

Wahrnehmung der Risiken des Tabakkonsums: Daten und Fragestellungen

In diesem Artikel fassen die Autoren die aktuellen Erkenntnisse zur Wahrnehmung der Risiken des Tabakkonsums zusammen. Dabei gehen Sie von allgemeinen Konzepten der Risikowahrnehmung aus. Ein interdisziplinärer Ansatz (der Disziplinen medizinische Grundversorgung, öffentliche Gesundheit und Anthropologie) erlaubt es..... seine Komplexität zu erfassen, seinen Nutzen in der täglichen klinischen Praxis, die bleibenden Fragestellungen hinsichtlich seiner Verwendung und seiner Evaluation in Forschungsprojekten.

**Dr Patrick Bodenmann
Pr Ilario Rossi
Pr Jacques Cornuz**

**Dr Patrick Bodenmann
et Pr Jacques Cornuz
PMU, 1011 Lausanne
patrick.bodenmann@hospvd.ch
jacques.cornuz@hospvd.ch**

**Pr Ilario Rossi
Faculté des sciences sociales et politiques
Université de Lausanne
1015 Lausanne
ilario.rossi@unil.ch**

Smoking risk perception: facts and questions

Based on general concepts relating to risk perception, the authors summarize in this article today's knowledge of smoking risk perception. A pluridisciplinary approach (general internal medicine, public health and anthropology) allows an improved understanding of its complexity, its utility in every day clinical practice and of the questions still pending around its use and evaluation in research projects. Rev Med Suisse 2006;2:1704-9

EINLEITUNG

In der Praxis sieht sich der Arzt oft veranlasst, seinen Patienten im Rahmen einer empathischen und motivierenden Beziehung über die Risiken bestimmter Krankheiten zu informieren. Es geht also darum, die Wahrnehmung, die der Patient von den Risiken seines Verhaltens hat, zu berücksichtigen.¹

Die Wahrnehmung des Risikos kann definiert werden als der Prozess, durch den ein Individuum oder eine Gruppe von Individuen eine Bedrohung oder eine Gefahr erfasst und ihr eine Bedeutung gibt.² Obwohl wir uns der Interdependenz der Themen Risikowahrnehmung und Risikokommunikation bewusst sind, richtet sich das Interesse auf die Wahrnehmung des Patienten. Deren Kenntnis ist eine Voraussetzung für die Verbesserung der Risikokommunikation durch den Arzt. Deshalb gehen wir in diesem Artikel vor allem auf das Konzept der Risikowahrnehmung ein.

ANFANGSBEMERKUNGEN

Die Laien (laypeople) machen sich manchmal wegen «banaler» Risiken für die Gesundheit mehr Sorgen als wegen Risiken, die eine grössere Gefahr darstellen.³ Diese Haltung wurde durch die «Psychose» veranschaulicht, die die menschliche Variante der Bovinen Spongiformen Enzephalopathie (BSE), die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (nvCJK), ausgelöst hat, ein geringes Risiko, wenn auch real, was die Wahrscheinlichkeit angeht.⁴ Längerfristig betrachtet, folgte die abnehmende Verwendung des Masern-Mumps-Röteln-Impfstoffes (MMR) in Grossbritannien auf eine Publikation, die von der möglichen Verbindung zwischen der Impfung, einer entzündlichen Darmerkrankung und dem Autismus berichtet hatte,⁵ während spätere wissenschaftliche Daten dieses Risiko schnell widerlegt hatten.^{6,7} Im Gegensatz dazu werden die Verkehrsunfallrisiken oft unterschätzt.⁸ Ebenso werden die schädigenden Folgen des Tabakkonsums, bei erwarteten 10 Millionen Todesfällen pro Jahr ab dem Jahr 2025 (gegenüber nur 4 Millionen heute), die Risiken des aktiven und passiven Tabakkonsums meistens unterschätzt.^{10,11}

