

BMQ - az egészségügyi szolgáltatás sikerének egyik indikátora

BMQ – an indicator of health-care services

Kun Zsuzsanna

PhD hallgató, Budapesti Corvinus Egyetem
zsuzsanna.kun@uni-corvinus.hu

Simon Judit

egyetemi tanár, Budapesti Corvinus Egyetem
judit.simon@uni-corvinus.hu

Absztrakt

Az egészségügyi szolgáltatások sikere függ attól, hogy a szolgáltatást igénybe vevő páciens mennyire veszi komolyan az orvosa által kapott előírásokat és mennyire fegyelmezetten veszi be a gyógyszereit, azaz mennyire adherens módon viselkedik. Az adherenciának a 'szükség-aggodalom keretrendszer' szerint megbízható indikátora, hogy a páciens milyen hiedelmekkel rendelkezik a gyógyszerek és a kezelések kapcsán. Ennek a mérésére alkották meg a "Beliefs About Medicines Questionnaire" azaz a BMQ skálát. A BMQ két skálából tevődik össze, az Általános BMQ és a Speciális BMQ állításaiból. Négy dimenzió mentén teszik mérhetővé a gyógyszerek szükségességéről (speciális), a tőlük való aggodalmakról (speciális), a vélt kártékonyságukról (általános) és az túlhasználatukról (általános) alkotott hiedelmeket. Tanulmányunk a BMQ skála elmúlt 20 évének alkalmazási területeit tekinti át. Szakirodalmi összefoglalónk során kitérünk a skála nyelvi és egyéb speciális adaptációs változataira, illetve a tipikus mintavételi módszerekre. Az irodalmi összefoglalást követően javaslatot teszünk egy magyar nyelvű validált BMQ-HU skála készítésére, egy reprezentatív mintából származtatott krónikusan beteg almintá vizsgálatának segítségével.

Kulcsszavak: egészségügyi marketing, validált skála, BMQ, adherencia

Abstract

Success of health-care services depends on how loyal to the medical advice and medicines patients are which means how adherent they behave during the healing process. The patients' belief about medicines and treatment is a reliable indicator of predicted adherence according to the Necessity-Concerns Framework. The BMQ scale "Beliefs About Medicines Questionnaire" was created to measure those patients' beliefs about the treatment. The BMQ consists of two scales, the BMQ -General and the BMQ - Special those built up by four dimensions such as General-Ham, General-Overuse, Specific-Necessity and Specific Concerns. This study summarizes the application and results of the BMQ scale during the past 20 years. Our literature review highlights the lingual and other adaptations of the scale and the typical sampling methods too. As a conclusion of the literature review creation of a validated Hungarian BMQ-HU scale is encouraged based on a chronic disease sample drawn from a national representative sample.

Keywords: health-care marketing, validated scale, BMQ, adherence, compliance

1. Bevezetés

Jelen tanulmány célja, hogy röviden bemutassa az egészségügyi szolgáltatás, azaz a gyógyítás, egészségmegőrzés során kulcsfontosságú szerepet betöltő jelenség egy nemzetközileg elfogadott mérőeszközét. A "Beliefs About Medicines Questionnaire" skála, vagyis a BMQ skála célja,

hogyan a páciensek gyógykezeléssel és gyógyszereléssel kapcsolatos hiteit, hiedelmeit mérhetővé tegye (HORNE et al., 1999).

Jelen tanulmány áttekinti a skála húsz évvel ezelőtti kifejlesztése óta feltárt összefüggéseket és eredményeket, amelyeket a kutatók a skála felhasználásának segítségével értek el. Emellett kitérünk a skála nyelvi és betegségcsoportok közötti adaptációjának eredményeire is, valamint a skála alkalmazása során megfigyelt tipikus mintavételi eljárásokra.

A skála használatának szakirodalmi áttekintésével a célunk, hogy előkészítsük ezt a mérési eszközt a magyar nyelvterületen történő használatra és nyelvi validálásra. A nyelvi adaptáció megalkotásához pedig be kívánjuk azonosítani a legcélravezetőbb mintavételi eljárást.

2. Az adherencia jelentése

Maga a fogalom annyira összetett, hogy számos szerző még csak nem is definiálja munkájában az adherencia pontos jelentését. Az 'adherencia' és a 'compliance' kifejezéseket általánosságban véve annak megragadására használják a szakirodalomban, hogy a gyógyszerelési és egyéb kezelési előírásokat (diéta, testmozgás, stb.) mennyire fegyelmezetten, tartják be a páciensek, azaz mennyire együttműködők a gyógyszereszedésben és a terápiában (VERMEIRE et al., 2001).

