

# Procesevaluatie van de ervaringen van ouders met een telefonische stoppen-met-roken-coaching- interventie

Universiteit Utrecht, Utrecht

Master: Youth, Education & Society

Student: Esmee Verheem

Studentnummer: 3981525

Eerste beoordelaar: Dr. Paul Baar

Tweede beoordelaar: Dr. Pauline Slot



**Universiteit Utrecht**



### Samenvatting

Het is belangrijk dat het aantal rokers wordt teruggedrongen. Effectieve interventies, zoals telefonische coaching, kunnen hieraan bijdragen. Hierbij is het echter belangrijk dat er wordt aangesloten bij de doelgroep, hetgeen kan worden bereikt door meer inzicht te krijgen in de implementatie van een interventie. Hier is in de huidige procesevaluatie op gericht. De doelstelling van deze procesevaluatie was inzicht krijgen in de ervaringen van ouders met een telefonische stoppen-met-roken-coaching-interventie. Hierbij ging het enerzijds om ervaringen van ouders met bepaalde onderdelen van de telefonische coaching (TC) en anderzijds om of ouders het idee hadden dat bepaalde onderdelen bij hebben gedragen aan het proces van stoppen met roken. Ervaringen van ouders zijn geoperationaliseerd aan de hand van vijf componenten: werving, context, dose delivered, dose received en betrouwbaarheid. Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van een vragenlijst, ingevuld door 15 ouders. Verder zijn topic-interviews met vier ouders en twee coaches gehouden. De ervaringen van ouders met verschillende aspecten van de TC zijn overwegend positief: ouders zijn tevreden met de coach en ervoeren de telefoongesprekken als een bijdrage bij hun stoppoging. Daarnaast ervoeren ouders de context als invloedrijk. Ouders en coaches hadden echter meer dan de huidige zes gesprekken gewild. Tot slot zijn aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

*Kernwoorden:* Procesevaluatie, telefonische coaching, stoppen met roken, ervaringen, ouders.

### Abstract

Reducing the number of smokers is of importance. Effective interventions can contribute to that, but in order to be effective, interventions should fit the target group. This can be achieved by gaining more insight in the implementation of the intervention, which was the focus of this process evaluation. The goal of this process evaluation was gaining insight in parents' experiences with a telephone counselling smoking cessation intervention. This goal was twofold: gaining insight in parents' experiences with certain parts of the telephone counselling on the one hand and gaining insight in whether the parents thought the telephone counselling has helped them with their quitting attempt on the other hand. Parents' experiences were operationalized based on five components: recruitment, context, dose delivered, dose received and fidelity. 15 parents filled in a questionnaire. Furthermore, topic interviews with four parents and two coaches were conducted. Parents' experiences with parts of the telephone counselling were predominantly positive: parents were satisfied with their coach and considered the calls as a contribution to their quitting attempt. Besides that, parents

considered the context as influential. However, parents would rather have had more than the current six calls. Finally, implications for future research were given.

*Keywords:* process evaluation, telephone counselling, smoking cessation, experiences, parents.

### **Procesevaluatie van de ervaringen van ouders met een telefonische stoppen-met-roken-coachinginterventie**

Roken is gerelateerd aan verschillende lichamelijke klachten, waaronder longaandoeningen en verschillende hart- en vaatziekten (Das, 2003). Roken wordt gezien als de hoogste te voorkomen doodsoorzaak en naar schatting wordt 22% van de sterfgevallen aan kanker per jaar veroorzaakt door roken (Stivoro, 2012). Jaarlijks sterven wereldwijd bijna 6 miljoen mensen door roken (In 't Panhuis-Plasmans, Luijben, & Hoogenveen, 2012). Deze gezondheidsrisico's gelden niet alleen voor rokers zelf, maar ook voor mensen die meeroken, waaronder kinderen van rokende ouders (Cook & Strachan, 1999). Kinderen zijn extra kwetsbaar voor de gezondheidseffecten van meeroken. Dit komt doordat ze sneller ademen dan volwassenen en een minder ontwikkeld immuunsysteem, zenuwstelsel en ademhalingsstelsel hebben dan volwassenen (Akhtar, Currie, Currie, & Haw, 2007). Bovendien is er een vergrote kans voor kinderen die met hun ouders meeroken om later zelf ook nicotineafhankelijk te worden (Den Exter Blokland, 2006). Er zijn drie soorten verklaringen voor dit verband: sociale, biologische en genetische verklaringen (Paul, Blizzard, Patton, Dwyer, & Venn, 2008). Een voorbeeld van een sociale verklaring voor dit verband houdt in dat het rookgedrag van ouders ervoor zorgt dat kinderen het ouderlijke rookgedrag als normaal gaan zien. Een voorbeeld van een biologische verklaring is dat roken tijdens de zwangerschap zorgt voor een verhoging van het aantal nicotinereceptoren in het centrale zenuwstelsel, waardoor kinderen extra ontvankelijk zijn voor nicotineafhankelijkheid. De genetische verklaring stelt dat nicotineafhankelijkheid erfelijk is (Paul et al., 2008).

De verhoogde kans op lichamelijke klachten die gepaard gaan met roken, betekent hogere kosten voor de maatschappij, aangezien mensen met deze klachten meer zorg gebruiken dan mensen zonder deze klachten (Feenstra, Genugten, Hoogenveen, Wouters, & Rutten-van Mólken, 2001). Bovendien is de belastbaarheid van mensen met rookgerelateerde klachten minder, hetgeen effect heeft op de Nederlandse economie (Feenstra et al., 2001). Om deze rookgerelateerde problemen te verminderen, moet het aantal rokende ouders teruggedrongen worden, zodat er ook minder kinderen starten met roken (Den Exter Blokland, 2006; Paul et al., 2008).

Er zijn verschillende soorten interventies die kunnen helpen met stoppen met roken. In een meta-analyse van Lemmens, Oenema, Knut en Brug (2007) wordt weergegeven welke soorten interventies effectief zijn in het verminderen van roken. Gedragmatige interventies, zowel een-op-een als in groepsvorm, verhogen de kans op stopsucces. Deze kans wordt nog

groter wanneer er gebruik wordt gemaakt van nicotinevervangers (Lancaster, Stead, Silagy, & Sowden, 2000). Uit onderzoek blijkt dat van de verschillende vormen van gedragsmatige interventies, telefonische coaching (TC) een effectieve manier is om bij te dragen aan stoppen met roken (Stead, Perera, & Lancaster, 2009). Het blijkt ook dat TC meer effect heeft wanneer er gebruikgemaakt wordt van drie of meer gesprekken. Daarnaast blijkt dat er in het optimale geval gebruikgemaakt wordt van zowel proactieve als reactieve coaching: participanten kunnen bellen wanneer zij daar behoefte aan hebben, maar daarnaast wordt contact geïnitieerd door de coaches (Stead et al., 2009). Een interventie waarbij gebruikgemaakt wordt van telefonische coaching heeft een aantal voordelen ten opzichte van een interventie waarbij sprake is van face-to-face-contact. Ten eerste biedt het de mogelijkheid om meer mensen te bereiken. Daarnaast maakt het onmiddellijke steun mogelijk. Bovendien is de anonimiteit voor veel mensen een voordeel (Coman, Burrows, & Evans, 2001).

De huidige procesevaluatie is gericht op TC zoals gegeven door SineFuma ([www.sinefuma.nl](http://www.sinefuma.nl)). Aangezien deze interventie voldoet aan de door Stead en collega's (2009) geformuleerde werkzame elementen, zal er hierna gesproken worden over telefonische coaching-interventies in het algemeen. De TC zoals gegeven door SineFuma bestaat namelijk uit zes gesprekken plus een aanmeldgesprek. Daarnaast is er voor de deelnemende ouders de mogelijkheid om te bellen/whatsappen naar hun coach wanneer zij daar behoefte aan hebben, waarmee er dus sprake is van zowel proactieve als reactieve coaching. Ook wordt er door de coaches informatie gegeven over het gebruik van nicotinevervangers.

Met deze procesevaluatie zal worden aangesloten bij het promotieonderzoek van Tessa Scheffers-van Schayck, promovendus bij het Trimbos-instituut. Zoals genoemd, is uit eerder onderzoek gebleken dat telefonische coaching een effectieve manier is voor het verminderen van het aantal rokers (Schuck, 2013). Dit is echter onderzocht in een *efficacy trial*, maar over de effectiviteit in een *effectiveness trial* is weinig bekend. Daarom is meer onderzoek gericht op de praktijk wenselijk. Hierom wordt in voornoemd promotieonderzoek de effectiviteit en de implementatie van de telefonische coaching-interventie onderzocht. Dit wordt onderzocht met behulp van een gerandomiseerd onderzoek met controlegroep. Er wordt binnen dit onderzoek gebruikgemaakt van drie wervingskanalen voor het bereiken van ouders, namelijk via basisscholen, jeugdgezondheidszorgcentra en medische zorginstellingen. Om de implementatie van de coaching-interventie te onderzoeken, zal gekeken worden via welk van deze wervingskanalen ouders het best in contact komen met stoppen-met-roken(SMR)-

ondersteuning. De huidige procesevaluatie zal aansluiten bij het implementatiegedeelte en zal zich richten op de ervaringen van ouders met de TC.