ALLGEMEINE FAKTOREN, DIE DIE RISIKOWAHRNEHMUNG BEEINFLUSSEN

Zu den für die Wahrnehmung eines Risikos entscheidenden Faktoren gehören zunächst die Eigenschaften des Risikos: Als gering werden Risiken wahrgenommen, die

gewollt sind, «heimisch», generalisiert, vertraut oder natürlichen Ursprungs sind. Risiken die ungewollt sind, «exotisch», deren Auswirkungen direkt sind, die nicht vertraut oder menschlichen Ursprungs sind, werden als grösser wahrgenommen (Tabelle 1).¹² Die Wahrnehmung wird ebenfalls beeinflusst durch die Möglichkeiten, das Risiko zu kontrollieren, und die Angst, die es generiert.¹³ Der aktive Tabakkonsum wird als ein Risiko angesehen, das als gewollt ist, kontrollierbar ist und nur wenig Angst generiert und so als geringes Risiko wahrgenommen wird. Neben den Eigenschaften der Risiken ist auch hervorzuheben, dass die einzelnen Menschen psychologische Eigenschaften haben, die das Eingehen von Risiken begünstigen oder nicht begünstigen. Manche Menschen sind bereit, Risiken einzugehen (risk seeking), während andere keine Risiken eingehen wollen (risk averse); die Menschen dazwischen werden als «risk neutral» betrachtet.¹⁵ Ausserdem wurde festgestellt, dass der einzelne Mensch oft glaubt, bei gleicher Gefahr ein geringeres Risiko als die anderen Menschen zu haben; dieses Phänomen wird mit verschiedenen Formulierungen beschrieben: «Optimismusneigung», «unrealistischer Optimismus» oder «Unverletzlichkeitssyndrom». Dieses Verhalten ermöglicht dem Individuum, das ein Risiko eingeht, das damit verbundene Angstniveau zu senken und hemmt andererseits konkrete Verhaltensänderungen. Die Optimismusneigung wurde besonders gut im Bereich des Tabakkonsums dokumentiert.¹⁶ Zudem ist auch das Alter entscheidend, der junge Raucher unterschätzt das Risiko.

Tabelle 1
Typologie der Risikowahrnehmung
 (Angepasst von Aako E.¹²).

Schwach wahrgenommenes Risiko	
Gewollt:	aktiver Tabakkonsum
«Alltäglich»:	Borreliose
Generalisiert:	Terrorismus
Vertraut:	Hausstaub
Natürlichen Ursprungs:	Uran
Stark wahrgenommenes Risiko	
Ungewollt:	passiver Tabakkonsum
«Exotisch»:	Chikungunya-Virus
Direkt:	sintflutartige Regenfälle Winter 2005
Nicht vertraut:	Vogelgrippe
Menschlichen Ursprungs:	Nuklearstrahlung

Schliesslich tragen auch die verfügbaren Informationen über ein spezifisches Risiko zur Bildung der Wahrnehmung bei, die man von diesem Risiko haben kann. Diese Informationen können von Angehörigen, Lehrern oder von Medizinalpersonen stammen,⁹ aber auch in diffuserer Weise von den Medien übernommen werden. Im Bereich des Tabakkonsums verstärken attraktive Slogans (the taste of action), der Mythos, dass ein ganzes Kollektiv raucht (alle Cowboys Nordamerikas rauchen), und eine speziell auf die Jugendlichen ausgerichtete Werbung, bei der Prominente eingesetzt werden, mit denen sie sich identifi-

zieren, die Tendenz der Jugendlichen, immer früher und immer häufiger zu rauchen. Die notorische Unterschätzung bei der Wahrnehmung der Risiken des Tabakkonsums im Jugendalter resultiert grossenteils aus der grossen Verbreitung von Bildern, die den Tabakkonsum sehr positiv erscheinen lassen (fashion, sexy, cool usw.).¹⁸ Verschiedene Phasen werden bei dieser Bilderverbreitung beschrieben (stages in the Image Diffusion Model of Smoking): Aufgrund sehr positiver Bilder kommen beim Zielpublikum positive Gefühle gegenüber der Möglichkeit des Rauchens auf. Dann rauchen die «Überzeugtesten» zuerst, beeinflussen so ihre Umgebung und ziehen die anderen häufig mit sich.¹⁸

Von diesen Überlegungen zur Risikowahrnehmung im Allgemeinen und zur Wahrnehmung der Risiken des Tabakkonsums im Besonderen ausgehend, erweist es sich als interessant, einige spezifischere Aspekte der Wahrnehmung der Risiken des Tabakkonsums in der klinischen Praxis mit einem Beispiel zu veranschaulichen.

