

Kooperatives Modellprojekt astra – rauchfrei durch die Pflegeausbildung

Prozessevaluation zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums

Ines Schweizer¹, Prof. Dr. Mathias Bonse-Rohmann², Christa Rustler, Sabine Scheifhacken, Katrin Schulze

Angesichts der hohen Verbreitung des Tabakkonsums in Pflegeberufen verfolgt das Modellprojekt „astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege“ das Ziel, die PflegeschülerInnen dabei zu unterstützen, rauchfrei zu bleiben oder wieder rauchfrei zu werden. Diese Rauchfreiheit wird einerseits durch verhaltensbezogene Interventionen bei den SchülerInnen und andererseits durch verhältnisbezogene Prävention in Schule und Praxis erreicht. Dieser Beitrag befasst sich zunächst mit der Relevanz und Zielsetzung des Projektes sowie der Beschreibung des Projektteams und der Kooperationen mit Schulen des Gesundheitswesens. Anschließend wird auf die Entwicklung des Studiendesigns und Durchführung der Interventionen eingegangen. Danach werden prozessevaluative Ergebnisse vorgestellt. Die abschließende Diskussion soll die bereits initiierte Weiterentwicklung der nachhaltigen astra-Implementierung aufzeigen.

Pilot project astra – tobacco-free nursing training

Process evaluation to prevent and reduce the tobacco consumption

Because of the high percentage of smokers in the nursing profession the pilot project „astra – active stress prevention and smoking reduction with nursing students“ pursues the goal to support nursing students to remain or become tobacco-free. This „tobacco-freedom“ will be achieved by behavioral interventions on nursing students and environmental interventions at the nursing school and practical experience.

This article deals with the relevance and the objective of the project as well as the introduction of the team involved and the cooperation with health care schools. Afterwards the article describes the development of the study design and the execution of the interventions, followed by the presentation of process-evaluated results. The final discussion is supposed to demonstrate the already initialized advancement of the lasting astra-implementation.

Korrespondenzadresse

1

Ines Schweizer, Hochschule Esslingen – University of Applied Sciences, Institut für Angewandte Forschung Gesundheit und Soziales, ines.schweizer@hs-esslingen.de

2

Prof. Dr. Mathias Bonse-Rohmann, Hochschule Esslingen – University of Applied Sciences, Institut für Angewandte Forschung Gesundheit und Soziales, mathias.bonse-rohmann@hs-esslingen.de

Eingereicht am 10.4.2015

Akzeptiert am 29.5.2015

DOI:



RELEVANZ UND ZIELSETZUNG

Problemhintergrund

Rauchen ist unter MitarbeiterInnen in der Pflege überdurchschnittlich weit verbreitet. Der Anteil an Raucherinnen in Pflegeberufen betrug laut Mikrozensus 2009 bei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Hebammen 28,9 %, bei Krankenpflegehelferinnen 40,3 % und bei Altenpflegerinnen 41,3 % (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011). Die beiden letztgenannten Berufsgruppen befanden sich damit unter den zehn Berufen mit den höchsten Raucheranteilen bei Frauen (vgl. DKFZ, 2009).

Bemerkenswert ist dabei, dass während der Pflegeausbildung die Anzahl der RaucherInnen noch zunimmt. In zwei kleineren Studien wurde ein Raucheranteil von zwischen 40 bis 55 % ermittelt (Bonse-Rohmann, 2004; Vitzthum et al., 2012). Die große Mehrheit (80 %) der Krankenpflege- und AltenpflegeschülerInnen gab an, bereits vor ihrer Ausbildung und 10 % währenddessen mit dem Konsum begonnen zu haben. Allerdings berichteten 40 % von einer Zunahme der Konsummenge über die bisherige Ausbildungszeit – in einem Alter, in dem die Einstiegshäufigkeit eigentlich sehr gering ist. Etwa ein Viertel der Befragten hatte im letzten halben Jahr einen Rauchstopp versucht (Bonse-Rohmann, 2004), die meisten waren zum Aufhören motiviert (Vitzthum et al., 2012). Im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung rauchen junge Erwachsene derselben Altersgruppe insgesamt weniger und noch dazu mit sinkender Tendenz (vgl. Statistisches Bundesamt, 2014).

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass tabakpräventive Maßnahmen und Rauchstoppangebote für PflegeschülerInnen dringend notwendig sind. Darum wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik das Modellprojekt astra zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums unter PflegeschülerInnen von April 2013 bis Januar 2015 gefördert. Seitens des BMG war intendiert, unter Nutzung vorhandener Ansätze ein spezifisches Präventionskonzept für SchülerInnen in Pflegeberufen zu entwickeln, welches den Anteil der RaucherInnen in der Ausbildung verringert und zugleich auch präventiv ausgerichtet sein sollte, damit während der Ausbildung kein Einstieg in den Tabakkonsum erfolgt. Begründet wurde dies auch vor dem Hintergrund des sich wandelnden Berufsverständnisses und der neueren Aufgaben der MitarbeiterInnen in den Pflegeberufen, welchen eine wachsende Vorbildfunktion in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention zukommt (vgl. BMG, 2012).

Ziele des Modellprojektes astra

Übergeordnetes Ziel des Modellprojektes war es, ein Programm zu erstellen, welches curricular verankert werden kann und durch verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen zur Rauchfreiheit in der Pflegeausbildung beiträgt. Das zu Beginn des folgenden Kapitels beschriebene interdisziplinäre Projektteam entwickelte in einem partizipativen Prozess ein Konzept, um folgende Ziele zu erreichen:

- Rauchfreie SchülerInnen in Pflegeberufen bleiben rauchfrei
- Rauchende SchülerInnen werden rauchfrei oder rauchen weniger
- PflegeschülerInnen lernen erfolgreicher mit Stress umzugehen
- Förderung der Selbstwirksamkeit und Resilienz / Standfestigkeit der SchülerInnen
- Beteiligung der SchülerInnen an der Entwicklung gesundheitsförderlicher Auszubildungsverhältnisse
- Ausbildungsverantwortliche unterstützen die SchülerInnen bei diesen Prozessen

Das entwickelte Konzept wurde im Rahmen einer kontrollierten Interventionsstudie prozess- und ergebnisevaluativ überprüft und sollte eine nachhaltige Implementierung anstoßen.

PROJEKTTEAM UND KOOPERATION MIT SCHULEN DES GESUNDHEITSWESENS

Kooperation im Projektteam

Im Modellprojekt astra wurden die spezifischen Kompetenzen dreier Projektpartner kombiniert, um die aktuelle Tabakkonsumsituation in der Pflegeausbildung zu analysieren und gleichzeitig durch ein komplexes Interventionsprogramm Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, um diesen problematischen Konsum zu reduzieren. Die einzelnen Projektstandorte werden durch jeweils eine Projektleitung und eine wissenschaftliche Mitarbeiterin repräsentiert:

- Das Institut für Therapieforschung (IFT) in München arbeitet seit 40 Jahren im Bereich der Tabakentwöhnung und Tabakprävention und dies sowohl hinsichtlich struktureller als auch personenbezogener Maßnahmen. Der Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis stellt seit vielen Jahren den Schwerpunkt von Dr. Anneke Bühlers Tätigkeit als Leiterin der Präventionsforschung dar. Dies geschieht in Form von Publikationen und Workshops mit Verantwortlichen und Durchführenden von Suchtprävention zum Thema Evidenzbasierung in der Suchtprävention. Wissenschaftliche Mitarbeiterin ist hier die Pädagogin Katrin Schulze (Magister Artium), die derzeit im Rahmen der Evaluation des astra-Projekts ihre Dissertation verfasst. Das IFT ist in astra für die Koordination und Evaluation der personenbezogenen Maßnahmen verantwortlich.
- Prof. Dr. Mathias Bonse-Rohmann an der Hochschule Esslingen ist Mitglied des „Instituts für Angewandte Forschung (IAF) Gesundheit und Soziales“ und hat seinen Forschungs- und Entwicklungsschwerpunkt in der Gesundheitsförderung bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegeberufen sowie in Bildungskonzepten für das Gesundheitswesen. Das unter seiner Leitung erfolg-

reich durchgeführte anwendungsorientierte Forschungsprojekt „Gesundheitsförderung in der Aus- und Fortbildung in Pflegeberufen“ im Rahmen des Programms TRAFO (transferorientierte Forschung an Fachhochschulen) hat in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern zielgruppenspezifische Konzepte entwickelt, curricular implementiert und evaluiert. Als Herausgeber und Autor hat er durch zahlreiche Beiträge zur Fortentwicklung der gesundheitsberuflichen Bildung beigetragen. Hier arbeitet Frau Ines Schweizer, die zunächst eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpflegerin, ein Bachelorstudium des Pflege- und Gesundheitsmanagements (Bachelor of Arts) sowie ein Masterstudium in Unternehmensführung (Master of Science) erfolgreich abgeschlossen hat. Momentan promoviert sie an der Charité Universitätsmedizin in Berlin. Die Verantwortlichkeit innerhalb des astra-Projekts liegt in der Konzipierung der strukturellen Komponenten.

- Das Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (DNRfK) e.V. in Berlin wurde von Christa Rustler konzipiert und aufgebaut. Mit dem DNRfK e.V. sind seit zehn Jahren und über die Förderphase hinaus stabile Strukturen mit über 220 Krankenhäusern und Reha-Kliniken bundesweit aufgebaut. Ca. 110 Schulen für Gesundheitsberufe sind über die Mitglieder im DNRfK erreichbar. Frau Rustler hat in zwei Modellprojekten des BMG bewährte Verfahren zur Implementierung von Beratung und Tabakentwöhnung in Kliniken in Deutschland umgesetzt und konstant weiterentwickelt. Unter der Leitung von Frau Rustler arbeitet Frau Sabine Scheiffhaken als wissenschaftliche Mitarbeiterin, welche Studienabschlüsse in Gesundheitsförderung und -management (Bachelor of Arts) sowie Public Health / Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung (Master of Science) erlangt hat. Das DNRfK bringt die Expertise für die nachhaltige Implementierung des astra-Programms ein.

Die intensive Zusammenarbeit des Projektteams ermöglichte eine umfassende Konzeptentwicklung, welche sowohl die Perspektiven der verhaltensbezogenen Prävention (SchülerInnen) als auch die verhältnisbezogenen Ebene (Schulen und Praxiseinrichtungen des Gesundheitswesens) berücksichtigte. Das Projektteam wurde zudem durch einen Praxis- und Wissenschaftsbeirat mehrfach im Projektverlauf beratend unterstützt.

Kooperation mit Pflegeschulen

Elf Ausbildungseinrichtungen für Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege sowie Altenpflege/-hilfe in Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Sachsen-Anhalt und Hamburg konnten für das Modellprojekt gewonnen werden. Bei der Auswahl der Schulen wurde zum einen auf die räumliche Nähe zu den Projektpartnern geachtet und zum anderen darauf, eine möglichst heterogene Gruppe zusammenzustellen, um die Machbarkeit der Maßnahme in den derzeit bundesweit (noch) sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Pflegeausbildung zu testen. Die Pflegeschulen wählten, ob sie als Interventionsschule oder (Wartelisten-)Kontrollschule teilnehmen.

