

Bevölkerungsbasierte Kurzinterventionen bei Frauen postpartum – die Vorstellung eines Beratungskonzepts

J. R. Thyrian, W. Hannover, J. Grempler, K. Röske, U. Hapke, U. John

**Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Walther- Rathenau-Str. 48, 17487 Greifswald
03834/ 86 77 22, thyrian@uni-greifswald.de**

Gliederung

Warum sollte man beraten?

Wie erreicht man die Frauen?

Wie führen wir Kurzberatungen durch?

Welchen Effekt hat die Beratung?

Wie können wir die Forschung in die Praxis umsetzen?

- 20,3% Raucherinnen nach Bekanntwerden der Schwangerschaft (*Voigt et al., 2001*)
- 36% rauchen zu Beginn der Schwangerschaft, 36-49% hören auf (*Lang et al., 1998*)
- 49% der Kinder in Deutschland sind Tabakrauch ausgesetzt (*Helmert & Lang, 1997*)
- 25% der Krankenhausaufenthalte wegen Mittelohrentzündungen und Atemwegserkrankungen bei Kindern unter 5 Jahren sind auf Exposition zu Tabakrauch zurückzuführen (*Thyrian et al., eingereicht*)
- Erfolg von Interventionen während der Schwangerschaft durchschnittlich 6,4%, postpartum 4,9% (*Lumley et al., 2004*)

Rote Reihe
Tabakprävention und Tabakkontrolle



dkfz



Passivrauchende Kinder in Deutschland –
Frühe Schädigungen für ein ganzes Leben

Band 2
Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg

Deutsches Krebsforschungszentrum
(Hrsg.): Passivrauchende Kinder in
Deutschland – Frühe Schädigung für ein
ganzes Leben. Heidelberg, 2003

Medienbestellungen:

Fax: 06221-42-3020

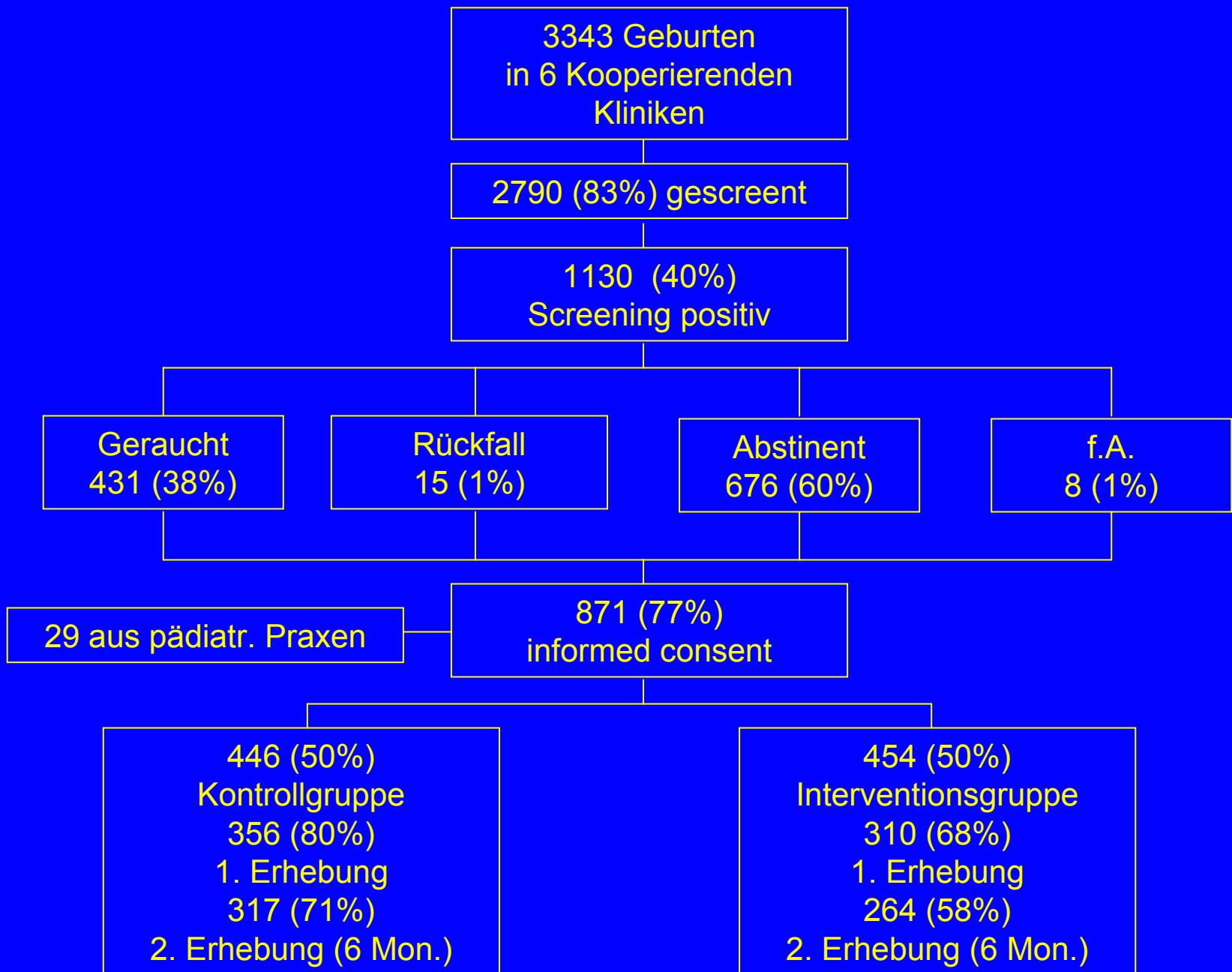
e-Mail: who-cc@dkfz.de

Download: www.tabakkontrolle.de/pdf/rauchfrei2004_passivrauchende.pdf

Die Studie „Rauchberatung und Rückfallprophylaxe bei Frauen postpartum“

Randomisiert kontrollierte Längsschnittstudie, mit Erhebung der Ausgangslage über 12 Monate (2002/2003) und Nachfolgerhebungen je 6, 12, 18 und 24 Monate später

Anspruch: möglichst repräsentativ, angelehnt an Routineversorgung,



Die Intervention

- 4 Wochen nach dem Screening, bei den Frauen daheim, 6 und 12 Wochen später noch telefonische Kontakte
- Basierend auf dem TTM von Prochaska und DiClemente und der motivierenden Gesprächsführung von Miller und Rollnick

Nichtraucherinnen

- **Absichtslosigkeit wieder anzufangen (Standhafte)**
 - Stressoren identifizieren, Rückfallsituationen entdecken, Vorteile der Abstinenz besprechen, Copingstrategien erarbeiten, unterstützen
- **Absichtsbildung wieder anzufangen (Stillende, Vermissende)**
 - Vorteile der Abstinenz besprechen, Informationsvermittlung zu Konsequenzen des Rauchens und des Passivrauchens, soziale Unterstützung aktivieren,
- **Vorbereitung wieder anzufangen**
 - Emotionale Funktion/ Wert des Rauchens besprechen, Informationen geben, Autonomie der Entscheidung besprechen,