DIE GESCHICHTE EINES PATIENTEN

Es handelt sich um einen 53-jährigen Patienten bosnischer Herkunft, der seit zwanzig Jahren in der Schweiz lebt, gut Französisch spricht sowie versteht, langjähriger Raucher ist und der die Rauchentwöhnungsberatung der Policlinique Médicale Universitaire in Lausanne aufsucht. Obwohl er seit mehreren Monaten wegen eines kleinzelligen anaplastischen Karzinoms behandelt wird (Lobektomie, Radiotherapie), befindet sich dieser Patient mit sehr starker Nikotinabhängigkeit noch immer in einer Überlegungsphase ohne präzisen Plan für einen Stopp seines Tabakkonsums in den kommenden Monaten. Nach 45 Minuten Gespräch fühlt sich der Arzt hilflos, da der Patient die Risiken seines Tabakkonsums und insbesondere den sehr wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen seinem Tabakkonsum und seiner Lungentumorerkrankung nicht wahrzunehmen scheint. Der Arzt kann sich nun folgende Fragen stellen.

Welche Faktoren können die Wahrnehmung der Risiken des Tabakkonsums bei diesem Patienten beeinflussen?

Zu den (oben dargelegten) allgemeinen Faktoren, welche die Risikowahrnehmung beeinflussen, können einige spezifische Faktoren hinzukommen:

- **Das Geschlecht:** Allgemein haben Frauen eine präzisere und realitätsnähere Wahrnehmung der Risiken des Tabakkonsums, was durch die Ergebnisse epidemiologischer Studien objektiviert wird. Gründe dafür sind: Sie kümmert sich in der Regel um die «Gesundheit imHaus», sie bringt die Kinder zum Kinderarzt und sieunterzieht sich regelmässigen gynäkologischen Kontrollen, die wiederum die Verbreitung von Präventionsbotschaften begünstigen können.^{19,20}
- **Das Bildungsniveau:** Die Risikowahrnehmung von Personen mit Zugang zu einer höheren Bildung ist allgemein ausgeprägter und näher bei der epidemiologischen Realität. Dies gilt besonders für die durch den aktiven Tabakkonsum verursachten kardiovaskulären und onkologischen Pathologien.²¹

■ **Der Einfluss der Umgebung:** Die Familie, die Freunde und die Allgemeinheit können, besonders in bestimmten Kulturen, einen grösseren Einfluss haben als die Fachleute des Gesundheitswesens.^{22,23}

■ **Die Religion:** Einige Praktiken des Islams zum Beispiel verbieten den Tabakkonsum (und prägen daher teilweise die Wahrnehmung der Risiken des Tabakkonsums). Es besteht jedoch weiterhin ein sehr grosser Unterschied in der Prävalenz des Tabakkonsums zwischen Muslimen und Musliminnen (in Indien rauchen 29,5% der Muslime gegenüber nur 2,5% der Musliminnen).²⁴

■ **Das Herkunftsland,** wenn es einen Migrationsprozess gegeben hat: Die Medien in den Entwicklungsländern (Zielländer der Tabakindustrie) geben nur sehr selten präzise Informationen zu den Risiken des Tabakkonsums.²⁵ Für die Migrationspatienten beeinflussen der Prozess der Zwangsmigration (die das Tabakkonsumverhalten fördert), der Integrationsgrad (mit progressiver Aneignung des Risikoverhaltens des Gastlandes) und die Immigrantengeneration, welcher der Migrationspatient angehört (mit einem Schutzfaktor durch ältere Nichtraucher), die Wahrnehmung der Risiken des Tabakkonsums.

Unser Patient, langjähriger Aktivraucher, Bosnier und Muslim, der die obligatorische Schule wegen eines erzwungenen Migrationsprozesses nicht beenden konnte, und «Patriarch» in seiner Familie, weist mehrere Faktoren auf, die seine Wahrnehmung der Risiken des Tabakkonsums beeinflussen können. Diese sollte der Arzt berücksichtigen. So wird es selbst bei Vorliegen einer Neoplasie nicht leicht sein, diesem Patienten den Nutzen eines Tabakstopps zu kommunizieren, obwohl der Nutzen in der Literatur zur Genüge beschrieben wurde.²⁶

Wie kann die Risikowahrnehmung bei diesem Patienten evaluiert werden?

