_kat Tägl. Anz. Zig (kat)	57.1%	42.9%	100.0%	
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2	69.0%	46.9%	57.4%	
		% of Total	32.8%	24.6%	57.4%	
	3.00	Count	6	14	20	
		% within zigi_kat Tägl. Anz. Zig (kat)	30.0%	70.0%	100.0%	
		% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2	20.7%	43.8%	32.8%	
		% of Total	9.8%	23.0%	32.8%	
Total	Count	29	32	61		
	% within zigi_kat Tägl. Anz. Zig (kat)	47.5%	52.5%	100.0%		
	% within Rauchstatus Raucherstatus bei T2	100.0%	100.0%	100.0%		
	% of Total	47.5%	52.5%	100.0%		

1= 0-10 Zigaretten täglich

2= 11-20 Zigaretten täglich

3= 21 und mehr Zigaretten täglich

6. Follow-Up

Am 18.12.2008 wurde eine telefonische Nachbefragung (*Follow-up*) durch den Rauchstoppleiter durchgeführt. Da sich einige Befragte nicht mehr an die genauen Daten (des Rauchstopps bzw. Rückfalls) erinnern konnten, sondern lediglich den Monat und das Jahr nannten, wurde in solchen Fällen jeweils der 15. des entsprechenden Monats eingesetzt, um die Vergleichsanalysen durchführen zu können. Die Ergebnisse waren überraschend positiv. Allerdings lagen nicht alle Kurse lange genug (oder länger) zurück, um eine Zeitspanne von einem Jahr zwischen Nachbefragung und eventuellem Rauchstopp zu ermitteln. Durchschnittlich betrug die rauchfreie Zeit der NichtraucherInnen beim gegenwärtigen Rauchstoppkurs bei der Nachbefragung 356 Tage, allerdings mit einer grossen Streuung ($SD=104.20$). Der Minimalwert lag bei 202, der Maximalwert bei 576²².

Überraschenderweise war die grosse Mehrheit der NichtraucherInnen immer noch rauchfrei zum Zeitpunkt der Nachbefragung. Von den insgesamt 29 NichtraucherInnen bei t2 gaben lediglich 5 Personen an, wieder mit dem Rauchen angefangen zu haben (vgl. Abb.2. weiter unten). Dies entspricht 17.2% der NichtraucherInnen bei t2. 24 ProbandInnen waren weiterhin rauchfrei geblieben, was einem überraschend hohen Anteil von 82.8% entspricht. Weiter hatte eine Person, die bei t2 noch als RaucherIn galt, mittlerweile aufgehört. Somit waren insgesamt 25 Personen beim *Follow-up* rauchfrei, was rund 41% aller KursteilnehmerInnen ($n=61$) entspricht. Dies ist umso überraschender, als dass 24 KursteilnehmerInnen länger als ein halbes Jahr rauchfrei waren.

Wie gesagt, können diese Zahlen nicht unmittelbar mit den *Follow-up*-Zahlen anderer Kurse verglichen werden²³. Dennoch sind sie sehr erfolgversprechend und legen die Vermutung nahe, dass auch bei einem exakten Vergleich nach einem Jahr den Rauchstoppkursen türkeistämmige MigrantInnen ein überzeugendes Ergebnis attestiert werden kann.

Betrachtet man lediglich diejenigen Personen, welche mindestens ein Jahr lang rauchfrei blieben, trifft dies auf 11 ProbandInnen zu. Sogar unter der pessimistischen Annahme, dass alle anderen ProbandInnen des gesamten Samples ($n=61$) innerhalb eines Jahres wieder bzw. noch RaucherInnen sind, entsprechen diese 11 Personen immerhin noch 18% aller untersuchten Personen. Dies ist umso erfreulicher, als dass selbst unter diesen äusserst pessimistischen Voraussetzungen, die Erfolgsrate der Rauchstoppkurse für türkeistämmige MigrantInnen auch den Vergleich mit international erhobenen Raten im

²² Eine Person, die erst 63 Tage vor der Nachbefragung mit dem Rauchen aufgehört hatte, ist davon ausgenommen.

²³ Die Erfolgsrate beispielsweise der Krebsligakurse lag bei optimaler Annahme (gemessen an der Anzahl Antwortenden) bei 30%. Unter der pessimistischen Annahme, dass alle Nichtantwortenden (auch die KursabbrecherInnen) als RaucherInnen gemessen werden, wird von einer 16%-igen Erfolgsrate ausgegangen. Bezieht man die Berechnung nur auf jene, die den Kurs bis zum Ende absolviert hatten, ergeben sich entsprechende 19% als Erfolgsrate (vgl. Schmid et al. 2007).

Rahmen von Gruppentherapien nicht scheuen muss (vgl. dazu Fiore et al. 2000). Der Blick auf die folgende Tabelle zeigt ausserdem, dass von den 14 Personen, die noch nicht ein Jahr lang rauchfrei geblieben waren, 5 nur noch 38 oder weniger Tage lang von der 1-Jahres-Marke entfernt waren. Die Wahrscheinlichkeit, dass auch diese 5 ProbandInnen in Kürze ebenfalls zu der Menge gezählt werden kann, die ein Jahr lang rauchabstinent geblieben waren ist als sehr hoch einzustufen. Würde dies eintreffen, betrüge die Erfolgsrate nach einem Jahr bereits 26.3%. Unter optimalen Voraussetzungen, könnte sogar eine Erfolgsrate von 39.3% verzeichnet werden.

Häufigkeitstabelle 1: Dauer des Rauchstopps.

Dauer_Rauchstopp_bei_T2_oder_später Dauer zwischen Rauchstopp und der Nachbefragung

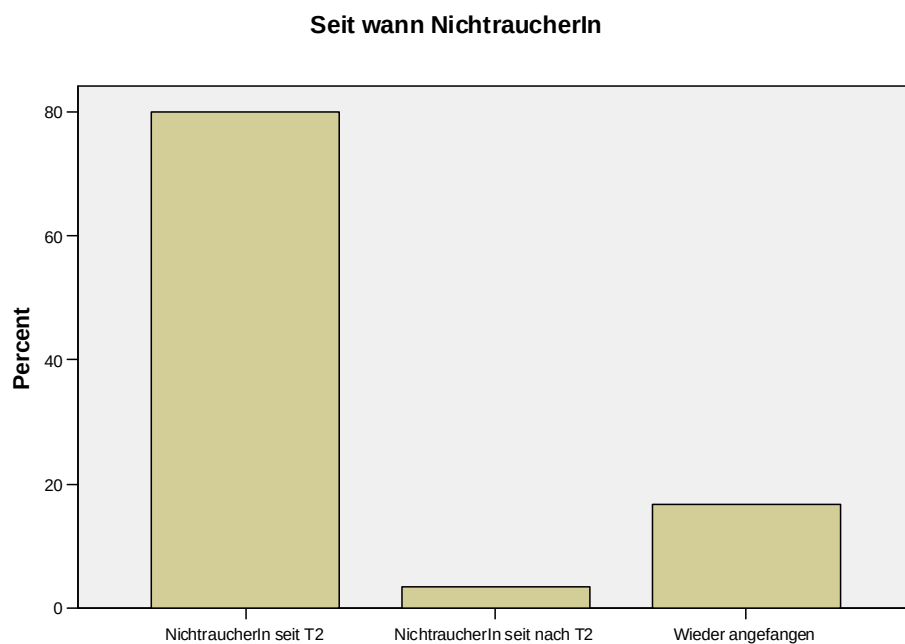
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	63	1	1.6	4.0	4.0
	202	4	6.6	16.0	20.0
	294	4	6.6	16.0	36.0
	327	2	3.3	8.0	44.0
	340	1	1.6	4.0	48.0
	352	2	3.3	8.0	56.0
	375	5	8.2	20.0	76.0
	392	2	3.3	8.0	84.0
	408	1	1.6	4.0	88.0
	486	1	1.6	4.0	92.0
	576	2	3.3	8.0	100.0
	Total	25	41.0	100.0	
Missing	System	36	59.0		
Total		61	100.0		

Betrachtet man schliesslich die Anzahl Personen, welche ihren Konsum bis zum Zeitpunkt der Nachbefragung reduziert hatten, ergeben sich 21, die pro Tag durchschnittlich 8 Zigaretten weniger rauchen ($SD=11.59$, $t=3.81$, $df=20$, $p<0.01$). Eine unserer Befürchtungen war es schliesslich, dass der Gewinn der starken Beziehungen (*strong ties*) unter den meisten GruppenteilnehmerInnen auch eine Art Negativeffekt auslösen könnte: Sobald eine Person in der Gemeinschaft wieder mit dem Rauchen anfängt, würden andere nachziehen. Zur Veranschaulichung sei hier folgender Auszug aus der Fallanalyse Nr. 8 zitiert:

„But there is a danger as well. People may encourage each other not to smoke but they may encourage each other to smoke as well. When someone in the group starts smoking, the others may take him/her as an example. We can consider the group as a chain. If one piece is broken, the whole chain is broken.”

Diese Befürchtungen konnten auf Grund der geringen Anzahl an Rückfällen allerdings nicht bestätigt werden. In der Fallstudie 9 wurde auf die Gefahr des sozialen (rauchenden)

Umfeldes Bezug genommen. Als Bewältigungsstrategie organisierten sich die „neuen“ NichtraucherInnen in ihrem Verein ein Nichtraucher-Kartenspiel-Zimmer, da sie befürchteten, durch das gemeinsame Spielen mit rauchenden Freunden wieder einen Rückfall zu erleiden.



7. Wichtigste Punkte aus der Wirksamkeitsanalyse

- 67.2% aller ProbandInnen führten einen Rauchstoppversuch (von mindestens einem Tag Dauer) während des Untersuchungszeitraums durch.
- 47.5% aller ProbandInnen waren am Ende des Untersuchungszeitraums (zwischen 2 und 4 Monate²⁴ nach dem Rauchstopp) rauchfrei. Die subjektive Bereitschaft, auch in Zukunft rauchfrei zu bleiben, war bei diesen ProbandInnen ausserordentlich hoch (86.2% gaben „9“ oder „10“ an²⁵).
- Ein halbes Jahr nach dem Rauchstopp waren über 39% aller ProbandInnen immer noch rauchfrei. Besonders erfreulich: Sogar unter der äusserst pessimistischen Annahme, dass innerhalb eines Jahres alle wieder anfangen zu rauchen, die noch nicht mindestens 365 Tage lang rauchfrei geblieben sind, wäre immer noch 18% des Samples tabakfrei.
- Die bei allen KursteilnehmerInnen gemessenen Kohlenmonoxidwerte belegen, dass die getätigten Angaben über Rauchstopps, bzw. Rauchstopp-Versuche während der Interventionszeit wahrheitsgemäss waren. (Vgl. Abbildung 1)
- Selbst bei den TherapieversagerInnen fand zwischen t1 und t2 eine durchschnittliche Reduktion um rund 5 Zigaretten pro Tag statt. Vergleicht man die angegebene Anzahl Zigaretten bei t1 und bei t2 unter den TherapieversagerInnen, wird ersichtlich, dass 17 Personen ihren Zigarettenkonsum reduziert hatten. Dies entspricht 53.1% der TherapieversagerInnen. Diese Anzahl stieg beim *Follow-up* dann nochmals an: 21 Personen gaben an, ihren Konsum um durchschnittlich rund 8 Zigaretten pro Tag reduziert zu haben.
- Die Erreichbarkeit des untersuchten Samples und die Aussichten auf Erfolg waren kritisch (tiefe *health literacy*²⁶, starke Marginalisierung und psychosoziale Vulnerabilität (z.B. durch politische Verfolgung, Gefängnis, Misshandlung, Folter, Invalidität, etc.), hoher durchschnittlicher Zigarettenkonsum von rund 24 Zigaretten pro Tag). Trotzdem konnte eine sehr positive Erfolgsrate erzielt und grösstenteils aufrecht erhalten werden.
- Rund drei Viertel aller TeilnehmerInnen hatten vor dem Kursbeginn bereits mindestens einen erfolglosen Rauchstoppversuch hinter sich. 29.5% wiesen sogar bereits drei und mehr erfolglose Versuche auf.