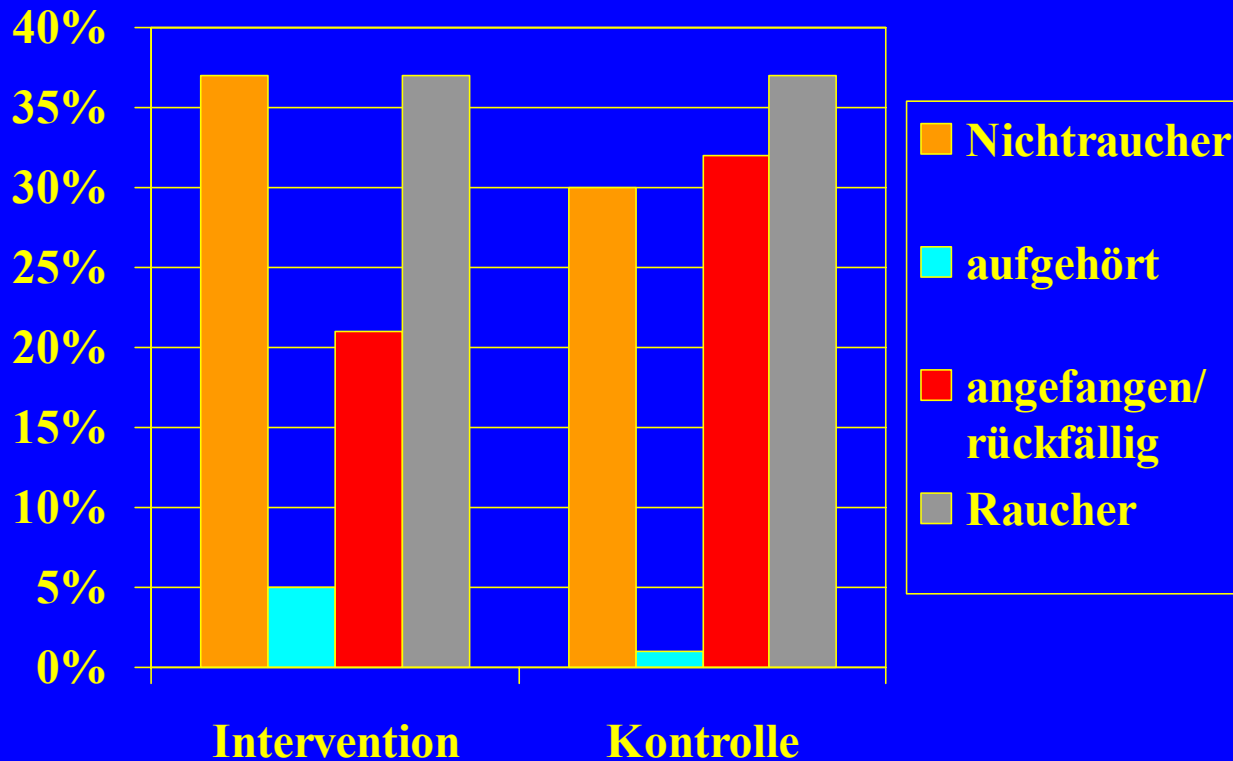
Raucherinnen

- Absichtslosigkeit aufzuhören (verschieden Typen: Rebellen, Resignierte, Allwissende und Unwissende)
 - Besprechen der Gedanken über die eigene Gesundheit und die des Kindes, Informationen geben (Rauchen Passivrauchen, Rauchen und Stillen), Rollenmodell für Nichtrauchen finden
- Absichtsbildung aufzuhören (Ambivalente/ Unentschlossene)
 - Emotionale Bedeutung des Rauchens besprechen, Informationen geben, Autonomie der Entscheidung betonen, Vor- und Nachteile des Rauchens/ Nichtrauchens besprechen,
- Vorbereitung aufzuhören
 - Entscheidung unterstützen, soziale Unterstützung aktivieren, rauchfreie Zonen/ Menschen finden, einen konkreten Abstinenzplan erarbeiten, Stop-Tag festlegen, Informationen über Nikotinersatz