In der ersten Durchführungsphase von Oktober 2013 bis April 2014 nahmen elf Kooperationsschulen (fünf Inter-

ventions- und sechs Kontrollschulen) teil. Für die zweite Interventionsphase von April 2014 bis September 2014 konnten drei Interventionsschulen (davon zwei Kontrollschulen der ersten Interventionsphase) gewonnen werden. Die später angeführten Ergebnisse und Aussagen beziehen sich ausschließlich auf die Angaben aus der ersten Interventionsphase.

METHODEN

Forschungsmethodisch wurde vor allem mittels Literaturanalyse, Fokusgruppen und Experteninterviews, systematischer Dokumentation, einer kontrollierten Interventionsstudie und Curriculaanalysen gearbeitet.

Entwicklung des astra-Programms

Vorarbeiten

Um zu analysieren, wie am wirkungsvollsten strukturell und personenbezogen in der Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bezogen auf die spezifischen Bedingungen der Zielgruppen in den Settings der Pflege vorgegangen werden sollte, wurden zu Projektbeginn jeweils eine Fokusgruppe mit SchülerInnen und eine Fokusgruppe mit Ausbildungsverantwortlichen (Schulleitungen, Lehrkräfte, PraxisanleiterInnen und Führungskräfte der Gesundheitsorganisation) durchgeführt. Dabei wurden strategische und inhaltliche Fragestellungen diskutiert. So ergab die Fokusgruppe mit den SchülerInnen beispielsweise, dass es bei den Pausenregelungen immer wieder zu Konflikten zwischen RaucherInnen und NichtraucherInnen käme. Laut den SchülerInnen in den Pflegeberufen käme es auch mehrfach zu Störungen im Tagesablauf, wenn auf die Rückkehr von RaucherInnen aus nicht-offiziellen Pausen gewartet werden müsse. Zudem wurde das Problem beschrieben, dass es auch viele rauchende Führungskräfte, wie z. B. den Stations-/Bereichsleitungen, gäbe. Auch die Information der Leitungskräfte über den zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcenverbrauch durch das Rauchen, die Gesundheit, Atmosphäre und Patientenzufriedenheit spielten nach Auffassung der SchülerInnen der Fokusgruppe eine wesentliche Rolle. Für das Modellprojekt astra bedeutete dies, auch ein Werkzeug zur Veränderung der strukturellen Gegebenheiten an die Hand zu geben.

Die zweite Fokusgruppe mit den Ausbildungsverantwortlichen befasste sich mit den Gründen für den Tabakkonsum in der Pflege. Hierbei wurden vor allem die Berücksichtigung eines Wir-Gefühls, der Informationsaustausch, die Auszeiten, die Routinen („5 Zimmer, 1 Zigarette“) oder das Rauchen als Coping-Strategie thematisiert. Für das Projekt astra war dies insofern von Bedeutung, als dass das Wir-Gefühl zwischen den RaucherInnen und NichtraucherInnen gestärkt werden sollte, andere informelle Austauschmöglichkeiten geschaffen, Pausenregelungen überprüft und die Resilienz der Pflegenden gestärkt werden sollten.

Hinweise zur nachhaltigen Implementierung ergaben Interviews mit ExpertenInnen, d.h. mit VertreterInnen aus dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe DBfK, Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe, BMG, der Junge Pflege DBfK, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA sowie der Uniklinik Göttingen. So wurde auch seitens die-

ser ExpertInnen bestätigt, dass das geplante Interventionsprogramm in die Curricula der kooperierenden Schulen des Gesundheitswesens integriert werden und zudem auch prüfungsrelevant sein sollte. Ferner sollten Argumente für die Leitungen der Gesundheitsorganisationen angeboten werden, um die Vorteile des astra-Projekts für den betreffenden Gesundheitsbetrieb zu betonen. Auch das pflegeberufliche Selbstverständnis als Gesundheitsberuf sollte nach Auffassung der ExpertInnen in den Fokus der Ausbildung gerückt werden. Um der Funktionalität des Tabakkonsums zu begegnen, sollten auch Alternativen zur Zigarette (z. B. gesunde Pausen, kollegiale Unterstützung) entwickelt werden.

In Ergänzung zu diesen Befragungen wurden bisherige Vorarbeiten des kooperierenden Projektteams in diesem Feld sowie aktuelle Literatur zum Forschungsstand effektiver Tabakprävention zusammengefasst und für die Zielgruppe der PflegeschülerInnen um die für diese Berufe als besonders bedeutsam erkannten Interventionen zur Stressprävention und -bewältigung erweitert. Aufhörwilligen PflegeschülerInnen stehen in Deutschland evidenzbasierte Rauchstoppangebote zur Verfügung (Kröger / Piontek, 2011). Auch für junge Erwachsene, die den größten Teil der PflegeschülerInnen ausmacht, sind Maßnahmen entwickelt worden (Bühler & Thrul, 2012). Diese Angebote zu nutzen wird aber nicht in Betracht gezogen: Etwa zwei Drittel der PflegeschülerInnen will ohne Hilfe, ein Drittel mit Partner oder Freunden aufhören und nur wenige professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Vitzthum et al., 2012, Bühler et al., 2015). Mit der Zielgruppe der PflegeschülerInnen arbeitete die RIKE-Studie (Randomisierte Interventionsstudie zu Lebensstilfaktoren an Krankenpflegeschulen) (Rapp et al. 2006). Bei der RIKE Studie stand die Veränderung von Lebensstilfaktoren (darunter auch das Rauchen) bei PflegeschülerInnen im Fokus. Im Rahmen eines dreitägigen Unterrichtsprogramms wurden die SchülerInnen in der Durchführung von Rauchstopp-Beratung ausgebildet. Die Studienergebnisse zeigen, dass dieses Unterrichtsprogramm zwar das Wissen und die Beratungskompetenz der Auszubildenden steigern konnte, jedoch keine Effekte auf ihr eigenes Rauchverhalten hatte (Rapp et al. 2006). Somit existierte vor der Ausschreibung des BMG kein zufriedenstellendes Rauchstopp-Angebot für PflegeschülerInnen als Angehörige der zahlenmäßig bedeutsamsten Gruppe unter den Gesundheitsfachberufen.

Auf Basis dieser Ergebnisse wurde ein gestuftes Interventionsprogramm mit entsprechenden Maßnahmen konzeptualisiert, welche sowohl strukturelle als auch personenbezogene stress- und tabakpräventive Komponenten sowie auch drei alternative Rauchstoppkomponenten umfasste. Zur Analyse, Identifizierung des Handlungsbedarfs und schrittweisen Implementierung wurden mit acht unterstützenden Berufsfachschulen in einem mehrstufigen Prozess das „astra-Tool“ entwickelt. Diese Schulen waren weder Interventions- noch Kontrollschulen und sollten dadurch einen unvoreingenommenen Blick auf die Thematik gewährleisten. Das astra-Tool umfasst zehn Kriterien und Fragen zur Selbsteinschätzung und bietet so eine Planungsgrundlage für das gesamte Programm. Dieser Maßnahmenentwurf wurde dem Wissenschafts- und Praxisbeirat in einer umfangreichen Sitzung vorgestellt, diskutiert und anschließend zu einem fünfstufigen Interventionsprogramm ausgearbeitet.

astra als anwendungsorientierte Forschung

Im Modellprojekt stellte vor allem die Heterogenität der Zielgruppe „Pflegeberufe“ eine Herausforderung dar. Dies zeigte sich nicht nur vordergründig durch (aktuell noch) unterschiedliche Ausbildungsberufe mit unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen, sondern insbesondere in den individuellen Curricula. Insofern galt es im Modellprojekt astra einerseits bereits grundlegende curriculare Unterschiede der Pflegeausbildungen als Rahmenbedingung zu berücksichtigen. Andererseits musste auf jeweils spezifische curriculare Besonderheiten eingegangen werden, die sich auf die Ebene der einzelnen Schulen des Gesundheitswesens beziehen. So liegen zwar bundesweit verbindliche Berufsgesetze und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der unterschiedlichen Pflegeberufe vor, jedoch fehlen bundeslandspezifisch geregelte Curricula, so dass die einzelnen Interventions- und Kontrollschulen jeweils nach einem einrichtungsspezifischen Curriculum ausbilden. Dadurch waren sowohl für eine notwendig spezifische Konzeptentwicklung, als auch für die Implementierung und Evaluation des Konzeptes entsprechende ausbildungs- bzw. schulspezifische Bedingungen zu berücksichtigen.

Dem forschungsmethodisch anzustrebenden Ziel einer Standardisierung der Interventionen und strengen Kontrolle der Bedingungen standen also Rahmenbedingungen eines sehr heterogenen Forschungsfeldes gegenüber. Deshalb erfolgten die Entwicklung, Erprobung und Evaluation der astra-Interventionen in einem wechselseitig beeinflussenden Prozess des Projektteams mit den Schulen des Gesundheitssystems. Als Konsequenz ist hier festzuhalten, dass das Programm astra primär als ein Modellprojekt zu verstehen ist, in dem es darum ging, ein komplexes Interventionsdesign auf die spezifischen Rahmenbedingungen der Pflegeschulen abzustimmen und diese möglichst auch curricular, strukturell und personell dauerhaft in den zunächst beteiligten Interventionsschulen zu implementieren.

astra-Interventionen

Das astra-Programm besteht aus fünf Modulen, welche möglichst innerhalb der ersten beiden Schulblöcke zu Beginn der Ausbildung durchgeführt werden sollten (siehe Tabelle 1: astra-Module im Überblick). Diese Komponenten sollen zu einer stress- und rauchfreien Kultur in der Pflegeausbildung beitragen und die Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenzen der SchülerInnen stärken.

Zunächst wird eine (1) Steuerungsgruppe innerhalb der Einrichtung ins Leben gerufen, welche für die Planung, Durchführung und Evaluation des astra-Programms verantwortlich ist. Dieser Steuerungsgruppe gehören die Kursleitung, die Schulleitung sowie ein/e astra-TrainerIn an. Zudem werden PraxisanleiterInnen, Pflegedienstleitungen und MitarbeiterInnen des betrieblichen Gesundheitsmanagements integriert, um eine Projekttransparenz, Akzeptanz und Kooperation in den Praxiseinrichtungen zu erreichen. Die Unterstützung der Leitungsebene stellt einen wichtigen Erfolgsfaktor für die Durchführung und nachhaltige Implementation in die Gesundheitseinrichtung dar.