Az 'adherencia' és a 'compliance' kifejezések gyakran szinonimaként jelennek meg a szakirodalomban, utalva a kezelés, gyógyszerelés melletti hűségre, kitartásra, ugyanakkor az egészségügyi szolgáltatók és az adherenciával foglalkozó tudományos kutatók egyre inkább az adherencia kifejezést részesítik előnyben a páciens együttműködésének kifejezésére (TILSON, 2004). Ennek oka, hogy az adherencia megfogalmazásban szélesebb jelentéstartalmat látnak, mely magába foglalja az együttműködés, az egyeztetés és a partnerség jelenségeit is (VERMEIRE et al., 2001).

A kezelési előírások pontos betartása vagy be nem tartása mögött számos ok húzódik meg (CAMERON, 1996; SABATÉ – WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003), ezek felsorolása és csoportosítása a mai napig nem egységesített a szakirodalomban. Abban a tekintetben viszont a terminológiában viszonylagos egyetértés uralkodik, hogy az előírásokat be nem tartó páciensek két nagy csoportba oszthatóak; (1) a *szándékosan* és a (2) *nem szándékosan* eltérők, azaz nem adherensek csoportjára. A szándékosan nem adherensek azok, akik valamiért lázadnak, ellenállnak a kezelési előírásokkal szemben, például elutasítják a diétát, vagy nem bíznak meg a felírt gyógyszerben, vagy akár annak mennyiségével nem értenek egyet. A nem szándékosan nem adherensek azok, akik elfelejtik bevenni a gyógyszerüket, vagy épp nincs pénzük kiváltani azt (LEHANE – MCCARTHY, 2007; WROE, 2002).

Az adherencia mérésére az egészségügyi kutatás és gyakorlat többféle módszert is használ, ennek egyik módszere a páciens megkérdezése, amely önbevallást jelent a saját együttműködésével kapcsolatban. A megkérdezéses kutatásokban az adherencia mérésére többféle skálát is kialakítottak, és a legtöbb kritikát éppen az önbevallással való mérés miatt kapják. A leggyakrabban használt adherencia skálák között olyan állítás rendszerek szerepelnek, mint az MMAS, RAM, vagy MARS (HORNE et al., 2013), ezek részletezése azonban nem képezi ennek az értekezésnek a fókuszát.

3. Miért marketing ügy (is) az adherencia?

A marketing egészségügyi alkalmazására több átfogó elemzés mellett (KOTLER et al., 2008; KOTLER – CLRAKE, 1987; SIMON, 2010) a marketing szakterületen egyfajta újra értelmezésként a Journal of Marketingben megjelent Stremersch és Van Dyck 2009-es cikket említjük. Céljük az volt, hogy az élettudományok területén egy új keretrendszert és kutatási napirendet tárjanak fel a marketing számára.

A megközelítés újszerűsége az, hogy három területet azonosítottak be, mint marketing döntési terület:

1. a terápia megalkotása,
2. a terápia elindítása,
3. a terápia promóciója.

Ez utóbbi terület részeként azonosítják a páciensek terápiához való hűségének fokozását. Ide sorolják az olyan optimális kezelési program kialakítását a páciensek számára, amelyeket az be tud (képes) és be is lesz hajlandó tartani (STREMERSCH – DYCK, 2009), azaz mind a szándékos, mind pedig a nem szándékos non-adherencia mértékét minimalizálni lehet. A megközelítés újszerűsége az egészségügyben alkalmazott megközelítésekhez képest az volt, hogy bevezeti és vizsgálja a páciens hajlandóságot és képességet, nem tételezi fel a páciens feltétlen együttműködését.

Amennyiben a gyógyítást az egészségügy szolgáltatásaként tekintjük, úgy sikere és minősége a szolgáltatón (orvos, terapeuta) kívül függ a fogyasztótól, azaz a páciensről is. A szolgáltatás értékét a szolgáltató (orvos, terapeuta) és a páciens közösen hozzák létre (NAKATA et al., 2019). A szolgáltatói oldal, azaz az egészségügyi munkatársak azonban nem vehetik készpénznek a páciensek együttműködését. A szolgáltatás sikerének és/vagy magasabb minőségének megvalósulása érdekében figyelembe kell venni a páciensek hiedelmeit, attitűdjeit, csakúgy, mint az orvos-beteg kapcsolat minőségét (VERMEIRE et al., 2001).

4. A gyógyszereléssel és kezeléssel kapcsolatos hiedelmek hatása az adherenciára

Az orvos – beteg kapcsolat javításának egyik aspektusa, az egyes betegek kezeléssel és gyógyszereléssel kapcsolatos hiedelmeinek ismerete, mert ez vezethet egy olyan kezelési terv kialakításához, amelyet mind a páciens, mind az orvos tartani tudnak, így jobb eredményt tudnak elérni az egészségmegőrzés terén az adhereensebb viselkedésnek köszönhetően (VERMEIRE et al., 2001).