²⁴ Da der Rauchstopp teilweise individuell gesetzt wurde und der T2 nach den zeitlichen Möglichkeiten der ProbandInnen ausgefüllt wurde variierte der Zeitraum zwischen Rauchstopp und T2 stark. Der Durchschnitt der Dauer zwischen Rauchstopp und T2 lag bei den Therapieerfolgen bei 96.6 Tagen (SD=23.19).

²⁵ Die Skala reichte von 1 = „keine Bereitschaft“ bis 10 = „sehr stark bereit“.

²⁶ Die qualitativen Fallstudien widerspiegeln mehrfach, dass die Informationsvermittlung über den Tabak und die zu erwartenden Symptome sehr geschätzt wurde und den ProbandInnen dabei half ihren Rauchstopp in Angriff zu nehmen sowie diesen auch durchzuhalten (vgl. dazu z.B. Fallstudie 1).

- Viele ProbandInnen hatten bereits versucht, ihre Rauchstoppversuche mittels Nikotinkaugummi zu unterstützen. Auf Grund der mangelnden *health literacy* hatten sie diese aber unsachgemäss verwendet – weshalb die Wirksamkeit meist ausgeblieben war. Durch die sorgfältige Begleitung durch den Rauchstoppleiter und der exakten Erklärung, wie Nikotinersatzprodukte angewandt werden sollten, wurden diese sachgemäss eingesetzt.
- Die Verwendung von Nikotinprodukten erhöhte die Wahrscheinlichkeit (gemäss durchgeführter Cox Regressionsanalyse am Ende des Untersuchungszeitraums (t2) noch rauchabstinent zu sein, um rund das 6-fache (OR=5.95, p<0.05).
- Die grosse Mehrheit der ProbandInnen gaben in den qualitativen Fallstudien (vgl. Anhang)²⁷ an, dass das zielgruppenspezifische Angebot eines Rauchstopp-Kurses für türkeistämmige MigrantInnen (in türkischer Sprache und im soziokulturellen Kontext der *communities*) eine grosse Motivation gewesen sei, teil zu nehmen und in den Interventionen zu bleiben. Für fast alle wäre eine Teilnahme in deutschsprachigen Kursen undenkbar gewesen, weil sie die Sprachbarriere²⁸ fürchteten. Zusätzlich wurde der spezifische soziokulturelle Rahmen sehr geschätzt, da er das Vertrauen förderte und den TeilnehmerInnen das Gefühl gab, „unter Ihresgleichen“ zu sein.
- Die Kostenfreiheit des Kurses war ausserdem ebenfalls eine Erleichterung für die grosse Mehrheit, da viele Teilnehmenden aus sozioökonomisch schwachen Gruppen stammten. Die grosse Mehrheit der Befragten gab an, ohne die Kostenfreigabe und den türkischsprachigen Rahmen hätten sie niemals am Kurs teilgenommen.
- Viele Teilnehmende erwähnten auch, dass sie es sehr schätzten, mit guten FreundInnen im selben Kurs zu sein (*strong ties*).
- Insgesamt wurde durch den Kurs die Chancengleichheit im Zugang zu Rauchstopp-Angeboten für türkischsprachige MigrantInnen verbessert und es wurden überraschend hohe Akzeptanzen des Kurses erzielt.
- Gemäss CO-Messungen bei Kursende waren 55.7% der ProbandInnen als Nicht-raucherInnen zu verzeichnen.

²⁷ Vgl. dazu Fallanalysen im Anhang.

²⁸ Die hohe Relevanz der Sprache in den Kursen wird in verschiedenen Fallstudien unterstrichen. Besonders wichtig scheint die Sprache bei diesen Kursen zu sein, weil diese zu einem grossen Teil auf Diskussionen und dem Mitteilen eigener Gefühle basieren.

8. Diskussion

8.1. Wer nahm an den Rauchstoppkursen teil?

Mit 44.3% Frauenanteil war das weibliche Geschlecht bei den Kursen im Vergleich mit den Männern leicht untervertreten. Der Altersdurchschnitt lag bei den Frauen bei 40.0 und bei den Männern bei 41.7 Jahren. Das Bildungsniveau war im Vergleich zur türkeistämmigen Durchschnittsbevölkerung etwas höher – allerdings im Vergleich zur schweizerischen Durchschnittsbevölkerung deutlich niedriger. Speziell bei der *health literacy* zeigten die ProbandInnen teilweise gravierende Schwächen auf und profitierten nach eigenen Angaben stark von den vermittelten Informationen innerhalb der Kurse. Augenfälligstes Beispiel ist dabei die sachgemässe Anwendung von Nikotinersatzprodukten. Zwar hatten viele Personen, diese Produkte bereits vor den Rauchstoppkursen ausprobiert, diese jedoch als vermeintlich wirkungslos schnell wieder verworfen. Mit Hilfe des vermittelten *know-hows* in den Kursen, benützte ein grosser Anteil Nikotinersatzprodukte mit Erfolg.

Bei der Mehrheit der KursteilnehmerInnen muss von einer psychosozialen Belastung durch Gefängnis, Folter, Verfolgung, Invalidität, Arbeitslosigkeit u.a. ausgegangen werden, was die Erreichbarkeit der meisten zusätzlich erschwerte und die Prognose für einen erfolgreichen Rauchstopp zuerst stark in Grenzen hielt.

8.2. Wie ist der Erfolg des Kurses im Vergleich mit anderen Kursen zu bewerten?

Der Rauchstoppkurs für türkeistämmige MigrantInnen bewährte sich insgesamt besser als erwartet. Vergleiche mit anderen Kursen wurden deshalb von unserer Seite angestrebt. Wir arbeiteten zu diesem Zweck mit der Krebsliga Zürich zusammen und vergleichen im Folgenden die Ergebnisse aus den beiden Angeboten, soweit dies möglich ist:

Die Erfolgskriterien der Krebsligakurse (vgl. Schmid et al. 2007) unterlagen teilweise nicht den selben Bedingungen wie der Rauchstopp-Kurs für türkeistämmige MigrantInnen²⁹. So hatte bei den Krebsligakursen nur ein begrenzter Anteil der TeilnehmerInnen einen Fragebogen unmittelbar nach Kursende ausgefüllt. 62% dieser Personen waren zu diesem Zeitpunkt rauchfrei – geht man allerdings davon aus, dass diejenigen, welche keinen Fragebogen ausgefüllt hatten immer noch RaucherInnen waren, sinkt diese Erfolgsrate auf 33%. Die Nachbefragungs- bzw. t2-Fragebögen der türkeistämmigen Personen wurden hingegen erst mindestens 3 Monate nach Kursbeginn ausgefüllt. Auf diese Weise konnten

²⁹ Die Eckdaten der beiden Kursmodelle waren bei beiden Kursen vergleichbar. So waren die Gruppengrössen in etwa vergleichbar und auch die Anzahl Kurse pro Gruppe sowie die Dauer der einzelnen Kursabende waren bei beiden Modellen gleich.

wir besser Aufschluss über die Nachhaltigkeit von allfälligen Rauchstopps erlangen. Die Fragebögen wurden zudem von allen TeilnehmerInnen (die nicht während des Kurses bereits ausgestiegen waren) ausgefüllt, da wir grosse Anstrengungen unternahmen, diese Personen an einem ersten *Follow-up* zu beteiligen. Die Rauchfreiheit bei Kursende kann sehr gut anhand der CO₂-Messwerte des letzten Kurstages abgelesen werden. Diese Angaben bergen den Vorteil, dass sie verlässlicher sind als lediglich die Selbstdeklarationen der ProbandInnen. Bei Kursende wiesen insgesamt 34 der 61 ProbandInnen einen entsprechenden NichtraucherIn-Wert auf der CO-Messskala auf. Dies entspricht einer Erfolgsquote von 55.7%. In dieser Hinsicht scheint sich der vorliegende Rauchstoppkurs sogar noch wesentlich besser zu bewähren, geht man von der 33%-igen Erfolgsannahme im schlechtesten Fall der Krebsligakurse aus. Während bei den Krebsligakursen gleich viele Frauen wie Männer aufgehört hatten zu Rauchen, zeigte sich bei den vorliegenden Kursen, dass Männer deutlich häufiger Erfolge beim Rauchstopp erzielten als die Frauen³⁰. So waren 67.6% der Männer und lediglich 40.7% der Frauen bei Kursende rauchfrei. Bis zu t₂ glich sich das Geschlechterverhältnis allerdings wieder an. Bei t₂ waren demnach nur noch 50.0% der Männer Nichtraucher, während die Rate der Frauen auf 44.4% leicht angestiegen war.

Während bei den Krebsligakursen klar ersichtlich wurde, dass Personen mit einem geringeren Zigarettenkonsum deutlich häufiger NichtraucherInnen wurden, war der Einfluss der Anzahl Zigaretten laut Cox Regressionsanalyse zwar signifikant beeinflussend, allerdings nicht deutlich in eine Richtung (protektiv oder risikoerhöhend). Kreuzanalysen legen allerdings die Vermutung nahe, dass Personen mit einem Zigarettenkonsum über 20 Zigaretten täglich geringere Erfolgsaussichten auf ein tabakfreies Leben haben, als solche die weniger rauchen (vgl. Kap. 5.6. Tab. Zigarettenanzahl.).

Betrachtet man diejenigen Personen, welche zwar nicht aufgehört haben zu rauchen, jedoch ihren Zigarettenkonsum reduzierten, zeigt sich, dass 17 dieser ProbandInnen zwischen t₁ und t₂ die gerauchte Anzahl täglicher Zigaretten verringern konnten. Damit haben rund 27.8% aller ProbandInnen ihren Konsum verringern können, was im entsprechenden Vergleich mit den Krebsligakursen (13%) wiederum ein gutes Ergebnis darstellt. Der durchgeführte zweite *Follow-up* der vorliegenden Rauchstoppkurse erbrachte ebenfalls sehr ermutigende Resultate. Durchschnittlich betrug die rauchfreie Zeit der NichtraucherInnen bei der Nachbefragung 356 Tage, allerdings mit einer grossen Streuung (SD=104.20). Der Minimalwert lag bei 202, der Maximalwert bei 576³¹.

Von den 29 NichtraucherInnen bei t₂ hatten lediglich 5 Personen bis zum *Follow-up* wieder mit dem Rauchen angefangen. 24 ProbandInnen waren mindestens ein halbes Jahr nach dem Rauchstopp weiterhin rauchfrei geblieben. Dies entspricht einem überraschend hohen Anteil von 82.8% aller NichtraucherInnen bei t₂ bzw. 39.3% des gesamten Samp-

³⁰ Dabei spielte es keine Rolle, ob die Frauen in einer reinen Frauengruppe oder in einer gemischten Rauchstoppgruppe waren.

