

# «Wie bleibe ich rauchfrei nach der Geburt?»

Ein Literaturreview zur interprofessionellen  
Elternedukation zwischen Pflegefachpersonen und  
Hebammen

Autorin 1: Stadelmann, Cécile  
Matrikelnummer: [REDACTED]  
Institut für Hebammen

Autorin 2: Wiesler, Isabel  
Matrikelnummer: [REDACTED]  
Institut für Pflege

Departement Gesundheit  
Studienjahr: 2020  
Eingereicht am: 02.05.2023  
Begleitende Dozentin: Prof. Dr. Marion Huber

**Interprofessionelle  
Bachelorarbeit**

**Pflege und Hebamme**

## **Abstract**

### **Darstellung der Thematik**

Die Folgen des Nikotinkonsums in Form von Zigaretten gehört zu den grössten vermeidbaren Erkrankungen. Gerade die Abstinenzhaltung nach der Geburt gelingt nur wenigen Frauen. Im Gesundheitswesen soll bezüglich Edukation ein Angebot proaktiv zum Thema Rauchabstinenz bestehen. Zur Edukation bezüglich Rauchabstinenz mangelt es an Evidenz. Die Edukation ist im Alltag von Hebammen und Pflegefachpersonen ein wichtiger Aspekt.

### **Ziel**

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Edukationsaspekte für eine langfristige Rauchabstinenz von Eltern zu fördern. Dies soll in der interprofessionellen Zusammenarbeit in den ersten drei Lebensmonaten des Säuglings geschehen.

### **Methode**

Anhand von sechs Studien aus den Datenbanken «CINAHL complete», «PubMed» und «LIVIVO» wurde die Fragestellung im Rahmen eines Literaturreviews beantwortet. Die Hauptstudien wurden zusammengefasst und anhand dem kritischen Würdigungsinstrument «Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal» (AICA) analysiert und diskutiert.

### **Ergebnisse**

Als Interventionen für einen Rauchstopp und die anschliessende Abstinenz dienen in erster Linie Beratungen. Viele Interventionen steigern die Rate der Rauchentwöhnung und der Abstinenz, jedoch nicht langfristig.

### **Schlussfolgerung**

Abschliessend konnten keine Edukationsaspekte ausgearbeitet werden, die eine langfristige Wirkung zeigen. Für die Edukation in der Praxis konnten lediglich Implikationen dargestellt werden.

### **Keywords**

Postpartum, smoking cessation, parents, education

## **Vorwort**

Diese Bachelorarbeit richtet sich in erster Linie an Hebammen und Pflegefachpersonen. Des Weiteren an Gesundheitsfachpersonen, die im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie agieren. Für das Verständnis dieser Literaturarbeit wird ein medizinisches Grundwissen vorausgesetzt. Die benutzten Abkürzungen werden bei der ersten Erwähnung ausgeschrieben und anschliessend in der Abkürzungsform verwendet. Das Abkürzungsverzeichnis befindet sich im Anschluss an das Vorwort. Das Literaturverzeichnis ist nach den internationalen Richtlinien der American Psychological Association (APA) 7th Edition aufgeführt. Mithilfe des Leitfadens für einen inklusiven Sprachgebrauch der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft (ZHAW) wurde die gendergerechte Sprache gewährleistet (ZHAW, 2022). Die Benennung der Hebamme stellt eine Ausnahme dar, welche im deutschsprachigen Raum sowohl für das weibliche als auch für das männliche Geschlecht benutzt wird. Mit dem Begriff Pflegefachpersonen sind in dieser Arbeit Pflegefachpersonen mit einem Abschluss auf Tertiärstufe gemeint oder einem anerkannten ausländischen Abschluss, der einem tertiären Abschluss gleichzusetzen ist. «Autorenschaft» bezeichnet stets die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit. Die Autorinnen und Autoren der Studien werden als «Forschende» bezeichnet. Ausserdem wird in dieser Arbeit der Begriff «Patient:in» verwendet. Damit ist lediglich eine Person, die auf Unterstützung einer Gesundheitsfachperson angewiesen ist, gemeint.

## Abkürzungsverzeichnis

AICA	Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal
APA	American Psychological Association
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EMED	Einleitung/Methode/Ergebnisse/Diskussion
HR	High risk
LR	Low risk
RCT	Randomisiert kontrollierte Studie
STARTS	«Strategies to Avoid Returning to Smoking»
SUPPORT	Unterstützend, zeit- und aufmerksamkeitskontrolliertes Programm
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
WoBe	Wochenbett
ZHAW	Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung .....	1
2	Theoretischer Hintergrund.....	2
3	Methode .....	9
3.1	Literaturrecherche.....	9
3.2	Literaturauswahl .....	10
3.3	Beurteilungsinstrumente .....	11
4	Ergebnisse .....	13
4.1	Studie von Kocatas et al. (2019).....	15
4.1.1	Kritische Würdigung .....	15
4.1.2	Einschätzung der Güte.....	16
4.2	Studie von Su und Buttenheim (2014).....	17
4.2.1	Kritische Würdigung .....	18
4.2.2	Einschätzung der Güte.....	19
4.3	Studie von Pollak et al. (2016).....	19
4.3.1	Kritische Würdigung .....	21
4.3.2	Einschätzung der Güte.....	21
4.4	Studie von Hannover et al. (2009) .....	22
4.4.1	Kritische Würdigung .....	23
4.4.2	Einschätzung der Güte.....	24
4.5	Studie von Levine et al. (2016) .....	24
4.5.1	Kritische Würdigung .....	26
4.5.2	Einschätzung der Güte.....	27
4.6	Studie von Logan et al. (2016).....	27
4.6.1	Kritische Würdigung .....	29
4.6.2	Einschätzung der Güte.....	29
5	Diskussion.....	31

5.1	Wissen .....	31
5.2	Werte .....	33
5.3	Kontext .....	34
5.4	Interprofessionalität .....	36
5.6	Theorie-Praxis-Transfer .....	38
5.7	Beantwortung der Fragestellung .....	39
6	Limitationen der Arbeit .....	40
7	Schlussfolgerung .....	41
	Literaturverzeichnis .....	43
	Abbildungsverzeichnis .....	48
	Tabellenverzeichnis .....	48
	Wortanzahl .....	49
	Danksagung .....	50
	Eigenständigkeitserklärung .....	51
	Anhang .....	52
	Anhang A Rechercheprotokoll .....	52
	Anhang B Kritische Würdigung der Studien nach AICA .....	55
	Anhang B1 Kocatas et al., (2019) .....	55
	Anhang B2 Su und Buttenheim (2014) .....	59
	Anhang B3 Pollak et al., (2016) .....	63
	Anhang B4 Hannover et al., (2009) .....	67
	Anhang B5 Levine et al. (2016) .....	72
	Anhang B6 Logan et al., (2016) .....	77

## 1. Einleitung

Laut World Health Organization (WHO, 2019) liegt die globale Prävalenz des Tabakkonsums durch Rauchen bei 18.9%. Bezogen auf die europäische Bevölkerung rauchen 26.2% Personen Tabak. Dabei sind es in Europa 33.5% der männlichen Bevölkerung und 18.9% der weiblichen Bevölkerung (WHO, 2019). Laut Reiber et al. (2021) dient der Tabakkonsum bei Frauen im Vergleich zu Männern vermehrt zur Verminderung des Appetitgefühls und der Regulierung der Stimmungslage. Auch wenn die Tendenz von Nikotinabusus sinkt (Kuntz et al., 2018), liegt die Prävalenz von Frauen in der Schweiz, die während der Schwangerschaft rauchen bei 7% (Bossung, 2022). Es zeigt sich, dass das Konsumieren von Zigaretten nach der Schwangerschaft eine grosse Problematik mit nötigem Handlungsbedarf darstellt (Thyrian et al., 2005). «[Bei Müttern zählen] ein niedriger sozialer Status, alleinige Erziehungsverantwortung und die Geburt des ersten Kindes vor dem 21. Lebensjahr als Risikofaktor [für Nikotinabusus]» (Reiber et al., 2021, S. 48). Es stellt für Schwangere ein geringes Problem dar, während der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufzuhören (Reiber et al., 2021). 96% der Raucherinnen änderten ihr Rauchverhalten, nachdem sie von ihrer Schwangerschaft erfahren hatten (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2018). Die Gefahr nach der Geburt in die gewohnten Rauchmuster zurückzufallen ist jedoch hoch. Etwa 50% der Frauen erleiden innerhalb von sechs Monaten wieder einen Rückfall (Röske et al., 2006). Reiber et al. (2021) empfehlen eine Edukation zum Thema Abstinenz proaktiv anzubieten. Dadurch kann ein Weg zur Abstinenzhaltung aufgezeigt und die Frauen dabei unterstützt werden (Reiber et al., 2021). Für eine förderliche Patientenversorgung ist eine interprofessionelle Zusammenarbeit ein essenzieller Aspekt. Ein interprofessionelles Vorgehen bezüglich der Edukation zur Abstinenzhaltung kann ein vorteilhafter Ansatz sein (Körner et al., 2014). Laut Reiber et al. (2021) ist es eine wichtige Aufgabe der Hebammen durch ihre Arbeit Gesundheitsförderung bei jungen Familien zu bewirken. Zu diesen Arbeiten zählen auch Edukationen, wie beispielsweise zum Rauchverhalten (Reiber et al., 2021). Gemäss Schewior-Popp et al. (2021) fördert eine Patientenedukation die individuelle Selbstpflegefähigkeit und die Kompetenzen des:der Patienten:in. Deshalb zählt die Edukation auch zu einem bedeutenden Faktor in der Pflege. Der Bedarf an Edukation wächst stetig, da dies zu einer erhöhten Eigenverantwortung der Betroffenen führt. Dadurch können verkürzte Spitalaufenthalte und reduzierte Wiedereinweisungen gefördert werden, was ein Aspekt der Gesundheitsförderung darstellt (Schewior-Popp et

al., 2021). Nach Rupp und Kreuter (2017) sind gerade Kinder von Eltern, die Zigaretten rauchen, auf gewisse Erkrankungen oder Infektionen prädisponiert. Deshalb ist es äusserst relevant, den frisch gewordenen Eltern die benötigte Unterstützung zu bieten, um die Gesundheitsrisiken der Kinder eindämmen zu können. So können auch künftige Spitalaufenthalte verhindert und minimiert werden (Rupp & Kreuter, 2017).

Mit dieser Arbeit will die Autorenschaft herausfinden, wie frisch gewordene Eltern mit Säuglingen bis drei Monaten bei der Abstinenzhaltung optimal beraten und begleitet werden können. Zur Edukation der Eltern wird das Best Practice Modell (Broesskamp-Stone et al., 2010) integriert und angewendet. Bei diesem Thema kann es förderlich sein interprofessionell zusammenzuarbeiten, um die verschiedenen Expertisen in Bezug auf die Edukation einzubringen. Bei der Betreuung der Familien ist der interprofessionelle Ansatz von Vorteil, da die Pflegefachpersonen häufiger im Krankenhaussetting anzutreffen sind und die Hebammen im häuslich ambulanten Setting. Somit ist die interprofessionelle Zusammenarbeit zentral, um eine optimale Edukation zu bieten. Daraus lässt sich die folgende Fragestellung ableiten: «Welche Edukationsaspekte sind wichtig, um die langfristige Rauchabstinenz von Eltern in den ersten drei Lebensmonaten ihres Säuglings zu fördern».

## 2 Theoretischer Hintergrund

Die relevanten Begriffe der Fragestellung und der Zielsetzung werden in diesem Kapitel aufgezeigt und definiert. Darüber hinaus wird das Best Practice Modell beschrieben und erläutert.

Rauchen und Gesundheit harmonisieren nicht miteinander (Rupp & Kreuter, 2017). Laut BAG (2020) ist das Rauchen der Auslöser für viele Krankheiten. Batra und Buchkremer (2017) erläutern, dass bereits über 10'000 medizinische Studien weltweit die gesundheitsschädlichen Einflüsse des Rauchens belegen. Der Konsum von Zigaretten wird als einer der grössten Risikofaktoren für chronische, nicht übertragbare Krankheiten und einen vorzeitigen Tod bezeichnet (BAG, 2020). Diese sind hauptsächlich Krebs, Atemwegserkrankungen und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (Batra & Buchkremer, 2017; Rupp & Kreuter, 2017). Tabakrauch enthält mehr als 5'000 chemische Stoffe, dazu zählen beispielsweise Kohlenmonoxid oder Schwermetalle (Batra & Buchkremer, 2017). Die im Tabakrauch freigesetzten Stoffe haben mutagene, immunologische und direkt reizende Wirkungen auf die Schleimhäute, welche körperliche



Schäden auslösen (Zacharasiewicz et al., 2012). Diese körperlichen Schäden werden nicht direkt vom Nikotin ausgelöst, sondern von den chemischen Stoffen im Tabakrauch. Nikotin stellt jedoch der zentrale Faktor für die Abhängigkeitsentwicklung dar (Batra & Buchkremer, 2017). Die körperlichen Schäden durch den Tabakrauch treten meistens erst nach Jahren oder sogar Jahrzehnten auf (Batra & Buchkremer, 2017; Rupp & Kreuter, 2017).

Gemäss Rupp und Kreuter (2017) wirkt Nikotin als Nervengift und wird durch Tabakpflanzen gewonnen. Gelangt es in den menschlichen Körper führt es zur Ausschüttung von Dopamin, dem Glückshormon. Dadurch wird ein belohnendes Gefühl ausgelöst. Das freie Nikotin in Zigaretten, respektive im Tabakrauch, wird über die Mund- und Rachenschleimhaut aufgenommen. Daher gelangt es blitzartig in das Blutsystem und von dort direkt ins Gehirn. Es wirkt bereits nach drei bis sieben Sekunden. Das bedeutet es wirkt schneller als intravenös appliziertes Heroin. Das Rauchen wird dem Gehirn als festes Verhaltensmuster antrainiert und lässt sich mehrheitlich anhand zwei Mechanismen erklären: Gewohnheit und Abhängigkeit. Personen, die rauchen, haben sich angewöhnt, dass der Konsum von Zigaretten zu gewissen Situationen, wie beispielsweise nach Mahlzeiten, dazu gehört (Rupp & Kreuter, 2017). «Das Rauchen [wurde] zu einer schwer verzichtbaren Gewohnheit» (Batra & Buchkremer, 2017, S. 39).

Nach Rupp und Kreuter (2017) verändern sich bei regelmässigem Konsum von Nikotin die Umstände. Es wird geraucht, um einen abfallenden Nikotinspiegel zu verhindern. Ein tiefer Nikotinspiegel löst Symptome wie Nervosität, Unruhe und ein Unwohlsein aus. Damit das Gleichgewicht im Gehirn, welches für Nichtraucher:innen auch ohne Zigaretten immer Standard ist, wiederhergestellt wird, müssen Raucher:innen rauchen. Der Konsum von Zigaretten führt von der Gewohnheit in die Abhängigkeit. Bei Konsumierenden dominieren mehrheitlich die positiven Faktoren des Rauchens, die bereits beim ersten Zug an der Zigarette fühlbar sind (Rupp & Kreuter, 2017). Dazu zählen die beruhigende Wirkung (Batra & Buchkremer, 2017; Rupp & Kreuter, 2017), das Ausbleiben des Unwohlseins und die Wachheit im Kopf (Rupp & Kreuter, 2017).

Die gesundheitlichen Risiken aufgrund des Tabakkonsums vermindern sich ab dem Zeitpunkt eines Rauchstopps (Rupp & Kreuter, 2017). Er wirkt sich positiver auf die Gesundheit aus, je früher er stattfindet (BAG, 2020; Batra & Buchkremer, 2017). Die Lebenserwartung und die Lebensqualität wird auch nach langfristigem Tabakkonsum

durch einen Rauchstopp positiv beeinflusst (Batra & Buchkremer, 2017). Der Rauchstopp kann wegen des fehlenden Nikotins körperliche Symptome wie Nervosität, innere Unruhe oder auch Schlafstörungen hervorrufen (Batra & Buchkremer, 2017; Rupp & Kreuter, 2017). Laut Rupp und Kreuter (2017) steht beim Rauchstopp jedoch häufig der psychische Entzug im Zentrum. Dies beinhaltet das permanente Verlangen des Körpers nach Nikotin und die ständigen Gedanken an Zigaretten. Viele Raucher:innen hindert die Angst vor den Entzugssymptomen davor, eine Raucherentwöhnung überhaupt zu versuchen (Rupp & Kreuter, 2017). Die Unterstützung durch eine Fachperson weist erhöhte Chancen auf, einen Rauchstopp zu erzielen (BAG, 2020).

Der Nikotinkonsum während der Schwangerschaft, sowie auch nach der Geburt, stellt nicht nur für die Schwangere selbst, sondern auch für das Kind ein Gesundheitsrisiko dar (Rupp & Kreuter, 2017). Die Passivrauchexposition von Neugeborenen erhöht ihre Morbidität (Lux et al., 2010). Laut Batra und Buchkremer (2017) wird nur ein Viertel des Rauches von den Konsumierenden selbst inhaliert. Das bedeutet, dass rauchen für Neugeborene ein beachtlicher Risikofaktor für vermeidbare Erkrankungen ist (Lux et al., 2010). Gemäss Zacharasiewicz et al. (2012) gliedern sich die Konsequenzen der Passivrauchexposition auf Neugeborene nach der Geburt in neurologische, maligne- und psychiatrische Erkrankungen und Immunsystemveränderungen. Die häufigsten Auswirkungen sind Atemwegserkrankungen, wie Infektionen der unteren Atemwege. Zudem wird durch die Exposition das Risiko erhöht, Asthma zu entwickeln oder eine wiederkehrende Mittelohrentzündung zu erlangen (Zacharasiewicz et al., 2012). Brendel et al. (2020) erläutern, dass das Passivrauchen einen Einfluss auf das Verhalten des Kindes haben kann. Vermehrt leiden diese Kinder an Verhaltens- und Konzentrationsstörungen, wie beispielsweise eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Während der Schwangerschaft und nach der Geburt zu rauchen erhöht das Risiko eines plötzlichen Kindstod (Brendel et al., 2020). Dieses Risiko besteht bis zum Vollenden des ersten Lebensjahres (Rupp & Kreuter, 2017).

Lux et al. (2010) stellten fest, dass Arbeitslosigkeit und ein niedriger Bildungsstand der Eltern zu einer erhöhten Häufigkeit kindlicher Passivrauchexposition führen. Laut WHO (2010) ist im Allgemeinen das Wohlergehen von Müttern und Kindern sehr wichtig. Ein interprofessionelles Team kann die komplexen Gesundheitsfragen und -anliegen einer Familie gemeinsam beantworten und lösen (WHO, 2010). Die interprofessionelle Zusammenarbeit bezeichnet die Zusammenarbeit von verschiedenen

Gesundheitsberufen, wie Pflegefachpersonen und Hebammen (Gurtner & Wettstein, 2019; Schärli et al., 2017). Wichtige Aspekte, damit diese Zusammenarbeit funktioniert, sind ein regelmässiger Austausch und ein respektvoller Umgang miteinander (Schärli et al., 2017). Das interprofessionelle Team trifft sich auf Augenhöhe und setzt sich für eine gemeinsame Entscheidungsfindung ein (Gurtner & Wettstein, 2019). Hinderliche Aspekte in der Zusammenarbeit verschiedener Professionen sind die Zeitknappheit (Atzeni et al., 2017; Schärli et al., 2017), fehlendes gegenseitiges Verständnis, mangelnde Akzeptanz von Wissensgrenzen (Atzeni et al., 2017), ungenügende Beschreibung und Aufteilung der Rollen, keine Führung, verschiedene Berufswerte und verschiedene Ziele und Prioritäten (Schärli et al., 2017). In einem interprofessionellen Team sollte beachtet werden, dass jede Gesundheitsfachperson ihre Expertisen und Fertigkeiten einbringt (Atzeni et al., 2017). Dabei ist es essentiell, die Stärken der einzelnen Teammitglieder zu kennen und diese zu nutzen (WHO, 2010). Die Interprofessionalität ist insofern relevant für die Berufspraxis, da keine einzelne Profession eine umfassende Gesundheitsversorgung bieten kann (Gurtner & Wettstein, 2019). Die interprofessionelle Zusammenarbeit kann den optimalen Gebrauch von klinischen Ressourcen fördern und dadurch sogar die Mortalitätsrate senken (WHO, 2010). Die Auswirkungen einer erfolgreichen oder misslingenden interprofessionellen Zusammenarbeit zeigt sich in der Versorgungsqualität, der Patientensicherheit und -zufriedenheit (Schärli et al., 2017). Eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit führt zu einem Anstieg der Versorgungsqualität und der Patientenzufriedenheit (Atzeni et al., 2017; Gurtner & Wettstein, 2019; Körner et al., 2014; Schärli et al., 2017). Eine verfehlte Zusammenarbeit verschiedener Professionen kann sich wiederum negativ auf die Versorgungsqualität auswirken (Bridges et al., 2011). Laut Schärli et al. (2017) ist eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit die Voraussetzung für die Information und Schulung von Patient:innen und deren Angehörigen (Schärli et al., 2017). Dies kann bei der Edukation vorteilhaft sein (Schewior-Popp et al., 2021). Sie unterstützt die Kontinuität von Beratung und Behandlung (London, 2003).

Nach Brendel et al. (2020) betreiben auch Hebammen und Pflegefachpersonen interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Arbeitsbereiche von Hebammen gliedern sich in Schwangerschaftsberatungen, pränatale Station, Gebärabteilung, Wochenbett oder ambulante Betreuung. Dabei sind die Schnittstellen der Hebammen und Pflegefachpersonen das Wochenbett. Die Hebammen übernehmen die Erstversorgung und engmaschige Kontrolle auf der Gebärabteilung und übergeben die Frauen

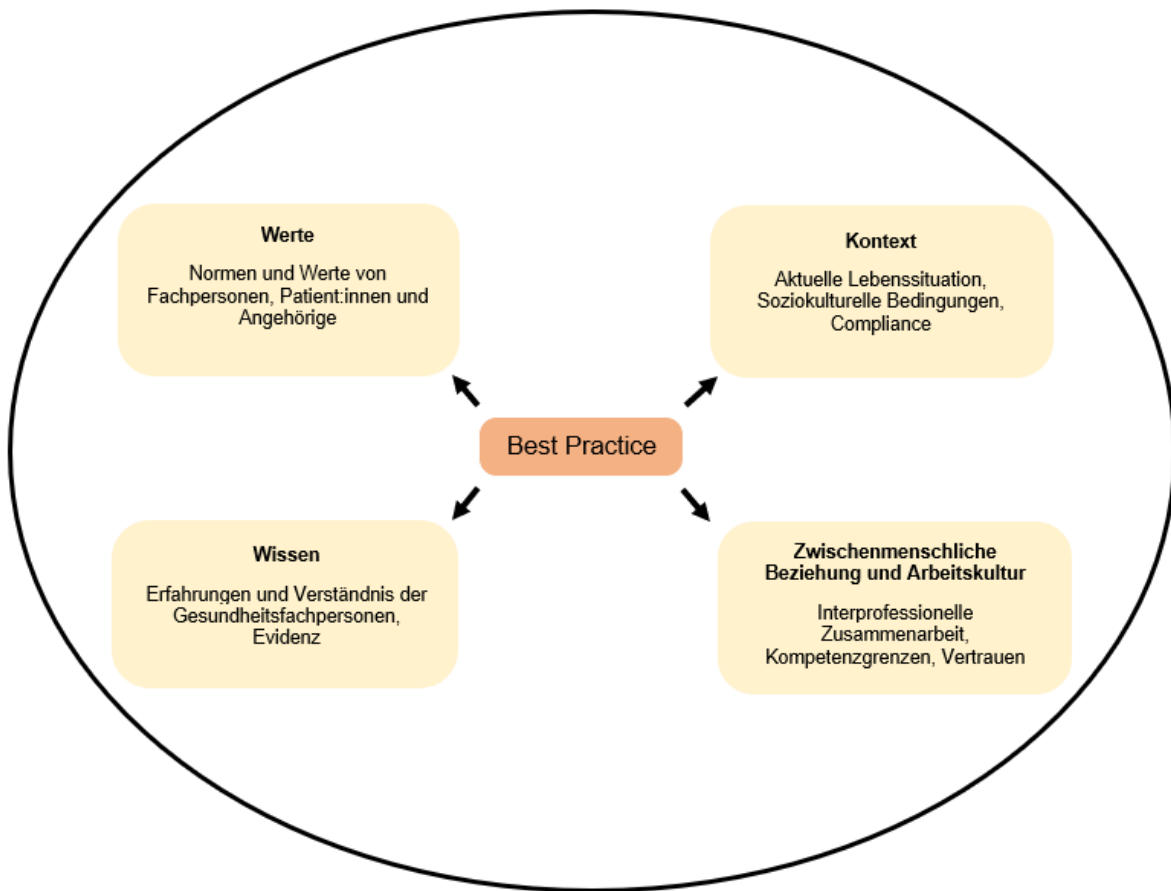
anschliessend auf das Wochenbett. Obwohl das Wochenbett zum Arbeitsbereich der Hebammen gehört, arbeiten dort mehrheitlich Pflegefachpersonen (Brendel et al., 2020). Gemäss Schewior-Popp et al. (2021) übernehmen die Pflegefachpersonen die ganzheitliche Pflege und verschiedene Kontrolluntersuchungen der Frauen und deren Neugeborenen. Dazu zählen beispielsweise die Kontrolle der Vitalparameter oder der Uterushöhe (Schewior-Popp et al., 2021). Nach dem stationären Aufenthalt werden die Familien weiter von ambulanten Hebammen betreut (Brendel et al., 2020). Beide Professionen haben eine wichtige Funktion in der Edukation der Familie (Reiber et al., 2021; Schewior-Popp et al., 2021). Durch Edukation werden Patient:innen, sowie Angehörige in unterschiedlichen Aspekten in Bezug auf Erkrankungen oder Gesundheitsrisiken unterstützt und aufgeklärt (Schewior-Popp et al., 2021). Schieron et al. (2021d) erläutern, dass eine Patientenedukation nicht mit Wissensvermittlung gleichzusetzen ist. Durch eine Edukation sollen Patient:innen Expert:innen ihrer eigenen Situation werden und Handlungskompetenzen zur Selbst-Pflege erwerben, wie etwa den Umgang mit Entzugssymptomen (Schieron et al., 2021d). Die Edukation gliedert sich in drei Aspekte, wobei diese die Hauptfaktoren des Handelns darstellen. Die drei Aspekte sind Informieren, Schulen und Beraten (Schewior-Popp et al., 2021). Informieren dient zur Erklärung eines Sachverhaltes (Schewior-Popp et al., 2021). Laut Schieron et al. (2021b) werden dabei Fakten, Wissen, Daten und Kenntnisse vermittelt und erläutert. Dies soll dazu dienen, einem Defizit an Wissen entgegenzuwirken. Die Informierung gibt Patient:innen und Angehörigen eine Grundlage, von der sie nach Bedarf Gebrauch machen können. Zusätzlich ist die Informierung ein zentraler Aspekt für den weiteren Edukationsprozess (Schieron et al., 2021b). Eine Schulung bezeichnet einen Prozess, um Fertigkeiten und Inhalte aufzuzeigen (Schewior-Popp et al., 2021). Gemäss Schieron et al. (2021c) ist es eine beabsichtigte Lernsituation mit definierten und überprüfbaren Lernzielen. Dabei ist das Lernen ein zentraler Aspekt. So beispielsweise das Erlernen von Bewältigungsstrategien im Umgang mit einer Krankheit (Schieron et al., 2021c). Eine Beratung bedingt mindestens zwei Parteien: Eine ratsuchende und eine beratende Person (Schieron et al., 2021a). Eine Beratung zielt darauf ab, individuelle Handlungskompetenzen und Problemlösungen (Schewior-Popp et al., 2021; Schieron et al., 2021a) zu fördern. Sie soll die ratsuchende Person in ihrer Suche nach Lösungsansätzen unterstützen und bestärken (Schieron et al., 2021a). Eine Beratung kann auch in Form von «Motivational Interviewing» stattfinden (Miller & Rollnick, 2015).

«Motivational Interviewing» ist ein partnerschaftlicher Gesprächsstil, wobei eine Person in seinem:ihrem Engagement und seiner:ihrer Motivation für Veränderungen gestärkt werden kann (Miller & Rollnick, 2015).