Nach Weinstein²⁷ ist es unerlässlich, sich für vier unterschiedliche Dimensionen des Risikos zu interessieren:

■ Die Kenntnis der durch den Tabakkonsum verursachten Krankheiten und deren Schwere.

■ Das Verständnis der Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser Leiden¹¹, im Wissen darum, dass das numerische Verständnis des Risikos für den Patienten, aber auch für den Arzt schwierig ist, und dass die Beurteilung des absoluten Risiko-Wertes von den Patienten leichter verstanden wird als der Hinweis auf das relative Risiko.²⁸

■ Die Präsentation des persönlichen Risikos im Vergleich zum Risiko des durchschnittlichen Konsumenten (Evaluierung einer möglichen Optimismusneigung).

■ Das Bewusstsein für die Schwierigkeit, eine Abhängigkeit wie die Nikotinabhängigkeit zu überwinden.

Zu unserer grossen Verwunderung kannte unser Patient die bestehende Beziehung zwischen seiner onkologischen Erkrankung und seinem aktiven Tabakkonsum nicht; er hatte nicht über die Wahrscheinlichkeit nachgedacht, eine solche auf seinen Tabakkonsum zurückzuführende Krankheit zu bekommen.

Der Begriff der Abhängigkeit war ihm hingegen klarer, ohne dass er uns jedoch die Substanz der Zigarette angeben konnte, die die Abhängigkeit verursacht (das Nikotin).

Ist es ausreichend, sich für die Risikowahrnehmung des Patienten zu interessieren, oder ist auch auf die Wahrnehmung der «Vorteile» des Tabakkonsums einzugehen?

Sich nur für die Wahrnehmung des Risikos oder der Risiken des Tabakkonsums zu interessieren ist unzureichend, besonders bei den rauchenden Jugendlichen, die mehr Vorteile sehen als die nichtrauchenden Jugendlichen.²⁹ Die am meisten genannten Vorteile sind das Vergnügen, die Entspannung, die Gewichtskontrolle und eine bessere Konzentration.

Unser Patient sah als Vorteile seines Tabakkonsums einen Zeitvertreib, der es ihm ermöglicht, mit der fehlenden Berufstätigkeit fertig zu werden, einen Weg, sich als patriarchischer Mann, der für die Familie verantwortlich ist, bestätigen zu können, und eine Anxiolyse gegenüber der Unsicherheit seiner onkologischen Erkrankung.

Wie sind diese Informationen zur Wahrnehmung der Risiken des Tabakkonsums in die anderen tabakbezogenen Daten des Patienten zu integrieren?

Im Dossier des Patienten könnten diese verschiedenen Informationen zur Wahrnehmung der Risiken (und der Vorteile) jene der Evaluation der Nikotinabhängigkeit und der Änderungsphasen nach Prochaska und Di Clemente ergänzen. Wenn die Wahrnehmung der Risiken des Tabakkonsums ungenau ist (in der Regel im Sinne einer Unterschätzung), scheint es entscheidend zu sein, dass der Arzt seinen Patienten ausgehend von didaktischen und regelmässig aktualisierten Informationsquellen genau, verständlich und individuell informiert.³⁰ So wäre die im Rahmen eines Motivationsgesprächs³¹ erfolgende Intervention mehr dem angepasst, was der Patient erwartet und wünscht, und die personalisierte Risikokommunikation hätte zum Ziel, zu einer vom Patienten und vom Arzt geteilten Entscheidung zu gelangen (shared decision making).³²

Wir halten fest, dass dieser Patient eine sehr starke Nikotinabhängigkeit hat, dass er sich in der Überlegungsphase nach Prochaska und Di Clemente befindet und dass er die Risiken des Rauchens unterschätzt, beeinflusst durch seine Herkunft, seine Religion, sein Bildungsniveau und seinen erzwungenen Migrationsprozess.