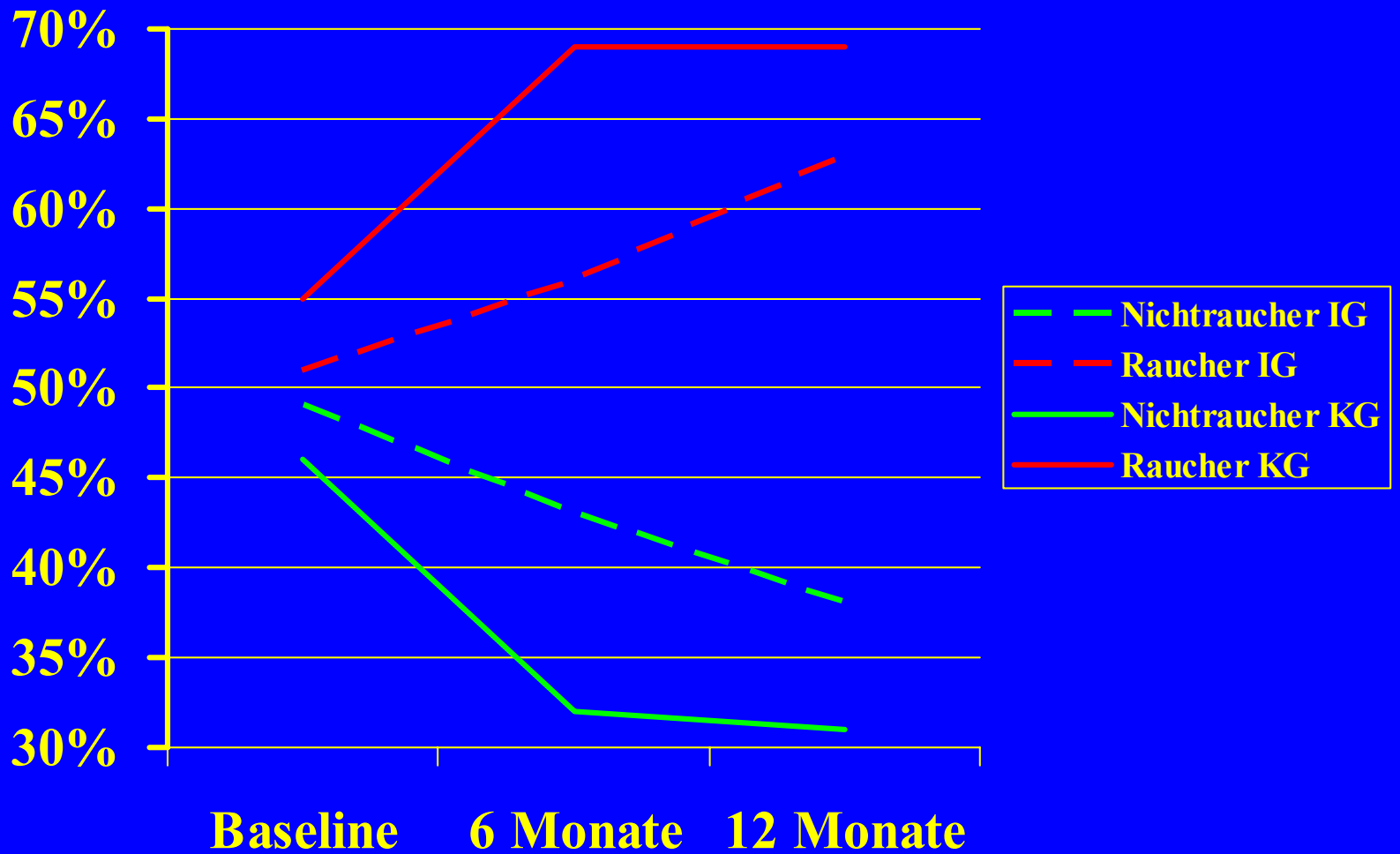
Zugrundeliegende Prinzipien

- Selbstwirksamkeit stärken
- Empathie ausdrücken
- Diskrepanzen entwickeln
- Mit Widerstand umgehen
- Der Hauptredeanteil liegt bei der Frau
- Offene Fragen stellen
- Keine Konfrontation, sondern Kollaboration
- Keine Erziehung, sondern Förderung der Entscheidung
- Keine Autorität, sondern Autonomie

Rauchstatus nach 6 Monaten



$$\chi^2 = 14,9; df = 3; p = 0,002$$



Zusammenfassung

- Frauen postpartum sind für eine Intervention zu erreichen; kaum Selektivität bei der Rekrutierung
- Das überprüfte Beratungskonzept erweist sich als wirksam
 - Besondere Wirkung besteht in Hinsicht auf die Verhinderung eines Rückfalls
- Langzeiteffekte müssen noch untersucht werden,
- Implementierbarkeit in die Routineversorgung ist augenscheinlich, muss aber weiter untersucht werden

Ausblick

- Folgeprojekte mit der Schulung relevanter Berufsgruppen (z.B. Hebammen, Kinderärzte, Gynäkologen)
- Implementierung in die Routineversorgung

Unterstützung und Förderung des Projekts durch

- Krankenhaus Demmin
- Universitäts- Frauenklinik Greifswald
- Klinikum Neubrandenburg
- Universitäts- Frauenklinik Rostock
- Klinikum Süd - Rostock
- Klinikum der Hansestadt Stralsund
- BMBF (Fördernummer 01EB0120)