Az adherencia kutatásban éppen ezért játszik szerepet a betegek gyógyszerelésről és kezelésről alkotott hiedelmeinek megismerése, megértése és mérése. A jelen tanulmányunkban górcső alá vett mérési eszköz erre tesz kísérletet, ráadásul meglehetősen sikeresen, kiállva 20 év, kulturális és nyelvi különbségek, eltérő betegségcsoportok próbáját.

5. "Beliefs About Medicines Questionnaire" azaz a BMQ skála

A vizsgált skála története 20 évvel nyúlik vissza a jelentől. A skála megalkotói Horne és munkatársai 1999-ben publikálták először az állítás-sort, amelynek létrehozásával az volt a céljuk, hogy a páciensek gyógyszereléssel kapcsolatos kognitív és hiedelmi hátterét fel tudják mérni.

Az skála felépítéséhez 524 beteget vontak be a vizsgálatba, akik asztmával, diabétesszel, vese-problémával, érrendszeri, pszichiátriai vagy egyéb általános kórképpel küzdöttek (HORNE et al., 1999).

A skála népszerűségének oka az elmúlt 20 évben a könnyű és egyszerű a használat mellett, hogy általánosan alkalmazható (szükség esetén adaptálható) szinte bármilyen betegségecsoport esetében. A skála előnye, hogy általánosan alkalmazható a legtöbb betegségecsoport vizsgálatának esetében, azonban bizonyos egészségügyi állapotok esetére adaptálni szükséges a kérdéssort, például a 'gyógyszerelés' kifejezést 'kezelés' megfogalmazásra cserélni (LLEWELLYN et al., 2007). Több nyelvre és kultúrára is testre szabták már, és sikeresen validálták az eredmények mentén.

A BMQ skála összesen 19 állítást tartalmaz, amelyek mindegyike egyesével egy Likert – skálán értékelendő. A Likert – skála 1-es értéke az erősen egyet nem értést, míg az 5-ös értéke pedig az erősen egyetértést fejezi ki.

A BMQ skálának két típusát fejlesztették ki, melyek további 2-2 alskálából tevődnek össze.

1. '*Általános BMQ*' skálában a válaszadók gyógyszereléssel kapcsolatos általános vélekedését fogalmazták meg két alskála elkülönítésével.

Az első alskála az '*Általános BMQ - túlhasználat*' skála 3 állítást foglal magába, és arra fókuszál, hogy a gyógyszerek túlzott használata milyen kockázatokat rejthet magában a páciensek számára.

A másik az '*Általános BMQ - kártékonyság*' alskála 5 kijelentést foglal magába és a gyógyszerek egyes negatív hatásaival kapcsolatos hiedelmekre koncentrálnak (HORNE et al., 1999).

Az *Általános BMQ* skálát longitudinálisan is letesztelték, és négy év elteltével sem találtak statisztikailag szignifikáns eltérést az ugyanazon válaszadók általános gyógyszereléssel kapcsolatos attitűdjét illetően. Azaz az emberek vélekedése a gyógyszerek szedésével és annak kockázataival kapcsolatosan stabilnak mondható az idő előrehaladtával (PORTEOUS et al., 2010).

2. '*Speciális BMQ*' skála célja, hogy az egyes betegek saját gyógyszerével, kezelésével kapcsolatos vélekedését tegyék mérhetővé. Két további alskálából áll össze:

A '*Speciális BMQ - kezelési szükségesség*' alskála a kezelés hatékonyságáról alkotott hitet méri 5 állítás mentén.

A '*Speciális BMQ - kezelési aggodalmak*' alskála 6 állítás segítségével a kezeléssel együtt járó esetleges félelmeket méri fel a páciensek körében (HORNE et al., 1999).

A két *Speciális BMQ* alskála között nem mutattak ki korrelációt, az ellenben kimutatható, hogy eltérő módon viszonyulnak a betegséggel kapcsolatos percepciókhoz is. Ez a két állítás arra enged következtetni, hogy ezek valóban két különálló jelenségként értelmezhetőek és nem pedig a felírt gyógyszereléssel kapcsolatos attitűd két ellentétes pólusának tekintendőek (HORNE- WEINMAN, 2002).

A BMQ skála kapcsán szükséges definiálnunk még egy mérési eszközt, méghozzá a *Speciális BMQ* skálából egyszerűen számított ún. *szükségesség - aggodalmak különbséget*. Ez a differencia megmutatja, hogy a válaszadó számára a gyógyszerek szükségessége, vagy éppen az attól való aggodalmak dominálnak. Kalkulálása a *szükségesség* értékekből az *aggodalmakra* adott

értékek kivonásával történik. Amennyiben az eredmény negatív, akkor az aggodalmak dominálják a válaszadó hiedelmeit (HORNE – WEINMAN, 2002; BONDESSON et al., 2009).