³¹ Eine Person, die erst 63 Tage vor der Nachbefragung mit dem Rauchen aufgehört hatte, ist davon ausgenommen.

les. Zusätzlich wurde noch eine Person 63 Tage vor der Nachbefragung zur NichtraucherIn³².

Es stellt sich die Frage, wie das vorliegende Sample sich im Vergleich mit den Krebsligakursen nach einem Jahr bewähren würde. Insgesamt konnte lediglich bei 11 ProbandInnen, die 1-Jahres-Marke seit ihrem Rauchstopp erfolgreich gemessen werden³³. Sogar unter der Voraussetzung der äusserst pessimistischen Annahme, dass alle anderen NichtraucherInnen innerhalb eines Jahres wieder mit dem Rauchen anfangen, entsprechend diese 11 Personen immer noch 18% der gesamten Stichprobe – im optimalen Falle hingegen, wäre eine Erfolgsquote von 39.3% zu verzeichnen. Dieses Ergebnis stimmt hoffnungsvoll, da die Krebsligakurse unter optimalen Annahmebedingungen (nur gemessen an den rückläufigen Fragebögen) eine Erfolgsquote von 30% nach einem Jahr erreichen. Unter der Annahme, dass die nicht erfolgten Rückläufe TherapieversagerInnen sind, erreichen die Standardkurse der Krebsliga entsprechend maximal 16%.

Kommentar [FZ3]: Waren das alle?

8.3. Welche Faktoren führten zum Erfolg?

Schlüssig zu beurteilen, welche Faktoren für den Erfolg der Rauchstoppkurse verantwortlich waren, ist sehr schwierig. Im Rahmen dieses Berichts zur Wirksamkeit wurde dies mit Hilfe einer Cox- Regressionsanalyse aufzuzeigen versucht. Zusätzlich wurden Informationen aus den Fallstudien verwendet. Der zielgruppenspezifische Charakter, speziell die türkische Sprache und die Berücksichtigung des soziokulturellen Kontextes (Verkehrsformen, Ästhetik etc.), waren eine wichtige Erleichterung (für den Zugang und die *compliance*) für alle in den Fallstudien befragten TeilnehmerInnen (vgl. dazu Fallstudien im Anhang). Fast alle Befragten in den Fallstudien (vgl. dazu Fallstudien im Anhang) gaben an, dass sie an einem deutschsprachigen Kurs vermutlich nicht teilgenommen hätten. Ebenfalls wurde es vielfach explizit begrüsst, dass man sich mit Personen austauschen konnte, die man bereits kannte bzw. die den selben Hintergrund hatten (vgl. dazu Fallstudien im Anhang). Die Schaffung einer guten Interaktionsatmosphäre zwischen dem Rauchstopp-leiter und den TeilnehmerInnen trug vermutlich ebenfalls wesentlich zu den guten Erfolgsresultaten bei („*Whatever course you take, if you do not click with the course leader, you cannot benefit from that course.*“ Fallstudie 4). Anhand der Cox- Regressionsanalyse liess sich ausserdem der Einsatz von Nikotinersatzprodukten als sehr hilfreich für den Therapieerfolg ermitteln. Des Weiteren scheint das Leben in einer festen Partnerschaft einen nennenswerten Beitrag zum erfolgreichen Beenden der Therapie zu leisten. Nicht zu ver-

³² Ausserdem waren zwei Personen, welche die Rauchstopptherapie bereits als NichtraucherInnen besuchten, um ihre Abstinenz besser aufrecht erhalten zu können, ebenfalls weiterhin rauchfrei geblieben. Diese Personen wurden allerdings aus allen Analysen ausgeschlossen, um eine Verfälschung der Therapiewirksamkeit auf RaucherInnen zu vermeiden.

³³ Da das Projektende auf Dezember 2008 anstand, konnten nur diese erwähnten 12 Personen mindestens ein Jahr später entsprechend untersucht werden.

gessen ist die Tatsache, dass viele der TeilnehmerInnen über sehr begrenzte ökonomische Ressourcen verfügen und darum einen Rauchstoppkurs nicht aus der eigenen Tasche bezahlen würden/könnten. Aus diesem Grund dürfte der Umstand, dass die Kosten des Angebots nicht von den TeilnehmerInnen selbst getragen werden musste, für die Erreichbarkeit einen nicht zu unterschätzenden Faktor gespielt haben. Gerade im Hinblick auf die Verminderung von Ungleichheiten der Chancen im Zugang zum Gesundheitssystem, ist diesem Aspekt u.E. besondere Beachtung zu schenken. Dass ein entsprechendes Angebot an Rauchentwöhnungen wahrscheinlich einen Beitrag zur Verminderung von Ungleichheiten unter den verschiedenen Bevölkerungsgruppen beisteuern kann haben Bauld et al. (2007) in ihrer Untersuchung bereits gezeigt. Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts zur Wirksamkeit liefern deutliche Hinweise dafür, dass mittels entsprechender Anstrengungen auch in der Schweiz schwer erreichbare, psychosozial vorbelastete und unterprivilegierte Gruppen in einem erfolgreichen Rauchstopp unterstützt werden können.

9. Referenzen

Bundesamt für Gesundheit (2007). Strategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.

Bauld L, Judge K, Platt S (2007). *Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study*. Tobacco Control 16:400-04.

Beysel C (2006). World Bank - State Planning Department - *Statistics Institution of Turkey and Turkish Education Reform Initiative: Education Sector Research*, EKOMAX, Federation of Associations of North Anatolia Businessmen Publishing:5-8.

Bleich S, Havemann-Reinecke U, Kornhuber J (2002). *Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA) [Fagerström-Test for nicotine dependence]*, Hogrefe-Verlag, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle.

Christakis NA, Fowler JH (2008). *The collective dynamics of smoking in a large social network*. New England Journal of Medicine 358(21):2249-58.

DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, Ockene JK, Rigotti NA, McNeill AD, et al. (2002). Measuring the Loss of Autonomy Over Nicotine Use in Adolescents: The DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) Study. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine 156(4): 397-403.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June.

Flick U (2005). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Rowohlts Enzyklopädie. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Jarvis MJ, Tunstall-Pedoe H, Feyerabend C, Vesey C, Saloojee Y (1987). *Comparison of tests used to distinguish smokers from nonsmokers*. American Journal of Public Health. 1987, 77(11):1435-8.

Keller R, Radtke T, Krebs H & Hornung R (2008). *Der Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2001 bis 2007. Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum*. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.

Lando HA, McGovern PG, Kelder SH, Jeffery RW, Forster JL (1991). *Use of carbon monoxide breath validation in assessing exposure to cigarette smoke in a worksite population*. Health Psychology. 1991;10(4):296-301.

Neuenschwander M, Rehm J, Schnoz D (2007) *Kurzintervention bei Jugendlichen mit Tabakkonsum – KIM4U. [Brief intervention among adolescents with tobacco consumption. KIM4U.]* Zürich: ISGF (Forschungsbericht No. 234 aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung)

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.

Prochaska JO, Johnson S, Lee P (1998). *The transtheoretical model of behavior change*. In: The Handbook of Health Behavior Change, (2nd ed., pp. 59-84) – New York: Springer Publishing Company.

Schmid M, Zellweger U, Gutzwiller F (2007). *Evaluation der Rauchentwöhnungskurse der Fachstelle «nicht mehr rauchen» 2001 – 2005. Effektivität und Erfolgsfaktoren*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich / Forschung und Dokumentation; Nr. 31. Zürich.

Schnoz D, Salis Gross C, Cangatin S (2008). *Rauchstopp-Kurse für türkeistämmige Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Bericht zur Durchführung der Kurse*. Teilbericht I zum Präventionsprojekt „Rauchstopp-Therapie bei türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten in der Schweiz“. Zürich: ISGF (Forschungsbericht Nr. 264 aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung)

Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T (2008). *Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review)*. The Cochrane Library, Issue 4.

Strauss A & Corbin J (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz (Original engl. 1990).

Wellman RJ, DiFranza JR, Savageau JA, Godiwala S, Friedman K, Hazelton J (2005). *Measuring adults' loss of autonomy over nicotine use: the Hooked on Nicotine Checklist*. Nicotine & Tobacco Research, 7(1):157-61.

Anhang

CASE STUDY 1

The Social Smoker (Participant 02)

The social smoker is a 36 year old single woman, originally from a big city in Turkey, but has been living in Switzerland for about seven years now. She started smoking rather late, when she was at the university in Turkey 15 years ago. She had an average consumption of about 10 cigarettes per day before attending the course. She normally started smoking in the afternoon and smoked a lot when she was with friends, particularly if they were drinking alcohol. She did not have any difficulties at places where smoking was prohibited and never smoked if she had to stay in bed sick.

Her main reasons for smoking were: (a) she likes the taste and (b) she is addicted to nicotine. Before attending the course, she has already tried to quit smoking twice. The main reasons for her to quit were: (a) it is harmful to health and (b) she does not want to be addicted to nicotine.

The social smoker joined the course after seeing the poster at the community centre of which she is a member. As she stated in her detailed interview, she was not very confident that she could even try to stop smoking.

In the second week of the course we informed the participants about the ingredients of a cigarette, which is when *the social smoker* decided to stop smoking. She was also affected that nicotine captures brain cells and controls her behaviour. Moreover, she woke up the next morning with a terrible sore throat. She was very angry at cigarettes and immediately threw away her last package of smokes as saying: "I will never smoke you again!" and informed her closest friends and her doctor that she was going to quit smoking.

She stopped smoking for about two months. Although she had a couple of relapses, she generally managed to remain smoke-free.

The social smoker found it very difficult not to smoke when she was chatting with her friends, especially while drinking alcohol and being with other smokers. Two of her friends who have given up smoking relapsed during these two months of abstinence. One of them has been smoke-free for two years. Moreover, she had a new boyfriend who was a smoker. At the beginning, she asked him for a puff, what soon resulted in "let me have a

cigarette” and so on. All those conditions added up and led to a complete relapse after two months.

The social smoker stated at her T2 interview that she is smoking because (a) her friends keep on smoking and (b) she postpones quitting all the time.

In her detailed interview she stated that the average consumption fell to 4–5 cigarettes per day and that she was happy about it. She also stated that it was very difficult for her to keep it at that level. Sometimes, when she was with her friends, she fell back to a level of 10 cigarettes what made her considering another quit attempt because she felt terrible and suffered from sore throat.

The social smoker found the course very informative and helpful. Although she did not think that she would be able to quit smoking at first, the information given to her during the course made her change her mind, at least for a while.

In her detailed interview, *the social smoker* stated that she was encouraged to attend the course because it was Turkish. Although her German is good, she felt that the most important issue of the course was to be able to express herself without any language barriers. Attending the course at the community centre along with her friends has also motivated her. She was very pleased that it was a mixed course in terms of gender and age.

The social smoker found it very helpful to be in a group. In her detailed interview she stated: “You can listen to other people’s experiences and hear about how difficult it was for them too. The group also generates dynamics and affects you positively. Group sessions were like therapy. After a while, people started to talk about their problems, which helped others as well. I generally prefer group sessions because I consider it easier to stop smoking within a group, yet single sessions may also be useful to help an individual after the main course.”

Another aspect encouraging her to attend the course was that it was free of charge. *The social smoker* stated that she would not have been able to attend the course if she had to pay for it because she worked very little and received her money from social services and therefore was on a limited budget.