Danach wird eine (2) Informationsveranstaltung für die SchülerInnen des astra-Kurses, die Ausbildungsverantwortlichen sowie alle Interessierten der Gesundheitseinrichtung durchgeführt. Ziel der 90-minütigen Veranstal-

1. Steuerungsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielgruppe: Neben Schul- und Kursleitung, auch PraxisanleiterInnen und Stations- bzw. Pflegedienstleitungen, für die Umsetzung in der praktischen Ausbildung sollten astra-Stationen gewonnen werden. ▪ Aufgabe: Planung, Durchführung und Evaluation des astra-Programms
2. Informationsveranstaltung (90 min)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielgruppe: astra-Kurs & interessierte MitarbeiterInnen und Führungskräfte aus Schule und Praxis, astra- Steuerungsgruppe ▪ Themen: Information und Diskussion zur Berufsidentität, Rolle von Pflegeberufen und Gesundheitseinrichtungen bei der Förderung des Nichtrauchens, Strategien der Tabakindustrie, Vorstellung des astra-Programms
3. astra-Workshop „10-5-3...rauchfrei“ (120 min)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielgruppe: erweiterte Steuerungsgruppe (mit SchülerInnen-Vertretung, VertreterInnen der Klinik-/Heimleitung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, u.a.) ▪ Inhalte: IST-Analyse, Zielfindung und Maßnahmenplanung mithilfe des astra-Tools ▪ Durch regelmäßige Überprüfung der Zielerreichung und neue Zielvereinbarungen mithilfe des astra-Tools in Folge-Workshops kann eine laufende Implementierung gewährleistet werden.
4. Aktive Stressprävention (4 x 90 min)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielgruppe: SchülerInnen des astra-Kurses ▪ Themen: 1. Stunde: Eigene Ressourcen kennenlernen, Handlungsplan für kleine Pausen; 2. Stunde: Stressanalyse, Einstellungsänderung; 3. Stunde: Kontrollierte Problemzuwendung, systematisches Problemlösen; 4. Stunde: Körpersprache, Kommunikation, Selbstsicherheit
5a. astra-aktiv-Projekt (6 x 90 min oder 3 x 180 min, parallel zu 5b)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielgruppe: SchülerInnen des astra-Kurses mit Unterstützung der Steuerungsgruppe und Praxis ▪ Themen: Erarbeitung von Praxisprojekten zur Förderung einer tabak- und stress-präventiven Ausbildung anhand der zehn Kriterien des astra-Tools ▪ Erprobung der Projekte auf "astra-Modellstationen"
5b. Rauchstopp-Kurs „Das Rauchfrei-Programm“ (6 x 90 min oder 3 x 180 min, parallel zu 5a)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielgruppe: SchülerInnen des astra-Kurses, die rauchfrei werden wollen; SchülerInnen, die Beratungskompetenzen hinsichtlich eines Rauchstopps erwerben wollen ▪ Themen: Motivation und Kompetenzen zur Rauchfreiheit, Ambivalenz des Rauchens, Entzugssymptome, Alternativen zum Rauchen, Identität als rauchfreie Person ▪ Begleitung: unterstützendes Angebot für alle MitarbeiterInnen: Rauchstopp-Telefonberatung und Online-Programme ▪ Abschluss: Präsentation der Projekte auf einem „Markt der Möglichkeiten“

Tabelle 1: astra-Module im Überblick

tion ist es, durch Information und Diskussion über die Zahlen, Daten, Fakten und Meinungen zum Stress und Tabakkonsum in der Pflege die Auseinandersetzung mit der Thematik zu fördern. Aufgegriffen werden hierzu unter anderem die Verbreitung und Auswirkungen des Rauchens, Strategien der Tabakindustrie, Rolle von Gesundheitsberufen, Berufsidentität sowie Methoden zur Raucherberatung und Tabakentwöhnung. Außerdem wird das astra-Programm insgesamt erläutert und die terminliche sowie inhaltliche Umsetzung an der Einrichtung vorgestellt. Die frühzeitige Projekttransparenz fördert die Akzeptanz der späteren Maßnahmen in Schule und Praxis. Außerdem können hier zugleich weitere motivierte MitarbeiterInnen oder Führungskräfte gewonnen werden, die sich beispielsweise durch die Teilnahme am Workshop (siehe 3) im weiteren Projektverlauf engagieren.

Der dritte Baustein des astra-Programms stellt ein (3) Workshop mit den Ausbildungsbeteiligten (erweiterte Steuerungsgruppe: SchülerInnen des astra-Kurses, Lehrkräfte, Praxisanleitungen, Stationsleitungen, SchülerInnen- und Personalvertretung, u.a.) dar. Der Workshop bietet eine Gelegenheit, die für die Maßnahmen wichtige Theorie-Praxis-Vernetzung zu fördern. Mit Hilfe des dafür entwickelten astra-Tools mit dem Motto „10-5-3...rauchfrei“ analysieren die Workshopbeteiligten schon vor dem Workshop anhand von zehn Kriterien die aktuelle Situation an ihrer Einrichtung. Daraufhin erfolgt die Entwicklung von

fünf Lösungsideen sowie die konkrete Vereinbarung und Umsetzung von drei Maßnahmen für die Einrichtung und Schule. Die Erkenntnisse und Beschlüsse dieses Workshops werden zusätzlich im astra-aktiv-Projekt durch die SchülerInnen aufgegriffen (siehe 5b) und vertieft. Die wiederholte Selbsteinschätzung nach den Kriterien des astra-Tools macht die Zielerreichung und Veränderungen sichtbar. Sie ermöglicht der Steuerungsgruppe eine schrittweise, an die Erfordernisse und Möglichkeiten der Einrichtungen angepasste langfristige Implementierung und Weiterentwicklung (siehe Abbildung 1: Zehn Kriterien des astra-Tools).

Die anschließende (4) Aktive Stressprävention wurde im Modellprojekt in Anlehnung an das IFT-Programm „Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen“ (Müller, 2013) für die SchülerInnen des astra-Kurses angepasst. Das auf kurz-, langfristige und nachhaltige Verhaltensänderung ausgerichtete IFT-Programm zur Stressbewältigung ist seit über 20 Jahren in der Praxis bewährt und wird fortlaufend wissenschaftlich evaluiert (ebd.). In diesem Unterrichtsmodul werden Handlungswissen und -kompetenzen zur Stressprävention und zum Stressabbau vermittelt. Der Umgang mit Stress wird anhand von Stressanalysen, Techniken zur kurz- und langfristigen Stressbewältigung sowie auch im Hinblick auf eine Ressourcenaktivierung trainiert. Die Inhalte der Stresspräventionsstunden sollen die Stresskompetenzen der SchülerInnen sowie deren soziale Interaktion mit KollegInnen und Vorgesetzten fördern.

Das astra-Tool: 10 – 5 – 3 ... rauchfrei!

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Engagement der Entscheidungsträger:
Bildung einer Steuerungsgruppe 2. Kommunikation & Beteiligung:
Schule und Praxis 3. Schulung & Training:
Beratungs- und Stresskompetenz 4. Prävention & Tabakentwöhnung:
Rauchfrei bleiben und Hilfe zum Rauchstopp 5. Rauchfreiheit:
Passivrauchen wird verhindert | <ol style="list-style-type: none"> 6. Berufliche Rolle & Vorbild sein:
Verhalten als Vorbild wird erarbeitet. 7. Gesunder Arbeitsplatz – gesunde Ausbildung:
Gesundheit schützen & ihre Gesundheitskompetenz zu fördern. 8. Kooperation mit Praxiseinsatzorten & Region 9. Überprüfung der Umsetzung: Weiterentwicklung & Qualität entwickeln 10. Langfristige Umsetzung im Austausch mit anderen Schulen/ Hochschulen |
|---|--|

Abbildung 1: Zehn Kriterien des astra-Tools

Der fünfte astra-Baustein ist, je nach Interesse bzw. Motivation der einzelnen SchülerInnen, entweder der Rauchstoppkurs „Das Rauchfrei Programm“ oder das parallel verlaufende astra-aktiv-Projekt. Der (5a) Rauchstoppkurs richtet sich an alle RaucherInnen des astra-Kurses, welche ihr Rauchverhalten verändern oder überdenken wollen bzw. einen Rauchstopp planen. Aber auch NichtraucherInnen, die ihre Beratungskompetenzen hinsichtlich eines Rauchstopps erweitern wollten, sind willkommen. „Das Rauchfrei Programm“ des IFT Gesundheitsförderung ist ein Gruppenprogramm zur Tabakentwöhnung, welches mehrfach positiv evaluiert und deutschlandweit von zertifizierten KursleiterInnen angeboten und durchgeführt wird (Kröger/ Felten 2013). Die SchülerInnen können hier die fachlichen, methodischen und sozialen Kompetenzen, um (wieder) rauchfrei zu leben, erwerben. Zusätzlich wird das onlinegestützte Programm „SQUIN – SMOKE QUITt WIN“ (SQUIN, 2015) und die Telefonberatung der BZgA angeboten, welche während der Freizeit in Anspruch genommen werden können.

Parallel zum Rauchstoppkurs findet das (5b) astra-aktiv-Projekt statt, welches sich an die SchülerInnen richtet, die sich alternativ zum Rauchstoppkurs mit verhältnisbezogenen Maßnahmen beschäftigen. Das astra-aktiv-Projekt soll so eine gesundheitsförderliche Veränderung auf die Ausbildungssituation bewirken, um die SchülerInnen insgesamt auf dem Weg zur Rauchfreiheit zu unterstützen. Die SchülerInnen unterstützen hier zugleich auch die Rahmenziele aus dem astra-Workshop mit eigenen Projektarbeiten. Sie analysieren aus ihrer Sicht die Rahmenbedingungen der Schule und Praxis und planen darauf aufbauend konkrete Maßnahmen. Durch die Projektumsetzung an der Schule und durch „astra-Stationen“ in der Praxis lernen die SchülerInnen, wie sie aktiv an einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Ausbildung teilhaben. Hier ist eine gute Abstimmung und Unterstützung der jeweiligen Leitungskräfte aus der Steuerungsgruppe erforderlich, um die geplanten Veränderungen zu realisieren und in der gemeinsamen Zielsetzung von den Synergien zu profitieren.

