

Gereduceerd roken in een verslavingsinstelling



Bacheloropdracht augustus 2008

van Gerti Boomhuis

1^e begeleider: Marcel Pieterse

2^e begeleider: Henk Boer

Studierichting Psychologie

Faculteit Gedragwetenschappen

Thema Veiligheid en Gezondheid



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

Dankzegging

Ik wil graag mijn eerste begeleider Marcel Pieterse danken voor zijn betrokkenheid en de steun. Zijn ervaringen en kennis heeft mij de hele onderzoek door erg geholpen en zorgde ervoor de stress op een draaglijk niveau te houden.

Ook mijn tweede begeleider Henk Boer wil ik danken daarvoor dat hij altijd voor vragen ter beschikking stond.

Bovendien gaat een grote dank aan Christine Enste, die mij erg had geholpen bij het plannen van het onderzoek en het leggen van belangrijke contacten, Dr. Heinz en Dr. Holzbach, die hun toestemmingen gaven tot het uitvoeren van het onderzoek in Warstein en Dr. Wefelmeyer die mij de toestemming voor de kliniek in Münster gaaf en actief hulp verleende.

Natuurlijk gaat ook mijn dank aan alle patiënten die aan het onderzoek hadden deelgenomen of te wel het voor vele vermoeiend was. Ik had niet verwacht dat de patiënt mij zo open en hulpvaardig tegenkomen.

Tot slot wil ik mijn vriend, mijn ouders en mijn vrienden danken. Ze hebben me aangemoedigd, geholpen optimistisch te blijven en voor de benodigde ontspanning gezorgd.

Samenvatting

Achtergrond

Roken is een groot gevaar voor de Duitse bevolking. Jaarlijks overlijden 140 000 mensen aan de gevolgen van het roken. Vele programma's werden ontwikkeld om het stopgedrag van de mensen te beïnvloeden. Inmiddels kwam een tendentie in richting reductie van roken op, die nog steeds betwist is. De these is dat minder roken niet zo goed is als stoppen maar beter dan doorroken. Gericht zijn de meeste programma's op de doorsnedeburger. Een groep die maar minder betrokken wordt, maar bij die het aantal rokers extreem hoog is, zijn drugsverslaafde. Hier zijn 70-95% rokers. Als een rokende drugsverslaafde probeert van de drug los te komen, blijkt die meer te gaan roken volgens onderzoek maar een andere studie geeft aan dat de therapie hierdoor wordt bevorderd. Verder onderzoek op dit gebied is gevraagd.

Onderzoeksvraag

Om een interventie te kunnen ontwikkelen moeten de determinanten worden opgespoord die van invloed zijn op de intentie van patiënten binnen een verslavingsinstelling tot reductie en/of stoppen met roken en het reductiegedrag. Dit wordt door middel van het huidige onderzoek gedaan.

Methode

Door middel van een zelfgemaakte vragenlijst die onder andere de sociaal cognitieve determinanten vanuit het ASE-model van De Vries bevat, werden patiënten uit twee verslavingsinstellingen ondervraagd.

Resultaten

Reductiegedrag bleek door het aantal stoppogingen die iemand deed en het eigen effectiviteit beïnvloed. Het aantal stoppogingen blijkt naast het geslacht en de tijd zonder sigaret tijdens een poging effect op stopintentie zien. Verder bestond een sterke lineaire verband tussen de intentie te reduceren en stopintentie.

Conclusie en discussie

Er zijn verbanden aangetoond worden op die een interventie zou kunnen baseren. Toch worden er suggesties gegeven over vervolgonderzoek.

Abstract

Background

Smoking is a great danger for the German population. Due to the consequences of smoking, 140.000 people die every year. A lot of programs have been developed about changing the cessation-behavior of the people. By now there came up a tendency of reduction, which is still doubtful. The assumption is that the reduction of smoking is in fact worse than cessation, but still better than continuing the usual smoking behavior. In the majority of cases the programs are addressed to ordinary people. One group which is less concerned, but in which the proportion of smokers is extremely high, are drug addicts. Here are 70-95% smokers. When a smoking drug addict tries to detox, he seems to smoke more according to the one study, but according to another study it is even supporting the therapy. Further study is required.

Aim

To develop an intervention, determinants have to be detected which affect the intention of the patients within a detox clinic to reduce their smoking amount or quit smoking. This will be done by this study.

Methods

By a self-made questionnaire which includes among other things the social cognitive determents out of the ASE-model of De Vries, patients of two detox clinics have been surveyed.

Results

Reduction behavior seems to be effected by the amount of cessation trials and perceived behavioural control. Besides of their cessation-past, sex and the length of period without cigarette display significant effect on the cessation intention. Moreover there consists an intense linear association between intention to reduce and cessation intention.

Conclusion and discussion

There were connections presented where intervention can be based on. In addition there are suggestions given for further studies.

Inhoudsopgave

1	INLEIDING	1
1.1	ROKEN BIJ ALCOHOL- EN DRUGSVERSLAVING	2
1.2	STOPPEN EN GEREDUCEERD ROKEN	4
1.3	THEORIEËN OVER ROKEN EN STOPPEN MET ROKEN	6
1.3.1	HET ASE-MODEL	7
1.4	HET HUIDIGE ONDERZOEK	8
2	METHODE	9
2.1	RESPONDENTEN.....	9
2.2	PROCEDURE.....	9
2.3	MEETINSTRUMENT	10
2.4	DATA-ANALYSE	13
3	RESULTATEN	14
3.1	BIVARIATE TOETSEN VAN DE VARIABELEN	17
3.1.1	SAMENHANG MET INTENTIE TOT REDUCTIE	17
3.1.2	SAMENHANG MET STOPINTENTIE.....	17
3.1.3	SAMENHANG MET REDUCTIEGEDRAG.....	18
3.1.4	BIJKOMENDE SAMENHANGEN.....	19
3.2	MULTIVARIABEL TOETSEN VAN MODELLEN	20
3.2.1	MODEL VOOR REDUCTIEGEDRAG	21
3.2.2	MODEL VOOR INTENTIE OM TE STOPPEN	22
4	DISCUSSIE	23
5	REFERENTIES	26
6	BIJLAGE “VRAGENLIJST”	32

1 Inleiding

Sinds 1 juli 2008 is de horeca rookvrij. Steeds worden meer maatregelen uitgevoerd om het aantal rokers te minderen maar vooral ook om de niet-rokers te beschermen.

Roken is een groot gevaar voor de bevolking. Volgens een bericht van de Duitse bondsregering roken 33 percent van de Duitse bevolking. De gemiddelde leeftijd waarop begonnen wordt is 13 jaar. Jaarlijks overlijden ongeveer 140 000 mensen aan de gevolgen van het roken (Bundesministerium für Gesundheit, 2008). Bovendien mag niet worden vergeten dat ook de mensen die zelf niet actief roken er nadelen van hebben. Zo meldt het Deutsche Krebsforschungszentrum dat zelfs 3300 mensen dood gaan aan de gevolgen welke ontstaan door het passief roken (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2008).

Inmiddels wordt er veel gedaan om het rookgedrag van de bevolking positief te beïnvloeden. Door een aangenomen EU-richtlijn (2001/37/EG) mogen in Duitsland vanaf januari 2004 alleen maar nog sigarettenpakjes worden verkocht waarop zich twee waarschuwingen bevinden – op de voorkant een tekst die 30 percent van de verpakkingsoppervlakte uitmaakt en op de achterkant een tekst in de maat van 40 percent (Europa, 2006).

Hiernaast werd in 2007 een wet aangenomen voor de bescherming van niet-rokers. Zo mag vanaf september 2007 in publiek gebouwen, openlijk vervoer en op station niet meer worden gerookt. Uit onderzoeken blijkt daar hierdoor invloed uitgaat op het rookgedrag van de mensen (Willemsen, 2005).

Onderwerpen zoals roken op werk en roken in restaurants en cafés komen we dagelijks tegen. Maar waar het roken ook een heel belangrijk thema is, zijn inrichtingen zoals klinieken. Vooral verslavingsinrichtingen bevinden zich in het dilemma dat er mensen naar toe komen om tegen hun verslaving aan te gaan. Maar op de andere kant wordt een verslaving in staat gehouden door het toelaten van roken van de patiënten tijdens het verblijf. Ofschoon binnen het gebouw door de aanpassing van het wet niet meer mag worden gerookt, hebben de patiënten nog steeds de mogelijk buiten te gaan roken. Er werd onderzoek gedaan waaruit blijkt dat bij drugsgebruikende rokers de kans kleiner is te stoppen met roken dan bij rokers die geen drugs gebruiken (Rohsenow et al., 2005). De patiënten in de steekproef vermeldden dat het gebruik van het middel bijna altijd leid tot meer roken en dat roken maar de helft van de keren voerde tot vermeerderde gebruik van de drugs. Verder gaven ze aan dat een behandeling van de nicotine-verslaving tijdens een behandeling van de drug-verslaving zou plaatsvinden en dat ze niet verwachten dat hierdoor de succes van de therapie geminderd zou worden. Volgens een onderzoek blijken 80 tot 95 percent van de alcoholisten te roken wat

ongeveer drie keer zo hoog is dan in de hele populatie en ongeveer 70 percent hiervan zijn sterke rokers (roken minst een pakje sigaretten per dag) in vergelijking met 10 percent van de hele populatie (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1998).

Er bestaan al klinieken die helemaal rookvrij zijn. Maar een generële rookverbod is nog heel omstreden. Op de argumentatie van voor- en nadelen van een rookverbod wordt zo verdiept op ingegaan en empirisch onderbouwd.

Een begrip die men steeds vaker tegenkomt, is het begrip van 'harm reduction'. Alhoewel het ideaal voor alle rokers zou zijn helemaal te stoppen, een opmerkelijk hoeveelheid rokers óf willen niet stoppen met roken óf zijn niet in staat te stoppen. 'Harm reduction' strategieën bedoelen een reductie van ongunstige gezondheidseffecten van tabakgebruik bij het individu (McNeill, 2004). 'Cutting down' zoals van McNeill genoemd, het reduceren van het aantal sigaretten die per dag worden gerookt is een strategie van rokers het gevaar te reduceren, in richting stoppen te gaan en geld te sparen. Zo blijkt het een alternatief te kunnen zijn tot het onmiddellijk stoppen met roken. In een stellingname van de WHO ,de World Health Organisation, werd vermeld dat in het geval dat een abstinentie niet kan worden bereikt of de roker niet geneigd is te stoppen, kan het in sommige gevallen zinnig zijn die met tabak verbonden risico's te reduceren (McNeill et al, 2001). Maar ook het reduceerde/gecontroleerd roken is heel omstreden. Of een reductie van het aantal sigaretten ook een reductie van de schade door het roken betekend wordt tevens uitvoeriger besproken.

1.1 Roken bij alcohol- en drugsverslaving

In 1996 deed Breslau een onderzoek waaruit naar voren kwam dat rokers met een alcoholverslaving 60 percent minder geneigd zijn met het roken te stoppen. Of er samenhang bestaat tussen het rook- en drinkgedrag werd ook door Grucza et al. in 2006 onderzocht. Blijkbaar is de waarschijnlijkheid van een alcoholziekte groter bij rokers. De risico van alcoholmisbruik was 50 percent hoger bij rokers dan bij niet-rokers. Bij een groep adolescenten in de onderzoeksgroep bleek bovendien dat die personen die roken sterker op dezelfde hoeveelheid alcohol reageerden en dat het roken de hersenen van adolescenten gevoeliger maakt voor zuchten. Dit hangt volgens Grucza et al. samen met het beloningscentrum in de hersenen.

Als iemand een therapie gaat beginnen om van een verslavend stof af te komen, zou het een goede mogelijkheid zijn om ook met het gezondheidsschadelijk roken te stoppen. De

hoeveelheid aan mensen die met het roken stoppen is bij druggebruikers iets lager dan bij de hele populatie maar toch zijn ze in staat te stoppen en ook genegen (Richter et al., 2006).