Wetenschappelijke relevantie voor de huidige procesevaluatie komt voort uit dat het toenemend belangrijk is om evidence-based te werken (Baar, Wubbels, & Vermande, 2007). Wanneer echter alleen gefocust wordt op de effecten van een interventie, zonder dat er inzicht is in de implementatie van een interventie, kan er sprake zijn van een zogeheten type 3 error. Dit houdt in dat een interventie wordt onderzocht terwijl een programma niet adequaat is geïmplementeerd (Basch, Sliepcevich, Gold, Duncan, & Kolbe, 1985). Uit een dergelijke analyse zouden dan conclusies getrokken kunnen worden over het effect van een interventie, terwijl de interventie niet geïmplementeerd is zoals oorspronkelijk was bedoeld (i.e., programma integriteit; Linnan & Steckler, 2002). Een procesevaluatie kan dus helpen bij het begrijpen van de relatie tussen specifieke programma-elementen en programma-uitkomsten (Saunders, Evans, & Joshi, 2005). Dit maakt het uitvoeren van een procesevaluatie belangrijk (Linnan & Steckler, 2002). Maatschappelijke relevantie komt voort uit dat meer kennis over de implementatie kan bijdragen aan het adequater bereiken van deelnemers uit verschillende contexten (Damschroder et al., 2009). Wanneer er beter aangesloten wordt bij de behoeftes van de doelgroep, is de kans ook groter dat de TC effectief is (Noar, Benac, & Harris, 2007), hetgeen bij kan dragen in het verminderen van het aantal rokende ouders. Wanneer er minder ouders roken, gaan er ook minder kinderen roken (Den Exter Blokland, 2006). Hierdoor zullen rookgerelateerde klachten bij ouders en kinderen verminderen, zullen er minder mensen gebruik hoeven te maken van zorg voor hun rookgerelateerde gezondheidsklachten en meer mensen een hogere belastbaarheid hebben (Feenstra et al., 2001). De doelstelling van deze procesevaluatie is inzicht krijgen in de ervaringen van ouders met de uitvoering van de TC. Hierbij gaat het enerzijds om ervaringen van ouders met bepaalde onderdelen van de TC en anderzijds om of ouders het idee hebben dat bepaalde onderdelen hebben bijgedragen aan het proces van stoppen met roken. De vraagstelling luidt voorts als volgt: wat zijn de ervaringen van ouders met de telefonische coaching en heeft de telefonische coaching wat hen betreft bijgedragen aan het stoppen met roken?

### **Theoretisch kader**

Voor het opstellen van deze procesevaluatie zal de aanpak van het Intervention Mapping (IM) Protocol van Bartholomew, Markham, Ruiters, Fernández en Kok (2016) worden aangehouden. Met behulp van IM kunnen interventies stapsgewijs ontwikkeld en geëvalueerd worden (Bartholomew et al., 2016). Hierin is de eerste stap bij een

procesevaluatie het opstellen van procesevaluatievragen. Deze procesevaluatievragen zijn opgesteld aan de hand van de zeven componenten van Linnan en Steckler (2002). Deze componenten luiden als volgt: *werving* (i.e., een beschrijving van de gebruikte aanpak om ouders aan te trekken), *context* (i.e., aspecten van de grotere sociale omgeving die implementatie zouden kunnen beïnvloeden), *reikwijdte* (i.e., de hoeveelheid van de doelgroep die daadwerkelijk bereikt is door het programma), *dose delivered* (i.e., de mate waarin iedere programmacomponent is afgeleverd), *dose received* (i.e., de mate waarin ouders elementen van het programma ontvangen en gebruiken), *betrouwbaarheid* (i.e., de mate waarin de interventie is afgeleverd zoals bedoeld), *implementatie* (i.e., de mate waarin het programma is geïmplementeerd en ontvangen). De ervaringen van ouders zijn geoperationaliseerd naar deze verschillende componenten. Linnan en Steckler (2002) stellen dat niet elke component in de procesevaluatie aan bod hoeft te komen. Het belangrijkste is dat de stakeholders het eens zijn met de gelegde focus (Linnan & Steckler, 2002). Daarom is het procesevaluatieplan voorgelegd aan medewerkers van SineFuma en het onderzoeksteam vanuit het Trimbos-instituut. Hieronder worden de in deze procesevaluatie gebruikte componenten verder operationeel toegelicht.

**Werving** De eerste component die zal worden gebruikt bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag is ‘werving’. Antwoorden op de hierbij behorende procesevaluatievragen geven een beschrijving van de gebruikte aanpak om ouders aan te trekken. Er zal hierbij worden gevraagd wat ouders vonden van de wervingsstrategie die is gebruikt.

In een onderzoek van Schuck (2013) werden rokende ouders geworven via de basisschool. Ondanks de grote reikwijdte die basisscholen bieden, was het responsiepercentage maar 5% (Schuck, 2013). Dit kan komen doordat ouders de basisschool geen geschikte plek vinden voor dit onderwerp. Daartegenover staat dat patiënten tevredener zijn met hun zorgverlener wanneer deze begint over stoppen met roken dan wanneer hun zorgverlener dit niet doet (Solberg, Boyle, Davidson, Magnan, & Carlson, 2001). Hierdoor kan worden verwacht dat ouders de basisschool een minder geschikte plek vinden voor het onderwerp ‘stoppen met roken’ dan (jeugd)gezondheidszorg.

**Context** De tweede component is context. Hiermee worden de aspecten van de grotere sociale omgeving die implementatie zouden kunnen beïnvloeden, bedoeld (Linnan & Steckler, 2002). Bij deze component wordt onderzocht hoe ouders bepaalde aspecten van de sociale omgeving hebben ervaren en welke aspecten volgens ouders hebben bijgedragen aan het stopproces. Volgens Murray, Johnston, Dolce, Lee en O’Hara (1995) zijn er twee soorten

steun belangrijk bij onder andere stoppen met roken. De eerste soort steun is kunstmatig gecreëerd en bestaat bijvoorbeeld uit contact met een coach (Murray et al., 1995). Dit is bij de TC het geval. Daarnaast bestaat er ook nog steun vanuit natuurlijke systemen, waaronder familie, vrienden en collega's. Deze steun vanuit de sociale omgeving blijkt belangrijk te zijn bij het slagingssucces van een stoppoging (Murray et al., 1995). Daarom wordt er verwacht dat, naast de steun van de coach, de rol van sociale steun vanuit de eigen omgeving belangrijk zal zijn.

Hierbij wordt verwacht dat er een belangrijke rol weggelegd zal zijn voor partners. Zo gaf 51% van de deelnemende rokende ouders in het onderzoek van McBride en collega's (1997) aan dat hun partner ook rookte. De rookstatus van de partner blijkt invloedrijk bij het succes van een stoppoging (McBride et al., 1997; Pollak & Mullen, 1997). De hoeveelheid steun blijkt te verschillen naargelang de rookstatus van de partner: rokende partners geven minder steun aan de stoppende ouder, of ondermijnen actief de stoppogingen van hun partner. Terwijl ex-rokers extra steunend zijn, omdat zij zich goed in kunnen leven in het gevoel van hun partner (McBride et al., 1997).

Naast deze verschillen in hoeveelheid steun, kunnen ook verschillen in soort steun voorkomen. Hierbij kan er onderscheid gemaakt worden tussen positieve en negatieve vormen van steun. Positieve steun wordt gekenmerkt door het geven van complimenten en een bereidheid in het helpen met dagelijkse activiteiten. Deze soort steun wordt geassocieerd met een grotere kans op succes bij een stoppoging. Dit in tegenstelling tot negatieve steun, hetgeen wordt gekarakteriseerd door het onder druk zetten van de stoppende ouder en zeuren over roken. Deze tweede vorm van steun bij stoppen wordt negatief geassocieerd met stopsucces en gestopt blijven (McBride et al., 1997). Daarom wordt er verwacht dat ouders andere steun ervaren naargelang de rookstatus van hun partner. Verder doen ouders soms als stel mee aan de TC. Volgens Murray en collega's (1995) draagt het steun geven aan een stoppende partner ook bij aan het slagen van de eigen stoppoging. Verwacht wordt dat ouders die samen meedoen aan de TC dit als steunend ervaren.

Buiten de rol van de partner is de bredere sociale context ook van invloed op het slagen van de stoppoging. Zo blijkt uit het onderzoek van Flemming, Graham, McCaughan, Angus en Bauld (2015) dat sommige van de onderzochte vaders aangaven dat het moeilijk was om te stoppen, omdat iedereen op het werk rookte. Aangezien werk bij veel mensen een plek is waar ze veel tijd doorbrengen, is dit ook een belangrijke sociale context die het stopsucces beïnvloedt (Flemming et al., 2015). Daarnaast blijkt de steun en rookstatus van



verdere vrienden en familie ook een belangrijke factor te zijn in het stopsucces (Flemming et al., 2015). Tot slot wordt verwacht dat kinderen een invloedrijke sociale factor zijn tijdens stoppen. Bij ouders is namelijk de vaakst genoemde motiverende factor om te willen stoppen met roken omwille van hun kinderen (Flemming et al., 2015). Zo noemden onderzochte rokende vaders dat ze voornamelijk wilden stoppen omdat roken niet past bij hun beeld van een ‘goede vader’: een rolmodel dat de behoeftes van zijn kinderen voorop stelt (Flemming et al., 2015). Er wordt dus verwacht dat de sociale omgeving door de ouders zal worden ervaren als invloedrijk op hun stoppoging.

**Dose delivered** De derde component die gebruikt zal worden bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag is ‘dose delivered’. Deze component heeft betrekking op de mate waarin iedere programmacomponent is afgeleverd (Linnan & Steckler, 2002). Naast zes gesprekken verspreid over gemiddeld 10 weken met de stoppen-met-roken-coach, behoren ouders ook het magazine Rookvrije Ouders te ontvangen. Er wordt onderzocht of ouders zes gesprekken en het magazine hebben ontvangen. Er wordt verwacht dat dit het geval is.

**Dose received** De vierde component die gebruikt zal worden bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag is ‘dose received’. Deze component heeft betrekking op de mate waarin ouders onderdelen van het programma ontvangen en gebruiken. Waar *dose delivered* dus gaat om de vraag: ‘zijn de onderdelen afgeleverd?’ gaat *dose received* over hoe het over is gekomen op de ouders. Procesevaluatievragen hierbij kunnen worden opgedeeld in vier onderdelen. Het eerste onderdeel hierbij is de inhoud van de telefoongesprekken. Alle zes de gesprekken hebben een ander onderwerp dat van tevoren is vastgesteld. Het tweede onderdeel is het magazine. Hierin kunnen ouders informatie uit de gesprekken (na)lezen en aanvullende opdrachten maken. Dit magazine is speciaal ontwikkeld voor ouders, terwijl de gespreksonderwerpen zijn afgestemd op rokers in het algemeen. Wanneer een interventieaanpak gericht is op een subgroep van een populatie waarbij karakteristieken van deze subgroep worden meegenomen, wordt er gesproken van ‘targeting’ (Kreuter & Skinner, 2000). Dit is het geval bij het magazine. Dit wordt ook wel ‘tailoring’ genoemd. Pasick (1997 in Kreuter & Skinner, 2000) beschrijft ‘tailoring’ bijvoorbeeld als het aanpassen van interventies om het best aan te sluiten bij de relevante behoeftes en karakteristieken van een gespecificeerde doelgroep. Kreuter en Skinner (2000) hanteren echter een andere definitie voor ‘tailoring’: een proces van het creëren van geïndividualiseerde materialen of strategieën. Hierbij wordt de reactie op de deelnemer aangepast op de individuele behoeftes. Zowel

‘targeting’ als ‘tailoring’ blijkt effectiever dan het gebruiken van generieke interventies (Kreuter & Skinner, 2000).