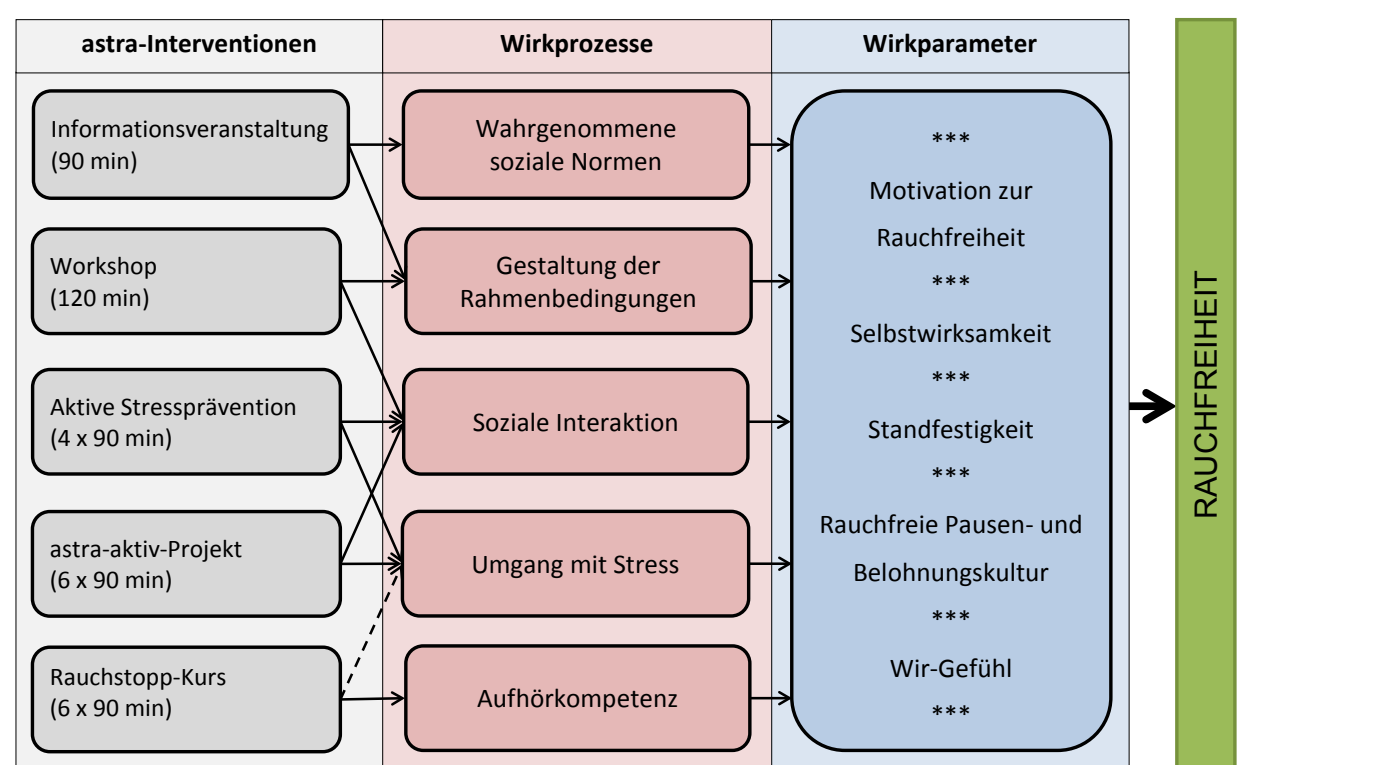


Abbildung 2: astra-Wirkmodell

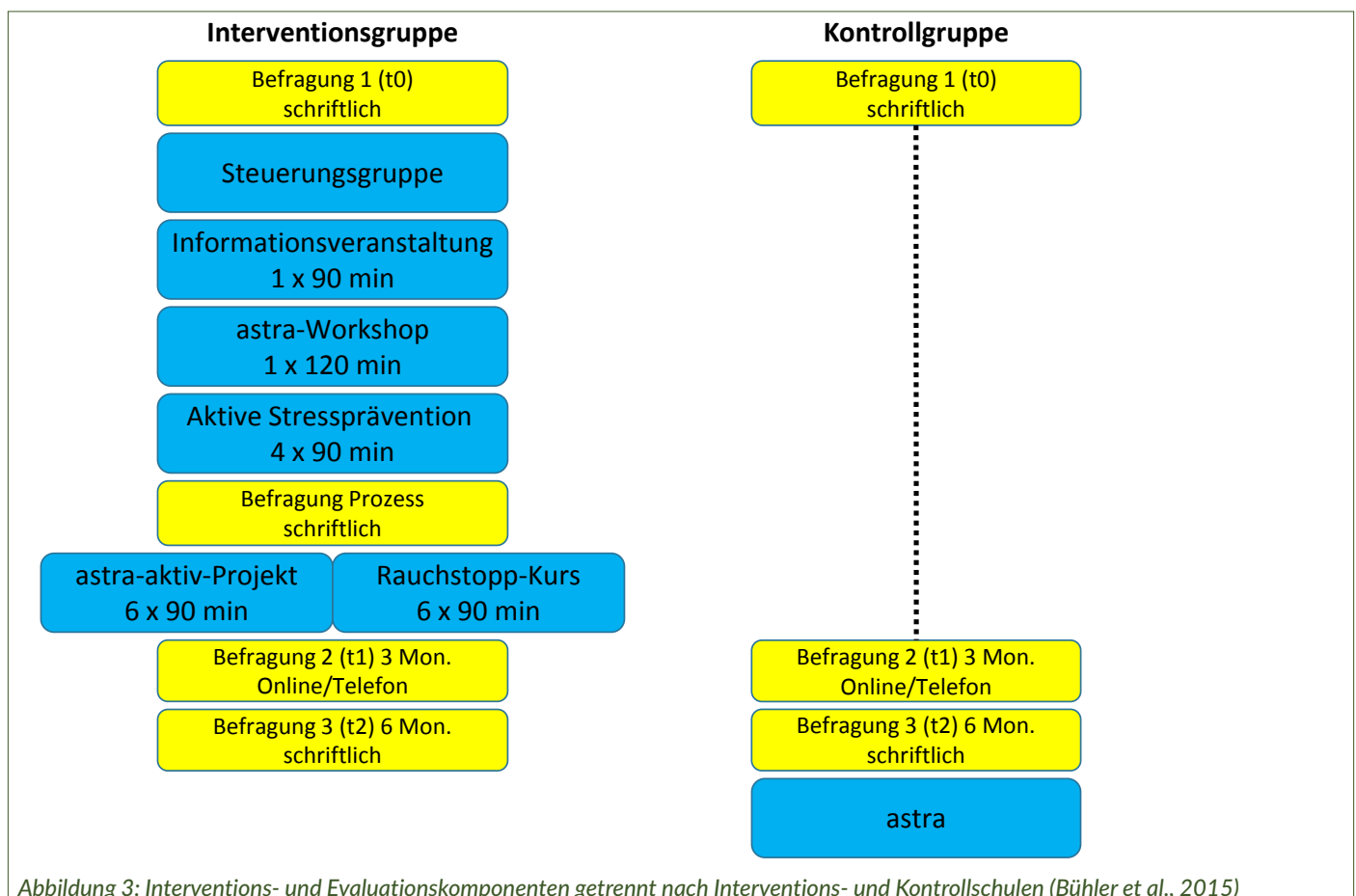
Das Wirkmodell veranschaulicht die einzelnen astra-Interventionen mit den jeweils anzustoßenden Wirkprozessen sowie die Wirkparameter, an denen der Maßnahmenerfolg abschließend gemessen wird (siehe Abbildung 2: astra-Wirkmodell). Als Risikofaktoren für den Tabakkonsum ein- und -ausstieg haben sich die subjektive und deskriptive soziale Normwahrnehmung (Ajzen, 1991; Riou França et al., 2009, Freedman et al., 2012), die kognitive Dissonanz bezüglich des Rauchens in einem Gesundheitsberuf (Pericas et al., 2009) sowie die Widerstandsgewissheit gegenüber einem Konsumangebot (Cengelli et al., 2012) erwiesen. Die deskriptive, injunktive und subjektive Norm sind Prädiktoren der Aufhörtintention, wobei die subjektive Norm die stärkste Vorhersagekraft hat, d.h. wie akzeptiert das Rauchen von wichtigen Bezugspersonen ist (Van den Putte et al., 2005). Zudem besteht ein empirischer Zusammenhang zwischen der starken Arbeitsbelastung bzw. dem Umgang mit Stress im Pflegealltag und dem Rauchverhalten. Dieser Zusammenhang zeigt sich vor allem in Hinblick auf die Aufrechterhaltung des Rauchens (Perdikaris et al., 2010; Sarna et al., 2005). Widerstandsgewissheit hat sich in jüngeren Altersgruppen als ein Prädiktor für den langfristigen Ausstieg aus dem Rauchen erwiesen (Cengelli et al., 2012). Die Selbstwirksamkeitserwartung wurde laut Schwarzer (2004) von Bandura (1992a, 1992b, 1997, 2001) in dessen sozial-kognitive Theorie integriert. Sie wird „als die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen aufgrund eigener Kompetenz bewältigen zu können“ (Schwarzer, 2004, S. 12) definiert. Auch im Modellprojekt astra wurde die Selbstwirksamkeitserwartung deshalb als weiterer Wirkparameter aufgenommen, insbe-

sondere auch weil diese in der Raucherentwöhnung durch zahlreiche Studien als empirisch gut abgesichert gilt. Ausgehend von einer ausführlicheren Darstellung zur Selbstwirksamkeit von Bandura (2000 in Schwarzer 2004) habe sich gezeigt, dass Menschen mit einer hohen Kompetenzerwartung eher in der Lage sind, Risikoverhaltensweisen abzubauen und Gesundheitsverhaltensweisen über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten (Schwarzer, 2004). Hierzu wird auf Studien von Colletti, Supnick und Payne (1985) zu einer Kompetenzerwartungsskala für RaucherInnen, auf Conditte und Lichtenstein (1981) zum Zusammenhang der Kompetenzerwartung mit der Rückfallquote von Rauchern und auf mehrere weitere Studien zum Rückfallverhalten und der Bedeutung der Selbstwirksamkeit (so auch Gwaltney et al., 2002) verwiesen (Schwarzer, 2004).

Durchführung des astra-Programms

Elf Pflegeschulen erklärten sich bereit, an dem Modellprojekt astra teilzunehmen. Die Auswahl der Schulen erfolgte dabei primär aufgrund ihrer räumlichen Nähe zu den drei Projektstandorten. Des Weiteren wurde darauf geachtet, dass möglichst heterogene Rahmenbedingungen vertreten waren (Alten- und (Kinder-)Krankenpflegeschule; große und kleine Gesundheitsorganisationen, vier unterschiedliche Bundesländer).

Das Modellprojekt wurde vom jeweiligen Projektteam vor Ort durchgeführt und umfasste, je nach der Zugehörigkeit der Schule zur Interventions- oder Kontrollgruppe, die in Abbildung 3 dargestellten Interventions- und Evaluationskomponenten.



Bedingung	Personengruppe	Woche 0	Wochen 1-13	Woche 14	Woche 26	Woche 27+
Interventionsgruppe (5 Schulen)	SchülerInnen	T0 Vortest	Maßnahme	T1 Nachtest, Prozess	T2 Follow Up	
	Ausbildende	T0 Vortest		T1 Prozess	T2 Nachtest	
	Maßnahmen-durchführende		Logbuch: Prozess			
Kontrollgruppe (7 Schulen)	SchülerInnen	T0 Vortest	Keine Maßnahme	T1 Nachtest	T2 Follow Up	Maßnahme
	Ausbildende	T0 Vortest			T2 Nachtest	

Tabelle 2: Untersuchungsdesign (Schweizer et al, 2014)

Evaluation

Entsprechend der Ausrichtung des Forschungsvorhabens als Modellprojekt, nahm die Prozessevaluation mit Überprüfung der Machbarkeit und Akzeptanz der zu konzeptualisierenden Maßnahme einen ebenso großen Stellenwert wie die Ergebnisevaluation ein (Schweizer et al., 2014). Das Untersuchungsdesign zur Beantwortung der prozessevaluativen Fragen und zur Überprüfung der ergebnisevaluativen Hypothesen ist in Tabelle 2 dargestellt. Die Evaluation wurde als Interventionsstudie mit (Wartelisten-) Kontrollgruppe und drei Erhebungszeitpunkten durchgeführt. SchülerInnen, deren Schule sich für die Teilnahme an den astra-Interventionen entschieden hatten, wurden mit SchülerInnen aus Schulen verglichen, die nicht oder erst später astra durchführen wollten (Bühler et al., 2015). Die Studie erhielt eine positive Stellungnahme der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.

In diesem Beitrag stehen prozessevaluative Fragestellungen im Vordergrund. Für detaillierte Ergebnisse der summarischen Evaluation wird auf weitere, derzeit eingereichte und in Vorbereitung befindliche Publikationen des Projektes astra verwiesen (Bühler et al., 2015).