The social smoker did not use any NRT (Nicotine Replacement Therapy) products. She wanted to quit by herself. Then again, she also mentioned that if NRT product samples would have been provided to participants for free, she might have tried and used them on a regular basis.

The social smoker thought that the length of the course was appropriate. She thought people may not have enough time to attend the course for more than two months on a

weekly basis. But according to her, meeting once a month or once every two months after the course might have been beneficial. She also stated: "It is good to inform each other about what happened and gain an insight in one another's process. It is always helpful to get feedback, either from the facilitator or the group. Moreover, attending these meetings would have helped a person who stopped smoking and remained smoke-free grow in confidence. On the other hand, it might be difficult for someone who has relapsed to attend such gatherings."

When we asked *the social smoker* if coming together after the course would motivate people not to smoke, she replied: "Maybe, but cigarettes have a very sneaky way of being addictive and harming you, where time-dependent effects are not always that obvious. Moreover, sometimes even suffering from smoking-related diseases does not prevent you from smoking."

She was happy with the form of the course, but would have liked to see more visual information, such as animations and videos. *The social smoker* stated: "An animation or a video would have been an additional help."

Conclusion

The social smoker mostly smoked when she is with her closest friends. Therefore, a further intervention with her immediate environment would be most sensible. If some of her closest friends would quit smoking, she might be encouraged to stop smoking as well.

She set up a goal of smoking 4–5 cigarettes per day. As long as she manages to keep it at this level, she is happy. Smoking more made her considering another quit attempt because she felt terrible and suffered from sore throat.

The social smoker found the course informative, useful and helpful, but also said that she would not have had time for further meetings.

CASE STUDY 2

The Health Conscious (Participant 03)

The health conscious is a 48 year old single man, originally from a big city in Turkey. He has been in Switzerland for more than 25 years. He smoked his first cigarette when he was 16 years old and became a regular smoker at the age of 17. Therefore, he had been a smoker for more than 30 years and smoked about 20 cigarettes per day before attending the course. He stated in his T1 questionnaire response – which was made on the first day of the course - that he wanted to quit smoking within the following 30 days.

The health conscious smoked his first cigarette between 5 to 30 minutes after waking up and smoked more or less evenly through the day. His main reasons for smoking were: (a) boredom, (b) stress and problems, (c) in order to calm down and (d) addiction to nicotine. He has already tried to quit twice before attending the course.

He joined the course after seeing the leaflets and the poster at the community centre where the course took place. According to *the health conscious*, the main reasons for him to quit were: (a) cigarettes are harmful to health and (b) he was not happy about his addiction to nicotine. He stated at his detailed interview: "I determined a Quit Date, which was in the third week, with other participants of the course. Good thing it was not within the first week because I needed time to prepare myself. I continued smoking my usual 20 cigarettes per day until the Quit Day. The first 3–4 days of non-smoking were terrible. It felt that something was always missing; obviously nicotine. After a while, I started to feel better and managed to remain smoke-free."

The health conscious found the information given and methods used throughout the course very useful and helpful. He stated: "I learned facts about cigarettes and smoking. When a person knows the "enemy" it is easier to fight him. It was also useful to know that nicotine withdrawal does not cause lifetime symptoms. They normally last between 2 and 4 weeks. Knowing that gives you power to deal with it. The "self-control tables" were also very useful for me. They helped me realise in what situations and how often I usually smoked. Sometimes you think that "more than an hour has passed since I last smoked" but when you look at the self-control table, only little time has passed. So you say to yourself: "Only twenty minutes have passed. I can wait a little bit longer before smoking my next cigarette".

The health conscious thinks quitting smoking within a group was a very good experience for him. He said "Knowing that I was not alone and that other people have got the same problems was very comforting. I learned a lot from other people's experiences. The group

dynamics made things easier. Discussing matters in a group enabled us to support each other. Everybody could talk about their problems freely. We supported each other not only in smoking related issues, but also in day to day issues”.

According to *the health conscious*, it would be a good idea to meet once a month for about 3 to 6 months after the course. He stated: “This may be a good tool for self-control. This may motivate people to remain smoke-free. It may also be good for sharing experiences. During the course, help was provided on a regular basis. People could get help every week. I think it would be beneficial for us to share experiences even after the course has ended”.

The health conscious also mentioned that he has lived in various cantons of Switzerland. Therefore, he can speak some Italian, some French and some German but none of them perfectly. For that reason, it was a big motivation for him that the course was held in Turkish. He said “I can understand and express myself much better in my mother tongue. The course was based on discussions, therefore, it was very important to participate in discussions. If the course would have been in German, I would not have benefited very much. It is not only the language. All the examples and explanations were very understandable for me because they took place in our daily life. I might find it more difficult to understand examples and explanations if they were from Swiss culture. I had lots of things in common with my fellow course-takers. We were all from Turkey and migrants in Switzerland, and therefore had similar problems. I do not think I would have participated the course if it would have been in German”.

The health conscious did not use any NRT products. He did not believe that they would be helpful, therefore, he did not want to waste his money. On the other hand, he thinks that if some samples would have been provided during the course for free, he would have tried them and if he had been convinced that they were helpful, he would have kept on using them.

The health conscious stated that he would not participate the course if he had to pay. He stated “Deciding to quit is very hard. You always want to find a reason not to quit smoking. I think charging for the course would be my reason not to attend and not to quit smoking. Knowing that the course is free of charge encourages people to participate. Of course one could say that paying for the course is an investment for your future, but every investment involves a risk and most of the people are not ready to take risks”.

The health conscious believes that the course has increased his self-confidence and helped him quit smoking. He did not suggest any changes to the course and was happy with the way it was.

Conclusion

The health conscious was smoking for more than 30 years and attended the course with some will to quit smoking because he was concerned about his health. The course contributed to his willingness to stop smoking. He managed to remain smoke-free after the Quit Day.

The health conscious believes that monthly meetings for about 3 to 6 months would be beneficial for participants. He thinks that both, the quitters and the non-quitters, would be benefited.

CASE STUDY 3

I don't want to be fat (Participant 10)

I don't want to be fat is a 31 year old married woman from a big city in Turkey. She started smoking when she was 17 years old and although she stopped from time to time, she has been a smoker since. Her biggest fear was to gain weight because of a smoking cessation. She has already tried to quit more than three times without any additional help. She says quitting is no problem for her but remaining smoke-free is. She once stopped smoking for about two years and then started smoking again. She was smoking one package per day before attending the course. Her husband also smoked and she believes if he had stopped she would have stopped too.

I don't want to be fat smoked her first cigarette at least one hour after waking up. Her main reasons for smoking were: (a) "because I do not gain or lose weight when I smoke" and (b) "because the people I live with smoke".

I don't want to be fat joined the course after her husband wanted to join the course. She had the belief that she could quit by herself and attended the course to support her husband. The main reasons for her to quit smoking were: (a) cigarettes are harmful to health, (b) smoking is expensive and (c) she does not like the fact of being addicted to nicotine.

I don't want to be fat explained how she determined a Quit Date as follows: "I was not attending the course when the Quit Date was determined because I was ill. My husband informed me about the groups' decision and he also told me that he was not planning on quitting smoking on that particular day, but one week later. So, I decided to quit smoking with him. However, after further discussing, we stopped smoking four days earlier than we decided to do so (three days after the groups' Quit Day)".

I don't want to be fat stated that the course increased her knowledge and encouraged her to quit. "I knew lots of things about cigarettes before attending the course. Once, I stopped smoking after realising that they contain rat poison but somehow suppressed that fact. So the course actually reminded me of the things I already knew. Sometimes people need to be reminded. The course also helped me to accept that I was addicted to nicotine. As I mentioned earlier, this is a very important aspect. Nicotine abstinence causes withdrawal symptoms similar to alcohol or drug withdrawal treatment. I have stopped smoking for five months now but I still have an urge for cigarettes when I am upset or angry.

During the first few days after quitting, *I don't want to be fat* did not feel any disturbance. She stated: "I was very nervous and stressed after those couple of days. I had high self-

confidence that I was able to remain smoke-free. Sometimes, this overconfidence can be harmful. For example: I even refused to use nicotine gums because I thought I was strong enough to quit on my own". After not feeling so good, she started to use nicotine gums and has very much benefited from them as she says.

I don't want to be fat mentioned that attending the course with her husband was a great support for both of them. They could understand and be an example to each other. They read the course material together and discussed it at home. It was her husband's idea to use nicotine gums when they had difficulties to cope with nicotine craving. They helped each other to remain smoke-free. Although her husband started smoking again five months later, she for her part managed to stop smoking.

I don't want to be fat was very happy to be in a group. She thinks the group supported and helped her to quit. She explains: "It gives you more responsibility to be in a group. Ideas can be shared and more things can be learned. I think one-to-one sessions would have been rather demure and boring. I believe people take good decisions when they are relaxed. Being in a group provided such relaxation. Group sessions cause you to participate to the next session. We had very good conversations during these course sessions. We spent a good time. People are longing for such things. It is not easy to find opportunities to spend good time with people".

I don't want to be fat thought it was very good that the course was free of charge. She thinks she would not have attended the course if she had to pay because for one thing, her family is on social benefits and secondly, she thought that she could quit by herself.

She said that the length of the course was appropriate. *I don't want to be fat* stated: "The length of the course was fine for me but when the other participants started smoking shortly after the end of the course, it made me wonder whether the length was enough or not. Or maybe they would have needed monthly meetings after the end of the course. Maybe they would have benefited from such an event. They took the decision to quit all together, but relapsed short time after the course ended." She also thought that setting up an email group would be beneficial so that participants could support each other after the course has ended.

Her German is not very good, so she would not have attended the course if it was in German. *I don't want to be fat* said: "Understanding and expressing yourself is very important. This is an interactive course. We have not only learned things but also shared our experiences and talked about our problems".

I don't want to be fat stated that she definitely would have liked to see a dietician during the course. A nutrition expert could have come to one of the sessions in order to give advice and answer the participants' questions.

Conclusion

Although *I don't want to be fat* had great confidence that she could stop smoking by herself before attending the course, she now believes that the course has contributed a lot to her smoking cessation. She tried to quit smoking many times before, but this time she is pretty sure that she will not relapse.

I don't want to be fat believes that the participants should meet at least once a month after the end of the course. She thinks it would be beneficial for both, quitters and non-quitters.

I don't want to be fat suggested that a nutrition expert should come to one of the sessions and answer some of the participants' questions. This might be very useful, particularly for women who do not want to gain weight after quitting smoking.

I don't want to be fat gained about eight kilos after quitting smoking.

CASE STUDY 4

Victim of the workplace (Participant 11)

Victim of the workplace is a 41 year old married man from a big city in Turkey. According to his T1 questionnaire response, he smoked his first cigarette when he was 9 years old and became a regular smoker at the age of 20. He smoked about one package of cigarettes per day before attending the course. He smoked his first cigarette more than an hour after waking up and smoked more during the day than in the mornings. He did not have any difficulties at places where he was not allowed to smoke. He normally did not smoke if he was very ill and had to stay in bed. He sits in front of the computer a lot, particularly in the evenings, and he said he had smoked cigarettes even without noticing.

His main reasons for smoking were: (a) to relax, (b) because of the addiction to nicotine and (c) he can not refuse when someone offers him a cigarette.

Victim of the workplace decided to come to the course after seeing the leaflets and the poster of the course at the community center. He had already unsuccessfully tried to give up smoking on his own, so decided to get help. He convinced his wife to attend the course so that they could support each other. *Victim of the workplace* stated his main reasons to quit as follows: (a) cigarettes leave a bad smell on him, (b) cigarettes harm his health and (c) being addicted to nicotine disturbs him.