Um ein optimales Outcome bei einer Intervention oder Beratung zu erreichen, kann als Lösungsansatz das Best Practice Modell von Gesundheitsfachpersonen angewendet werden (Koch et al., 2021). Das Best Practice Modell soll unter Einbezug verschiedener Dimensionen, einen Handlungsrahmen präsentieren (Broesskamp-Stone et al., 2010; Koch et al., 2021) und so bei Entscheidungs- und Edukationsprozessen einen Leitfaden aufzeigen (Broesskamp-Stone et al., 2010). Es kann für die Betreuung von Patient:innen und deren Angehörigen genutzt werden (Broesskamp-Stone et al., 2010) oder auch um eine optimale interprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen (Koch et al., 2021). Broesskamp-Stone et al. (2010) definieren im Best Practice Modell die Dimensionen «Werte», «Wissen» und «Kontext». In Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit bestimmen Koch et al. (2021) als vierte Dimension «Zwischenmenschliche Beziehung und Arbeitskultur» (siehe Abbildung 1). Laut Broesskamp-Stone et al. (2010) beinhaltet die Dimension «Werte» die Normen und Werte der einbezogenen Gesundheitsfachpersonen, der involvierten Patient:innen, sowie deren Angehörigen. Die Dimension «Wissen» bezieht zum Einen die Erfahrungen und das Verständnis der Gesundheitsfachperson, sowie die Evidenz mit ein. Die Dimension «Kontext» umfasst nebst den soziokulturellen Bedingungen die aktuelle Lebenssituation der Betroffenen, sowie deren Compliance. Die Dimension «Zwischenmenschliche Ebene und Arbeitskultur» fokussiert hauptsächlich auf die interprofessionelle Zusammenarbeit (Broesskamp-Stone et al., 2010). Dazu zählen Aspekte, die für eine gute Kooperation relevant sind und die zwischenmenschliche Beziehung der Teammitglieder betreffen (Koch et al., 2021). Koch et al. (2021) definieren das gegenseitige Vertrauen unter Teammitgliedern als ein wichtiger Faktor. Dies setzt voraus, dass die einzelnen Mitglieder ihre Kompetenzgrenzen kennen und beachten (Koch et al., 2021). Laut Broesskamp-Stone et al. (2010) ist es wichtig die Dimensionen zusammen zu betrachten, da diese stetig einen gegenseitigen Einfluss aufeinander haben. Durch den Einbezug aller Dimensionen und die regelmässige Reflektion der Gesundheitsfachpersonen anhand des Modells kann Best Practice ausgeübt werden (Broesskamp-Stone et al., 2010).

## Abbildung 1

### Best Practice Modell



*Anmerkung:* In Anlehnung an Broesskamp-Stone et al. (2010) und Koch et al. (2021).

### 3 Methode

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen bei der Literaturrecherche, die verwendeten Keywords, sowie die Ein- und Ausschlusskriterien erläutert. Ausserdem werden die verwendeten Instrumente für die Zusammenfassung der ausgewählten Studien und der Vorgang der kritischen Würdigung beschrieben. Bei dieser Arbeit handelt es sich um ein integratives Literaturreview.

#### 3.1 Literaturrecherche

Im Juni 2022 wurde eine Grobrecherche mit Google Scholar durchgeführt, um einen Überblick zur Thematik zu erhalten. So entstand ein grober Einblick in die vorhandene Literatur und die Fragestellung konnte formuliert werden. Zudem wurde in der Datenbank «Swisscovery» nach Literatur gesucht, mit Bezug auf die Schweiz. Anschliessend fand zwischen August 2022 und Februar 2023 eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken «CINAHL complete», «PubMed», «Swisscovery» und «LIVIVO» statt. Diese Datenbanken beinhalten passende und aktuelle Fachliteratur aus den Pflege- und Hebammenwissenschaften, weshalb sie sich eignen, um die Fragestellung beantworten zu können. Die benutzten Keywords wurden von der Fragestellung abgeleitet und sind in der Tabelle 1 aufgeführt. Mit den Booleschen Operatoren «AND» und «OR» wurden die Keywords kombiniert. Die gefundenen Treffer wurden anhand der Titel grob beurteilt und bei den als relevant empfundenen Studien anschliessend die Abstracts gelesen. Eigneten diese sich weiterhin zur Beantwortung der Fragestellung, wurden sie im Volltext gelesen und erneut selektiert.

#### **Tabelle 1**

##### *Keywords*

Elemente der Fragestellung	Suchbegriff deutsch	Suchbegriff englisch
Phänomen	Rauchen im Wochenbett	postpartum smoking, postpartal smoking
Population	Eltern	parents
Intervention	Edukation, Intervention, Prävention, Pflege	education, education in smoking cessation, intervention, prevention, nurse

Elemente der Fragestellung	Suchbegriff deutsch	Suchbegriff englisch
Control	Rauchentwöhnung	stop smoking
Outcome	Rauchstopp, Rauchverhalten	smoking cessation, stop smoking, smoking behavior
Setting	Wochenbett	postpartum, postpartum period

### 3.2 Literatursauswahl

Beim Sortieren der Studien wurden die zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien berücksichtigt. Diese Kriterien sind in der Tabelle 2 aufgeführt. Inkludiert wurden nur Studien, die in englischer oder deutscher Sprache geschrieben sind und solche, welche nicht mehr als zehn Jahre nach der neusten verwendeten Studie veröffentlicht wurden.

#### **Tabelle 2**

##### *Ein- und Ausschlusskriterien*

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
Industrialisierte Länder und Schwellenländer	Entwicklungsländer	Unbekannter Forschungsstand, unbekannte Definition von Betreuung im Wochenbett (WoBe)
Nikotinabusus	Drogenabusus	Beschränkung auf Nikotin
Quantitative und qualitative Literatur nach Einleitung/Methode/ Ergebnisse/Diskussion (EMED)	Literatur nach anderen Formaten	Das EMED-Format ist wichtig für die kritische Beurteilung anhand des AICA.
Zeitraum der Studie, mindestens bis ein Jahr nach der Geburt	Studien die einen weniger langen Zeitraum abdecken	Zur Erfassung der langfristigen Wirkung.

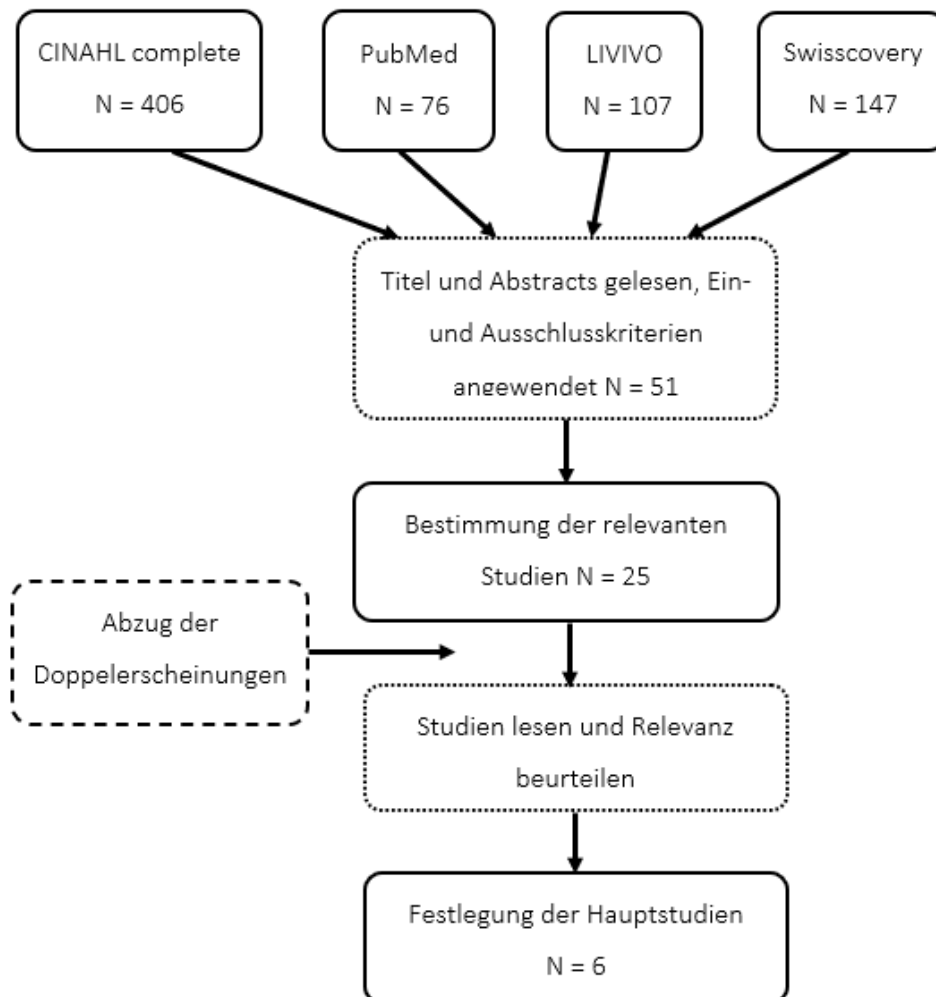
Im Ganzen wurden sechs Hauptstudien ausgewählt. Fünf Studien davon sind quantitativ und eine Studie ist qualitativ. Der Suchprozess ist in der Abbildung 2 grob zusammengefasst. Das detaillierte Rechercheprotokoll ist im Anhang zu finden. Nicht alle



verwendeten Artikel und Studien erfüllten die Einschlusskriterien als Hauptstudie. Diese wurden für den theoretischen Hintergrund und die Diskussion genutzt und hinzugezogen.

### Abbildung 9

Flussdiagramm der Literaturrecherche



Anmerkung: N = Anzahl Studien

### 3.3 Beurteilungsinstrumente

Im Anschluss an die Literaturrecherche wurden die ausgewählten Studien zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Dazu hat die Autorenschaft das AICA nach Ris und Preusse-Bleuler (2015) benutzt. Die qualitativen Studien wurden anhand der Gütekriterien Bestätigbarkeit, Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit von Lincoln und Guba (1985) bestimmt. Für die quantitativen Studien wurden die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität nach Bartholomeyczik und Käppeli (2008) verwendet.

Das Evidenzlevel der Studien wurden mithilfe der Evidenzlevelpyramide von DiCenso et al. (2009) angegeben. Die Resultate von den gewählten Studien wurden zusammengefasst, miteinander verglichen und diskutiert. Anschliessend wurde die Fragestellung und die Zielsetzung beantwortet und ein Theorie-Praxis-Transfer abgeleitet. Die detaillierten Zusammenfassungen der Studien und deren kritischen Würdigungen befinden sich im Anhang.

## 4 Ergebnisse

Die sechs inkludierten Hauptstudien werden im folgenden Kapitel einzeln zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Mit der kritischen Würdigung werden die Gütekriterien und das Evidenzlevel bestimmt. Die Tabelle 4 soll einen Überblick über die ausgewählten Studien geben. Es werden nur die Resultate, die für die Beantwortung der Fragestellung relevant sind, abgebildet. Im Anhang sind die ausführlichen Zusammenfassungen und kritischen Würdigungen der Studien zu finden.

**Tabelle 3**

### *Die Hauptstudien dieser Arbeit im Überblick*

Autor:innen, Jahr, Land	Titel	Ziel	Hauptresultate
Kocatas et al. (2019), Türkei	«The opinions regarding smoking behaviors in the postpartum period of the women who quit smoking during pregnancy: A qualitative study»	Erfassen von Faktoren, die einen Rauchrückfall beeinflussen und das Rauchverhalten in der Zeit nach der Geburt.	Schwangerschaft dient als starke Motivation für einen Rauchstopp, um gesundheitliche Risiken für das Baby zu minimieren. Die Stressbewältigung ist ein häufiger Rückfallfaktor. Selbstwirksamkeit und Entschlossenheit unterstützen eine Abstinenz.
Su und Buttenheim (2014), United States of America (USA)	«Maintenance of Smoking Cessation in the Postpartum Period: Which Interventions Work Best in the Long-Term?»	Prävention eines Rauchrückfalls im Wochenbett mit Unterscheidung zwischen Personen, die von selbst aufgehört haben und denen die Unterstützung benötigten.	Nikotinersatztherapien, Telefonberatungen oder Selbsthilfebücher zeigen keine signifikante Wirkung. Verhaltenstherapie signifikant Ende Schwangerschaft, jedoch abnehmend nach der Geburt. Höchste Rauchstoppraten erreichten externe Anreize (Belohnungen). Langfristig alle anfällig für einen Rückfall.

Autor:innen, Jahr, Land	Titel	Ziel	Hauptresultate
Pollak et al. (2016), USA	«Efficacy of a Nurse-Delivered Intervention to Prevent and Delay Postpartum Return to Smoking: The Quit for Two Trial»	Prüfung einer neunmonatigen individuellen Intervention, zur Verhinderung eines Rückfalls nach der Geburt.	Zusammenhang zwischen Anzahl wahrgenommener Beratungssitzungen und Wahrscheinlichkeit abstinent zu bleiben. Hohe Abstinenzraten, jedoch ohne signifikanten Unterschied der Gruppen.
Hannöver et al. (2009), Deutschland	«Smoking cessation and relapse prevention for postpartum women: Results from a randomized controlled trial at 6, 12, 18 and 24 months»	Dient die Geburt als lehrreicher Moment für eine Rauchstopp Beratung? Die Wirksamkeit einer Beratung nach der Geburt.	Beratungen ergaben keinen signifikanten Unterschied in der Abstinenzrate.
Levine et al. (2016), USA	«Preventing Postpartum Smoking Relapse: A Randomized Clinical Trial»	Prüfen der Wirksamkeit der «Strategies to Avoid Returning to Smoking» (STARTS) Intervention.	Insgesamt höhere Abstinenzraten ein Jahr nach der Geburt, ohne Unterschied der Gruppen. Auf die Bedürfnisse der Frauen angepasste Interventionen könnten die Abstinenz aufrechterhalten. Abstinenzförderung soll bereits vor und während der Schwangerschaft starten.
Logan et al. (2016), Deutschland	«Postpartum Smoking Relapse and Breast Feeding: Defining the Window of Opportunity for Intervention»	Stilmuster in Verbindung mit Rauchstatus und Rückfalldauer untersuchen.	Signifikanter Zusammenhang zwischen Zeitraum des Rückfalls und Zeitraum des überwiegenden Stillens. Niedriges Alter, geringe Bildung und hohe Rauchfrequenz stand am stärksten mit einem Rückfall in Verbindung.

#### 4.1 Studie von Kocatas et al. (2019)

Kocatas et al. (2019) ermittelten Gründe, die einen Rauchrückfall beeinflussen. Zusätzlich sollte das Rauchverhalten von Frauen, die in der Schwangerschaft aufgehört haben zu rauchen, nach der Geburt erfasst werden. Die Daten stammten aus einer Stichprobe von 59 Frauen, gezogen aus einer vorherigen Querschnittstudie in Gesundheitszentren in der Provinz Sivas (Türkei). Die Frauen hatten mindestens ein Kind im Alter von ein bis drei Jahren und während ihrer letzten Schwangerschaft mit dem Rauchen aufgehört. Bis zur Geburt hatten sie weder einen Rückfall noch psychische Probleme. Die Daten wurden einmalig erhoben und durch ein semistrukturiertes Interviewformular gesammelt, entwickelt von Forschenden durch Literaturanalysen.

Die Ergebnisse der Studie wurden in drei Kategorien aufgeteilt: Gründe zum Rauchstopp in der Schwangerschaft, zum Rückfall nach der Geburt und zur bleibenden Abstinenz. Die Forschenden interpretieren, dass die Frauen in der Schwangerschaft aufgrund der Gesundheit ihres Babys stark zur Raucherentwöhnung motiviert sind. Sie erläutern, dass der Grund eines Rückfalls nach der Geburt häufig die Stressbewältigung ist. Die Forschenden äussern, dass ein hohes Mass an Selbstwirksamkeit und Entschlossenheit effektiv sind für einen Rauchstopp oder die Abstinenz. Das Abstillen ist ein häufiger Grund für einen Rückfall. Das Rückfallrisiko bei stillenden Frauen ist signifikant reduziert. Bei jenen, die trotzdem während dem Stillen einen Rückfall erlitten, interpretieren die Forschenden, dass dies mit der Wahrnehmung zusammenhängt. Die Frauen meinen, dass die schädliche Wirkung des Rauchens auf die Muttermilch geringer ist, als die Wirkung des Rauchens auf das Baby während der Schwangerschaft. Die Perspektive der Frauen und die Literatur belegen, dass die Unterstützung durch den Partner und das nahe Umfeld wirksam ist, um die Abstinenz nach der Geburt zu fördern. Denn ein Mangel an Unterstützung vom Umfeld und ein solches das raucht ist ein wichtiger Grund für ein Rückfall. Voraussetzung ist, dass Gesundheitsfachpersonen in der medizinischen Grundversorgung die jeweiligen Frauen bereits vor der Geburt genau beobachten und die Risikofaktoren für einen Rückfall kennen müssen. Somit können Präventionsmassnahmen unter Berücksichtigung dieser Faktoren geplant werden.

##### 4.1.1 Kritische Würdigung

Die qualitative Studie beschreibt ein praxisrelevantes Thema. Die Stichprobe erscheint repräsentativ für die gewählte Population und ist auch auf andere Länder übertragbar. Die

Stichprobengrösse ist angemessen und das Setting, sowie die Teilnehmenden genügend beschrieben. Die Studie handelt vom subjektiven Erleben und Verhalten in Bezug auf das Phänomen eines Raucherfalls. Die geführten Interviews ermöglichen eine Erfassung des subjektiven Empfindens der Teilnehmenden bezüglich des Phänomens. Der gewählte methodologische Ansatz der Studie erscheint logisch zur Fragestellung. Die Forschenden holten für die Durchführung der Studie die Zustimmung der Ethikkommission ein. Auch informierten sie alle Teilnehmer:innen über den Zweck der Studie und holten ihre schriftliche und mündliche Zustimmung ein. Die Ergebnisse sind anhand einer exakten Analyse entstanden. Die Forschenden transkribierten die Interviews und analysierten sie inhaltlich. Sie reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten und weisen Zitate von Teilnehmenden auf. Die Resultate werden zusammengefasst, in Kategorien eingeteilt und anhand von Tabellen übersichtlich dargestellt. Die Interpretation der Forschenden führen zur besseren Einschätzung des Phänomens. Die Ergebnisse stellen das Ziel der Studie dar und erfüllen es. Es werden Implikationen für medizinisches Fachpersonal abgegeben. Dadurch bieten die Schlussfolgerungen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde anwenden lassen.

#### 4.1.2 Einschätzung der Güte

Nach den Kriterien zur Güteeinschätzung von qualitativen Studien nach Lincoln und Guba (1985), enthält die Studie kein Expertenaudit und keine Reflexion der Datenerhebung, dies schränkt die Bestätigbarkeit ein. Die Darstellung der Daten ist transparent und es arbeiteten mehrere Forschende an der Studie. Dies wirkt sich positiv auf die Bestätigbarkeit aus. Es führte immer die gleiche Person die Interviews durch und die Datenanalyse wurde Schritt für Schritt dokumentiert. Dies erhöht die Zuverlässigkeit der Studie. Jedoch wirkt es sich negativ auf die Zuverlässigkeit aus, dass die Datenanalyse und -ergebnisse nicht von externen Forschenden überprüft wurden. Zur Glaubwürdigkeit trägt der Vergleich der Ergebnisse mit vorhandener Literatur bei. Die Forschenden kombinierten die Interviewdaten nicht mit ihren Beobachtungen, was hingegen die Glaubwürdigkeit reduziert. Ausserdem machten die Forschenden keine Angaben über die Limitationen der Studie. Die Studie ist übertragbar auf andere Kontexte, weil die Forschenden Zitate und Aussagen von Teilnehmenden verwendeten. Die Studie wird auf der untersten Stufe der Evidenzlevelpyramide nach DiCenso et al. (2009) gewertet, da es sich um eine Studie mit phänomenologischem Ansatz handelt.

## 4.2 Studie von Su und Buttenheim (2014)

Das primäre Ziel des Reviews von Su und Buttenheim (2014) war es, präventive Massnahmen gegen den Rückfall zum Rauchen bei Frauen im Wochenbett, die mithilfe einer Intervention mit dem Rauchen aufhörten (nicht spontan), herauszufinden. Das sekundäre Ziel war es Unterschiede zwischen Personen festzustellen, die selbst mit dem Rauchen stoppten (spontan) und die nicht spontan gestoppt hatten. Die für das Review genutzten 32 Studien teilten Su und Buttenheim (2014) in drei Interventionsgruppen ein: die Medikamentösen, die Verhaltensunterstützenden und die Anreizschaffenden. Um den Vergleich der Interventionen zu standardisieren, teilten die Forschenden die postpartum Effekte in verschiedene Zeitspannen ein: Kurzzeit (ein bis vier Monate nach der Geburt), mittlere Zeit (fünf bis acht Monate nach der Geburt) und Langzeit (neun bis zwölf Monate nach der Geburt).

Zwei der Studien hatten medikamentöse Interventionen, wie beispielsweise eine Nikotinersatztherapie. 27 der Studien umfassten Verhaltenstherapien in Form von schriftlichen Materialien, telefonischer Beratung und persönlicher Beratung. 18 Studien von den Verhaltensinterventionsstudien beinhalteten eine Intervention in Form einer Beratung, oft in Kombination mit Selbsthilfe Materialien. Die Interventionsgruppen zeigten dabei eine höhere Rauchstopprate am Ende der Schwangerschaft. Diese nahm jedoch nach der Geburt stetig ab. Bei vier Studien mit Verhaltenstherapie stellten Su und Buttenheim (2014) eine signifikant höhere Rauchstopprate bis Ende Schwangerschaft bei Beratungsgespräche durch Gesundheitsfachpersonen fest. Sieben Studien dieser Interventionsgruppe folgten den Teilnehmenden in die Langzeitperiode. Die Beratungen führten bei der Mehrheit, verglichen mit der Kontrollgruppe, zu einem signifikanten Anstieg der Abstinenzrate. Eine dieser Studien zeigte, dass ein Mix von Beratung und Belohnung eine signifikant höhere Abstinenzrate in der Kurz- und Langzeitwirkung erreicht. Studien mit Telefonberatungen oder Selbsthilfebücher als Hauptintervention führten zu keinem signifikanten Resultat. Bei Studien mit anreizschaffenden Interventionen wie Geld- oder Gutscheinelohnungen war die Rauchstopprate am Ende der Schwangerschaft von allen untersuchten Studien am höchsten. Grundsätzlich stellten die Studien eine signifikant höhere Abstinenzrate fest, bei den Frauen, die selbst mit dem Rauchen aufhörten, im Vergleich zu den Frauen, die Mithilfe einer Intervention, das Rauchen beendeten. Die Raucherinnen, die nicht spontan mit dem Rauchen aufgehört hatten, waren weniger gebildet, hatten einen tieferen sozioökonomischen Status, zeigten ein hohes Mass an

Nikotinabhängigkeit, wiesen eine hohe Rate von Depressionen und Stress auf, hatten wenige Ressourcen und lebten eher mit einem:einer rauchenden Partner:in zusammen. Nur eine Studie hatte sich auf diese Bevölkerungsgruppe konzentriert und stellte fest, dass selbst eine massgeschneiderte und intensivere Intervention nur eine geringe Wirkung hatte. Im Kontrast dazu erreichten Raucherinnen, die spontan aufgehört hatten zu rauchen, mehr als eine Woche nach ihrem Rauchstopp eine höhere Abstinenzrate und die Rückfallquote wurde geringer. Trotz der unterschiedlichen Profile sind beide, unabhängig von der Art der Intervention, langfristig anfällig für einen Rückfall. Die Forschenden erläuterten, dass die Mehrheit der Interventionen in den Studien eine signifikant höhere Rauchstopprate direkt nach der Geburt erreichte. Diese Effekte hielten jedoch bei keiner der Interventionen langfristig. Anreiz schaffende Interventionen zeigten die höchste Rate an Rauchstopps am Ende der Schwangerschaft und in der kurz- bis mittelfristigen Zeit nach der Geburt. Wurde der Anreiz weggenommen, kehrten die Rauchgewohnheiten teilweise zurück. Verhaltensinterventionen waren die häufigste Art der Interventionen, jedoch zeigte keine davon eine Langzeitwirkung. Es gab einige Einschränkungen beim Vergleich der Wirksamkeit der Interventionen. Beispielsweise war die Intensität der Interventionen und die Motivation der Teilnehmer:innen unterschiedlich. Gemischte Interventionen, wie Beratungen und anreizschaffende Interventionen, erachteten die Forschenden als sinnvoll. Die Interventionen sollen dabei auf die Frau und ihren Kontext abgestimmt sein, um eine effektive und langfristige Verhaltensänderung zu erreichen.

#### 4.2.1 Kritische Würdigung

Im Review wird vorhandene, empirische Literatur hinzugezogen, um das Themenfeld zu erläutern. Die Auswahl der Studien könnte breiter gefächert sein, damit alle Interventionsformen genügend Studien enthalten und somit die Aussagekraft verstärkt wird. Die Literatursuche wurde nachvollziehbar und genau beschrieben. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind klar beschrieben und die Variablen erscheinen vollständig und umfassend definiert, um die Fragestellung zu beantworten. Die sehr detailliert und präzise beschriebenen Ergebnisse werden anhand von Tabellen übersichtlich aufgezeigt. Relevante Ergebnisse zur Beantwortung der Zielsetzung wurden diskutiert. Die gewählten Studien wurden miteinander verglichen und diskutiert. Die Forschenden leiteten daraus ihre Interpretationen und alternative Erklärungen ab. Die Forschenden beschrieben sehr ausführlich und präzise Stärken und Schwächen des Reviews, wie auch Implikationen für weitere Forschung, jedoch nicht für die Berufspraxis.



#### 4.2.2 Einschätzung der Güte

Für die Einschätzung der Güte wurde gemäss den Kriterien nach Bartholomeyczik und Käppeli (2008) vorgegangen. Die Forschenden kontrollierten ihre Arbeit gegenseitig und beschrieben sie nachvollziehbar. Die Erhebungsmethode der Studien wurde standardisiert und klar aufgezeigt. Die Methodik des Reviews wurde präzise und klar beschrieben, was die Reproduzierbarkeit und die Reliabilität erhöhen. Das Forschungsdesign ist in Bezug auf die Zielsetzung sinnvoll gewählt und beantwortet die Fragestellung. Da nicht von allen Untergruppen der Interventionen genügend Studien vorhanden sind, sinkt die externe Validität.

Auf der Evidenzlevelpyramide nach DiCenso et al. (2009) wird die Studie auf der zweituntersten Stufe gewertet, da es sich um ein Review handelt.

#### 4.3 Studie von Pollak et al. (2016)

Das Ziel der randomisiert kontrollierten Studie (RCT) von Pollak et al. (2016) war es, die Wirksamkeit einer neun-monatigen individuellen Intervention zu testen. Diese wurde von Pflegepersonal durchgeführt und soll zur Verhinderung eines Rauchrückfalls nach der Geburt dienen. Die Forschenden nahmen an, dass Interventionen zur Erhaltung der Rauchabstinenz früherer Studien nicht langfristig wirkten, da diese meist nur drei Monate andauerten. So sind schwierige Situationen, in denen Mütter einen Rückfall erleiden können, wie beispielsweise die Wiederaufnahme der Arbeit, nicht abgedeckt. Die Population bestand aus Müttern, welche in der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufgehört hatten und zuvor geraucht hatten. Für die Stichprobe rekrutierten die Forschenden 382 Frauen aus 14 pränatalen Kliniken. Die Teilnehmenden mussten mindestens 18 Jahre alt sein, Englisch sprechen, für die Schwangerschaftsvorsorge angemeldet sein und in der Vergangenheit geraucht haben. Sie mussten mindestens einen Monat vor der Erhebung abstinent sein, was biochemisch über den Atem geprüft wurde. Als Intervention erhielten beide Gruppen eine Broschüre zur Rückfallprävention. Die Kontrollgruppe erhielt jeden Monat Newsletter mit allgemeinen Gesundheitsinformationen für Schwangere und nach der Geburt. Die Interventionsgruppe wurde in Low- (LR) und High-Risk (HR) Gruppen eingeteilt. LR bezeichnet dabei ein niedriges Risiko eines Rückfalls zum Rauchen und HR ein hohes Risiko. Die Rückfallrisikoeinteilung fand anhand der Nikotinabhängigkeit, der Absicht nach der Geburt wieder mit dem Rauchen zu starten oder mit dem Rauchen aufzuhören und der

Wahrscheinlichkeit wieder mit dem Rauchen zu beginnen, statt. Beide Gruppen erhielten eine persönliche Sitzung und im Anschluss, je nach Risikogruppe, ein unterschiedliches Angebot an Telefonaten. In der persönlichen Sitzung erhielt die Frau jeweils eine individuelle Zusammenfassung ihrer Risikofaktoren, wie auch eine Ausarbeitung der aktuellen Hindernisse, um abstinent zu bleiben. Bei jedem Telefonat fand jeweils eine neue Zielsetzung statt, die beim nächsten Telefonat evaluiert wurde. Die Teilnehmenden bekamen geeignete Ressourcen der Gemeinden, wie beispielsweise Kinderbetreuung, vorgeschlagen. Für die Berater:innen gab es Schulungen und sie erhielten teilweise Supervision.