Zo zou men zich kunnen afvragen of er factoren zijn die zowel met het gebruiken van drugs als ook met het roken in verbinding staan en derhalve ook van belang zijn voor het huidige onderzoek.

Het wordt ondersteld dat persoonlijkheidstrekken van invloed zijn op risicogedrag zoals roken, excessief drinken, gebruik van drugs en risicant seksueel gedrag (Vollrath et al., 2008).

Sensation seeking is een persoonlijkheidstrek die betrekking heeft op het fysiologisch opwindingsniveau. Door het opzoeken of vermijden van bepaalde situaties kan een persoon de opwindingsreguleren. Het trek sensation seeking is in vier punten op te delen: bij het eerste punt gaat het vooral om het avontuur dat lichamelijke riskante activiteiten beïnhoudt, bij het tweede gaat het meer om het stijl van leven met betrekking tot ervaringen en/of afwisseling door reizen, drugs, muziek en dergelijks, bij het derde onderdeel gaat het om de ontremming door sociale situaties zoals afwisselingen door party, sociaal drinken, maar ook seksueel gedrag, tot slot bij het vierde punt gaat het daarom hoe gevoelig iemand is voor verveling als de omgeving voor niet voldoende prikkel zorgt. Het fysiologische opwindingsniveau kan gecontroleerd worden door het vermijden of zoeken van bepaalde situaties. Sensation seeking blijkt volgens onderzoek significant samen te hangen met de hoeveelheid die iemand rookt (Hoyle et al, 2002).

'Novelty Seeking', dat met 'sensation seeking' blijkt te correleren (McCourt et al., 1993), is een persoonlijkheidstrek uit Cloninger's Tridimensional Personality Questionnaire die meet in hoe ver de persoon op zoek iets naar iets nieuws met betrekking op belevingen en gebeurtenissen en blijkt in verbinding te staan met rookgedrag (Gurpegui et al., 2007). Zo heeft ook de Sensation Seeking Scale van Zuckerman samenhang met rookgedrag. Rokers bereiken een hogere score op de Sensation Seeking Scale dan niet-rokers (Zuckerman et al., 1980, Ripa et al., 2001, Stanaway et al., 1981). Bovendien is het persoonlijkheidstrek 'novelty seeking' significant gerelateerd met de frequentie van alcoholconsumptie en probleem drinken (Galen et al., 1997). Mensen die hoog op novelty seeking scoren drinken vaker dan iemand die er niet hoog op scoort. Bij druggebruikers moeten er blijkbaar onderdelingen worden gedaan. Mensen die polydrugs gebruiken, dat wil zeggen meerdere drugs gebruiken (ook wel polytoximane genoemd), scoren hoger op de Sensation Seeking Scale dan personen die sedatieve, geruststellende drugs gebruiken (Galizio et al., 1983).

Uit genoemde wetenschappelijke artikelen mag worden geconcludeerd dat de persoonlijkheidstrek ‚sensation seeking’ een belangrijke rol kan spelen bij rokende alcohol- en drugsverslaafde en daarom als determinant voor de huidige onderzoek worden opgenomen.

1.2 Stoppen en gereduceerd roken

Iemand die van een stof ontwent blijkt niet méér te gaan roken (Patkar et al., 2006). Dat is een goede basis. Toch komt de vraag op, of het stoppen met roken tijdens een therapie positief of negatief effect zal hebben.

Hurt et al. (1994) onderzochten het effect van een nicotine ontwenning tijdens de behandeling van een andere verslaving en deze studie liet zien dat het zelfs de behandeling bevordert en geen nadelige effect uitoefent. Zo lijkt het dat de verblijf binnen een inrichting voor ontwenning van alcohol en drugs goed waargenomen kan worden voor een interventie gericht op het rookgedrag van de patiënten.

Uit een studie, die zich met de vraag bezighield, of het stoppen tijdens de therapie een positief of negatief effect zou hebben, blijkt dat stabiele voormalige rokers minder psychiatrische problemen rapporteerden dan stabiele huidige rokers (McCarthy et al., 2002). Er worden drie rokerstatussen onderscheiden – stabiele voormalige rokers, dat zijn mensen die niet meer roken, stabiele rokers, dus mensen, die actueel roken, en status-wisseler, dat zijn die personen die hun status van roker na niet-roker of van niet-roker na roker hebben veranderd. Veranderingen van het rokerstatus gaat samen met minder heroïne gebruik maar met meer psychiatrische problemen. Hieruit zou men kunnen afleiden dat een verandering van het rokerstatus tijdens een therapie niet alleen maar voordelig hoeft te zijn. Stabiele voormalige rokers rapporteren gezondere uitkomsten dan stabiele huidige rokers en status-wisseler. Longterm onthouding van tabak bij patiënten in een behandeling voor poldrugsgebruik heeft een positieve invloed op hun gezondheid. In deze onderzoek ontstonden meer psychiatrische problemen door de verandering in de rokerstatus, maar met betrekking tot de behandeling van de verslaving blijkt het geen nadelige effect te hebben, en zoals al vermeld, bleek dat het zelfs bevorderend kan zijn (Hurt et al, 2004; Ziedonis et al, 2006).

De meerheid van ondervraagde patiënten uit een verdere ontwenningkliniek vonden de idee van een rookverbod binnen de instelling aanmoedigend en behulpzaam met het roken te stoppen (Zullino et al., 2003). Maar deze waren patiënten, die zich in het “contemplation” groep bevonden. De contemplation fase berust op een indeling van het “Stage of Change

Model” (Prochaska, DiClemente) en beïnhoudt dat iemand, die zich in deze fase bevindt, al van plan is met het roken te stoppen. Bij patiënten, die nog niet van plan waren te stoppen, geeft de meerheid aan, dat een rookverbod in de inrichting een reden zou kunnen zijn de therapie niet voor te zetten.

In een studie van Hill et al uit 2007 werden patiënten en medewerker van een verslavingsinstelling in Amerika bevroegd hoe ze over een rookverbod denken. De medewerkers gaven aan dat ze wel de voordelen voor de gezondheid zien maar dat ze verwachten dat het aantal patiënten die de therapie afbreken toe zal nemen. Ook de patiënten vermeldden dat het stoppen met roken aantrekkelijk zou zijn, maar dat ze zich eerst willen afrukken van het stof van welk een verslaving bestaat.

Uit de genoemde onderzoeken kan daarom worden geconcludeerd dat het stoppen met roken wel aantrekkelijk zou zijn voor de patiënten maar dat ze zich tijdens een lopend therapie niet in staat voelen ineens te stoppen. Op grond hiervan zou dus het gereduceerde roken een alternatief kunnen zijn.

Er zijn veel discussies over, of er kan worden gezegd dat het minderen met roken “gezonder” is, als het gewoon blijven doorroken. Een reductie van de sigaretten die iemand per dag rookt, heeft een effect op de ontstekingen van de luchtwegen op korte termijn (Rennard, 1990). En de gewenste situatie – een rookverbod – laat zien dat rookvrije lucht zorgt voor minder opnamen in ziekenhuizen op grond van ziekten die bij het roken horen (Khuder et al., 2007). Maar verder waren er nog niet veel studies die konden laten zien dat ook al een reductie een positieve effect op de gezondheid heeft.

Op de ene kant blijkt een reductie dus een positieve effect op de gezondheid te kunnen hebben maar op de andere kant werd gevonden dat mensen die minder roken, het compenseren door dieper in te ademen terwijl ze een trek nemen of langer inademen (Snyder, 2007). Ook in een andere onderzoek in die de proefpersonen van gemiddeld 37 sigaretten reduceerden op gemiddeld 5 sigaretten per dag werden resultaten gevonden, die dezelfde uitspraak doen. (Benowitz et al., 1986). Hier werd vergeleken hoe de vrijstelling aan teer, nicotine en koolmonoxide veranderd als iemand om genoemde hoeveelheid reduceert. Het bleek dat de vrijstelling aan giften afneemt en daardoor de gezondheid bevordert wordt. Maar de inname van toxine bij één sigaret klom op het drievoudige en zo naam de vrijstelling aan teer en koolmonoxide maar om de helft af. Ook hier bleek dat de mensen langer en dieper gaan inademen als de aantal sigaretten per dag gereduceerd worden. Er worden wel minder giften opgenomen met het roken maar deze mindering is niet lineair tot de vermindering aan

gerookte sigaretten (Wennike et al., 2003), wat dus ook aanduidt dat hier een compensatie gedrag plaatsvindt.

Op grond van het beschikbare empirische onderzoek valt het lastig te zeggen dat een vermindering van het aantal sigaretten die worden gerookt een geschikte doel is met betrekking op de verbetering van de gezondheid. Zelfs als het misschien geen aantoonbare effect op de gezondheid heeft als iemand minder rookt, zo blijkt het toch minst een positieve effect op de motivatie en de attitude om te stoppen te hebben. Een andere studie liet zien dat als een persoon, die niet geïnteresseerd is in een plotseling stoppen met roken of het niet kan, met een stapsgewijs poging geholpen kan worden. Zo kan worden bereikt dat meer mensen gemotiveerd raken te stoppen en zo de gezondheid van de bevolking bevorderd kan worden (Fagerström et al., 2005).

Naast de effectiviteit van het reduceren moet worden gekeken of een reductie lang volgehouden kan worden. Uit een studie bleek dat zelfs mensen die niet gemotiveerd waren te stoppen, de sigaretten per dag om 50 percent konden reduceren maar dat bij een bevraging zes maanden later de reductie alleen maar nog 27.1 percent van de begin hoeveelheid was (Hanson et al., 2008). Of er kan worden uitgegaan dat mensen die het aantal sigaretten kunnen reduceren later gaan stoppen met roken, werd aan hand van een longitudinaal studie over 15 jaren onderzocht. Hieruit mag worden geconcludeerd dat rokers die onder knie hebben de hoeveelheid sigaretten per dag te reduceren om tenminste 25 percent grotere waarschijnlijkheid hebben later te gaan stoppen (Broms et al., 2008). Ook Falba et al (2004) achterhaalden dat succesvolle reductie een positieve effect heeft op toekomstige pogingen te stoppen met het roken en bij die, die achteraf gaan stoppen de kans van een relapse met betrekking tot roken iets kleiner is. Rokers die proberen de reduceren kunnen de reductie volhouden of verder reduceren, zegt een Duitse onderzoek (Meyer et al., 2003).

Of het gereduceerd roken nu uiteindelijk een positieve effect heeft, blijft op grond van de empirische onderzoek twijfelachtig. Maar toch kan er samenvattend worden gezegd dat er positieve effecten van uitgaan. Zoals onder andere uit het al genoemde onderzoek van Zullino et al (2003) bleek dat patiënten die al hebben gereduceerd of tenminste van plan waren te minderen of te stoppen, positiever tegen een rookverbod op staan.

1.3 Theorieën over roken en stoppen met roken

Binnen de gezondheidspsychologie wordt met sociale cognitieve modellen (social cognition models – SCMS) gewerkt om het toekomst gerelateerde gedrag met betrekking op

de gezondheid van iemand te voorspellen (Connor et al., 2005). In onderzoeken rond om het onderwerp roken wordt getracht determinanten op te sporen, waarom mensen roken of willen stoppen met roken, de intentie. Bij al deze theorieën is een indeling te herkennen die drie factoren onderscheidt: attitudes, sociale invloeden en eigen-effectiviteits-verwachtingen (Mudde et al, 2006). Een model dat deze drie factoren als de (proximale) determinanten van gedrag beschouwt is bijvoorbeeld het Attitude - Sociale invloed - Eigen-effectiviteit model (ASE-model). Omdat de theorie vanuit het ASE-model van belang is voor het opzet van deze onderzoek, wordt deze hiernavolgend iets nauwkeuriger beschreven.