Victim of the workplace explains how he quit smoking: "There was a common decision made by the group. I would have very much liked to go with this decision, but I did not believe in me. I felt trapped as the Quit Day came closer. I did not know what to do. I was slightly panicked. Then I declared that I could not start with the other participants. I asked to postpone my Quit Day for one week in order to not lose my face for not succeeding on the groups' Quit Day. But on the other hand I was preparing myself secretly. I was discussing with my wife if we were able to stop smoking or not. After those discussions, we decided that we could. So, three days after the groups' Quit Day and four days before my individual Quit Day, I stopped smoking. Before quitting, I did not believe in me, but after quitting I wondered why I made such a fuss about it. It was not as hard as I assumed. The first two weeks were very difficult. I smoked cigarettes in my dreams. I was looking at people with envy when they were smoking. It gave me pleasure to watch people how they took a cigarette out of a packet, how they put it in their mouth and how they lightened it. They were very attractive scenes for me, but after a while I did not find these scenes attractive any more. Cigarettes started to disgust me. The information I got during the course helped me to develop such disgust".

Victim of the workplace remained smoke-free for about 5 months. He explained how he relapsed as follows: "I have been working for about a month now. At my workplace, people use cigarettes as an excuse for taking a break. I tended to make breaks too so I would not step out of line. So when I joined them, they kept offering me cigarettes and I refused, refused, refused.... but suddenly I caught myself smoking again. I felt very guilty because of the efforts me and others have put into my smoking cessation for nothing. This thought stopped me from smoking for about one or two weeks. Then I forgot about those thoughts– people forget very easily –and that's how I relapsed. I work about four hours a day and I usually take four to five breaks, but I don't smoke in every one of them. I smoke up to 3 cigarettes a day, sometimes more, sometimes less. I have told to my wife that I relapsed. I could not keep that from her. She was very angry with me. We had arguments. I know what I did is not defendable, but the environment at my workplace made me smoke again. I also know that this is just an excuse".

The victim of the workplace said he learned a lot during the course. "The most important thing that I learned is that everybody is able to stop smoking. I have tried several times but this is the closest I have ever got. I have successfully stopped smoking five months ago and relapsed 4 months later. Last month I smoked about thirteen to fifteen cigarettes, but I am planning on giving up smoking for good".

The victim of the workplace was also pleased about feeling the support of the group. "Doing this course in a group was an advantage, because there were other people in the course who allocated time and effort - participants and facilitators. All this brings responsibility. A group identity was established what makes one more powerful. Quitting smoking is much easier this way, other than when you are on your own. The group sessions were very effective. I do not think that it would have had the same effect if the sessions were one-to-one. It was definitely easier to quit in a group. You feel committed to other people. When you are alone you can always find excuses not to quit, but it's different in a group. You are being judged by other people as well. The group discussions were very important too. Everybody had a different point of view. Other people can make you aware of things you have not even thought of. Everybody was learning from each other"

The victim of the workplace considered self-control tables very useful.. They helped him to realise how often and under which circumstances he usually smoked, so he could prevent these situations or find a substitute activity. He added: "Sometimes, you think that it has been a long time since you had your last cigarette, but when you look at the self-control tables, you realise that it has not been very long, so you therefore postpone your next smoke. Self-control tables helped me to quit smoking".

When we asked if *the victim of the workplace* would pay for such a course he replied: "I would definitely pay for the course. I think I would be willing to pay up to CHF 500–600, as my yearly expenditure for cigarettes is much higher".

The victim of the workplace used nicotine gums irregularly. He said that they were good replacements to reduce occasional craving.

The victim of the workplace described his opinions on the length of the course as follows: "I think it was just right, because you do not have to quit from the beginning. The course prepares people for the Quit Day. It does not rush people. There is also enough time to support participants after the Quit Day".

The victim of the workplace said that he would definitely come to further meetings after the course. He added: "After the end of the course, my wife's solidarity was very important for me. If I would have been on my own, I easily could have relapsed. So if we would have meetings after the course, I think it would prevent more participants from a relapse." *The victim of the workplace* thinks that setting up an Email group would be beneficial for participants.

The victim of the workplace was very happy that the course was held in Turkish. He said: "If it was in German, I would not be able to attend. There was only one participant whose German was very good in our group. Because of the language barrier, the rest of us could not have participated to *Krebsliga* courses. The biggest reason why I attended this course was because it was provided in Turkish. It is very important to understand the topics and moreover, it is very important to express yourself. These courses are like therapy and therefore, one should be able to express him/herself clearly".

The victim of the workplace stated his expectations for future courses as follows: "I would use more visual stuff like the short theatre-piece you showed us. But it should be adapted to Switzerland and recent times. I believe that if you [facilitator] would have lived in Basel, it would have been better for us". He also stated: "Whatever course you take, if you don't click with the facilitator, you won't be able to benefit from that course. Your warmth and sincerity made the course a success".

Conclusion

The victim of the workplace was very determined to quit smoking, but he could only remain smoke-free for five months. He stated that further intervention could have prevented him from relapsing. Therefore, he suggested that participants should meet regularly after the end of the course.

At his detailed interview, he claimed that he was going to quit smoking again, but without further assistance, he would fail to succeed.

CASE STUDY 5

I cannot give up (Participant 21)

I cannot give up is a 30 year old married woman. She originally is from the eastern part of Turkey but has been living in Switzerland since her childhood. She only smoked about 5–8 cigarettes per day but had one of the highest CO values in the group before attending the course. Her husband was a smoker too. *I cannot give up* smoked her first cigarette at the age of 11 and started smoking regularly when she was 13 years old. She normally smoked in the afternoon and particularly in the evenings. Furthermore, all her closest friends and relatives were smokers.

Her main reason for smoking was: “because I want to. I like the taste”.

I cannot give up had an unsuccessful attempt to quit smoking before the course. The main reasons for her to quit were: (a) because cigarettes are harmful to health, (b) because a special person wanted her to quit and (c) for her own good.

I cannot give up described how she stopped smoking during the course and how she relapsed as follows: “When I was smoking my last cigarette, I was standing in the rain, telling the cigarette: “I will quit smoking you, I will quit smoking you” and then threw it away. I stopped smoking for about 3 weeks. I woke up in the mornings feeling a lot healthier than before. I thought I had a good start, but one gives up after a while. I have been smoking for a long time. I started smoking when I was 13. I know under which circumstances and why I smoke, but I still smoke. We were on holiday when I relapsed. I lost strength because people around me were smoking. At the end, my body forced me to start again and I could not refuse. I properly prepared myself to quit smoking and was very confident in the beginning, but in time, I lost that strength.”

She was smoking about 8 cigarettes per day before attending the course. After relapsing, the quantity increased to about 15. *I cannot give up* stated: “It is a step backwards. I have relapsed strongly. Usually I was not smoking until lunch time, but now I even smoke with my first coffee in the morning.”

I cannot give up said being in a group helped her quit in the first place. She also learned a lot from the course. “It was very important to know what happens to your body when you smoke. I learned this once again clear and loud in details from an expert. The group work was very important. Quitting in a group was very helpful. The group work is excellent. This is how it should be. For example, a fellow participant once called and asked me how I was

keeping up. I suddenly felt stronger because he told me that he felt very good. I believe group support strengthens participants. It is particularly beneficial for people who always say: "I cannot quit, I do not have the power to quit, etc." The support within the group is very important. It was easier for me to quit in the group."

I cannot give up mentioned that she would have considered paying for the course. She said: "This is a social project. I think the course would not be very expensive. Maybe I could pay about CHF 150.00."

I cannot give up found the length of the course just right and added: "It would have been better if the course took place twice a week during 8 weeks, particularly for people who needed additional help and encouragement. Of course you would have needed more information, more documents or more visual stuff, but getting together more often would have been more supportive. I wouldn't have minded longer sessions. Also, it would have been good to control participants after their cessation."

I cannot give up used micro tablets for about a month. She was satisfied with its effect but yet stopped taking them after relapsing.

I cannot give up thinks that meeting after the course was a good idea. She believes it would be beneficial for those who stopped smoking. More support would be provided.

I cannot give up would not prefer courses held in German. She said: "It was a very big advantage for us that the course was in Turkish. I would not participate in a smoking cessation course held in German. This course is all about expressing yourself. Therefore, it is best for me when it is in Turkish language."

I cannot give up thought it was not necessary to have a group consisting of people who already knew each other. She said: "The important thing was to come together with the same purpose. Bindings can be built during the course. Eight weeks is not a short time and if we had come together afterwards once a month or something like, we could have built strong relationships." She also thinks that people from different age would make the group more interesting: "A mixed group is better because every individual has his/her story. People of the same age have similar problems and similar stories. Different age groups make the group more prolific. It was a very beneficial to listen to the experiences of people from other age groups."

Conclusion

I cannot give up's suggestions for future courses are as follows: "I would use more visual stuff during the course. For example, more photos of darkened lungs, dirty hearts. They

should be scarier. I would prefer to set up a mixed group. We were 4 people from the same family in our course: my father, my mother and my brother. This may bring some restrictions or pressure. For example, my brother does not smoke at my father's presence. I would prefer participants not to be relatives."

I cannot give up definitely believes that further meetings after the end of the course would be beneficial. Particularly for those who quitted but still have problems.

CASE STUDY 6

I have tried everything (Participant 16)

I have tried everything is a 49 year old married man from the western part of Turkey. He started smoking at the age of 20 and has been smoking for about 30 years. He smoked 40 cigarettes per day before attending the course. For the last 10 years, he had been unsuccessfully trying to quit. He says he tried everything and anything. He tried nicotine patches, nicotine chewing gums, Zyban, some natural medicines and herbs, but he could not stop smoking. When he heard about the course, he immediately wanted to join, but did not have much hope. He said in his T1 questionnaire response that he was not at all ready to quit.

I have tried everything started smoking within half an hour after waking up and his first cigarette was very important for him. Normally, he smoked his first cigarette with his first coffee in the morning.

In his T1 questionnaire response, *I have tried everything* stated that the main reason for smoking was that he was addicted to nicotine and therefore could not stop smoking. He also said that the main reason why he wanted to quit was that he was not happy being under the control of a substance.

I have tried everything did not tell anybody that he was going to stop smoking because he has had bad experiences before, so he did not want to be in a position of not being able to keep his promises.

After our presentation on NRT products and Champix, he decided to try Champix. His doctor also recommended Champix. He said "When I used Champix I found that quitting was not as hard as I thought it would be. I hardly had cravings, maybe once or twice."

The biggest test for him was while going to Turkey for the New Year celebrations shortly after quitting smoking. A couple of times it was very hard for him to say no to a cigarette, but eventually he managed to do so. He passed that big test and came back to Switzerland with greater self-belief.

I have tried everything was very pleased with the course. At his detailed interview he stated: "I have been trying to quit for ages. I unsuccessfully tried anything and everything. This course helped me to quit. At first, nobody, including me, could believe that I really stopped smoking. But it has been about six months now and I have not touched a cigarette since." He thought that the course changed his attitude towards cigarettes: "I thought

that I would never be able to stop smoking. During the course I realised that I was mistaking. It was even easier than I thought. I developed my self-confidence. The information, the discussions and the group as a whole encouraged me to quit."