1. táblázat: A BMQ skála állításai az alskálák rendszerében

BMQ - általános		BMQ - speciális	
T	Az orvosok túl sok gyógyszert használnak	Sz	Az egészségem jelen pillanatban ezektől a gyógyszerektől függ
K	Azoknak, akik gyógyszereket szednek időről-időre kellene szünetet tartaniuk a kezelésükben	A	Aggaszt, hogy ezeket a gyógyszereket kell szednem
K	A legtöbb gyógyszer függőséget okoz	Sz	Az életem lehetetlen lenne ezen gyógyszerek nélkül
T	A természetes orvosságok biztonságosabbak a gyógyszereknél	A	Néha aggódom a gyógyszereim hosszú távú hatásai miatt
K	A gyógyszerek többet ártanak, mint használnak	Sz	Ezen gyógyszerek nélkül nagyon beteg lennék
K	Minden gyógyszer mérgező	A	Ezek a gyógyszerek rejtélyesek a számomra
T	Az orvosok túlságosan megbíznak a gyógyszerekben	Sz	Az életem a jövőben ezektől a gyógyszerektől fog függeni
T	Ha az orvosoknak több idejük lenne a betegeikre, kevesebb gyógyszert írnának fel számukra.	A	E gyógyszerek szedése megzavarja az életemet
		A	Néha aggódom, hogy függővé válok a gyógyszerektől
		Sz	Ezek a gyógyszerek megvédnek attól, hogy még rosszabb állapotba kerüljek
		A	Ezek a gyógyszerek kellemetlen mellékhatásokat okoznak
T = túlhasználat, K = kártékonyság		SZ = szükségesség, A = aggodalmak	
Teljesen egyetértek (2) Egyetértek (3) Bizonytalan vagyok (4) Nem értek egyet (5) Egyáltalán nem értek egyet			

Forrás: (HORNE et al., 1999) alapján saját szerkesztés

5.1. A BMQ skála és az adherencia kapcsolata

A *Speciális BMQ* skála jelentősége abban is áll, hogy a kapott értékek összefüggést mutatnak az önbevalláson alapuló adherencia mérésének eredményeivel. Az adherencia és a gyógyszerreléssel / kezelésekkal kapcsolatos hiedelmek viszonyát definiálja az ún. '*szükség-aggodalom keretrendszer*', amely megfogalmazza, hogy a gyógyszerelés, vagy kezelés megkezdése és megfelelő szinten tartása összefüggésben van azzal a hittel, hogy a páciens mennyire tartja szükségesnek a saját kezelését, illetve mennyire tart annak esetleges negatív következményeitől (HORNE, 2003).

Ezt a keretrendszert a BMQ-t felhasználó számos publikáció alátámasztotta. A többféle krónikus betegséggel élők közül azok, akik saját válaszaik alapján tudatosan kevésbé követik az orvosi előírásokat, kevésbé tartják fontosnak a saját kezelésüket azaz a '*kezelés szükségessége*' alskálán alacsonyabb átlagpontot érnek el (CLIFFORD et al., 2008). Hasonló eredményre jutottak a dialízisre szoruló vesebetegek esetét vizsgálva is (WILEMAN et al., 2011).

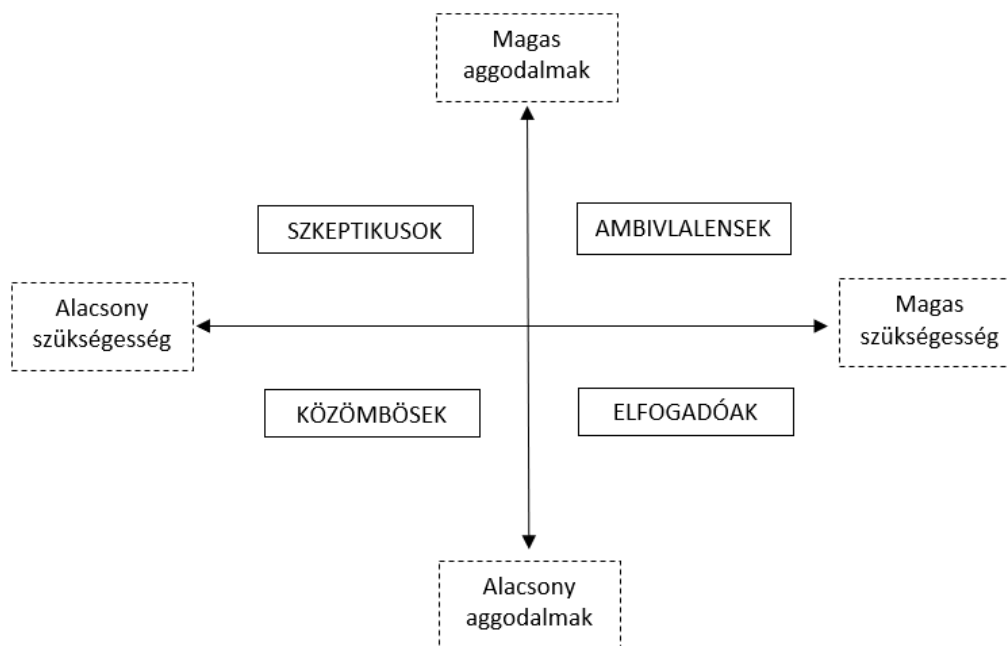
A *szükségesség – aggodalmak különbség* tekintetében egy kínai asztmával foglalkozó tanulmány mutatott szignifikáns összefüggést az adherencia tekintetében. Azaz minél nagyobb volt az eltérés a szükségességről alkotott vélekedés és az aggodalmak között, annál magasabb adherencia értékeket mutatott a páciens (CAI et al., 2020).