1.3.1 Het ASE-model

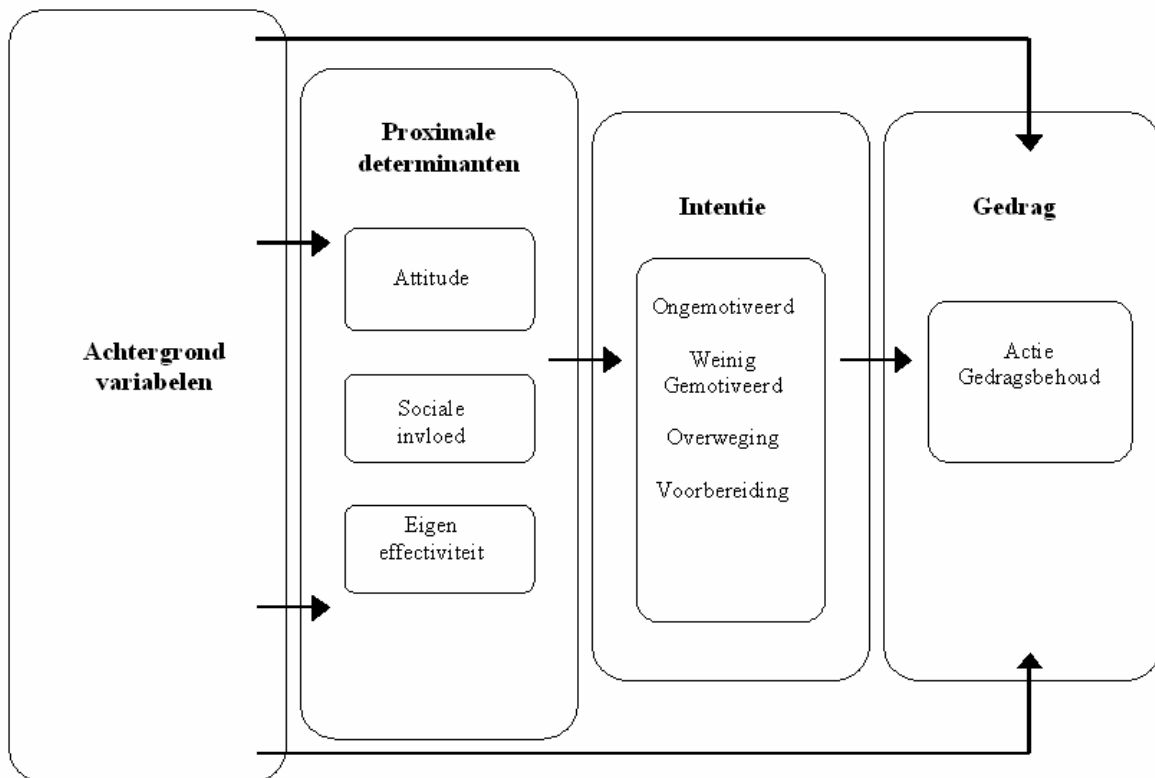
Het ASE-model (zie figuur 1) is een door vele studies bevestigd model (De Vries et al., 1998). Het model gaat ervan uit dat het stopgedrag van een roker is in te delen in de attitude ten opzichte van het stoppen met roken, de sociale invloed, dus de invloed van anderen, wat andere vinden, verwachten en doen met betrekking tot het stoppen met roken, en ten derde de eigen-effectiviteit, oftewel het vertrouwen dat de persoon heeft in zijn eigen kunnen aangaande het stoppen met roken (Mudde, 2000).

Het term attitude wordt als een evaluatief dimensie omschreven (Fishbein et al., 1962). Zo gaat het hierbij om een neiging of mening ten opzicht van iets. Zo zou iemand die een positieve attitude heeft ten opzicht van het stoppen met roken eerder geneigd zijn om daadwerkelijk met het roken te stoppen.

Het invloed vanuit de sociale omgeving vormt een sociale norm. Hierbij gaat het om de indruk die de persoon heeft over de mening van mensen uit zijn omgeving over het thema “roken”. Het gaat hier niet daarom wat de mensen uit zijn omgeving echt denken. Door middel van twee actuele studies werd opnieuw aangetoond hoe belangrijk de sociale invloed is. De eerste liet zien dat de normatieve opinie (discriptive normative belief) het meest voorspellend is ten opzichte van andere beliefs, en de tweede onderzoek toonde aan dat door de normatieve sociale invloed de sterkste verandering in gedrag geproduceerd wordt (Nolan et al., 2008).

De derde factor is de eigen-effectiviteitsinschatting. Hier gaat het om het vertrouwen dat de persoon in zichzelf heeft, het gewenste gedrag of de gedragsverandering uit te voeren en bij te houden.

Figuur 1: Het ASE-model



1.4 Het huidige onderzoek

In het huidige onderzoek wordt gekeken welke factoren van invloed zijn op de intentie tot verandering in het rookgedrag. Het worden data door middel van een vragenlijst verzameld van patiënten binnen een verslavingsinstelling over achtergrondvariabelen zoals demografische variabelen, hun expressie van het persoonlijkheidstrek 'sensation seeking', het maat van lichamelijke nicotine-verslaving, hun rook- en stophistorie en vragen met betrekking tot een indeling van de patiënt binnen de instelling zoals het aantal dagen die de patiënt zich al in de kliniek bevindt en het fase van behandeling. Hiernaast worden determinanten vanuit het uitgelegde ASE-model opgenomen over de attitude, eigen effectiviteit en de sociale invloed. In hoe ver deze determinanten van invloed zijn op intentie tot reductie en stoppen en op het uiteindelijke reductiegedrag zal door middel van het huidige onderzoek worden vastgesteld.

Als men de determinanten die van invloed zijn op de intentie op kan sporen, zou men hierop interventies kunne laten baseren om de patiënten te overtuigen te stoppen of het aantal sigaretten te reduceren en hun bij het proces te ondersteunen.

Derhalve is het onderzoeksvraag:

“Welke gedragsdeterminanten beïnvloeden de intentie van patiënten binnen een therapie voor ontgiften en rehabiliteren om te minderen met roken en/of stoppen met roken?”

2 Methode

2.1 Respondenten

De doelgroep bestond uit patiënten, die zich in een Duitse kliniek voor verslavingen bevinden, zowel mannen als vrouwen en qua nationaliteit waren er voornamelijk Duitsers maar ook andere. Er werden zowel personen vanuit de ontwenningfase als ook uit de fase van de rehabilitatie betrokken. In de ontwenningfase gaat het om het lichamelijke ontwennen van het stof en hier verblijven de patiënten tot tien dagen. Dit is een aparte afdeling omdat de patiënten hier 24 uur per dag medisch verzorgd kunnen worden als er erge ontwenningverschijnsel optreden zoals een tremor, opgeven, hypertonie, krampen, epileptische aanvallen en een delirium. In de rehabilitatie verblijft de persoon minst 16 weken. Bij een relapse keert hij weer terug na het ontwenningfase. Er zijn twee klinieken die in het studie meewerken. De ‘LWL-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie’ in Warstein en de ‘LWL-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie’ in Münster.

2.2 Procedure

Voordat de vragenlijst aan alle patiënten werd verdeeld, werd een pre-test uitgevoerd. Hiervoor werden 4 patiënten uit de afleiding voor rehabilitatie in Warstein ondervraagd. De patiënten werden gevraagd om hardop te denken en vragen en opmerkingen tot uiting te brengen. Zo kan worden opgemerkt als er onduidelijkheden zijn. Verder werden vragen gesteld over het opmaak van het vragenlijst; of de lettergrootte is voldoende en de tabellen goed leesbaar. Door de patiënten werd vermeld dat twee vragen te moeilijk geformuleerd waren en dat het daardoor lastig is voor hun te begrijpen wat er gevraagd wordt. Verder werden er geen opmerkingen gedaan. Het duurde tussen de 10 tot 20 minuten tijd de vragenlijst in te vullen. Op grond van de feedback van de patiënten uit de pre-test werden de items, die te moeilijk geformuleerd werden bevonden, aangepast.

Naast het feedback door een pre-test, werd de vragenlijst aan een therapeut in de kliniek gegeven. Dit was van belang om te controleren om de vragen in overeenstemming met

de instelling zijn en of er misschien nog vragen moeten worden opgenomen, die van belang kunnen zijn. De therapeut vond er geen verdere aanvullingen maar noemde ook een van de twee items, die al door de patiënten als te lastig werden beoordeeld.

De aangepaste versie van de vragenlijst werd aan de therapeuten van de verschillende afdelingen in Warstein verdeeld. De vragenlijsten voor de patiënten uit de kliniek in Münster konden met de post worden verstuurd aan de contactpersoon van de instelling. De bedoeling was dat de vragenlijsten door de therapeuten worden verdeeld. Deze manier leek voordelig omdat de patiënten in sommige fasen van de therapie en door eventuele psychische stoornissen makkelijk geïrriteerd raken door een vreemde persoon. Bovendien werd verwacht dat de respons groter zou zijn als een vragenlijst van een therapeut komt.

Een probleem voor de respons van de vragenlijst was het toestand van de patiënten. Vooral sommige patiënten in de fase van de ontwenning waren niet in staat een vragenlijst met deze omvang in te vullen. Ze hadden last van lichamelijke problemen door de ontwenning van de stof en/of last op grond van een psychische stoornis. Bovendien waren sommige patiënten in het algemeen of door het gebruik van alcohol en/of drugs veroorzaakt cognitief benadeeld zodat het invullen op grond hiervan niet mogelijk was. De taalvaardigheden van sommige buitenlandse patiënten was niet voldoende om bij het onderzoek mee te doen. Zo valt het aantal proefpersonen met een nationaliteit anders dan Duits heel klein uit. Ook viel op dat sommige vragenlijst maar voor de helft ingevuld terug gegeven werden. Volgens de therapeuten kan dit in samenhang staan met een leek aan concentratievermogen.

Omdat de response nauw voldoende was, werden opnieuw patiënten uit de ontwenningfase in Warstein betrokken. Door het maximale verblijf van een patiënt in deze fase van tien dagen kond worden uitgesloten dat een persoon herhaald bevestigd werd.

2.3 Meetinstrument

In het onderzoek werd gebruik gemaakt van een vragenlijst (zie bijlage 1). De vragenlijst werd samengesteld met het doel te meten, welke factoren van invloed zijn op de motivatie van de patiënten hun rookgedrag te minderen of met het roken te stoppen. Hoewel de vragenlijst in het Duits geschreven is - als details vanuit de items uit de vragenlijst hier worden genoemd, gebeurt dit voor de mogelijkheid in het Nederlands.

De vragenlijst begint met een toelichting daarover, dat de vragenlijst over het onderwerp “roken” gaat en dat het anoniem wordt verwerkt. Dan volgen vragen over de demografische gegevens (item 1 t/m 6), die ter indeling dienen voor de volgende analyse – leeftijd, geslacht, nationaliteit, moedertaal, burgerlijke staat en graad van opleiding -, in welke

afdeling de patiënt zich actueel bevindt (item 8), sinds wanneer zich de patiënt binnen de inrichting bevindt (item 7 + 9), van welke stof een verslaving bestaat (item 10) en of er een psychisch probleem bestaat, welk naast de verslaving behandeld wordt (item 11). Om de proefpersonen toe te kunnen wijzen aan de categorie roker of niet-roker, worden twee vragen gesteld (item 12 + 13). De vragen beïnhouden of er binnen de laste 24 uren een sigaret werd gerookt en of er binnen de laste 7 dagen een sigaret werd gerookt. Zo kan op grond van de antwoorden op deze vragen worden gekeken wie op het moment van het onderzoek rookt en wie niet. Als allebei vragen met een “nee” worden beantwoord, is duidelijk dat de patiënt geen “roker” is en voor het onderzoek niet verder van belang omdat deze zich alleen zal richten op rokers. Hier worden de patiënten erop geweest dat ze de vragenlijst erdoor niet verder hoeven in te vullen.