Het gebruikte magazine is dus aangepast op hetgeen deze doelgroep onderscheidt van andere rokers: het feit dat ze kinderen hebben. Op basis van Kreuter en Skinner (2000) kan worden verwacht dat ouders het magazine goed aan vinden sluiten bij hun behoeften. De vooraf opgestelde inhoud van de gesprekken is niet specifiek afgestemd op ouders, maar op rokers in het algemeen. Er is echter wel sprake van een-op-eengesprekken. Dit biedt de kans voor persoonlijk afgestemde reacties, hetgeen aansluit bij de definitie van Kreuter en Skinner (2000) van ‘tailoring’. Dit betekent dat deze vorm van stoppen-met-rokenondersteuning de kans biedt tot ‘tailoring’. Met deze inzichten is de verwachting dat, wanneer ouders aangeven dat er in de gesprekken aan werd gesloten bij hun persoonlijke behoeftes, zij ook het idee hadden dat de gesprekken bijdroegen aan hun stopproces.

Het derde onderdeel binnen deze component is het contact met de coach. Ouders hebben naast de zes telefoongesprekken ook de mogelijkheid om te bellen/whatsappen wanneer zij hier behoefte aan hebben. Volgens Stead en collega's (2009) is de combinatie van reactief met proactief een effectieve interventiewijze. Daarom is de verwachting dat ouders het contact met de coach hebben ervaren als een positieve invloed op hun stoppoging.

Tot slot is het vierde onderdeel binnen deze component de kenmerken van de coach. Uit onderzoek van Parry, Kramer en Coleman (2006) naar de ervaringen van patiënten met een interventie waarbij een-op-een-coaching plaatsvindt bij het gebruiken van medicijnen bleek namelijk dat patiënten bepaalde kenmerken van de coach belangrijk vonden. Deze kenmerken luiden als volgt: het hebben van kennis en ervaring, georganiseerd zijn, interesse tonen en om de patiënt geven. Dit droeg vervolgens bij aan het ontwikkelen van een succesvolle coaching-relatie, hetgeen vervolgens volgens de participanten weer bijdroeg aan het slagen van de interventie (Parry et al., 2006). Hierdoor kan worden verwacht dat ouders dit ook als belangrijke vaardigheden van de stoppen-met-roken-coach noemen.

Een ander kenmerk van de coach dat invloed kan hebben op de ervaring van de ouders met de TC, zijn de gespreksvaardigheden van de coach. De coaches gebruiken motiverende gespreksvoering tijdens de gesprekken. Motiverende gespreksvoering is een gesprekstijl die vaak wordt gebruikt bij het motiveren tot gedragsverandering (Schippers, 2002). Er zijn twee hoofdprincipes te onderscheiden binnen motiverende gespreksvoering. Het eerste principe is ‘onvoorwaardelijke acceptatie’. Dit houdt in dat de hulpverlener gedrag niet veroordeelt, ook al gaat het om zelfdestructief gedrag. Hierbij is het belangrijk dat een hulpverlener

empathisch reageert, discussie vermijdt, en de zelf-effectiviteit versterkt. Met zelf-effectiviteit wordt bedoeld dat men vertrouwen heeft in zichzelf dat ze in staat zijn om hun doelen te bereiken. Het tweede principe is ‘constructieve zelfconfrontatie’. Dit principe verwijst naar dat er voor gedragsverandering vaak confrontatie met interne tegenstrijdigheden nodig is (Schipper, 2002). Dit is geen expliciet merkbaar proces, dus de kans is klein dat ouders hun coach zullen herkennen in vragen over dit tweede principe. Daarom is gekozen om dit tweede principe achterwege te laten in de vragen aan de ouders. Motiverende gespreksvoering is een effectieve gespreksstijl om gedragsverandering te bevorderen (Hettema, Steele, & Miller, 2004). Daarom wordt er verwacht dat ouders kenmerken van hun coach die te maken hebben met het eerste principe van motiverende gespreksvoering ervaren als een positieve invloed op het stopproces.

**Betrouwbaarheid** De vijfde component die gebruikt zal worden bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag is ‘betrouwbaarheid’. Deze component heeft betrekking op de mate waarin de interventie is afgeleverd zoals bedoeld (Linnan & Steckler, 2002). Vragen die hierbij aan ouders worden gesteld, zijn: ‘Is de stopdatum tijdens het eerste gesprek vastgesteld?’ en ‘Zijn de hulpmiddelen besproken en gebruikt?’. Het is namelijk de bedoeling dat de stopdatum in het eerste gesprek wordt vastgesteld en dat de hulpmiddelen worden besproken. Deze vragen worden ook gesteld aan de twee coaches, waardoor er een beter beeld verkregen kan worden over of de TC is afgeleverd zoals bedoeld. Dit helpt vervolgens bij het interpreteren van de antwoorden op de procesevaluatievragen bij de overige vier componenten.

## **Methode**

### **Type onderzoek**

Huidig onderzoek betrof een explorerende, grotendeels kwalitatieve procesevaluatie van de ervaringen van ouders met de telefonische stoppen-met-roken-coaching-interventie. Kwalitatieve gegevens hebben betrekking op de aard, de waarde en de eigenschappen van het onderzochte verschijnsel (Baarda, de Goede, & Teunissen, 1996). In dit geval is er gericht op de ervaringen van ouders met betrekking tot verschillende aspecten van de TC. Hierbij is gebruikgemaakt van topic-interviews met vier ouders. Als beginpunt is een online vragenlijst genomen waarin deelnemende ouders verschillende vragen beantwoordden over de TC. Naast de ervaringen van de ouders is er ook gebruikgemaakt van interviews met de twee coaches. Door het gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve data en door de ervaringen van

zowel ouders als de coach te benutten, vindt er data-triangulatie plaats. Hiermee wordt er een completer beeld van de onderzoekssituatie verkregen (Baarda et al., 1996).

### **Respondenten**

De online vragenlijst is uiteindelijk ingevuld door vijftien ouders. Van deze vijftien ouders, hebben zeven ouders het telefonische coaching-traject afgerond. De overige acht ouders hebben het zelfhulptraject doorlopen, waarbij ouders een zelfhulpmanual (ZHM) ontvingen. Deze vragenlijsten zijn ingevuld verspreid over april 2017 tot en met juni 2017. De indeling in de twee condities vond plaats op basis van toeval. Data van alle vijftien respondenten is gebruikt voor het beantwoorden van de vragen bij ‘werving’. De overige componenten zijn meer specifiek gericht op de TC, dus daarbij is gebruikgemaakt van data van de zeven ouders die de telefonische coaching hebben afgerond. Van deze zeven ouders is er bij vier ouders een telefonisch semigestructureerd interview afgenomen. De leeftijd van deze vier ouders varieerde van 31 tot 54 jaar. Van deze zeven ouders zijn drie ouders doorverwezen via de basisschool en één ouder is benaderd via de kinderlongarts. De ouders zijn voor de interviews benaderd op basis van een gemakssteekproef. Dit is een willekeurige steekproef, waarbij een onsystematische selectiemethode wordt gebruikt voor het selecteren van participanten (Neuman, 2014). In huidig onderzoek houdt dit in dat ouders die in de vragenlijst aan hadden gegeven dat ze mee wilden doen met een vervolgonderzoek over de TC, zijn opgebeld over de interviews. Aanvullend hierop zijn telefonische semigestructureerde interviews met de twee coaches gehouden. Coach 1 heeft tien trajecten binnen Rookvrije Ouders afgerond en coach 2 heeft er één afgerond. Ook hebben zij allebei al langere ervaring met (telefonische) SMR-ondersteuning, zowel binnen SineFuma als bij andere SMR-organisaties, waaronder Stivoro. De coaches ontvingen binnen SineFuma een speciale training tot SMR-coach, waarbij de nadruk lag op motiverende gespreksvoering en telefonische vaardigheden.

### **Instrumenten**

**Online vragenlijst** De vragenlijst is gebaseerd op eerder onderzoek van Schuck en collega's (2013) en bestond uit voornamelijk gesloten schaalvragen, waaronder de vijfpuntschaal en de driepuntschaal (Voorbeeldvraag: ‘De telefoongesprekken hielpen om gemotiveerd te raken om te stoppen met roken of gestopt te blijven’: ‘Helemaal niet behulpzaam’, ‘een beetje behulpzaam’, ‘zeer behulpzaam’). Vanwege het kleine aantal participanten dat de vragenlijst ingevuld heeft, is de vragenlijst gebruikt om de data uit de

interviews in een iets breder kader te zetten, maar zijn er geen statistische analyses op uitgevoerd. De kwantitatieve data is dus enkel beschrijvend en aanvullend gebruikt.

**Telefonische topic-interviews** Dit is een dataverzamelmethode waarbij de vragen en antwoorden niet van tevoren vastliggen, maar de onderwerpen wel (Baarda et al., 1996). De topiclist voor deze interviews is opgesteld aan de hand van het Intervention Mapping Protocol van Bartholomew (2016). Aan de hand van deze topiclist is een gespreksprotocol opgesteld om ervoor te zorgen dat alle vragen behandeld zouden worden. Er kon echter wel afgeweken worden van de vaste tekst, hetgeen karakteristiek is voor dergelijke interviews (Baarda et al., 1996). De ervaringen van ouders stonden hierbij centraal en zijn toegespitst per component. Bij het opstellen van de procesevaluatievragen en de daaropvolgende interviewvragen zijn de stappen van het evaluatiegedeelte van het Intervention Mapping Protocol van Bartholomew en collega's (2016) nauwgezet gevolgd, hetgeen ten goede komt aan de betrouwbaarheid en interne geldigheid van de interviews. Topics zijn op basis hiervan opgesteld. De topics bestonden uit open vragen, die uitgediept werden door middel van doorvragen. De topics waren ingedeeld per component. Bij werving werd gevraagd wat ouders van de wervingsmethode vonden (i. e., Hoe heeft u het ervaren dat de kinderarts dit onderwerp aankaartte?). Bij context werd gevraagd hoe ouders de sociale context ervoeren m.b.t. hun stoppoging en op welke manier dit zich manifesteerde (i.e., U vertelde dat uw partner rookte tijdens uw stoppoging. Hoe heeft u dat ervaren?). Bij *dose delivered* werd gevraagd of ouders het magazine hebben ontvangen en of ze zes gesprekken met de coach hebben ontvangen. Bij *dose received* werd gevraagd hoe ouders de telefoongesprekken, het magazine, de kenmerken van de coach en het contact met de coach hebben ervaren (i.e. De telefoongesprekken hadden verschillende onderwerpen. Wat vond u van deze onderwerpen?). Bij betrouwbaarheid werd gevraagd of de stopdatum in het eerste gesprek is afgesproken, of coaches de hulpmiddelen hebben besproken en of ouders deze hulpmiddelen hebben gebruikt (i.e. Hoe heeft u het gebruik van de pleisters ervaren?). Verder is er, doordat er gebruikgemaakt is van interviews met de coaches, bijgedragen aan de externe geldigheid. Deze coaches hebben namelijk een ruime ervaring met telefonische coachingstrajecten, waardoor zij ervaringen met het traject binnen Rookvrije Ouders kunnen plaatsen binnen een breder kader (Baarda et al., 1996).