A gyógyszereléssel kapcsolatos előírások betartásával való összefüggést az eredeti 19 állítás esetében 8 esetben önállóan is kimutatták. Azok, akik negatívabb hozzáállást mutattak a gyógyszerekkel kapcsolatban, nagyobb eséllyel vallottak rendszertelenségről a gyógyszerelésükkel kapcsolatban (GATTI et al., 2009).

A skála eredményeit megerősítették gyógyszerértékesítési eladási adatokon keresztül is. Kimutatták ugyanis, hogy a gyógyszerértékesítési vásárlók kezeléssel és gyógyszereléssel kapcsolatos hitei nem csupán az önbevalláson alapuló adherencia skálákkal vannak összefüggésben, hanem kimutatható a kapcsolat az ennél objektívebb adatsorral is. Összevetették ugyanis a bevallott kezelési hűséget a gyógyszerértékesítési adataival is, és az összefüggést itt is sikerült kimutatni a BMQ skálával (MENCKEBERG et al., 2008).

Az eredményeket jól összefoglalja az alábbi, asztmások esetében létrehozott csoportosítás. A kezelési hiedelmek - BMQ *szükségesség – aggodalmak* dimenziói mentén egy koordináta rendszer hozható létre, amelynek segítségével a páciensek négy szegmensbe sorolhatók.

1. ábra: A *szükségesség – aggodalmak* mátrix



Forrás: (CAI et al., 2020)

A létrehozott négy szegmens szignifikáns kapcsolatot mutatott az adherenciával. A legkevésbé adherensen viselkedő csoport a szkeptikusok csoportja, akik kevésbé tartják szükségesnek a kezelést és magas aggodalmakat is fogalmaznak meg vele kapcsolatban. A legmagasabb adherenciát az elfogadóknál figyelhetjük meg, akik szükségesnek vélik a kezelést és kevésbé is aggódnak az esetleges negatív hatások miatt (CAI et al., 2020).

Bár az általános skála időben stabilnak mutatkozott Porterous és mtsai. fentebb említett kutatása szerint, az egyes alszkálákban beállt változást és ennek adherenciára gyakorolt hatását

Schüz és munkatársai is megvizsgálták. Összesen három mérési pontot illesztettek be, három havonta elcsúsztatva egymáshoz képest, hogy az esetleges változásokat ki tudják mutatni. Azt tapasztalták, hogy a '*Speciális BMQ – kezelési szükségesség*' alskálában való változás összefüggésbe hozható a szándékosan nem adherens viselkedésével, azaz amennyiben sikerül a páciens a kezelés szükségességével kapcsolatban meggyőzni, úgy a kezelés betartását is javítani lehet. Az '*általános BMQ – túlhasználat*' skálaérték idővel való megváltozása pedig jó előre jelzője a nem szándékosan nem adherens viselkedésnek (SCHÜZ et al., 2011).

a) Elérhető nyelvi fordítások

A BMQ skálát eredetileg brit angol alkalmazásra készítették a fejlesztői (HORNE et al., 1999). Felhasználásának elmúlt 20 éve során azonban számos idegen nyelvre lefordították. Elérhető jelentősebb nyelveken a teljes skála (mind a 4 alskála), vagy bizonyos esetekben egyes alskálák, alkalmazási területtől függően. Az amerikai használat során megjelent a spanyol nyelvű változat is, a nagy számú spanyol ajkú páciensek véleményének mérése miatt (MCINERNEY et al., 2020). Német nyelven vese transzplantáltakat vizsgáltak meg vele (BÜNEMANN et al., 2020). Olaszul négy betegségcsoport esetében a „*Speciális BMQ*” skálát validálták (TIBALDI et al., 2009). Kínai nyelvre szintén a '*Speciális BMQ*' alskálát adaptálták asztmával élők vizsgálata során, megfelelő belső konzisztencia mutatókkal (Cronbach-alfa aggodalmak estében 0,698 és szükségesség esetében 0,784) (CAI et al., 2020).