Als er minst een van de twee vragen met ‘ja’ werd beantwoord, volgen er 8 vragen, die de persoonlijkheidstrek “sensation seeking” meten (item 14 t/m 21). Hiervoor werd de ‘Brief Sensation Seeking Scale’ van Hoyle et al (2002) gebruikt.

Toen komt een onderdeel van de vragenlijst over rook- en stophistorie. Eerst zijn twee vragen te beantwoorden over de rookhistorie. Hier wordt na de leeftijd van de persoon, in welke de eerste sigaret werd gerookt (item 22) en sinds hoeveel jaren de persoon al roker is (item 23), gevraagd. Deze vragen zijn ontleend uit Mudde et al (2000). Vervolgens komt de Fagerström test (item 24 t/m 29). De Fagerström test vraagt door middel van zes vragen de nicotineafhankelijkheid van de persoon. De resultaten laten zien of bij de persoon een lichte, matige, sterke of zeer sterke lichamelijke verslaving van het nicotine bestaat. Dit is een veel gebruikte meetinstrument met een goed correlatie met andere metingen van het maat van verslaving (Fagerström, 1989).

Item 30 t/m 32 vragen na het rookgedrag in het geleden – hoe vaak een poging plaatsvond te stoppen met het roken, hoe lang de langste periode van abstinentie was en hoeveel sigaretten er gemiddeld voor het verblijf in de kliniek per dag werden gerookt. Deze vragen zijn tevens ontleent uit Mudde et al (2000).

Het overige vragendeel is gesplitst in één deel over de cognities van de patiënt met betrekking tot reductie en één deel met betrekking tot het stoppen met roken. Omdat de vragenlijst qua opbouw het ASE-model volgt, wordt in beide delen de intentie, attitude, eigen effectiviteit en sociale invloed gemeten. De intentie wordt gemeten door stellingen die door middel van een 5-likert schaal van de proefpersoon kan worden beoordeeld van ‘zeker niet’ tot ‘zeker’. De attitude wordt ook door stellingen overhoord waarbij de proefpersoon een

reactie moet geven op een 5-likert schaal van ‘helemaal mee oneens’ tot ‘helemaal mee eens’. De eigeneffectiviteit wordt op dezelfde manier qua reactie gemeten zoals intentie.

Begonnen wordt met het meten van de cognities over reductie. Na een uitleg daarover wat met reductie in deze onderzoek wordt bedoeld, namelijk dat een reductie beïnhoudt dat het aantal sigaretten, die per dag worden gerookt, om minst de helft moeten worden gereduceerd en een voorbeeld voor de duidelijkheid, worden drie vragen gesteld ter meting van de intentie (33 t/m 35). Item 33 en 34 zijn zoals beschreven maar item 35 wijkt er iets van af. Hier wordt aan de proefpersoon gevraagd als ze zou reduceren, hoeveel ze dan zal roken. Hier zijn de antwoordmogelijkheden, minder dan de nu maar meer dan de helft’, ,de helft’ en ,minder dan de helft’. Hierop volgt een vraag ter meting van de gevoelde sociale norm/invloed (item 36) - ,de meeste mensen die belangrijk voor me zijn, menen ik zou het aantal sigaretten, die ik per dag rook, om minst de helft reduceren’. Door een 5-likert schaal ,helemaal mee oneens’ tot ,helemaal mee eens’ wordt hier respons gegeven.

Item 37 meet attitude en is onderverdeeld in 6 stellingen. 3 van de subvragen zijn positief geformuleerd (pro-stellingen) en 3 negatief geformuleerd (contra-stellingen). Het werd nog en zevende substelling toegevoegd, die vraagt of de patiënt denk meer problemen te hebben tijdens de ontwenning/rehabilitatie door een reductie.

Door item 38, welk 6 stellingen omvat, die ook met antwoord op een 5-likert schaal worden beantwoord, werd een zelfaangemaakt item opgenomen, die misschien voor het onderzoek niet van belang is. Aan de patiënt wordt gevraagd, of hij/zij zich van de gezondheidelijke schade bewust is (a) – bedoeld voor de kennis/ gezondheidsbewustzijn, die de patiënt heeft -, of de patiënt meer rookt, daardoor dat vele van de andere patiënten roken (b) en of de patiënt denkt, dat het hierdoor moeilijker zou zijn minder te roken (c) – deze twee zijn bedoeld voor de groepsdynamiek. Deze twee substellingen kunnen bij het analyse worden betrokken als ‘sociaal invloed’ – een van de determinanten die ook binnen het ASE-model wordt gebruikt. De volgende twee zijn bedoeld voor de tevredenheid met de kliniek – of er volgens de patiënt voldoende ondersteuning vanuit de kliniek bestaat te reduceren (d) en of er meer ondersteuning wordt gewenst (e). Tot slot de zesde stelling, of er al voor het verblijf in de kliniek werd geprobeerd te reduceren (f).

Item 39 meet de eigen effectiviteit, hoe de patiënt schat in staat tot een reductie te zijn. Een response kan hier van ‘heel makkelijk’ tot ‘heel hard’ worden gegeven.

Het volgend deel gaat in plaats van de reductie van het aantal sigaretten om het geheel stoppen met roken. Zoals al uitgelegd worden hier dezelfde cognities gemeten maar nu met betrekking op het stoppen in plaats van een reductie.

Zo bevat item 40 dezelfde zeven stellingen dan item 37 maar hier nu met betrekking op de attitude ten opzicht van het stoppen met roken.

De stopintentie wordt gemeten door item 41 en 42, die evenredig zijn aan item 33 en 34.

Het maat van sociale invloed/ondersteuning voor het verzoek te stoppen valt onder item 43, een stelling, die zegt dat mensen die voor het persoon van belang zijn, hem/haar zouden ondersteunen bij een stoppoging.

Hier is het deel van het “perceived behavioral control”, de eigen effectiviteit iets uitgebreider, door het gebruiken van zeven items (44 t/m 50). Er worden aan hand van situaties, die de patiënt zich moet voorstellen, gekeken hoe ver de patiënt zich in staat ziet in een soms ook lastige situatie sterk te blijven en niet te roken. In de analyse wordt item 44, die evenredig is aan item 39 maar hier voor het stoppen met roken, apart gebruikt als korte versie.

Afsluitend wordt de patiënt ruimte voor commentaar gegeven. Er wordt uitgelegd dat het commentaar betrekking mag hebben tot deze studie maar ook opmerkingen, ideeën en/of kritiek tot het onderwerp “roken” binnen de kliniek.

2.4 Data-analyse

De vragenlijst wordt met behulp van betrouwbaarheidsanalyse gecontroleerd om te kijken of constructen, die er te meten zijn, door de gebruikte items wordt gemeten. Hierna wordt door middel van correlaties gekeken in hoe ver de individuele constructen en cognities correleren. Tot slot worden modellen opgesteld, die het reductiegedrag zullen verklaren, die door middel van multivariate regressie getoetst worden.

Voor de te meten determinanten werden de Cronbach's alfa waarden berekend die de betrouwbaarheid uitdrukken. Het instrument voor het meten van het persoonlijkheidstrek ‘sensation seeking’ toonde een Cronbach's α van .787 aan en is derhalve goed geschikt voor de analyse.

Het Fagerström-versie voor lichamelijke nicotine-verslaving ligt met een α van .489 beneden een voldoende waarde voor betrouwbaarheid van een meetinstrument maar omdat het empirisch goedgekeurd werd, kan het opgenomen worden.

Het meetinstrument voor de intentie tot reductie had een betrouwbaarheid van .692. Volgens het analyse zou de betrouwbaarheid omhoog gaan, als item 35 niet wordt betrokken. In het onderzoek wordt daarom de intentie tot reductie door item 33 en 34 gemeten met een Cronbach's alfa van .832.

Door de analyse voor het meetinstrument van attitude tot reductie bleek dat dit construct gesplitst moet worden in positief en negatief geformuleerde stellingen. Voor het positief geformuleerde (stelling 1, 4 en 5 van item 37) gedeelte liet de analyse een betrouwbaarheid van .731 zien en voor het negatief geformuleerde deel (stelling 2, 3, 6 en 7 van item 37) een alfa van .689.

Door twee stellingen van het item 38 zal de groepsdynamiek worden gemeten. Stelling 2 en 3 toonden een betrouwbaarheid van .680 aan. De overige stellingen bleken volgens de betrouwbaarheid niet een bepaalde construct te meten en werden er daarom in het onderzoek niet verder bekeken.

Bij het meetinstrument voor de attitude te stoppen werd op dezelfde manier gesplitst zoals bij het instrument voor de attitude te reduceren. Hier bleek voor het positieve gedeelte een betrouwbaarheid van .721 te bestaan en voor het negatieve deel een alfa van .763.

De intentie te stoppen bleek net zoals de intentie te reduceren goed gemeten te worden door het instrument ($\alpha=.856$).

Het instrument dat gebruikt werd om de eigeneffectiviteit te meten liet een goede betrouwbaarheid van .824 zien. Toch bleek item 44 beter op zichzelf te staan voor een korte meting van eigeneffectiviteit. De overige items bleken de eigeneffectiviteit met een nog betere betrouwbaarheid te meten ($\alpha=.830$).

Volgens de analyse blijken alle constructen een voldoende alfa te hebben om ermee verder te kunnen werken en kunnen zo zonder bezwaar in het onderzoek worden gebruikt.

In de eigenlijke analyse wordt gewerkt met correlatie testen en One-Way ANOVA.

3 Resultaten

De steekproef bestond uit 113 patiënten uit een verslavingsinstelling. Van deze patiënten waren 90 mannen en 21 vrouwen (2 missende), tussen de 19 en 71 jaar (gemiddeld 44 jaar, SD = 12). Naast 103 Duitse patiënten omvat de steekproef 2 Poolse en 2 Russische patiënten (en omdat het derhalve overwegend Duitsers zijn, wordt het variabele 'nationaliteit' in de analyses niet verder verwerkt). De meeste patiënten waren ongehuwd (n=40) of geschieden (n=39) met een opleidingsniveau op de hoogte van MAVO, een vorm van Duitse basisonderwijs (n=55).

De data werden opgenomen in twee inrichtingen, Münster en Warstein, in de ontwenningafdeling en de rehabilitatieafdeling. Alle patiënten in de steekproef vanuit Münster (n=16) bevonden zich actueel in de rehabilitatie en vanuit Warstein (n=97) bevonden zich 33 in de fase van ontwenning en 57 in de rehabilitatie. Bij de meeste patiënten bestond de

afhankelijkheid waarvoor ze in behandeling zijn van alcohol (n=93), gevolgd van polytoximane (n=11), hiermee worden patiënten bedoeld die meerdere stoffen aangaven. Bij 3 patiënten wordt behandeld wegens Heroïne en 3 patiënten voor Cannabis. Maar sommige bij die een verslaving van heroïne of cannabis vallen onder de categorie polytoximane omdat er bovendien nog middelen werden gebruikt.

Naast de verslaving werden 25.7% van de patiënten geholpen voor een bestaande psychische stoornis (15 patiënten voor depressie, 5 voor een persoonlijkheidsstoornis, 4 voor een angststoornis en 5 patiënten voor meerdere psychische problemen).

Van de 113 patiënten in de steekproef waren 96 rokers en 16 niet-rokers (bij een proefpersoon missen de nodige antwoorden). De rokers waren gemiddeld 43 jaar oud (SD=12), grotendeels mannelijk (n=78, n=16 Vrouwen, missing n=2).