### **Procedure**

Ouders werden doorverwezen via basisscholen en (jeugd)zorgprofessionals. Vervolgens werd hen een toestemmingsverklaring toegestuurd, waarin informatie stond over

het doel van het onderzoek en over de vertrouwelijkheid van de antwoorden. Hiermee is er sprake van informed consent (Ritchie & Lewis, 2003). Nadat ouders toestemming hadden gegeven voor deelname aan het onderzoek via deze toestemmingsverklaring, werd hen een vragenlijst (T0) toegestuurd. Nadat ouders deze eerste vragenlijst hadden ingevuld, werden ze op basis van toeval ingedeeld in ofwel de experimentele conditie, waarin ze dus de TC ontvingen, of in de controleconditie, waarbij ze een zelfhulpmanual ontvingen. Na drie maanden werd aan de ouders de tweede vragenlijst (T1) toegestuurd. In deze vragenlijst konden ze aangeven of ze benaderd wilden worden voor een vervolgonderzoek over de TC. Wanneer ouders aangaven dat zij dit wilden, werden ze telefonisch benaderd om het interview te houden/in te plannen. Voor deelname aan de interviews ontvingen ouders een Irischeque ter waarde van €10,-. In de introductie van het interview werd het doel van het onderzoek toegelicht en werd anonimiteit verzekerd. Ook werden antwoorden van ouders regelmatig samengevat, zodat de interviewer zekerheid had over of ze de ouder goed begrepen had. Dit droeg bij aan de betrouwbaarheid en de interne validiteit. Om anonimiteit te waarborgen, werden namen van ouders en coaches vervangen door nummers. Interviews duurden gemiddeld 39 minuten en zijn allemaal gehouden door Esmee Verheem. De interviews zijn opgenomen en na afloop direct verbatim uitgeschreven. Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid (Baarda et al., 1996).

### **Analyse**

De interviews zijn geanalyseerd en gelabeld volgens de kwalitatieve analysemethoden van Baarda en collega's (1996) en Baar (2002). Binnen deze methode werd allereerst een interview ingedeeld in fragmenten, waaraan vervolgens labels toegekend werden die zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke uitspraken van participanten werden geformuleerd (Baar & Wubbels, 2013). Door deze labels zo dicht mogelijk bij de uitspraken te formuleren, werd bijgedragen aan interne validiteit (Baar, 2002). Bij het labelen is het verder belangrijk dat de labels relevant moeten zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen (Baarda et al., 1996). Citaten zijn continu vergeleken en daardoor is per component gekomen tot kernlabels. Achter ieder label zijn coderingen geplaatst, waardoor inhoud en herkomst gecontroleerd konden worden in de oorspronkelijke uitwerkingen. Dit droeg bij aan de betrouwbaarheid van de analyse (Baar, 2002).

### **Resultaten**

In deze resultatensectie is eerst een korte beschrijving van de vier geïnterviewde ouders gegeven. Op deze manier kan de verscheidenheid van de antwoorden van de ouders

worden weergegeven. Vervolgens zijn per component de belangrijkste bevindingen uit de vragenlijsten en de interviews met de ouders en de coaches beschreven. Hierbij zijn de uit de kwalitatieve analyse ontwikkelde kernlabels cursief weergegeven in de tekst. Bevindingen zijn vervolgens extra verduidelijkt door het weergeven van citaten. Achter de citaten staat tussen haakjes van wie het citaat is en op welke bladzijde het terug te vinden is. Achter de citaten van de coaches staan naast cijfers, ook letters (CO1 = coach 1, CO2 = coach 2), zodat deze citaten niet verward kunnen worden met citaten van ouders.

**Ouder 1** De eerste geïnterviewde ouder is een 31-jarige moeder, benaderd via de basisschool. Ze is dankzij de TC in combinatie met het gebruik van pleisters gestopt met roken en heeft veel baat gehad bij de gesprekken. Ze vond het fijn om met iemand te kunnen praten. Daarnaast heeft ze ook baat gehad bij het magazine, omdat ze zo de besproken onderwerpen terug kon lezen. Verder zijn haar man en moeder, geïnspireerd door haar eigen succes, ook begonnen aan een stoppoging. Haar moeder is ook een telefonisch coaching-traject gestart en haar man is gestopt met behulp van pleisters.

**Ouder 2** De tweede geïnterviewde ouder is een 54-jarige vader, ook benaderd via de basisschool. Hij is tijdens de TC zeven weken gestopt met roken, maar is toch weer begonnen. Hij heeft geen gebruik gemaakt van pleisters, enerzijds doordat hij het liever ‘op eigen kracht’ wilde proberen en anderzijds omdat hij er niet aan toe is gekomen de pleisters op te halen. Hij is wel minder gaan roken (van 15 naar 5 sigaretten per dag). Dit komt naar eigen zeggen door de kennis over sigaretten die hij heeft gekregen van de SMR-coach. Hierdoor haalt hij minder plezier uit het roken.

**Ouder 3** De derde geïnterviewde ouder is een 43-jarige vader, ook benaderd via de basisschool. Hij was zes weken voor aanvang van de TC zelf gestopt met roken. Hierbij gebruikte hij geen hulpmiddelen, daar stond hij namelijk negatief tegenover. Zijn filosofie was dat stoppen met roken gewoon iets is dat je moet doen en verder niet teveel stil bij moet staan. Hij praatte er daarom ook zo min mogelijk met zijn omgeving over en probeerde er zo min mogelijk mee bezig te zijn. Het praten met de SMR-coach was het enige moment waarop hij er aandacht aan wilde besteden, maar dit was wat hem betreft wel prettig: een neutraal iemand om mee te klankborden.

**Ouder 4** De vierde en laatste geïnterviewde ouder is een 36-jarige moeder, benaderd via de kindertongarts. Het is haar gelukt om te stoppen met roken, waarbij ze veel baat heeft gehad bij de gesprekken met de coach in combinatie met de pleisters. Ze deed samen met haar man mee aan het coaching-traject. Vijf weken na haar stopdatum is ze weer

begonnen met roken door stressvolle omstandigheden met haar kind. In samenspraak met haar coach heeft ze besloten om tijdelijk weer ‘roker’ te zijn om op die manier energie en motivatie te verzamelen voor een nieuwe stoppoging. Deze stoppoging wil ze, na de zomervakantie, weer met dezelfde coach doen.

**Werving** In de vragenlijst is gevraagd op welke manier ouders benaderd zijn voor het onderzoek en of ze dit prettig of storend vonden. Van de vijftien ouders zijn tien ouders benaderd via een brief via de basisschool. Uit de vragenlijst bleek dat deze ouders dat prettig vonden. Eén ouder vond deze wervingsstrategie storend, maar de rest vond dit niet. Verder vonden ouders het overwegend een onderwerp dat op de basisschool thuishoort en een onderwerp waar de basisschool iets mee te maken heeft. Drie ouders zijn benaderd via een arts of verpleegkundige. Eén van deze ouders vond het zowel onprettig als storend dat dit besproken werd door de kinderarts, maar verder vonden alle drie de ouders dit een onderwerp waar de arts of verpleegkundige iets mee te maken heeft.

In de interviews kwam verder voornamelijk naar voren dat de ouders die een brief via de basisschool hadden ontvangen dit eigenlijk niet echt zagen als iets dat via de basisschool geïnitieerd was. Het was meer dat de brief van het Trimbos-instituut kwam en hier had de *basisschool een kleine rol* in. De moeder die via de kinderarts was benaderd, zag de wervingsstrategie daarentegen als invloedrijk: “*Ja, juist de kinderarts. Kijk, je eigen huisarts zegt dat natuurlijk ook, maar vooral een kinderarts, waar je dan met je eigen kind zit. Dat is best wel heel confronterend. En dat vind ik eigenlijk wel heel goed*” (4,11). Hier voegde ze nog aan toe dat ze *geconfronteerd* werd met dat ze een slechte moeder was omdat ze rookte. Verder gaven ouders aan dat het fijn was dat er daadwerkelijk iets werd aangeboden. Dit was voor ouders het laatste zetje dat ze nodig hadden.

De coaches gaven beiden aan dat ze *verschillen* merkten tussen de ouders die via de basisschool aangemeld zijn en ouders die via de zorgprofessionals aangemeld zijn. Coach 2 gaf bijvoorbeeld aan dat ouders via de basisschool *vaker ‘nee’ zeiden* tegen deelname. Deze coach dacht dat dit kwam doordat er veel tijd zat tussen de aanmelding van ouders en het daadwerkelijke aanmeldgesprek. Verder gaven beide coaches aan dat ouders weinig wisten over het onderzoek en dat er daardoor misverstanden waren, bijvoorbeeld dat ouders niet wisten dat het om een onderzoek ging of dat ouders opeens toch niet bleken te roken. Dit betrof ouders uit beide wervingskanalen. Daarnaast gaven coaches aan dat de oudergroep verschilde van de andere mensen die ze begeleidden bij het stoppen met roken. Dit kwam vooral doordat *ouders slecht bereikbaar* waren, afspraken niet nakwamen en heel *druk waren*:



*“Het is een leeftijdsgroep die het heel druk heeft. Jonge kinderen heeft. Werkt. En gewoon, ja, het zijn gewoon troyenjaren. En dan willen ze ook nog een keer stoppen met roken. Ze snappen dat het belangrijk is, anders hadden ze zich niet opgegeven, maar ze hebben er heel weinig tijd voor”* (CO1, 3).