I have tried everything stated that being in a group helped him to quit. He said: "I felt that I was not alone. I felt the support of others and tried to help others as well. I already knew some of the participants and we had done lots of things together before. So back then, this was another task to be done together. We could discuss problems and solutions without compunction."

I have tried everything would not have paid for the course because at first, he thought that he would not be able to quit.

I have tried everything was pleased with the length of the course. He said: "I think preparing for Quit Day for 3–4 weeks and being supported for 4–5 weeks after quitting was just about right. Of course, a little bit more support would have been better, but I understand that this is a matter of budget and resources."

I have tried everything found it beneficial for participants to meet after the course. He stated: "We are members of the same association anyway. We see each other all the time, but having further sessions would be beneficial for people, particularly for those who relapsed. It might have made them change their minds."

I have tried everything thinks that it was beneficial for him that the course was held in Turkish. He said he would not have been able to attend if it was in German. "My German is not very good and I would not have been able to follow the course. I would not have been able to participate in discussions either. Therefore, it would be meaningless for me to attend such courses."

Conclusion

I have tried everything said he benefited from the course very much and he wants other people to benefit from it too. He said: "I was very pleased with the course. I cannot think of any other ways to stop smoking. Me and my friends benefited very much from the course. We would like to organise another course here in order to help others. I am sure there are other organisations that would like to participate and organise courses. You are doing a very good job, keep up the good work."

I have tried everything also thought it would have been very beneficial to meet after the end of the course for about 3–4 months.

I have tried everything has tried many methods before attending the course, but he found the combination of Champix and the course to be the best. It helped him quit smoking although he did not think it was even possible.

CASE STUDY 7

Troubled mother (Participant 20)

Troubled mother is a 48 year old married woman from the south east part of Turkey. She has 4 children. One of them has a heavy disability. She had her first cigarette when she was 17 years old and became a regular smoker at the age of 19. She was smoking about 20–25 cigarettes per day before attending the course. She started smoking within a half hour after waking up. She stated in her T1 questionnaire response that she wanted to quit within 30 days.

Troubled mother has psychological problems and is having some treatment. Her disabled son`s condition contributes to these problems.

In her T1 questionnaire response, *troubled mother* stated her reasons for smoking as follows: (a) boredom, (b) stress, (c) to relax, and (d) addiction to nicotine. She thought of quitting before but has never actually tried. Her main reasons to quit were: (a) cigarettes are harmful to health, (b) concern about her addiction and (c) cigarettes cause bad breath.

Troubled mother joined the course with her husband and two children. She said that it was very good to have the course at the community centre.

Troubled mother smoked normally until the Quit Date and then stopped. When we informed about NRT products, Zyban and Champix, she decided to get medical help and finally got Zyban prescribed by her GP. She said "I found it very helpful. Stop smoking was not hard at all with the help of Zyban. She took the medicine for about two months with no side-effects and then stopped."

Troubled mother stated that she was very happy with the course. She added: "I stopped smoking with the help of the course. Without the course I would not have been able to quit that easily. I learnt many facts about cigarettes and smoking. You informed us about Zyban and I decided to use it. The course made me think about why I was smoking and I begun to realise the hazards of smoking. I realised that smoking was an unnecessary habit - an addiction. I had a headache all the time. From the moment I quit, I never had these smoking related headaches anymore, which is why I finally understood the link between smoking and these headaches."

Troubled mother was very pleased that she was in a group. She stated: "It was very good to be in a group. Being supported by other people was great. Both, the quitters and the non-quitters, were of great help. I looked at the quitters and said: "I can quit as well". I

looked at the non-quitters and said "I'm stronger than them". I had a great support from the course. We picked a Quit Date as a group. Everybody in the course promised to quit, therefore, I felt that I was not alone. I went to see my GP one week before the Quit Day in order to get a prescription for Zyban, which helped a lot, just like you suggested.

Troubled mother was also happy that the course consisted of people she knew. "It was very good to quit with people who are close to me. That way the support was also available at home and at the association. We were able to support and control each other."

Troubled mother would not be able to pay for the course because she and her family are on state benefits. If we had to pay none of us would be able to attend the course. I would like to thank you for providing such a good service for free."

Troubled mother was happy about the length of the course and she thought it would be a good idea to all come together for a certain period of time after the end of the course. "It could be once a month for about 4 to 6 months. It might be useful for those who didn't manage to quit smoking. They might get encouraged by seeing that some of us have successfully given up smoking. It would not make any difference for me."

Troubled mother would not be able to attend the course if it was in German because she does not speak much German. She stated: "I was very pleased that the course was held in my mother tongue. It was very helpful to express myself."

Conclusion

Troubled mother's general situation went far better than before. She happily said "I am feeling very good. I got rid of the headaches. My breathing is much better. I can smell and taste things better. But I have problems with my weight: I gained 14 kg after quitting, but I can deal with that later."

Troubled mother is in favour of coming together after the end of the course. She thinks it would be good support for those who were not able to quit during the course.

CASE STUDY 8

All my friends` fault (Participant 35)

All my friends` fault is a 54 year old married man from the east of Turkey. He has been living in Switzerland for more than 30 years. He started smoking at the age of 26. He was smoking 20 cigarettes per day before attending the course. He decided to quit smoking after the panel we organised at the community centre of which he is a member. The course started on the 5th of January and he had stopped smoking on January the 1st. He did not find quitting very difficult. The difficult thing was to remain smoke-free. He believes that his relapse was the fault of his smoking friends.

His main reasons for smoking were: (a) the addiction to nicotine and (b) because people around him smoked. His main reasons to quit were: (a) smoking is harmful to health, (b) being addicted bothers him, (c) smoking is expensive and (d) smoking is harmful to others.

He joined the course after attending the panel called "Harms of Smoking" at the community centre of which he is a member. The event was very successful. After an hour`s presentation and discussion, 8 – 9 people enrolled the course immediately (11 people finally attended the course).

All my friends` fault unsuccessfully tried to quit smoking more than three times before this attempt. Therefore, it was not difficult for him to stop smoking but to remain smoke-free. In his T1 questionnaire response, his level of readiness to quit was at 3 out of 10.

All my friends` fault stopped smoking on New Years Day of 2008 and remained smoke-free for about four months. He stated in his T2 questionnaire response that the urge to smoke was very strong during that time. Never-the-less he said that he would like to stop smoking within 30 days. He then gave 7 out of 10 points to his readiness to quit.

All my friends` fault stated his reasons for relapsing as follows: (a) my friends still smoke and (b) I always postpone to quit. He was smoking about 20 cigarettes per day before attending the course and after relapsing, he smoked about 15 cigarettes per day.

In his detailed interview, *all my friends` fault* analysed his current situation as follows: "I smoke about ten to fifteen cigarettes per day. I definitely want to reduce and eventually stop smoking. I have stopped smoking before and was very determined. But then I started to lose that power. I found reasons to smoke again. I know that that these reasons are just excuses but I was too weak to accept that fact. Most of my friends and work colleagues

smoke, so therefore, I was always in a smoking environment and could hardly distance myself from smoking. I remained smoke-free for about four months. Gaining weight is a problem for me. I wanted to do some sports, but I had an operation which prevented me from doing so. I am still willing to quit and sooner or later I will succeed. Quitting is one thing, but the important thing is to remain smoke-free. I am able to quit anytime I want. My problem is to stay smoke-free.

All my friends' fault found the course very helpful and well organised. He said: "I am more conscious now. Smoking is like a fatal attraction. My brain is blinded by its attraction even though I know that it is harmful. The course was very beneficial for me. I learned a lot and reactivated a lot of forgotten facts about cigarettes."

All my friends' fault said that he was very proud of himself after quitting. His sleep was much better and he started to taste and smell things much better than before.

All my friends' fault is in favour of group sessions. He said: "It was very good to be in a group. The support within the group was very important. It is a great support for each individual if group members are really serious about quitting. People are able to work towards a common target. But there is danger as well. People may encourage each other not to smoke but they may encourage each other to smoke as well. When someone in the group starts smoking again, the others may take him/her as an example. We can compare the group to a chain. If one piece is broken, the whole chain is broken. I felt very confident although I somehow relapsed."

All my friends' fault said he might have attended the course even if he had to pay but in that case he would have had higher expectations from the course. He said he only would have paid if he was guaranteed that he would stop smoking.

All my friends' fault found the length of the course normal. He believes that an adequate amount of information and support was given during the course. He would like to meet with the group after the end of the course to further support each other. He said: "I could use any help and support. It would have been nice to meet these people. Everybody has different means to cope with a smoking cessation. We could learn from each other by exchanging tactics. All quitters suffer from similar symptoms."

Although his German is pretty good, *all my friends' fault* thought that providing the course in Turkish was very helpful. He added: "Turkish is my mother tongue. I can express myself much better and we all got the same cultural background. This would not be so easy for me in a German speaking group."

All my friends' fault believes that the influence of his smoking friends had a big effect on his relapse. He said: "Being in a smoking environment can be devastating for an ex-

smoker. When someone smokes you get affected. I cannot deny this. Even if you do not smoke, it is always in your mind. At the organisation, we separated our tables from the smokers' tables, but we could not stop thinking about cigarettes. Whatever attraction they have, it's always there. At one point, you ask somebody for a cigarette and then for another. But one cannot ask for cigarettes from other people all the time. People start to ask if I stopped smoking or if I stopped buying cigarettes. That is when you buy a package of your own again and relapse

Conclusion

All my friends' fault believes that he is the victim of a smoking environment. He does not think that quitting is very difficult, but according to him remaining smoke-free is. Therefore, further meetings could have been helpful for him.

All my friends' fault has not given up trying. He still wants to quit and he believes that sooner or later he will succeed.

CASE STUDY 9

Maybe some other time (Participant 39)

Maybe some other time is a 49 year old married man from the eastern part of Turkey. He smoked his first cigarette when he was 13 years old and became a regular smoker at the age of 19. He was smoking about 15–20 cigarettes per day before attending the course. He usually smoked his first cigarette within half an hour after waking up. He spent half of his life in Turkey and the other half in Switzerland. He tried quitting once before and in doing so, he did not smoke for about 5 years.

His main reasons for smoking were: (a) boredom, (b) to relax and (c) stress and tiredness. He wanted to quit because (a) he has more energy when he does not smoke, (b) smoking is harmful to health and (c) being addicted bothers him.

Maybe some other time joined the course after attending the panel we organised at the community centre of which he is a member.

Maybe some other time stopped smoking once before and remained smoke-free for about 5 years. He was concerned about his health and therefore wanted to quit again. He stopped smoking on the Quit Day with the rest of the group and stayed smoke-free for about three months. He said that the biggest influence came from his friends who were all smokers. They play cards at the community centre and most of the other players smoke. It was not possible to not get affected he said. He smoked one cigarette and thereby relapsed.

Maybe some other time explained how he relapsed as follows: "Me and my friend went to have a water pipe. That day we also smoked a cigarette. I thought one cigarette does not do any harm. But then I started to ask for more cigarettes from my friends. One was not enough, so I started to ask for another and another... then I started to feel ashamed for constantly asking other people. So, I started to carry around a package of my own. As soon as I had my own package, I started to smoke more. If I do not carry a package on me, I smoke about 4 or 5 cigarettes a day, but with the package I smoke up to 15."

Maybe some other time thinks that the course was beneficial for him. He said: "This course taught me that I am able to quit smoking. I remained smoke-free for about three months. I was very happy that I had managed to stop smoking. All the bad smells had gone." He also believed that the course changed his attitude towards cigarettes. "Everybody knows that cigarettes are harmful, but during the course we learned how dangerous

they really are. We now have concrete knowledge. We tried to avoid cigarette. We arranged a place for the non-smokers to play cards at the association."