KLINISCHE PERSPEKTIVE

Wenn der Arzt die Wahrnehmung des Tabakkonsums seines Patienten in seinem Konzept berücksichtigt, kann er ihm zusätzliche, verständliche und individualisierte Informationen geben, damit seine Wahrnehmung genauer wird, das heisst näher dem durch die epidemiologischen Studien objektivierten Risiko. Dieses Vorgehen muss individuell angepasst sein, da der einzelne Mensch weniger empfänglich ist für Botschaften allgemeiner Art und für mögliche mittel- und langfristige Folgen.³³ Ist eine genaue Wahrnehmung der Risiken des Tabakkonsums ein ausreichendes Kriterium dafür, dass eine Verhaltensänderung

herbeigeführt wird? Natürlich nicht! Offensichtlich wird die Entscheidung nicht nur durch die Risikowahrnehmung bestimmt (Abbildung 1). Andere grundlegende Aspekte wie der soziale Druck (Tabakkonsum bei den Jugendlichen), die Umwelt (erleichterte Produktzugänglichkeit), das wirtschaftliche Umfeld (niedrige Produktbesteuerung), die Gefühle (Fun!) und die persönlichen Werte (Präferenz der Gegenwart) spielen bei dieser Entscheidung eine entscheidende Rolle. Ist die Entscheidung einmal getroffen, können sich «erleichternde» Faktoren, wie ein Raucher-umfeld oder auch eine Zeit starken psychologischen Drucks, noch auf das Verhalten auswirken (Abbildung 2).

Abb. 1

«Wenn das Risiko wahrgenommen wird ...»

(Reproduziert mit Genehmigung von Sidney Harris, 2003); Copyright Science. cartonPlus.com).

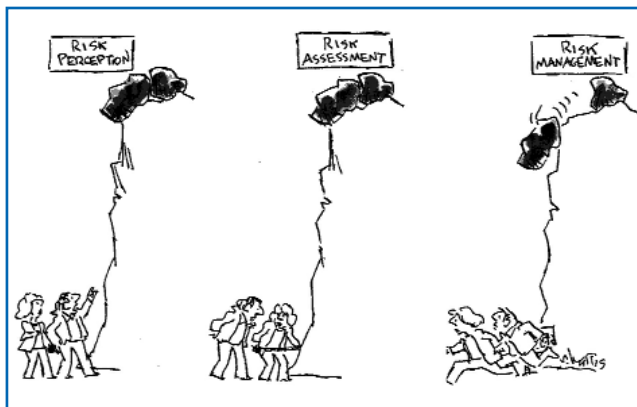


Abb. 2

Vom Risiko zur Verhaltensänderung



SOZIOANTHROPOLOGISCHE PERSPEKTIVE

Vor kurzem haben die Untersuchungen in den Sozial- und Humanwissenschaften gezeigt, wie sehr der Begriff des Risikos eine zentrale Rolle in unseren heutigen Gesellschaften einnimmt, was das Konzept der «Risikogesellschaften» rechtfertigt und legitimiert.³⁶

Die unmittelbare Folge der Vermehrung multipler Risiken (ökologische, politische, soziale, relationale, gesundheitliche usw.) ist natürlich die Zunahme der Bedürfnisse nach Sicherheit, Vorsorge und sogar Prävention. In diesem Sinne kommt der Erfolg des Begriffes Risiko nicht von seiner Fähigkeit, die Unsicherheit anzusprechen, sondern eher von seiner Fähigkeit, die Zukunft zu antizipieren, sie vollständig in die Gegenwart zu integrieren.³⁷

Im besonderen Fall der tabakbedingten Risiken sehen wir uns einer Gesundheitskultur gegenüber, die durch gesicherte Erkenntnisse der Medizin und der Epidemiologie bestimmt ist; diese legitimiert das Gesundheitsrisiko des Tabakkonsums aufgrund einer präzisen Quantifikation der Schadensschwere und seiner Auftretenswahrscheinlichkeit,³⁸ was ermöglichen sollte, die Gefahr zu rationalisieren, sie vorauszusagen und sie von vornherein zu vermeiden oder durch gezielte präventive Entscheidungen zu verringern. Wenn die Produktion dieser Daten es aber einerseits erlaubt, das bestehende Gesundheitsrisiko objektiv zu erfassen und zu kommunizieren, so ist sie andererseits, in ihrer individuellen und sozialen Wahrnehmung, ihren Interpretationen und ihren sehr unterschiedlichen Anwendungen unterworfen.³⁹