Die Studie ergab, dass die Wahrscheinlichkeit abstinent zu bleiben, bei Frauen, die 50% oder mehr Sitzungen wahrnahmen, fast doppelt so hoch war als bei Frauen, die weniger als 50% der Sitzungen wahrnahmen. Die Abstinenzraten zwölf Monate nach der Geburt waren hoch, jedoch ohne signifikanten Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Bei Teilnehmenden, die bereits einen Rückfall vorhersagten, hatten 76% einen Rückfall. Jene, die vorhersagten keinen Rückfall zu erleiden, hatten 54% einen Rückfall. Keine anderen charakteristischen Faktoren, wie zum Beispiel Bildungsstand oder rauchende Partner:innen, hatten einen Zusammenhang mit der Abstinenz. Die Forschenden fanden heraus, dass LR Frauen hohe Abstinenzraten aufwiesen, wenn sie eine Intervention erhielten ohne gezielte Inhalte zum Rauchen. Diese Inhalte fokussierten Erziehung und Stress. Bei diesen Frauen erhöhte eine intensive Beratung zur Rückfallprävention mit Abzielung auf Motivation, Selbstvertrauen und Verlangen, die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls durch die ständigen Ermahnungen. Bei den HR Frauen war die Abstinenz nach intensiver Beratung zur Rückfallprävention etwas höher, aber nicht signifikant. Die Forschenden meinen, eine Intervention, welche Tipps zur Verhinderung eines Rückfalls beinhaltet, kann einem Motivationsabfall in Bezug auf die Abstinenz bei HR Frauen entgegenwirken. Dies involviert häufiges Erinnern an Gründe rauchfrei zu bleiben, Aufzeigen von Erfolgen und Verhinderung des Anstiegs des Verlangens, indem sie lernen, mit ihrem Verlangen umzugehen. Obwohl die Intervention nicht für eine dauerhafte Abstinenz sorgte, gab es einen Zusammenhang zwischen Anzahl Sitzungen und einer höheren Wahrscheinlichkeit zwölf Monate lang abstinent zu bleiben. Über ein Drittel aller Teilnehmenden berichteten nach zwölf Monaten über ihre Abstinenz. Im Vergleich zu anderen Studien ist das deutlich höher. Ein Hindernis der Studie stellten die Telefonkosten für die Telefonate dar. Des Weiteren sind die Frauen bereits früh in der

Schwangerschaft rekrutiert worden, weshalb einige Frauen bis zum nächsten Kontakt aus der Studie ausstiegen. Der Effekt von Interventionen bei HR Frauen braucht in künftigen Studien eine genauere Untersuchung.

#### 4.3.1 Kritische Würdigung

Die hinzugezogene vorhandene Literatur ist nicht sehr aktuell, was ein Argument für eine Forschungslücke darstellen kann. Das Ziel der Studie wurde klar festgelegt, jedoch nicht durch Hypothesen gestützt. Die Darstellung des Zusammenhangs zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen ist nachvollziehbar. Es sind keine möglichen Verzerrungen oder Einflüsse auf die Intervention erkennbar. Die Population wurde sinnvoll gewählt und passt zur Zielsetzung. Die Stichprobe erscheint repräsentativ bezüglich der Population und nachvollziehbar begründet. Drop-outs wurden erwähnt, jedoch als wieder rauchend eingeteilt. Dies kann einen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die Datenerhebung ist nachvollziehbar und gestaltet sich bei allen Teilnehmenden gleich. Die Vollständigkeit der Daten ist nicht klar beschrieben. Die relevanten Ergebnisse wurden übersichtlich aufgezeigt und diskutiert. Die Interpretationen wurden gut beschrieben und mit anderen Studien verglichen. Die Forschenden suchten nach alternativen Erklärungen, teilten ihre Ansichten dazu mit und erläuterten diese genau. Dies bringt einen Mehrwert gegenüber den Ergebnissen. Sie zeigten Limitationen und Schwächen der Studie auf und gaben Empfehlungen für weitere ab. Die Studie wäre aussagekräftiger, wenn es eine Kontrollgruppe ohne Interventionen gegeben hätte.

#### 4.3.2 Einschätzung der Güte

Für die Einschätzung der Güte nutzte die Autorenschaft die Kriterien von Bartholomeyczik und Käppeli (2008). Die Ergebnisse sind vom Forschungsteam nicht beeinflussbar, was zur Objektivität beiträgt. Die Intervention wurde nicht standardisiert, da die Teilnehmenden eine unterschiedliche Anzahl an Telefonaten hatten. Durch die proaktive Rekrutierungsmethode und die unterschiedlichen Charakteristiken lassen sich die Ergebnisse verallgemeinern. Das methodische Vorgehen wurde klar und nachvollziehbar beschrieben, was zur Reliabilität beiträgt. Die Überprüfung der Voraussetzung zur Verwendung der Analyseverfahren ist nicht ersichtlich. Die präzise beschriebene Datenanalyse, trägt zur internen Validität bei. Die Studie wird auf der Evidenzlevelpyramide nach DiCenso et al. (2009) auf der untersten Stufe eingeordnet, da es sich um eine RCT handelt.

#### 4.4 Studie von Hannover et al. (2009)

Das Ziel der RCT von Hannover et al. (2009) war es einerseits herauszufinden, ob die Geburt für Frauen als lehrreicher Moment für einen Rauchstopp dienen kann. Andererseits die Untersuchung der Wirksamkeit einer Beratung als Rauchstoppintervention. Die Beratungen beruhten auf dem Prinzip des «Motivational Interviewing» und behandelten folgende Themen: Die gesamten gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens und des Passivrauchens, die Abwägung der Vor- und Nachteile des Rauchens, die Selbstwirksamkeit für eine Verhaltensänderung, sowie die Erkundung der Risikosituationen und rückfallpräventiver Strategien. Da die Rückfallraten in den ersten drei Monaten nach der Geburt am höchsten sind, wurden die Frauen vier und zwölf Wochen nach der Beratung als Auffrischung telefonisch kontaktiert. Für die Kontrollgruppe fand eine Konfrontation mit allgemeinen Massnahmen im Rahmen des Gesundheitssystems bezüglich Rauchen, Passivrauchen und Rückfallprävention statt. Die Fragebögen der Basiserhebung ergänzten die Forschenden mit zwei Selbsthilfebroschüren. Die eine Broschüre behandelte das Rauchen nach der Geburt, die Andere richtete sich an rauchende Partner:innen und behandelte Tabakrauch in der Umwelt. Die Population bestand aus Frauen, die in der Schwangerschaft rauchen oder davor geraucht hatten. Eingeschlossen wurden Frauen, die regelmässig vor oder in der Schwangerschaft geraucht hatten und diejenigen, die nicht früher als vier Wochen vor der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufgehört hatten. Frauen, deren Deutsch nicht gut genug war, um einer Beratung zu folgen, wurden ausgeschlossen. Die Stichprobe bestand aus 871 Frauen. Als Variablen zur Beantwortung der Fragestellung definierten die Forschenden die anhaltende Abstinenz und die vierwöchige Punktprävalenz-Abstinenz. Als Anreiz verlosteten die Forschenden Geld unter den Teilnehmenden. Die Basiserhebung fand im Schnitt 35 Tage nach der Geburt statt. Nach der Basiserhebung erhoben die Forschenden nach sechs, zwölf, 18 und 24 Monaten, Daten anhand von Telefoninterviews oder eines Fragebogens per Post. Um die Auswirkung der Intervention differenzieren zu können, wurden die Gruppen jeweils zusätzlich in zwei Untergruppen aufgeteilt, unter Berücksichtigung des Rauchstatus bei der Erstuntersuchung. Die Forschenden erhofften sich eine wenig intensive Intervention zu entwickeln, um sie in der Routineversorgung des deutschen Gesundheitswesens einzusetzen. Es gab keine signifikanten Unterschiede der Gruppen in der Wirksamkeit der Intervention in Bezug auf einen Rückfall. Die Intervention zeigte jedoch eine Bedeutsamkeit der anhaltenden

Abstinenz nach sechs Monaten hinsichtlich der Unterstützung der Rauchentwöhnung. In der Interventionsgruppe stoppten nach sechs Monate signifikant mehr Frauen mit dem Rauchen. Die vier Wochen Punktprävalenz ergab signifikante Unterschiede nach sechs, zwölf und 18 Monaten, jedoch nicht mehr nach 24 Monaten. Die Forschenden schlussfolgern, dass auch wenn sie eine Bedeutsamkeit der Intervention beobachten, die letztliche Zahl der abstinenten Frauen so gering ist, dass sie aus klinischer Sicht vernachlässigbar ist. Wie in der empirischen Evidenz bereits beschrieben, stellten die Forschenden fest, dass die Beratungsintervention einen Rückfall zum Rauchen nicht verhinderte. Etwas weniger als die Hälfte der Teilnehmenden stoppten in der Schwangerschaft mit dem Rauchen ohne Intervention. Dies wird von den Forschenden als bedeutende Änderung des Gesundheitsverhalten bewertet und mit verfügbaren empirischen Erkenntnissen unterstützt. Diese Veränderung scheint jedoch nicht langfristig anzuhalten. Es wurden keine biochemischen Validationen der Abstinenz durchgeführt, was die Forschenden als mögliche Verzerrung deuten. Die Frauen in der Kontrollgruppe erhielten Selbsthilfebroschüren, was den Effekt der Intervention ebenfalls verzerrt haben könnte. Selbsthilfebroschüren hatten sich in vorherigen RCTs als wirksam erwiesen. Die üblichen Gesundheitsdienstleitungen könnten laut Forschenden zu einer Verzerrung in der Interventionsgruppe geführt haben, da rauchen als ein wichtiges Thema identifiziert wird. Die Ergebnisse dieser Studie werden als Indikation zur Überarbeitung von aktuellen Interventionsstrategien oder Rückfallpräventionen zur Raucherentwöhnung gewertet.

#### 4.4.1 Kritische Würdigung

Die Forschenden beschrieben den aktuellen Forschungsstand und die bestehenden Lücken mithilfe empirischer und aktueller Literatur genau. Die Intervention wurde präzise beschrieben, nach Plan durchgeführt und mit Schulung und Supervision der Beratungspersonen standardisiert. Die Population wurde sinnvoll zum Ziel der Studie gewählt. Die Stichprobe ist repräsentativ für die Zielpopulation und hat eine angemessene Grösse, um Unterschiede der Gruppen zu erkennen. Die Auswahl der Teilnehmer:innen wurde gut beschrieben und mit Ein- und Ausschlusskriterien begründet. Die Intervention- und Kontrollgruppe ist vergleichbar, da die Forschenden die Gruppen auf ihre Ausgangsmerkmale testeten und sie keine systematischen Unterschiede fanden. Aufgrund der Stichprobengrösse beeinflussen die Drop-Outs die Resultate nur gering. Um das Forschungsziel vollumfänglich beantworten zu können, hätten mehr Variablen definiert werden müssen. Die Variablen der Forschenden konzentrierten sich lediglich auf die

Abstinenz. Die Daten wurden bei allen Teilnehmer:innen gleich erhoben und die Auswahl der Messinstrumente ausreichend begründet. Bei den Messinstrumenten wird darauf plädiert, dass die Teilnehmenden die Wahrheit sagen. Da die Intervention durchschnittlich erst 35 Tage nach der Geburt startete, könnte dies zu Verfälschungen der Resultate geführt haben. Die Datenanalyse beschrieben die Forschenden genau und die statistischen Verfahren wählten sie sinnvoll aus. Es erfolgte die Einbindung einer Ethikkommission und zur Teilnahme an der Studie wurden die Teilnehmenden um ihr Einverständnis gebeten. Alle relevanten Ergebnisse stellten die Forschenden übersichtlich dar. Die Forschenden erläuterten die Limitationen der Studie angemessen.

#### 4.4.2 Einschätzung der Güte

Die Forschungsarbeit ist nach den Gütekriterien von Bartholomeyczik und Käppeli (2008) nachvollziehbar beschrieben und gut erklärt. Die Intervention ist standardisiert, da alle Berater:innen gleich geschult wurden und nach dem gleichen Konzept vorgegangen sind. Externe Fachleute prüften die Interviews im Nachhinein, was sich positiv auf die Objektivität auswirkt. Der Methodenteil wurde präzise und nachvollziehbar beschrieben. Die Darstellung der Randomisierung der Teilnehmer:innen war übersichtlich. Es wurden keine geprüften Messinstrumente verwendet, was sich negativ auf die Reliabilität auswirkt. Die interne Validität wird durch die präzise und nachvollziehbare Beschreibung der Datenanalyse erhöht. Die Homogenität der Teilnehmer:innen in den Stichproben, senkt die externe Validität.

Die Studie wird auf der Evidenzlevelpyramide nach DiCenso et al. (2009) auf der untersten Stufe gewertet, da es sich um eine RCT handelt.

#### 4.5 Studie von Levine et al. (2016)

Die RCT von Levine et al. (2016) sollte die Wirksamkeit eines auf die Zeit nach der Geburt zugeschnittenen Programms zur Verhinderung eines Raucherfalls untersucht werden. Das Programm heisst «Strategies to Avoid Returning to Smoking» (STARTS). Als Vergleich diente ein Programm, das unterstützend, zeit- und aufmerksamkeitskontrolliert ist (SUPPORT). Die Forschenden stellten folgende Hypothesen auf: Frauen im STARTS-Programm werden höhere Abstinenzraten aufweisen und eine längere Zeit abstinent bleiben als jene im SUPPORT-Programm. Verbesserungen der Stimmungsschwankungen, des wahrgenommenen Stresses und der Gewichtsbedenken im Zusammenhang mit dem Rauchen werden mit der Abstinenz in Verbindung gebracht.

Frauen im STARTS Programm werden grössere Veränderungen in den Variablen zeigen als Frauen im SUPPORT Programm. Die Population bestand aus Frauen, die in der Schwangerschaft aufgehört hatten zu rauchen und nach der Geburt wieder beginnen. Die Forschenden definierten folgende Einschlusskriterien: Vor dem Rauchstopp mindestens fünf Zigaretten pro Tag geraucht und drei Monaten vor der Schwangerschaft mindestens einen Monat lang geraucht hatten. Die letzten zwei Wochen vor der Basiserhebung mussten die Frauen rauchfrei und motiviert sein abstinent zu bleiben. So schlossen die Forschenden 300 Frauen in die Stichprobe ein. Die Intervention startete nach der Geburt und lief danach 24 Wochen. Das SUPPORT fokussierte sich nur auf den verhaltensbedingten Drang wieder zu rauchen. Das STARTS bezog zusätzlich kognitive Verhaltenstechniken mit ein, um Gedanken und Überzeugungen im Zusammenhang mit dem Rauchdrang in Frage zu stellen. Ergänzend beschäftigte sich das STARTS mit Themen wie soziale Kontakte, Ausgleich der Bedürfnisse, Auseinandersetzung mit rauchspezifischen Gewichtsproblemen, Förderung einer gesunden Gewichtsabnahme und die Nutzung der körperlichen Aktivität als Alternative zum Rauchen. Die Sitzungen umfassten telefonische und persönliche Beratungen. Zur Motivation setzten die Forschenden Geschenkgutscheine für die Frauen ein. Die Sitzungen wurden von geschulten, weiblichen Klinikerinnen mit Master-Abschluss durchgeführt, aufgezeichnet und wöchentlich supervisiert. Die Datenerhebungszeitpunkte fanden bei der pränatalen Erstuntersuchung, zwölf, 24 und 52 Wochen nach der Geburt statt. Gesamthaft blieben 38% zwölf Wochen, 33.7% 24 Wochen und 24% 52 Wochen nach der Geburt abstinent. Die langfristigen Abstinenzraten unterschieden sich nicht zwischen den zwei Programmen. Es zeigte sich, dass jüngere Frauen oder Frauen mit einer niedrigen Bildung eher einen Rückfall erlitten, als ältere Frauen oder Frauen mit einer höheren Ausbildung. Frauen, die vor dem Rauchstopp stärker geraucht hatten, zeigten ein höheres Rückfallrisiko als Frauen, die weniger stark geraucht hatten. Es gab jedoch keine signifikanten Wechselwirkungen bezüglich der demografischen Daten zwischen den Interventionsgruppen und den aufgestellten Hypothesen. Frauen mit einem höheren Level an wahrgenommenem Stress und mehr depressiven Symptomen zeigten eine höhere Rückfallwahrscheinlichkeit. Gewichtsbezogene Selbstwirksamkeit und rauchbezogene Gewichtsbedenken wurden nicht mit einem Rückfall verbunden. Die aufgestellte Hypothese, dass die STARTS Frauen eine höhere Abstinenzrate aufweisen und eine längere Zeit abstinent bleiben als die SUPPORT Frauen, widerlegten die Forschenden.

Die beiden Interventionen unterschieden sich zwar nicht in ihrer Wirksamkeit, beide zeigten jedoch eine höhere Ein-Jahres-Abstinenzrate, als jene von ähnlichen Studien. Die Forschenden interpretieren, dass Interventionen zur Verhinderung eines Rückfalls die Abstinenz nach der Geburt bei jungen Frauen mit verschiedenen Hintergründen, limitierter Bildung oder finanziellen Ressourcen, verbessern könnten. Die Forschenden deuten daraus, dass Interventionen mit einer Anpassung, an die Bedürfnisse der Frauen nach der Geburt, die Rauchabstinenz aufrechterhalten können. Die Teilnehmenden wurden ermutigt, persönliche Gespräche den telefonischen vorzuziehen, was die hohe Rate an persönlichen Gesprächen erklärt. Die Forschenden interpretieren, dass der Kontakt mit Gesundheitsfachpersonen nach der Geburt, die Rate der dauerhaften Tabakabstinenz positiv beeinflussen kann. Sie meinen, dass Strategien zur Abstinenzförderung bereits vor und während der Schwangerschaft erforderlich sind. Deshalb ist es relevant, Risikofaktoren für einen Rückfall nach der Geburt zu identifizieren, um spezifische Massnahmen anwenden zu können. In der Studie wurden Verbesserungen von Stimmungsschwankungen und Stress positiv mit Abstinenz verbunden. Die hohe Beibehaltungsquote der Teilnehmenden wäre laut den Forschenden möglicherweise ohne Anreize für die persönlichen Besuche nicht erreicht worden. Ein Vergleich zu Frauen ohne Interventionen ist nicht möglich, da es keine Kontrollgruppe dazu gab.

#### 4.5.1 Kritische Würdigung

Das Themenfeld wurde mit vorhandener theoretischer und empirischer Literatur dargestellt und die Forschenden zogen eigene, vorherig durchgeführte Studien, hinzu. Die Forschungslücke wurde nicht definiert, aber die Forschenden erläuterten, dass es wichtig ist, diese Faktoren zu untersuchen. Die Forschenden formulierten das Ziel der Studie und stützten diese mit drei klar definierten Hypothesen. Die Interventionen wurden mehrheitlich gut beschrieben, geplant durchgeführt und überprüft. Die Population passt zur Zielsetzung, die Stichprobe erscheint repräsentativ und die Grösse angemessen für die Zielpopulation. Frauen, die die Intervention abbrachen, erachteten die Forschenden als Rückfall, was zu Verzerrungen führen kann. Ein- und Ausschlusskriterien bestimmten die Auswahl der Teilnehmenden. Die statischen Verfahren scheinen sinnvoll ausgewählt und entsprechen den Skalenniveaus der Daten, auch wurde ein Signifikanzniveau festgelegt. Die Teilnehmenden gaben ihr Einverständnis und es wurde eine Prüfstelle miteingezogen. Alle relevanten Ergebnisse zur Beantwortung des Forschungsziels wurden übersichtlich dargestellt und diskutiert. Zwei der drei aufgestellten Hypothesen nahmen die



Forschenden in der Diskussion auf und verglichen sie mit den Ergebnissen. Die Forschenden diskutierten die Ergebnisse anhand bereits vorhandener Literatur, jedoch suchten sie kaum nach alternativen Erklärungen. Die Diskussion bietet einen Mehrwert gegenüber den Ergebnissen, da bereits bestehende Literatur beigezogen wurde und dadurch Erkenntnisse abgeleitet werden konnten.

#### 4.5.2 Einschätzung der Güte

Gemäss den Kriterien nach Bartholomeyczik und Käppeli (2008) wurde die Einschätzung der Güte gemacht und die Durchführung standardisiert. Diese Möglichkeit bestand da es einen Leitfaden für die Programme gab und sie durch Supervision kontrolliert wurde. Das methodische Vorgehen wurde sehr präzise und ausführlich beschrieben. Die Randomisierung wurde von einem Statistiker vorgenommen und die Programme von unabhängigen Beurteilern kontrolliert, um die Reliabilität zu gewährleisten. Das Studiendesign einer RCT spricht für eine eher hohe externe Validität. Es gab keine Kontrollgruppe ohne Intervention. Deshalb kann die Wirksamkeit der getesteten Intervention nicht eindeutig identifiziert werden.

Da es sich um eine RCT handelt, werten DiCenso et al. (2009) die Studie auf der untersten Stufe des Evidenzlevels.

#### 4.6 Studie von Logan et al. (2016)

Aus vorheriger Literatur geht hervor, dass die Stillzeit einen Einfluss auf die Abstinenz haben kann. Deshalb zielte die Fallstudie von Logan et al. (2016) darauf ab, überwiegende und ergänzende Stillmuster im Zusammenhang mit der Rauchabstinenz zu beschreiben. Zusätzlich wurden demografische Daten und Lebensstilfaktoren bei Müttern, die bei der Krankenhausentlassung stillen, beschrieben. Diese differenzierten die Forschenden nach Raucherstatus und Rückfalldauer bis zu zwei Jahren nach der Geburt. Die Population gliederte sich in rauchende Mütter, welche eine Einlings Geburt (Gestationsalter  $\geq 37$  Wochen) hatten und bei der Spitalentlassung stillten. Für die Stichprobe wurden folgende Ausschlusskriterien definiert: Ambulante Geburt, Mütter unter 18 Jahre, Verlegung des Neugeborenen oder der Mutter und unzureichende Deutschkenntnisse. Die Rekrutierung der Teilnehmenden fand aus einer übergeordneten Studie Namens „SPATZ“ statt. Die Forschenden schlossen insgesamt 767 Mütter in die Stichprobe ein. Bei der Aufnahme hatten die Forschenden mittels eines Fragebogens demografische, sowie lebensstil- und geburtsbezogene Daten erhoben. Zusätzlich erfassten sie die Daten anhand schriftlicher

Dokumentationen durch Geburtshelfer:innen und aus elektronischen Krankenhausunterlagen. Die Nachfolgedaten, die den aktuellen Status, die Häufigkeit des Stillens und das mütterliche Rauchen erfassten, wurden sechs Wochen, sechs Monate, ein Jahr und zwei Jahre nach der Geburt erhoben. Die Sammlung der Daten erfolgte mittels eines Telefonats oder eines zugeschickten Fragebogens.

Etwa 70% der Mütter, die in der Vergangenheit geraucht hatten und nach der Geburt stillten, berichteten innerhalb von zwei Jahren über einen Rückfall. Mütter, die weiterhin rauchten oder nach der Geburt innerhalb von sechs Wochen bis sechs Monate wieder zum Rauchen zurückkehrten, neigten eher dazu, nicht überwiegend zu stillen, im Vergleich zu Nichtraucher:innen. Mütter, welche bis zu zwei Jahre abstinent blieben, waren mit höherer Wahrscheinlichkeit Erstgebärende. Der Anteil der rauchenden Partner bis zu zwei Jahren nach der Geburt, war bei den nichtrauchenden Müttern am niedrigsten. Die Rate der rauchenden Partner sank bei Müttern mit längerer Abstinenz. Die Rauchfrequenz vor der Schwangerschaft nahm bei zunehmender Abstinenz ab. Unter den Müttern, die später als sechs Wochen einen Rückfall hatten, entsprachen die überwiegend stillenden und voll stillenden Frauen-Raten deren von Nichtraucher:innen. Diese nahmen nach einem Rückfall stark ab. Bei Müttern, die nach sechs Monaten einen Rückfall erlitten, war die Rauchfrequenz bei nicht stillenden Müttern signifikant höher, als bei stillenden Müttern. Die Forschenden hatten in der Studie einen signifikanten Zusammenhang gefunden zwischen dem Zeitraum des Rückfalls und dem Zeitraum des überwiegenden Stillens. Das Stillverhalten war bei Frauen, die zwei Jahre nach der Geburt abstinent blieben, vergleichbar mit dem von Nichtraucher:innen. Niedriges Alter, eine geringe Bildung und eine höhere Raucherfrequenz standen am stärksten mit einem Rückfall in Verbindung. Die erste Geburt und ein nicht rauchende:r Partner:in wurden mit einer langfristigen Abstinenz verbunden. Deshalb könnte für die erfolgreiche Abstinenz der Einbezug des rauchenden Umfeldes in die Intervention fördernd sein. Weniger als die Hälfte der befragten Mütter, welche bis zum sechsten Monat wieder rauchten, erreichten die in Deutschland empfohlene Mindestdauer von vier Monaten an überwiegendem Stillen. Die Forschenden interpretieren, dass Rückfallinterventionen, die das langfristige Stillen fördern, die Rauchabstinenz mindestens bis zum Zeitpunkt des kompletten Abstillens verlängern können. Es bleibt unklar, ob längeres Stillen zu einer langfristigen Rauchabstinenz führt. Die Auswirkung eines Rauchrückfalls auf das Stillverhalten war keine Priorität in der „SPATZ“ Studie. Der Studie fehlen deshalb Daten über die

beabsichtigte Stlldauer und die Absicht mit dem Rauchen aufzuhören. Dies hinderte die Forschenden, die Kausalität und Verhaltensmuster im Zusammenhang mit der langfristigen Raucherentwöhnung zu untersuchen. Die Rauchabstinenz wurde nicht biochemisch kontrolliert, was zu Fehlklassifizierung geführt haben könnte. Eine Stärke der Studie ist die hohe Rate an Frauen, die beabsichtigten zu stillen. Die Bedingung, dass die Teilnehmenden bei Entlassung aus dem Spital stillen sollten, stellte diese hohe Rate sicher.

#### 4.6.1 Kritische Würdigung

Das Themenfeld wurde mit vorhandener theoretischer, empirischer Literatur erläutert und logisch aufgezeigt. Die gewählten Literaturquellen passen inhaltlich zur Zielsetzung, sind aber nicht auf dem neusten Stand. Die Forschungslücke ist ersichtlich, da viele Studien bisher das Thema Stillen mit Rauchentwöhnung in Verbindung gebracht haben, jedoch wurde in nur wenigen Studien darauf der Fokus gelegt. Die Studie beinhaltete Analysen und Beschreibungen der übergeordneten «SPATZ» Studie, wobei dazu keine genaueren Angaben gemacht wurden. Die Ziehung der Stichprobe wurde präzise beschrieben und erscheint nachvollziehbar. Die Population passt zur Zielsetzung und wirkt repräsentativ. Nicht bei allen Teilnehmenden war die Methode der Datenerhebung gleich. Diejenigen, welche telefonisch nicht erreicht wurden, erhielten einen Fragebogen zugeschickt. Somit wurde keine Standardisierung erreicht. Die Teilnahme war freiwillig und alle Teilnehmenden gaben ihre schriftliche Einwilligung. Es wurden relevante Ergebnisse übersichtlich dargestellt und diskutiert. Die Forschenden interpretierten die Ergebnisse und zeigten viele ihrer zusätzlichen Gedanken auf. Zur Diskussion der Resultate wurden viele andere Studien hinzugezogen und diskutiert. Diese Ergebnisse haben praktische Bedeutung, da sie den Müttern helfen können, ihre Rauchabstinenz zu verlängern und somit eine umfassendere Betreuung gewährleistet werden kann.