Er zijn sterke verschillen in het populatie bij beschouwing van het reductie-gedrag. Bij het reductie-gedrag wordt aan aantal sigaretten dat de proefpersoon voor het kliniekverblijf rookte vergeleken met het aantal sigaretten die actueel worden gerookt en in percentage tot uitdrukking gebracht. Hier vindt een grote spreiding plaats van een reductie van 89.17% tot een toename van 450%. De proefpersoon met de toename van 450% had voor de kliniek 2 sigaretten gerookt en bij afname van het onderzoek gaaf die persoon aan actueel 11 sigaretten per dag te roken. Maar gemiddeld vond een toename van 18.4% plaats. 35.4% van de patiënten roken nu meer dan voor het verblijf in de kliniek, bij 41.8% vond geen verandering in rookgedrag plaats en 22.8% van de patiënten roken nu minder.

Opvallend en daarom interessant te noemen is, dat bij intentie tot reductie 94.8% aangaven niet te reduceren (samengevat uit de response ,zeker niet' een ,waarschijnlijk niet') en maar 5.2% dat ze (eventueel) willen reduceren (samengevat uit ,misschien', ,waarschijnlijk' en ,zeker'). Bij de stopintentie is de verdeling niet zo duidelijk. Hier zouden 47.9% (eventueel) willen stoppen en 52.1% liever niet.

Genoemde resultaten van de hele steekproef worden in detail in tabel 1 gedemonstreerd.

Tabel 1 Algemene gegevens – frequenties/verdeling

Karakteristiek	N = 113
Geslacht m/v	Man = 90 (79.6%) Vrouw = 21 (18.6%)
Leeftijd	M = 44 jaar (SD = 12) Minimum = 19 jaar Maximum = 71 jaar

REDUCEERD ROKEN IN EEN VERSLAVINGSINSTELLING

Nationaliteit	Duits = 103 (91.2%) Poolse = 2 (1.8%) Anders = 2 (1.8%)
Burgerlijke staat	Ongehuwd = 40 (35.4%) Gehuwd, samenlevend = 15 (13.3%) Gehuwd, apart levend = 10 (8.8%) Weduwe = 7 (6.2%) Gescheiden = 39 (34.5%) Verloofd = 1 (0.09%)
Opleidingsniveau	Zonder schooldiploma = 13 (11.5%) Speciaal onderwijs = 7 (6.2%) Duitse basisonderwijs = 55 (48.7%) Havo-school = 24 (21.2%) VWO (Abitur) = 7 (6.2%) Hogeschool = 5 (4.4%) Andere schooldiploma = 1 (0.09%)
Actueel verblijf in kliniek	In de ontwenningfase = 37 (32.7%) In de rehabilitatie = 68 (60.2%)
Middel van de afhankelijkheid	Alcohol = 93 (82.3%) Heroïne = 3 (2.7%) Cannabis = 3 (2.7%) Andere = 1 (0.09%) Polytoximane = 11 (9.7%)
Behandeling voor psychische problemen	Angststoornis = 3 (2.7%) Depressie = 15 (13.3%) Persoonlijkheidsstoornis = 4 (3.5%) Schizofrenie = 2 (1.8%) meerdere = 5 (4.4%) Geen = 71 (62.8%)
Gerookt binnen de laste 24 uren	Ja = 95 respondenten (84.1%) Nee = 16 respondenten (14.4%)
Gerookt binnen de laste 7 dagen	Ja = 96 respondenten (85.0%) Nee = 16 respondenten (14.2%)
Rokerstatus	Roker = 96 respondenten (85.0%) Niet-roker = 16 respondenten (14.2%)
Reductiegedrag	Reductie = 18 respondenten (22.8%) Zonder verandering = 33 respondenten (41.8%) Toename = 28 respondenten (35.4%)
Intentie Reductie	Mogelijk = 5 respondenten (5.2%) Liever niet = 92 respondenten (94.8%)
Intentie Stoppen	Mogelijk = 46 respondenten (47.9%) Liever niet = 50 respondenten (52.1%)

Bij de analyses werd eerst gekeken door middel van bivariate toetsen (3.1) welke variabelen van invloed zijn op de intentie te reduceren (3.1.1), welke blijken invloed te hebben op de intentie te stoppen (3.1.2) en welke samenhangen met het reductiegedrag (3.1.3) van de personen.

Op basis van de resultaten zullen dan modellen worden opgesteld (3.2). Een model welk het reductiegedrag zal voorspellen (3.2.1) en een model voor het voorspellen van stopintentie (3.2.2), die door middel van multivariabele testen geanalyseerd worden.

3.1 Bivariate toetsen van de variabelen

3.1.1 Samenhang met intentie tot reductie

Vanuit de demografische variabelen bleek hier geen significante invloed te bestaan. De leeftijd heeft nauw geen statistisch significante samenhang met de intentie tot reductie ($p=.118$).

Wat wel significante effect op de intentie bleek te hebben, is het maat van 'sensation seeking' ($p=.023$). Iemand die laag scoort op het maat 'sensation seeking' heeft gemiddeld meer intentie ($M=2.4$, $SD=1.07$) dan iemand die hoog op 'sensation seeking' scoort ($M=2$, $SD=1.14$). De Fagerström heeft geen effect op de intentie ($p=.149$) maar van het rook- en stophistorie gaat invloed uit. Het aantal stoppogingen die iemand deed ($p=.002$) en de lengte van de periode zonder te roken ($p=.036$) liet effect zien op de intentie te reduceren. Patiënten die 3 of minder stoppogingen hadden gedaan, waren gemiddeld meer geneigd te reduceren ($M=2.4$, $SD=1.1$) dan iemand die al 4 of meer keren probeerde te stoppen ($M=1.6$, $SD=.8$). En het aantal jaren die iemand rookt bijna ($p=.062$).

Van de cognitieve variabelen toonden de reductie norm ($p<.000$), de eigen effectiviteit ($p=.010$), de positieve attitude ten opzichte van reductie ($p<.000$) en de groepsdynamiek/sociale invloed ($p=.011$) correlatie aan.

3.1.2 Samenhang met stopintentie

Ook hier bestonden enkele interessante correlaties. Van de demografische variabelen bleek de leeftijd net niet significant te correleren met de stopintentie ($p=.087$) maar het geslacht wel ($F(1,93)=6.6$, $p=.012$).

Tussen variabelen ter indeling binnen de instelling en stopintentie bleken geen samenhangen te bestaan.

Het maat van 'sensation seeking' toonde ook geen correlatie aan ($p=.104$). Maar ook hier kwamen samenhangen tussen de rook- en stophistorie voor. Terwijl het Fagerström ($p=.055$) en het aantal rokerjaren ($p=.101$) geen statistische significantie lieten zien, bestonden

er samenhangen tussen het aantal stoppogingen ($p < .000$) en de langste van de periode zonder te roken ($p < .000$) met de stopintentie.

Van de cognitieve variabelen tot stopintentie toonden de sociale invloed ($p < .000$), de positief geformuleerde attitude ($p < .000$) en de eigen effectiviteit ($p < .000$) effect op de stopintentie.

Bovendien toonde ook de intentie ter reductie significante invloed op stopintentie aan ($p < .000$).

3.1.3 Samenhang met reductiegedrag

Afsluitend voor werd gekeken wat van invloed is op het uiteindelijk reductiegedrag. Het reductiegedrag werd weergegeven door een percentage waarbij een positieve maat een daadwerkelijke reductie aantoont en een negatieve maat een toename van de hoeveelheid gerookte sigaretten. Als gekeken wordt of de demografische gegevens samenhangen met het reductiegedrag blijkt dat noch het geslacht ($F(1,76)=.9$, $p=.351$), noch de leeftijd, dichotomiseerd in 'tot 45 jaar oud' en 'ouder dan 46 jaar', ($F(1,75)=.7$, $p=.421$), noch de burgerlijke staat ($p=.253$), noch het niveau van opleiding ($p=.301$) invloed heeft op het reductiegedrag.

De variabelen ter indeling binnen de kliniek laten ook geen significanties zien. De fase van behandeling heeft dus blijkbaar geen invloed ($F(1,74)=1.1$, $p=.304$), zoals de lengte van verblijf ($F(1,66)=.7$, $p=.397$). En de stof van verslaving ($p=.225$) zoals eventuele psychische problemen ($p=.249$) ook niet.

Een correlatie van het maat van 'sensation seeking' en reductiegedrag is ook niet aan te tonen ($p=.72$).

Verder werd naar invloed gekeken tussen van de Fagerström en de rook- en stophistorie op het reductiegedrag. Het maat van lichamelijke verslaving van nicotine toonde geen effect op het reductiegedrag ($p=.145$) en ook het aantal stoppogingen net niet ($p=.240$). Van het aantal rokerjaren, leeftijd toen iemand zijn eerste sigaret rookte en lengte van een periode zonder te roken bleken helemaal geen effect te hebben op reductie gedrag.

Ook van de cognitieve determinanten ten opzichte van reductie bleken geen invloeden uit te gaan. En hetzelfde geldt voor de cognitieve determinanten van stoppen. Alleen de negatief geformuleerde attitude ten opzichte van het stoppen bleek net niet te correleren ($p=.085$).

Omdat de spreiding binnen de steekproef op reductiegedrag zo extreem was, werd de variabele 'reductiegedrag' in 9 categorieën onderverdeeld – van 1 t/m 9 waarbij in stappen van 25% wordt ingedeeld. Categorie 1 een begint met een reductie van >75%, categorie 2 behoudt een reductie van 50-74% tot categorie 9 met een toename van meer dan 100%.

Als nu de analyses opnieuw uitgevoerd werden, bleek dat de korte versie van de eigen effectiviteit bij het stoppen ($p=.101$) en niveau van opleiding ($p=.109$) maar nauw niet. En als het aantal stoppogingen dichotoom werd betracht als 'nooit tot drie keer' en 'meer dan 4 keer' heeft dit significante invloed op de categorie van reductiegedrag ($F(1,77)=4.6, p=.035$).

3.1.4 Bijkomende samenhangen

Bij de analyse vielen nog enkele interessante correlaties op, die voor het huidige onderzoek niet per se van belang zijn, maar toch noemenswaard en voor vervolgonderzoek misschien van belang.

Volgens de analyses blijkt dat in deze steekproef een significante samenhang bestaat van leeftijd van de patiënten en de persoonlijkheidstrek 'sensation seeking' ($F(1,79)=11.8, p=.001$). De proefpersonen jonger dan 45 jaar scoren gemiddeld hoger op het 'sensation seeking' schaal ($M=.2, SD=.79822$) dan proefpersonen van 46 jaar of ouder ($M=-.37, SD=.70154$).

Ook blijkt een statistisch significante samenhang te bestaan tussen de leeftijd van de patiënten en het stof voor welke de mensen in behandeling zijn ($F(1,196)=9.354, p=.003$). Terwijl bij patiënten van 46 jaar en ouder voor verslaving van alcohol bestaat (92.9%), zijn van de jongere patiënten maar 72.2% voor alcohol in behandeling en 18.5% omdat een verslaving van meerdere stoffen bestaat (polytoximane).

. Het geslacht blijkt zowel met de leeftijd in die voor de eerste keer werd gerookt significant samen te hangen ($F(1,76)=5.819, p=.018$) als ook met het aantal stoppogingen ($F(1,77)=8.254, p=.005$). Vrouwen rookten gemiddeld met 16.33 jaar voor de eerste keer ($SD=4.685$) en mannen gemiddeld met een leeftijd van 13.89 ($SD=3.208$).

Het geslacht van de proefpersonen bleek op de contra geformuleerde argumenten van attitude ten opzichte van reductie in te werken ($F(1,80)=6.04, p=.016$). Hoe hoger het resultaat op deze schaal, hoe meer overeenstemming met de tegenargumenten. Vrouwen blijken hier gemiddeld meer met deze argumenten overeen te stemmen ($M=-.3846, SD=.452$) tegenover mannen ($M=-.93, SD=.773$). Het geslacht blijkt weliswaar geen statistisch significante invloed te hebben op de positief geformuleerde deel van de attitude-schaal ten opzicht van reductie ($F(1,86)=1.178, p=.281$) maar wel is hier interessant te noemen dat de

vrouwen hier gemiddeld lager scoren ($M=.3571$, $SD=.402$) dan mannen ($M=.6036$, $SD=.828$) wat betekend dat ze hier meer overeenstemmen met de positief geformuleerde argumenten.