Der Kontext dieser vielfältigen Wahrnehmungen ist bekannt: Wenn die einzelnen Menschen Zugang zu neuen Rechten wie dem Recht auf Gesundheit haben, unterliegen sie auch Pflichten hinsichtlich des Umgangs mit dem eigenen Gesundheitskapital. In diesem Sinne sind die Strategien der öffentlichen Gesundheit im Bereich des Tabakkonsums zweifellos angemessen, doch ihr Diskurs wird nicht weniger unterschiedlich wahrgenommen. Er tendiert dazu, Umweltbedingungen und individuelle Verhaltensweisen zu fördern, die zwar gesundheitsfördernd sind, die aber als Beschränkung der individuellen Freiheit interpretiert werden können. Der von den betreffenden Instanzen befürwortete Präventionsansatz befindet sich so an der Kreuzung zwischen einem biographischen Werdegang und dem individuellen Streben nach Wohlbefinden einerseits und einem kollektiven Gesundheitsprojekt andererseits. Dies wirft einige ethische Fragen auf, deren Themen im Zusammenhang stehen «mit einer Dialektik zwischen wohlwollendem Interventionismus und Verantwortungsübertragung an den Bürger, zwischen beschützendem staatlichen Paternalismus und Bürgersolidarität, zwischen Interventionsverpflichtung und Respektierung der Erwartungen der Bevölkerung».⁴⁰

So steht die individuelle Entwicklung im Zentrum eines kollektiven Schicksals. Die im der vorangehenden klinischen Beispiel genannten Fragestellungen und Interventionsstrategien verweisen auf diese Problematik.

In einer Gesellschaft interpretieren verschiedene soziale Gruppen oder Bevölkerungsgruppen das gleiche Risiko unterschiedlich: Manche haben Verleugnungshaltungen, andere Herausforderungshaltungen. Alle passen das Risiko in ihr eigenes Risikobild ein.⁴¹ Insbesondere bezieht sich die

Wissenskonstruktion bei der Risikowahrnehmung auf eine Mischung von Kenntnissen, deren Ursprung beruflich ist – die aus medizinischen Erklärungsmodellen abgeleitet sind und von den Ärzten übermittelt werden, aber auch von den Medien –, nichtmedizinisch – im Zusammenhang mit den Überzeugungen und Konzepten, die in den Gruppen und sozialen Netzen, denen der einzelne Mensch angehört, täglich geteilt werden – und idiosynkratisch – denen der einzelne Mensch durch seine Lebens-, Gesundheits- und Krankheitserfahrungen selbst Bedeutung gibt.⁴² Das bedeutet, dass für diejenigen, die einem Risiko unterworfen sind, das Risiko seine Bedeutung erst durch Einbeziehung des möglichen Nutzens einer Praxis erhält oder durch Einbeziehung einer Handlung und einer Hierarchisierung unter andere Risiken, die unterschiedlicher Art sein können.⁴³

In dieser Perspektive intervenieren verschiedene Bewertungen, die das Risiko mal als eine Bedrohung, mal als einen von der Medizin beherrschter Aspekt betrachten. Die Wahrnehmung entspricht dann nicht ausschliesslich dem wissenschaftlichen Wert. Sie erfolgt auch in etiologischen und präventiven Laiendeutungen, die wiederum den sozialen Umgang mit dem Risiko bestimmen. Diese Deutungen reichen vom Gottesurteil – Risikoverhalten als Lebensstrategien⁴⁴ – bis zum Vorsorgeprinzip und einem entsprechenden Verhalten, das den medizinischen Vorschlägen angepasst ist. Diese perspektivische Einordnung zeigt, dass das Risiko und seine Wahrnehmung nicht einfache und objektive Begriffe sind: Selbst wenn sie auf einen Prozentwert reduziert sind, werden sie unterschiedlich und, in einer Logik von Angebot und Nachfrage, manchmal divergierend interpretiert. Vor diesem Hintergrund ist ein wichtiger Faktor für das Verständnis dieser Variabilität die Qualität der Informationen, die den betroffenen Personen kommuniziert werden.⁴⁵ Diese Interpretationen sind von den spezifischen Besonderheiten und den Kommunikationsfähigkeiten jedes Arztes, von der Organisation des Behandlungssystems und/oder ihren jeweiligen Werten abhängig.⁴⁶

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Jeder Arzt sollte sich für die Risikowahrnehmung des Patienten interessieren, besonders im Hinblick darauf, ein besserer «Risikokommunikator» zu werden. Die Risikowahrnehmung – ein komplexes Konzept – vereint zugleich einen analytischen und rationalen, aber auch affektiven und intuitiven Ansatz.