#### 4.6.2 Einschätzung der Güte

Für die Einschätzung der Güte wurde gemäss den Kriterien nach Bartholomeyczik und Käppeli (2008) vorgegangen. Es wurde ein Fragebogen als Alternative zum Telefongespräch verwendet, wodurch die Datenerhebung nicht bei allen Teilnehmenden gleich ist und keine Standardisierung vorgenommen wurde. Eine bessere Beschreibung der Objektivität der übergeordneten Studie wäre wünschenswert. Die Methode wurde detailliert und präzise beschrieben, was zur Reliabilität beiträgt. Die Ziehung der

Stichprobe und Erhebung der Daten ist klar ersichtlich. Die Teilnehmenden der Studie haben ähnliche demografische Daten. Dies führt zu einer tieferen externen Validität. Die Studie wird auf der Evidenzlevelpyramide nach DiCenso et al. (2009) auf der untersten Stufe eingeordnet, da es sich um eine Fallstudie handelt.

## 5 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde anhand der aufgeführten Hauptstudien nach Interventionen und Faktoren gesucht, welche die Abstinenz nach der Geburt von Müttern unterstützten. Grundlegend weist keine der Hauptstudien eine Intervention nach, die eine langfristige, signifikante Wirkung zeigt. In den folgenden Kapiteln werden die einzelnen Ergebnisse kritisch miteinander verglichen, um daraus Empfehlungen für die Edukation aufzuzeigen. Das Best Practice Modell mit den vier Dimensionen wird als Leitfaden für die Diskussion genutzt. Die genaue Erläuterung zu den Hintergründen des Best Practice Modell wird im Kapitel 2 «Theoretischer Hintergrund» beschrieben.

### 5.1 Wissen

In der Dimension «Wissen» vermitteln Gesundheitsfachpersonen evidenzbasiertes Wissen und Erfahrungen an Patient:innen und deren Angehörigen, was ein Teil des Edukationsprozess darstellt.

Grundsätzlich ist es wichtig, den Eltern aufzuzeigen, welche Konsequenzen das Passivrauchen für ihr Kind bedeuten kann. Die Passivrauchexposition von Neugeborenen erhöht ihre Morbidität (Lux et al., 2010). Die Minimierung des Gesundheitsrisikos für das Baby wird als wichtige Motivation für eine Abstinenz genannt (Kocatas et al., 2019; Logan et al., 2016). Wichtig zu beachten ist jedoch, dass für die Konsumierenden die positiven Effekte des Rauchens dominieren. Dazu zählen die beruhigende Wirkung (Batra & Buchkremer, 2017; Rupp & Kreuter, 2017), das Ausbleiben des Unwohlseins und die Wachheit im Kopf (Rupp & Kreuter, 2017). Für die Informierung im Edukationsprozess ist es bedeutsam, diese Effekte zu thematisieren und allenfalls alternative Möglichkeiten zu finden, um die positiven Effekte zu ersetzen.

Die untersuchten Interventionen zur Abstinenzhaltung gliederten sich hauptsächlich in Beratungen, was laut Schewior-Popp et al. (2021) zur Edukation zählt. Pollak et al. (2016) fanden einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der wahrgenommenen Beratungen und der Wahrscheinlichkeit einer Abstinenz. Die Themen, welche in den untersuchten Studien bei den Beratungen angesprochen werden, variieren. Die Beratungsthemen von Hannover et al. (2009) weisen keine signifikanten Wirkungen in Bezug auf die Abstinenz auf. Hingegen zeigen die angesprochenen Beratungsthemen von Levine et al. (2016) und Pollak et al. (2016) nach zwölf Monaten höhere Abstinenzraten, jedoch ohne signifikanten Unterschied der Gruppen. Die Kontrollgruppe von Pollak et al. (2016) erhielten monatliche

Newsletter, was laut Schewior-Popp et al. (2021) als Informierung zählt. Daraus kann die Wirksamkeit der Edukation interpretiert werden, da beide Gruppen von Pollak et al. (2016) eine Form der Edukation erhielten. Es ist allerdings zu beachten, dass es keine Kontrollgruppe gänzlich ohne Intervention gab. Deshalb ist die Aussagekraft der Studie von Pollak et al. (2016) eingeschränkt. Auch Levine et al. (2016) wendeten bei beiden Gruppen Interventionen an. Pollak et al. (2016) und Levine et al. (2016) haben im Vergleich zu Hannover et al. (2009) eine halb so grosse Stichprobe verwendet. Dies schwächt die Aussagekraft der beiden Studien. Durch den verzögerten Beginn der Intervention, die erst nach ungefähr 35 Tagen nach der Geburt erfolgte, wird die Aussagekraft der Studie von Hannover et al. (2009) jedoch auch beeinträchtigt.

Levine et al. (2016) fanden es wichtig, Interventionen zur Rückfallprävention gezielt auf die Bedürfnisse der jeweiligen Person anzupassen, um dadurch ein besseres Outcome zu erreichen. Pollak et al. (2016) führten eine Einteilung in Risikogruppen durch, um die Interventionen optimaler auf die Bedürfnisse anpassen zu können. Die Interventionen unterschieden sich in der Anzahl an Telefonberatungen. Hannover et al. (2009), Kocatas et al. (2019), Logan et al. (2016) und Su und Buttenheim (2014) führten keine spezifische Gruppeneinteilung durch, um die Interventionen den Bedürfnissen entsprechend anzupassen. Deshalb ist die Evidenz für eine an Bedürfnisse angepasste Intervention in den gewählten Studien nicht gegeben. Jedoch finden Levine et al. (2016), Logan et al. (2016) und Su und Buttenheim (2014) es wichtig, die Risikofaktoren für einen Rauchrückfall zu kennen. Dies wirft einen gewissen Widerspruch auf. Sie führten zwar keine spezifischen Massnahmen anhand der Risikofaktoren durch. Jedoch deutet dies darauf hin, dass sie es trotzdem wichtig finden, die Risikofaktoren zu identifizieren und danach zu handeln. Pollak et al. (2016) haben herausgefunden, dass Frauen mit wenig Risiko für einen Rückfall, hohe Abstinenzraten aufwiesen, wenn sie eine Intervention erhielten, die nicht gezielt auf das Rauchen einging. Es lässt sich daraus schliessen, dass die individuelle Anpassung von Interventionen anhand von Risikofaktoren nicht evidenzbasiert sind, jedoch trotzdem als wichtig erachtet werden.

Eine wichtige Erkenntnis aus den Ergebnissen der Studien ist der Einfluss des Stillens auf die Abstinenz. Logan et al. (2016) haben einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Zeitraum des Rückfalls und dem des überwiegenden Stillens gefunden. Daraus ist abzuleiten, dass das Stillen als eine Intervention zur Förderung der Abstinenz genutzt werden kann. Diese Erkenntnis stützen auch Kocatas et al. (2019). Sie verdeutlichen die

Risikosenkung im Zusammenhang mit dem überwiegenden Stillen (Kocatas et al., 2019). Jedoch zeigt es keine langfristige Wirkung, da bei Beendigung des Stillens, das Rauchen wieder begonnen wird (Kocatas et al., 2019). Möglicherweise ist ein Rückfall nach dem Beenden des Stillens verhinderbar, wenn zuvor eine Alternative zum Rauchen gefunden werden kann. Dies thematisiert auch Levine et al. (2016) in den Beratungen. Sie sprechen von der Nutzung körperlicher Aktivität als Alternative zum Rauchen (Levine et al., 2016). Generell soll in der Dimension «Wissen» den Patient:innen und deren Angehörigen das vorhandene Wissen und die Erfahrungen der Gesundheitsfachpersonen zur Verfügung stehen. Sie sollen zuerst informiert und anschliessend beraten werden. Um den Edukationsprozess optimal gestalten zu können, ist es wichtig, alle Dimensionen des Best Practice Models miteinzubeziehen, da sie sich gegenseitig beeinflussen.

## 5.2 Werte

Die Dimension «Werte» beinhaltet die Normen und Werte der einbezogenen Gesundheitsfachpersonen, der involvierten Patient:innen und deren Angehörigen (Broesskamp-Stone et al., 2010). Um eine Edukation möglichst individuell gestalten zu können, ist es essenziell die Werte des Gegenübers zu kennen. Zu den Werten und Normen gehören die Motivationsgründe, um abstinent zu bleiben.

Wie bereits in der Dimension «Wissen» genannt, ist die Gesundheit des Babys oftmals eine grosse Motivation, abstinent zu bleiben (Kocatas et al., 2019; Logan et al., 2016). Die Schwangerschaft und die Geburt sind ein wichtiger Zeitpunkt, um eine bedeutende Änderung des Gesundheitsverhalten zu bewirken (Hannöver et al., 2009). Laut Hannover et al. (2009) stoppen etwas weniger als die Hälfte aller schwangeren Raucherinnen das Rauchen ohne eine Intervention. 50-80% der Frauen fallen innerhalb von zwölf Monaten nach der Geburt wieder in die gewohnten Rauchmuster zurück (Reiber et al., 2021). Für eine optimale Edukation ist es besonders wichtig, Motivationsgründe zu kennen, um diese bestmöglich einsetzen zu können. Su und Buttenheim (2014) zeigen wiederum auf, dass Frauen, die ohne Interventionen mit dem Rauchen stoppten, eine signifikant höhere Abstinenzrate aufweisen. Daraus lässt sich schliessen, dass die Änderung des Gesundheitsverhalten teilweise doch langfristig anhält. Pollak et al. (2016) zeigen die Wichtigkeit des Einflusses der eigenen Motivation in Bezug auf die Abstinenz auf. Frauen, die einen Rückfall vorausgesagt hatten, sind zu 79% rückfällig geworden. Wohingegen Frauen, mit der Voraussage keinen Rückfall zu erleiden, lediglich 54% einen Rückfall

erlitten (Pollak et al., 2016). Kocatas et al. (2019) meinen, dass nebst der Motivation eine hohe Entschlossenheit und Selbstwirksamkeit sehr effektiv für eine anhaltende Abstinenz sein kann. Dieses Ergebnis wird von keiner der anderen untersuchten Studien gestützt oder widerlegt. Jedoch sagen Batra und Buchkremer (2017), dass «die wichtigste Voraussetzung die eigene Entschlossenheit [ist]...» (Batra & Buchkremer, 2017, S. 33). Su und Buttenheim (2014) zeigen auf, dass Interventionen, die externe Anreize wie Geld- oder Gutscheinelohnungen beinhalten, hohe Abstinenzraten acht Monate nach der Geburt bewirken. Der externe Anreiz kann im Körper ein Belohnungsgefühl auslösen, was zu einer Dopaminausschüttung führt (Huch & Jürgens, 2019). Rupp und Kreuter (2017) erklären, dass Nikotin im Körper zur Ausschüttung von Dopamin, dem Glückshormon, führt. Daraus kann interpretiert werden, dass Interventionen, welche externe Anreize involvieren, mit der Wirkung des Nikotins im Körper vergleichbar sind. Daher kann ein externer Anreiz als Alternative zum Rauchen dienen. Allerdings zeigen Su und Buttenheim (2014), dass die Rauchgewohnheiten teilweise wieder zurückkehren, sobald der externe Anreiz weggenommen wird. Dabei gilt zu beachten, dass im Review von Su und Buttenheim (2014) lediglich drei Studien Belohnungen als Intervention verwendeten. Deshalb gilt es diese Erkenntnis unter Vorbehalt zu berücksichtigen.

Um die Werte und Normen optimal in den Edukationsprozess einbinden zu können, ist es bedeutsam, die Motivation der Eltern zu kennen. Für den Edukationsprozess kann ein externer Anreiz stützend zur Motivation und Entschlossenheit eingebunden werden, was zu einer anhaltenden Abstinenz führen kann.

### 5.3 Kontext

Die Dimension «Kontext» umfasst die soziokulturellen Bedingungen und die aktuelle Lebenssituation der Betroffenen (Broesskamp-Stone et al., 2010).

Um die Edukation auf den Kontext anpassen zu können, ist es wichtig, kontextuelle Risikofaktoren für einen Rückfall zu erkennen. Zu den kontextuellen Risikofaktoren zählen ein niedriger Bildungsstand (Levine et al., 2016; Logan et al., 2016, 2016; Lux et al., 2010; Reiber et al., 2021), Arbeitslosigkeit (Lux et al., 2010), ein junges Alter der Frauen (Levine et al., 2016; Logan et al., 2016), depressive Symptome (Levine et al., 2016), Stress (Kocatas et al., 2019; Levine et al., 2016; Pollak et al., 2016) und ein rauchendes, soziales Umfeld (Kocatas et al., 2019; Rupp & Kreuter, 2017). Gegensätzlich meinen Pollak et al. (2016), dass es keinen Zusammenhang zwischen Bildungsstand, rauchendem Umfeld und



Abstinenz gibt. Pollak et al. (2016) hatten in der Kontrollgruppe monatlich Newsletter mit allgemeinen Gesundheitsinformationen zum Rauchen verteilt. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich individuelle Beratungen anhand ihrer Risikoeinteilung. Dadurch konnte kein neutraler Vergleich zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe gemacht werden und die Aussagekraft ist eingeschränkt. Auch bei Levine et al. (2016) war kein neutraler Vergleich zwischen den Gruppen möglich. Zwar gab es in der Studie eine Interventions- und Kontrollgruppe, jedoch keine Gruppe gänzlich ohne Intervention. Allerdings werden die Aussagen von Levine et al. (2016) bezüglich der Risikofaktoren von anderen Ergebnissen gestützt, wodurch die Aussagekraft erhöht wird.

Die Geburt stellt ein stressiges Lebensereignis für die Eltern dar (Kocatas et al., 2019). Einige Studien zeigen, dass Stress einen Rauchrückfall begünstigen kann (Kocatas et al., 2019; Levine et al., 2016; Pollak et al., 2016). Wie Batra und Buchkremer (2017), sowie Rupp und Kreuter (2017) erläutern, hat der Konsum von Zigaretten eine beruhigende Wirkung, was in einer stressigen Situation gewünscht wird. Reiber et al. (2021) belegen diese Aussage. Sie erläutern, dass Mütter das Rauchen häufig zur gezielten Stressreduktion einsetzen (Reiber et al., 2021). Su und Buttenheim (2014) erkannten auch einen Zusammenhang zwischen Frauen, welche nicht spontan aufgehört haben zu rauchen und einem hohen Stresslevel. Deshalb ist es wichtig, die Stressoren im Kontext zu identifizieren und diesen entsprechend entgegenzuwirken. Logan et al. (2016) erkannten bei einer Verbesserung von Stress eine positive Auswirkung auf die Abstinenz. Pollak et al. (2016) wendeten eine neunmonatige Intervention an, um die Frauen auch in stressigen Zeiten begleiten zu können. Dazu wird beispielsweise der Wiedereinstieg in die Arbeitswelt gezählt (Pollak et al., 2016). Auch die Unterstützung des:der Partner:in kann in stressigen Situationen hilfreich sein. Kocatas et al. (2019) nennen den:die Partner:in als wichtige Ressource für die Frau, um abstinent zu bleiben. Diese Aussage unterstützen auch Logan et al. (2016). Sie erkennen, dass die Abstinenz des:der Partners:in einen wichtigen Einfluss auf die langfristige Abstinenz der Frau hat (Logan et al., 2016). Su und Buttenheim (2014) fanden heraus, dass Frauen, die nicht spontan aufhören zu rauchen, eher mit einem:einer rauchenden Partner:in zusammenlebten. Diese Ergebnisse zeigen die Wichtigkeit auf, bei einer Edukation das soziale Umfeld, respektive den:die Partner:in zu involvieren.

Su und Buttenheim (2014) erläutern, dass selbst intensive Interventionen bei Frauen mit nicht spontanem Rauchstopp nur einen geringen Erfolg erzielten. Zu diesen intensiven

Interventionen zählten Beratungsgespräche und die wöchentliche Zusendung von Selbsthilfebroschüren (Su & Buttenheim, 2014). Levine et al. (2016) erkennen eine positive Auswirkung ihrer durchgeführten Interventionen auf die Abstinenz bei jungen Frauen mit niedrigem Bildungsstand. Diese Frauen würden anhand der Risikofaktoren in ein hohes Rückfallrisiko kategorisiert werden. Die Erkenntnisse können wiederum mit der Risikoeinteilung und den darauf abgestimmten Interventionen verknüpft werden, was in der Dimension «Wissen» beschrieben wird. Grundsätzlich sind alle Frauen, die vor oder während der Schwangerschaft geraucht hatten, langfristig anfällig für einen Rückfall (Su & Buttenheim, 2014). Diese Erkenntnis belegen auch Hannöver et al. (2009) und Levine et al. (2016), denn nur wenige Frauen erreichen eine langanhaltende Abstinenz. Unabhängig davon, ob sie spontan oder nicht spontan mit dem Rauchen gestoppt haben (Su & Buttenheim, 2014). Su und Buttenheim (2014) erkennen, dass Interventionen zur anhaltenden Rauchabstinenz auf die Frau und ihren Kontext abgestimmt sein müssen. Diese Erkenntnis stützt die Diskussion in der Dimension «Wissen», dass die individuelle Abstimmung von Interventionen bedeutend für eine langfristige Abstinenz ist. Deshalb ist es wichtig, den Kontext in der Edukation zu berücksichtigen. Dadurch könnten die Chancen erhöht werden, eine anhaltende Abstinenz zu erreichen.

#### 5.4 Interprofessionalität

Die Dimension «Zwischenmenschlichen Ebene und Arbeitskultur» fokussiert sich hauptsächlich auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Laut Koch et al. (2021) sind die zwischenmenschlichen Beziehungen der Gesundheitsfachpersonen und ein gegenseitiges Vertrauen wichtig für eine gute Zusammenarbeit. Damit Vertrauen entstehen kann, ist es bedeutend, dass die Gesundheitsfachpersonen ihre Kompetenzgrenzen kennen (Koch et al., 2021).

Levine et al. (2016) finden heraus, dass die Rate der langfristigen Abstinenz durch den Kontakt von Frauen mit medizinischen Fachkräften nach der Geburt positiv beeinflussen werden kann. Kocatas et al. (2019) folgern, dass es Frauen hilft, bereits vor der Geburt mit Gesundheitsfachpersonen über die Folgen des Nikotinkonsums zu sprechen. Dies wiederum stützt die Aussage von Levine et al. (2016), dass es essenziell ist, bereits vor der Geburt die Abstinenz zu fördern. Wie bereits in der Dimension «Wissen» beschrieben, fanden Pollak et al. (2016) einen Zusammenhang zwischen Beratungen und einer höheren Wahrscheinlichkeit abstinent zu bleiben. Diese Beratungen im Alltag von

Pflegefachpersonen und Hebammen umzusetzen, ist jedoch eher schwierig, da es oft an Ressourcen mangelt, wie beispielsweise an Zeit (Schärli et al., 2017). Daraus kann sich in der interprofessionellen Zusammenarbeit ein Vorteil ziehen lassen. Durch eine gute Aufteilung der Arbeit und optimale Abstimmung zwischen Pflegefachpersonen und Hebammen kann Zeit eingespart werden. Dem gegenüber haben Hannöver et al. (2009) im Zusammenhang mit Beratungen durch Gesundheitsfachpersonen keinen Einfluss auf die Abstinenz erkennen können. Da die Studie von Hannöver et al. (2009) jedoch eine Intervention von geringer Intensität durchführte und erst 35 Tage nach der Geburt damit startete, ist dieses Resultat unter Vorbehalt zu werten. Durch die interprofessionelle Zusammenarbeit können komplexe Gesundheitsanliegen wie Rauchstopp gemeinsam angegangen werden (WHO, 2010). Auch Gurtner und Wettstein (2019) betonen, dass keine Profession eine umfassende Gesundheitsversorgung alleine anbieten kann. Mithilfe der interprofessionellen Zusammenarbeit steigt die Versorgungsqualität und die Patientenzufriedenheit an (Atzeni et al., 2017).

Um spezifische Massnahmen anwenden zu können, ist es als Gesundheitsfachperson relevant, Risikofaktoren für einen Rückfall nach der Geburt zu identifizieren (Levine et al., 2016). Dieser Aussage stimmen auch Kocatas et al. (2019) zu. Sie finden es zudem wichtig, präventive Massnahmen anhand von beobachteten Risikofaktoren für eine Abstinenz zu planen (Kocatas et al., 2019). Dies verdeutlicht die Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit. Um präventive Massnahmen planen zu können, muss die Frau bereits während der Schwangerschaft bezüglich der Abstinenz betreut werden. Thyrian et al. (2005) und Levine et al. (2016) unterstreichen diese Aussage. Auch sie meinen, dass es wichtig ist, vor, während und nach der Schwangerschaft die Frauen in der Abstinenz zu unterstützen (Levine et al., 2016; Thyrian et al., 2005). Schewior-Popp et al. (2021) sagen, dass aus der Sicht der Edukation die interprofessionelle Zusammenarbeit vorteilhaft sein kann. Die interprofessionelle Zusammenarbeit für die Edukation von Patient:innen und deren Angehörige benennen Schärli et al. (2017) sogar als Voraussetzung.

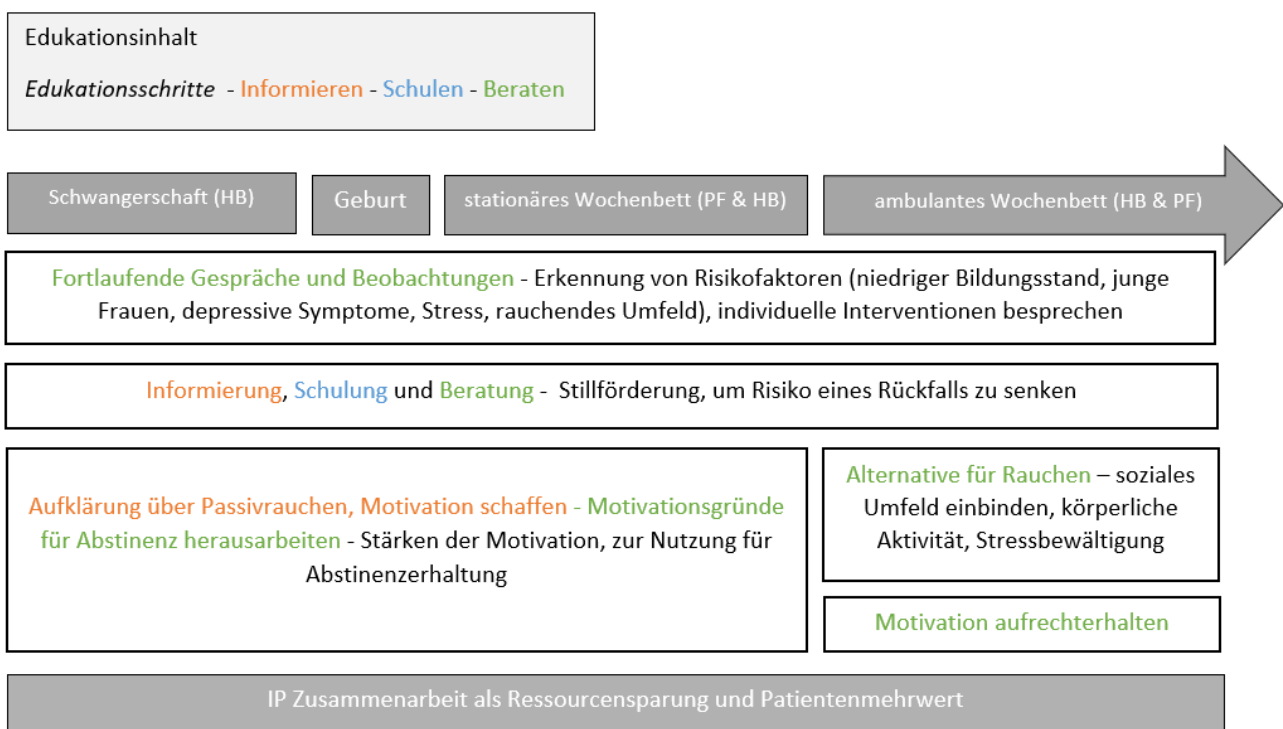
Wenn die Gesundheitsfachpersonen alle Dimensionen in ihr Vorgehen miteinbeziehen, dieses regelmässig reflektieren und hinterfragen, können sie nach Best Practice arbeiten (Broesskamp-Stone et al., 2010).

## 5.6 Theorie-Praxis-Transfer

Durch die hohe Rückfallquote von Frauen nach der Geburt sind die ersten sechs Monate wichtig, um die Abstinenz der Eltern zu fördern und unterstützen. In dieser Arbeit wurde diese Zeitspanne auf drei Monate definiert, da in diesem Zeitraum die Eltern mit Gesundheitsfachpersonen in Kontakt sind. Für Gesundheitsfachpersonen ist es essenziell, genau hinzuschauen und eine Edukation proaktiv anzubieten. In Abbildung 3 ist eine Grafik mit Implikationen für die Praxis illustriert. Diese soll als Leitfaden für eine individuelle Edukation dienen. Dabei stehen hauptsächlich die Informierung und die Beratung im Vordergrund. Die Schulung stellt hier nur einen kleinen Teil der Edukation dar.

### Abbildung 10

#### Grafik des Theorie-Praxis-Transfers



*Anmerkung:* HB = Hebamme, PF = Pflegefachperson, IP = Interprofessionell.

Durch die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hebammen und Pflegefachpersonen können die zeitlichen Mehraufwände für eine Edukation aufgeteilt und dadurch reduziert werden. Zusätzlich findet durch die interprofessionelle Zusammenarbeit eine grössere Abdeckung der Zeitspanne statt. Hebammen sind bereits vor und während der

Schwangerschaft mit den Eltern in Kontakt. Vorteilhaft dabei ist, dass sie frühzeitig mit der Edukation beginnen können. Im stationären und ambulanten Wochenbett ist dabei die Hauptschnittstelle der interprofessionellen Zusammenarbeit. Im stationären Wochenbett sind mehrheitlich Pflegefachpersonen vertreten, welche die Edukation übernehmen können unter Mitarbeit der Hebammen. Im ambulanten Wochenbett sind wiederum überwiegend Hebammen tätig. Jedoch werden sie in gewissen Situationen von den Pflegefachpersonen unterstützt. Dabei können auch Pflegediagnosen als Leitfaden für die interprofessionelle Edukation dienen. Eine gute Kommunikation und funktionierende Zusammenarbeit zwischen den Professionen sind dabei sehr wichtig. Die Edukation kann so optimal weitergeführt und vertieft werden.

### 5.7 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung, welche Edukationsaspekte wichtig sind, um die langfristige Rauchabstinenzhaltung von Eltern in den ersten drei Lebensmonaten ihres Säuglings zu fördern, konnte nur teilweise beantwortet werden. Die verwendeten Studien zeigen Interventionen auf, die für eine Edukation nützlich, jedoch ohne langfristige Wirkung sind. Um die Eltern in den ersten der Lebensmonaten ihres Säuglings in der Abstinenzhaltung zu unterstützen, können diese Interventionen im Edukationsprozess trotzdem hilfreich sein.