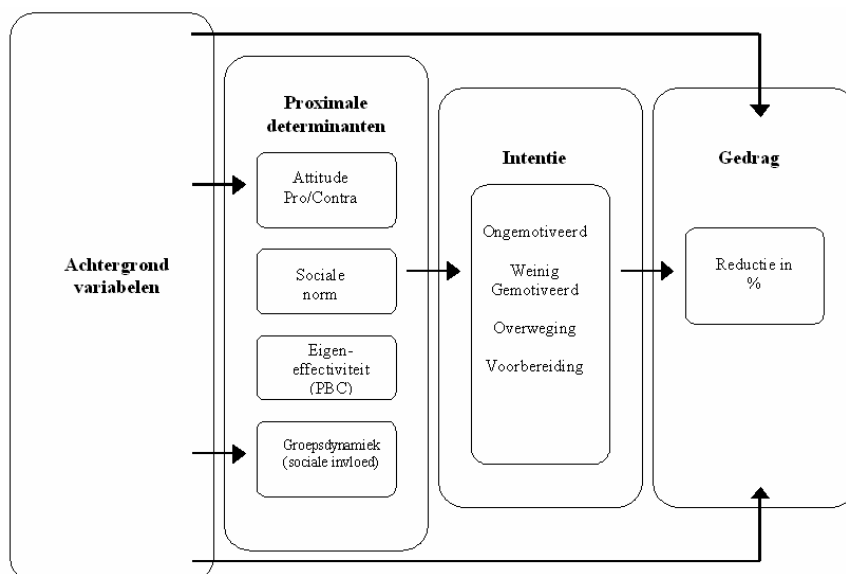
Nadat gekeken werd welke variabelen en categorieën invloed hebben op de cognitieve determinanten voor rookreductie en stoppen met roken, wordt verder door een multivariabel analyse beschouwd in hoe ver op basis van deze resultaten een model kan worden opgesteld op theoretische basis van het ASE-model.

3.2 Multivariabel toetsen van modellen

In figuur 2 is te zien hoe het model voor reductie van roken volgens het ASE-model uitziet. De achtergrond variabelen bestaan zowel uit de demografische variabelen zoals leeftijd, geslacht, nationaliteit, burgerlijke staat en opleidingsniveau, als ook het stof van verslaving, variabelen met betrekking tot de instelling (in welk fase van de behandeling het patiënt zich actueel bevindt en hoe lang iemand al in de instelling verblijft), het maat van 'sensation seeking', maat van lichamelijke verslaving van nicotine volgens het Fagerström en variabelen met betrekking op de rook- en stophistorie van de patiënten – het aantal stoppogingen, tijd die zonder sigaret werd volgehouden, leeftijd toen eerste sigaret werd gerookt en het aantal jaren die de persoon al roker is.

De proximale determinanten en intentie zijn zoals bij het ASE-model. Verder wordt in het huidige onderzoek het gedrag gemeten in %.

Figuur 2: Model voor reductie van het rookgedrag binnen een verslavingsinstelling

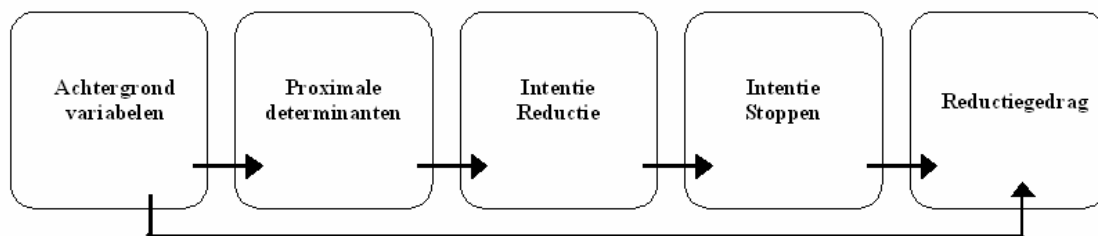


Door middel van hiërarchische lineaire regressiemodellen wordt gekeken welke factoren de meest verklarende bijdrage doen aan het reductiegedrag van patiënten in een verslavingsinstelling.

3.2.1 Model voor reductiegedrag

Ten eerst is gekozen te kijken of reductiegedrag verklaard kan worden aan hand van intentie tot stoppen met roken, intentie tot reductie en de proximale determinanten plus achtergrond variabelen (zie figuur 3).

Figuur 3: Het eerste te toetsende hiërarchisch lineaire regressiemodel



Omdat zich pas correlaties lieten aantonen toen het reductiegedrag in subcategorieën werd gedeeld, wordt hier met deze afhankelijke variabele gewerkt. Betrokken worden in het model de variabelen die door de bivariate correlatie aantoonden met het reductiegedrag statistisch significant te correleren. Dat was het aantal stoppogingen die een patiënt deed (rook- en stophistorie) in dichotome vorm. Omdat er zo maar één variabele zou worden betrokken worden verder het niveau van opleiding (demografische variabele) en de eigen effectiviteit ten opzichte van stoppen betrokken. Beide variabelen waren nauw niet significant bij de bivariate toetsen.

Uit het model (zie tabel 2) is af te lezen dat hoe hoger het niveau van opleiding hoe hoger het reductiegedrag. Omdat stoppogingen gecategoriseerd zijn in categorie 1 ,nooit tot 3 keer' en categorie 2 ,4 keer of meer', kan hier worden gezegd, hoe hoger de waarde op stoppogingen hoe schlechter het reductiegedrag. Verder is bij eigen effectiviteit bij stoppen te duiden dat hoe meer iemand ervan overtuigd is stopgedrag voor te houden hoe positiever het reductiegedrag. De resultaten laten verder zien dat het niveau van opleiding 22.2% van de variatie verklaart. De toegevoegde variabele van het stopverleden zorgt ervoor dat 34.1% in het tweede model worden verklaard. De derde toevoeging van eigen effectiviteit stoppen

verhoogt de verklaarde variatie op 42.2%. Daardoor blijkt het opgestelde model verklarende waarde te hebben voor reductie gedrag van de patiënten

Tabel 2: Hiërarchische regressie model – reductie gedrag

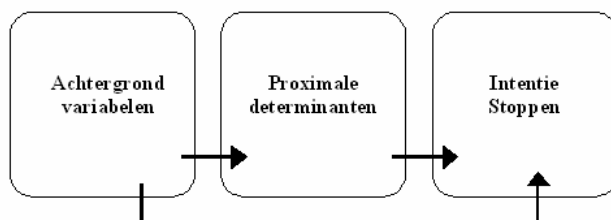
	Model 1		Model 2		Model 3	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p
Schulabschluss	.22	.067	.21	.076	.25	.032**
Stop Pogingen			-.26	.028***	-.27	.021**
Eigen effectiviteit stoppen					.25	.031**
R	.222		.341		.422	
Adjusted R ²	.035		.090		.140	
R Change	.049		.067		.061	
F Change	(1,67)=3.471	.067	(2,66)=4.351	.017**	(3,65)=4.69	.005***
F Change	(1,67)=3.471	.067	(1,66)=5.022	.028***	(1,65)=4.86	0.31**

*p<=.100 **p<=.050 ***p<=.01

3.2.2 Model voor intentie om te stoppen

Ten tweede zal worden gekeken welke variabelen verklarende waarde uitoefenen op het stopintentie van de patiënten binnen een verslavingsinstelling. Dit zal aan hand van het model worden gedaan dat in figuur 3 te zien is.

Figuur 3: Het tweede hiërarchische regressie model



In het model worden variabelen betrokken die door bivariate correlatieve analyses bleken van invloed te zijn op de stopintentie van de proefpersonen. Zo wordt in het regressie model het geslacht opgenomen (demografische variabele), het aantal stop pogingen en tijd die zonder sigaret werd volgehouden tijdens een (rook- en stophistorie). Van de cognitieve determinanten wordt geen variabele opgenomen omdat van tevoren geen significante samenhang bewezen kon worden.

Bij de toelichting van de codering van de variabelen is ten eerst bij geslacht te nemen dat mannen met 1 gecodeerd zijn en vrouwen met 2. Omdat hier een positief bèta is af te

lezen, kan men concluderen dat vrouwen een grotere stopintentie laten zien. Stop Pogingen zijn zoals bij model 1 gecodeerd dus hoe meer stop pogingen werden gedaan hoe lager de stopintentie. Ook bij de periode die volgehouden werd zonder te roken valt op dat hoe langer iemand niet heeft gerookt, hoe lager zal nu de stopintentie uitvallen.

Verder blijkt uit het eerste model dat het geslacht een goede voorspeller van stopintentie is en in dit model 30% van de variatie verklaren. In het volgend model komen er het aantal stop pogingen bij en de tijd zonder sigaret. De stop pogingen dienen geen significant invloed te hebben maar door de tijd zonder sigaret wordt er 53% verklaard te worden.

De resultaten van dit hiërarchische regressie model zijn af te lezen in tabel 3.

Omdat uit het eerste getoetste regressie bleek dat reductie intentie een verklarende waarde heeft aan de intentie te stoppen zou het net bekeken model aangevuld kan worden door het toevoegen van de intentie te reduceren.

Tabel 3: Hiërarchisch regressie model – intentie te stoppen, intentie te reduceren toegevoegd

	Model 1		Model 2		Model 3	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p
Geslacht	.30	.013**	.23	.046**	.18	.048**
Stop Pogingen			-.2	.163	-.14	.225
Tijd zondersigaret			-.31	.024**	-.20	.062
Intentie Reductie					.53	.000***
R	.30		.53		.73	
Adjusted R ²	.08		.25		.52	
R ² Change	.09		.2		.26	
F	(1,66)=6.564	.013**	(3,64)=8.523	.000***	(4,63)=18.924	.000***
F Change	(1,66)=6.564	.013**	(2,64)=8.733	.000***	(1,63)=36.103	.000***

*p<=.100 **p<=.050 ***p<=.01

Door het toevoegen van de intentie tot reductie worden 73% van de variatie verklaard. Het blijkt voor de stopintentie van noemenswaardige effect te zijn.

4 Discussie

Het doel wat bij het concluderen van de resultaten nagekomen moet worden, is dat de mogelijkheid wordt gegeven om basis van dit onderzoek een interventie te kunnen ontwerpen, die de belangrijkste determinanten beoogd.

De analyses voor reductiegedrag laten zoals bij de bivariete analyses amper samenhangen zien. Wel blijken de gedaan stoppogingen invloed te hebben. Bij het multivariate toetsing met de eigen effectiviteit erbij blijkt het model het reductiegedrag op een redelijke mate weer te geven. Ook het aantal stoppogingen, die de patiënt ondernaam, heeft in deze steekproef significante invloed aangetoond, maar een interventie zou hier aanpakken bij het gedrag vóór het verblijf binnen een kliniek en zou daardoor voor een iets andere doelgroep zijn bestemd. Maar toch is dit een interessant aspect omdat de resultaten aangeven dat iemand die vaker had geprobeerd te stoppen een minder positief reductiegedrag vertoond. Door vervolgonderzoek zou kunnen worden nagegaan waarom dat zo is. Mogelijk is dat iemand door een poging die mis ging minder eigen effectiviteit heeft. Zo zou men door middel van een interventie aanpakken bij het evalueren van stoppogingen. Zoals Falba et al (2004) die in de inleiding werd genoemd aantoonde dat een succesvolle reductie een positieve effect heeft op toekomst pogingen te stoppen en kans op relapse weer te roken kleiner is, zou men kunnen verwachten dat een stoppoging die, ook als niet geslaagd, als positief geëvalueerd kan worden, ook een positieve effect op toekomstige pogingen, en daardoor op het reductiegedrag, zou hebben.