Dieses Konzept ist multideterminiert; seine Evaluation sollte mittels unterschiedlicher Fragen erfolgen, mit denen die verschiedenen Dimensionen des Risikos beurteilt werden können. Die Entscheidung, die zu einer Verhaltensänderung führt, ist nicht allein durch die Risikowahrnehmung bestimmt.

Praktische Folgerungen

- Jeder Arzt sollte sich für die Risikowahrnehmung seines Patienten interessieren, besonders im Hinblick darauf, ein besserer «Risikokommunikator» zu werden
- Die Risikowahrnehmung – ein komplexes Konzept – vereint zugleich einen analytischen und rationalen, aber auch affektiven und intuitiven Ansatz
- Das Konzept der Risikowahrnehmung ist multideterminiert; seine Evaluation sollte mittels unterschiedlicher Fragen erfolgen, mit denen die verschiedenen Dimensionen des Risikos beurteilt werden können
- Die Entscheidung, die zu einer Verhaltensänderung führt, ist nicht allein durch die Risikowahrnehmung bestimmt

Bibliographie

- 1 * Slovic P. Perception of Risk. *Science* 1987;236: 280-5.
- 2 Vohra S. Understanding public perceptions of environmental and health risks and integrating them into the EIA, siting and planning process. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003.
- 3 Alaszewski A., Horlick-Jones T. How can doctors communicate information about risk more effectively? *BMJ* 2003; 327: 728-31.
- 4 Will R. G., Knight R. S. G., Ward H. J. T., et al. vCJD: The epidemic that never was. *BMJ* 2002;325:102.
- 5 Wakefield A. J., Murch S. H., Anthony A. et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet* 1998; 351:637-41.
- 6 Smeeth L., Cook C., Fombonne E. et al. MMR vaccination and pervasive developmental disorders: A case-control study. *Lancet* 2004;364:963-9.
- 7 Seagroatt V. MMR vaccine and Crohn's disease: Ecological study of hospital admissions in England, 1991 to 2002. *BMJ* 2005;330:1120-1.
- 8 Roberts I., Mohan D., Abbasi K. War on the roads. The public health must intervene. *BMJ* 2002;324:1107-8.
- 9 Brundland G. H. Maîtriser l'épidémie. L'Etat et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme. Washington: Banque mondiale, 2000.
- 10 Schoenbaum M. Do smokers understand the mortality effects of smoking? Evidence from the Health and Retirement Survey. *Am J Public Health* 1997;87:755-9.
- 11 * Sutton S. R. How ordinary people in Great Britain perceive the health risks of smoking. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:338-9.
- 12 * Aako E. Risk communication, risk perception and public health. *WMJ (Madison, Wis.)* 2004;103:25-7.
- 13 Ropeik D. Science and society. The consequences of fear. *Eur Mol Biol Organization* 2004;5 (Special issue): S56-S60.
- 14 Gallopel K. Faire peur: est-ce efficace pour lutter contre les comportements tabagiques? 2e Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac (CIFCOT), Paris, 2005.
- 15 Tversky A., Kahneman D. The framing of decision and the psychology of choice. *Science* 1981;211:453-8.
- 16 ** Weinstein N. D. Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tobacco Control* 2005;14:55-9.
- 17 Palling J. Strategies to help patients understand risks. *BMJ* 2003;327:745-8.
- 18 Romer D., Jamieson P. Advertising, Smoker Imagery, and the Diffusion of Smoking Behavior. *Smoking, Risk, Perception, and Policy*. P. Slovic, Thousands Oaks, California: Sage Publications:2001;127-55.
- 19 Bodenmann P., Murith N., Favrat B. et al. Perception of the damaging effects of smoking, and brief cessation counselling by doctors. A comparison between Swiss and immigrants. *Swiss Med Wkly* 2005;135: 256-62.
- 20 Moran S. Women Smokers' Perceptions of Smoking-Related Health Risks. *Journal of Women's Health* 2003;12:363-71.