**Context** Ouders noemden verschillende manieren waarop de sociale context invloed had op hun stoppogingen. De rol van de omgeving werd ook besproken in de telefonische coaching-gesprekken. De coaches zeiden allebei dat er *aandacht aan de invloed van de omgeving* wordt besteed onder de ‘buddy-vraag’, waarbij wordt nagegaan wie in de omgeving van de ouder steun kan bieden en wie juist vermeden moet worden. In de ouderinterviews werden verschillende personen als invloedrijk genoemd. Alle ouders benoemden dat de *partner invloed* had en steun gaf, maar de manier waarop dit gebeurde, verschilde. Zo benoemde ouder 1 dat ze het heel fijn vond om tegen haar man *zorgen te kunnen uiten*, terwijl ouder 3 juist noemde dat hij zijn vrouw *niet tot last wilde zijn* en dat het hem vooral hielp dat ze hem met rust liet en zijn chagrijnigheid accepteerde.

Er zijn ook *ouders die samen stopten*. Coach 1 vertelde dat, van haar tien stoptrajecten binnen Rookvrije Ouders, twee stellen meededen. Het ene stel dat zij sprak, beschouwde het als heel *waardevol en steunend*, terwijl het bij het andere stel ook wel voor *wrijving* kon zorgen. Dit laatste kwam ook terug in het vierde ouderinterview: *“Het is voor je huwelijk om het zo maar te zeggen niet altijd even fijn. Maar je weet dat je daar doorheen moet. Maar dat maakt wel dat je sneller geïrriteerd raakt, allebei. Omdat je zo hard aan het werk bent hè. Ieder voor zich, met z’n verslaving.”* (4, 9). Beide coaches gaven desalniettemin aan dat, ondanks de moeilijkheden die samen stoppen met zich mee kan brengen, het toch waardevol is om er samen mee bezig zijn en dat het bovendien te verkiezen valt boven een stoppoging doen terwijl je partner nog rookt.

Naast de rol van partners, werd de *rol van collega’s* benoemd. Ouder 2 gaf aan dat niet-roken op werk heel lastig is, omdat *samen roken gezellig is*. Werk werd door deze ouder en ouder 3 echter ook als steunend gezien. Ze hebben namelijk allebei een *stoppoging gedaan met respectievelijk een collega en de baas*. Ouder 3 zei hierover: *“O: Ja nou als je ziet dat iemand anders ook het stoppen vol blijft houden. En dat je dan een soort van concurrentieoverweging, dat je denkt van: als hij het kan, dan kan ik het ook”* *“I: Ah dus dan wordt het een beetje een competitie”* *“O: Een heel gezonde strijd wordt het dan!”* (3,7).

Ouder 4 noemde ook de *rol van haar vriendinnen*. Ze steunden door *complimenten* te geven

en *vragen te stellen*, maar dit laatste ervoer ze, naast belangstellend, ook als vervelend: alsof ze zich moest verantwoorden over haar terugval.

Verder werd de *rol van de kinderen* benoemd. Veel ouders gaven aan dat hun kinderen de belangrijkste – en soms de enige – motivatie waren voor hun stoppoging. Ouders noemden in dit kader dat ze graag het *goede voorbeeld* wilden geven en graag in *gezondheid* oud wilden worden, om zo lang mogelijk te kunnen genieten van hun kinderen. De coaches noemden dat zij dit ook merkten: “*Deze groep heeft over het algemeen ook nog niet zoveel klachten. Die vinden het meer belangrijk voor hun kinderen als voorbeeld. Dus dat is toch meer een minder intrinsieke motivatie, het is meer van buitenaf.*” (CO1, 3). Deze coach gaf aan daar aandacht aan te besteden. Zij wilde ouders namelijk meegeven dat ze de stoppoging niet alleen voor hun kinderen moeten doen, maar *ook voor zichzelf*. Ditzelfde sentiment was terug te zien in het vierde ouderinterview: “*Nou voornamelijk voor mezelf en daarnaast natuurlijk voor mijn kinderen.*” (4, 11). Deze ouder gaf aan dat dit kwam doordat ze haar moeder verloren is aan kanker en zelf ook een voorstadium van baarmoederhalskanker heeft gehad.

Naast steun van verschillende personen, ervoeren ouders ook verschillende *soorten steun*. Positieve vormen van steun werden het meest genoemd, waaronder het geven van complimenten. Ouder 2 noemde dat zijn vrouw soms ook negatief reageerde tijdens zijn stoppoging: “*Nou mijn vrouw die steunt mij wisselend heel positief of soms negatief. Dat ik gewoon moet stoppen in plaats van een slappe lul [zijn], maar ze kan ook heel trots op me zijn. Als ik tijdens die sessies, dan had ik een week niet gerookt en na die week kreeg ik een bosje bloemen. Ja dat is leuk!*” (2, 7).

**Dose delivered** Van de zeven ouders uit de experimentele conditie die de vragenlijst hebben ingevuld, hebben drie ouders *zes gesprekken* en drie ouders zeven gesprekken ontvangen. Daarnaast heeft één ouder vijf gesprekken ontvangen. De coaches gaven hierbij aan soms een extra gesprek in te plannen, bijvoorbeeld wanneer een ouder een enkele terugval had. In die gevallen wilden ze de ouders graag de kans geven om alsnog genoteerd te worden als ‘rookvrij’ en dit kan alleen wanneer de ouder vier weken achtereen niet gerookt heeft. Verder hebben alle vier de geïnterviewde ouders het *magazine ontvangen*.

**Dose received** Telefoongesprekken: Ouders waren positief over de telefoongesprekken en vonden de *TC goed*. Uit de vragenlijst bleek dat de zeven ouder de telefoongesprekken als behulpzaam beschouwden. De geïnterviewde ouders noemden dat het fijn was om steun te krijgen van een *neutraal iemand*, om kennis te krijgen van iemand met

*ervaring* op dit gebied en dat de telefoongesprekken hen  *motiveerden* om door te gaan. De term ‘*stok achter de deur*’ werd gebruikt om te omschrijven waarom de TC behulpzaam was voor hun stoppoging: “*Nou als een soort stimulator, motivator, ook een soort stok achter de deur. Een gevoel van: ik wil nu niet in het volgende telefoongesprek gaan zeggen dat ik gefaald heb.*” (1, 2). Ouder 2 noemde verder dat hij veel minder plezier haalde uit roken sinds hij meer *kennis* heeft over de inhoud van sigaretten. Ook noemden ouders dat het prettig is om *complimenten* te krijgen over hun stoppoging en dat het fijn is om te horen over *ervaringen van anderen*: “*Het schept een mooi referentiekader en het geeft ook wel wat comfort, wat troost als je weet dat iedereen met mijn gevoelens zit en met mijn stoppen met roken dingen.*” (3,3). Verder noemden ouders dat ze het gevoel kregen dat er in de gesprekken ruimte was voor hun *persoonlijke behoeften*. Hier werden verschillende redenen voor genoemd. Zo noemden ouders dat ze zelf *vragen konden stellen* en dat de coach hier altijd antwoord op gaf. Ouder 3 noemde daarnaast dat de *gesprekken natuurlijk waren* en dat hij dus niet het gevoel kreeg dat er een lijstje werd afgewerkt. Ook gaven ouders aan dat er, naast roken, ook *ruimte voor andere onderwerpen* was die de ouders op dat moment bezighielden. De coaches zelf gaven aan dat de onderwerpen verschilden per persoon en dat ze daardoor heel behoeftegericht coachten. Deze mogelijkheid tot individueel aanpassen is een reden waarom de coaches telefonische coaching prettig vinden werken.

Uit de vragenlijst bleek dat zes ouders de lengte van het traject goed vinden en een zevende ouder vindt het traject te lang. In de interviews kwam daarentegen naar voren dat drie ouders graag een *langer traject* hadden gewild. Deze mening werd ook gedeeld door de coaches: “*Ik zou het heel erg fijn vinden als de zorgverzekeraar de mogelijkheid geeft om langere trajecten te doen. Want ik vind het heel frustrerend dat de helft terugvalt.*” (CO1, 8). De coaches noemden verschillende redenen waarom een langer traject beter zou werken. Ten eerste zou het volgens coach 1 schelen dat er bij een langer traject de mogelijkheid is om ouders te ondersteunen nadat de hulpmiddelen zijn afgebouwd. Op die manier vallen ouders minder in een gat. Nu vallen namelijk én de hulpmiddelen én de gesprekken met de coach weg. Een tweede reden is dat een extra gesprek zorgt voor een extra *stok achter de deur*: “*Omdat ze het misschien toch lastig vinden om zelf te bellen als het even niet lekker gaat, maar als ze weten van: we worden straks toch nog een keer gebeld, ook net weer even wat langer volhouden.*” (CO2, 10).

Magazine: De zeven ouders uit de experimentele conditie die de vragenlijst hebben ingevuld, hebben het magazine wisselend gelezen. Deze ouders waren bovendien over het

algemeen tevreden met het magazine. In de interviews is hier dieper op in gegaan. De twee vaders gaven hierin aan dat ze niets meer wisten over het magazine. Ouder 1 gaf aan dat zij het magazine als behulpzaam heeft ervaren, in combinatie met de TC. Het *magazine alleen is niet genoeg*: “*Als dat het enige wat ik had gekregen, had ik het naast me neergelegd. Maar doordat die onderwerpen nou ook besproken werden tijdens de telefonische consulten kon ik dus ook echt terugbladeren en vooruit lezen en pakte ik het er ook zelf gewoon bij.*” (1, 5). Ouder 4 gaf aan het magazine ook te hebben doorgelezen, maar er geen baat bij te hebben gehad. Zij *miste uitdagingen in het magazine*: ze wilde uitdagendere opdrachten en ervaringen van anderen. Beide coaches gaven aan dat ze het magazine wel benoemen tijdens telefoongesprekken, maar het lezen ervan *niet heel erg aanmoedigen*. Coach 1 denkt dat de ouders het magazine wel doorbladeren en coach 2 denkt dat ouders het magazine weinig gebruiken. Coach 2 vertelde verder dat zij merkte dat het deelnemersboekje, behorend bij de groepscursussen die zij ook leidt (los van Rookvrije Ouders) ook weinig gebruikt wordt en dat mensen dit boekje bovendien vaak vergeten mee te nemen naar de cursussen. Vanuit deze ervaring had zij als idee om het boekje in app-vorm uit te brengen. Ouders vergeten hun telefoon immers nooit. Ze denkt dat mensen op deze manier vaker de informatie zullen lezen.