Zowel door de bivariete analyse als ook door het model-toesten was een positieve effect van de intentie tot reductie op stopintentie te zien. Dit betreft hetzelfde punt die net samen met het artikel van Falba et al (2004) werd besproken en ook door Fagerström et al (2005) werd besproken. Iemand die met succes heeft gereduceerd, is meer geneigd toekomstig stoppogingen te ondernemen. Hieruit zou men een cyclus kunnen opbouwen. Als iemand door enkele mislukte stoppogingen minder geneigd zou zijn tot een nieuwe poging en/of minder eigen effectiviteit voelen, zou men kunnen proberen eigen effectiviteit te kunnen vergroten door een stapsgewijs reductie verbonden met positieve feedback bij kleine successen, zodat de persoon meer overtuigd raakt van zijn vaardigheden het rookgedrag te veranderen. Zoals de correlaties met intentie te reduceren aantoonde, hangen de reductie norm, de eigen effectiviteit, de positieve attitude en de sociale invloed samen met intentie te reduceren. Dit zijn allemaal punten die prima in een groepsinterventie verwerkt kunnen worden. Hier zou de sociale invloed kunnen werken, een groepsnorm met betrekking tot reductie en met het stapsgewijs succes groeit het gevoel van eigen effectiviteit en men heeft een positief attitude ten opzichte van reductie.

Dit is maar een veronderstelling maar wel een interessant idee voor vervolgonderzoek.

Voor een preciezer uitspraak zou hier verder onderzoek worden aanbevolen. Het reductiegedrag werd in het huidige onderzoek berekend door twee waarden, het aantal sigaretten voor het verblijf in de kliniek en het actueel aantal. Wel werd binnen de fasen onderscheiden maar voor een meer accurate analyse van samenhangen en het verloop van de determinanten gedurende het verblijf zouden herhaalde metingen nuttig zijn. Verder worden de aangaven door de patiënt zelf gedaan. Misschien zou men door een herhaalde fysische meting sterkere resultaten krijgen met betrekking tot de betrouwbaarheid.

De relevantie van het thema 'roken' zal zeker zo snel niet afnemen. Daarom is het van nog grotere belang op dit gebied actief te blijven, zowel voor een verslaafde die zijn lichaam zeker al meer dan voldoende schade toegevoegd heeft als ook voor elke andere persoon die dagelijks de schadelijke stoffen van tabakproducten tegenkomt.

5 Referenties

- Benowitz, N.L.; Jacob, P.; Kozlowski, L.T.; Yu, L. (1986). Influence of smoking fewer cigarettes on exposure to tar, nicotine, and carbon monoxide. *New England Journal of Medicine*, 315 (21), 1310-1313.
- Breslau, N.; Peterson, E.; Schultz, L.; Andreski, P.; Chilcoat, H. (1996). Are Smokers with Alcohol Disorder Less Likely to Quit? *American Journal of Public Health*, 86 (7), 985-990.
- Broms, U.; Korhonen, T.; Kaprio, J. (2008). Smoking reduction predicts cessation: Longitudinal evidence from the Finnish adult twin cohort. *Nicotine and tobacco research*, 10 (3), 423-427.
- Bundesministerium für Finanzen, Zoll (2007) Verkregen op 5 augustus, 2008, van http://www.zoll.de/b0_zoll_und_steuern/b0_verbrauchsteuern/e0_tabak/b0_steueroehoe/index.html
- Bundesministerium für Gesundheit (z.d.) Verkregen op 5 augustus, 2008, van http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1191726/sid_7B13A06BF2FC6E9745137F91DD1E6CD3/nsc_true/DE/Drogen-und-Sucht/Tabak/tabak__node.html?__nnn=true
- Connor, M.; Norman, P. (2005). Predicting Health Behaviour. *Open University Press, 2nd Edition*.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2008) Gesundheitsschäden durch Rauchen und Passivrauchen, Heidelberg
- De Vries, H. ; Mudde, A.N. (1998). Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude social influence efficacy model. *Psychology & health*, 13 (2), 369-385.
- Drinkmann, A. (2002). Controlled Smoking: What We Know and What We Need. *Suchttherapie*, 3, 81-86.

- Europa (2006). Activiteiten van de Europese unie: Samenvattingen van de wetgeving. Verkregen op 5 augustus, 2008 van <http://europa.eu/scadplus/leg/nl/cha/c11567.htm>
- Falba, T.; Jofre-Bonet, M.; Busch, S.; Duchovny, N.; Sindelar, J. (2004). Reduction of quantity smoked predicts future cessation among older smokers, *Addiction*, 99(1), 93-102.
- Fagerström, K.O.; Schneider, N.G. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 159-182.
- Fagerström, K.O. (2005). Can Reduced Smoking Be a Way for Smokers Not Interested in Quitting to Actually Quit? *Respiration*, 72 (2), 216-220.
- Fishbein, M.; Raven, B.H. (1962). The AB scales: An operational definition of belief and attitude. *Human relations*, 15 (1), 35-44.
- Galen, L.W.; Henderson, M.J.; Whitman, R.D. (1997). The utility of novelty seeking, harm avoidance, and expectancy in the prediction of drinking. *Addictive Behaviors*, 22 (1), 93-106.
- Galizio, M.; Stein, F.S. (1983). Sensation seeking and drug choice. *The International journal of the addictions*, 18 (8), 1039 -1048.
- Grucza, R.; Bierut, L.J. (2006). Co-occurring risk factors for alcohol dependence and habitual smoking: Update on findings from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. *Alcohol health and research world*, 29 (3), 172 -178.
- Gurpegui, M.; Jurado, D.; Luna, J.D.; Fernández-Molina, C.; Moreno-Abril, O.; Gálvez, (2007). Personality traits associated with caffeine intake and smoking. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31 (5), 997-1005.
- Hanson, K.; Zylla, E.; Allen, S.; Li, Z.; Hatsukami, D.K.(2008). Cigarette reduction: An intervention for adolescent smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (1), 164-168.

- Hill, R.; Cooper, W.; Harris, J.; Frederick, M.; Ahmad, Z.; Keaney, F.; Gossop, M. (2007). 'Don't you think we're giving up enough already?' Attitudes of patients and staff on an in-patient addiction treatment service towards a proposed 'No Smoking' policy. *Journal of Substance Use*, 12 (4), 225-231.
- Hoyle, R.H.; Stephenson, M.T.; Palmgreen, P.; Lorch, E.P.; Donohew, R.L.(2002). Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 32 (3), 401–414.
- Hurt, R.D.; Eberman, K.M.; Croghan, I.T.; Offord, K.P.; Davis Jr, L.J.; Morse, R.M.; Palmen, M.A.; Bruce, B.K. (1994). Nicotine Dependence Treatment During Inpatient Treatment for Other Addictions: A Prospective Intervention Trial. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 18 (4), 867–872.
- Khuder, S.A.; Milz, S.; Jordan, T.; Price, J.; Silvestri, K.; Butler, P.(2007). The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary heart disease. *Preventive Medicine*, 45 (1), 3-8.
- Lujic, C.; Reuter, M.; Netter, P. (2005). Psychobiological Theories of Smoking and Smoking Motivation. *European Psychologist*, 10 (1), 1-24.
- Meyer, C.; Rumpf, H.-J.; Schumann, A.; Hapke, U.; John, U. (2003). Intentionally reduced smoking among untreated general population smokers: Prevalence, stability, prediction of smoking behaviour change and differences between subjects choosing either reduction or abstinence. *Addiction*, 98 (8), 1101-1110.
- McCarthy, W.J.; Collins, C.; Hser, Y.-I. (2002). Does Cigarette Smoking Affect Drug Abuse Treatment? *Journal of Drug Issues*, 32 (1), 61-80.
- McCourt, W.F.; Gurrera, R.J. ; Cutter, H.S.G. (1993). Sensation seeking and novelty seeking : are they the same? *The Journal of nervous and mental disease*, 181 (5), 309-312.
- McNeill, A. (2004). ABC of smoking cessation - Harm reduction. *BMJ british medical journal*, 328 (7444), 885 –887.

- McNeill, A.; Hendrie, A. (2001) Regulation of nicotine replacement therapies: An expert consensus. *World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen.*
- Mudde, A.N.; Willemsen, M.C.; Kremers, S.; de Vries, H. (2000). Meetinstrument voor onderzoek naar roken en stoppen met roken. *STIVORO voor een rookvrije toekomst.* Verkregen op 5 augustus 2008 van: http://www.stivoro.nl/upload/_publdocs/meetinstrumenten_3.pdf
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1998). *Alcohol Alert*, 39, 1–4.
- Nolan, J.M.; Schultz, P.W.; Cialdini, R.B.; Goldstein, N.J.; Griskevicius, V. (2008). Normative social influence is underdetected. *Personality & social psychology bulletin*, 34 (7), 913-923.
- Orth, B.; Töppich, J.(2007). Förderung des Nichtrauchens bei Jugendlichen 2007. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, Referat 2-25.*
- Patkar, A.A.; Mannelli, P.; Peindl, K.; Murray, H.W.; Meier, B.; Leone, F.T. (2006). Changes in Tobacco Smoking Following Treatment for Cocaine Dependence, *The American journal of drug and alcohol abuse*, 32 (2), 135-148.
- Richter, K.P.; Arnsten, J.H. (2006). A rationale and model for addressing tobacco dependence in substance abuse treatment, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(1), 23.
- Ripa, C.P.L.; Hanson, H.S.; Mortensen, E.L. ; Sanders, S.A. ; Reinisch, J.M. (2001). A Danish version of the sensation seeking scale and its relation to a broad spectrum of behavioral and psychological characteristics. *Personality and Individual Differences*, 30, 1371–1386.
- Rohsenow, D.J.; Colby, S.M.; Martin, R.A.; Monti, P.M. (2005). Nicotine and Other Substance Interaction Expectancies Questionnaire: Relationship of expectancies to substance use. *Addictive Behaviors*, 30(4), 629-641.

Stanaway, R.G.; Watson, D.W. (1981). Smoking and personality: A factorial study. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 213–214.

Stivoro. (z.d.) verkregen op 15 mei, 2008 van http://www.stivoro.nl/Voor_volwassenen/Meeroken/Wat_is_meeroken_/Hoe_slecht_is_meeroken_.aspx?mId=9927&rId=247

Stivoro. (z.d.) verkregen op 15 mei, 2008 van http://www.stivoro.nl/Voor_volwassenen/Waarschuwing_op_pakjes_sigaretten.aspx?mId=9927&rId=144

Snyder, A. (2007). Cutting Back, Not Cutting Down. *Scientific American*, 296 (3), 30.

Vollrath, M.E.; Torgersen, S. (2008). Personality types and risky health behaviors in Norwegian students, *Scandinavian journal of psychology*, 49(3), 287-292.

Wennike, P.; Danielsson, T.; Landfeldt, B.; Westin, Å.; Tønnesen, P. (2003). Smoking Reduction promotes smoking cessation: Results from a double blind, randomized, placebo controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up. *Addiction*, 98 (10), 1395-1402.

Willemsen, M.C. (2005). The new EU cigarette health warnings benefit smokers who want to quit the habit: results from the Dutch Continuous Survey of Smoking Habits. *European Journal Of Public Health*, 15 (4), 389-392.

Ziedonis, D.M.; Gudysh, J.; Williams, J.; Steinberg, M.; Foulds, J. (2004). Barriers and Solutions to Addressing Tobacco Dependence in Addiction Treatment Programs. *Alcohol Research & Health*, 29 (3), 228-235.