Kisebbs nyelvekre való alkalmazásáról is számos publikáció született. Svéd fordításával kórházi betegeket vizsgáltak meg (BONDESSON et al., 2009). Lett változatával asztmások hiedelmeit mérték meg több adherencia vetület mentén, köztük a '*Speciális BMQ – kezelési szükségesség*' skálájának segítségével (SMITS et al., 2020). Hollandiában gyógyszerári kliensek attitűdjét vizsgálták meg (MENCKEBERG et al., 2008). A legfrissebb BMQ publikációk között van a lengyel nyelvű adaptációja a skálának, amelyet keréngései zavarral küzdő páciensekkel és orvosanhallgatókkal töltettek ki, hogy megbizonyosodjanak a skála validitásáról (KARBOWNIK et al., 2020).

A „*Speciális BMQ*” skála egy magyar nyelvű felhasználását ismerjük. Az ún. ABC kutatás során használtak fel, 12 EU tagállam adherencia vizsgálata során, melyben a vérnyomáscsökkentőt szedő betegek kezelési hűségét helyezték a fókuszba. A skálát amennyiben szükséges volt az adott ország nyelvére fordították, így magyar nyelvre is. Az önbevallásos kérdőív magyarra való oda-vissza fordítása megtörtént, de a skála magyar nyelvű változatát és a validálás eredményeit önállóan nem tették közzé (ABC PROJECT TEAM, 2012).

b) Mintavételi jellemzők

A BMQ skála alkalmazása, mint fentebb láttuk széles körben történhet, számos betegségcsoport esetében megállja a helyét. Egészségügyi témáról lévén szó a legtöbb közölt tanulmány valamilyen koncentrált mintavételt alkalmaz. Például egy, vagy több gyógyszerár pácienseit kérdezik meg (GATTI et al., 2009; MÅRDBY et al., 2007; MENCKEBERG et al., 2008), vagy egy, esetleg néhány kezelőközpont betegeire fókuszálnak (BANE et al., 2006; BONDESSON et al., 2009; KUMAR et al., 2008; LLEWELLYN et al., 2007). Bár a mintavétel csak néhány intézményhez köthető, a tanulmányok törekedtek az adott helyszínen történő véletlen minta kialakítására, a meg-

határozott bekerülési kritériumoknak megfelelően. Azonban ezekben az adatfelvételekben, még ha több betegségcsoportot vizsgálnak is, benne van a torzítás veszélye a földrajzi (egy-egy városrész, régió), vagy más szociográfiai koncentráció (pl.: adott városrészre jellemző társadalmi specifikumok) következtében.

c) Különleges alkalmazási területek

Kisgyermekes esetében a gyógyszereléssel kapcsolatos hiedelmeket nem reális mérni, annál inkább a szülőket, akik felügyelik a gyermekek kezelését, gyógyszerelését. Asztmával és egyéb légzési nehézségekkel küzdő gyermekek családjában úgy találták, hogy azok a családok, ahol a szülők a '*Speciális BMQ – kezelési szükségesség*' skálán magasabb értéket értek el, ott a gyermek jelenlegi és jövőbeli egészségügyi kilátásai is jobbak az asztma tekintetében (KOSTER et al., 2011).

A BMQ skála különleges alkalmazási területe, hogy nem a páciens, hanem éppen az egészségügyi szolgáltató, azaz az orvosok és a nővérek tekintetében vizsgálja a gyógyszerelésről alkotott képüket. Az '*Általános BMQ*' skála került felhasználásra egy svéd kutatásban, amelyből például kiderül, hogy az ápolók kártékonyabbnak és kevésbé hasznosnak gondolják a gyógyszereket az orvosoknál (MÅRDBY et al., 2009). Módosítások után a '*Speciális BMQ*' skála is alkalmazható a szakmai célcsoport vizsgálatára, esetükben azonban az állításokat át kellett alakítani, például: „A páciensemnek...” vagy „A betegnek...” (COOKE et al., 2012).

A BMQ skálának tovább gondolt változata is létezik. A belőle fejlesztett BSQ (Beliefs about Surgery Questionnaire) skálát azért hozták létre, hogy a műtéti beavatkozásokkal kapcsolatos hiedelmeket, attitűdöt mérni tudják (FRANCIS et al., 2009).

6. Következtetések és javaslatok

A BMQ skálát széles körben alkalmazták az elmúlt 20 évben azzal a céllal, hogy a gyógyszereléssel és kezelésekkal kapcsolatos hiedelmeket feltárják. Emellett a skála szignifikánsan előre jelzi a páciens egészségügyi előírásokhoz való adherenciáját, így a kezelési szolgáltatás sikerességét is indikálja.