Contact met de coach: Drie van de geïnterviewde ouders gaven aan dat het *contact heeft bijgedragen* bij de stoppoging, ouder 3 beschouwde het contact als een *beetje behulpzaam* voor zijn stoppoging. Ouders beschreven het contact met de coach als *vertrouwelijk*. Ouder 1 beschreef haar band met de coach als een moeder-dochter-relatie: “*Kijk [coach 1] heeft geen persoonlijke dingen van haar verteld maar gewoon haar manier van gespreksvoeren voelde voor mij gewoon heel vertrouwd. Net alsof ik met mijn moeder aan het klutsen was.*” (1, 5).

Verder is er gebruikgemaakt van een combinatie van proactief en reactief contact, maar dit komt niet veel voor. De mogelijkheid hiertoe werd wel geboden: coach 1 geeft aan dat ouders haar altijd *mogen bellen/appen*. Coach 2 geeft liever haar 06-nummer niet, maar geeft wel aan dat ouders haar altijd mogen mailen. Van de tien trajecten die coach 1 gehad heeft, is er één ouder geweest die tussen de gesprekken door contact heeft opgenomen met de coach, namelijk ouder 4: “*Ik kon mezelf ook heel erg open stellen en ik stuurde haar ook heel vaak appjes, dat mocht ik ook en dan gaf ze me weer een duwtje in de goede richting als ik trek had om te roken en dat vond ik wel heel fijn of ze belde me ineens als het echt niet lukte of ze belde me iets eerder en dat was gewoon heel prettig.*” (4,2). Verder werd er voornamelijk contact gezocht door ouders *voor praktische zaken*, bijvoorbeeld wanneer een

gemaakte afspraak niet door kon gaan, maar dus niet wanneer ouders daar extra behoefte aan hadden.

Kenmerken van de coach: Ouders benoemden verschillende kenmerken van de coach. Ten eerste werd *kennis* genoemd: *“Ik vond ook dat ze een hoop kennis tentoon stelde over roken en stoppen met roken en de gevaren van roken en de werkingen enz.”* (2,4). *Ervaring* werd daar vaak mee samengenomen: *“Nou gewoon hele praktische kennis. Je hebt natuurlijk iemand die je kan vertellen wat je verwachten kunt en die ook een bepaald referentiekader heeft, ervaring heeft, waarmee je je vragen kwijt kunt.”* (3,2). Hieraan gerelateerd noemde ouder 2 dat het fijn was dat de coach van zijn leeftijd was en niet een meisje van begin 20, omdat dat bij hem wrijving op zou roepen. Deze ouder dacht bovendien dat de coach zelf ook een *ervaringsdeskundige* was op het gebied van (stoppen met) roken en dat daar haar passie vandaan kwam. Coach 1 gaf aan dat dit niet het geval was, maar dat ze wel een suikerverslaving heeft gehad en dat daar haar passie vandaan komt. Ouder 4 had daarentegen liever een echte rook-ervaringsdeskundige: *“Maar aan de andere kant vind ik het ook wel goed om contact te hebben met een coach die zelf altijd gerookt heeft en nu gestopt is met roken door dit zeg maar. Snap je? Want zij [coach 1] kent het niet om te roken. Dus dan is het, ondanks dat ze heel veel ervaring heeft met rokers die ze dan begeleidt, toch wel anders dan als je een ervaringsdeskundige aan de telefoon hebt.”* (4, 7). Verder noemden ouders dat ze het gevoel kregen dat de coach met hen *meeleefde* en een betrokken indruk maakte. Dit bleek volgens ouders uit dat de coach *terugkwam op eerdere gesprekken* en doordat de coach *persoonlijke ervaringen deelde*, bijvoorbeeld door haar suikerverslaving te benoemen.

Coaches noemden verschillende aspecten van motiverende gespreksvoering die zij als belangrijkst beschouwen. Beide coaches noemden dat *motivatie* om te willen stoppen *uit een persoon zelf* gehaald moet worden en dat dit bereikt kan worden door middel van *doorvragen*: *“Dat je door door te vragen mensen bij hun eigen wijsheid laat komen. En bij hun eigen motivatie. En dus dat jij het niet overneemt, het traject, maar dat je het traject, dat je hun ondersteunt om een... begeleidt en activeert en inspireert en motiveert om zelf na te denken en zelf achter te komen, achter hun motieven om te roken en niet te roken en het vol te houden om te stoppen met roken.”* (CO1, 7). Ouders noemden daarbij dat ze door de gesprekken *meer vertrouwen in zichzelf* hebben gekregen. Ouder 4 kreeg dit vertrouwen door de pleisters, maar ouder 1 benoemde dat de coach bij heeft gedragen aan het zelfvertrouwen. Ouder 2 benoemde dat zijn coach hem liet geloven dat stoppen een goed idee was en bovendien ging

lukken. Coach 2 noemde verder dat ze wel eens terughoort van mensen dat ze bijdroeg aan hun motivatie om te stoppen, doordat ze hen inzichten heeft gegeven op moeilijke momenten.

**Betrouwbaarheid** Van de vier geïnterviewde ouders is bij ouder 1 en ouder 4 de *stopdatum in het eerste gesprek* afgesproken, bij ouder 2 is de stopdatum in het tweede gesprek afgesproken en ouder 3 was al gestopt voor aanvang van de TC. Coaches gaven aan dat de stopdatum meestal in het eerste gesprek wordt afgesproken, maar dat dit ook verplaatst kan worden naar het tweede gesprek: *“In het eerste gesprek. En soms lukt dat niet helemaal, omdat dan moeten ze online de Champix bestellen, vooral met Champix, want dan moeten ze voor ze dat krijgen anderhalve week slikken en pas daarna een stopdatum dus dat is soms een beetje lastig in te schatten.”* (CO1, 4). Deze coach gaf hierbij aan dat het met pleisters makkelijker is, omdat die meestal binnen een week binnen zijn en ouders vanaf dan direct kunnen beginnen met de stoppoging.

Alle vier de geïnterviewde ouders gaven aan dat de coaches de *hulpmiddelen hebben besproken* en ook hebben *aanbevolen*. De coaches gaven zelf ook aan dat ze dit altijd bespreken met ouders: *“Nou allereerst vraag ik altijd eerst of mensen wel eens een hulpmiddel gebruikt hebben. En als ze dat hebben dan vraag ik ook wel: wat weet je er nog van? Of hoe heb je dat gebruikt? En dan heb ik al extra informatie en dan vraag ik: vind je het goed als ik daar nog meer over vertel? (...) En ja als zij informatie geven dan vul ik dat ook wel aan want er zijn natuurlijk belangrijke onderdelen die ook echt genoemd moeten worden.”* (CO2, 5).

Ouder 1 en 4 hebben *hulpmiddelen gebruikt* bij hun stoppoging en gaven aan dat dit hen heel erg geholpen heeft. Ook gaven zij aan dat ze dit niet geprobeerd zouden hebben zonder aanraden van hun coach. Ouder 2 en 3 hebben *geen hulpmiddelen gebruikt* bij hun stoppoging. Ouder 3 gaf hierbij aan dat hij het al eerder gebruikt heeft en dat dit niet goed bevallen was. Ouder 2 gaf aan dat hij het niet geprobeerd heeft omdat hij het *liever op eigen kracht* wilde doen. Daarnaast gaf hij als reden dat hij de pleisters niet opgehaald heeft door de drukte van zijn gezin.

### Discussie

De doelstelling van deze procesevaluatie was inzicht krijgen in de ervaringen van ouders met de TC. Hierbij ging het enerzijds om ervaringen van ouders met bepaalde onderdelen van de TC en anderzijds om of ouders het idee hadden dat bepaalde onderdelen hebben bijgedragen aan het proces van stoppen met roken.

**Werving** Bij deze component werd verwacht dat ouders de basisschool als een minder geschikte plek voor het onderwerp ‘stoppen met roken’ zouden beschouwen (Schuck, 2013) dan de (jeugd)gezondheidszorg (Solberg et al., 2001). Dit kwam in huidig onderzoek niet naar voren, maar er kwam wel naar voren dat geïnterviewde ouders die waren geworven via de basisschool de invloed van de basisschool als klein zagen, terwijl de ouder die geworven was via de jeugdarts dit als invloedrijk beschouwde. Dit zou verklaard kunnen worden door het feit dat de werving via de basisschool verliep via een brief aan de ouders, terwijl het stopadvies van de kinderarts persoonlijk was. Wellicht dat ouders daarom deze brief niet associeerden met de school. Dit zou vervolgens kunnen verklaren waarom de verwachting over dat ouders de school als een minder geschikte plek ervoeren niet uitkwam.

Coaches merkten daarnaast verschillen tussen wervingskanalen: ouders via de basisschool wilden vaker niet meedoen. Coaches verklaarden dit zelf door de lange tijd tussen de aanmelding van ouders en het aanmeldgesprek met de coach. Deze verklaring zou ondersteund kunnen worden door het *Transtheoretical Model of Change* van DiClemente en collega's (1990). Hierbij worden verschillende motivationele stadia onderscheiden, waartussen de motivatie voor gedragsverandering varieert. Een van deze stadia is de voorbereidingsfase. Personen in dit stadium zijn van plan om gedrag te veranderen binnen de komende maand. Mensen kunnen echter ook teruggaan naar een eerdere fase, waarbij plannen voor gedragsverandering minder concreet zijn (DiClemente et al., 1990). Wellicht waren ouders tijdens hun aanmelding wel bereid om te stoppen met roken, maar zijn ze in de wachttijd minder bereidwillig geraakt om te stoppen en stuitten de coaches daarom op weerstand voor deelname. Verder merkten coaches verschillen tussen de oudergroep en andere coachingtrajecten (buiten Rookvrije Ouders): ouders hebben enerzijds minder tijd en zijn anderzijds minder intrinsiek gemotiveerd. Intrinsieke motivatie, zoals zorgen over de gezondheid, wordt geassocieerd met een hogere slagingskans dan extrinsieke motivatie, waaronder sociale invloed (Curry, Wagner & Grothaus, 1990).