## 6 Limitationen der Arbeit

Bei dieser Arbeit war die Zeitspanne der Fragestellung auf drei Monate ausgelegt, da dann die Gesundheitsfachpersonen mit den Eltern in Kontakt sind. Jedoch genügt diese Zeitspanne nicht, für eine Aussage über einen langfristigen Effekt. Zudem wird die Langfristigkeit je nach Literatur unterschiedlich definiert. Eine weitere Limitation besteht in der Auswahl der Studien. Die Studienlage zur Thematik ist einerseits unterschiedlich aufgebaut in Bezug auf die Interventionen und andererseits gibt es keine evidenzbasierte Literatur zur Anwendung der Edukation. Deshalb mussten Studien mit Interventionen zur Abstinenzhaltung in den Fokus genommen werden. Die Hauptstudien verwendeten unterschiedliche Interventionen, woraus eine breite Spanne an Ergebnissen resultierten. Diese wurden anschliessend in der Diskussion interpretiert und auf die Edukation übertragen. Deshalb sind die genutzten Studien in diesem Literaturreview nur teilweise vergleichbar. Der Vergleich der unterschiedlichen Studiendesigns war schwierig und nur bedingt möglich. Des Weiteren sind interprofessionelle Studien zwischen Hebammen und Pflegefachpersonen schwierig zu finden, da die interprofessionelle Zusammenarbeit noch in der Entwicklung ist. Durch die Benutzung von englischen Studien können Übersetzungsfehler passiert sein. Es ist wichtig zu erwähnen, dass in den Studien die Begriffe «Rauchstopp», «Abstinenz» oder «Rauchentwöhnung» teilweise unterschiedlich definiert wurden. Dadurch sind Definitionsfehler nicht komplett auszuschliessen. Durch die limitierte Wortanzahl war eine detaillierte Auflistung weiterer Aspekte, wie beispielsweise die beschränkten Ressourcen, nicht möglich. Darüber hinaus ist die Übertragbarkeit eingeschränkt, da es sich um Studien aus Europa und den USA handelt. Somit können die Ergebnisse auf andere Industrieländer angewandt werden. Die Übertragbarkeit auf Entwicklungsländer ist jedoch nicht gegeben. Aufgrund der genannten Aspekte sind die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit unter Vorbehalt zu werten.

## 7 Schlussfolgerung

In dieser Arbeit fand eine Ausarbeitung der Edukationsaspekte (Siehe Abbildung 3) statt, wobei die langfristige Wirkung davon unklar bleibt. Es zeigte sich, dass verhaltenstherapeutische- und Telefonberatungen die häufigsten Interventionen sind. Die gewählten Studien zeigen eine erhöhte Abstinenzrate am Ende der Schwangerschaft. Es ist allerdings unklar, ob eine auf Edukation aufbauende Intervention zu einer langfristigen Abstinenzrate führen kann. Dies deutet darauf hin, dass die Edukation in Bezug auf die Abstinenzhaltung zu wenig erforscht ist. Was wiederum impliziert, dass in diesem Bereich mehr Forschung betrieben werden sollte.

Die Stillförderung soll zur Abstinenzhaltung Anwendung finden, da sich eine höhere Abstinenzrate bei stillenden Frauen erwies. Diese hielt jedoch nur während der Stillzeit an. Als wichtiger Faktor für eine Abstinenz stellte sich das Wissen um das hohe Gesundheitsrisiko für das Kind heraus. Es zeigte sich, dass die Motivation für eine Abstinenz in der Schwangerschaft und beim Stillen höher ist. Mit einer Verbesserung der Informationen könnte sich dies auch auf die Zeit nach der Geburt und nach dem Stillen auswirken. Ein Auslöser für einen Rückfall ist oft der Stress. Mit der individuellen Unterstützung der Gesundheitsfachpersonen und der Einbindung des Umfeldes, wäre eine Senkung dieses Risikofaktors möglich. Die konkrete Umsetzung der erwähnten Massnahmen in die Praxis, unter Berücksichtigung von zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen, bleibt offen. Auch die Durchführung von anreizschaffenden Interventionen zählt zu diesen Massnahmen. Die Frage, wer beispielsweise Gutscheinelohnungen bezahlt, bleibt ungewiss. Diese Erkenntnisse stellen wiederum einen weiteren Aspekt für die Forschung dar. Bedeutsam ist es als Gesundheitsfachperson die Thematik der Rauchabstinenz mit den Eltern zu besprechen. Dazu können die Implikationen für die Edukation dieser Arbeit in der Praxis angewendet werden. Die Abstinenzhaltung ist ein wichtiges Thema, um gesundheitliche Risiken für Eltern und Kind zu minimieren. Um diese Aufgabenstellung vollumfänglich zu bearbeiten, sollten Hebammen und Pflegefachpersonen zusammenarbeiten. So können die Eltern während der ganzen Zeitspanne der Schwangerschaft bis nach der Geburt abgeholt und begleitet werden. Auch wenn Pflegefachpersonen oder Hebammen die Risikofaktoren der Frauen für einen Rückfall kennen, kann schon vieles bewirken. Sie können dadurch die Edukation individuell anpassen. Die Autorenschaft findet es wichtig, diesem Thema mehr

Aufmerksamkeit zu schenken, um so eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens zu bewirken.



## Literaturverzeichnis

- Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. *Swiss Academies Reports*, 12(2).  
<https://www.samw.ch/de/Publikationen/Empfehlungen.htm/>
- BAG. (2018). *Tabakkonsum während der Schwangerschaft in der Schweiz* [Faktenblatt]. Eidgenössisches Departement des Innern EDI.  
[http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/bundesamt\\_fur\\_gesundheit\\_bag\\_43r5llya\\_bxaw.pdf](http://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/bundesamt_fur_gesundheit_bag_43r5llya_bxaw.pdf)
- BAG. (2020, April 14). *Rauchende verlieren Lebenszeit und Lebensqualität*.  
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/tabak/gesundheitsliche-folgen-rauchen.html>
- Bartholomeyczik, S., & Käppeli, S. (Hrsg.). (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie* (1. Aufl.). Urban & Fischer in Elsevier.
- Batra, A., & Buchkremer, G. (2017). *Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten* (6. Aufl.). Kohlhammer.
- Bossung, V. (2022). Nikotin- und Cannabisabusus in der Schwangerschaft. *GYNÄKOLOGIE*, 27(3), 8–11.  
<https://www.rosenfluh.ch/media/gynaekologie/2022/03/Nikotin-und-Cannabisabusus-in-der-Schwangerschaft.pdf>
- Brendel, K., Bauer, N. H., Stiefel, A., & Harder, U. (2020). *Hebammenkunde Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6. Aufl.). Georg Thieme Verlag.
- Bridges, D. R., Davidson, R. A., Soule Odegard, P., Maki, I. V., & Tomkowiak, J. (2011). Interprofessional collaboration: Three best practice models of interprofessional education. *Medical Education Online*, 16(1). <https://doi.org/10.3402/meo.v16i0.6035>
- Broesskamp-Stone, U., Ackermann, G., Ruckstuhl, B., & Steinmann, R. (2010). *Best practice - Ein normativer Handlungsrahmen für optimale Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention*.  
[https://www.quintessenz.ch/de/files/Best\\_Practice\\_Rahmen\\_11.pdf](https://www.quintessenz.ch/de/files/Best_Practice_Rahmen_11.pdf)

- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Gurtner, S., & Wettstein, M. (2019). *Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen - Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung*. Berner Fachhochschule, Departement Wirtschaft. [https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M5-anreize.html#dokumente\\_content\\_bag\\_de\\_home\\_das-bag\\_publikationen\\_forschungsberichte\\_forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen\\_forschungsberichte-interprofessionalitaet-M5-anreize\\_jcr\\_content\\_par\\_tabs](https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M5-anreize.html#dokumente_content_bag_de_home_das-bag_publikationen_forschungsberichte_forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen_forschungsberichte-interprofessionalitaet-M5-anreize_jcr_content_par_tabs)
- Hannöver, W., Thyrian, J. R., Röske, K., Grempler, J., Rumpf, H.-J., John, U., & Hapke, U. (2009). Smoking cessation and relapse prevention for postpartum women: Results from a randomized controlled trial at 6, 12, 18 and 24 months. *Addictive Behaviors*, 34(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.07.021>
- Huch, R., & Jürgens, K. D. (Hrsg.). (2019). *Mensch, Körper, Krankheit: Anatomie, Physiologie, Krankheitsbilder*. (8. Aufl.). Elsevier.
- Kocatas, S., Guler, N., & Sezer, R. E. (2020). The opinions regarding smoking behaviors in the postpartum period of the women who quit smoking during pregnancy: A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 54–62. <https://doi.org/10.1111/ppc.12373>
- Koch, R., Loytved, C., König-Bachmann, M., & Grylka-Baeschlin, S. (2021). Best Practice in der interprofessionellen Schwangerenvorsorge. *GMS Zeitschrift für Hebammenwissenschaft*. <https://www.egms.de/en/journals/zhwi/2021-8/zhwi000023.shtml>
- Körner, M., Göritz, A. S., & Bengel, J. (2014). Healthcare professionals' evaluation of interprofessional teamwork and job satisfaction. *International Journal of Health Professions*, 1(1), 5–12. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2014-0006>

- Kuntz, B., Zeiher, J., Starker, A., Prütz, F., & Lampert, T. (2018). Rauchen in der Schwangerschaft - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 47–54. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-009>
- Levine, M. D., Cheng, Y., Marcus, M. D., Kalarchian, M. A., & Emery, R. L. (2016). Preventing Postpartum Smoking Relapse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, 176(4), 443–452. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.0248>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications Inc.
- Logan, C. A., Rothenbacher, D., & Genuneit, J. (2016). Postpartum Smoking Relapse and Breast Feeding: Defining the Window of Opportunity for Intervention. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(3), 367–372. <https://academic.oup.com/ntr/article-lookup/doi/10.1093/ntr/ntw224>
- London, F. (2003). *Informieren, Schulen, Beraten: Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation* (A. Zegelin, Hrsg.; S. Hinrichs, Übers.; 1. Aufl). Hans Huber. (Originalarbeit publiziert 1999)
- Lux, R., Borutta, B., & Walter, U. (2010). Passivrauchexposition und Tabakkonsum: Pädiatrische Präventionsansätze. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158(8), 774–782. <http://link.springer.com/10.1007/s00112-010-2170-z>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). *Motivational interviewing* (J. Reuß & C. Trunk, Übers.; 3. Aufl. in Deutsch). Lambertus.
- Pollak, K. I., Fish, L. J., Lyna, P., Peterson, B. L., Myers, E. R., Gao, X., Swamy, G. K., Brown-Johnson, A., Whitecar, P., Bilheimer, A. K., & Pletsch, P. K. (2016). Efficacy of a Nurse-Delivered Intervention to Prevent and Delay Postpartum Return to Smoking: The Quit for Two Trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(10), 1960 - 1966. <https://academic.oup.com/ntr/article-lookup/doi/10.1093/ntr/ntw108>
- Reiber, P., Graeb, F., Wolke, R., & Wolpert, I. (2021). Rauchfrei bleiben – auch nach der Geburt. *Die Hebamme*, 34(06), 47–55. <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/a-1580-9122>
- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*.

[https://moodle.zhaw.ch/pluginfile.php/169239/mod\\_folder/content/0/Arbeitsinstrument\\_Critical\\_Appraisal\\_AICA.pdf?forcedownload=1](https://moodle.zhaw.ch/pluginfile.php/169239/mod_folder/content/0/Arbeitsinstrument_Critical_Appraisal_AICA.pdf?forcedownload=1)

Röske, K., Hannover, W., Thyrian, J., Grempler, J., Rumpf, H.-J., John, U., & Hapke, U. (2006). Warum Frauen nach der Geburt ihres Kindes wieder mit dem Rauchen anfangen. *Das Gesundheitswesen*, 68(3), 171–175. <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-2006-926639>

Rupp, A., & Kreuter, M. (2017). *Rauchstopp*. Springer-Verlag GmbH. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-662-54035-0>

Schärli, M., Müller, R., Martin, J. S., Spichiger, E., & Spirig, R. (2017). Interprofessionelle Zusammenarbeit Pflegefachpersonen und Ärzteschaft: Eine Triangulation quantitativer und qualitativer Daten. *Pflege*, 30(2), 53–63. <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1012-5302/a000531>

Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (Hrsg.). (2021). *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung* (15. Aufl.). Georg Thieme Verlag KG. <https://doi.org/10.1055/b000000432>

Schieron, M., Büker, C., Zegelin, A., & Beckmann, S. (Hrsg.). (2021a). Grundlagen der Beratung. In *Patientenedukation und Familienbildung in der Pflege: Praxishandbuch zur Information, Schulung und Beratung* (1. Aufl., S. 167–206). Hogrefe Verlag.

Schieron, M., Büker, C., Zegelin, A., & Beckmann, S. (Hrsg.). (2021b). Grundlagen der Informationsvermittlung. In *Patientenedukation und Familienbildung in der Pflege: Praxishandbuch zur Information, Schulung und Beratung* (1. Aufl., S. 79–126). Hogrefe Verlag.

Schieron, M., Büker, C., Zegelin, A., & Beckmann, S. (Hrsg.). (2021c). Grundlagen zu Schulung. In *Patientenedukation und Familienbildung in der Pflege: Praxishandbuch zur Information, Schulung und Beratung* (1. Aufl., S. 127–166). Hogrefe Verlag.

Schieron, M., Büker, C., Zegelin, A., & Beckmann, S. (Hrsg.). (2021d). Nursing is teaching- Grundlagen und Entwicklungen. In *Patientenedukation und Familienbildung in der*

*Pflege: Praxishandbuch zur Information, Schulung und Beratung* (1. Aufl., S. 15–60). Hogrefe Verlag.

Su, A., & Buitenen, A. M. (2014). Maintenance of Smoking Cessation in the Postpartum Period: Which Interventions Work Best in the Long-Term?. *Maternal and Child Health Journal*, 18, 714–728. <http://link.springer.com/10.1007/s10995-013-1298-6>

Thyrian, J. R., Hannöver, W., Röske, K., John, U., & Hapke, U. (2005). Rauchen vor, während und nach der Geburt: Längsschnittliche Daten einer Bevölkerungsstichprobe. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 65(7), 687–689. <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-2005-865784>

World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

World Health Organization. (2019). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025* (3. Aufl.). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330221>

Zacharasiewicz, A., Horak, F., Fazekas, T., & Riedler, J. (2012). Tabakrauchexposition von Kindern und Jugendlichen: Folgen und Präventionsstrategien. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 160, 447–454. <http://link.springer.com/10.1007/s00112-011-2572-6>

ZHAW. (2022). *Z-MB-Sprachleitfaden ZHAW*. [https://gmppublic.zhaw.ch/GPMDocProdDPublic/Vorgabedokumente\\_ZHAW/Z\\_MB\\_Sprachleitfaden\\_ZHAW.pdf](https://gmppublic.zhaw.ch/GPMDocProdDPublic/Vorgabedokumente_ZHAW/Z_MB_Sprachleitfaden_ZHAW.pdf)

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1</b> <i>Best Practice Modell</i> .....	8
<b>Abbildung 2</b> <i>Flussdiagramm der Literaturrecherche</i> .....	11
<b>Abbildung 3</b> <i>Grafik des Theorie-Praxis-Transfers</i> .....	38

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1</b> <i>Keywords</i> .....	9
<b>Tabelle 2</b> <i>Ein- und Ausschlusskriterien</i> .....	10
<b>Tabelle 3</b> <i>Die Hauptstudien dieser Arbeit im Überblick</i> .....	13

## Wortanzahl

**Abstract:** 180 Wörter (ohne Keywords)

**Arbeit:** 11'416 Wörter

(Exklusive Titelblatt, Abstract, Vorwort, Inhaltsverzeichnis, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Tabellenverzeichnis, Abbildungsverzeichnis, Wortanzahl, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)

## Danksagung

Ein grosses Dankeschön geht an Prof. Dr. Marion Huber für die kompetente Beratung und die Unterstützung in den letzten Monaten. Einen weiteren Dank möchten wir an [REDACTED] und an [REDACTED] aussprechen, für das Korrekturlesen und die nützlichen Anmerkungen. Ausserdem möchten wir uns bei unseren Freunden und Familien bedanken, die uns in der Zeit des Schreibprozesses verständnisvoll und mental unterstützt haben. Zuletzt möchten wir uns gegenseitig für die respektvolle Zusammenarbeit und Unterstützung bedanken.



## Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Hilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Ort / Datum

Winterthur /  
02.05.2023

Unterschriften



Isabel Wiesler



Cécile Stadelmann

## Anhang

Dieses Kapitel beinhaltet ergänzende Protokolle und Nachweise.

### Anhang A Rechercheprotokoll

Datum	Datenbank	Keywords und Bolsche Operatoren	Treffer gesamt	Potenziell relevant	Verwendung BA
<b>CINAHL complete</b>					
21.08.2022		Postpartum smoking OR postpartal smoking AND parents AND smoking cessation OR stop smoking	8	4	1 - Smoking cessation and relapse prevention for postpartum women
27.08.2022		Postpartum period AND smoking cessation OR stop smoking AND intervention	100	4	1 - Maintenance of Smoking Cessation in the postpartum period
27.08.2022		Postpartum period AND education AND smoking cessation	29	3	2 - Postpartum Smoking relapse and Breastfeeding  Smoking cessation and relapse prevention for postpartum women
30.08.2022		Postpartum period AND smoking behavior	34	2	1 - The opinions regarding smoking behaviors in the postpartum period of the women who quit smoking during pregnancy
08.02.2023		prevention OR intervention AND postpartum AND smoking cessation OR stop smoking	235	20	6 - Preventing Postpartum Smoking Relapse.  Smoking cessation and relapse prevention for postpartum women

Datum	Datenbank	Keywords und Bolsche Operatoren	Treffer gesamt	Potenziell relevant	Verwendung BA
					Maintenance of Smoking Cessation in the postpartum period
					The opinions regarding smoking behaviors in the postpartum period of the women who quit smoking during pregnancy
					Efficacy of a Nurse-Delivered Intervention to Prevent and Delay Postpartum Return to Smoking
					Postpartum Smoking relapse and Breastfeeding
<b>PupMed</b>					
30.08.2022		Postpartum period AND smoking behavior AND smoking cessation AND parents	35	3	2 - Postpartum Smoking relapse and Breastfeeding
					Efficacy of a Nurse-Delivered Intervention to Prevent and Delay Postpartum Return to Smoking
12.12.2022		Education in smoking cessation AND postpartum AND nurse	6	2	1 - Efficacy of a Nurse-Delivered Intervention to Prevent and Delay Postpartum Return to Smoking
14.12.2022		smoking cessation AND postpartum AND education	35	2	0
<b>LIVIVO</b>					
12.12.2022		smoking cessation AND parents AND postpartum period	15	3	1 - Efficacy of a Nurse-Delivered Intervention to Prevent and Delay Postpartum Return to Smoking

Datum	Datenbank	Keywords und Bolsche Operatoren	Treffer gesamt	Potenziell relevant	Verwendung BA
14.12.2022		Education in smoking cessation AND postpartum AND nurse	92	4	1 - Postpartum Smoking relapse and Breastfeeding
<b>Swisscovery</b>					
12.12.2022		Smoking cessation AND relapse prevention AND postpartum AND education AND parents AND nurse	147	4	0

## Anhang B Kritische Würdigung der Studien nach AICA

Anhang B1 Kocatas et al., (2019). «The opinions regarding smoking behaviors in the postpartum period of the women who quit smoking during pregnancy: A qualitative study»

### Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Rückfallquoten nach der Geburt bezüglich des Rauchstopps zeigen, dass eine Raucherentwöhnung eher eine kurzzeitige Verhaltensänderung ist. Dies vor allem auch wegen mangelnder Berücksichtigung des psychologischen und sozialen Umfelds der Frau. Es sollen Risikofaktoren ermittelt und verhindert werden, um somit die Motivation zur Abstinenz aufrecht zu erhalten. Das Phänomen wird in der Studie beschrieben, jedoch nicht konkret definiert. Es wird verschiedene Literatur</p>	<p>Es handelt sich bei der Studie um einen phänomenologischen Ansatz, die Wahl des Ansatzes wird nicht weiter begründet. Die Stichprobe wurde in Gesundheitszentren in der Provinz Sivas (Türkei) aus einer vorherigen Querschnittsstudie gezogen. Sie besteht aus 59 Frauen. Die Frauen hatten mindestens ein Kind im Alter von 1-3 Jahren und hatten während ihrer letzten Schwangerschaft aufgehört mit dem Rauchen. Bis zur Geburt hatten sie weder einen Rückfall noch psychische Probleme. Es werden Einschlusskriterien in der Studie beschrieben. Die Daten wurden einmalig erhoben und durch ein semistrukturiertes Interviewformular gesammelt, der von Forschern durch Literaturanalyse entwickelt wurde. Die Interviews wurden im persönlichen Gespräch bei den Frauen zuhause durchgeführt von einer einzigen Forscherin. Es wurde die schriftliche und mündliche Zustimmung der Frauen eingeholt, um Audioaufnahmen zu machen. Wurde die Zustimmung nicht gegeben, machte die Forscherin sich Notizen. Die Aufnahmen</p>	<p>Die Ergebnisse der Studie wurden in drei Kategorien aufgeteilt. Zur Erläuterung werden Aussagen von Teilnehmenden zusammengefasst und teilweise zitiert. Zusätzlich werden die Ergebnisse in einer Tabelle mehrheitlich übersichtlich dargestellt. Die Gründe zum Rauchstopp in der Schwangerschaft werden in persönliche Gründe (gesundheitsbezogene und emotionale Gründe) und Umgebungsfaktoren (wahrgenommene soziale Unterstützung, der wahrgenommene soziale Druck und das Bewusstsein über die Schäden des Rauchens) eingeteilt. Die Gründe zum Rückfall nach der Geburt werden in persönliche Gründe (allgemeine gesundheitsbezogene und</p>	<p>Die Forschenden interpretieren, dass die Frauen in der Schwangerschaft stark motiviert sind zur Raucherentwöhnung, um Risiken für ihr Baby zu vermeiden und die Gesundheit ihres ungeborenen Babys zu schützen. Sie erläutern das die meisten Frauen aufgrund der Bewältigung des stressigen Lebensereignis einen Rückfall erleiden. Die Forschenden erläutern, dass ein hohes Mass an Selbstwirksamkeit und Entschlossenheit sehr effektiv sind, um mit dem Rauchen aufzuhören und Abstinenz zu bleiben, dies wird auch von Literaturergebnissen unterstützt. Sie vergleichen die Ergebnisse mit anderen Studien, in denen auch oft der Grund genannt wird, um das Baby zu schützen vor gesundheitlichen Schäden. Andere Studien unterstützen ihre Interpretation, dass ein häufiger Rückfallgrund der Stress ist. Auch das Stillen gilt als wichtiger Beeinflussungspunkt bei der Raucherabstinenz, es wird in einer Studie festgestellt, dass das Rückfallrisiko bei stillenden Frauen signifikant reduziert ist. Die Forschenden vermuten, dass dies mit der Wahrnehmung zusammenhängt, dass die schädliche Wirkung des Rauchens auf die Muttermilch geringer ist als</p>

<p>hinzugezogen zur Erläuterung. In der Studie wird keine konkrete Forschungsfrage definiert, sondern das Ziel und der Zweck der Studie wird erläutert. Dabei sollen Faktoren ermittelt werden, die einen Rauch Rückfall beeinflussen. Zusätzlich soll das Rauchverhalten der Frauen in der Zeit nach der Geburt, die während der Schwangerschaft aufgehört haben zu rauchen erfasst werden.</p>	<p>wurden transkribiert und es wurde noch eine Inhaltsanalyse durchgeführt am Computer. Nicht aufgezeichnete Interviews wurden auf den Computer als Microsoft Office Word übertragen. Anschliessend nutzten sie das Programm NVivo 10 zur Inhaltsanalyse und der Generierung von Codes. Die methodologische Reflexion wird nicht beschrieben in der Studie. Zur Qualität der Datenanalyse nehmen die Forschenden keine Stellungnahme. Die Frauen wurden über den Zweck der Studie informiert und es wurde ihre mündliche und schriftliche Zustimmung eingeholt. Die Frauen wurden informiert, dass die Daten vertraulich behandelt werden und sie jederzeit aus der Studie aussteigen könnten. Vor der Durchführung der Studie wurden die erforderlichen institutionellen Genehmigungen und die Zustimmung der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Cumhuriyet Universität eingeholt.</p>	<p>emotionale Gründe), Baby bezogene Gründe (Belastung in der mütterlichen Rolle und die Abnahme der Abhängigkeit des Babys von der Mutter) und Soziale Gründe (Leben in einer rauchenden Umgebung und die fehlende Unterstützung) eingeteilt. Die Gründe von den Frauen, die in der Schwangerschaft aufgehört haben zu rauchen und nach der Geburt Abstinenz geblieben sind wurden auch in persönliche Gründe (Fokus auf dem Kind und kein Drang zu Rauchen) und Umgebungsfaktoren (Erhalt von sozialer Unterstützung) eingeteilt.</p>	<p>die Wirkung des Rauchens auf das Baby während der Schwangerschaft. Das Ziel der Studie wird erreicht. Es werden Gründe aufgezeigt, die die Frauen zur Rauchabstinenz bewegen oder Faktoren, die einen Rückfall begünstigen. Die Ergebnisse der Studie unterstützen die Ergebnisse der vorhandenen Literatur. Die Perspektive der Frauen und die Literatur belegen, dass die Unterstützung durch den Partner und ein nahes Umfeld wirksam ist, um nach der Geburt Abstinenz zu bleiben. Es wird angenommen, dass Gesundheitspersonal und Pflegefachpersonen in der medizinischen Grundversorgung genau beobachten (während der Schwangerschaft, der Geburt und nach der Geburt) und die Faktoren kennen müssen, die einen Rückfall begünstigen. Somit können Präventivmassnahmen unter Berücksichtigung dieser Faktoren geplant werden.</p>
--	---	---	---

### Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>In der Studie wird eine wichtige Frage der Pflege und Hebammen behandelt. Der Rückfall nach der Geburt ist ein grosses Thema und stellt eine Gesundheitsschädigung dar. Das Phänomen ist klar beschrieben und ist für die</p>	<p>Die Verbindung zwischen dem Ziel und dem gewählten Design ist nachvollziehbar. Es erscheint sinnvoll, dass vorgängig eine Querschnittsstudie durchgeführt wurde und daraus die Stichprobe gezogen wurde. Somit eignen sich die Teilnehmenden, um Daten für die Forschung bereitzustellen. Die Stichprobe erscheint repräsentativ für die gewählte Population und kann auch auf andere Länder übertragen werden. Die Stichprobengrösse ist angemessen und das Setting, sowie die Teilnehmenden werden genügend beschrieben. Das beforschende Phänomen wird von den Teilnehmenden erlebt. Bei der Datenerhebung geht es um das menschliche Erleben</p>	<p>Die Ergebnisse sind aufgrund einer exakten Analyse entstanden. Sie reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten und weisen auch Zitate auf. Die Resultate sind im Kontext verankert. Sie werden zusammengefasst und teilweise</p>	<p>Die Interpretation der Forschenden leistet einen Beitrag zum besseren Verständnis des Themas. Sie interpretieren und diskutieren die Ergebnisse und vergleichen sie mit bereits vorhandener, empirischer Literatur. Das Ziel der Studie kann</p>

<p>Praxis relevant. Es ist wichtig Risikofaktoren und Gründe für einen Rückfall zu kennen, um dementsprechend Massnahmen einleiten zu können. Das Ziel und Zweck der Studie wird explizit dargestellt und erläutert, jedoch wird keine Forschungsfrage definiert. Das Thema wird mit vorhandener und passender Literatur eingeleitet Die Signifikanz wird dabei logisch diskutiert.</p>	<p>und Verhalten in Bezug auf das Phänomen. Die Vorgehensweise wird explizit dargestellt und klar beschrieben, die Datensättigung wird nicht diskutiert. Die Selbstbestimmung der Teilnehmenden wird erläutert und ernst genommen. Das methodische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Forschungsansatz überein. Durch die geführten Interviews können die subjektiven Empfinden bezüglich des Phänomens erfasst werden. Somit folgt der gewählte methodologische Ansatz schlüssig aus der Fragestellung. Die Datenanalyse wurde klar und nachvollziehbar beschrieben und entsprechende Referenzierungen wurden gemacht. Analytische Schritte werden genau beschrieben und die Datenanalyse ist präzise und glaubwürdig. Es wurden für die Durchführung der Studie die erforderlichen institutionellen Genehmigungen und die Zustimmung der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Cumhuriyet Universität eingeholt. Alle Teilnehmer:innen wurden über den Zweck der Studie informiert und ihre schriftliche und mündliche Zustimmung eingeholt. Der Ausstieg aus der Studie war jederzeit möglich.</p>	<p>zitiert. Die Konzeptualisierungen der Forschenden stimmen mit den Daten überein. Die Aussagen der Teilnehmer:innen, respektive die Ergebnisse werden in Kategorien eingeteilt und anhand von Tabellen übersichtlich dargestellt. Die Kategorien und Aussagen erläutern das Phänomen. Die Kategorien sind logisch und inhaltlich unterscheidbar.</p>	<p>durch die Ergebnisse dargestellt und erfüllt werden. Die Resultate sind für die Pflege und Hebammen relevant und brauchbar. Die Bedeutung für die Berufspraxis wird nicht konkret diskutiert, es werden jedoch Implikationen für medizinisches Fachpersonal abgegeben. Somit bieten die Schlussfolgerungen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen.</p>
---	---	--	--

## **Gesamteinschätzung der Güte gemäss den Kriterien von Lincoln und Guba (1985)**

### **Confirmability (Bestätigbarkeit):**

Die Studie enthält kein Expertenaudit und keine Reflexion der Datenerhebung, dies schränkt die Bestätigbarkeit ein. Die Daten werden transparent dargestellt und es arbeiten mehrere Forschende an der Studie. Dies wirkt sich positiv auf die Bestätigbarkeit.