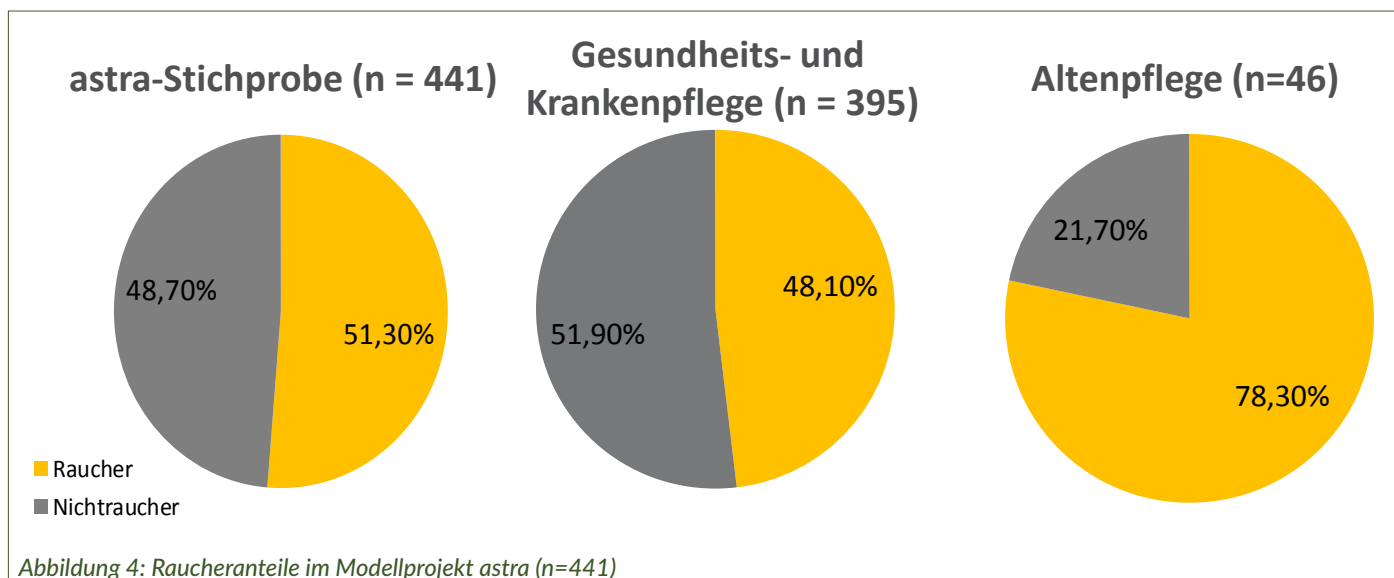
Das astra-Interventionsprogramm wurde in einem ersten Durchgang von September 2013 bis April 2014 an fünf Interventionsschulen (Baselinebefragung, astra-Interventionen und Evaluation) und sechs Kontrollschulen (Baselinebefragung und Evaluation) durchgeführt (siehe

Tabelle 2: Untersuchungsdesign). Vor Beginn der astra-Interventionen fand die Baselinebefragung (T0) schriftlich in allen beteiligten Pflegeschulen statt (n=327 im ersten Ausbildungsjahr). Nach Abschluss der Stresspräventionsstunden wurden die astra-SchülerInnen in den Interventionsschulen formativ evaluativ bzw. schriftlich befragt (n=120 von 130). Zur Ergebnisevaluation, deren Resultate hier aber nicht dargestellt werden, wurden alle Beteiligten nach Durchführung nochmals befragt (T2).

Stichprobe

Befragt wurden hier n=441 SchülerInnen, welche zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung zwischen 16 und 49 Jahre alt und mehrheitlich weiblich (77 %) waren. Die T0-Ausgangsbefragung bestätigte den angenommenen hohen Raucheranteil unter den SchülerInnen mit insgesamt 51,3 %. Das heißt, dass mehr als jede/r zweite Befragte angab, in den letzten 30 Tagen geraucht zu haben. Der Vergleich der Raucheranteile zwischen den Berufsgruppen zeigt bei den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (n=395) einen Raucheranteil von 48,1 % und bei den AltenpflegerInnen (n=46) einen Anteil von 78,3 %. (Siehe Abbildung 4: Raucheranteile im Modellprojekt astra (n=441).)

Zwischen den Geschlechtern konnten mittels CHI²-Test keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich des Tabakkonsums festgestellt werden: 56 % der Männer und 51 % der Frauen rauchten (Bühler et al., 2015).



Erhebung

Im Rahmen der Prozessevaluation wurde diesen Fragen nachgegangen: Lässt sich das astra-Programm wie geplant umsetzen (curriculare Integrationsmöglichkeiten, Menge der umgesetzten Inhalte, Unterstützung und Barrieren, Verbesserungspotential des astra-Programms)? Wird das Programm von den PflegeschülerInnen und den Auszubildenden in Anspruch genommen und akzeptiert? Dazu wurden die SchülerInnen und Auszubildenden prozessevaluativ befragt sowie ein Logbuch durch die astra-Durchführenden geführt.

Die Prozessevaluation auf SchülerInnenebene erfolgte durch die Benotung der einzelnen astra-Module. Dazu wurden die PflegeschülerInnen gebeten Schulnoten (1=sehr gut bis 6=ungenügend) für diejenigen Bausteine zu vergeben, an denen sie teilgenommen hatten. Dies wurde zum einen am Ende des letzten Treffens der Aktiven Stressprävention durchgeführt. Zum anderen wurden alle Module nochmals zu T2 beurteilt. Danach wurde ein Mittelwert aus allen Noten der jeweiligen Module, an denen die PflegeschülerInnen teilgenommen hatten, berechnet.

Die Prozessevaluation auf der Schulleitungsebene erfolgte zum einen durch die Benotung der einzelnen astra-Bausteine, zum anderen wurde die beigemessene Bedeutung von astra für die Bildungseinrichtung und die entstandenen Belastungen erhoben. Zudem wurden nach der Weiterempfehlung von astra gefragt, sowie den Stärken und erleichternden Faktoren, aber auch die Änderungswünsche und hinderlichen Faktoren wurden erfasst.

Außerdem trugen die durchführenden Projektmitglieder ihre Erfahrungen mit den einzelnen astra-Modulen systematisch anhand eines Logbuchs und Auswertungstabellen zusammen. Dabei dokumentierten sie die Umsetzung sowie Erfolgsfaktoren und Barrieren einer gelungenen Implementation.

ERGEBNISSE DER PROZESSEVALUATION

SchülerInnen

Die Akzeptanz des astra-Programms durch die SchülerInnen sollte einerseits dadurch aufgezeigt werden, dass eine positive, „gute“ Benotung der personenbezogenen Module erfolgt. Andererseits stellt auch die Inanspruchnahme der Rauchstoppangebote ein Akzeptanzindiz dar.

Benotung der Aktiven Stressprävention

Die astra-SchülerInnen benoteten nach Abschluss der Stresspräventionsstunden deren Themen überwiegend mit der Note 2 oder 3. Auch die Verständlichkeit der Inhalte sowie die persönliche Relevanz wurden ähnlich bewertet.

Gesamtbeurteilung der astra-Bausteine nach Ende des astra-Programms

Zu T2 bewerteten die PflegeschülerInnen alle astra-Bausteine, an denen sie teilgenommen hatten. Wie Abbildung 5 zeigt, liegt das Mittel dieser Beurteilungen für alle Schulen bei einer Note von 2,98 (Spanne 1 bis 6). Eine Note von 2,3 und besser (Note 1 bis 2,3) vergaben 29,6 % der PflegeschülerInnen und 70,4 % eine Note von 3,3 und besser (Note 1 bis 3,3). Eine Note von 4,3 und schlechter (Note 4,3 bis 6) vergaben 5,6 % der PflegeschülerInnen. Die Beurteilung variiert allerdings nicht nur innerhalb der Schulen, sondern auch substantiell zwischen den Schulen (siehe Abbildung 5: Mittlere Beurteilung der astra-Bausteine durch SchülerInnen in Schulnoten zu T2 je nach Schule).

Benotung einzelner Bausteine nach Ende des astra-Programms

Am besten schneiden die Informationsveranstaltung und der Rauchstopp-Kurs in der Benotung durch die teilnehmenden PflegeschülerInnen ab (siehe Abbildung 6: Beurteilung der astra-Bausteine durch SchülerInnen in Schulnoten zu T2 je nach Rauchstatus). Eine leichte Variation der Bewertung hinsichtlich der einzelnen astra-Module ist auch je nach Raucherstatus und Ausbildungsrichtung zu beobachten. In der mittleren Bewertung aller astra-Bausteine sind die Unterschiede allerdings nicht statistisch überzufällig (M Krankenpflege=2,98 und M Altenpflege=2,98), auch wenn deskriptiv im Durchschnitt RaucherInnen etwas bessere Noten (M=2,88) als NichtraucherInnen (M=3,10) vergeben.

Inanspruchnahme der Rauchstopp-Angebote durch SchülerInnen

An fünf von sieben Interventions-schulen (71 %) kam ein Rauchstopp-Kurs mit insgesamt 65 Teilnehmenden zustande. Diese stammten zum Teil aus dem ersten Jahrgang (n=45) teilweise aber auch aus höheren Jahrgängen (n=20). Da von den

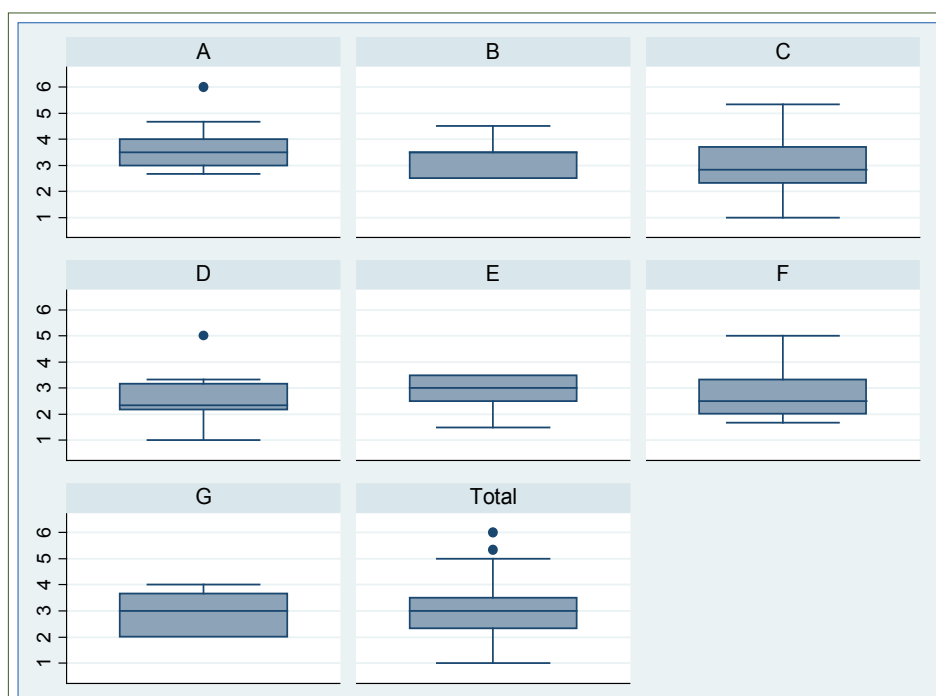


Abbildung 5: Mittlere Beurteilung der astra-Bausteine durch SchülerInnen in Schulnoten zu T2 je nach Schule (Bühler et al., 2015)