A skála számos nyelv és betegségcsoport tekintetében bizonyított. Az irodalmi áttekintés során validált magyar fordítást is tartalmazó publikációt nem azonosítottunk. Megállapítottuk, hogy a feltárt mintavételi eljárások egy-egy intézményhez, vagy intézmény csoporthoz kapcsolódó páciensekhez vagy kliensekhez kapcsolódnak.

Ezen okokból kifolyólag javasoljuk egyrészt a skála magyar nyelven történő validálását, másrészt egy nem intézményekhez kapcsolódó mintavétel megvalósítását, amelynek lehetséges módja egy országos reprezentatív mintából a krónikus betegséggel küzdők hiedelmeinek megvizsgálása. Ezzel egy nemzetközileg elfogadott és alkalmazott BMQ-HU skála használata válna lehetővé a krónikus betegek attitűdjének mérésére és az ezzel kapcsolatos további összefüggések vizsgálatára.

Irodalomjegyzék

- ABC Project Team. (2012): Final report of the ABC project.
- Bane, C., - Hughes, C. M., - McElnay, J. C. (2006): The impact of depressive symptoms and psychosocial factors on medication adherence in cardiovascular disease. *Patient Education and Counseling*. 60(2), 187-193.
- Bondesson, Å., - Hellström, L., - Eriksson, T., - Höglund, P. (2009): A structured questionnaire to assess patient compliance and beliefs about medicines taking into account the ordered categorical structure of data. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 15(4), 713-723.
- Bünemann, M., - Bauer-Hohmann, M., - Klewitz, F., - Kyaw Tha Tun, E.-M., - Tegtbur, U., - Pape, L., - Schiffer, L., - Schiffer, M., - de Zwaan, M., - Nöhre, M. (2020): Beliefs about immunosuppressant medication and correlates in a German kidney transplant population. *Journal of Psychosomatic Research*- 132,
- Cai, Q., - Ye, L., - Horne, R., - Bi, J., - Xu, Q., - Ye, X., - Yang, A., - Jin, M., - Li, X., - Lv, Q. (2020): Patients' adherence-related beliefs about inhaled steroids: Application of the Chinese version of the Beliefs about Medicines Questionnaire-specific in patients with asthma. *Journal of Asthma*. 57(3), 319-326.
- Cameron, C. (1996). Patient compliance: Recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of Advanced Nursing*. 24(2), 244-250.
- Clifford, S., - Barber, N., - Horne, R. (2008): Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: Application of the Necessity-Concerns Framework. *Journal of Psychosomatic Research*. 64(1), 41-46.
- Cooke, J., - Bowskill, R., - Clatworthy, J., - LeSeve, P., - Rank, T., - Parham, R., - Horne, R. (2012): Health professionals' beliefs about medication for bipolar disorder. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. 7(1), 4-8.
- Francis, J. J., - Wileman, S. M., - Bekker, H., - Barton, G. R., - Ramsay, C. R. (2009): Beliefs about surgery: Development and validation of an instrument to assess cognitive representations about surgery, in the context of a chronic illness. *Psychology & Health*. 24(10), 1125-1137.
- Gatti, M. E., - Jacobson, K. L., - Gazmararian, J. A., - Schmotzer, B., - Kripalani, S. (2009): Relationships between beliefs about medications and adherence. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 66(7), 657-664.
- Horne, R., - Chapman, S. C. E., - Parham, R., - Freemantle, N., - Forbes, A., - Cooper, V. (2013): Understanding Patients' Adherence-Related Beliefs about Medicines Prescribed for Long-Term Conditions: A Meta-Analytic Review of the Necessity-Concerns Framework. *PLOS ONE*. 8(12), 24.
- Horne, R. (2003): Treatment perceptions and self regulation. In *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 138-153). Routledge.
- Horne, R., - Weinman, J. (2002): Self-regulation and Self-management in Asthma: Exploring The Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs in Explaining Non-adherence to Preventer Medication. *Psychology & Health*. 17(1), 17-32.
- Horne, Robert, - Weinman, J., - Hankins, M. (1999): The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*. 14(1), 1-24.