### **Dependability (Zuverlässigkeit):**

Die Interviews wurden immer von der gleichen Person durchgeführt und die Datenanalyse wird Schritt für Schritt dokumentiert. Dies erhöht die Zuverlässigkeit der Studie. Jedoch wirkt es sich negativ auf die Zuverlässigkeit aus, dass die Datenanalyse und -ergebnisse nicht von externen Forschenden überprüft wurden.

### **Credibility (Glaubwürdigkeit):**

Die Ergebnisse wurden mit vorhandener Literatur verglichen, was zur Glaubwürdigkeit beiträgt. Die Forschenden kombinieren die Interviewdaten nicht mit ihren Beobachtungen und es werden keine Angaben über die Limitationen der Studie gemacht. Dies reduziert die Glaubwürdigkeit.

### **Transferability (Übertragbarkeit):**

Die Studie ist übertragbar, weil die Forschenden Zitate und Aussagen von Teilnehmenden verwenden. Zusätzlich wurden Notizen zum Interview gemacht, wenn die Teilnehmenden eine Audioaufnahme nicht genehmigten.

## **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009)**

Die Studie wird als Evidenzlevel 6 (unterste Stufe) gewertet, da es sich um eine Studie mit phänomenologischem Ansatz handelt.



Anhang B2 Su und Buttenheim (2014). «Maintenance of Smoking Cessation in the Postpartum Period: Which Interventions Work Best in the Long-Term?»

**Zusammenfassung der Studie:**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>70% bis 80% der Frauen, die während der Schwangerschaft das Rauchen stoppen erfahren nach der Geburt wieder einen Rückfall. Rauchen in der Schwangerschaft und nach der Geburt ist ein abwendbarer Grund für die Morbidität von Müttern und Säuglingen und steht in Verbindung mit zahlreichen negativen, gesundheitlichen Folgen. So beispielsweise Herzprobleme bei der Mutter oder Atemwegsprobleme und Asthma bei Neugeborenen. Schwangere Frauen haben deutlich höhere Spontanentwöhnungsraten und niedrigere Rückfallquoten als Raucher:innen im Allgemeinen. Daraus ergibt sich, dass die Schwangerschaft ein wichtiges Fenster für eine Rauchentwöhnung darstellt. Die innere Motivation, ein gesundes</p>	<p>Es handelt sich hier um das Forschungsdesign eine Review. Die Interventionen werden in der Schwangerschaft eingeleitet und begleiten die Frauen nach der Geburt. Die Population umfasst Frauen, welche in der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufgehört haben. In erster Linie für jene, die nicht spontan damit aufgehört haben. Die Recherche wurde in den Datenbanken PubMed, der Cochrane Library und CINAHL-Online durchgeführt. Die Rauchentwöhnung der Teilnehmenden sollte dabei während der Schwangerschaft begonnen haben und mindestens einen Monat nach der</p>	<p>Die Ergebnisse wurden in drei Kategorien eingeteilt, je nach Interventionsart. Die medikamentösen, verhaltensunterstützenden und die anreizschaffenden Interventionen. Bis auf vier Studien waren alle RCTs. Um den Vergleich zu standardisieren, wurden die postpartum Effekte in verschiedene Zeitspannen eingeteilt: Kurzzeit ein bis vier Monate nach der Geburt, mittlere Zeit fünf bis acht Monate nach der Geburt und Langzeit neun bis zwölf Monate nach der Geburt. Die Interventionen, welche anreizschaffend wirkten, zeigten die höchsten Rauchstoppquoten zum Ende der Schwangerschaft. Dies korreliert auch mit den Studien von Raucherinnen und Raucher außerhalb einer Schwangerschaft oder nach der Geburt. Zwei Studien hatten medikamentöse Interventionen (Nikotinersatz Therapie). Die Nikotinersatztherapie erreichte eine 26%ige Rauchstoppquote bis zum Ende der Schwangerschaft, verglichen mit einem Placebo Medikament galt dies aber als nicht signifikant. Auch nach der Geburt gab die Nikotinersatz Therapie keine höhere Abstinenzrate im Vergleich zur Kontrollgruppe an. 27 Studien führten als Intervention eine Verhaltenstherapie. 18 Studien davon führten eine Form der Beratung durch, anhand geschriebenen Materials, Telefonberatungen und Einzel- oder Gruppenberatungen. Die Interventionsgruppen zeigten eine höhere Rauchstoppquote am Ende der Schwangerschaft, diese nahm jedoch im Wochenbett stetig ab. Vier Studien zeigten eine signifikant höhere Rauchstoppquote bei Beratungsgespräche durch</p>	<p>Die Forschenden zeigen auf, dass die Mehrheit der Interventionen in den Studien eine signifikant höhere Rauchstoppquote am Ende der Schwangerschaft und anfangs nach der Geburt erreichten. Diese Effekte hielten jedoch bei keiner der Interventionen längerfristig. Anreiz schaffende Interventionen zeigten die höchste Rate an Rauchstopps am Ende der Schwangerschaft und in der Kurz- bis mittelfristigen Zeit nach der Geburt. Wurde der Anreiz weggenommen, kehrten die Rauchgewohnheiten teils zurück. Die Langzeitergebnisse der Anreizschaffenden Interventionen sind somit mit den anderen Interventionen vergleichbar. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit anderen Studien. Die Resultate stehen im Einklang mit Studien, die an nicht schwangeren Raucher:innen durchgeführt wurden. Verhaltensinterventionen sind die häufigste Art der Interventionen, jedoch zeigt keine davon eine Langzeitwirkung. Die Forschenden vergleichen dies mit aktueller Literatur. Diese zeigt, dass nur wenige Studien die Möglichkeit hatten effektive Interventionen, welche schwangeren Frauen und Frauen nach der Geburt zur Abstinenz helfen via Partnerentwöhnungsmethoden.</p>

<p>Neugeborenes zu gebären ist dabei ein wichtiger Aspekt. Es wurden in anderen Studien bereits verschiedene Interventionen zum Rauchstopp untersucht, jedoch mit unterschiedlichen, nicht einheitlichen Ergebnissen. Im Review werden Interventionen untersucht, die bereits während der Schwangerschaft eingeleitet wurden und bis nach der Geburt angewandt werden. Es sollen dabei Interventionen aufgezeigt werden, die auf längere Zeit einen Rückfall verhindern. Das primäre Ziel des Reviews ist, herauszufinden, wie der Rückfall zum Rauchen im Wochenbett bei nicht spontanem Rauchstopp präventiv angegangen werden kann. Das zweite Ziel sind die Unterschiede vom Rauchstopp und Rückfall zwischen Personen, welche spontan mit dem Rauchen aufgehört haben und Personen, welche nicht spontan gestoppt haben. Es wird bewertet, welche Interventionen am effektivsten sind in Bezug</p>	<p>Geburt fortgesetzt worden sein. Es wurden folgende Einschlusskriterien definiert: Englische Sprache, klinische Studien, kontrollierte klinische Studien und RCTs. Qualitative und deskriptive Studien, Studien ohne Intervention, Studien, die noch liefen und Studien, die erst nach der Geburt begannen und nicht mindestens 1 Monat nach der Geburt weitergeführt wurden, wurden ausgeschlossen. Schlussendlich wurden 32 Studien, die zwischen 1990 und 2012 veröffentlicht wurden, genutzt für das Review. Die Datenextraktion wurde von der Erstautorin durchgeführt und vom Zweitautor bestätigt. Die Studien wurden in drei Interventionsgruppen eingeteilt: Medikamentöse, verhaltensunterstützende oder anreizschaffende Interventionen. Ausserdem wurden die Variablen Kurzzeit Studie, mittlere Zeit und</p>	<p>Gesundheitsfachpersonen bis zum Ende der Schwangerschaft. Die letzten sieben Studien dieser Gruppe folgten den Teilnehmenden in die Langzeitperiode. Die Mehrheit zeigten, dass die Beratung verglichen mit der Kontrollgruppe einen signifikanten Anstieg der Abstinenzrate zur Folge hatten. Die siebte Studie war einzigartig und zeigte, dass ein Mix von Beratung und Belohnung eine signifikant höhere Abstinenzrate in der Langzeitwirkung (nach der Geburt) zeigt. Bei den Studien die eine Telefonberatung oder ein Selbsthilfebuch als Hauptintervention hatten, erwies keine ein signifikantes Resultat und sie folgten den Teilnehmenden nur kurze Zeit. Drei Studien testeten Geld- oder Gutscheinelohnungen als Intervention. Die Rauchstopprate am Ende der Schwangerschaft waren hier am höchsten von allen untersuchten Studien. In der Kurz- und mittleren Zeitperiode nach der Geburt hielten 21-33% die Abstinenz. Nur eine Studie folgte den Teilnehmer sechs Monate lang. Die Belohnung wurde aber nach drei Monaten gestoppt, trotzdem hielten 27% die Abstinenz. Grundsätzlich zeigte sich, dass die spontane Rauchentwöhnung signifikant höheren Abstinenzraten hatten im Vergleich zum nichtspontanen Rauchstopp. Die Raucherinnen und Raucher, welche nicht spontan mit dem Rauchen aufgehört hatten, waren eher weniger gebildet, hatten einen tieferen Sozioökonomischen Status und waren im höheren Mass Nikotinabhängig. Auch psychosoziale Faktoren, wie eine hohe Rate von Depressionen, Stress und das Zusammenleben mit einem rauchenden Partner sind öfters bei dieser Raucherpopulation. Nur eine Studie hat sich auf diese Bevölkerungsgruppe konzentriert und stellte fest, dass selbst eine intensivere Intervention bis zum Ende der Schwangerschaft und nach der Geburt nur eine geringe Wirkung hatte. Die Wirkung konnte in der mittelfristigen Zeit nach der Geburt nicht aufrechterhalten werden. Im Kontrast dazu erreichten die, welche spontan aufgehört haben, mehr als eine Woche nach ihrem</p>	<p>Es werden verschiedene Schwächen und Limitationen erläutert. Bei Teilnehmenden, die bereits mit dem Rauchen aufhörten, war der Rückschluss zur Wirkung der Intervention nicht eindeutig. In einigen Studien wurden aktuelle Raucher:innen und bereits Abstinente inkludiert, wobei die Resultate dies nicht trennt. Verschiedene Studiendesigns und Messansätzen schränkten die Möglichkeit zur Durchführung von Meta-Analysen ein. Eine weitere Limitation stellte die unterschiedlichen Definitionen von Rückfällen in den verschiedenen Studien dar. Der Vergleich der Wirksamkeit der Interventionen war eingeschränkt durch die Unterschiede der Teilnehmermotivation, dem Setting und Intensität der Intervention, den Gutscheinenwerten, die Grenzwerte der biochemischen Überprüfung, den Hintergrund und/oder Training der Rauchstoppperater. Die Möglichkeit eine Schlussfolgerung über pharmakologische und Anreiz schaffende Interventionen zu ziehen, war durch die geringe Anzahl dieser Studien nur bedingt möglich. Es soll weiterhin an Interventionen geforscht werden, die zur Rückfallprävention auf lange Sicht beitragen. Die Forschenden interpretieren, dass gemischte Interventionen sinnvoll sein könnten. Dabei soll Interventionen auf die Frau und ihren Kontext abgestimmt sein, um eine effektive und langfristige Verhaltensänderung zu erreichen. Ohne sich auf die die sozioökonomischen und</p>
---	---	--	---

auf die Begleitung des Rauchstopps und der Verhinderung eines Rückfalls.	Langzeitstudien definiert. Die Skalenniveaus der Variablen sind nominal skaliert.	Aufhören eine höhere Abstinenzrate und geringere Rückfallquoten. Ausserdem haben sie in der Regel einen besseren Zugang zu Ressourcen und Unterstützung, rauchen weniger Zigaretten pro Tag, berichten über weniger Stressfaktoren und verfügen über einen höheren Bildungsstatus, sowie einen höheren sozioökonomischen Status. Trotz der unterschiedlichen Profile sind beide, unabhängig von der Art der Intervention, langfristig anfällig für ein Rückfall.	psychologischen Faktoren zu fokussieren, haben die Interventionen möglicherweise nicht die weitreichende und nachhaltige Wirkung, die gesucht wird.
--	---	--	---

### Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Die Studie thematisiert eine wichtige Frage für die Berufspraxis. Als Gesundheitsfachpersonen ist es wichtig, präventive Massnahmen zu kennen und anzuwenden, um den Rauchstopp zu unterstützen. Es wird vorhandene, empirische Literatur hinzugezogen und logisch dargestellt, um das Themenfeld zu erläutern. Es werden Ergebnisse zu bereits untersuchten Interventionen zum Rauchstopp einbezogen und erläutert. Das Review selbst zählt noch als aktuelles Review, die genutzten Studien sind jedoch eher älter, was die Aktualität des Reviews fraglich macht. Es wird erwähnt, dass bisherige Forschung unterschiedliche Ergebnisse aufzeigt, dadurch ist der Forschungsbedarf gegeben. Die Zielsetzungen des Reviews wurden definiert und klar erläutert.	Das Forschungsdesign eines Reviews ist angemessen und nachvollziehbar zur Beantwortung der Zielsetzungen. Die Population ist sinnvoll zum Ziel gewählt. Die Auswahl der Studien könnte breiter gefächert sein, damit alle Untergruppen genügend Studien enthalten und somit aussagekräftiger werden. Die Literatursuche wurde nachvollziehbar und genau beschrieben. Die Datenerhebung ist in Bezug auf das Forschungsdesign optimal gewählt. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind klar beschrieben und die Variablen erscheinen vollständig und umfassend definiert, um die Fragestellung zu beantworten. Zur Beurteilung der Studien wurde das «Effektive Public Health Practice Project Quality Assessment Tool» angewandt. Die erste Autorin führte die Datenextraktion durch, welche vom zweiten Autor bestätigt wurde.	Die Ergebnisse werden sehr detailliert und präzise dargestellt und beschrieben. Sie werden anhand von Tabellen übersichtlich aufgezeigt.	Es werden relevante Ergebnisse zur Beantwortung der Zielsetzung diskutiert. Es werden nochmals neue Erkenntnisse der Studien aufgezeigt, was eher in den Ergebnisteil gehört. Die gewählten Studien werden miteinander verglichen und in Beziehung gesetzt. Die Forschenden leiten daraus ihre Interpretationen und alternative Erklärungen ab. Stärken und Schwächen des Reviews werden sehr ausführlich und präzise beschrieben. Die Forschenden beschreiben Implikationen für weitere Forschung, jedoch nicht für die Berufspraxis.

## **Gesamteinschätzung der Güte gemäss den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008)**

### **Objektivität**

Die Forschenden beschreiben ihre Arbeit nachvollziehbar und kontrollieren die Arbeit gegenseitig. Die Erhebungsmethode der Studien ist standardisiert und klar aufgezeigt worden.

### **Reliabilität**

Die Methodik des Reviews ist präzise und klar beschrieben. Dies erhöht die Reproduzierbarkeit und somit die Reliabilität.

### **Validität**

Das Forschungsdesign ist in Bezug auf die Zielsetzung sinnvoll gewählt und führt zum gewünschten Ergebnis. Weil nicht von allen Untergruppen von Interventionen genügend Studien vorhanden sind, sinkt dadurch die externe Validität.

## **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009)**

Die Studie wird als Evidenzlevel 5 (zweitunterste Stufe) gewertet, da es sich um ein Review handelt.

Anhang B3 Pollak et al., (2016). «Efficacy of a Nurse-Delivered Intervention to Prevent and Delay Postpartum Return to Smoking: The Quit for Two Trial. »

**Zusammenfassung der Studie:**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Viele Frauen hören in der Schwangerschaft mit dem Rauchen auf, jedoch starten 90% wieder bis 12 Monate postpartum. Somit gefährden diese Mütter ihre Gesundheit und die ihres Kindes. Einige Interventionen, um den Rauch Rückfall zu verhindern, wurden in grossen RCTs getestet. Auch wenn einige den Rückfall kurzzeitig verhindern konnten, war keine in der Abstinenz nach 12 Monaten nach der Geburt erfolgreich. Die Forschenden entwickelten ein Modell für eine individuelle Intervention, basierend auf der Motivationstheorie. Es beschreibt drei Kategorien von Risikofaktoren:</p>	<p>Es handelt sich um eine RCT. In der Studie wird der Zusammenhang zwischen der Risikoeinteilung bezüglich des Rückfallrisiko und der darauf angepassten Intervention zur Abstinenzhaltung untersucht werden. Die Population gliedert sich in Mütter, welche in der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufgehört haben und zuvor geraucht haben. Es wurde eine Stichprobe definiert, welche aus 382 Frauen besteht, die aus 14 pränatal Kliniken (akademische Klinik, Gesundheitsämter, Privatkliniken und Kliniken mit Anschluss an ein medizinzentrum der Armee) rekrutiert wurden. Die Teilnehmenden mussten mindestens 18 Jahre alt sein, Englische sprechen, für die Schwangerschaftsvorsorge angemeldet sein und in der Vergangenheit geraucht haben (mind. 100 Zigaretten in ihrem Leben und mind. 5 Zigaretten pro Tag unmittelbar vor dem Bekanntwerden der Schwangerschaft). Ausserdem mussten sie mindestens einen Monat vor der Erhebung abstinent sein, dies wurde mittels Atem- und Speichelproben geprüft. Bei den Teilnehmenden wurde eine Rückfallrisikoeinteilung gemacht anhand der Nikotinabhängigkeit (Anzahl Zigaretten pro Tag), der Absicht nach der Geburt wieder mit dem Rauchen zu beginnen, der Absicht mit dem Rauchen aufzuhören und die Wahrscheinlichkeit wieder mit dem Rauchen zu beginnen.</p>	<p>In der Studie wird die primäre Analyse, der Zusammenhang zwischen Abstinenz und Anzahl absolvierten Sessions (Telefonate) und die Einflüsse auf die Abstinenz präsentiert. Dabei ergab sich, dass die Wahrscheinlichkeit, abstinent zu bleiben, bei Frauen, die 50 % oder mehr der zugewiesenen Sitzungen wahrnahmen, 1,84-mal höher war als bei Frauen, die weniger als 50 % der Sitzungen wahrnahmen. Die Abstinenzraten waren hoch, auch wenn es</p>	<p>Verglichen mit anderen Studien werden auch in dieser Studie ähnliche Abstinenzraten in Intervention- und Kontrollgruppe festgestellt, trotz dem höheren Angebot von Sitzungen, verweise an weitere Dienste und der Einstufung in ein Risikoprofil. Es wurde aber herausgefunden, dass Low-Risk Frauen, im Vergleich zu anderen biochemisch validierten Studien zur Rückfallprävention, hohe Abstinenzraten aufwiesen, wenn sie eine Intervention erhielten ohne gezielte Inhalte zum Rauchen. Diese Inhalte fokussieren Erziehung und Stress. Bei diesen Frauen erhöhte eine intensive Beratung zur Rückfallprävention die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls. Bei den High-Risk Frauen war die Abstinenz nach intensiver Beratung zur Rückfallprävention etwas höher, aber nicht signifikant. Die Forschenden geben verschiedene Erklärungen dafür ab: Der Ansatz der Einteilung in Low- oder High-Risk war nicht valide oder präzise genug, wobei hier andere Studien widersprechen und mit denselben Variablen eine dauerhafte Abstinenz voraussagen. Die Interventionen beeinflussen die natürlichen Abläufe von Frauen beim Übergang von der Schwangerschaft ins Wochenbett. Low-Risk Frauen erleben möglicherweise nicht den Motivations- oder Vertrauensverlust oder den Anstieg des Drangs zu rauchen, da sie entschlossen haben abstinent zu bleiben. Auch sie werden nach der Geburt mit einer Stresszunahme und einer Abnahme der Bewältigungsfähigkeit konfrontiert.</p> <p>Die Forschenden meinen, eine Intervention die Tipps zur Verhinderung des Wiedereinstiegs in das Rauchen beitragen, kann dem natürlichen</p>

<p>Biologisch-verhaltensbezogen (d. h. Vertrauen in die Fähigkeit abstinent zu bleiben, Nikotinabhängigkeit und die Absicht nach der Geburt abstinent zu bleiben), schwangerschaftsspezifische (sensorische Veränderungen im Geschmack oder Geruch, Druck von Freunden und Familie) und Begleitumstände (rauchender Partner und Depression). Das Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit einer 9-monatigen individuellen Intervention zu testen, welche vom Pflegepersonal durchgeführt wurde zur Verhinderung eines Rückfalls nach der Geburt. Die Forschenden nehmen an, dass die Interventionen früherer Studien nicht langfristig wirkten, da diese meist nur drei Monate andauerten. So sind schwierige Situationen (wie die Wiederaufnahme der</p>	<p>Es fand eine Basiserhebung und eine persönliche Sitzung statt. Des Weiteren fanden bis neun 9 Monaten nach der Geburt Telefonate statt zu unterschiedlichen Zeitpunkten und je nach Risikoeinteilung in verschiedener Anzahl. Die Forschenden haben die 7-Tage-Punkt Prävalenz und die kontinuierliche Abstinenz nach 6 Wochen, 6 Monaten und nach 12 Monaten erhoben, zur Überprüfung der Aussagen dienten Speichelproben und Atemprobe (Kohlenmonoxid). Als Intervention erhielten beide Gruppen eine Broschüre zur Rückfallprävention. Die Kontrollgruppe erhielt jeden Monat Newsletter (insgesamt 11) mit allgemeinen Gesundheitsinformationen für Schwangere und nach der Geburt Frauen ohne Informationen zum Rauchen, sondern mit Fokus Erziehungsfragen und Stressmanagement. Die Interventionsgruppe wurden Low- (LR) und High-Risk (HR) Gruppen eingeteilt (biologisch verhaltensbezogenes Risiko). Beide Gruppen erhielten zuerst eine persönliche Sitzung und im Anschluss je nach Risikogruppe ein anderes Angebot an Telefonaten (HR = 13, LR = 8). In der persönlichen Sitzung erhielt die Frau jeweils die individuelle Zusammenfassung der Risikofaktoren gezeigt und es wurden die wichtigsten Probleme herausgearbeitet, um Abstinent zu bleiben. Bei den Telefonaten wurden jeweils die vorherig gesetzten Ziele evaluiert, besprochen und ein bis zwei Hindernisse identifiziert und diskutiert. Nach jedem Telefonat wurde ein neues Ziel definiert und den Teilnehmenden wurden geeignete Ressourcen der Gemeinden vorgeschlagen (z.B. Kinderbetreuung, Gesundheitsvorsorge, etc.). Die Berater wurden geschult und erhielten teilweise Supervision. Die erhobenen Variablen haben ein nominales Skalenniveau. Zur Analyse wurde der Chi-Quadrat-Test genutzt, um einen</p>	<p>keinen signifikanten Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe in Bezug auf die zwölfmonatige post partale Abstinenz gab. Die mittlere Zeit bis zum Rückfall betrug bei der Kontroll- und der Interventionsgruppe 153 Tage bzw. 145 Tagen. Die Low-Risk Frauen schnitten in der Interventionsgruppe schlechter ab. Wurden die Frauen von einem medizinischen Zentrum der Armee rekrutiert und sie während der Schwangerschaft angaben, nicht zu beabsichtigen wieder zu rauchen, war es wahrscheinlicher, dass sie nach 12 Monaten noch abstinent waren. Bei den Teilnehmenden, die</p>	<p>Verlauf bei High-Risk Frauen entgegenwirken: Verhinderung des Motivationsabfalls durch häufiges Erinnern an die Gründe, rauchfrei zu bleiben; Verhinderung des Vertrauensabfalls durch Aufzeigen von Erfolgen und Verhinderung des Anstiegs des Verlangens, indem sie lernen, mit ihrem Verlangen umzugehen. Diese Art von Interventionen beruhen teilweise auf der Selbstregulationstheorie, die davon ausgeht, dass Menschen, die sich ändern wollen, zunächst ihre Impulse kontrollieren und ihre Auslöser verstehen müssen. Rückfallprävention baut auf psychosozialen Faktoren aus der sozial-kognitiven Theorie auf, indem sie das Selbstvertrauen stärkt, rauchfrei zu bleiben und so die Motivation erhöht. Bei Low-Risk Frauen könnte eine Erziehungsintervention gut funktioniert, da sie auf den zusätzlichen Stress und die geringere Fähigkeit zur Bewältigung eingeht. Rückfallinterventionen, die auf Motivation, Selbstvertrauen und Verlangen abzielen können hier aber kontraproduktiv sein durch die ständigen Ermahnungen. Obwohl die Intervention nicht für eine dauerhafte Abstinenz sorgte, gab es einen Zusammenhang zwischen der Teilnahme an mehreren Sitzungen und einer höheren Wahrscheinlichkeit 12-Monate lang Abstinent zu bleiben. Die Teilnahme an vielen Sitzungen könnte ein Anzeichen sein von der Motivation, um Abstinent zu bleiben. Die biochemisch validierten Rauchstoppraten waren im Vergleich zu früheren Studien relativ hoch, insbesondere bei den Low-Risk Frauen, die «nur» Newsletter erhielten. Diese hohe Rate könnte teilweise darauf zurückgeführt werden, dass wir bei jedem Assessment Kohlenmonoxid und Cotinin gemessen haben, was die Frauen in beiden Gruppen motivieren könnte, Abstinent zu bleiben. Über 1/3 aller Teilnehmenden berichteten nach 12 Monaten über ihre Abstinenz, was im Vergleich zu anderen Studien deutlich höher ist. Diese Rate war überraschend, da die Rekrutierung nicht auf einer freiwilligen Basis verlief und diese Frauen sonst meist am stärksten motiviert sind. Die Forschenden vermuten, dass das erste Gespräch</p>
---	--	---	--

<p>Arbeit oder das Abstillen), wo viele Mütter einen Rückfall erfahren, nicht abgedeckt. In vergangenen Interventionen wurden Teilnehmenden nicht nach Risiko für einen Rückfall eingeteilt. Somit erhielten alle die gleich intensive Intervention. Die Forschenden gehen davon aus, dass die Intervention je nach Rückfallrisiko angepasst sein sollte.</p>	<p>der Gruppen in Bezug auf die Abstinenz aufzudecken. Mithilfe eines Logistik Regression Model wurden die dichotomen Ergebnisse auf die priorisierten Kovariablen kontrolliert (Standort, Bildung und Nikotinabhängigkeit). Das Proportional-Hazard-Modell wurde zur Abschätzung des Zusammenhangs zwischen Gruppe und der Zeit bis zum Rückfall verwendet, wobei die gleichen Kovariablen verwendet wurden. Innert der Interventionsgruppe wurde eine kovariaten bereinigte logistische Regression verwendet, um den Zusammenhang zwischen der Abstinenz nach 12 Monaten und dem Anteil der abgeschlossenen Sitzungen zu schätzen. Das logistische Regressionsmodell wurde zur Schätzung des Zusammenhangs zwischen dem Anteil der abgeschlossenen Sitzungen und verschiedenen Ausgangsmerkmalen der Teilnehmer verwendet. Es wurde <math>p = 0.025</math> definiert, wobei die P-Werte nur als deskriptive Statistiken dargestellt werden, d. h. sie werden nicht auf Signifikanz geprüft, sondern dienen lediglich dazu, die Stärke der Evidenz gegen die Nullhypothese aufzuzeigen.</p>	<p>bereits sagten, wahrscheinlich einen Rückfall zu erleiden, hatten 76% einen Rückfall. Auch bei den Teilnehmenden, welche sagten nicht wieder mit dem Rauchen zu beginnen, hatten 54% einen Rückfall. Keine anderen charakteristischen Faktoren (wie z.B. Bildung, rauchender Partner usw.) hatten einen Zusammenhang mit der Abstinenz</p>	<p>persönlich geführt wurden führte zu einer Verantwortlichkeit, wodurch die Rate so hoch war. Durch die proaktive Rekrutierungsmethode (d.h. nicht nur freiwillige) und die unterschiedlichen Charakteristiken lassen sich die Ergebnisse verallgemeinern. Auf Grund der Daten kann die Forschungsfrage beantwortet werden. Allerdings waren die Interventionen nicht wirksam. Die Forschenden leiten jedoch andere Möglichkeiten davon ab. Ein Hindernis in der Studie stellten die Telefonkosten bei den Telefonaten dar. Die Frauen wurden bereits früh in der Schwangerschaft rekrutiert, weshalb sie einige Frauen verloren bis zum ersten Kontakt. Die Wechselwirkung zwischen der Interventionsgruppe und der Risikogruppe war klein und sollte wiederholt werden. Die Studie wäre aussagekräftiger, wenn es noch eine Gruppe gegeben hätte, welche gar keine Intervention erhalten hätte. In künftigen Studien muss genauer untersucht werden, welche Interventionen bei High-Risk Frauen einen Effekt haben.</p>
---	--	---	--

### Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie zeigt, dass es wichtig ist, Frauen anhand spezifischer Variablen nach Rückfallrisiko einzuteilen, um somit eine optimale Intervention bieten zu können. Es wurden bereits viele Interventionen in anderen Studien untersucht, die</p>	<p>Die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen ist nachvollziehbar dargestellt. Es werden jedoch keine mögliche Verfälschung oder Einflüsse auf die Intervention erläutert. Die Population wurde sinnvoll gewählt und passt zur Zielsetzung, da es um die Zeit nach der Geburt geht. Die Stichprobe erscheint repräsentativ bezüglich der Population und sie wurde nachvollziehbar begründet. Drop-outs werden erwähnt, wurden jedoch als wieder rauchend eingeteilt. Dies</p>	<p>Die Ergebnisse werden präzise und aussagekräftig dargestellt. Zur Übersichtlichkeit werden die</p>	<p>Es werden alle relevanten Ergebnisse aufgezeigt und diskutiert. Die Interpretationen werden gut beschrieben und mit anderen Studien in Beziehung gesetzt und verglichen. Die Forschenden suchen nach alternativen Erklärungen und teilen ihre Ansichten dazu mit und erläutern diese genau, was einen Mehrwert gegenüber den Ergebnissen bringt. Es werden keine</p>

jedoch keine langfristige Abstinenz gewährleisten. Die hinzugezogene bereits vorhandene Literatur ist nicht sehr aktuell, was ein Argument für eine Forschungslücke darstellen kann. Das Ziel der Studie wird klar definiert, jedoch wird es nicht durch Hypothesen gestützt.	könnte einen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Die Datenerhebung ist nachvollziehbar und gestaltet sich bei allen Teilnehmenden gleich. Die Vollständigkeit der Erhebung ist nicht klar beschrieben. Die Wahl der Messinstrumente wirkt geeignet, jedoch wird nicht auf die Hintergründe der Wahl eingegangen. Die statischen Analyseverfahren werden sehr genau beschrieben und erscheinen sinnvoll, jedoch wird nicht beschrieben, ob die Voraussetzungen zur Verwendung überprüft wurde. Es wird ein p-Wert definiert und erläutert. Zum ethischen Hintergrund werden keine Angaben gemacht.	Ergebnisse mittels Tabellen dargestellt und verständlich erläutert.	Implikationen für die Praxis genannt, was sinnvoll gewesen wäre. Limitationen und Schwächen der Studie werden aufgezeigt und es werden Empfehlungen für eine nächste Studie abgegeben. Die Ergebnisse sind praktisch bedeutsam und können in die Berufspraxis integriert und angewandt werden. Dies wird jedoch nicht von den Forschenden selbst diskutiert.
---	--	---	--

## **Güte nach Bartholomeyczik et al. (2008) und Evidenzlage nach DiCenso et al. (2009)**

### **Objektivität**

Die Studie ist objektiv, da die Ergebnisse des Forschungsteams nicht beeinflussbar sind. Da die Telefonate nicht verpflichtend waren, hatten die Teilnehmer eine unterschiedliche Anzahl an Interventionen, somit ist die Intervention nicht standardisiert.