Zullino, D.F.; Besson, J.; Favrat, B.; Krenz, S.; Zimmermann, G.; Schnyder, C.; Borgeat, F. (2003). Acceptance of an intended smoking ban in an alcohol dependence clinic. *European Psychiatry*, 18, 255-257.

Zuckerman, M.; Neeb, M. (1980). Demographic influences in sensation seeking and expressions of sensation seeking in religion, smoking and driving habits. *Personality and Individual Differences*, 1 (3), 197-206.

Zuckerman, M.; Ball, S.; Black, J. (1990). Influences of sensation seeking, gender, risk appraisal, and situational motivation on smoking. *Addict Behaviour*, 15 (3), 209-220.

6 Bijlage “vragenlijst”

Erläuterung des Fragebogens

In diesem Fragebogen geht es um Ihre persönliche Meinung bezüglich Rauchens und der Reduktion davon. Es ist daher wichtig, dass Sie diesen Fragebogen ehrlich ausfüllen. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten, kreuzen Sie an, was für Sie zutreffend ist und denken Sie nicht zu lange über eine Antwort nach.

Dieser Fragebogen wird anonym ausgewertet. Ich bitte Sie daher darum, Ihren Namen auf dem Fragebogen nicht anzugeben. So kann sichergestellt werden, dass Informationen aus dem Fragebogen, nicht an Dritte weitergegeben werden.

1. Alter:

2. Geschlecht:

- männlich
- weiblich

3. Staatsangehörigkeit:

4. Muttersprache:

- Deutsch
- Andere

Wenn ja, welche:

Wenn ja:

Deutsche Sprachkenntnisse

Sehr gut 1 2 3 4 5 6 sehr schlecht

5. Familienstand:

- ledig
- verheiratet, zusammenlebend
- verheiratet, getrennt lebend
- verwitwet
- geschieden

6. Höchster Schulabschluss:

- ohne Schulabschluss abgegangen
- Sonderschulabschluss
- Hauptschul-/Volksschulabschluss
- Realschulabschluss/ Mittlere Reife
- (Fach)Abitur, Fachhochschulreife
- Hochschulabschluss
- anderer Schulabschluss

7. Seit wann befinden Sie sich in der Klinik?

Datum:

8. Aktuell befinden Sie sich:

- im Entzug
- in der Rehabilitation
- woanders, nämlich:

9. Seit wann befinden Sie sich auf dieser Station? *(Bitte so genau wie möglich)*

..... Wochen Tage

10. Wegen der Abhängigkeit von welcher Substanz/welchen Substanzen befinden Sie sich in Behandlung?

- Alkohol
- Kokain
- Heroin
- Cannabis
- anderes, nämlich:

11. Werden Sie, neben der Behandlung wegen der Abhängigkeit, auch behandelt wegen einer der folgenden Probleme?

- Angststörung
- Depression
- Persönlichkeitsstörung (z.B. Borderline-Störung)
- Schizophrenie
- Zwangsstörung
- keines der genannten

12. Haben Sie in den letzten 24 Stunden eine oder mehr Zigaretten geraucht?

- Ja
- Nein

13. Haben Sie in den letzten 7 Tagen eine oder mehr Zigaretten geraucht?

- Ja
- Nein

Haben Sie die letzten zwei Fragen mit „Nein“ beantwortet, brauchen Sie die restlichen Fragen nicht mehr zu beantworten. Ich möchte mich an dieser Stelle herzlich für Ihr Bemühen und Ihre Mitarbeit bedanken.

Bitte kreuzen Sie an, in wie fern Sie mit den folgenden Aussagen übereinstimmen.

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Weder noch	Trifft zu	Trifft sehr zu
14. Ich würde gerne fremde Orte erkunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich werde unruhig, wenn ich zu lange Zuhause rum sitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich finde es toll, Angst einflößende (riskante) Dinge zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich liebe wilde Partys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich würde gerne mal verreisen ohne vorher etwas zu planen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich bevorzuge Freunde, die aufregend „unvorhersehbar“ (spontan) sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich würde gerne mal Bungee-Jump machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich würde sehr gerne neue und aufregende Erfahrungen machen, auch wenn sie illegal sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der folgende Teil befasst sich mit dem Thema „Rauchen“.

22. In welchem Alter haben Sie das erste mal geraucht?

.....

23. Seit wie viel Jahren sind Sie Raucher/in?

.....

24. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen derzeit pro Tag?

..... Zigaretten

25. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie die erste Zigarette?

- Innerhalb von 5 Minuten
- Nach von 6 bis 30 Minuten
- Nach von 31 bis 60 Minuten
- Nach 60 Minuten

26. Finden Sie es schwierig, an Orten, an denen das Rauchen verboten ist, darauf zu verzichten? (Zum Beispiel im Kino, Bücherei, Kirche, Krankenhaus)

- Ja
- Nein

27. Auf welche Zigarette möchten Sie am wenigsten verzichten?

- Die Erste nach dem Aufstehen
- andere

28. Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als während des restlichen Tages?

- Ja
- Nein

29. Rauchen Sie selbst dann, wenn Sie so krank sind, dass Sie den grössten Teil des Tages im Bett verbringen müssen?

- Ja
- Nein

30. Wie oft haben Sie schon versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?

- noch nie
- 1-3-mal
- 4-6-mal
- 7-mal oder öfter

31. Was war der längste Zeitraum, den Sie ohne Zigaretten geschafft haben, nachdem Sie aufgehört hatten?

- weniger als ein Tag
- mindestens einen Tag, aber weniger als 4 Wochen
- mindestens 4 Wochen, aber weniger als ein Jahr
- mindestens ein Jahr

32. Wie viele Zigaretten haben Sie im Allgemeinen vor dem Klinikaufenthalt pro Tag geraucht?

..... Zigaretten

Fragen zur Reduktion des Rauchverhaltens.

Von einer Reduktion der Zigarettenmenge, die sie im Schnitt pro Tag rauchen, kann man sprechen, wenn sie die Anzahl mindestens um die Hälfte reduzieren. Wenn Sie zum Beispiel derzeit 20 Zigaretten am Tag rauchen, würden es bei einer Reduktion heißen, dass sie 10 Zigaretten oder weniger am Tag rauchen.

Für den Fall, dass Sie im Moment bereits reduziert haben, beantworten Sie bitte die Fragen aus ihrer jetzigen Situation heraus (also zum Beispiel ob Sie weiter reduzieren würden).

33. Ich habe vor in naher Zukunft die Anzahl der Zigaretten, die ich pro Tag rauche, um mindestens die Hälfte zu reduzieren.

Sicher nicht	Wahrscheinlich nicht	vielleicht	wahrscheinlich	sicher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Ich könnte mir vorstellen irgendwann die Anzahl der Zigaretten, die ich pro Tag rauche, um mindestens die Hälfte zu reduzieren.

Sicher nicht	Wahrscheinlich nicht	vielleicht	wahrscheinlich	sicher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Stellen Sie sich vor, Sie würden die Anzahl der Zigaretten, die Sie pro Tag rauchen, reduzieren.

Wie viele Zigaretten würden Sie dann pro Tag rauchen (im Vergleich zu jetzt)?

- weniger als jetzt, aber mehr als die Hälfte
- die Hälfte
- weniger als die Hälfte

36. Die meisten Leute, die mir wichtig sind, meinen ich sollte die Zigaretten, die ich pro Tag rauche, um mindestens die Hälfte reduzieren.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Weder noch	Trifft zu	Trifft sehr zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Wenn ich die Anzahl der Zigaretten, die ich pro Tag rauche, um mindestens die Hälfte reduzieren würde, würde ich...

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Weder noch	Trifft zu	Trifft sehr zu
a) mich im Gegensatz zu heute gesünder fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) die Entspannung vermissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) die Geselligkeit mit anderen Rauchern vermissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Geld sparen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) zufrieden mit mir sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Entzugserscheinungen bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) mehr Probleme haben beim Entzug/Rehabilitation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Bitte kreuzen Sie an, in wie fern Sie mit den folgenden Aussagen übereinstimmen.

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Weder noch	Trifft zu	Trifft sehr zu
a) Ich bin mir der gesundheitlichen Schäden, die das Rauchen mit sich bringt, bewusst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Dadurch, dass viele der Patienten hier rauchen, rauche ich mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Dadurch, dass viele der Patienten hier rauchen, würde es mir schwerer fallen die Anzahl der Zigaretten am Tag zu reduzieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mir wird als Patient ausreichend Unterstützung von Seiten der Klinik geboten, mein Zigarettenkonsum zu reduzieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ich würde mir von Seiten der Klinik mehr Unterstützung wünschen, meinen Zigarettenkonsum zu reduzieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ich habe bereits vor dem Klinikaufenthalt probiert, meinen Zigarettenkonsum zu reduzieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Eine Reduktion der Anzahl Zigaretten, die ich am Tag rauche, um mindestens die Hälfte wäre für mich:

	1	2	3	4	5	6	7	
Sehr leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr schwer

Fragen zum Stoppen des Rauchens.

Hier möchte ich gerne erfahren, wie sie dem gegenüberstehen, mit dem Rauchen aufzuhören. Bitte wundern Sie sich nicht, wenn Sie den Eindruck haben, die Fragen würden sich wiederholen. Ab hier beziehen sich die Fragen nicht mehr auf das „Reduzieren“, sondern auf das „Aufhören“.

40. Wenn ich aufhören würde zu rauchen, würde ich...

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Weder noch	Trifft zu	Trifft sehr zu
a) mich im Gegensatz zu heute gesünder fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) die Entspannung vermissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) die Geselligkeit mit anderen Rauchern vermissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Geld sparen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) zufrieden mit mir sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Entzugserscheinungen bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) mehr Probleme haben beim Entzug/Rehabilitation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Ich habe vor in naher Zukunft aufzuhören zu rauchen.

Sicher nicht	Wahrscheinlich nicht	vielleicht	wahrscheinlich	sicher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Ich könnte mir vorstellen irgendwann aufzuhören zu rauchen.

Sicher nicht	Wahrscheinlich nicht	vielleicht	wahrscheinlich	sicher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Die meisten Leute, die mir wichtig sind, würden mich unterstützen, sollte ich versuchen aufzuhören zu rauchen.

Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Weder noch	Trifft zu	Trifft sehr zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Aufzuhören zu Rauchen wäre für mich:

	1	2	3	4	5	6	7	
Sehr leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr schwer

45. Sie fühlen sich gestresst und angespannt. Würde es Ihnen gelingen, nicht zu rauchen?

Sicher nicht	Wahrscheinlich nicht	vielleicht	wahrscheinlich	sicher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Sie sind sehr sauer. Würde es Ihnen gelingen, nicht zu rauchen?

Sicher nicht	Wahrscheinlich nicht	vielleicht	wahrscheinlich	sicher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Sie gehen raus (in ein Cafe, auf ein Fest oder ähnliches). Würde es Ihnen gelingen, nicht zu rauchen?

Sicher nicht	Wahrscheinlich nicht	vielleicht	wahrscheinlich	sicher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Sie sind traurig. Würde es Ihnen gelingen, nicht zu rauchen?

Sicher nicht	Wahrscheinlich nicht	vielleicht	wahrscheinlich	sicher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Jemand bietet Ihnen eine Zigarette Ihrer Lieblingsmarke an. Würde es Ihnen gelingen, nicht zu rauchen?

Sicher nicht	Wahrscheinlich nicht	vielleicht	wahrscheinlich	sicher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Sie erfahren einen schwierigen Moment während der Rehabilitation. Würde es Ihnen gelingen, nicht zu rauchen?

Sicher nicht

**Wahrscheinlich
nicht**

vielleicht

wahrscheinlich

sicher

51. Hier ist Platz für Ihren Kommentar: *(Ihr Kommentar darf sich sowohl auf den Test beziehen, als auch auf Wünsche, Ideen, Vorschläge, die das Thema Rauchen in einer Entzugklinik betreffen.)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!