**Context** Er werd bij deze component verwacht dat de rol van sociale steun vanuit de eigen omgeving belangrijk is (Murray et al., 1995). Dit bleek het geval. Steun van de partner werd genoemd, maar hoe de steun zich vervolgens manifesteerde, verschilde. De subjectieve ervaring van positieve steun blijkt vooral belangrijk voor stopsucces en dus niet zozeer de inhoud (Cohen & Lichtenstein, 1990). De enige ouder die negatieve steun rapporteerde is ouder 2, hetgeen bijgedragen zou kunnen hebben aan zijn terugval (Murray et al., 1995; Rohrbaugh et al., 2001). Verder werd verwacht dat stoppen als stel bijdraagt aan

stopsucces, doordat het steungeven aan een partner bijdraagt aan de eigen stoppoging (Murray et al., 1995). Dit werd niet expliciet teruggevonden in de huidige procesevaluatie. De coaches dachten dat samen stoppen, ondanks de negatieve kanten, positief bijdraagt aan stopsucces. Dit wordt bevestigd door Rohrbaugh en collega's (2001). Zij beschrijven vaste rookgerelateerde patronen bij rokende stellen die lastig doorbroken worden wanneer één van de twee blijft roken. Dit bemoeilijkt gestopt blijven. Verder werd verwacht dat er verschillen in steun zouden voorkomen naargelang de rookstatus van de partner (Murray et al., 1995). Hierover is niets teruggekomen in de interviews.

Daarnaast bleek, zoals verwacht, de steun van de verdere sociale omgeving van invloed op de stoppoging. Zo noemden ouders de werkplek als invloedrijk: een ouder noemde dat hij een 'gezonde strijd' aan was gegaan met zijn collega. Dit kan betekenen dat samen stoppen niet alleen voor stellen positief werkt, maar ook bijvoorbeeld voor collega's. In een meta-analyse werd echter geen bewijs gevonden dat een competitie-element in een werkomgeving-gebaseerde SMR-interventie toegevoegde waarde heeft. Dit is echter gebaseerd op één onderzoek dat onderscheid maakte tussen wel een competitie-element en geen competitie-element (Matson et al., 1993). Aangezien ouder 3 het als toegevoegde waarde zag, zou het waardevol kunnen zijn om hier verder op in te gaan in vervolgonderzoek.

Tot slot bleken kinderen ook, zoals verwacht, van invloed. Zo noemden ouders dat de stoppoging voor hun kinderen was. Coaches gaven ook aan dat zij dit vaak hoorden terugkomen. Zoals eerder genoemd, zou dit beschouwd kunnen worden als een extrinsieke motivatie om te stoppen, hetgeen wordt geassocieerd met een minder grote slagingskans dan intrinsieke motivatie (Curry et al., 1990). Wanneer geïnterviewde ouders echter verder uitweidden over waarom ze voor hun kinderen wilden stoppen, werden soms redenen genoemd die meer onder de categorie 'intrinsieke motivatie' geschaard zouden kunnen worden, zoals het willen zien opgroeien van hun kinderen. Wellicht dat stoppen omwille van kinderen in het geval van ouders dus gezien kan worden als intrinsieke motivatie, in plaats van als externe sociale druk.

**Dose delivered & dose received** Er werd verwacht dat ouders zes gesprekken en het magazine Rookvrije Ouders hebben ontvangen. Dit bleek grotendeels het geval te zijn, hoewel de coaches aangaven dat ze soms een zevende gesprek inplannen. Verwachtingen binnen de *dose received* component waren onderverdeeld in vier onderdelen. Ten eerste was de verwachting bij de gesprekken dat ouders de gesprekken vonden bijdragen aan hun stopproces, wanneer er werd aangesloten bij hun behoeftes. Deze verwachting bleek te



kloppen. Wat uit de interviews verder naar voren kwam, is dat ouders en coaches het stoptraject te kort vonden. Er is weinig bewijs voor het optimale aantal telefoongesprekken, maar drie of meer telefoongesprekken blijken de kans op stopsucces te vergroten (Cahill, Stevens, Perera & Lancaster, 2013; Stead et al., 2009).

Ten tweede was de verwachting dat ouders het magazine goed vonden aansluiten bij hun behoeften. Uit de interviews bleek echter dat ouders het magazine überhaupt weinig gebruiken en dat er daardoor weinig over deze verwachting gezegd kan worden. Ten derde werd er verwacht dat ouders het contact met de coach zouden ervaren als een positieve invloed op hun stoppoging. Ouders gaven aan dat dit het geval was, maar hierbij werd, tegen de verwachting in, geen gebruikgemaakt van een combinatie van proactief met reactief contact (Stead et al., 2009). Ouders gaven aan dat ze hier geen behoefte aan hadden.

Ten vierde noemden ouders de verwachte belangrijke kenmerken van de coach (Parry et al., 2006). Verder werd verwacht dat ouders kenmerken die te maken hebben met het eerste principe van motiverende gespreksvoering ervaren als een positieve invloed op het stopproces. Uit de interviews bleek dat ouders een verhoogde zelf-effectiviteit kregen door de gesprekken. Dit is één van de kenmerken van het eerste principe (Schippers, 2002). Coaches zelf beschreven motiverende gespreksvoering voornamelijk als het halen van de SMR-motivatie uit de persoon zelf door middel van doorvragen. Dit komt niet geheel overeen met de geformuleerde principes vanuit Schippers (2002), maar wordt wel genoemd in een beschrijving van motiverende gespreksvoering van Hettema, Steele en Miller (2005). Daarbij wordt namelijk genoemd dat in motiverende gespreksvoering de eigen argumenten van cliënten om te veranderen worden onderzocht (Hettema, 2005).

**Betrouwbaarheid** Deze laatste component heeft betrekking op de mate waarin de interventie is afgeleverd zoals bedoeld (Linnan & Steckler, 2002). Het is de bedoeling dat de stopdatum in het eerste gesprek wordt vastgesteld. Uit de interviews bleek dat dit niet altijd het geval is, bijvoorbeeld wanneer hulpmiddelen nog besteld moesten worden. Het feit dat coaches dit per geval afstemmen, draagt echter bij aan het ‘tailored’ karakter van deze interventiewijze, hetgeen een grotere slagingskans betekent dan generieke interventiewijzen (Kreuter & Skinner, 2000). Verder blijkt dat de coaches de hulpmiddelen bespreken. De hulpmiddelen zijn vervolgens wisselend gebruikt. De twee ouders die pleisters hebben gebruikt, waren hier positief over. De twee ouders die geen hulpmiddelen hebben gebruikt, stonden hier negatief tegenover. De twee ouders die wel hulpmiddelen hebben gebruikt, benoemden bovendien dat ze dit zonder aanbeveling van de coach zelf nooit zouden hebben

gebruikt. Hoewel het gebruik van hulpmiddelen de slagingskans vergroot (Lancaster et al., 2000), hebben ouders er dus negatieve associaties bij.

De vraagstelling van de huidige procesevaluatie luidde als volgt: Wat zijn de ervaringen van ouders met de telefonische coaching en heeft de telefonische coaching wat hen betreft bijgedragen aan het stoppen met roken? Uit de interviews bleek dat ouders over het algemeen positief ten opzichte van de telefoongesprekken met de coach stonden en dat ze deze gesprekken als steunend en daarmee als een bijdrage bij hun stoppoging hebben ervaren. Coaches vonden het daarbij prettig dat deze manier van coaching de mogelijkheid biedt om behoefte-gericht te coachen. Wel zouden ouders en coaches een langer coachingstraject willen.

**Limitaties** De huidige procesevaluatie betreft een explorerend onderzoek met een klein aantal participanten. Daarom moet dit onderzoek worden gezien als een eerste start voor verder onderzoek. Het gespreksprotocol voor toekomstige ouderinterviews kan met de huidige bevindingen worden aangepast. Nadat er meer interviews zijn gehouden, kunnen sterkere conclusies getrokken worden en kunnen eventuele aanbevelingen gedaan worden voor het aanpassen van de TC. De interviews zijn op systematische wijze gehouden en geanalyseerd volgens Baarda en collega's (1996) hetgeen de betrouwbaarheid verhoogt. Er zou echter sprake kunnen zijn van sociaal wenselijk antwoorden door de ouders (Nederhof, 1985). Daarnaast kan er sprake zijn van het zogenoemde *halo-effect*. Dit houdt in dat wanneer mensen een persoon aardig vinden, ze overige karakteristieken ook beschouwen als positief (Nisbett, R., & DeCamp Wilson, 1977). Alle ouders beschreven hun coach als aardig en enthousiast, hetgeen ook invloed gehad zou kunnen hebben op hun evaluatie van de inhoud van de gesprekken en de manier van coachen. Verder is de kwantitatieve data enkel beschrijvend en aanvullend gebruikt, waarbij de vragen willekeurig uit de vragenlijst geselecteerd zijn. Dit komt de interne geldigheid en betrouwbaarheid niet ten goede (Baarda et al., 1996).

**Implicaties** Op basis van de huidige procesevaluatie kunnen verschillende aanbevelingen worden gedaan. Zo werd ten eerste verwacht dat verschillen in steun voorkomen naargelang de rookstatus van de partner (Murray et al., 1995). Hierover is niets teruggekomen in de interviews. In toekomstige interviews zou dit specifiek uitgevraagd kunnen worden. Wanneer hier meer kennis over is, kunnen de coaches hier namelijk beter op inspelen. Daarnaast noemden twee ouders dat het hen heeft geholpen om samen met een collega te stoppen. Het zou zo kunnen zijn dat, naast samen stoppen als stel, samen stoppen met iemand anders uit de sociale omgeving ook bevorderlijk is voor stopsucces. Ook hier zou