- Karbownik, M. S., – Jankowska-Polańska, B., – Horne, R., – Górski, K. M., – Kowalczyk, E., – Szemraj, J. (2020): Adaptation and validation of the Polish version of the Beliefs about Medicines Questionnaire among cardiovascular patients and medical students. *PLOS ONE*. 15(4), e0230131.
- Koster, E. S., – Wijga, A. H., – Koppelman, G. H., – Postma, D. S., – Brunekreef, B., – De Jongste, J. C., – Smit, H. A., – Hoekstra, M. O., – Raaijmakers, J. A. M., – Maitland-van der Zee, A.-H. (2011): Uncontrolled asthma at age 8: The importance of parental perception towards medication: Uncontrolled asthma at age 8. *Pediatric Allergy and Immunology*. 22(5), 462–468.
- Kotler, P., – Shalowitz, J., – Stevens, R. J. (2008): *Strategic Marketing for Health Care Organizations*. Jossey-Bass–Wiley.
- Kotler, Ph., – Clarke, R. N. (1987): *Marketing for Health Care Organisations* (Prentice-Hall, Inc.).
- Kumar, K., – Gordon, C., – Toescu, V., – Buckley, C. D., – Horne, R., – Nightingale, P. G., – Raza, K. (2008): Beliefs about medicines in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus: A comparison between patients of South Asian and White British origin. *Rheumatology*. 47(5), 690–697.
- Lehane, E., – McCarthy, G. (2007): Intentional and unintentional medication non-adherence: A comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*. 44(8), 1468–1477.
- Llewellyn, C. D., – McGurk, M., – Weinman, J. (2007): The relationship between the Patient Generated Index (PGI) and measures of HR-QoL following diagnosis with head and neck cancer: Are illness and treatment perceptions determinants of judgment-based outcomes? *British Journal of Health Psychology*. 12(3), 421–437.
- Mårdby, A.-C., – Åkerlind, I., – Hedenrud, T. (2009): General beliefs about medicines among doctors and nurses in out-patient care: A cross-sectional study. *BMC Family Practice*. 10(1), 35.
- Mårdby, A.-C., – Åkerlind, I., – Jörgensen, T. (2007): Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. *Patient Education and Counseling*. 69(1-3), 158–164.
- McInerney, G. E., – Muellers, K., – O’Conor, R., – Wolf, M. S., – Leventhal, H., – Wisnivesky, J. P., – Federman, A. D. (2020): Concordance of patients’ beliefs about chronic obstructive pulmonary disease, their comorbidities, and their medications. *Patient Education and Counseling*. 103(4), 677–681.
- Menckeberg, T. T., – Bouvy, M. L., – Bracke, M., – Kaptein, A. A., – Leufkens, H. G., – Raaijmakers, J. A. M., – Horne, R. (2008): Beliefs about medicines predict refill adherence to inhaled corticosteroids. *Journal of Psychosomatic Research*. 64(1), 47–54.
- Nakata, C., – Izberk-Bilgin, E., – Sharp, L., – Spanjol, J., – Cui, A. S., – Crawford, S. Y., – Xiao, Y. (2019): Chronic illness medication compliance: A liminal and contextual consumer journey. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 47(2), 192–215.
- Porteous, T., – Francis, J., – Bond, C., – Hannaford, P. (2010): Temporal stability of beliefs about medicines: Implications for optimising adherence. *Patient Education and Counseling*. 79(2), 225–230.
- Sabaté, E., – World Health Organization (Eds.). (2003): *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization.

-
- Schüz, B., - Marx, C., - Wurm, S., - Warner, L. M., - Ziegelmann, J. P., - Schwarzer, R., - Tesch-Römer, C. (2011): Medication beliefs predict medication adherence in older adults with multiple illnesses. *Journal of Psychosomatic Research*. 70(2), 179-187.
- Simon, J. (2010): *Marketing az egészségügyben (Akadémiai Kiadó)*.
- Smits, D., - Brigis, G., - Pavare, J., - Urtane, I., - Kovalovs, S., - Barengo, N. C. (2020): Factors related to poor adherence in Latvian asthma patients. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*. 16(1), 16.
- Stremersch, S., - Dyck, W. V. (2009): Marketing of the Life Sciences: A New Framework and Research Agenda for a Nascent Field. *Journal of Marketing*. 73(34), 4-30.
- Tibaldi, G., - Clatworthy, J., - Torchio, E., - Argentero, P., - Munizza, C., - Horne, R. (2009): The utility of the Necessity-Concerns Framework in explaining treatment non-adherence in four chronic illness groups in Italy. *Chronic Illness*. 5(2), 129-133.
- Tilson, H. H. (2004): Adherence or Compliance? Changes in Terminology. *Annals of Pharmacotherapy*. 38(1), 161-162.
- Vermeire, E., - Hearnshaw, H., - Van Royen, P., - Denekens, J. (2001): Patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 26(5), 331-342.
- Wileman, V., - Chilcot, J., - Norton, S., - Hughes, L., - Wellsted, D., - Farrington, K. (2011): Choosing Not to Take Phosphate Binders: The Role of Dialysis Patients' Medication Beliefs. *Nephron Clinical Practice*. 119(3), 205-213.
- Wroe, A. L. (2002): Intentional and Unintentional Nonadherence: A Study of Decision Making. *Journal of Behavioral Medicine*. 25(4), 355-372.