Maybe some other time found the group sessions very helpful. He said: "I enjoyed being in a group. Group dynamics gave support to individuals. You do not feel lonely. You see other people trying to quit as well and you also learn from their experiences. It is very good for raising your motivation."

Maybe some other time thinks the group also helped him taking a decision to quit and implementing it: "We have chosen a Quit Date as a group. Deciding this in a group was very helpful. This was a common decision and I had to stick to it. I therefore prepared myself for the Quit Day and stopped for about three months."

Maybe some other time said that he would not have been able to attend the course if he had to pay because he was on state benefits and had a limited budget.

Maybe some other time found the length of the course appropriate, but suggested that the course should have taken place twice a week instead of once. He also suggested that meetings after the course would be beneficial. "Eight weeks was good but instead of once a week, twice a week could be better. It means more coming together and more support. This would be beneficial for those who find it very difficult to quit. Coming together after the course might have helped to prevent me from relapsing. Maybe meeting once a month would be appropriate. We could have discussed the problems that force us to relapse. You reminded us of the hazards of smoking but I think we tend to forget them after a while. So, regular reminding would have been useful."

Although *maybe some other time* has been in Switzerland for a long time, he thinks that providing the course in Turkish encouraged him to attend the course. He added: "Turkish is easier for me. I may not be able to understand everything in German. Moreover, I can better express myself in Turkish."

Maybe some other time's suggestions for further courses are as follows: "I would provide NRT products free of charge. This may encourage people to use them and help them to remain smoke-free. I would show more anti-smoking films to scare off people."

Conclusion

Maybe some other time relapsed while smoking a cigarette after smoking a water pipe. After that he was not able to stop smoking anymore. But he did not lose hope. He would like to try to quit again. He mentioned in his T2 questionnaire response that he would like to

quit within the next 6 months. He also stated that his level of preparedness to quit is at 6 out of 10.

CASE STUDY 10

The Heavy Smoker (Participant 40)

The heavy smoker is a 41 year old married man from the eastern part of Turkey. He started smoking when he was 18 years old. He was smoking more than 40 cigarettes per day before attending the course. He usually smoked his first cigarette within the first 5 minutes after waking up. In his T1 questionnaire response he said that he would not give up his first cigarette in the morning. He also mentioned that he had felt uncomfortable at places like trains and planes where smoking was forbidden. He also lived in a smoking environment. He said that 10 out of 10 of his closest friends and relatives were smokers. He said that he has been thinking about quitting before but he did not attempt it. His level of readiness to quit was at 1 out of 10 in his T1 questionnaire response.

His main reasons for smoking were: (a) I like the taste and (b) because of boredom. The main reasons to quit were: (a) cigarettes leave a bad smell on me, (b) they harm my health and (c) my smoking bothers others.

The heavy smoker joined the course when one of the members of the organisation, of which *the heavy smoker* is a member, helped us recruiting people. He saw the posters and the leaflets and also talked to that particular person and decided to attend the course.

The heavy smoker stopped smoking on the Quit Day of the course and never smoked again. He explained how he stopped smoking and how he remained smoke-free as follows: "I was telling myself that I was going to be successful. I was willing to quit. My GP has also advised me to quit. I heard that there was going to be a course at our organisation. My friends encouraged me to join this course. Being in a group also helped preparing myself. I am very happy that I quit smoking. The flat we are living in is on the fourth floor and we do not have any lift. I used to be unable to climb the stairs without getting winded. Some times I had to take a rest half way up. Meanwhile, I can climb them without any problems. Wherever I go people smoke, but that does not affect me at all. The first couple of months were very hard. I was dreaming about smoking. One day, an incident made me very angry. It was about 1:00 – 1:30 a.m. and I decided to have a smoke. Therefore, I went out to buy some cigarettes. I found an open restaurant, looked at the cigarette machine but then thought about how the course facilitator told me that the craving would go away if I managed not to smoke for about 5 minutes after an urge. So I did not buy those cigarettes and kept on walking. While finding another possibility to buy cigarettes, my urge to smoke has suddenly disappeared. So delaying a purchase prevented me from relapsing."

The heavy smoker said he learned a lot during the course. "I did not know what exactly a cigarette consists of. I learned most from the facilitators' explanations, the articles he provided and from the videos that were shown during the course. All this made me dislike cigarettes and helped me to quit. I enjoyed the course very much. I stopped smoking with the help and support of the course, my family and my friends. I was smoking about three packages per day. Nobody expected me to succeed, but thanks to the help and support I received, I managed to do so."

The heavy smoker also added that the course has changed his opinion on cigarettes: "Because of the information I received during the course, I started to dislike cigarettes. I was more aware about its ingredients and hazards."

The heavy smoker believes that the group was very supportive. He stated at his detailed interview: "It was very good to be in a group because people encourage and support each other. I believe that coming together is always a good thing. Individuals can not be successful by themselves. The support of the group was excellent."

The heavy smoker said that he was on state benefits and therefore he would not have been able to afford much if he had to pay for the course. The maximum amount he could have managed to pay was about CHF 100.

The heavy smoker was happy with the length of the course. He said: "The length of the course was just right. We had friends who were employed attending the course, so the start and end times of the course have been determined due to this fact, and I am ok with this."

The heavy smoker is in favour of meeting regularly after the end of the course. He stated in his detailed interview: "Coming together would be very beneficial. Continuous support could be helpful, particularly for those who stopped smoking and relapsed after a while. They might not have started smoking again with continuous support."

The heavy smoker explained that he would have not been able to attend the course if it was in German. "My German is not enough to follow this course in German. It was a huge opportunity for me to have this course in Turkish. I hope that this project continues and more projects like this will be made."

The heavy smoker said that he was very pleased with the organisation of the course itself. He added: "I like your methods. Going to the grass roots and visiting people at their places (organisations) were great ideas. I would do the same thing. I can not think of anything to add to what you have done."

Conclusion

The heavy smoker was smoking at least 40 cigarettes per day before attending the course. On some days he smoked up to 60. He has been smoking for about 30 years and has never tried quitting before. He was not very confident about being able to give up smoking, but during the course he boosted his self-belief and decided to give it a try. He stopped smoking on the Quit Day and never smoked again.

The heavy smoker is in favour of coming together once a month for about 4–6 months. He thinks that it would be beneficial for participants.

CASE STUDY 11

Smoker for 35 years (Participant 50)

Smoker for 35 years is a 45 year old married man from the western part of Turkey. He smoked his first cigarette at the age of 7 and has been a smoker since he was 10 years old. He smoked more than 40 cigarettes (100mm) per day before attending the course. He said in his T1 questionnaire response that the first cigarette in the morning - which he usually smoked within 5 minutes after waking up - was the most important one for him.

His main reasons for smoking were: (a) boredom, (b) stress and (c) in order to relax. His main reasons to quit smoking were: (a) smoking harms my health, (b) it leaves a bad smell on me, (c) I do not want to be addicted to nicotine and (d) it is expensive.

Smoker for 35 years joined the course after seeing the poster and the leaflets at the community centre of which he is a member.

In his T1 questionnaire response, *smoker for 35 years* stated that he would like to quit once and for all within the next 30 days. His level of readiness to quit was at 5 out of 10.

Smoker for 35 years found the course very helpful. He added: "I wanted to quit smoking very much but I did not think that I was able to do so. This course was a great chance for me. I found psychological support and gained self-confidence to stop smoking. I also learned many facts about smoking."

Smoker for 35 years stopped smoking on the Quit Day with other participants and has never smoked again. He said: "I have unsuccessfully tried to quit smoking before, so I was worried that I might not succeed with the aid of this course too, what made me a little bit nervous. Determining a Quit Date all together and thereby enforcing togetherness made me stronger. Eventually, it was easier than I thought it would be. Of course there are times when I suffer from craving, but it is never strong enough to overcome my determination to quit."

Smoker for 35 years thought that being in a group was very beneficial. He said: "Being in a group was the most effective thing for me. First of all, I did not feel on my own. The course facilitator and my fellow course-takers have supported me very much. The group has helped me to gain my self-confidence. We chose a Quit Date together and some of us stopped smoking together. Things like that helped me a lot."

Smoker for 35 years said: "I would have paid up to CHF 1000 for a guaranteed smoking cessation. But the thing is you never know whether you succeed in the end or not."

Smoker for 35 years found the length of the course just right: "We had four weeks to prepare for the Quit Day and four weeks support after quitting. For me, the preparation and the support period were excellent. I think it would be very useful to meet once a month after the end of the course. It could be of some help to those who stopped smoking and it could have helped the ones who relapsed."

Smoker for 35 years stated that he would not be able to attend the course if it was in German because: "My German is not good enough to take this course in German. It is important that one can express him/herself. Otherwise you can not benefit from the course. It was a big advantage that the course was in Turkish. You do not miss out on anything because the course is in your mother tongue. I would not be able to understand important information given in German and therefore, the course would not be beneficial for me."

Smoker for 35 years stated in his T2 questionnaire response that the support he received from his family, friends and the people at his community centre was very important for him in order to quit smoking. He also stated that his level of being prepared never to smoke again was at 10 out of 10.

Conclusion

Although he was a very heavy smoker, *smoker for 35 years* managed to stop smoking with the help of our course. He was smoking more than 40 long cigarettes per day. His German is not good enough and therefore, he would not have been able to stop smoking if the course would not have been provided in Turkish.

Smoker for 35 years thinks that meeting after the end of the course would have been beneficial for participants.

CASE STUDY 12

The organiser (Participant 46)

The organiser is a 43 year old single man who is from the south-east part of Turkey. He smoked his first cigarette when he was 14 years old and became a regular smoker at the age of 15. He smoked up to 40 cigarettes per day before attending the course. He was living a smoking environment. In his T1 questionnaire response, he stated that 10 out of 10 of his closest friends and relatives were smokers.

The organiser was attending another community organisation where we organised a course and thereupon wanted to organise the course at his community centre as well. He organised posters and leaflets and displayed them at the community centre. He also talked to people to convince them to attend our courses and finally managed to recruit 12 participants.

His main reasons for smoking were: (a) addiction to nicotine and (b) because my closest friends and relatives smoke. His main reasons to try to quit were: (a) it leaves a bad smell on me, (b) it is harmful to health, (c) it bothers me to be addicted to nicotine and (d) smoking is expensive.

The organiser stopped smoking with other participants on the Quit Day, but he could only manage to remain smoke-free for two days. He explained his situation at his detailed interview as follows: "I would like to reduce and eventually quit smoking. I was smoking more than two packages per day before attending the course, and now I smoke about 18 cigarettes. I believe this is a good progress and I would like to continue like that. I do not want to rush things. I have been smoking since I was 15 years old. I have personal problems. I live alone. I am retired. I do not have anything to do so I have lots of spare time. Therefore, it is very difficult for me to quit all at once. I cannot find any compensating activities." He also said: "I suffer from social, psychological, and economical problems. I cannot overcome these problems and although I know that smoking is not a good solution to deal with them, I keep on smoking."

The organiser found being in a group very positive. He stated: "The group helped some of our friends to quit and others to reduce smoking. It was important for us to see that some of our fellow course-takers were able to quit."

The organiser was very happy that the course was provided free of charge. He said he would not have been able to attend the course as he was on state benefits.