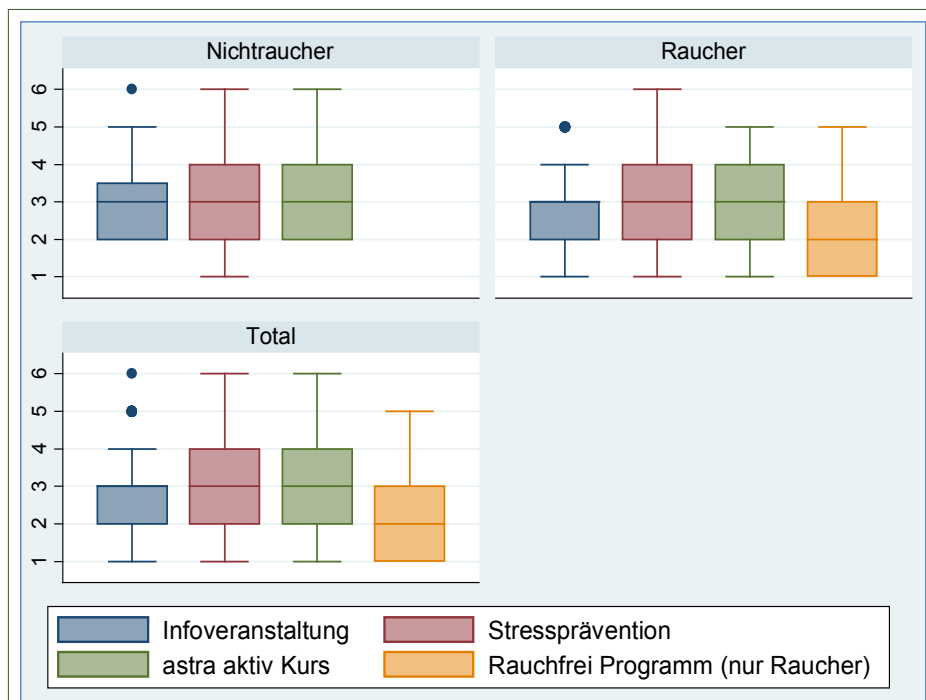


Abbildung 6: Beurteilung der astra-Bausteine durch SchülerInnen in Schulnoten zu T2 je nach Rauchstatus (Bühler et al., 2015)

Kurseilnehmenden nicht alle an den Befragungen T0 oder T2 teilgenommen hatten, weicht die folgende Teilnehmerzahl von 27 von den in den Logbüchern dokumentierten 45 ab.

Die Rekrutierungsrate kann über die Haltestichprobe und die Ausgangsstichprobe berechnet werden. Es stehen zum einen die Daten der astra-Teilnehmenden zur Verfügung, die sowohl an der T0- als auch an der T2-Datenerhebung teilgenommen haben (Haltestichprobe). Darunter befanden sich 64 Personen, die zu T0 angegeben hatten, in den letzten 30 Tagen geraucht zu haben. Von diesen 64 Personen haben 27 am Rauchstopp-Kurs teilgenommen. Dies ergibt eine Rekrutierungsrate von $27/64 = 42\%$. Geht man von der Ausgangsstichprobe aus, darunter 88 Rauchende in den astra Gruppen, so ergibt sich eine Rekrutierungsrate von $27/88 = 31\%$. Fünf Auszubildende gaben an, das Internetprogramm in Anspruch genommen zu haben (Gutscheinausgabe an drei SchülerInnen ausgegeben), und sieben nutzten nach eigenen Angaben die Telefonberatung.

Ausbildungsverantwortliche

Befragt wurden neben den SchülerInnen der Pflegeberufe auch die Ausbildungsverantwortlichen der Kooperationschulen, um vor allem die aktuelle Tabakpolitik an der Bildungseinrichtung sowie den Stellenwert und die Umsetzung von gesundheitsförderlichen und präventiven Themen zu erfassen. Aus neun der zehn Schulen der ersten Interventionsphase stehen fünf Antworten aus Interventionsschulen und vier Antworten aus den Kontrollschulen zur Verfügung. Zu erwähnen ist, dass bei der zweiten Befragung (T1) die Angaben einer Kontrollschule fehlen, aber bei drei Schulen zwei Rückmeldungen und aus einer Schule drei Rückmeldungen eingingen. Bei doppelten Angaben aus einer Schule wurden die Mittelwerte bestimmt und nur bei stark unterschiedlichen Angaben explizit erwähnt. Die geringe Stichprobengröße von nur neun Personen erlaubt

zwar keine Generalisierung, dennoch sollen hier einige Ergebnisse aufgegriffen werden, die durchaus als Impulse zu nutzen sind. Auch auf die Auswertung der Benotung der einzelnen astra-Module wurde aufgrund der zu kleinen Fallzahl verzichtet.

Zunächst wurden bei allen Schulen die gelebte Tabakpolitik an der Bildungseinrichtung erfasst. Hierbei ging es um die (a) Umsetzung rauchfreier Ausbildungsbedingungen, die (b) konsequente Umsetzung von Regeln gegenüber den SchülerInnen, die (c) konsequente Umsetzung von Regeln gegenüber dem Personal, die (d) Förderung des Nichtrauchens sowie (e) Rauchverbote. Diese fünf Tabakpolitikerkategorien wurden in T0 von allen Befragten eher verbesserungswürdig dargestellt (trifft gar nicht zu; trifft kaum zu). Durch astra konnte an den Interventionsschulen in T1 eine leicht verbesserte Bewertung der Tabakpolitik in allen fünf Kategorien erreicht werden. Die Kontrollschulen hingegen konnten sich dagegen lediglich bei der (a) Umsetzung rauchfreier Ausbildungsbedingungen sowie der (d) Förderung des Nichtrauchens steigern.

Präventionsthemen bzw. Themen der Gesundheitsförderung wie Bewegung, Tabakprävention, Stressprävention, Ernährung, Suchtprävention (illegale Substanzen), Entspannungstechniken, Alkoholprävention, Arzneimittel, LehrerInnengesundheit haben an Pflegeschulen unterschiedliche Priorität. In der T0-Befragung belegten dabei Tabak, Alkohol und Bewegung die ersten drei Rangplätze der Prioritätenlisten der einzelnen Schulen – wenn auch mit unterschiedlichen Reihenfolgen. Die Interventionsschulen hatten dabei den Tabak durchgängig auf Rangplatz eins. In T2 verschoben sich die Prioritäten: Rangplatz 1-4 belegen hier Stress, Bewegung, Ernährung und Entspannung.

Pausenräume finden sich zur T0-Befragung im Schnitt an allen Schulen (trifft eher zu) – eine gemütliche Gestaltung dieser Räume, welche zur Entspannung und Kommunikation einlädt, wird jedoch nur selten beschrieben (teils, teils). Durch astra konnten die Möglichkeiten zur gesunden Pausengestaltung bei den Kontroll- und Interventionsschulen verbessert werden. Der Vergleich zwischen der T0 und T1-Befragung ergab eine verbesserte Pausenraumsituation, welche gemütlicher gestaltet wurde. Auch das Getränke- und Speisenangebot wurde an den astra-Schulen ausgebaut.

Die Motivation und Zuversicht zur rauchfreien Gestaltung der Ausbildung war zum Zeitpunkt der Ausgangsbefragung eher verhalten (trifft kaum zu). Gefragt wurde hierbei nach den (a) Veränderungen zur rauchfreien Bildungseinrichtung, die (b) Unterstützung der SchülerInnen rauchfrei die Ausbildung zu beenden, dem (c) Einsatz für rauchfreie Praxiseinrichtungen sowie dem (d) Gewinn von Praxisanleitenden für die Unterstützung zur rauchfreien Ausbildung. Durch die astra-Interventionen nahm die Motivation zu

den Punkten (a), (b) und (c) bei den Befragten der Interventionsschulen leicht zu. Die Motivation, Praxisanleitende zur Unterstützung einer rauchfreien Ausbildung zu gewinnen, blieb dagegen gleich. Bei den Kontrollschulen gab es hinsichtlich der Motivation keine Veränderungen. Bezüglich der Zuversicht zu einer rauchfreien Ausbildungsgestaltung darf festgehalten werden, dass sowohl bei den Interventions- als auch bei den Kontrollschulen die Zuversicht zwar insgesamt anstieg, aber die Zuversicht zu (a) und (b) bei den Interventionsschulen leicht sank.

Des Weiteren hatten die Ausbildungsverantwortlichen die Möglichkeit, im Rahmen der Befragungen auf Besonderheiten und mögliche Widerstände in Schule und/oder Praxis hinzuweisen. Als erleichternde Faktoren für die astra-Implementierung wurde genannt, dass wohl ein großer Wunsch besteht, die offensichtliche Tabakproblematik in Gesundheitseinrichtungen anzugehen und dabei ein breites Bewusstsein für das Thema zu schaffen. Auch die Förderung der Zusammenarbeit und Beteiligung aller Betroffenen sehen die Ausbildungsverantwortlichen als Erfolgsfaktor an. Zudem gaben sie an, dass die SchülerInnen sich gegenseitig unterstützt haben und dass z. B. die Teilnahmebereitschaft für einen Rauchstoppkurs unter den SchülerInnen höher war als erwartet. Bei den hinderlichen Faktoren wurden die vielfältigen Prozesse genannt, die unabhängig von astra an der jeweiligen Pflegeschule die personellen und zeitlichen Ressourcen bereits im hohen Ausmaß beanspruchten. Auch eine unvollständige oder fehlende Einbeziehung des gesamten LehrerInnenkollegiums und das fehlende Interesse einzelner Personen wurden als erschwerend wahrgenommen, da es hierdurch zu Missverständnissen und Unruhen kam. Weiter wurde angeführt, dass sich die astra-Integration in den Stundenplan mitunter als schwierig erwies, da an einigen Schulen die SchülerInnen jeweils Blockunterricht hatten und daher die Zeitabstände nicht beliebig wählbar waren. Wünsche für die astra-Implementation gab es bezüglich der Planungsphase und der vorgesehenen Projektlaufzeit in der Schule, die zukünftig länger angelegt werden sollte. Insgesamt wünschten sich die Ausbildungsverantwortlichen auch Unterstützung vom astra-Team, in den vorgesetzten Ebenen der Gesundheitsorganisationen Gehör zu finden.

Diese Ergebnisse flossen in die Überarbeitung des astra-Programms ein, um Verbesserungen im zweiten Durchgang von April 2013 bis Januar 2015 umsetzen und evaluieren zu können.

astra-Durchführende

Im Rahmen der Interventionsphasen trugen die durchführenden astra-TrainerInnen ihre Erfahrungen mit den einzelnen astra-Modulen systematisch anhand eines Logbuchs und Auswertungstabellen zusammen. Dabei dokumentierten sie die Umsetzung sowie Erfolgsfaktoren und Barrieren einer gelungenen Implementation.

Umsetzung des astra-Programms als Ganzes

Die astra-Informationsveranstaltung und die Unterrichtsstunden zur Stressprävention konnten in der ersten Interventionsphase an allen fünf Interventionsschulen und der Workshop an vier dieser Schulen umgesetzt werden. An drei Pflegeschulen kam ein Rauchstopp-Kurs (n=22) und

damit auch ein paralleler astra-aktiv-Kurs zustande. Somit nahmen 22 von 68 RaucherInnen (32 %) dieser Teilstichprobe am Kurs teil. Das Internetprogramm wurde von drei SchülerInnen in Anspruch genommen, während die Telefonberatung nicht genutzt wurde.