aandacht aan besteed kunnen worden in interviews. Wanneer meer ouders dit prettig vinden, zou de bestaande buddy-vraag van coaches uitgebreid kunnen worden tot het daadwerkelijk zoeken naar een stop-buddy. Verder bleek dat ouders en coaches het stoptraject kort vonden. Wellicht dat de hoeveelheid gesprekken vergroot kan worden of dat de periode waarover de gesprekken verspreid zijn, verlengd kan worden. Aangezien er weinig bewijs is voor het optimale aantal telefoongesprekken binnen een traject (Cahill et al., 2013; Stead et al., 2009), zijn interviews met meer ouders nodig om te bepalen of de behoefte hiervoor breder wordt gedeeld. Daarnaast bleek dat het magazine volgens coaches weinig gebruikt wordt. Coach 1 stelde voor, vanuit haar eerdere ervaringen, om het magazine in app-vorm uit te brengen. Het gebruik van apps naast meer intensieve coaching, lijkt (kosten)effectief te zijn (Chen et al., 2012). Ook dit is iets waar in toekomstige interviews op toegespitst kan worden om te kijken of het draagvlak onder ouders hiervoor breder is. Verder bleek dat ouders vonden dat het vertrouwen in zichzelf vergroot was. Dit kan worden beschouwd als een kenmerk van motiverende gespreksvoering (Schipper, 2002). Om echter meer inzicht te krijgen in hoe de coaches motiverende gespreksvoering gebruiken, zou een analyse van een coaching-gesprek uitkomst kunnen bieden. Wanneer daar meer over bekend is, kan worden gekeken of er op dat gebied winst behaald kan worden. Ook bleek dat ouders weerstand hadden tegen het gebruik van hulpmiddelen. Dit terwijl het gebruik van hulpmiddelen tijdens een stoppoging bijdraagt aan slagingssucces (Stead et al., 2009). Toekomstige interviews zouden hier dieper op in kunnen gaan, zodat inzicht wordt verkregen in waar weerstand tegen hulpmiddelen vandaan komt, zodat hier in de toekomst beter op kan worden ingespeeld. Tot slot bleek dat ouders verschillende redenen hadden om te willen stoppen met roken. Hier is in de huidige procesevaluatie niet veel aandacht aan besteed, maar uit onderzoek blijkt wel dat, wanneer een interventie aansluit bij het motivationele stadium, deze interventie effectiever werkt (DiClemente et al., 1990). Toekomstige interviews zouden zich daarom, naast de ervaringen van ouders met de telefonische coaching, explicieter kunnen richten op de motivatie van ouders. Wanneer daar meer over bekend is, kan eventueel meer aangesloten worden bij de specifieke motivatie van ouders of bij het motivationele stadium van ouders (Prochaska & Diclemente, 1983).

Literatuur

- Akhtar, P., Currie, D., Currie, C., & Haw, S. (2007). Changes in child exposure to environmental tobacco smoke (CHETS) study after implementation of smoke-free legislation in Scotland: National cross sectional survey. *British Medical Journal*, *9*, 549-553. doi: 10.1136/bmj\_39311.550197
- Baar (2002). Cursushandleiding training kwalitatieve analyse voor pedagogen. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Baar, P., Wubbels, T., & Vermande, M., (2007). Algemeen methodische voorwaarden voor effectiviteit en de effectiviteitspotentie van Nederlandstalige antipestprogramma's voor het primair onderwijs. *Pedagogiek*, *27*, 71-90. Verkregen van <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/187476>
- Bartholomew, L., Markham, C., Ruiter, R., Kok, G., & Parcel, G. (2016). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Basch, C., Slipecevich, E., Gold, R., Duncan, D., & Kolbe, L. (1985). Avoiding type III errors in health education program evaluations: A case study. *Health Education & Behavior*, *12*, 315-331. doi: 10.1177/109019818501200311
- Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., & Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: An overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *5*, 1-44. doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub2
- Chen, Y., Madan, J., Welton, N., Yahaya, I., Aveyard, P., Bauld, L., ... Munafò, M. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: A systematic review and network meta-analysis. *Health Technology Assessment 2012*, *16*, 1-224. doi: 10.3310/hta16380
- Cohen, S. & Lichtenstein, E. (1990) Partner behaviors that support quitting smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*, 304-309. doi: 10.1037/0022-006X.58.3.304
- Coman, G., Burrows, G., & Evans, B. (2001). Telephone counselling in Australia: Applications and considerations for use. *British Journal of Guidance & Counselling*, *29*, 247-258. doi: 10.1080/03069880124904
- Cook, D., & Strachan, D. (1999). Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax*, *54*, 357-366. doi: 10.1136/thx.54.4.357

- Curry, S., Wagner, E., & Grothaus, L. (1990). Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 310-316. doi: 10.1037/0022-006X.58.3.310
- Damschroder, L., Aron, D., Keith, R., Kirsh, S., Alexander, J., & Lowery, J. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science, 4*, 1-15. doi: 10.1186/1748-5908-4-50
- Das, S. (2003). Harmful health effects of cigarette smoking. *Molecular and Cellular Biochemistry, 253*, 159-165. doi: 10.1023/A:1026024829294
- Den Exter Blokland, E. (2006). *Adolescent smoking and parenting: Associations between smoking related parental behaviors and adolescent smoking* (Dissertation). Utrecht: Utrecht University.
- DiClemente, C., Prochaska, J., Fairhurst, S., Velicer, W., Velasquez, M., & Rossi, J. (1990). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and clinical Psychology, 59*, 295-304. doi:10.1037/0022-006X.59.2.295
- Feenstra, T., Genugten, M., Hoogenveen, R., Wouters, E., & Rutten-van Mólken, M. (2001). The impact of aging and smoking on the future burden of chronic obstructive pulmonary disease: A model analysis in the Netherlands. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 164*, 590-596. Verkregen van [www.atsjournals.org.proxy.library.uu.nl](http://www.atsjournals.org.proxy.library.uu.nl)
- Flemming, K., Graham, H., McCaughan, D., Angus, K., & Bauld, L. (2015). The barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women's partners during pregnancy and the post-partum period: A systematic review of qualitative research. *BMC Public Health, 15*, 1-10. doi: 10.1186/s12889-015-2163-x
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. (2004). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 91-111. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833
- In 't Panhuis-Plasmans, M., Luijben, G., & Hoogenveen, R. (2012). *Zorgkosten van ongezond gedrag*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Verkregen van [https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/o16557\\_kvz-2012-2-zorgkosten-van-ongezond-gedrag.pdf](https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/o16557_kvz-2012-2-zorgkosten-van-ongezond-gedrag.pdf)
- Kreuter, M., & Skinner, C. (2000). Tailoring: What's in a name? *Health Education Research, 15*, 1-4. doi: 10.1093/her/15.1.1

- Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C., & Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: Findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal*, *321*, 355-358. doi: 10.1136/bmj.321.7257.355
- Lemmens, V., Oenema, A., Knut, I., & Brug, J. (2007). Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: A systematic review of reviews. *European Journal of Cancer Prevention*, *17*, 535-544. doi: 10.1097/CEJ.0b013e3283f75e48
- Linnan, L., & Steckler, A. (2002). Process evaluation for public health interventions and research. An overview. In L. Linnan, & A. Steckler (Eds.), *Process evaluation for public health interventions and research* (pp. 1-23). San Francisco: Jossey-Bass.
- Matson, D., Lee, J., & Hopp, J. (1993). The impact of incentives and competitions on participation and quit rates in worksite smoking cessation programs. *American Journal of Health Promotion*, *7*, 270-295. doi:10.4278/0890-1171-1.4.270
- McBride, C., Curry, S., Grothaus, L., Nelson, J., Lando, H., & Pirie, P. (1997). Partner smoking status and pregnant smoker's perceptions of support for and likelihood of smoking cessation. *Health Psychology*, *17*, 63-69. doi: 10.1037/0278-6133.17.1.63
- Murray, R., Johnston, J., Dolce, J., Lee, W., & O'Hara, P. (1995). Social support for smoking cessation and abstinence: The lung health study. *Addictive Behaviors*, *20*, 159-170. doi: 10.1016/S0306-4603(99)80001-X
- Nederhof, A. (1985). Methods of coping with social desirability bias: A review. *European Journal of Social Psychology*, *15*, 263-280. doi: 10.1002/ejsp.2420150303
- Neuman, W. L. (2014). *Understanding Research*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Nisbett, R., & DeCamp Wilson, T. (1977). The halo effect: Evidence for unconscious alteration of judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, *35*, 250-256. Verkregen van <http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy.library.uu.nl>
- Noar, S., Benac, C., & Harris, M. (2007). Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychological Bulletin*, *133*, 637-693. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.673
- Parry, C., Kramer, H., & Coleman, E. (2006). A qualitative exploration of a patient-centered coaching intervention to improve care transitions in chronically ill older adults. *Home Health Care Services Quarterly*, *25*, 39-53. doi: 10.1399/J027v25n03\_03
- Paul, S., Blizzard, L., Patton, G., Dwyer, T., & Venn, A. (2008). Parental smoking and smoking experimentation in childhood increase the risk of being a smoker 20 years

- later: The childhood determinants of adult health study. *Addiction*, *103*, 846-853. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02196.x
- Pollak, K., & Mullen, P. (1997). An exploration of the effects of partner smoking, type of social support, and stress on postpartum smoking in married women who stopped smoking during pregnancy. *Psychology of Addictive Behaviors*, *11*, 182-189.  
Verkregen van <http://ovidsp.tx.ovid.com.proxy.library.uu.nl>
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 390-395. doi: 10.1037/0022-006X.51.3.390
- Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London: SAGE Publications.
- Rohrbaugh, M., Shoham, V., Trost, S., Muramoto, M., Cate, R., & Leischow, S. (2001). Couple dynamics of change-resistant smoking: Toward a family consultation model. *Family Process*, *40*, 15-31. doi: 10.1111/j.1545-5300.2001.4010100015.x
- Saunders, R., Evans, M., & Joshi, P. (2005). Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: A how-to guide. *Health Promotion Practice*, *6*, 134-147. doi: 10.1177/1524839904273387
- Schippers, G. (2002). Motiverende gespreksvoering. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *57*, 250-265. Verkregen van [https://www.coutinho.nl/fileadmin/documenten/outreachend/motiverende\\_gespreksvoering.pdf](https://www.coutinho.nl/fileadmin/documenten/outreachend/motiverende_gespreksvoering.pdf)
- Schuck, K., Otten, R., Kleinjan, M., Bricker, J. B., & Engels, R. C. M. E. (2013). School based promotion of cessation support: Reach of proactive mailings and acceptability of treatment in smoking parents recruited into cessation support through primary schools. *BMC Public Health*, *13*, 381-391 doi:10.1186/1471-2458-13-381
- Solberg, L. I., Boyle, R. G., Davidson, G., Magnan, S. J., & Carlson, C. L. (2001). Patient satisfaction and discussion for smoking cessation during clinical visits. *Mayo Clinic Proceedings*, *76*, 138 – 143. doi: 10.1016/S0025-6196(11)63119-4.
- Stead, L., Perera, R., & Lancaster, T. (2009). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*, 1-95. doi: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.
- Stivoro (2012). *Roken, de harde feiten: Jeugd 2012*. Den Haag. Verkregen van <http://www.alliantienederlandrookvrij.nl/wp-content/uploads/2012/docs/factsheets>

/jongeren/Fact%20sheet%20RJM%202012.pdf