- 21 Ma G. X., Tan Y. et al. Perceived risks of certain types of cancer and heart disease among Asian American smokers and non-smokers. *J Community Health* 2002; 27:233-46.
- 22 Casas J. M., Bimbela A. et al. Cigarette and smokeless tobacco use among Mexican and nonimmigrant Mexican American youth. *Hisp J Behav Sci* 1998;20:101-21.
- 23 Dunn C. L., Pirie P. L. et al. Attitudes and perceptions related to smoking among pregnant and postpartum women in a low-income, multiethnic setting. *Am J Health Prom* 1998;12:267-74.
- 24 Ghouri N., Atcha M., Sheikh A. Influence of Islam on smoking among Muslims. *BMJ* 2006;332:291-4.
- 25 Bodenmann P. La migration est-elle un facteur de risque du tabagisme? *Med Hyg* 2003; 61:1870-3.
- 26 Gritz E. R. Facilitating smoking cessation in cancer patients. *Tobacco Control* 2000;9(Suppl. 1):i50.
- 27 ** Weinstein N. D. What Does It Mean to Understand a Risk? *Evaluating Risk Comprehension*. J Nat Cancer Institute Monographs 1999;25: 15-20.
- 28 Christian A. C., Mochari H. Y., Mosca L. J. Coronary Heart Disease in Ethnically Diverse Women: Risk Perception and Communication. *Mayo Clinic Proc* 2005; 80:1593-9.
- 29 Halpern-Felsher B. L., Biehl M., Kropp R. Y., Rubinstein M. L. Perceived risks and benefits of smoking: Differences among adolescents with different smoking experiences and intentions. *Prev Med* 2004;39: 559-67.
- 30 Humair J.-P., Cornuz J. Désaccoutumance au tabac. Document de référence pour les médecins. Basel, 2005.
- 31 Rollnick S., Butler C., McCambridge J. et al. Consultations about changing behaviour. *BMJ* 2005;331: 961-3.
- 32 Elwyn G. Le patient en tant que partenaire de la prise de décision: une nouvelle philosophie des soins? *Rev Med Suisse* 2005;1(Suppl.):S5-S9.
- 33 Weinstein N. D. Smokers' recognition of vulnerability to harm. *Smoking, Risk, Perception, and Policy* 2001. P. Slovic. Thousands Oaks, California: Sage Publications, Inc. 2001.
- 34 * Ropeik D., Slovic P. Risk Communication: A neglected tool in protecting Public Health. Harvard: Harvard Center for Risk Analysis, 2003.
- 35 Bodenmann P., Cornuz J., Ruffieux C., Pin M. et al. Perception du risque pour la santé liée à la consommation excessive d'alcool, au tabagisme et aux comportements sexuels à risque chez les migrants et les autochtones: nécessité d'une prévention différente? Bern: OFSP, 2005.
- 36 Beck U. Risk society, towards a new modernity. London: Sage Publications, 1992.
- 37 * Peretti-Watel P. Sociologie du risque. Paris: Armand Colin, 2000.
- 38 Agrimi J., Bernabeo R., Berti T., Grmek M. (Hg.). Histoire de la pensée médicale en Occident. Paris: Seuil, 1997.
- 39 Douglas M. Risk and blame, Essays in cultural theory. London: Routledge, 1992.
- 40 * Massé R. Ethique et santé publique: enjeux, valeurs et normativité. Québec: Presses de l'Université Laval, 2003;5.
- 41 Calvez M. L'analyse culturelle du risque sida. In Tursz A., Souteyrand Y., Salmi I. (Hg.), Adolescence et risque. Paris: Syros, 1993.
- 42 Massé R. Culture et santé publique. Montréal: G. Morin Edition, 1995.
- 43 Volant E., Lévy J., Jeffry D. (Hg.). Les risques et la mort. Montréal: Méridien, 1996.
- 44 Le Breton D. Passions du risque. Paris: Métailié, 1991.
- 45 Egrot M. Les représentations médicales des risques relatifs à une grossesse en contexte VIH. *Ethnologies comparées*, vol. 3, 2001. <http://alor.univ montp3.fr/cerce/ revue.htm>
- 46 Pasche M., Rossi I. Prévention et promotion de la santé: les professionnels face au tabagisme. In *Perspective soignante*. Paris: Seli Arslan, 2005;22:83-106.

* Lesen!

** Unbedingt lesen!