Heterogenität und Standardisierung:

Aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Schulen war eine Standardisierung des Interventionsprogramms nur bedingt möglich. In der Planung mussten hier zusätzlich Einflussfaktoren aus den Praxiseinrichtungen und die Bereitschaft bzw. Grenzen der Flexibilität in der Schule berücksichtigt werden. So war zwar der zeitliche Ablauf des Projektes zwischen den Schulen teilweise unterschiedlich, die einzelnen Interventionen konnten jedoch bei allen Interventionsschulen angeboten und jeweils auch nahezu vollständig umgesetzt werden. Jedoch gab es bei allen Bildungspartnern das Erfordernis, in einem partizipativen Prozess auf die jeweiligen Bedingungen der Einrichtung angemessen zu reagieren bzw. auch Modifikationen im Forschungsprozess des Modellversuches zu akzeptieren. Weiterhin erwies sich eine intensive Kommunikation aller Beteiligten sowie ein frühzeitiger Informationsaustausch über die geplanten Interventionen als unabdingbar, um die notwendige Kooperation mit den Schul- und Kursleitungen erfolgreich zu gestalten.

Zeitlicher Umfang:

Das astra-Programm wurde, zumindest auf den ersten Blick, als sehr zeitintensiv wahrgenommen: Insgesamt sind 17 Unterrichtsstunden für die SchülerInnen (Informationsveranstaltung, Stressprävention, Rauchstoppkurs und paralleles astra-aktiv-Projekt, Evaluation) und fünf Stunden für die Ausbildungsverantwortlichen (Steuerungsgruppe, Informationsveranstaltung, Workshop, Evaluation) geplant. Für die zukünftige Implementierung ist ein zusätzlicher Zeitaufwand nicht grundsätzlich erforderlich. Denn anhand bundes- und landesrechtlicher Grundlagen konnte aufgezeigt werden, dass das astra-Projekt problemlos curricular verankert werden kann. In dem Ausbildungsberuf der Altenpflege lässt sich astra auf Grundlage der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - AltPflAPrV) bestenfalls in den vierten Themenbereich „Altenpflege als Beruf“ verorten. In diesem Themengebiet geht es unter anderem um die Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit (4.4 Die eigene Gesundheit erhalten und fördern), welche die „Persönliche Gesundheitsförderung“, „Arbeitsschutz“, „Stressprävention und -bewältigung“ sowie „Kollegiale Beratung und Supervision“ beinhalten. In den Ausbildungen zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege lässt sich astra auf Grundlage der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) bestenfalls in den zehnten Themenbereich „Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen“ verorten. In diesem Themengebiet geht es unter anderem um die Erhaltung und Förderung der eigenen Gesundheit. Beide Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (AltPflAPrV, KrPflAPrV) bieten jedoch noch viele weitere Integrationsmöglichkeiten für das astra-Programm (Bühler et al., 2015).

Ansatzpunkt Pflegeschule:

Es ist zu betonen, dass für die Interventionen mit Blick auf die Erreichbarkeit der Zielgruppe der SchülerInnen das Setting Pflegeschule gewählt wurde. Dies geschah auch vor dem Hintergrund, dass die SchülerInnen in einem größeren zeitlichen Umfang während der praktischen Ausbildung in (mehreren) Einrichtungen des Gesundheitswesens lernen und arbeiten. Obwohl dies bei der Entwicklung der Maßnahme in mehreren Komponenten (Steuerungsgruppe, Informationsveranstaltung, Workshop) berücksichtigt wurde, befanden sich SchülerInnen häufig auch in weiteren berufspraktischen, für das Projekt astra allerdings bislang nur bedingt erreichbaren Settings. Die bislang nur vereinzelte Teilnahme der Praxiseinrichtungen stellte eine Herausforderung für das Modellprojekt dar. An drei von fünf Interventionsschulen nahmen VertreterInnen aus der Praxis am dem astra-Workshop teil, während ein Input zum Projekt im Rahmen der PraxisanleiterInnenentreffen nur an einer von fünf Pflegeschulen stattfand. Sucht man nach den Gründen hierfür, so wurden Zielkonflikte bei rauchenden PraxisanleiterInnen genannt oder eine mangelnde Theorie-Praxis-Vernetzung problematisiert. Auch die Personalplanung in der Praxis, welche eine gewollte Teilnahme am astra-Projekt verhinderte, wurde angesprochen. Die Erfahrungen im Modellprojekt waren hier, dass die Kooperation wie die Interventionen im Unterricht an der Schule möglichst gut von der Steuerungsgruppe strukturiert werden sollten. So wie nur ein Kurs der Schule am astra-Programm teilnimmt, sollten in der Praxis wenige, aber zur Veränderung durch das astra-Programm bereite, astra-Stationen teilnehmen und die Ziele der Steuerungsgruppe unterstützen. Günstigere Bedingungen könnten durch eine zeitlich möglichst parallele Umsetzung von rauchfrei PLUS (DNRfK, www.rauchfrei-plus.de) in der Gesundheitseinrichtung und dem Projekt astra in der entsprechenden Bildungseinrichtung geschaffen werden, da beide Konzepte aufeinander abgestimmt und hier Synergieeffekte zu erwarten sind.

Feedback und Anpassungen zu den einzelnen astra-Modulen

Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse der Prozessevaluation zu den einzelnen astra-Interventionen aus der ersten Interventionsphase wurden die astra-Module gezielt modifiziert (siehe Abbildung 7: astra-Bausteine).

Die für nach der Informationsveranstaltung im astra-Workshop vorgesehene Gruppe wurde von Beginn an formal als Steuerungsgruppe definiert, welche sich mit der Planung, Durchführung und Evaluation des Projekts auseinandersetzte. Als Aufgaben der Steuerungsgruppe, in der wesentliche Leitungen aus Schule und Praxis vertreten sein müssen, wurden einerseits die Integration des astra-Programms in vorhandene Strukturen, die Kommunikation der Ziele im Projekt und die Förderung der Partizipation aller Betroffenen gesehen. Zudem sollte die Steuerungsgruppe auch die Nachhaltigkeit der anvisierten Ziele und Maßnahmen über die Projektlaufzeit hinaus unterstützen, selbst wenn es im Curriculum verankert ist.

Der zeitliche Umfang und die interaktive Ausgestaltung der Informationsveranstaltung wurden bereits als sehr angemessen wahrgenommen. Es sollte jedoch intensiver beworben und vermehrt VertreterInnen aus der Praxis eingeladen werden. Darum wurde in Zusammenarbeit mit den Pflegeschulen für die Durchführung der Informationsveranstaltung eine Checkliste erstellt, wie bzw. wann die Veranstaltung vorbereitet, durchgeführt und nachbereitet werden sollte. Dafür wurden auch Flyer, Poster, Einladungsmails und Textentwürfe für Mitarbeiterzeitschriften oder Intraneteinträge bereitgestellt.

Der astra-Workshop ermöglichte nach entsprechenden Rückmeldungen der Beteiligten ein systematisches und umfassendes Vorgehen. Das astra-Tool unter dem Motto „10-5-3...rauchfrei“ (10 Kriterien bewerten, 5 Handlungsmöglichkeiten erfassen und 3 Maßnahmen gemeinsam planen) wurde als Instrument einer strukturierten und zielgerichteten Vorgehensweise verstanden. Durch die

astra-Bausteine

1. Steuerungsgruppe
2. Informationsveranstaltung
3. Workshop
4. Aktive Stressprävention
- 5a. Rauchstoppkurs
- 5b. astra-aktiv-Projekt



Abbildung 7: astra-Bausteine

Reflexion der Arbeit mit der ersten Fassung des astra-Tools konnte eine wertvolle Modifizierung zugunsten kompakterer Inhalte, vereinfachter Formulierungen und eines insgesamt übersichtlicheren Designs erreicht werden. Diese Version wurde erneut in einem Feedbackprozess durch Unterstützerschulen kommentiert und korrigiert. Die Workshopergebnisse waren vor allem dann ergiebig, wenn VertreterInnen aus Theorie und Praxis sowie RaucherInnen und NichtraucherInnen anwesend waren, da dieses nicht nur den gemeinsamen Austausch, sondern auch das gegenseitige „Verstehen“ fördert. Die WorkshopeteilnehmerInnen sollten nach den gewonnenen Erfahrungen auf jeden Fall freiwillig teilnehmen, damit ein entsprechendes Interesse und eine persönliche Motivation erwartet werden kann.

Die Unterrichtsinhalte der Aktiven Stressprävention wurden als wichtig empfunden. Durch eine veränderte Reihenfolge der Unterrichtseinheiten, eine Vermeidung von Doppelstunden (Inhaltsdoppelung mit anderen Fächern) und eine Berücksichtigung von Beispielen aus der Pflegepraxis, konnten die Inhalte noch attraktiver, verständlicher und persönlich ansprechender gestaltet werden. Eine explizit erkennbare Relevanz für Leistungsbewertungen in Form von z. B. Tests oder Klausuren erhöhte zusätzlich die Aufmerksamkeit und die Motivation zur aktiven Unterrichtsteilnahme.

Der Rauchstopp-Kurs konnte, wenn er in der Unterrichtszeit angeboten wurde, einen sehr guten Zulauf verzeichnen. Eine bereits vorhandene Aufhörbereitschaft bzw. ein zunehmender Aufhörwille wurde vielfach wahrgenommen. Da die Motivation zur Teilnahme an einem Rauchstopp-Kurs Zeit benötigte und sich damit die unterschiedlichen Rauchstopp-Angebote im astra-Projekt nicht behindern sollten, könnte künftig in den beteiligten Interventionschulen zunächst nur der Rauchstopp-Gruppenkurs und zum Projektende zusätzlich auch das Internetprogramm und die Rauchstopp-Telefonberatung angeboten werden. Ein Verbesserungspotential wurde in der geringen Inanspruchnahme des internetbasierten Rauchstoppangebotes erkannt. In der gesamten Projektlaufzeit wurden lediglich drei Gutscheine an interessierte SchülerInnen verteilt. Gründe für diese zögerliche Inanspruchnahme könnten beispielsweise in der bisherigen Angebotsnutzung außerhalb des Unterrichts, d. h. in der Freizeit, liegen. Eine potentielle Lösung könnte in einem niedrigschwelligeren Zugang zu dem Programm bestehen. Bisher wurden die o. g. Gutscheine nur auf Anfrage ausgegeben. Sofern das Angebot jedoch an alle Interessierten verteilt würde, könnte jederzeit ein Einstieg in das internet-basierte Rauchstoppangebot stattfinden. Zusätzlich wurden Plakate entwickelt, in denen die Angebote zur telefonischen Beratung und das Internet-Programm auch dauerhaft kommuniziert und über die Interventionsphase hinaus genutzt werden konnten.

Das interaktive astra-aktiv-Projekt war während des Modellprojektes bei den SchülerInnen sehr beliebt und konnte wie geplant umgesetzt werden. Es wurden Ziele angegangen, die zum Teil aus dem astra-Workshop hervorgegangen waren und gemeinsam in Maßnahmen umgesetzt werden konnten. Im unterrichtlichen astra-aktiv-Projekt sollten allerdings (vor allem für die Nichtrau-

cherInnen) die Gesundheitsförderung und Prävention im Mittelpunkt stehen, auch wenn das Projekt unter dem Fokus der Rauchfreiheit steht. Durch eine engere Verknüpfung und bessere Kommunikation mit der Praxis konnten auch verhältnispräventive Maßnahmen erfolgreich umgesetzt werden. Wo es möglich war, wurde den SchülerInnen über deren Kurs- und Schulleitung eine Pauschale von 500 Euro angeboten, um die im astra-aktiv-Projekt entwickelten Ziele umzusetzen. Wie für astra-Module wurde auch für das astra-aktiv-Projekt ein Manual entwickelt, das die eigenständige Umsetzung weiterer Ziele durch die Schule ermöglichen sollte.