The organiser thinks that the length of the course was appropriate. He said: "The length was just fine. The information and the support period were adequate." He is also in favour of coming together after the end of the course. He says: "Meeting all together would be very useful. It would be of great help for those who stopped and for those who relapsed."

The organiser stated that it was a great advantage for people to have the course in Turkish. He added: "My German is not good, so I would not participate if the course was in German. It is easier to express myself in a language that I do not have any problems with."

The organiser suggested the following for further courses: "I would organise some smoke-free social events and gatherings for the group. For example having on a picnic all together or going to the pictures. During this time, participants do not smoke because they are busy for 4–5 hours and therefore, it may be easier to somehow learn not to smoke."

Conclusion

This was the typical way of organising our courses. We found one person who is interested in our courses and thinks that it would be beneficial for members of his community centre and s/he thereupon starts to recruit them. It was easier for him/her to convince people to come to the course because they know and trust him/her.

The organiser is happy that he reduced the amount of cigarettes from 40 to 18. He sees this as a first step to quit entirely.

The organiser believes that coming together after the course would be beneficial for participants.

CASE STUDY 13

The determined quitter (Participant 58)

The determined quitter is a 44 year old married woman from a big city in Turkey. She smoked her first cigarette when she was 13 years old and became a regular smoker at the age of 15. She lived a smoking environment. In her T1 questionnaire response, she stated that 10 out of 10 closest friends and relatives were smokers. She smoked about 20 cigarettes per day before attending the course. The first cigarette a day was the most important one for her and she smoked more cigarettes in the morning than the rest of the day.

Her main reasons for smoking were: (a) addiction to nicotine and (b) because she liked the taste. Her main reasons for quitting were: (a) "I have more energy when I do not smoke", (b) "smoking is harmful to health", (c) "I do not want to be addicted to nicotine" and (d) "smoking is expensive".

The determined quitter joined the course after seeing the posters and the leaflets at the community centre of which she is a member. She was already thinking about quitting smoking and she thought that the course would be a good opportunity to do so.

The determined quitter has stopped smoking before, when she was pregnant and then breastfed her child. She relapsed two years later. But this time she was more determined to quit.

The determined quitter stopped smoking on the Quit Day with other participants and never smoked again. She stated in her detailed interview: "I had taken the decision to quit before I joined the course. The course supported my decision and helped me to quit. The course facilitator's attitude towards the participants and the way he held the courses also helped me a lot."

The determined quitter explained how she managed to quit as follows: "We determined a Quit Date all together. I was a little bit anxious towards the Quit Day. The first couple of days I did not have any difficulties. Then nicotine withdrawal symptoms started to appear, particularly in the mornings. I tried to busy myself with other things like gardening or helping out my friend. I tried not to think about cigarettes. I did not want to give it more importance. After a while I felt better. My self-belief developed and I managed to remain smoke-free."

In her T2 questionnaire response, *the determined quitter* stated that her level for readiness to remain smoke-free was at 10 out of 10.

The determined quitter found the group experience very positive. She said: "The group was always supportive for people in order to remain smoke-free. It was a great opportunity for us to exchange views and listen to the other people's experiences. We felt that we were not alone. Other people had similar problems and we tried to find solutions together."

The determined quitter stated that she would not be able to pay much for a course like that. She said that she could afford only CHF 10 per session.

The determined quitter thought that the length of the course was just right. She was also favoured to meet all together after the end of the course. She thinks it would be beneficial for participants.

The determined quitter would not be able to attend the course if it was in German, as her German is not good enough. "It was the biggest motivation for me that the course was held in Turkish," he said.

The determined quitter was happy that she knew the other participants but she would have still attended the course if she did not know the others. It was a women-only group because it was organised by a women's organisation, but *the determined quitter* would not have minded if it would have been a mixed group.

The determined quitter was very happy with the course and she could not think of anything else to add for future courses.

Conclusion

The determined quitter has been thinking about quitting before attending the course. The course simply helped her realising her decision. She was very happy with the course and she wants future courses to take place so that other people can benefit from the course as well.

CASE STUDY 14

The late quitter (Participant 57)

The late quitter is a 43 year old married woman from the West part of Turkey. She started smoking when she was 18 years old. She was smoking about 15 cigarettes per day before attending the course. She smoked her first cigarette within the first five minutes after waking up which was also the most important cigarette for her.

Her main reasons for smoking were: (a) I like the taste and (b) because of the addiction to nicotine. The main reasons for quitting were: (a) I do not want to be addicted to nicotine, (b) smoking is expensive and (c) a special person wants me to quit.

The late quitter attended the course after seeing posters and leaflets at her community centre. She has tried to quit once before but could not manage to do so.

The late quitter stopped smoking on the Quit Day with the rest of the group but managed to remain smoke-free for only three days. Four days after the end of the course she stopped smoking again and has never smoked again.

The late quitter was very happy with the course. She said: "We had the chance to talk about cigarettes and how we can manage to quit. These discussions were very useful, informative and supportive. I was not sure if I would be able to quit and I did not do so during the course. After the end of the course I thought of the things we discussed and I decided to quit with the support of my family. On one hand I wanted to quit but on the other hand I liked smoking. After learning all the harms cigarettes can cause, I said to myself: enough is enough. I had to quit and so I did."

In her detailed interview, *the late quitter* explained how she quitted smoking after the course: "I did quit for 3 days during the course but it did not feel right at that moment. To be honest, I have not quitted with great willingness. I felt the pressure from my folks at home. They told me that I should stop because I was attending the course. Those 3 days of quitting were terrible for me. I thought it was going to be like that forever but during the course we learned that that was not the case. The knowledge I gained and the support of my family made me try again. I am very happy that I did. I have not smoked for about two months now."

The late quitter stated that the support of her family was very important; "They were very supportive. Sometimes I was very down and I had to lie in bed for some time. They just let

me be. I felt angry and shouted at them, but they did not mind. They all accepted these behaviours and after some days I started to act normal again. So everything was all right."

The late quitter said that being in a group was very important for her: "I cannot manage things on my own. For me, group dynamics were very important. They were even more effective together with friends."

When we asked whether she would attend the course if she had to pay, *the late quitter* clearly said: "No, I would not have participated".

The late quitter thinks that the length of the course was ideal and that there was enough time for predation and support. She is also in favour of meeting as a group after the end of the course: "Participants of the course are mainly my friends. We are coming together almost every week. So this subject is always in our agenda. Yes, I believe these meetings are very useful. Therefore, I think it would be a good idea to meet once a month after the end of the course."

The late quitter would not attend such a course in German because her German is not good enough. She said: "Communication is very important and therefore, it was a huge advantage for us that the course was in our mother tongue."

The late quitter was happy with the set up of the course. She said: "It liked that the group was consisted of people I already knew. It was a great motivation and things went smoother. Even my uncle attended the group." She also stated that she would still attend the course if it was a mixed group.

Conclusion

Although *the late quitter* did not manage to quit during the course, she managed to stop smoking just after the end of the course with the aid of the information she gained from the course and the support and encouragement of her family. She has stopped smoking once before and has managed to remain smoke-free for five years. She said she is more determined this time and does not want to start smoking again.

CASE STUDY 15

The love poem (Participant 60)

The love poem is a 43 year old married woman from a big city in Turkey. She smoked her first cigarette when she was 13 years old and became a regular smoker at the age of 18. She was smoking about 12 cigarettes per day before attending the course. The most important cigarette for her was the first one in the morning which she smoked within half an hour after waking up. She liked smoking very much so that she wrote a love poem to *the cigarette* after the Quit Day.

Main reasons for *the love poem* to smoke were: (a) I like the taste, (b) because of the addiction to nicotine and (c) I cannot help smoking. Her main reasons to quit were: (a) it leaves a bad smell on me, (b) I do not want to be addicted to nicotine, (c) smoking is expensive and (d) smoking harms my health.

The love poem attended the course after being informed about the course at the community centre of which she is a member.

The love poem believes that the course helped her to stop smoking. She also believes that the course changed her attitude towards smoking. She explained: "It made me take the next step. I was looking for a cause to do that step which I was always postponing. I knew that cigarettes are harmful. I have already heard about some of the facts presented to us. Therefore, the knowledge provided here helped me reactivating things I have already known."

The love poem stopped smoking on the Quit Day which was the fourth week of the course. She explained how she decided to quit as follows: "I have not decided whether to quit smoking or not while attending the first session. I thought that attending the course would not be amiss, on the contrary, I might even benefit from it. The thought of not smoking was horrifying. I was very addicted to nicotine. Therefore, I did not say I was going to quit at the beginning. I was not even sure on the Quit Date itself. I went home and then decided to give it a try. It was very hard."

The love poem did not want to use any NRT products. She wanted to stop smoking without any external help but found it very hard to do so. As a last resort, she tried nicotine patches. She is very happy that she did because they were a great support. She wrote down a little story about nicotine patches: "It was about 2p.m. when I ran to the chemist and bought some nicotine patches to stick on my arm. Physical effects of nicotine abstinence started to diminish after a while. I had them all: dizziness, lack of concentration,

you name it. I was very pleased that they diminished. At about 5p.m., I was cooking a meal in my kitchen when I suddenly started to feel those symptoms again. I started to believe that the nicotine patch was useless. Then I checked for the patch and realised that it had come off. The symptoms disappeared as soon as I put it back on. I realised that the patches were very useful, so I started to use them for the following 6 weeks. I started with 4mg patches for about 4 weeks and then switched to 2mg patches for the following 2. I should have used them during the recommended time, which is 12 weeks. Withdrawal symptoms started to appear again but I was prepared. I knew this could happen due to the information given to us during the course. Therefore, it was a little bit easier for me to cope with these problems."

Being in a group was very helpful for *the love poem*. She stated in her detailed interview: "I believe the group was very important and influential. Group sessions are more effective. We shared our problems, we shared our solutions to cope with problems and we shared our experiences. We also learned about each other's feelings. It is very good to share feelings in a group. When you know that ten people are listening to your problems, you just feel better and stronger."

The love poems' answer to the question if she would have paid for the course was as follows: "I believe that addicts would not pay for a smoking cessation course unless they are suffering a serious illness. A good thing about this course was to know that you did not have anything to lose, including money. Therefore, it was very attractive. Quitting is very difficult and you are never sure that you will succeed. Therefore, I think people would not risk their money. Addicts are looking for a reason for not quitting anyway. So paying for this course could be such a reason. Providing a free course is a great encouragement for addicts."

The love poem found the length of the course ideal. She said: "It was not too long and it was not too short either. If it was longer it might have bored people. If it was shorter it might not have been enough, so it was just right for me."

The love poem thinks that coming together after the course is a great idea. She said: "I believe it could have been beneficial for participants. We started this journey all together. We came here for the same reason and we understand each other very well. We shared many things during the course. It would be very nice to come together with them again and to see how people are doing. It would also be nice to share problems that occurred. Everybody has something to share. It would be a great support for quitters and a great encouragement for non-quitters. Yes, we could have met about 3–4 times after the course."

The love poem said that she would have attended the German courses if they were free of charge, but she also added: "It would not be as effective as this one because communication is very important during this course. One can communicate best in his/her mother tongue."

It was a women-only group. *The love poem* would not have minded if it would have been a mixed group.

Conclusion

The love poem adored cigarettes whereupon she wrote a love poem after quitting. The course itself gave her a reason to quit smoking and she used that chance to do so. The course helped her preparing to quit. Also, the support and the information provided during the course were essential for her to remain smoke-free. Nicotine patches were of great support. She thought that she would not have been able to quit without them.