### **Reliabilität**

Die Reliabilität ist gewährleistet, da das methodische Vorgehen klar und nachvollziehbar dargestellt wird.

### **Validität**

Die Messinstrumente werden beschrieben und ihr Zweck ist ersichtlich. Es ist nicht ersichtlich, ob die Voraussetzung zur Verwendung der Analyseverfahren überprüft wurden. Die Datenanalyse wird präzise beschrieben, dies trägt zur internen Validität bei.

### **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels**

Die Studie wird als Evidenzlevel 6 (unterste Stufe) gewertet, da es sich um eine RCT handelt.



Anhang B4 Hannover et al., (2009). «Smoking cessation and relapse prevention for postpartum women: Results from a randomized controlled trial at 6, 12, 18 and 24 months.»

### Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Rauchen und Passivrauchen sind Ursachen für viele Krankheiten, auch bei Kindern und Babys. Die Schwangerschaft dient als lehrreicher Moment. Es ändert sich das Verhalten, die Einstellung und somit auch das Gesundheitsverhalten. Der Grund für einen Rauchstopp in der Schwangerschaft ist hauptsächlich das Baby. Bisherige Interventionen, die einen Rückfall nach der Geburt verhindern, senken die Rückfallquote. Jedoch zeigten diese bereits ein Jahr nach der Geburt keine Signifikanz mehr. Eine Umfrage hat gezeigt, dass Hebammen, Gynäkologen und</p>	<p>Bei der Studie handelt es sich um ein randomisiertes kontrolliertes Design. Es wurde eine einfache Randomisierung durchgeführt, um die Interventions- und die Kontrollgruppe zu bilden. Als Intervention wurde eine Beratung bei den Frauen zu Hause durchgeführt. Diese beruhte auf dem Prinzip des Motivational Interviewing und der Rückfallprävention nach Marlatt und Gordon. Die Beratungen behandelten folgende Themen: Die gesamte gesundheitliche Auswirkung des Rauchens und des Passivrauchens, die Abwägung der Vor- und Nachteile des Rauchens, die Selbsteinschätzung, die Selbstwirksamkeit für eine Verhaltensänderung, die Erkundung der Risikosituationen und der Rückfallpräventiven Strategien. Als Auffrischung wurden die Frauen vier und zwölf Wochen nach der Beratung telefonisch kontaktiert. Diese Zeitabstände wurden gewählt, da die Rückfallraten in den ersten drei Monaten nach der Geburt am höchsten sind. Vier der Forschenden wurden für die Beratung im Motivational Interviewing ausgebildet und beaufsichtigt. Der Supervisor und die Berater trafen sich wöchentlich, um die Einhaltung der Interventionsstrategie zu überprüfen.</p> <p>Die Kontrollgruppe erhielt die allgemeine Massnahmen bezüglich Rauchen, Passivrauchen und Rückfallprävention im Rahmen des Gesundheitssystems. Zu den Fragebögen der Basiserhebung wurden zwei Broschüren hinzugefügt. Die eine behandelte das Rauchen nach der Geburt. Die andere Broschüre richtete sich an rauchende Partner:innen und behandelte Tabakrauch in der Umwelt und ihre Rolle in Bezug auf einen Rückfall.</p> <p>Die Population besteht aus Frauen, die in der Schwangerschaft rauchen oder davor geraucht haben. Es wurden Frauen angefragt, die in einem von sechs Spitälern in der Region Meckelburg-Vorpommern in Deutschland zwischen Mai 2002 und März 2003 geboren haben. Die Einverständniserklärung wurde direkt</p>	<p>Im Ganzen nahmen 871 Frauen an der Studie teil, 299 in der Interventionsgruppe und 345 in der Kontrollgruppe. 59% der Frauen rauchten in der Schwangerschaft weiter, jedoch weniger Zigaretten und mit einem niedrigeren Verlangen. Es konnte kein statistisch signifikanter Unterschied bei der dauerhaften Abstinenzrate zu jedem Zeitpunkt der Nachuntersuchung</p>	<p>Die Intensität der durchgeführten Intervention war im Vergleich zu anderen Interventionen zur Raucherentwöhnung oder Rückfallprävention gering. Die Forschenden erhofften sich eine Intervention zu entwickeln, welche in der Routineversorgung des deutschen Gesundheitswesens eingesetzt werden kann. Deshalb waren die Massnahmen von geringer Intensität. Angesichts der begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen wurde eine hochintensive Intervention nicht für machbar gehalten, da diese vom Leistungserbringer bezahlt werden müssten. In der Interventionsgruppe stoppten signifikant mehr Frauen mit dem Rauchen. Die anhaltende Abstinenz reichte bis zu sechs Monaten nach der Geburt. Die vier Wochen Punktprävalenz ergab signifikante Unterschiede nach sechs, zwölf und 18 Monaten. Jedoch nicht nach 24 Monaten. Bei der Rückfallprävention gab es keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit der Intervention. Insgesamt kommen die Forschenden zum Schluss, dass auch wenn sie einen signifikanten Effekt der Intervention beobachten konnten, die absolute Zahl der abstinenten Frauen so gering ist, dass sie aus klinischer Sicht vernachlässigbar sein dürfte. Wie in der empirischen Evidenz bereits beschrieben, stellten die Forschenden fest, dass die Beratungsintervention einen</p>

<p>Kinderärzte die Bedeutung der Beratung über das Rauchverhalten in der Schwangerschaft und nach der Geburt als gering einschätzen.</p> <p>Viele Frauen schaffen es in der Schwangerschaft ohne Interventionen nicht mehr zu rauchen. Die Hälfte dieser Frauen erleiden jedoch nach sechs Monaten und 80% ein Jahr nach der Geburt einen Rückfall. Es sind weitere Studien nötig, die Aufschluss über Interventionen zur Rauchentwöhnung nach der Geburt geben, da viele Interventionen in der Schwangerschaft stattfinden. Ausserdem fehlen Studien über die Wirksamkeit der Rückfallprävention über eine längere Zeit.</p> <p>Das Ziel der Studie war es herauszufinden, ob die Geburt als lehrreicher Moment dienen kann für eine Beratung bezüglich</p>	<p>nach Geburt eingeholt. Eingeschlossen wurden Frauen, welche regelmässig vor oder in der Schwangerschaft geraucht haben. Es wurden alle Frauen eingeschlossen, die nicht früher als vier Wochen vor der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufgehört haben. Frauen, deren Deutsch nicht gut genug war, um einer Beratung zu folgen, wurden ausgeschlossen. Als Anreiz wurde Geld unter den Teilnehmenden verlost. Um die Stichprobengrösse zu berechnen, wurde ein einseitiger p-Wert von 0.05, eine Power von 0.80 und ein Behandlungseffekt von 10% verwendet. Dies zeigte zu einer mindest Stichprobengrösse von 259 Frauen pro Gruppe. Um einen statistischen Unterschied zu sichern wurde ein Chi-Quadrat-Test für gleiche Anteile in zwei Gruppen angewendet.</p> <p>Es wird beschrieben, dass nicht alle Teilnehmerinnen an den Nachfolgearhebungen teilnahmen. 88% der Teilnehmerinnen nahmen nach sechs Monaten noch teil, 82% nach zwölf Monaten, 76% nach 18 und 75% nach 24 Monaten. Es wurden insgesamt 297 Beratungsgespräche durchgeführt. Bei der ersten Auffrischungssitzung waren es 32 Frauen und bei der zweiten nochmals 15 Frauen weniger. Diese Drop-outs wurden als wiederrauchend gewertet.</p> <p>Die Baselineerhebung wurde im Schnitt 35 Tage nach der Geburt durchgeführt. Drei Tage vor dem Termin bekamen die Frauen einen Baseline-Fragebogen per Mail zugesandt. Wurde er nicht ausgefüllt, unterstützten die Forschenden die Frauen bei der Auswertung beim Gespräch. Nach der Baselineerhebung wurden Daten nach sechs, zwölf, 18 und 24 Monaten erhoben. Für die Nachfolgearhebungen wurden computergestützte Telefoninterviews gemacht. Die Frauen, die telefonisch nicht erreicht wurden, erhielten einen Fragebogen per Post. Die Befragungen wurden von geschulten Interviewern durchgeführt. Die Interviewer wussten nicht, in welcher Gruppe sich die Frauen befinden und sie hatten nichts mit den Beratungen zu tun.</p> <p>Als Variablen wurde die dauerhafte Abstinenz und die wiederholte vierwöchige Punktprävalenz Abstinenz gewählt. Als dauerhafte Abstinenz wurden Frauen eingestuft, die bei den Nachuntersuchungen als rauchfrei angesehen wurden. In die wiederholte vierwöchige Punktprävalenz wurden die Frauen eingeteilt, die in den letzten vier Wochen vor der Nachuntersuchung nicht geraucht hatten.</p>	<p>gen festgestellt werden im Hinblick auf die primären Ergebnisse der Intervention. Nur bei der Nachuntersuchung nach sechs Monaten wurde bei der Punktprävalenz-Abstinenzrate einen signifikanten Unterschied beobachtet. Wenn die Wirksamkeit der Intervention im Hinblick auf die Unterstützung der Rauchentwöhnung getestet wurde, erreichte die Interventionsgruppe nach sechs Monaten eine Signifikanz bei der dauerhaften Abstinenz gegenüber der Kontrollgruppe. Bei der Punktprävalenz</p>	<p>Rückfall zum Rauchen nicht verhindert. Dies klingt paradox, da in der Einleitung von Studien mit einer rückfallverhindernden Wirkung gesprochen wurde. Allerdings beobachten nur wenig Studien die Wirkung länger als zwölf Monate nach der Geburt. In diesen Studien schwächte sich der Effekt nach sechs Monaten ab und strenge Ergebniskriterien oder Analysen wurden selten angewandt. Diese Abschwächung deutet darauf hin, dass ein Rückfall zum Rauchen auch in beratenen Gruppen üblich ist. Eine Meta-Analyse ergab, dass das Motivational Interviewing keinen Effekt auf die Verringerung der gerauchten Zigaretten zeigte. In Übereinstimmung mit den verfügbaren empirischen Erkenntnissen haben die Forschenden festgestellt, dass sowohl die Geburt als auch die Schwangerschaft als Anreiz für eine Verhaltensänderung dient. Etwas weniger als die Hälfte der Raucher:innen stoppen in der Schwangerschaft mit dem Rauchen ohne jegliche Intervention. Dies wird von den Forschenden als bedeutende Änderung des Gesundheitsverhalten bewertet. Diese Veränderung scheint jedoch nicht über längere Zeiträume zu halten.</p> <p>Die Frage, wie dieser Impuls für eine langfristige Verhaltensänderung genutzt werden könnte bleibt offen. Die Forschenden vergleichen ihre Ergebnisse mit anderen Studien und beantworten so ihr Ziel. Es wurden keine biochemischen Validationen der Abstinenz durchgeführt, somit können die Berichte der Teilnehmer nicht validiert werden. Dies könnte zu Verzerrungen geführt haben. Die Überprüfung wurde zum Zeitpunkt der Durchführung kontrovers diskutiert. Im Nachhinein meinen die Forschenden, wäre es</p>
--	--	--	--

<p>Rauchstopp. Ein weiteres Ziel war es, die Wirksamkeit der Beratung zu untersuchen. In der Beratung versuchten die Forschenden den Interventionseffekt nach der Geburt abzuschätzen, ohne die motivierende Unterstützung der Schwangerschaft.</p>	<p>Um die Auswirkung der Intervention differenzieren zu können wurden die Gruppen jeweils in zwei Untergruppen aufgeteilt. Die eine Untergruppe beinhaltete Frauen, die zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung geraucht haben. In der anderen Untergruppe waren die Frauen, die zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung nicht geraucht haben. So konnte die Wirksamkeit der Intervention zur Rauchentwöhnung untersucht werden. Die Abstinenz wurde zu den Erhebungszeitpunkten nicht biochemisch überprüft. Die Forschenden begründen dies damit, da dies zum Erhebungszeitpunkt noch nicht in den Leitlinien war. Frauen mit fehlenden Werten wurden aus der laufenden Untersuchung ausgeschlossen. Die Variablen weisen ein Nominale Skalenniveau auf. Es wurde das Konfidenzintervall für die Datenanalyse verwendet. Die Ausgangscharakteristika zwischen Interventions- und Kontrollgruppe wurden mit dem t-Tests, Chi-Quadrat-Tests oder Mann-Whitney U-Tests verglichen. Die Analysen wurden mit SPSS® Version 12.0 durchgeführt. Die Analysen der Konfidenzintervalle wurden mit der CIA-Version 2.1.1 durchgeführt. Es wird kein Signifikanzlevel erwähnt. Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald genehmigte die Studie.</p>	<p>Abstinenzrate wurden signifikante Ergebnisse nach sechs, zwölf und 18 Monaten erreicht. Bei der Bewertung der Wirksamkeit der Intervention im Hinblick auf die Rückfallprävention erreichte keine Variable zu keinem Zeitpunkt eine Signifikanz.</p>	<p>womöglich positiver gewesen. Die Frauen in der Kontrollgruppe erhielten neben der üblichen Betreuung modernes Selbsthilfematerial, was den Effekt der Intervention ebenfalls verzerrt haben könnte. Selbsthilfebroschüren haben sich in einigen RCTs als wirksam erwiesen. Auch die üblichen Gesundheitsdienstleitungen könnten zu einer Verzerrung in der Interventionsgruppe geführt haben, da das Rauchen als ein wichtiges Thema identifiziert wird. Die Ergebnisse dieser Studie werden als Indikator gewertet, dass die aktuellen Interventionsstrategien zur Raucherentwöhnung oder Rückfallprävention überarbeitet und ergänzt werden müssen. Dies scheint den Forschenden die Richtung für zukünftige Forschung zu sein, da es an theoretischen Konzeptualisierungen des Rückfallprozesses mangelt.</p>
---	---	---	---

## Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie gibt Aufschluss darüber, wie effektiv eine Beratung bezüglich Rauchstopp nach der Geburt ist. Somit ist die Studie sehr praxisnah. Die</p>	<p>Das Forschungsdesign ist sinnvoll und nachvollziehbar ausgewählt und passt zum Ziel der Studie. Die Intervention wurde präzise beschrieben und wie geplant durchgeführt. Die Interventionsberatung beruht auf geprüften Verfahren. Mit einer Ausbildung und Überprüfung der Beratungspersonen durch einen Supervisor wurde die Intervention standardisiert. Ausserdem haben die Forschenden die Einhaltung des Motivational Interviewing anhand einem geprüften Hilfetool eingeschätzt und die Mehrheit der Interviews wurden als gut bis sehr gut eingestuft. Die Population ist sinnvoll zum Ziel der Studie gewählt. Die Stichprobe wurde randomisiert, der Vorgang klar ersichtlich beschrieben und in einer Abbildung dargestellt. Die Forschenden teilten die Frauen</p>	<p>Die Ergebnisse wurden präzise beschrieben und in Tabellen übersichtlich dargestellt. Sie stellen ein sinnvoller</p>	<p>Alle relevanten Ergebnisse werden von den Forschenden diskutiert. Die Interpretationen der Forschenden entsprechen den Ergebnissen und werden verständlich und ersichtlich erklärt. Die Forschenden nehmen Bezug zum Studienziel und zu anderen Studien auf. Ausserdem</p>

<p>Forschenden beschrieben genau den aktuellen Forschungsstand und die bestehenden Lücken. Das Themenfeld wird mit genügend empirischer und aktueller Literatur gestützt. Dies ergibt einen guten theoretischen Bezugsrahmen.</p>	<p>abwechselnd in die Interventions- und die Kontrollgruppe anhand der Screening-Formularen ein. Die Stichprobe ist repräsentativ für die Zielpopulation und hat eine angemessene Grösse, um Unterschiede der Gruppen zu erkennen. Um Verzerrungen der Stichprobengrösse zu verhindern, wurden diverse Berechnungen durchgeführt. Die Auswahl der Teilnehmer:innen ist gut beschrieben und wird mit Ein- und Ausschlusskriterien begründet. Die Intervention- und Kontrollgruppe ist vergleichbar, da die Forschenden die Gruppen auf ihre Ausgangsmerkmale testeten und keine systematischen Unterschiede gefunden wurden. Da die Stichprobengrösse genügend gross ist, werden die Drop-Outs die Resultate nur gering beeinflussen. Die Forschenden beschrieben nachvollziehbar, wie sie mit den fehlenden Daten der Drop-Outs umgegangen sind.</p> <p>Die Datenerhebung ist nachvollziehbar in Bezug auf das Ziel der Studie. Die Variablen sind genau definiert und scheinen sinnvoll gewählt zur Beantwortung des Ziels. Um das Ziel, ob die Geburt einen lehrreichen Moment darstellt, vollumfänglich beantworten zu können, wären noch mehr Variablen sinnvoll gewesen. Die Forschenden machten lediglich einen Rückschluss aus den Frauen, welche mittels der Beratung abstinent wurden. Die Daten wurden bei allen Teilnehmern:innen gleich erhoben.</p> <p>Die Auswahl der Messinstrumente wird ausreichend begründet. Bei den Messinstrumenten wird darauf plädiert, dass die Teilnehmenden die Wahrheit sagen. Die Datenanalyse wird genau erläutert und geeignete statistischen Verfahren ausgewählt. Es wurde eine Ethikkommission einbezogen und die Teilnehmenden wurden um ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie gebeten.</p>	<p>Zusatz zum Text dar.</p>	<p>wurde nach alternativen Erklärungen gesucht. Mithilfe der Diskussion werden die Ergebnisse differenziert dargestellt. Die Ergebnisse waren nicht signifikant. Es konnte jedoch davon abgeleitet werden, dass die Beratung nicht ausreicht, um einen Rauchrückfall zu verhindern. Die Forschenden haben die Limitationen der Studie angemessen diskutiert. Die Studie war sinnvoll, um herauszufinden ob die Beratung in die Routineuntersuchung integriert hätte werden können. Die Studie könnte mit einer intensiveren Intervention wiederholt werden.</p>
---	--	-----------------------------	---

## **Gesamteinschätzung der Güte gemäss den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008)**

### **Objektivität**

Die Forschungsarbeit ist nachvollziehbar beschrieben und gut erklärt. Die Intervention ist standardisiert, da alle Berater:innen gleich geschult wurden und nach dem gleichen Konzept vorgegangen sind. Die Interviews werden im Nachhinein durch externe Fachleute geprüft, was sich positiv auf die Objektivität auswirkt.

### **Reliabilität**

Der Methodenteil wird präzise und nachvollziehbar beschrieben. Die Randomisierung der Teilnehmer:innen ist übersichtlich dargestellt. Es werden keine geprüften Messinstrumente verwendet, was sich negativ auf die Reliabilität auswirkt.

### **Validität**

Die interne Validität wird erhöht, durch die präzise und nachvollziehbare Beschreibung der Datenanalyse. Durch die Homogenität der Teilnehmer:innen in den Stichproben, wird die externe Validität gesenkt.

## **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009)**

Die Studie wird als Evidenzlevel 6 (unterste Stufe) gewertet, da es sich um eine RCT handelt.

Anhang B5 Levine et al. (2016). «Preventing Postpartum Smoking Relapse: A Randomized Clinical Trial. »

**Zusammenfassung der Studie:**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Viele Frauen erreichen einen Rauchstopp in der Schwangerschaft, werden jedoch im ersten Jahr nach der Geburt wieder rückfällig. Dies stellt ein Risiko für die Gesundheit der Frauen und der Neugeborenen dar. Einige bisher untersuchte Interventionen führen dazu, die postpartale Abstinenz zu verlängern. Jedoch sind die längerfristigen Wirkungen von Rückfallpräventionsprogrammen mehrdeutig.</p> <p>Bei Überprüfungen der Abstinenz mit Speicheltest (Kotininwerte) und Ablufttest (Kohlenmonoxid) zeigte sich eine besonders tiefe Abstinenzrate. Werden die Interventionen den Faktoren angepasst, die zum Rückfall beitragen könnte, dies die Abstinenzrate erhöhen. Durch vorherige Studien der Autorenschaft und andere</p>	<p>Es ist eine RCT. Die Teilnehmenden wurden im dritten Trimester zufällig in die STARTS und SUPPORT eingeteilt (Siehe Beschreibung Einleitung). Die Randomisierung wurde von einem Statistiker erstellt. Die Population besteht aus Frauen, welche in der Schwangerschaft aufgehört haben zu rauchen und nach der Geburt wieder beginnen. Die Teilnehmenden wurden zwischen März 08 und Dezember 12 rekrutiert, wobei die Analyse vom April 14 bis Februar 15 ging. Die Rekrutierung erfolgte von pränatalen Raucherentwöhnungsprogrammen, Geburtshilfen- und Kinderpraxen und Frauengesundheitszentren/-kliniken. Es wurden folgende Einschlusskriterien definiert: Vor dem Rauchstopp mindestens fünf Zigaretten pro Tag geraucht haben, drei Monaten vor der Schwangerschaft mindestens ein Monat lang geraucht haben, die letzten zwei Wochen vor der Basiserhebung rauchfrei sein und motiviert sein abstinent zu bleiben. Bei der Aufnahme wurde anhand der Time follow-back Methode die Raucherentwöhnung dokumentiert und mittels Kohlenmonoxid Wert überprüft. Die Motivation wurde anhand einer 4-Punkte-Skaleneinteilung erfasst und Frauen mit eine Mindestpunktzahl von zwei wurden als motiviert betrachtet. Vier Frauen wurden ausgeschlossen, da sie über Psychiatrische Symptome oder anderen Substanzgebrauch berichteten. Die Stichprobe bestand aus 300 Frauen.</p> <p>Bei der pränatalen Erstuntersuchung wurden die Frauen über die Intervention informiert. Die Intervention startete sofort nach der Geburt und ging bis 24 Wochen nach der Geburt.</p> <p>In beiden Programmen diente ein Handbuch als Leitfaden und Standardisierung für Interventionskonditionen, -themen und</p>	<p>Es wurden keine Unterschiede in der Therapietreue gefunden zwischen persönlichen oder telefonisch geführten Sitzungen. Die Frauen absolvierten im Schnitt 10.93 Sitzungen von 13, wobei 85.7% (257 von 300) alle 13 Sitzungen absolvierten. Gesamthaft absolvierten mehr Frauen die persönlichen Gespräche als die telefonischen. Die Beibehaltungsquoten waren während des gesamten Studienzeitraums hoch. Obwohl ein signifikant grösserer Anteil der Frauen in der STARTS-Intervention als in der SUPPORT-Intervention nach 52 Wochen aus der Studie ausschied, waren die Abbruchraten am Ende der Intervention zwischen STARTS und SUPPORT ähnlich. In der Gesamtstichprobe blieben 38% zwölf Wochen, 33.7% 24 Wochen und 24% 52 Wochen nach der Geburt abstinent</p>	<p>Die aufgestellte Hypothese, dass die STARTS Frauen eine höhere Abstinenzraten aufweisen und eine längere Zeit Abstinenz bleiben als die SUPPORT Frauen wird widerlegt. Die beiden Interventionen unterscheiden sich zwar in ihrer Wirksamkeit nicht, jedoch zeigen beide eine höhere ein Jahres Abstinenzrate als die Raten von anderen, ähnlichen Studien. Die Raten der biochemisch Bestätigten Abstinenz der Frauen waren nach sechs Monaten ausgezeichnet. Die Abstinenzrate überraschte die Forschenden, Angesicht dessen, dass die Teilnehmerinnen junge Frauen mit wenig Bildung oder finanziellen Ressourcen waren. Frühere Studien zeigten eine langfristige Abstinenzrate von weniger als 25%. Die Forschenden interpretieren, dass Interventionen die Abstinenz bei jungen Frauen mit verschiedenen Hintergründen und limitierter Bildung oder finanziellen Ressourcen nach der Geburt verbessern können.</p> <p>Auch die Hypothese, dass die Abstinenz mit Verbesserungen der Stimmungsschwankungen, wahrgenommenem Stress und Gewichtsbedenken im Zusammenhang mit dem Rauchen, erhöht wird, wird widerlegt. Die Forschenden nehmen an, dass die Unterstützung durch eine ausgebildete Fachkraft</p>