Die Optimierung der einzelnen Bausteine fand nach der ersten und somit vor der zweiten Interventionsphase statt. Dadurch konnten im zweiten Durchgang mit den zunächst als Kontrollschulen fungierenden, neuen Interventionschulen und mit einer weiteren neuen Interventionschule bereits die überarbeiteten Module des Interventionsprogramms durchgeführt werden. In der zweiten Interventionsphase wurden die astra-Interventionen prinzipiell beibehalten, jedoch in einem jeweils früher beginnenden und intensiveren Dialog mit den Interventionsschulen bereits im Planungsprozess den heterogenen Rahmenbedingungen prospektiv angepasst.

DISKUSSION UND PERSPEKTIVEN

Kritische Betrachtung und erste Konsequenzen des Modellprojektes

Das Interventionsprogramm astra wurde als Modellprojekt konzipiert und hat sich laut der hier berichteten prozessevaluativen Ergebnisse erfolgreich umsetzen lassen. In der Implementation des astra-Programms an unterschiedlichen Schulen des Gesundheitswesens zeigten sich deutliche curriculare, strukturelle und einrichtungsspezifisch heterogene Rahmenbedingungen in den Bildungseinrichtungen der Pflege, wie auch in den korrespondierenden Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Durch den partizipativen Ansatz in der Maßnahmenentwicklung, sich auf diese Anforderungen des Forschungs- und Entwicklungsfeldes einzustellen und diese bereits im Prozess zu reflektieren, konnte durch gezielte Modifikationen für den zweiten Implementierungsdurchgang eine noch stärkere Adaptation an die Bedingungen der theoretischen und praktischen Ausbildung in den Pflegeberufen erreicht werden.

Als besonders wichtig hat sich eine hohe Flexibilität bei klaren Strukturen und Zielvorgaben erwiesen. Die vorherrschende strukturelle Heterogenität erfordert eine flexibilisierte Implementierung des astra-Programms in Curricula und Ausbildungsverläufe, welche (noch) nicht bundeseinheitlich abgestimmt sind. So handelt es sich (noch) um drei unterschiedliche pflegerische Ausbildungsberufe, welche nicht nur bundeslandspezifisch unterschiedlich, sondern auch innerhalb eines Bundeslandes bzw. sogar auf regionaler Ebene bislang höchst uneinheitlich curricular gestaltet sind.

Wie jede Veränderung hängt auch die Umsetzung des astra-Programms stark von der Motivation der jeweiligen Führungskräfte und von dem Engagement des Bildungspersonals in den Bereichen der theoretischen und prakti-

schen Ausbildung sowie auch von ggfs. bereits initiierten Prozessen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements ab. Für die Kooperation und Implementierung erscheint somit eine möglichst breite Unterstützung durch die Ausbildungsverantwortlichen aus Theorie und Praxis essentiell. Die Kooperation der Ausbildungsverantwortlichen sollte bereits frühzeitig durch die Steuerungsgruppe beginnen, in der Informationsveranstaltung erweitert und innerhalb des astra-Workshops vertieft werden. Die Kommunikation sollte im Projektverlauf stets höchste Priorität erhalten, um die Betroffenen zu Beteiligten zu machen.

astra-Implementationsforschung

Das Modellprojekt hat gezeigt, dass es systematischer Unterstützungen bei der Einführung des Interventionsprogramms zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bei SchülerInnen in Pfliegerufen bedarf, damit eine nachhaltige Umsetzung künftig durch die Berufsgruppe selbst geleistet werden kann. Im Folgeprojekt „astra-Implementationsforschung“ wird bereits ab Februar 2015 bis September 2016 die nachhaltige Implementierung der astra-Intervention bearbeitet. Gefördert wird auch dieses Projekt seitens des BMG. Basierend auf den Ergebnissen des Modellprojekts sowie aktuellen Entwicklungen in der Implementationsforschung werden vier Bereiche bearbeitet:

1. Förderung der Qualifizierung: Entwicklung und Pilottestung eines Fortbildungskonzepts zur Implementation des astra-Interventionsprogramms für Lehrkräfte und PraxisanleiterInnen als Multiplikatoren sowie Entwicklung und Pilottestung eines Fortbildungsmoduls für SchülerInnen zur Qualifizierung in Raucherberatung.
2. Implementierungsbereitschaft und Normenentwicklung: Steigerung des Problembewusstseins und der Bereitschaft bei Pflegeschulen und Praxiseinrichtungen zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums in der Ausbildung.
3. Unterstützung und Netzwerkbildung: Aufbau einer Betreuungsstruktur für die breite und qualitätsgesicherte Implementierung des astra-Programms.
4. Evidenzgenerierung: Nachweis von Evidenzen zum langfristigen Nutzen der astra-Intervention für Teilnehmende und Träger sowie zur Beurteilung der Implementierungsprozesse.

Erwartet wird, dass mit dem Folgeprojekt eine Struktur zur nachhaltigen, breiten und qualitätsgesicherten Implementierung von evidenzbasierter Tabakprävention und -reduktion in Pfliegerufen aufgebaut wird.

LITERATURANGABEN

- Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Bandura (1992a). *Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism*. In Schwarzer, R. (Ed.): *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 3-38). Washington DC: Hemisphere.
- Bandura (1992b). *Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning*. In Schwarzer, R. (Ed.): *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 355-394). Washington DC: Hemisphere.
- Bandura (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura (2000.). *Exercise of human agency through collective efficacy*. *Current Directions of Psychological Science*, 9, 75-78.
- Bandura (2001.) *Social cognitive theory: An agentic perspective*. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bonse-Rohmann (2004). *Projekt „Gesundheitsförderung in der Aus- und Fortbildung in Pflegeberufen“*. *Ergebnisse der Befragung zur Gesundheit im Zeitraum Mai und Juni 2004*. Fachhochschule Bielefeld
- Bühler, A. & Thurl, J. (2012). *Rauchstopp bei jungen Rauchenden*. *Grundlagen und Intervention*. *Sucht*, 58 (5), 297-316.
- Bühler, A., Bonse-Rohmann, M, Rustler, C., Scheifhacken, S., Schulze, K., Schweizer, I, (2015). (unveröffentlichter) Abschlussbericht. *Modellprojekt zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums unter Auszubildenden in der Pflege*. Vorgelegt beim Bundesministerium für Gesundheit
- Bundesministerium für Gesundheit BMG (2012). *Öffentliche Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema „Prävention und Reduktion des Tabakkonsums unter Auszubildenden in der Pflege“ vom 11.09.2012*. veröffentlicht unter www.bund.de am 11.09.2012
- Cengelli, S., O'Loughlin, J., Lauzon, B., Cornuz, J., 2012. *A systematic review of longitudinal population-based studies on the predictors of smoking cessation in adolescent and young adult smokers*. *Tobacco Control*, 21, 355–362.
- Colletti, G., Supnick, J. A. & Payne, T. J. (1985). *The smoking self-efficacy questionnaire (SSEQ): Preliminary scale development and validation*. *Behavior Assessment*, 7, 249-260.
- Conditte und Lichtenstein (1981). *Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.
- Deutsches Krebsforschungszentrum DKFZ (2009). *Tabakatlas Deutschland 2009*. Heidelberg: Steinkopff.
- Freedman, K., Nelson, N. & Feldman, L. (2012) *Smoking Initiation Among Young Adults in the United States and Canada, 1998-2010: A Systematic Review*. *Preventing Chronic Disease*, 9, 1-14.
- Gwaltney, C.J., Shiffman, S., Paty, J.A., Liu, K. S., Kassel, J. D., Gnys, M. & Hickcox, M. (2002). *Using self-efficacy judgements to predict characteristics of lapses to smoking*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1140-1149.
- Kröger, C. & Piontek, D. (2011). *Tabakentwöhnung in Deutschland: Grundlagen und kommentierte Übersicht (3. erweiterte und überarbeitete Auflage) (Gesundheitsförderung konkret Bd. 2)*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Kröger, C., Felten, S. (2013). *Das Rauchfrei Programm. Trainermanual*. 3. Auflage. München: IFT-Gesundheitsförderung.
- Kröger, C., Piontek, D., Donath, C. (2006). *Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz Krankenhaus – eine Bestandsaufnahme in Krankenhäusern und Krankenpflegesschulen*. *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*.
- Müller, H. (2013). *Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen: Das IFT-Programm zur Stressbewältigung*. *Kursleitermanual*. München: IFT-Gesundheitsförderung.
- Perdikaris, P., Eleni, K., Elpidia, G. & Vasiliki, M. (2010). *The relationship between workplace, job stress and nurses' tobacco use: a review of the literature*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7 (5), 2362-75.
- Pericas, J., González, S., Bennasar, M., De Pedro, J., Aguiló, A. & Bauzá, L. (2009). *Cognitive dissonance towards the smoking habit among nursing and physiotherapy students at the University of Balearic Island in Spain*. *International Council of Nurses*, 56 (1), 95-101.
- Rapp, K., Büchele, G., Jähne, A. G., & Weiland, S. K. (2006). *A cluster-randomized trial on smoking cessation in German student nurses*. *Preventive Medicine*, 42(6), 443-448.
- Riou França, Dautzenberg, B., Falissard, B., Reynaud, M. (2009). *Are social norms associated with smoking in French university students? A survey report on smoking correlates*. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4 (4), 1-14.
- Sarna, L., Bialous, S.A., Wewers, M.E., Froelicher, E.S., Danao, L. (2005) *Nurses, Smoking and the Workplace*. *Research in Nursing & Health*, 28 (1), 79-90.
- Schwarzer, R. (2004) *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. 3. Auflage: Göttingen
- Schweizer, I., Scheifhacken, S., Schulze, K. (2014). *astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege*. *Antrag zum Nachwuchsinnovationspreis Betriebliches Gesundheitsmanagement 2014 des Bundesverbandes für Betriebliches Gesundheitsmanagement e.V.*, 30. Juni 2014. Zugriff am 13.05.2015: www.bgm-bv.de/archiv/nachwuchsinnovationspreis.html
- SQUIN GmbH (2015). *Zusammen aufhören zu rauchen*. Zugriff am 13.05.2015: <http://www.squin.de/about>
- Statistisches Bundesamt (2011). *Mikrozensus 2009 – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung*. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2014). *Mikrozensus 2013 – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung*. Wiesbaden
- Van den Putte, B., Yzer, M., Brunsting, S. (2005). *Social influences on smoking cessation: a comparison of the effect of six social influence variables*. *Preventive Medicine*, 41 (1), 186-193.
- Vitzthum, K., Koch, F., Groneberg, D., Kusma, B.; Mache, S., Marx, P., Hartmann, T. & Pankow, W. (2012). *Smoking behaviour and attitudes among German nursing students*. *Nurse Educ Pract*, 13(5), 407-12.
- Vitzthum, K.; Koch, F.; Kusma, B.; Mache, S.; Marx, P.; Groneberg, D.; Pankow, W.; Hartmann, T. (2012). *Tabakkonsum von Auszubildenden in Pflege- und Gesundheitsberufen [Abstract]*. *Pneumologie*, 66-P11.