<p>bisherige Literatur konnten einige veränderbare Faktoren festgestellt werden. Darunter Stimmungsschwankungen, Stresserleben und Gewichtsbedenken. Es soll die relative Wirksamkeit eines auf die nach der Geburt zugeschnittenen Programms, mit dem Namen «Strategies to Avoid Returning to Smoking (STARTS)», zur Verhinderung des Rückfalls ins Rauchen untersucht werden. Dies wurde mit einem Programm verglichen, welches unterstützend, zeit- und aufmerksamkeitskontrolliert war (SUPPORT).</p> <p>Die Forschenden stellen folgende Hypothesen auf:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frauen im STARTS Programm werden höhere Abstinenzraten aufweisen und eine längere Zeit Abstinenz bleiben als diese im SUPPORT Programm.</li> <li>2. Die Abstinenz wird mit Verbesserungen der Stimmungsschwankungen, wahrgenommenem</li> </ol>	<p>Fähigkeiten. Die Teilnehmenden erhielten bei jeder Sitzung eine schriftliche Information. Die Frauen in beiden Programmen wurden aufgefordert ihr Rauchverhalten zu beobachten und Strategien zur Bewältigung von Verlangen und Risikosituationen zu besprechen. Das SUPPORT Programm fokussierte dabei nur auf den verhaltensbedingten Drang, während das STARTS Programm auch kognitive Verhaltenstechniken miteinbezog. Dies sollte eine Hinterfragung von Gedanken und Überzeugungen im Zusammenhang mit dem Rauchdrang bezwecken. Zusätzlich beschäftigte sich das STARTS Programm mit Themen wie soziale Kontakte, Ausgleich der Bedürfnisse, Auseinandersetzung mit rauchspezifischen Gewichtsproblemen, Förderung einer gesunden Gewichtsabnahme und die Nutzung der körperlichen Aktivität als Alternative zum Rauchen. Die Sitzungen umfassten telefonische und persönliche Sitzungen, wobei die Teilnehmerinnen mit Geschenkgutscheine für Geschäfte mit Babyartikel für persönliche Gespräche motiviert wurden. Die Sitzungen wurden von geschulten, weiblichen Klinikern mit Master-Abschluss durchgeführt, aufgezeichnet und wöchentlich supervisiert. Die Supervision von Tonaufnahmen und Sitzungen wurde von geschulten unabhängigen Beurteilern gemacht, um die Interventionstreue festzustellen.</p> <p>Die Datenerhebungszeitpunkte waren bei der pränatalen Erstuntersuchung und zwölf, 24 und 52 Wochen nach der Geburt. Die Frauen wurden für die komplette Teilnahme an den Datenerhebungen jeweils geldlich entschädigt (Nach allen Beurteilungen nicht mehr als 170 Dollar). Bei jeder Datenerhebung wurden die Frauen über den letzten Rauchzeitpunkt befragt und es wurde biochemisch überprüft. Deuteten die Erhebungen aufs Rauchen wurden die Frauen als rückfällig eingestuft. Auch Frauen, die die Intervention abbrachen, wurden ab dem Tag des letzten Besuchs als rückfällig eingestuft. Die Selbstwirksamkeit bezüglich Gewichtskontrolle wurde zu allen Zeitpunkten erhoben. Depressive Symptome wurden mit der</p>	<p>(biochemisch bestätigt). Die langfristige Abstinenzraten unterschieden sich nicht in Abhängigkeit der Interventionsgruppen. Es zeigte sich, dass schwarze Frauen oder Frauen mit einem High-Schoolabschluss oder weniger, eher rückfällig wurden als weisse Frauen und Frauen mit einer höheren Ausbildung. Ältere Frauen und Frauen, die früh in der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufhörten zeigten ein geringeres Rückfallrisiko als jüngere Frauen und Frauen, die später mit dem Rauchen aufhörten. Frauen, die vor dem Rauchstopp stärker geraucht haben, zeigten ein höheres Rückfallrisiko als Frauen, die weniger stark geraucht haben. Es gab jedoch keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen den Interventionsgruppen und den demografischen Vorhersagen. Zusätzlich zeigte sich kein Unterschied zwischen den Interventionsgruppen in Bezug auf die Zeit des Rückfalls.</p>	<p>sich auf die psychosozialen Ergebnisse der Studie auswirken kann. Die Forschenden interpretieren, dass Interventionen, welche auf die Bedürfnisse der Frauen nach der Geburt angepasst sind, die Rauchabstinenz aufrechterhalten und damit die Gesundheit von Müttern und Kindern verbessern können.</p> <p>Die Frauen wurden ermutigt persönliche Gespräche den telefonischen vorzuziehen, was die hohe Rate an persönlichen Gesprächen verfälschen kann. Es ist jedoch unmöglich der relative Effekt der unterschiedlichen Gespräche zu bestimmen, weshalb die Forschenden allgemein interpretieren, dass der Kontakt mit medizinischen Fachkräften nach der Geburt die Rate der dauerhaften Tabakabstinenz positiv beeinflussen kann. Sie finden, dass Strategien zur Abstinenzförderung vor und während der Schwangerschaft bereits erforderlich sind. Jedoch wird der Rauchstopp pränatal nicht eingeleitet vor einer bestätigten Schwangerschaft. Trotzdem ist es relevant, Risikofaktoren für einen Rückfall nach der Geburt zu identifizieren, um spezifische Massnahmen anzuwenden, um die Abstinenz nach der Geburt zu erhöhen. In der Studie sind Verbesserungen der Stimmungsschwankungen und Stress positiv mit Abstinenz verbunden worden. Jedoch sind rauchbezogene Gewichtsprobleme in der Studie</p>
--	--	---	--

<p>Stress und Gewichtsbedenken, im Zusammenhang mit dem Rauchen, in Verbindung gebracht werden.</p> <p>3. Frauen im STARTS Programm werden grössere Veränderungen in den Variablen zeigen als Frauen im SUPPORT Programm.</p>	<p>Depressionsskala des Centers für Epidemiologische Studien erfasst und die Skala für wahrgenommenen Stress wurde auch ausgefüllt. Es wurden folgende Variablen definiert: Demografische Variablen, Variablen zu Rauchverhalten, Motivation, Selbstwirksamkeit zu Abstinenz und Gewicht, Gewichtsbelangen.</p> <p>Die Forschenden schätzten Abstinenzraten von 24 Wochen nach der Geburt von 53% und 37% für die STARTS und SUPPORT Interventionen. Es wurde <math>p=0.05</math> definiert. Für die Datenanalyse wurden folgende Instrumente verwendet: X2-Tests (Behandlungsabsichten), Mixed-Effects-Modell mit Logitverknüpfungsfunktion (Abstinenzraten vergleichen, Wirkung im Zeitverlauf, Abhängigkeit zwischen wiederholten Messungen derselben Person), multivariablen Analysen (Wechselwirkungen Prädiktoren), Kaplan-Meier-Kurve (Vergleich Tage bis Rückfall), Cox-Proportional-Hazards-Modelle (Einfluss und Interaktion demografische Variablen auf Rückfall). Das Versuchsprotokoll wurde von institutioneller Prüfstelle der Universität Pittsburgh genehmigt. Die Teilnehmenden gaben ihre schriftliche Einwilligung.</p>	<p>Wahrgenommener Stress und depressive Symptome verbesserten sich in beiden Interventionsgruppen. Beide Gruppen zeigten eine leichte Abnahme von Gewichtsproblemen, die mit dem Rauchen zusammenhängen. Frauen mit einem höheren Level an wahrgenommenem Stress und mehr depressiven Symptomen zeigten eine höhere Rückfallwahrscheinlichkeit. Gewichtselbstwirksamkeit und Rauchbezogene Gewichtsbedenken wurden nicht mit einem Rückfall verbunden.</p>	<p>nicht mit einem Rückfall in Zusammenhang gebracht worden.</p> <p>Die Autorenschaft gibt einige Limitationen der Studie an. Sie untersuchten potenzielle Mediatoren auf Basis vorheriger Forschung. Zusätzlich war es möglich, dass Frauen bereits vor der Geburt rückfällig wurden und dies nicht bemerkt wurde. Die hohe Beibehaltungsquote wäre möglicherweise ohne Anreize für die persönlichen Besuche nicht beibehalten worden. Des Weiteren kann kein Vergleich erstellt werden zu Frauen, die gar keine Intervention erhalten, da es keine Kontrollgruppe ganz ohne Interventionen gab. Implikationen für die Praxis oder weiterer Forschung werden keine angegeben.</p>
---	---	--	--

### Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie untersucht Interventionen zu relevanten Faktoren im Zusammenhang mit einem Rückfall zum Rauchen. Das Themenfeld wird mit vorhandener theoretischer und empirischer Literatur dargestellt und ausreichend gestützt. Die Forschenden ziehen auch eigene bisher durchgeführte Studien zum Thema hinzu.</p>	<p>Das Studiendesign wurde passend zur Beantwortung des Forschungsziels gewählt. Die Verbindung zwischen Ziel und Design ist ersichtlich und logisch. Die Interventionen wurden mehrheitlich gut beschrieben, wurde geplant durchgeführt und überprüft. Die Durchführung wurde standardisiert, da es einen Leitfaden für die Interventionen gab und durch Supervision die Durchführung kontrolliert wurde. Die Population passt zur Zielsetzung und die Stichprobe erscheint repräsentativ und die Grösse angemessen für die Zielpopulation. Frauen, die die Intervention</p>	<p>Die Ergebnisse werden präzise erläutert. Sie werden übersichtlich und verständlich dargestellt und in einer Tabelle kurz</p>	<p>Alle relevanten Ergebnisse zur Beantwortung des Forschungsziels werden diskutiert. Nachvollziehbar erläutert sind die Erklärung der Forschenden und stimmen mit den Ergebnissen überein. Zwei der drei aufgestellten Hypothesen werden in der Diskussion explizit nochmals kurz aufgenommen und mit den Ergebnissen in Beziehung gesetzt. Die Forschenden halten sich</p>



<p>Die Literaturquellen passen somit inhaltlich zum Thema und die Aktualität ist dabei mässig gegeben. Der theoretische Bezugsrahmen wird eher kurz und bündig gehalten, die Beziehungen zwischen den Themen werden dabei verständlich erläutert. Die Forschungslücke wird nicht betitelt, aber es wird aufgezeigt, dass es wichtig ist diese Faktoren zu untersuchen. Daraus könnte allenfalls Interventionen zu einem langfristigen Rauchstopp dargestellt und abgeleitet werden. Die Forschenden formulieren das Ziel der Studie und stützen diese mit drei klar definierten Hypothesen.</p>	<p>abbrachen, wurde als Rückfall betitelt, was zu Verzerrungen führen kann. Dies wurde von den Forschenden nicht weiter diskutiert oder begründet. Die Auswahl der Teilnehmenden wurde anhand von Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben. Die Gruppen sind sofern vergleichbar, da beide die gleiche «Grundintervention» erhielten, jedoch die eine Gruppe (STARTS) mit gezielterem Fokus und mehreren Themen. Die Art der Datenerhebung ist nachvollziehbar bezüglich des Forschungsziels. Die Variablen dazu scheinen sinnvoll und umfassend gewählt. Durch die Standardisierung war die Methode der Datenerhebung bei allen gleich. Die Messinstrumente werden nicht begründet, wirken aber nachvollziehbar und angemessen. Die Verfahren der Datenanalyse werden sehr klar und ausführlich beschrieben. Die statischen Verfahren erscheinen sinnvoll ausgewählt und entsprechenden Skalenniveaus der Daten. Es wurde ein Signifikanzniveau gewählt. Es wird eine Prüfstelle einbezogen und die Teilnehmenden gaben ihr Einverständnis.</p>	<p>und bündig dargestellt. Die Tabelle enthält einen Titel, ist verständlich gestaltet und dient als Ergänzung zum Fliesstext.</p>	<p>eher an die Ergebnisse der Studie oder anderer Literatur und suchen weniger nach alternativen Erklärungen. Die Diskussion bietet einen Mehrwert gegenüber den Ergebnissen, da bereits bestehende Literatur beigezogen wird und dadurch Erkenntnisse abgeleitet werden. Die Forschenden diskutieren wenig die praktische Bedeutung oder Implikationen für die Praxis. Es wird erwähnt, dass es wichtig ist Mediatoren pränatal zu kennen, um nach der Geburt eine optimale Abstinenzhaltung unterstützt werden kann. Limitationen der Studie werden nachvollziehbar und logisch beschrieben.</p>
---	--	--	--

## **Gesamteinschätzung der Güte gemäss den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008)**

### **Objektivität**

Die Benutzung eines Leitfadens und die Standardisierung der Interventionen wirkt sich positiv auf die Objektivität aus. Die Studie ist im Allgemeinen detailliert und nachvollziehbar beschrieben.

### **Reliabilität**

Das methodische Vorgehen wird sehr präzise und ausführlich beschrieben. Die Randomisierung wird von einem Statistiker vorgenommen und die Interventionen von unabhängigen Beurteilern kontrolliert, um die Reliabilität zu gewährleisten.

### **Validität**

Das Studiendesign einer RCT spricht für eine eher hohe externe Validität. Es gibt keine Kontrollgruppe ohne Intervention. Deshalb kann die Wirksamkeit der getesteten Intervention nicht eindeutig identifiziert werden.

## **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009)**

Die Studie wird als Evidenzlevel 6 (unterste Stufe) gewertet, da es sich um eine RCT handelt.

Anhang B6 Logan et al., (2016). «Postpartum Smoking Relapse and Breast Feeding: Defining the Window of Opportunity for Intervention.»

**Zusammenfassung der Studie:**

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Es ist allgemein bekannt, dass Rauchen schädlich ist für die Gesundheit. Das Reduzieren, respektive Stoppen des Rauchens in der Schwangerschaft ist ein globales Gesundheitsziel. Es ist bekannt, dass viele Frauen mit dem Rauchen in der Schwangerschaft aufhören können, trotzdem beginnen sehr viele nach der Geburt wieder mit dem Rauchen. Viele bisherige Interventionsstudien versuchten die Abstinenz nach der Geburt zu verlängern, aber nur wenige konnten einen leichten Erfolg erzielen. Andere Studien deuten darauf hin, dass auslösende Faktoren, wie die Absicht zu stillen oder die Einstellung der Mutter zur Gesundheit ihres Kindes, in eine längere Stilldauer resultieren. Folglich kann dies zu einem höheren</p>	<p>Bei der Studie handelt es sich um eine Fallstudie. Es soll dabei der Zusammenhang von Stillen und der langfristigen Rauchentwöhnung untersucht werden. Die Population gliedert sich in rauchende Mütter, welche eine Einlings Geburt (Gestationsalter <math>\geq</math> 37 Wochen) hatten, die bei der Spitalentlassung gestillt wurden. Für die Stichprobe wurden folgende Ausschlusskriterien definiert: Eine ambulante Geburt, Mütter unter 18 Jahre, die Verlegung des Neugeborenen oder der Mutter und/oder unzureichende Deutschkenntnisse. Die Teilnehmenden wurden aus der Allgemeinbevölkerung kurz nach der Geburt rekrutiert und in der Universitätsklinik Ulm von April 2012 bis Mai 2013 aufgenommen. Die Teilnehmenden wurden aus einer übergeordneten Studie (SPATZ) rekrutiert. Wobei diese die Analysegruppe bilden. Insgesamt wurden 767 Mütter in die Stichprobe eingeschlossen. Bei der Aufnahme wurde mittels eines Fragebogens verschiedene Daten erhoben (demografische Daten, lebensstil- und geburtsbezogene Daten). Zusätzlich wurden die Daten anhand schriftlicher Dokumentationen durch Geburtshelfer:innen und aus elektronischen Krankenhausunterlagen erfasst. Die</p>	<p>Etwa 70% der Mütter, die in der Vergangenheit geraucht haben und nach der Geburt stillten, berichteten innerhalb von zwei Jahren über einen Rückfall. Verglichen mit Nichtraucherinnen war es bei Müttern, die weiterhin rauchten oder nach sechs Wochen oder Monaten einen Rückfall hatten, signifikant häufiger, dass diese nicht vorherrschend gestillt haben. Frauen, die in jüngerer Vergangenheit noch geraucht haben, waren mit signifikanter Wahrscheinlichkeit unter 30 Jahren, hatten eine geringere Bildung, waren übergewichtig, Mehrgebärende und/oder hatten ihr Kind per Kaiserschnitt auf die Welt gebracht (im Vergleich zu den Nichtraucherinnen). Assoziationen mit Alter und Bildung bei ehemaligen Raucherinnen war überwiegend auf die Person abzuleiten. Mütter, welche bis zu zwei Jahre abstinent</p>	<p>Die Forschenden haben in der Studie einen signifikanten Zusammenhang gefunden zwischen dem Zeitraum des Rückfalls und dem Zeitraum des überwiegenden Stillens. Das Stillverhalten war bei Frauen, die zwei Jahre nach der Geburt abstinent blieben gleich zu dem von Nichtraucherinnen. Niedriges Alter, eine geringe Bildung und eine höhere Raucherfrequenz standen am stärksten mit einem Rückfall in Verbindung. Die erste Geburt und ein nicht rauchender Partner wurden mit einer langfristigen Abstinenz verbunden. Weniger als die Hälfte der befragten Mütter, welche bis zum sechsten Monat wieder rauchten, erreichten die empfohlene Mindestdauer in Deutschland an überwiegendem Stillen (4 Monate). Die Zahl der Mütter, welche die Mindestdauer erreichten, stieg auf 70% bei denen die erst nach sechs Monaten rückfällig wurden. Die Zahl stieg sogar auf 80% bei Müttern, die zwei Jahre abstinent blieben. Die Forschenden interpretieren, dass Rückfallinterventionen, die das langfristige Stillen fördern, die Rauchabstinenz mindestens bis zum Zeitpunkt des kompletten Abstillens verlängern können. Die Forschenden erläutern, dass es unklar bleibt, ob längeres Stillen zu einer langfristigen Rauchabstinenz führt. Es wurde in einer anderen Studie die Einstellung der Mütter zum Rauchstopp in der prä- und postnatalen Zeit befragt. Diese Schlussfolgerten, dass die Motivation für die Rauchentwöhnung hauptsächlich der Wunsch das Kind zu</p>

<p>Grad an Rauchabstänigkeit führen. Das Ziel der Studie ist es, vorherrschende und ergänzende Stillmuster zu beschreiben. Zusätzlich sollen demografische Daten und Lebensstilfaktoren bei Müttern, welche bei Krankenhausentlassung stillen beschrieben werden. Dies soll differenziert werden nach Raucherstatus und Rückfalldauer bis zu zwei Jahren nach der Geburt. Verschiedene bisherige Studien führten zu der Annahme, dass die Förderung des Stillens zur Verbesserung der Interventionen zur Raucherentwöhnung eingesetzt werden können. Nur sehr wenige Studien beinhalten die Stillförderung als Intervention für eine langfristige Raucherentwöhnung. Bei vielen älteren Studien fehlte eine langfristige Nachbeobachtung des Rauchens oder des Stillens. Zusätzlich mangelte es an Informationen zur Häufigkeit des Rauchens, die Stillart oder Angaben zum Rauchstatus des Partners. Dies erschwerte es</p>	<p>Nachfolgedaten, welche den aktuellen Status, die Häufigkeit des Stillens und das mütterliche Rauchen erfassen, wurden sechs Wochen, sechs Monate, ein Jahr und zwei Jahre nach der Geburt erhoben. Diese Daten wurden mittels Telefons oder zugeschicktem Fragebogen gesammelt. Variablen wurden wie folgt definiert: Demografische Daten, lebensstil- und geburtsbezogene Daten, Aktueller Rauchstatus, Häufigkeit des Stillens und die Zeitspanne der Abstinenz. Die definierten Variablen beim Aufnahmefragebogen weisen ein Nominale Skalenniveau auf. Die nachfolgenden Erhebungen gliedern sich in Nominale und Ordinale Skalenniveaus. Es wurde ein Signifikanzniveau von <math>p=0.05</math> (5%) definiert. Die Kaplan-Meier-Diagramme und Log-Rank-Tests wurden verwendet, um die vorherrschende Stilldauer und die Gesamtstilldauer abzuschätzen. Cox-Proportional-Hazards-Modelle wurden zur Schätzung der rohen Gefährdungsquotienten für die Raucherrückfallkategorien in Bezug auf die Beendigung des überwiegenden und/oder ergänzenden Stillens. Chi-Quadrat- und Kruskal-Wallis-Tests wurden durchgeführt, um signifikante Unterschiede bei demografischen Daten und Lebensstilfaktoren zwischen den Raucher- und Rückfallkategorien zu ermitteln. Um potenzielle Verzerrungen aufgrund fehlender Daten zu beurteilen, wurden die Mittelwerte oder Anteile, der in den gegenseitig angepassten Modellen enthaltenen</p>	<p>blieben, waren mit höherer Wahrscheinlichkeit Erstgebärende. Die Teilnahme des Partners an SPATZ war signifikant niedriger bei den Müttern, die sechs Wochen nach der Geburt über das Rauchen berichten. Der Anteil der rauchenden Partner bis zu zwei Jahren nach der Geburt, war bei den nichtrauchenden Müttern am niedrigsten. Die Rate der rauchenden Partner sank bei Müttern mit längerer Abstinenz. Die Rauchfrequenz vor der Schwangerschaft, war bei den Frauen am höchsten, die sechs Wochen nach der Geburt einen Rückfall hatten. Die Rauchfrequenz vor der Schwangerschaft nahm bei zunehmender Abstinenz ab. Unter den Müttern, die später als sechs Wochen einen Rückfall hatten, entsprachen die überwiegend stillenden und stillenden Frauen-Raten deren von Nichtraucherinnen. Diese nahmen aber nach dem Rückfall stark ab. Bei Müttern, die nach sechs Monaten rückfällig wurden, war der Median der vorschwangerschaftlichen und sechs Monate nach der Geburt Rauchfrequenz signifikant höher bei</p>	<p>schützen war. Eine erfolgreiche langfristige Intervention braucht möglicherweise eine Strategie zur Überwindung von Hindernissen nach der Entwöhnung. Diese Strategie könnte laut Forschenden eine Kombination aus verhaltensbezogenen Botschaften, welche die Vorteile einer langfristigen Entwöhnung für die Gesundheit des Kindes betonen und pharmakologischen Ansätzen zur Bekämpfung der Abhängigkeit umfassen. Da ein rauchender Partner ebenfalls im hohen Masse mit einem hohen Rückfallrisiko verbunden ist, könnte für die erfolgreiche Abstinenz der Einbezug des rauchenden Umfelds massgebend sein. Die Forschenden interpretieren bei Frauen, die nach einer früheren Geburt einen Rückfall hatten, eine geringere Selbstwirksamkeit. Daher sollten die psychosozialen Aspekte dieses Zusammenhangs weiter untersucht werden, um die Rückfallquote von Mehrgebärenden zu senken. Das Ziel der Studie konnte durch die Beschreibungen und Erkenntnisse zu den Stillmustern erfüllt werden. Die Daten zeigen mögliche Ziele für Interventionen, die als Raucherentwöhnung genutzt werden können. Die Interpretation der Ergebnisse wurde durch die Stichprobengrösse eingeschränkt. Zusätzlich war die Auswirkung eines Rauchrückfalls auf das Stillverhalten nicht eine Hypothese mit Priorität in der SPATZ Studie. Deshalb fehlten der Studie Daten über die beabsichtigte Stilldauer und die Absicht mit dem Rauchen aufzuhören. Dies hinderte die Forschenden die Kausalität und Verhaltensmuster im Zusammenhang mit der langfristigen Raucherentwöhnung zu untersuchen. Die Rauchabstänigkeit wurde nicht biochemisch kontrolliert, was zu Fehlklassifizierung führen könnte. Eine Stärke der Studie ist die hohe Rate an Frauen, die beabsichtigen zu stillen. Die Bedingung, dass die</p>
--	--	--	--

bisher, langfristigen Ergebnisse zu ermitteln.	Probandenmerkmale mit den 95 %-Konfidenzintervallen der Mittelwerte oder Anteile des jeweiligen Merkmals in der gesamten Studienpopulation verglichen. Alle Analysen wurden mit SAS 9.4 durchgeführt.	nicht stillenden Müttern als bei Müttern, die noch stillten.	Teilnehmende bei Entlassung aus dem Spital stillen sollen, stellte eine solche hohe Rate sicher.
--	---	--	--

### Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Die Studie zielt auf einen wichtigen Aspekt bezüglich der Raucherentwöhnung ab. Das Stillen wird in Bezug auf die Interventionen zur Raucherentwöhnung als wichtig erachtet. Dies ist für die Berufspraxis sehr relevant. Das Themenfeld wird mit vorhandener theoretischer und empirischer Literatur erläutert und logisch aufgezeigt. Die gewählten Literaturquellen passen inhaltlich zur Zielsetzung und sind mässig aktuell. Die Forschungslücke wird gut aufgezeigt, da viele bisherige Studien das Thema Stillen mit Raucherentwöhnung in Verbindung bringen bei Müttern. Dies wurde bisher nur in wenigen Studien fokussiert. Die Studie beinhaltet keine Forschungsfrage, es wird aber das Ziel der Studie beschrieben.	Das Forschungsdesign wurde zur Beantwortung der Zielsetzung sinnvoll gewählt. Die Studie beinhaltet Analysen und Beschreibungen einer übergeordneten Studie (SPATZ). Die Methode wurde detailliert und präzise beschrieben. Es werden keine genaueren Angaben zur SPATZ Studie erläutert, sowie auch keine Verzerrungen. Die Kriterien für die Ziehung der Stichprobe werden präzise beschrieben und erscheinen nachvollziehbar. Die Population passt zur Zielsetzung und wirkt repräsentativ. Das Verfahren der Datenerhebung in Bezug auf das Forschungsziel ist nachvollziehbar und die Variablen wurden umfassend und sinnvoll gewählt. Die Art der Datenerhebung ist nicht bei allen Teilnehmenden gleich. Diejenigen, welche das Telefon nicht abgenommen haben, erhielten einen Fragebogen zugeschickt, somit wurde keine Standardisierung vorgenommen. Die Verfahren der Datenanalyse werden klar und präzise beschrieben. Die Verfahren erscheinen sinnvoll ausgewählt und eingesetzt. Die Raucherabstinenz wurde nicht biochemisch kontrolliert, was zu Fehleinschätzungen führen kann. Ein Signifikanzniveau wird angegeben, jedoch nicht weiter erläutert. Die Teilnahme war freiwillig und die schriftliche Einwilligung wurde von allen Teilnehmenden eingeholt.	Die Ergebnisse der Studie werden verständlich und nachvollziehbar beschrieben. Zur Veranschaulichung und zum besseren Verständnis werden die Ergebnisse noch in einer Tabelle dargestellt. Die Tabelle ist vollständig und unterstützt beim Verstehen der Ergebnisse.	Es werden relevante Ergebnisse diskutiert. Die Forschenden interpretieren die Ergebnisse und es werden viele zusätzliche Gedanken der Forschenden aufgezeigt. Ebenso suchen sie nach alternativen Erklärungen der Resultate. Die Interpretation der Ergebnisse ist nachvollziehbar. Zur Diskussion der Resultate werden viele andere Studien hinzugezogen und in Beziehung gesetzt. Es wirkt jedoch, dass die eigene Zielsetzung der Forschenden etwas in den Hintergrund rückt. Die Diskussion bietet insofern einen Mehrwert gegenüber den Ergebnissen, da viel von den Forschenden interpretiert und weitere Gedanken aufgezeigt werden. Dies kann auch fraglich sein, da nicht klar ist ob diese Annahmen/Gedanken belegt sind. Die Ergebnisse sind praktisch relevant, da dadurch den Müttern allenfalls zu einer längeren oder langfristigen Abstinenz verholfen werden kann. Die Mütter können dadurch umfassender unterstützt werden.

## **Gesamteinschätzung der Güte gemäss den Kriterien von Bartholomeyczik et al. (2008)**

### **Objektivität**

Es wurde ein Fragebogen als Alternative zum Telefongespräch verwendet. So ist die Datenerhebung nicht bei allen Teilnehmenden gleich und es wurde keine Standardisierung vorgenommen. Die übergeordnete Studie könnte noch besser beschrieben werden.

### **Reliabilität**

Die Methode wurde detailliert und präzise beschrieben. Es ist klar ersichtlich, wie die Stichprobe gezogen und die Daten erhoben wurden.

### **Validität**

Die Teilnehmer:innen der Studie haben ähnliche demografische Daten, dies führt zu einer tieferen externen Validität.

## **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels nach DiCenso et al. (2009)**

Die Studie wird als Evidenzlevel 6 (unterste Stufe) gewertet, da es sich um eine Fallstudie handelt.